

PROCEDIMIENTOS DE ACOGIDA, VALORACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES

PAVTP2015



PROCEDIMIENTOS DE ACOGIDA, VALORACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES

PAVTP2015



Edita: Área de Salud VII (Murcia Este). Dirección de Enfermería.

ISBN: 978-84-606-8676-7

Depósito Legal: MU 548-2015

Diseño y maquetación: Área de Salud VII Murcia Este. Hospital General Universitario Reina Sofía. Unidad Técnica de Comunicación.

PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA

Derechos de copia y reproducción: Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Cómo citar este documento: Procedimientos de acogida, valoración y traslado de pacientes. PA-VTP2015. Murcia: Área de Salud VII, Murcia Este, Dirección de enfermería; 2015. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar%20publicacion&id=2289&idsec=88>

COORDINADORES: Javier Iniesta Sánchez, Ángeles del Rosario Sáez Soto, Gloria Muñoz Pérez, Mª José Terón Martínez.

COLABORADORES: Mª del Mar Sánchez Álvarez-Castellanos, Mª Isabel López Pellicer, Mª Dolores Acosta Rodríguez.

ASESORES: Ramón López Alegría, Victoria Martínez Puente, Isabel Hernández Hernández.

AUTORES:

Susana Abad Izquierdo	Juan José Ferrer Pérez
Fuensanta Alcaraz Tafalla	María José Funes Meseguer
María Quiteria Alcázar Belchí	Sonia Galindo Palazón
Concepción Areitio Yugueros	Cristina María García Cascales
María Carmen Armero Sánchez	Cristina García Ibarra
María Dolores Baños Gómez	José Andrés García Martínez
Raquel Barba Abellán	Carmen Victoria García Peñalver
Violante Belmonte Aragón	Ana Belén García Urrea
Mariano Beltrán Monreal	Ricardo Felipe Gil Martínez
Ana Berenguer Pajares	Virginia Giménez Sánchez
Juana Boluda Jiménez	Matilde Gómez Sánchez
Gloria Bonel Torres	María Isabel González Martínez
Julia Briones Ruíz	Juan Diego Gonzálvez López
Concepción Caja Romero	Aranzazu Gracia Arteaga
Antonia Campillo Campillo	María Ángeles Guevara García
Alfredo Cano Reyes	María Carmen Hernández Castelló
Manuela Caparrós Batista	Isabel Hernández Hernández
José Carrillo Cano	Francisco Javier Hernández Noguera
María Dolores Castejón Berenguer	María del Mar Hernández Ruipérez
María Ángeles Castejón Vidal	José Hidalgo Fernández
María Contreras Ruiz	Javier Iniesta Sánchez
María Dolores Corbalán Abril	María Carmen Jiménez Checa
María José Corbalán Ruiz	Yolanda Lizarte Maza
Jerónimo Donato Pina	Ramón López Alegría
Ana Eulalia Espín Crespo	Ángel José López Amorós
Susana Esteve Lisón	Antonio Enrique López Campos
María Mercedes Expósito Castro	María Dolores López López
Inmaculada Fernández Marín	María Dolores Luján Rebollo

Beatriz Martín Retuerto
Noelia Martínez Aznar
José Luis Martínez Cárcel
Mónica Martínez Flores
Esther Martínez Gil
Marcos Martínez Guerrero
María José Martínez Lorente
José María Martínez Oliva
Victoria Martínez Puente
Manuel Martínez Rabadán
Manuela Menárguez Alcaina
Alicia Menárguez Luque
Carmen Miñano Navarro
Marzena Mikla
Dolores Carmen Molina Bonilla
Julia María Mondéjar Medina
María Purificación Montane Aparicio
Ana Belén Muñoz Marín
Ana María Muñoz Navarrete
Gloria Muñoz Pérez
Raúl Navarro Lozano
Nuria Navarro Pérez
Lucía Navarro Sanz
Ángeles Navarro Valladares
Paola Navedo Sánchez
Mercedes Nicolás Hernández
Marta Noguera Sánchez
Fanny Osorio Ramírez
Pilar Palacios Muñoz
María Pilar Palazón Cano
Francisco Javier Paredes Pérez
Antonio Andrés Pedreño Mirete

Adoración Pedreño Vera
María Dolores Pedrera Clemente
Juan José Perea Zafra
Carlos Alfonso Pérez Gómez
Isabel María Pérez Moya
Purificación Pérez Vigueras
María Teresa Rabadán Anta
María Fuensanta Ramírez Marco
Herminia Real López
Teodora Riquelme Perea
Juan José Rodríguez Mondéjar
María Rodríguez Mondéjar
Jesús Rodríguez Soler
Juan Antonio Rodríguez Zambudio
María Carmen Rubio Cava
Teresa Ruiz Morales
Ángeles del Rosario Sáez Soto
María Jesús Sánchez Carreño
Ana Belén Sánchez García
María Dolores Sánchez García
Miguel Ángel Sánchez Prieto
Elena Patricia Sánchez Sánchez
Rosa Ana Sánchez Sánchez
Aurora Serrano Rochel
Laura Sotomayor Ballesta
María José Terón Martínez
Isabel Torres Martínez
Laura Vera Martínez
Raquel Vera Martínez
Maria Carmen Villalba Sánchez
Rebeca Zamora Puche
Antonia Inmaculada Zomeño Ros

Índice

Prólogo	8
Introducción	10
Capítulo 1 Gestión de camas hospitalarias	14
Capítulo 2 Acogida en una unidad de hospitalización	23
Capítulo 3 Acogida y preparación de un paciente para Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A.)	33
Capítulo 4 Acogida del paciente en el área quirúrgica	41
Capítulo 5 Acogida de un paciente en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica	51
Capítulo 6 Ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos	59
Capítulo 7 Primera visita de enfermería en la Unidad de Hospitalización a Domicilio	67
Capítulo 8 Valoración inicial de enfermería de un paciente	75
Capítulo 9 Valoración del riesgo de úlceras por presión	86
Capítulo 10 Valoración de la lesión de una úlcera por presión	103
Capítulo 11 Valoración del riesgo nutricional mediante la escala NRS 2002	115
Capítulo 12 Evaluación del dolor mediante la escala visual analógica (EVA)	127
Capítulo 13 Control de constantes vitales	134
Capítulo 14 Medición de la presión venosa central (PVC)	158
Capítulo 15 Elaboración del balance hídrico	169
Capítulo 16 Individualización de los planes de cuidados estandarizados	182
Capítulo 17 Prevención de úlceras por presión	189
Capítulo 18 Información eficaz	199
Capítulo 19 Relevo de enfermería de la Unidad de Urgencias a una Unidad de Hospitalización	205
Capítulo 20 Relevo de enfermería en una unidad de hospitalización	213
Capítulo 21 Relevo de enfermería de la Unidad de Reanimación a la Unidad de Hospitalización	222

Capítulo 22 Relevo de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos	231
Capítulo 23 Traslado de un paciente entre unidades de hospitalización	240
Capítulo 24 Traslado de un paciente a otro hospital con enfermera	248
Capítulo 25 Traslado de un paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	255
Capítulo 26 Alta de enfermería de la unidad de hospitalización	264
Capítulo 27 Alta de un paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos	274
Capítulo 28 Actuación tras la muerte de un paciente	284

Prólogo

La elaboración de procedimientos es una estrategia útil para solventar problemas que inciden en la calidad asistencial, unificando criterios de actuación basados en la evidencia disponible ante un mismo proceso, sirven de ayuda en la toma de decisiones, reflejan las normas institucionales vigentes y permiten conocer y mejorar la calidad de los cuidados de Enfermería proporcionando criterios de buena práctica que son garantía para la seguridad clínica.

Este libro en formato electrónico es la continuación del trabajo de un equipo de profesionales, que allá por el año 1997 inició un proyecto ilusionante con el objetivo de sistematizar y normalizar los procedimientos de enfermería, que se aplicaban en el entonces Hospital General Universitario de Murcia, actualmente Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia y que vio la luz en el año 2000 con el nombre de Manual de Procedimientos de Enfermería, bajo la dirección de D. Manuel Manzano González.

Tras quince años, estos procedimientos se han mantenido vivos, revisándose y actualizándose de forma sistemática según la evidencia disponible, por sus autores en muchos de los casos, por los supervisores de enfermería y por profesionales que se han ido incorporando a las unidades donde se aplican los mismos.

Con esta continuidad se ha conseguido que el manual de procedimientos de enfermería sea en la actualidad una herramienta de trabajo de calidad y referencia tanto para los profesionales del hospital como para muchos otros profesionales, estando accesible en todas las unidades.

Transcurrido este tiempo y debido a la aparición de nuevos procedimientos, que no estaban recogidos en el manual publicado, así como los múltiples cambios sobre los procedimientos existentes, surge la necesidad de realizar una nueva publicación en la que se ha llevado a cabo una adaptación formal a los estándares

de calidad vigentes para los procedimientos y se han incorporado las fuentes de evidencia en aquellos en los que ha sido posible.

El gran número de procedimientos existentes ha conllevado la división de los mismos en distintos volúmenes, siendo este el primero de ellos, en el que se recogen los cuidados y técnicas de enfermería a desarrollar en los primeros contactos con el paciente y en la salida de este del entorno de hospitalización de vuelta hacia atención primaria, ya que desde el año 2010 se constituyó la Gerencia de Área integrando al hospital y los centros de atención primaria, iniciándose el desarrollo de procedimientos conjuntos con la finalidad de homogeneizar la práctica profesional y garantizar la continuidad de cuidados.

Como profesión dinámica que es Enfermería, nos hemos adaptado a las nuevas tecnologías para la edición de este libro, eligiendo para ello el formato electrónico, que facilita la accesibilidad al mismo desde cualquier punto, tanto desde la institución como fuera de ella y para todos los profesionales que lo requieran.

Es para mí un honor como directora de Enfermería apoyar esta iniciativa que comienza con este primer volumen y esperamos prosiga en breve con otros que den respuesta a las necesidades de las enfermeras para prestar unos cuidados de máxima calidad con la mejor evidencia disponible.

M^a José Terón Martínez

Directora de Enfermería
Área de Salud VII Murcia Este

Introducción

Una de las líneas prioritarias de la política sanitaria y su incorporación a la práctica asistencial ha de ser la difusión de recomendaciones que se basen en la evidencia y en las buenas prácticas ya que la aplicación del conocimiento disponible es garantía para la seguridad clínica.

Durante la práctica asistencial se observan actuaciones dispares en la prestación de cuidado, con gran variabilidad ante situaciones clínicas similares, y en ocasiones sin encontrar una base científica que las sustente. Uno de los mecanismos para incrementar la homogeneidad en la práctica asistencial es la estandarización o normalización de los cuidados, que se ve plasmada en la elaboración, difusión e implantación de procedimientos.

El diseño de la calidad se define como el tercer componente de los programas de gestión de la calidad, tiene como finalidad prevenir la aparición de problemas de calidad, consiste en diseñar sistemas y procesos haciendo que la calidad sea inevitable, de modo que favorece que las actividades se realicen siempre de forma adecuada, de manera que el resultado sea el esperado. Citando a Saturno “saber lo que hay que hacer para solucionar los problemas de salud, satisfacer las expectativas de los usuarios, poner los medios y organizar los procesos de manera que sea lógico, fácil e inevitable ofrecer un servicio con la calidad esperada”. Los procedimientos pueden considerarse instrumentos de diseño de la calidad que facilitan a los profesionales la toma de decisiones frente a situaciones clínicas específicas y que sirve de guía para la evaluación y mejora de la calidad de los cuidados. Según Saturno “Los procedimientos son un conjunto de actividades sistematizadas, repetibles, lo más simples y breves posible, que garantizan resultados de gran homogeneidad”. Para desarrollar los procedimientos se parte de lo que se quiere conseguir según las expectativas y necesidades a satisfacer y de los resultados que se han de obtener, según estas directrices se decide qué hacer y cómo.

Para el diseño y elaboración de procedimientos se debe recurrir a la evidencia científica actualizada que haya demostrado su efectividad y eficiencia clínica. “Actualmente, es aceptado por todas las disciplinas de las ciencias de la salud, que la práctica basada en la evidencia es el paradigma metodológico que debe servir de referencia para la unificación de criterios en la toma de decisiones clínicas” (Ruzafa), esta ha sido una de las premisas que se han tenido en cuenta en esta publicación.

Pero el diseño no es suficiente, hay que contrastarlo con la realidad, evaluarlo para ver si es efectivo y monitorizarlo para detectar si se producen variaciones con el tiempo.

Entendidos como herramienta de evaluación y mejora de la calidad, los procedimientos del H.G.U. Reina Sofía de Murcia, incluyen indicadores que permiten validar la efectividad de las actividades y el cumplimiento de los objetivos. La evaluación de indicadores de calidad de cuidados, que parten del cumplimiento de procedimientos institucionales, permite monitorizar el nivel de calidad de los cuidados ofertados y establecer e implantar acciones de mejora tras cada evaluación. Para Gaviria “la evaluación se fundamenta en un proceso de reflexión permanente de lo que hacemos, de cómo logramos cambios y resultados en el cuidado”.

Entre las características más relevantes de los procedimientos recogidos en este documento destacan que en la elaboración de los mismos se integran conocimientos, habilidades técnicas, intelectuales e interpersonales que definen la práctica de la Enfermería actual. Otra de las características significativa en estos procedimientos es la participación en la toma de decisiones del paciente y la familia en el proceso de cuidados, desvinculándose de unos cuidados paternalistas para dar paso al autocuidado e implicación del paciente en su proceso de salud, van más allá de la descripción de la técnica, destacando el papel profesional de Enfermería y su relación con el paciente. Se contemplan tanto estándares de competencia técnica como estándares éticos que configuran la calidad de los cuidados: respeto, información y compresión hacia el paciente, respuesta a las dudas, confidencialidad, intimidad.

Entre los propósitos de esta publicación destacamos:

- Servir como guía de actuación, describiendo las responsabilidades y las acciones que se han de llevar a cabo para la consecución de objetivos.
- Constituirse como una herramienta de consulta para los profesionales,

minimizando el riesgo de errores y por tanto aumentando la seguridad en el desempeño del trabajo de los profesionales y la seguridad en el cuidado de los pacientes.

- Favorecer la satisfacción de los pacientes.
- Desarrollar actividades de evaluación y mejora de la calidad.

Para la realización de este proyecto se constituyó un grupo coordinador integrado por cuatro miembros de la Dirección de Enfermería y tres enfermeros asesores, con experiencia en revisiones sistemáticas, para la búsqueda bibliográfica e incorporación de la evidencia. Cada miembro del grupo coordinador asumió el seguimiento de la elaboración de los nuevos procedimientos manteniendo reuniones periódicas con los autores.

Se estableció una plantilla para los procedimientos en base a los criterios de calidad formal de los protocolos establecidos en el programa de “Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial” (EMCA) para el diseño de protocolos, para unificar la estructura de los mismos.

Todos los procedimientos contenidos en este documento han seguido un proceso de revisión interna por los coordinadores de los mismos, llevándose posteriormente una revisión cruzada entre los miembros del grupo coordinador y finalmente una revisión externa por el grupo de expertos de normalización de documentos del Área de Salud VII Murcia-Este.

La publicación de los procedimientos, contribuye a consolidar nuestra identidad profesional, enriqueciendo el conjunto de conocimientos específicos y ampliando la base científica de nuestra disciplina, así mismo permiten dar a conocer a la sociedad qué actividades desarrollamos y cómo las realizamos, poniendo de manifiesto la relevancia de nuestros cuidados en la mejora de la salud.

Este documento se convierte en un instrumento de ayuda en la toma de decisiones, ofreciendo a los profesionales un conocimiento accesible, comprensible y estructurado.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranaz JM. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Gaviria DL. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Invest Educ Enferm.* 2009;27(1):24-33. [consultado el 23-01-2012]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdRed.jsp?iCve=105213198002>
- Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. *Rev Calid Asist* 2006; 21(3): 143-9.
- Llor B, Saturno PJ, Gascón J.J, Saura J, López MJ, Sánchez M, Blasco JR, García M. ¿Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural?. Resultados de una evaluación multicéntrica en atención primaria de salud. *Enferm Clin.* 2002; 12(1): 22-28.
- Manzano M, (Ed.) Manual de procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia, 2v. Murcia: Universidad; 2000.
- Olmedo MC, Sanchidrián C, Plá R, Puente MD, Rodríguez P. Sistématica para la protocolización de los cuidados de enfermería. *Rev Calid Asist.* 2010;25(5): 268-274.
- Ruzafa M, González E, Moreno T, del Río C, Albornos L, Escandell C. Proyecto de implantación de guías de buenas prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clin.* 2011;21(5): 275-83.
- Saturno PJ: Diseño de la calidad. Concepto y metodología básica. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 25. Universidad de Murcia, 2000.
- Saturno PJ: Protocolización de actividades. Guías de práctica clínica. Concepto y características. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 27. Universidad de Murcia, 2001.

Capítulo 1

Gestión de camas hospitalarias

Vera Martínez, Laura
Vera Martínez, Raquel
Sotomayor Ballesta, Laura
López Alegría, Ramón

JUSTIFICACIÓN/DEFINICIÓN

Procedimiento para la asignación de una cama hospitalaria a los pacientes tanto programados como los de ingreso urgente.

La asignación de la cama se realiza en función del tipo de especialidad médica y la prioridad del ingreso, procurando así mismo, ubicarlo en la cama más idónea en función de su enfermedad, sexo, edad, situación social, etc, teniendo siempre en cuenta las cargas de trabajo en la planta para enfermería.

Para la asignación de camas también es precisa la gestión de traslados de pacientes que se genera dentro de área de hospitalización (excluyendo las actividades programadas) contribuyendo a un mayor control y agilización de las altas en planta.

Otra actividad que incluye la Gestión de camas es la de traslados de pacientes intercentros a través de los distintos servicios de admisión pertenecientes al resto de hospitales, tanto a nivel regional como en el resto de territorio nacional, así como la comunicación con el servicio en el que ingresará el paciente, reserva de cama y transporte sanitario.

OBJETIVOS

- ◆ Optimizar los recursos asistenciales, conciliando la actividad urgente con la programada.
- ◆ Conseguir que la cama adjudicada a todo paciente que precisa ingreso sea la más adecuada a sus necesidades.
- ◆ Mantener en las plantas de hospitalización el mapa de camas por especialidad, reubicando a los pacientes hospitalizados en unidades distintas de la especialidad médica asignada.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

- ◆ Cualquier paciente que precise un ingreso hospitalario programado o bien de carácter urgente.
- ◆ Paciente que precise una modificación de su ubicación inicial en las unidades asistenciales en el hospital.
- ◆ Cualquier paciente que precise el traslado a otro centro asistencial.

Excepciones: Situaciones que surjan fuera del horario de funcionamiento del dispositivo de gestión de camas (de 8 de la mañana a 19 horas los días laborales).

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermeras del Servicio de Gestión de Camas.

Materiales:

Ordenador.
Mapa de camas (SELENE).
Impresoras.
Fax.
Mesas de trabajo.
Teléfonos.

ACTIVIDADES A REALIZAR

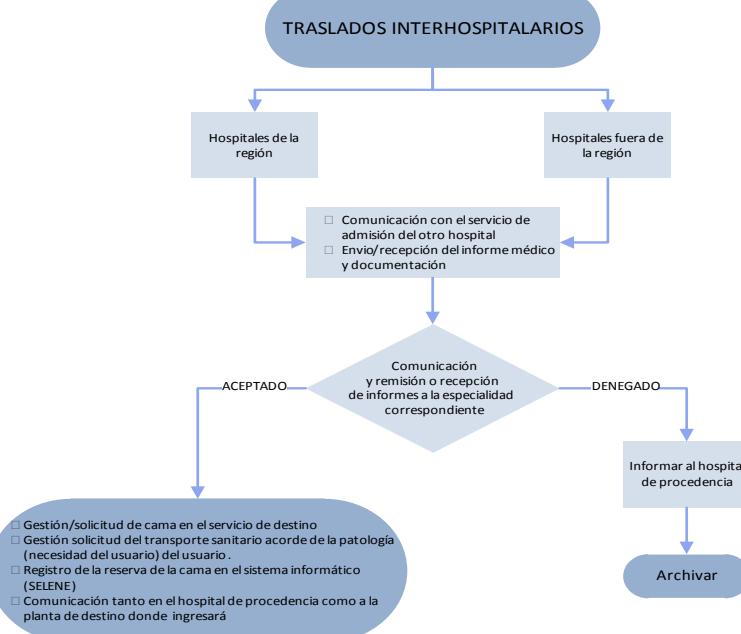
- ◆ Recoger los listados del Servicio de Admisión de Urgencias y las incidencias que hayan surgido durante el transcurso de la guardia.
- ◆ Imprimir los listados de las plantas de hospitalización para conocer la disponibilidad de camas y valoración de la posibilidad de realizar ingresos a lo largo de la mañana.
- ◆ Constatar el número de pacientes que se encuentran en el área de urgencias, comprobando área sanitaria a la que pertenecen y tiempo de espera en el servicio.
- ◆ Visualizar el relevo médico para conocer las patologías y situación del paciente.
- ◆ Establecer comunicación, vía telefónica, con los centros concertados que dan cobertura a nuestra área sanitaria para conocer la disponibilidad de camas libres.
- ◆ Establecer comunicación, con el coordinador y facultativos responsables del Servicio de Urgencias de las camas disponibles tanto dentro del hospital como fuera, para una mejor valoración sobre la necesidad de trasladar pacientes fuera del hospital.

- ◆ Realizar y enviar los justificantes de los pacientes trasladados el día anterior a centros concertados y comprobar el correcto registro del alta en nuestro sistema informático (SELENE).
- ◆ Registrar en SELENE las altas y trasladados que se produzcan en la Unidad de Corta Estancia (UCE).
- ◆ Mantener comunicación telefónica continua, a lo largo de todo el turno, con las enfermeras y supervisoras de las distintas plantas de hospitalización, con la intención de tener un conocimiento de la disponibilidad de camas en tiempo real.
- ◆ Revisar la programación de quirófanos en SELENE, comprobando los pacientes que se han programado como Cirugía con ingreso (CCI) y como Cirugía ambulatoria (CMA).
- ◆ Revisar y confirmar, con las enfermeras y facultativos de las camas de observación de urgencias los pacientes pendientes de ingreso.
- ◆ Gestionar las pruebas especiales (pacientes hospitalizados) que se realizan fuera de nuestro hospital, intentando evitar una excesiva demora en la fecha de la cita. En consecuencia se preverá el transporte sanitario que precise. (Excepto cuando se trate de un cateterismo).
- ◆ Asignar las camas a los pacientes pendientes de ingreso, teniendo en cuenta:
 - El cargo de la especialidad en la que ingresa.
 - La prioridad del ingreso.
 - Características del paciente: sexo, edad, tipo de patología, situación social/familiar, etc.
 - Tiempo de espera en urgencias.
 - Tipo de intervención (en pacientes programados), evitando ingresar dos intervenciones iguales en la misma habitación.
 - Cargas de trabajo de enfermería en la planta.
- ◆ Comunicar por vía telefónica a las enfermeras de todas las plantas de hospitalización los ingresos que recibirán a lo largo del día (tanto programados como urgentes), así como los trasladados de pacientes que se

vayan a producir a nivel interno, facilitando todos los datos necesarios del paciente (nombre, edad, patología o tipo de intervención, hora de ingreso,...).

- ◆ Gestionar los traslados interhospitalarios que hayan podido surgir (traslado cama-cama), con el servicio de admisión del hospital que corresponda, avisando y enviando informes al servicio de destino que corresponda, reserva de cama, gestión de transporte en caso de ser necesario.
- ◆ Registrar en SELENE las reservas de cama para los pacientes que ingresarán de forma programada, las altas, éxitus, trasladados, etc.
- ◆ Informar por escrito de la relación de camas asignadas, tanto a los profesionales de las camas de observación de urgencias como al servicio de admisión de urgencias.
- ◆ Al final del turno entregar un listado de la situación de camas libres dentro del hospital (*planning* de camas no ocupadas por unidad de enfermería) tanto a los profesionales de observación de urgencias como en el servicio de admisión, al que además le entregaremos un listado de la situación general del hospital (*planning* de camas total por unidad de enfermería).
- ◆ En horario de 15 a 19 horas se vuelve a reanudar la tarea de asignación de camas a pacientes de urgencias. Se controla el correcto funcionamiento del servicio de transporte y petición de las nuevas ambulancias que puedan surgir, además de la resolución de problemas que puedan derivar de los ingresos programados que se realizan en esa franja horaria.
- ◆ Mantener reuniones periódicas con el jefe de servicio de Digestivo para la programación del quirófano correspondiente a esa especialidad y pruebas relacionadas, en las que se precisará una cama hospitalaria.

DIAGRAMAS DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

SELENE (soporte informático), a través de él realizaremos:

- ◆ Registro de las reservas de camas de los ingresos programados quirúrgicos que se producirán (ícono “admisión preingreso hos/reserva de cama”).
- ◆ Registro de todos los traslados y movimientos de pacientes que se realicen tanto a nivel interno (ícono “añadir traslado”) como a nivel externo (ícono “altas”).
- ◆ Registro de todas las altas/exitos que se produzcan a lo largo del turno (ícono “altas”).

Listados que se extraen de SELENE:

- ◆ Listado *planning* de camas (total) por unidad de enfermería hospitalizados. Ofrece una visión global de todas las plantas del hospital, permitiendo visualizar las camas que hay libres, aislamientos, nombre del paciente, edad, fecha de ingreso, cargo al que se encuentra ingresado, cargos de las plantas. Al finalizar el turno se dejará un listado actualizado en admisión de urgencias.
- ◆ *Planning* de camas no ocupadas por unidad de enfermería. No aparecen datos de pacientes, solo las camas disponibles y los cargos a los que se encuentran adjudicadas esas camas. Solo se utiliza para dejar, al final del turno, una copia en admisión de urgencias y otra al personal que se encuentre en las camas de observación de urgencias, siendo así más ágil la localización de camas libres.
- ◆ Parte de quirófano (qui-sur-33) con Ficing. Permite la visualización de los pacientes programados para quirófano. En este listado se encuentran los pacientes programados como CCI y como CMA. Aporta información sobre el paciente: nombre, edad, patología, tipo de intervención, orden de quirófano y especialidad.
Imprimiremos también el parte semanal de quirófano, ya que hay intervenciones que ingresaran hasta 24 o 48 horas antes de la intervención.
- ◆ Relevo del área de urgencias. Recoge a los pacientes pendientes de cama que se encuentran en el área de urgencias (concretamente en las camas

de observación) con una breve descripción de la patología y evolución del paciente.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes ubicados en camas de observación con asignación de cama /nº de pacientes ubicados en camas de observación x 100.
- ◆ N° de pacientes quirúrgicos programados para ingreso con asignación de cama/ nº de pacientes quirúrgicos programados para ingreso x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Pubmed, Cinahl, Cuiden plus, Lilacs, Bireme.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: gestión camas, camas hospitalización, gestión pacientes, gestión ingresos.

Límites: idioma español o inglés.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas (nivel de evidencia III y II-3), con grado de recomendación C (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Ayuso D, Royuela C, Fernández JC, Martín V, Hormigos A, Sánchez F. Experiencia en la gestión de camas desde la dirección de enfermería. Rev Calidad Asistencial [revista en Internet] 2002. [acceso 15 de diciembre de 2014]; 17(1): 17-21. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13027646&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=11&accion=L&origen

=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v17n01a
13027646pdf001.pdf

- Bastero Navarro MC, Martínez González L. La optimización de los circuitos hospitalarios en la gestión de camas. 19º edición máster en administración y gestión en cuidados de enfermería [Internet]. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona; 2009 [acceso 15 diciembre de 2014]. Disponible en: http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21568/1/2009_5.pdf
- Dauga D. La gestión de las camas hospitalarias y la importancia del “antes de entrar dejen salir”. Sedisa S. XXI [revista en Internet] 2010. [acceso 15 de enero de 2015]. Disponible en: <http://sedisasigloxxi.com/spip.php?article67>
- Formoso Fernández M, Castro López R, Rodríguez Aneiros A, Luaces C, López Gutiérrez JL. Papel de enfermería en la admisión y gestión de pacientes de urgencias [Internet]. A Coruña: Hospital Vires da Xunqueira. [acceso 15 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.enferurg.com/articulos/admisionpacientes.htm>
- Hospital Universitario de Donostia [Guipuzcua] Gestión de pacientes [Internet]. Guipuzcua: Hospital Universitario de Donostia; 2008 [acceso 15 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/Administrativos/Prot_Gestion_Pacientes.pdf
- Roqueta F, Busca P, Cánovas M, López-Andújar L, Mariné M, Navarro A et al. Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales [Internet]. Madrid: Sociedad Canaria de Medicina de Urgencias y Emergencias; 2009 [acceso 15 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.semescanarias.org/web/d125/MANUAL%20DE%20INDICADORES%20DE%20SUH.pdf>
- Ros Pardo MA. Adjudicación de una cama hospitalaria. Gestión de camas. En: Manzano González M, editor. Manual de procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia. Murcia: Universidad de Murcia; 2000.

Capítulo 2

Acogida en una unidad de hospitalización

Iniesta Sánchez, Javier
Navarro Pérez, Nuria
Giménez Sánchez, Virginia
Rodríguez Zambudio, Juan Antonio
Sáez Soto, Ángeles del Rosario
Terón Martínez, María José

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

La hospitalización suele producir incertidumbre, miedo y ansiedad. La acogida en una unidad de hospitalización puede condicionar la actitud del paciente y sus allegados durante el resto de su estancia en el hospital, así como su satisfacción. Cuando el paciente conoce el medio terapéutico, motivo de ingreso, técnicas y pruebas a realizar se favorece su participación en la organización y planificación de sus cuidados.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 274, 2002), Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE 128, 2003), Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, (LOPD), y Ley 3/2009, 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la región de Murcia (BORM 114, 2009) fundamentan el desarrollo de actividades encaminadas a recibir al paciente y a sus acompañantes, proporcionar la información que precisen e integrarle en la unidad de hospitalización facilitando su adaptación al nuevo medio.

Podemos definir la acogida en una unidad de hospitalización como la actuación de enfermería encaminada a integrar a un paciente y acompañantes en la misma a su ingreso.

OBJETIVOS

- ◆ Facilitar al paciente y/o allegados la identificación de los profesionales que van a ser responsables de su cuidado en la unidad.
- ◆ Orientar al paciente y/o allegados para favorecer su integración y adaptación al medio hospitalario y a la unidad de hospitalización en concreto.
- ◆ Proporcionar la información que precise el paciente y/o allegados, para contribuir a la utilización adecuada de los medios a su alcance, así como el conocimiento y adaptación a las normas de la unidad.
- ◆ Establecer un vínculo entre el paciente y el equipo sanitario, como referencia ante cualquier necesidad a lo largo de su estancia en la unidad.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

- ◆ Personas que ingresan en una Unidad de hospitalización, y/o allegados, a través del Servicio de Urgencias.
- ◆ Personas que ingresan en una Unidad de hospitalización, y/o allegados, con ingreso programado a través del Servicio de Admisión remitidos por facultativos especialistas del área.

Excepciones: Paciente que no es capaz de entender la información y no tiene ningún allegado que le acompañe.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.
Auxiliares de Enfermería.
Celador.

Materiales:

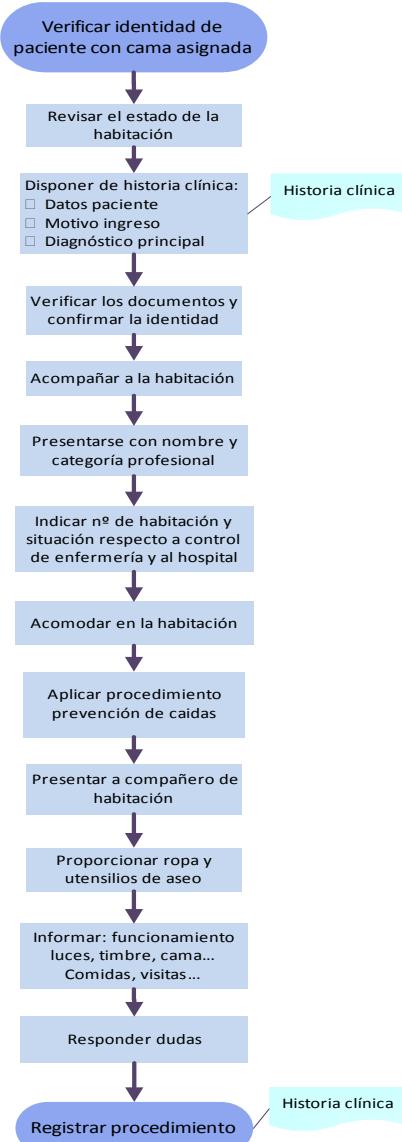
Historia clínica documentada.
Guía de información para usuarios hospitalizados.
Hoja informativa con normas de la unidad.
Habitación y mobiliario en perfecto estado de limpieza.
Cama vestida y cerrada.
Mesita auxiliar, sillón, luz y timbre en óptimas condiciones.
Pulsera identificativa.
Toallas.
1 pijama/camisón.
1 rollo de papel higiénico.
1 cómodo o cuña.
1 botella de diuresis (si precisa).
Palanganas.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Verificar la identidad del paciente con la asignación de la cama.
- ◆ Revisar la habitación (auxiliar de enfermería) antes de la llegada del paciente:
 - Habitación limpia.
 - Cama vestida.
 - Utensilios del baño: papel, jabón y toalla.
 - Buen funcionamiento de las luces, el timbre y la cama.
- ◆ Comprobar que en la historia clínica del paciente se indican los datos personales, el motivo de ingreso y el diagnóstico médico.
- ◆ Dirigirse al paciente identificándolo por su nombre.
- ◆ Ratificar de forma activa los documentos acreditativos de identidad (brzalete identificativo y hoja de filiación), preguntando al paciente su nombre o confirmando la identidad con sus allegados.
- ◆ Identificarse ante el paciente por el nombre y categoría profesional.
- ◆ Informar al paciente y allegados del número de habitación y cama, y su situación con respecto al control de enfermería y al hospital.
- ◆ Colocar en una posición cómoda y correcta de acuerdo a su patología, si es un enfermo encamado, en colaboración con el celador.
- ◆ Aplicar el Procedimiento de *Prevención y cuidados ante el riesgo de caídas* en caso de pacientes con riesgo de caída.
- ◆ En caso de habitación compartida, presentar al paciente de la otra cama.
- ◆ Proporcionar al paciente utensilios de aseo y pijama o camisón.
- ◆ Informar al paciente y allegados de:
 - La ubicación de su cama, mesilla y armario.
 - El funcionamiento de las luces, timbre, cama, teléfono, televisión, y el armario en caso necesario.
 - El horario de:

- Comidas.
- La visita e información médica.
- El tiempo de estancia de los familiares en la habitación.
- Organización y funcionamiento de la unidad.
- Advertir al paciente que el centro no se responsabiliza de sus pertenencias, y que dispone de un servicio de custodia para objetos de valor en caso de que no se responsabilice ningún allegado de sus pertenencias.
- ◆ Responder a posibles dudas o sugerencias del paciente o familiar.
- ◆ Registrar el procedimiento en la historia clínica.

DIAGRAMAS DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica electrónica.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Nº de pacientes ingresados más de 24 h. con Plan de Acogida registrado en historia clínica en las primeras 24 horas desde el ingreso/ Nº de pacientes ingresados evaluados x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Cochrane, Joanna Briggs Institute, Pubmed, CINAHL, Cuiden, Lilacs, Bireme, guías de práctica clínica (RNAO, Fisterra).

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: acogida; ingreso hospitalario; admisión & nursing procedure; admisión & nursing protocol; admision & nursing station; patient & receiving; patient & admission; receiving patients & nursing; acogida & enfermería; acogida & hospitalización; acogida & ingreso; acogida & paciente; ingreso & hospital; ingreso & paciente.

Límites establecidos: idiomas español, inglés, portugués. Edad (paciente adulto).

Las actividades recogidas en este Procedimiento están basadas en opiniones de expertos (Nivel IV). No se encuentran fuentes de evidencia diferentes, ni guías de práctica clínica a nivel nacional o internacional hasta la fecha de edición de este Protocolo.

EVIDENCIA BASADA EN LA PRÁCTICA E INFORMACIÓN DE PROFESIONALES

NIVEL I	Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.
NIVEL II	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.
NIVEL III.1	Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.
NIVEL III.2	Evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
NIVEL III.3	Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.
NIVEL IV	Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

GRADO DE EVIDENCIA DE LAS RECOMENDACIONES GRADACIÓN PROPUESTA POR LA GUÍA DE IOWA

A	Recomendación procedente de resultados de revisiones sistemáticas, meta análisis o ensayos clínicos aleatorizados para recomendar o desestimar su utilización.
B	Recomendaciones procedentes de resultados de estudios experimentales y controlados, con o sin aleatorización, con resultados que avalan consistentemente una acción específica.
C	Recomendaciones procedentes de estudios observacionales o ensayos clínicos con resultados inconsistentes.
D	Recomendaciones procedentes de grupos de expertos o informes de series de casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bender M, Mitchell C. Welcoming patients: an underrated necessity. *Nurs Times.* 1994; 90(49): 36-7.
- Henstridge V. *Ingreso hospitalario del paciente.* Madrid: Instituto Joanna Briggs; 2006
- Holt P. Role of questioning skills in patient assessment. *Br J Nurs.* 1995; 4(19): 1145-8.
- Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería.* Cordoba: Hospital Universitario Reina Sofía, Dirección de Enfermería; 2001.
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [sede Web]. *Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia.* [acceso 1 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.iacs.aragon.es>
- James J, Reaby L. Physical assessment skills for RNs? *Aust Nurses J.* 1987; 7(1): 39-41.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado,* nº 274, (15-11-2002).
- Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado,* nº 128, (29-5-2003).
- Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. *Boletín Oficial de la Región de Murcia,* nº 114, (20-5-2009).
- Price B. Just a few forms to fill in. *Nurs Times.* 1983; 79(44): 26-8.
- Sáez Soto AR, Arellano Morata C, Hernández Ruipérez MM, Campos Aranda, M., López Montesinos, M.J. Evaluación de procedimientos de enfermería en el Hospital General Universitario de Murcia. *Enferm Global* 2003. [acceso 1de enero de 2011]; 2(2): 1-5. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/656/688>
- Cobo Rodríguez F, Frades de la Viude M, Martín Sánchez B, Gui-sado Morán R, Vázquez Gómez I, García Fernández C. *Manual de*

- intervenciones enfermeras. Protocolo de procedimientos enfermeros [Internet]. Huelva: Área Sanitaria Juan Ramón Jiménez; 2009 [acceso 1 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/file-set/doc_56363_FICHERO_NOTICIA_105620.pdf
- Solé. C. La visita de acogida. Enferm Clín [revista en Internet] 2002. [acceso 1 de enero de 2011]; 12(5): 238-43. Disponible en: <http://www.el-sevierinstituciones.com/ficheros/pdf/35/35v12n05a13038475pdf001.pdf>
 - Wright K. An overview of the nursing process. Gastroenterol Nurs. 1992; 15(1): 14-7.
 - Young-Meyer V. A two level approach to nursing process. J Nurs Staff Dev. 1992; 9(5): 230-5.

Capítulo 3

Acogida y preparación de un paciente para Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

Martínez Lorente, María José
González López, Juan Diego
Hidalgo Fernández, José
Gracia Arteaga, Aranzazu
Campillo Campillo, Antonia

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

La acogida en la unidad de CMA recoge la actuación de enfermería encaminada a ubicar y preparar a un paciente que va a ser sometido a un acto anestésico y quirúrgico. Esta actuación va encaminada a asegurar tres premisas fundamentales: la seguridad, la confianza y el confort del paciente que va a ser intervenido.

El marco de la legislación sanitaria vigente, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley 3/2009, 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la región de Murcia, fundamenta el desarrollo de una serie de acciones, por parte del personal de enfermería, encaminadas a recibir al paciente y a sus acompañantes, proporcionar la información que precisen e integrarle en la unidad de hospitalización facilitando su adaptación al nuevo medio.

Si el paciente conoce el medio terapéutico así como las técnicas y los procedimientos que se le van a realizar, se favorece su participación en la organización y planificación de sus cuidados.

OBJETIVOS

- ◆ Disminuir la ansiedad producida por el cambio de entorno.
- ◆ Facilitar al paciente y/o allegados la identificación de aquellas personas que van a ser responsables de su cuidado.
- ◆ Proporcionar la información inicial que precise el paciente y/o allegados, para contribuir al conocimiento y adaptación a las normas de la Unidad.
- ◆ Garantizar la preparación correcta del paciente, previa a la intervención quirúrgica y/o procedimiento médico en quirófano.

POBLACIÓN DIANA/EXCEPCIONES

Paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica y/o procedimiento médico en quirófano y que no precisa ingreso.

Excepciones: Pacientes con problemas médicos agudos, problemas médicos no suficientemente estudiados, problemas médicos graves no estabilizados

y problemas médicos graves que precisen ingreso hospitalario para su control postoperatorio.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera, auxiliar de enfermería y celador.

Materiales:

Vestuarios.

Ordenador.

Teléfono.

Historia clínica: hoja de admisión, etiquetas, gráfica de constantes y hoja de tratamiento.

Parte de quirófano.

Hoja de anestesia.

Monitores de control de constantes: Tensión Arterial, Frecuencia Cardiaca, Electrocardiografía, pulsioximetría.

Medicación.

Material fungible.

Camas.

Lencería.

Gorros y calzas.

ACTIVIDADES A REALIZAR

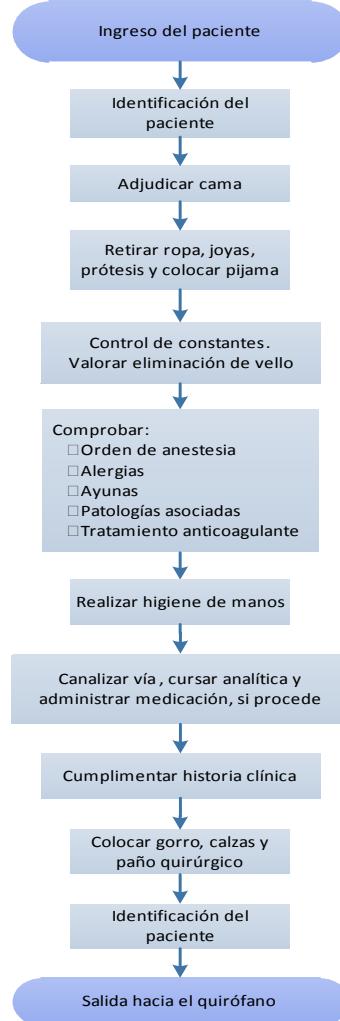
- ◆ El día anterior la enfermera de la unidad debe disponer del parte quirúrgico, donde se indica el listado de los pacientes, la especialidad quirúrgica y la patología a intervenir, esto hará posible preparar las historias y la documentación específica de la unidad para el día siguiente.
- ◆ Recibir al paciente e identificarse por su nombre y categoría profesional.
- ◆ Verificar que lleva la pulsera de identificación, y que se corresponde con los datos del paciente.
- ◆ Acompañar al vestuario al paciente junto con un allegado e indicarle que

debe retirarse toda la ropa, colocarse un pijama o camisón, y calzas. Ha de guardar la ropa en las taquillas de los vestuarios.

- ◆ Confirmar que no lleva joyas, prótesis extraíbles, pinturas de uñas, maquillaje, pectorales, lentillas y gafas o cualquier objeto metálico.
- ◆ Informar a los allegados donde deben permanecer durante el proceso y la forma de ponerse en contacto con ellos.
- ◆ Adjudicar una cama al paciente en la unidad.
- ◆ Procurar disminuir la ansiedad del paciente, proporcionando seguridad y resolviendo cualquier duda que pueda tener.
- ◆ Realizar higiene de manos.
- ◆ Valorar si es necesario recortar el vello al paciente según el tipo de intervención y ejecutar la acción.
- ◆ Tomar las constantes vitales y si es preciso monitorizar.
- ◆ Comprobar que el paciente:
 - Ha sido visto en la consulta de preanestesia.
 - Ha seguido las recomendaciones del anestesista: tratamiento domiciliario, premedicación, etc.
- ◆ Verificar si el paciente tiene algún tipo de alergias.
- ◆ Confirmar que esté en ayunas.
- ◆ Contrastar las patologías asociadas al paciente:
 - Si es diabético se le realizará un test de glucemia.
 - Si es hipertenso comprobar si ha tomado antes de la llegada a la unidad la medicación, a qué hora la tomó y que cantidad de líquido ha utilizado para ingerir la medicación.
- ◆ Comprobar si toma antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, si es así, verificar si los ha suspendido por indicación del anestesista o si está tomando otros prescritos por él.
- ◆ Realizar higiene de manos.

- ◆ Canalizar vía periférica, si precisa, según procedimiento.
- ◆ Administrar la medicación prescrita en la hoja de preanestesia.
- ◆ Verificar si está prescrita la realización de analítica, según procedimiento.
- ◆ Retirar al paciente el camisón o pijama, colocar un gorro, las calzas y una sabanilla verde, justo en el momento en que el celador proceda a su traslado a quirófano en la cama.
- ◆ Cumplimentar la historia clínica y registrar las constantes vitales.
- ◆ Comprobar antes de la salida de la unidad la identidad del paciente.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Historia clínica.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Nº de pacientes correctamente preparados para intervención/ Nº total de pacientes evaluados x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Bases de datos: Pubmed, CINAHL, CUIDENplus, Lilacs, Bireme.

Criterios de búsqueda:

Palabras utilizadas: Cirugía mayor ambulatoria; CMA

Límites: idioma español.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, con grado de recomendación C, según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Maestre Alonso M. Guía para la planificación y desarrollo de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. Madrid: Zeneca Farma; 1997.
- Martínez Lorente MJ, Hidalgo Fernández J, González López JD, Martínez López D, Saura Morales E, Cuadrado Fernández J et al. Procedimiento sobre Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) [Internet]. Murcia: Hospital General Universitario Reina Sofía; 2009. [acceso 15 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://10.166.33.71:8080/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/6b2cf97a-6821-44e3-90eb-f120800f5ab5/G13-13.pdf>]

- Martínez Ramos C. Organización de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. II. Selección de Pacientes. Circuito Asistencial. Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina 2009 [revista en Internet]. [acceso 3 de diciembre de 2004]; 1(1): 328-341. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/viewFile/65/95>
- Tirado JJ, Carbonell A. Papel clave de los profesionales de enfermería en la organización y humanización de la CMA. En: Ferrer Valls JV, coordinador. Guía de actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2002. [acceso 3 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.1699-2002.pdf>

Capítulo 4

Acogida del paciente en el área quirúrgica

Pedreño Mirete, Antonio Andrés
Funes Meseguer, María José
Briones Ruiz, Julia

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

La acogida de un paciente en quirófano implica a varios profesionales que deben coordinarse para hacerla más efectiva favoreciendo la seguridad y confort del mismo. Entre los derechos del paciente están incluidos el respeto a su intimidad, trato humano e información de cada acción que se realice; es imprescindible que todos los que participan en la acogida del paciente respeten sus derechos y procuren intimidad al paciente en todo momento, así como le informen de todas las actuaciones que se le van a realizar.

Al homogeneizar criterios de actuación se asegura una máxima calidad en la prestación de cuidados al paciente y se facilita el establecimiento de indicadores para poder evaluar y mejorar la atención que se le presta.

Una acogida deficitaria puede suponer un aumento de eventos adversos intra y postquirúrgicos (errores en identificación del paciente, administración de fármacos incorrecta, incremento del riesgo de infecciones quirúrgicas...) con el consiguiente aumento de morbi-mortalidad y coste para el sistema sanitario.

Así mismo, las pérdidas de objetos personales suponen un no despreciable índice de quejas y reclamaciones.

Por último, no hay que olvidar que una adecuada atención al paciente debe incluir aspectos psicológicos para transmitirle tranquilidad y confianza. El paciente que va ser sometido a una intervención quirúrgica y sus familiares, suelen llegar con una gran carga emocional. Es muy importante el apoyo psicológico por parte de los profesionales para intentar disminuir la ansiedad y el temor ante estas situaciones especialmente estresantes.

OBJETIVOS

- ◆ Verificar una correcta preparación prequirúrgica del paciente.
- ◆ Gestionar de forma adecuada la información entre el paciente y el equipo.
- ◆ Garantizar una correcta coordinación de todos los profesionales teniendo como responsable de la acogida a la enfermera/o de preanestesia o de urgencias.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica tanto programada como de urgencia.

Excepciones: Pacientes de extrema urgencia.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

- Celador de exterior.
- Celador de interior.
- Auxiliar de enfermería de preanestesia o quirófano de urgencias.
- Enfermera de preanestesia o anestesia (urgencias).
- Otros miembros del equipo quirúrgico si se precisa.

Materiales:

- História clínica.
- Hoja de consentimiento informado de cirugía.
- Hoja de consentimiento informado de anestesia.
- Hoja de retirada de prótesis.
- Hoja de quirófano de enfermería.
- Pulsera identificativa del paciente.
- Camilla vestida con ropa quirúrgica.
- Transfer.
- Material para higiene del paciente y preparación de la zona de incisión quirúrgica (rasuradora, palangana, esponja o tetras, jabón, toalla...)
- Cómodo o botella para orina.
- Biombos.
- Caja para recogida de prótesis.
- Material para canalizar vía periférica.
- Antibióticos y otras medicaciones de preanestesia.

ACTIVIDADES A REALIZAR

CELADOR DE EXTERIOR. Será el encargado de realizar el traslado desde el servicio dónde esté el paciente al área quirúrgica.

- ◆ Informar a los familiares del lugar de espera y de cómo serán avisados cuando finalice la intervención.

CELADOR DE EXTERIOR y CELADOR DE INTERIOR

- ◆ Realizar higiene de manos y colocarse guantes.
- ◆ Identificarse mediante nombre y apellidos y categoría profesional.
- ◆ Solicitar la presencia de la enfermera si fuera preciso.
- ◆ Trasladar desde la cama a la camilla atendiendo a las normas de seguridad:
 - Cama y camilla con freno puesto.
 - Altura adecuada de la camilla.
 - Bandeja de traslado con sábana quirúrgica deslizante.
 - Drenajes, sondas, vías, etc., están correctamente aseguradas.
- ◆ Preservar la intimidad del paciente.

CELADOR DE INTERIOR. Trasladará al paciente a preanestesia o al quirófano de urgencias.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE PREANESTESIA O QUIRÓFANO DE URGENCIAS. Será la encargada, junto con la enfermera responsable, de comprobar la correcta preparación del paciente y procurar su comodidad.

- ◆ Realizar higiene de manos y colocación de guantes.
- ◆ Identificarse mediante nombre y apellido y categoría profesional.
- ◆ Comprobar la identidad del paciente con la historia clínica y la pulsera identificativa.
- ◆ Verificar que el paciente cumple el procedimiento de preparación quirúrgica: higiene, retirada de pintura de uñas y labios, retirada de ropa y otros objetos personales... Si permanece algún objeto personal, proceder a su retirada y cumplimentar la hoja de custodia.
- ◆ Comprobar si el paciente ha orinado y, si no lo ha hecho, procurar los medios para ello (preservando su intimidad).

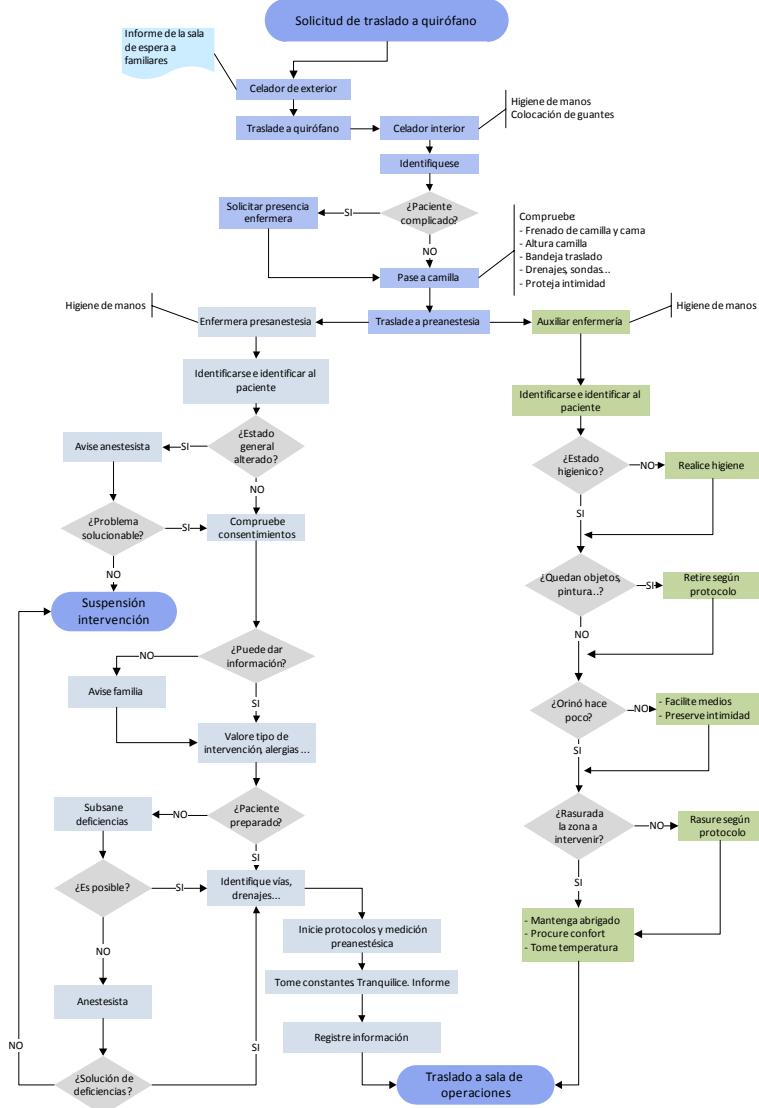
- ◆ Comprobar que la zona a intervenir está correctamente preparada y en caso necesario proceder a su rasurado y limpieza.
- ◆ Garantizar el confort del paciente, comprobando que no tiene frío y, si es necesario, abrigarlo con mantas.
- ◆ Controlar la temperatura del paciente.
- ◆ Colaborar con la enfermera en todo aquello que le delegue para la correcta atención del paciente.

ENFERMERA DE PREANESTESIA O QUIRÓFANO DE URGENCIAS. Será la encargada de supervisar todo el procedimiento, velar por la seguridad y comodidad del paciente y comprobar su correcta preparación.

- ◆ Realizar higiene de manos.
- ◆ Identificarse mediante nombre y apellidos y categoría profesional.
- ◆ Comprobar la identidad del paciente con la H^a clínica y la pulsera identificativa.
- ◆ Valorar la situación de compromiso vital del paciente, comunicando cualquier incidencia (ESPECIALMENTE EN SITUACIONES DE URGENCIA).
- ◆ Verificar que los consentimientos de anestesia y quirúrgico están cumplimentados, y, en caso contrario, informe a los facultativos responsables.
- ◆ Valorar tipo de intervención, tiempo de la última ingesta, alergias, medición habitual, hábitos tóxicos, enfermedades previas...
- ◆ Si el paciente no puede dar la información que se le demanda, llamar a los familiares para recabar la información que precise.
- ◆ Comprobar la preparación del paciente según protocolos establecidos: preparación quirúrgica, reserva de sangre, profilaxis antibiótica y tromboembolismo profundo, preparación y señalización de la zona a intervenir, y en caso necesario subsanar y/o informar de deficiencias.
- ◆ Si permanece alguna prótesis u objeto personal en el paciente, indicar su retirada cumplimentando la hoja de custodia de objetos.
- ◆ Identificar vías, drenajes, sondas y otros dispositivos, comprobando su estado y punto de punción.

- ◆ Realizar toma de constantes.
- ◆ Canalizar vía venosa si el paciente no porta ninguna o es preciso.
- ◆ Iniciar protocolo de profilaxis antibiótica y administración de premedicación si se precisa.
- ◆ Valorar la ansiedad del paciente y facilitar la información que solicite o precise.
- ◆ Registrar la información en la hoja de quirófano de enfermería y gráfica, si procede.
- ◆ Supervisar el traslado del paciente a la sala de operaciones.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Hoja de enfermería de quirófano y gráfica de enfermería, se inicia su cumplimentación a pie de cama durante la acogida.
- ◆ Hoja de retirada de objetos personales (en caso de entregar objetos que permanezcan en el paciente) firmada por el familiar al que se le hace entrega.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de intervenciones canceladas por preparación incompleta del paciente/ N° total de intervenciones x 100 .
- ◆ N° de reclamaciones por pérdida de objetos de pacientes/ total de pacientes intervenidos x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Biblioteca Cochraneb Library, Pubmed, CINAHL, CUIDENplus, Lilacs.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: admisión; área quirúrgica: acogida paciente; operating room; admisión; surgical area.

Límites establecidos: idiomas español e inglés.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Coello P, Jam Gatell R, Gilsanz Rodríguez F, Martínez García L, Orrego C, Rigau Comas D et al. Guía práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico [Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010 [acceso 12 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIA-QS_compl.pdf
- Asís Vicente, R; Marco Pérez, F; Saiz Ortega, M. Acogida de un paciente ingresado en el área quirúrgica. En: Manzano González M, editor. Manual de procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia. Murcia: Universidad de Murcia; 2000.
- Colomer Mascaro J, Arias Díaz J, Barturén Fernández F, García Caballero J, Gomez-Arnau JL, González Arévalo A et al. Bloque quirúrgico: estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [acceso 12 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Blog/LIB_I_19_C_1.PDF
- Conesa Fuentes MC, Funes Meseguer MJ, Díaz Agea JL, Leal Costa C. Procedimientos en cuidados especiales de enfermería. Murcia: Diego Marín; 2011.
- Fernández Salazar, S. Personalización de cuidados durante el proceso quirúrgico. Rev Paraninfo Digital [revista en Internet] 2010. [acceso 20 de abril de 2014]; 10. Disponible en: <http://www.index-f.com/paran10/po021.php>
- García Ramírez S, Navío Marco AM, Valentín Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Invest [revista en Internet] 2007; 28 (mayo-junio). Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/protocolo/pdf_protocolo28.pdf
- Gómez Ávila E, Ruiz López, R. Protocolos quirúrgicos. Enferm Global [revista en Internet] 2005. [acceso 4 de abril de 2014]; 4(2): [14 páginas]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/469/452>
- Manzano Saro E, Victoria Conesa J, Vázquez Villa I, Martínez Escandell R, Piquerias Gadea T. Proceso corporativo atención sanitaria al paciente quirúrgico. Murcia: Hospital General Universitario Reina Sofía; 2012.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2006 [acceso 4 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pncalidad.htm>
- Orozco LC, Rangel R, López L, Rueda E, Ortiz AF. Eficacia de las intervenciones de enfermería en el control del temor prequirúrgico. Actual Enferm. 2005; 8(1): 8-13.
- Pajuelo Gallego A, coordinador. Bloque quirúrgico: procesos de soporte [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2004 [acceso 4 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/procesos_soporte/bloque_quirurgico/proceso_soporte_bloque_quirurgico.pdf
- Río Urenda, S del, García Martínez JA, Álvarez Gómez JA, Calvo Charro E. Protocolo de admisión del paciente en el área quirúrgica. Metas Enferm. 2002; V(51): 10-12.

Capítulo 5

Acogida de un paciente en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

Zamora Puche, Rebeca
Menárguez Alcaina, Manuela
Menárguez Luque, Alicia
Navarro Valladares, Ángeles
Beltrán Monreal, Mariano

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El ingreso en una Unidad de Agudos de Psiquiatría es vivido en muchas ocasiones como una situación de gran estrés para el paciente y familia/ acompañantes.

La estigmatización social que la enfermedad mental tiene en la actualidad y la escasez de conciencia de enfermedad que puede tener el paciente favorece que la estancia en la unidad pueda vivirse con connotaciones muy negativas tanto para el paciente como para la familia/ acompañantes.

En nuestra práctica asistencial hemos detectado que los pacientes se sienten preocupados e inseguros por el desconocimiento del funcionamiento del sistema y la percepción hostil que tienen del medio hospitalario. Por dicho motivo consideramos la acogida como el primer eslabón de la relación terapéutica, ya que es el primer contacto que el profesional de enfermería establece con el paciente y familia/ acompañantes, fomentando así la relación de ayuda.

Es preciso, hablar de la relación de ayuda, centrada siempre en la persona y no sólo en las necesidades del enfermo. Para poder realizar un cuidado de calidad es preciso considerar a la persona en toda su globalidad, donde cuerpo, psique y entorno están interrelacionados. Cuando hay un desequilibrio en el balance salud-enfermedad en la persona se ve afectada su capacidad de pensar, su mundo afectivo, social, relacional y de los valores o espiritual. Por ello es preciso abordar a la persona desde su globalidad siendo de gran importancia la competencia relacional del profesional de enfermería así como de sus actitudes, aceptación del paciente, empatía, autenticidad, capacidad de escucha y reflexión.

La acogida que se haga en el momento del ingreso será decisiva para el transcurso de su proceso de hospitalización. El paciente y familia quedarán con una visión más positiva sobre el ingreso en planta, aumentando su satisfacción, por tanto, favoreciendo la calidad asistencial.

Con la aplicación del procedimiento de Acogida de forma sistemática se pretende conseguir, en primer lugar; el establecimiento de una relación de confianza que será básica para una mayor colaboración y así llevar a cabo la valoración de enfermería y posterior elaboración del Plan de Cuidados (PAE), según el método científico, basado en NANDA, NOC y NIC, para poder así planificar y efectuar los cuidados pertinentes con la mayor eficacia.

OBJETIVOS

- ◆ Realizar una acogida terapéutica al paciente que ingresa en una unidad psiquiátrica.
- ◆ Crear un clima de confianza que facilite el ingreso a aquellos pacientes sin conciencia de enfermedad.
- ◆ Contener estados de agitación y ansiosos que dificultarían su integración y tratamiento.
- ◆ Conseguir que los familiares conozcan las normas específicas de la Unidad.
- ◆ Obtener información para realizar la planificación de cuidados.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

El Protocolo de Acogida será aplicado al ingreso a todos los pacientes en la Unidad de Psiquiatría. Se establecerá igualmente la vinculación con la familia u acompañante.

El procedimiento de acogida quedará modificado en aquellas actividades y explicaciones que el grado de falta de colaboración confusión del paciente y/o la falta de acompañamiento familiar lo requiera. En ocasiones, el propio estado del paciente (agitación, agresividad, inhibición, perplejidad, etc.) marcará la prioridad y urgencia de la realización del protocolo teniendo que compaginar otros protocolos de actuación (como el protocolo de contención mecánica, por ejemplo).

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Auxiliar de Enfermería.

Materiales:

Habitación preparada.

Útiles de aseo y pijama.

Trípticos informativos sobre normas de la unidad.

Historia del paciente.

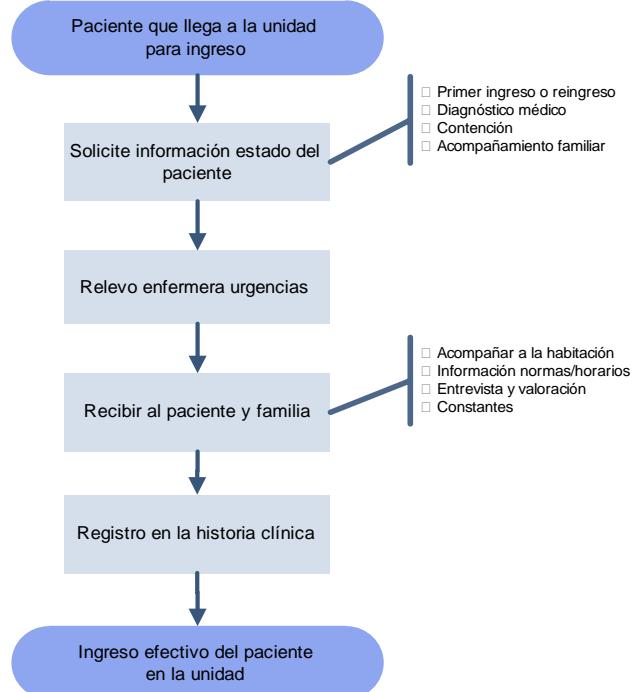
Infraestructura necesaria para realizar las actividades del procedimiento, así como los recursos humanos.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Confirmar el ingreso con el psiquiatra de guardia y pida información del estado del paciente (si es reingreso, si precisa contención, si acepta o no el ingreso, si precisa medicación inmediata o le ha sido administrada en urgencias, diagnóstico médico, acompañamiento familiar, etc.).
- ◆ Recepcionar del relevo por parte de Enfermería de Urgencias.
- ◆ Recibir al paciente, presentarse como personal de enfermería, acompañarlo a su habitación y presentarle a los demás pacientes, si procede.
- ◆ Informar acerca de normas internas de la unidad al paciente y horarios establecidos dentro de la dinámica.
- ◆ Enseñarle la unidad psiquiátrica que consta de habitación, terraza y salón con televisión que se utiliza de comedor en horario de comidas.
- ◆ Confirmar con el paciente que ha entendido en la medida que su estado psicopatológico lo permita, la dinámica de la unidad con horarios y normas establecidas.
- ◆ Realizar revisión, recogida y registro de pertenencias focalizando la atención en posibles objetos potencialmente peligrosos para la seguridad del paciente y del entorno.
- ◆ Entregar las pertenencias al familiar en la medida de lo posible o en su defecto, se guardarán en el lugar destinado para ello en nuestra unidad. Las de valor serán custodiadas por personal de seguridad del hospital.
- ◆ Facilitar enseres para aseo personal y vestimenta correspondiente para estancia en la unidad.

- ◆ Mantener una entrevista con el paciente siempre y cuando su estado (agitación, sedación, perplejidad, etc.) no limite la realización de la entrevista, teniendo que ser pospuesta hasta que exista colaboración por parte del paciente. Esta entrevista será fundamental para realizar una adecuada Valoración de Enfermería al ingreso e iniciar la Planificación de Cuidados de Enfermería, la cual se irá reevaluando por la enfermera referente del paciente a lo largo del ingreso en nuestra unidad.
- ◆ Establecer una vinculación efectiva con familiar o persona referente del paciente (directa en la unidad o por vía telefónica), el cual manifiesta el compromiso de ofrecer al paciente un adecuado apoyo social, acudir a entrevistas médicas y colaborar en los cuidados de Enfermería.
- ◆ Tomar las constantes vitales y realizar control y registro de medidas antropométricas (talla, peso, perímetro abdominal) si procede.
- ◆ Anotar el procedimiento en el registro de Enfermería.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMA DE REGISTRO

Historia clínica.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes con medición de constantes en las primeras 24 horas tras ingreso/ N° de pacientes ingresados más de 24 h x 100.
- ◆ N° de pacientes con valoración inicial de enfermería realizada en las primeras 24 horas/ N° de pacientes ingresados más de 24 horas x 100.
- ◆ N° de pacientes ingresados más de 24 horas con plan de cuidados abierto/ N° de pacientes ingresados con valoración inicial realizada en las primeras 24 horas x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Consulta de fuentes bibliográficas en Cuiden a través del portal Murciasalud, encontrando un estudio sobre la consulta de acogida (CA) de enfermería psiquiátrica, en la que ésta se sitúa como primer eslabón en el proceso terapéutico del paciente que acude al centro de salud mental (c.s.m.). Su importancia evidente se asienta en tres aspectos: 1) la recepción y apoyo inicial al usuario, 2) la evaluación de la urgencia y la recogida de información que pueda permitir la mejor planificación del tratamiento posterior, 3) en el diagnóstico de los problemas y la práctica de los oportunos cuidados de enfermería. Distinguimos con particular interés los problemas y cuidados -que denominan 'intra-consulta'- que permiten mejorar la comunicación y la confianza del usuario con respecto a la posterior continuidad del tratamiento y de los cuidados 'extra-consulta' de acogida; estos aspectos son precisamente quienes hacen de la CA una actividad de enfermería. El estudio se refiere a 500 consultas realizadas en los años 96/97 orientadas en el marco general de los planes de cuidados de enfermería.

Así como la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias afirma como recomendación científica 99/01/01 de 15 Junio 1999 que la actividad de recogida, acogida y clasificación es propia de los diplomados en Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6^a ed. Madrid: Mosby; 2014
- Bobes García J, Bousoño García M, Saiz Martínez PA, González García-Portilla MP. Enfermería psiquiátrica. Barcelona: Doyma; 2000.
- Equipo de enfermería del Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Apuntes de enfermería psiquiátrica. Zaragoza: Janssen-Cilag; 1997.
- Etxebeste Antón A. Consulta de acogida. Rev ROL Enferm. 2002; 25(3): 16-22.
- Fornés J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Planes de Cuidados. Madrid: Panamericana; 2005.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2^a ed. Madrid: Elsevier; 2007
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.
- Sanfeliu Cortés V. Problemas psiquiátricos. Barcelona: Masson; 1991.

Capítulo 6

Ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos

Rodríguez Mondéjar, Juan José

Rodríguez Soler, Jesús

Rodríguez Mondéjar, María

Iniesta Sánchez, Javier

Pedreño Vera, Adoración

Martínez Guerrero, Marcos

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El ingreso de un paciente en un hospital es un hecho traumático por la ruptura de este con su entorno habitual, lo cual se ve agudizado en el caso de un ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que su salud se encuentra gravemente comprometida, además, este se ve sometido a las normas de funcionamiento de un entorno hostil y altamente tecnificado, separado de la red de apoyo que constituyen sus allegados. Estos aspectos motivan que el ingreso sea un proceso que debe estar procedimentado para favorecer la acogida del paciente y allegados en la unidad garantizando unos estándares de calidad.

El ingreso consiste en una serie secuencial de actuaciones y procedimientos que se llevan a cabo cuando el paciente llega a UCI.

OBJETIVOS

- ◆ Solucionar, de manera efectiva y eficiente, las situaciones que puedan comprometer de forma inmediata la vida.
- ◆ Evitar el estrés y las imprecisiones.
- ◆ Acoger al paciente en el menor tiempo posible.
- ◆ Tranquilizar y dar seguridad al paciente ante las actuaciones que sobre él se llevan a cabo cuando ingresa en la unidad de cuidados intensivos.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

- ◆ Paciente que ingresa en la UCI.
- ◆ Allegados de pacientes que ingresan en la UCI que se encuentran presentes en el momento del ingreso del paciente.

Aclaración: si no hay allegados en el momento del ingreso, se aplicará el procedimiento a los mismos a su llegada a la unidad.

Excepciones: Allegados a los que el paciente haya desautorizado para recibir información o no permita su visita.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera responsable del paciente.

Enfermera de apoyo.

Auxiliar de enfermería responsable del paciente.

Materiales:

Historia clínica.

Box de UCI acondicionado según procedimientos a realizar al ingreso.

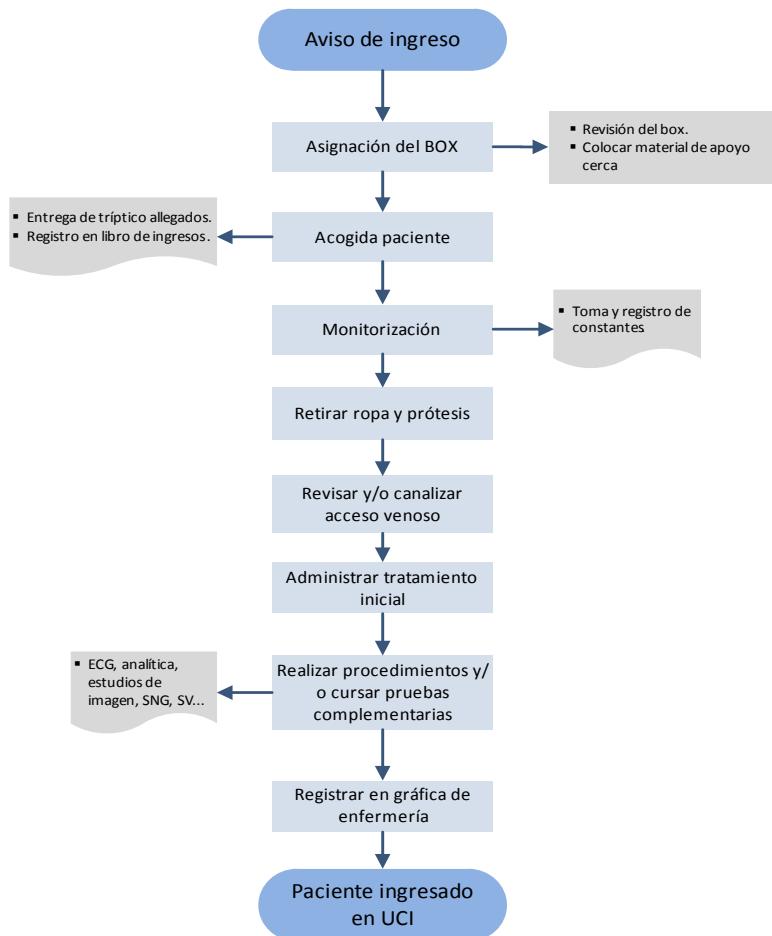
ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ El médico intensivista responsable del ingreso avisará vía teléfono o directamente al control de enfermería de la llegada del paciente.
- ◆ Comprobar la correcta dotación del box antes de la llegada del paciente cuando avisen de posible ingreso.
- ◆ Realizar la asignación del box en función de las cargas de trabajo del personal responsable y de la localización de las camas libres existentes.
- ◆ Dar sensación de serenidad y seguridad en todo momento.
- ◆ Priorizar las actividades dependiendo de las necesidades y de la gravedad del paciente.
- ◆ Completar la dotación del box en función de las necesidades del momento, respirador, dispositivos de ventilación no invasiva, marcapasos externo, etc.
- ◆ Colocar el material de apoyo cerca del box (carro de parada, electrocardiógrafo, etc.).
- ◆ Realizar acogida del paciente, abrir la gráfica y comprobar su identidad mediante la pulsera identificativa. En el caso de que el paciente provenga del Servicio de Urgencias, la pulsera identificativa la llevará puesta en la muñeca, en otro caso será puesta por el personal de UCI asignado a este.

- ◆ Realizar higiene de manos.
- ◆ Trasladar al paciente a la cama asignada:
 - Si procede de Quirófano se llevará la cama de UCI y pasará directamente a ella tras la intervención.
 - Si procede de Urgencias, Reanimación o de Hospitalización el intercambio de cama se producirá en el mismo box.
 - En cualquier caso el paciente vendrá acompañado del personal necesario.
- ◆ Monitorizar y si procede intervenir sobre situaciones vitales (ventilación, soporte circulatorio, etc.).
- ◆ Tomar las constantes vitales del paciente (incluida frecuencia respiratoria).
- ◆ Desnudar al paciente guardando en todo momento su intimidad, retirar prótesis y guardar sus efectos personales.
- ◆ Tranquilizar al paciente y explicarle lo que estamos haciendo.
- ◆ Si precisa, canalizar vía venosa según procedimiento.
- ◆ Llevar a cabo las pruebas complementarias prescritas. (ECG, analítica, petición de radiografías).
- ◆ Registrar actuaciones en la gráfica.
- ◆ Planificar y realizar todas aquellas intervenciones o técnicas que se indiquen (sonda nasogástrica, sondaje vesical con sistema cerrado, etc.)
- ◆ Colocar al alcance del paciente el pulsador/avisador y explicar como funciona.
- ◆ Registrar el ingreso en el libro de control de movimientos de pacientes de UCI (nombre del paciente, fecha de ingreso, edad, diagnóstico y box en el que queda ingresado).
- ◆ Una vez estabilizado el paciente:
 - Explicarle que lleva aparataje conectado y se dejar un espacio para contestar cualquier duda que quiera plantear el paciente.

- Permitir una visita breve de sus allegados; si éste lo desea y han sido informados por el médico.
 - Pedir a los allegados un teléfono de contacto y anotarlo en la gráfica.
- ◆ Entregar los efectos personales a la familia, haciéndoles firmar la hoja de entrega de pertenencias, existente a tal efecto.
 - ◆ Informar a los allegados, una vez dentro de la Unidad, del horario de visitas, horario de comidas e información médica diaria. Entregar un tríptico elaborado para tal efecto si todavía no lo han recogido de la sala de espera de familiares.
 - ◆ Una vez identificadas, si existieran, las alergias del paciente, registrar en un cartel informativo a pie de cama o en la cabecera, siempre en lugar visible.
 - ◆ Planificar los cuidados y programar tratamiento médico.
 - ◆ Anotar el procedimiento en el registro de enfermería.
 - ◆ Notificar la dieta, si fuera prescrita, al servicio de cocina.
 - ◆ Comunicar el ingreso y el box asignado al servicio de Admisión de Urgencias y revisar las etiquetas identificativas para adaptarlas a la realidad (si viene de otra habitación, etc.)
 - ◆ La entrega de los efectos personales del paciente a la familia debe hacerse en el momento que entren a ver al paciente por primera vez. La hoja de entrega de pertenencias firmada debe guardarse en la historia clínica. Esta acción no sólo protege legalmente al personal de la unidad, sino que tranquiliza al paciente a nuestro cargo y reduce su ansiedad y la de su familia.
 - ◆ Evitar la acumulación, almacenamiento o presencia de elementos no necesarios para el cuidado del paciente.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Libro de ingresos de pacientes en UCI.

Gráfica de Enfermería.

Historia clínica.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes con dispositivo de llamada a su alcance/ total de pacientes ingresados x 100.
- ◆ N° de pacientes con constantes registradas al ingreso/ N° de pacientes ingresados x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Cochrane Library, Pubmed, CINAHL, CUIDENplus, Lilacs, Bireme.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: ingreso uci; admisión uci; icu admission; icu income; ingreso enfermería; acogida uci;

Límites establecidos: idioma español e inglés.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Área de Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Protocolo de actividades al ingreso y alta del paciente U.C.I. Protocolo de actividades al ingreso. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario; 2009.
- Candelas Bermejo MA, Sandón Ruiz LM, Álvarez Barreiro S, Barrenetxea Larizgoitia MI, Cabezudo Aguado I, De Pablo Yagüe M et al. Protocolo de enfermería en la atención al paciente y familia al ingreso en la Unidad Coronaria. Enferm Cardiol [revista en Internet] 2003. [acceso 20 de enero de 2015]; 30(3): 32-8. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3004.pdf>
- Comisión de Calidad de Enfermería del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Valoración enfermera al ingreso en U.C.I. [Internet]. Madrid: Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2006 [acceso 10 de enero de 20105]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dvaloracionenfermeraingresouci.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756187635&ssbinary=true>
- Torrens Ros R, Oliva Torras E, Saucedo Fernández MJ, Surroca Salas L, Jover SanCho C. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. Enferm Intensiva [revista en Internet] 2003. [acceso 10 de enero de 2015]; 14(2): 49-60. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13050677&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=128&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v14n02a13050677pdf001.pdf
- Protocolo de acogida para los familiares de los pacientes críticos en una U.C.I. polivalente. Inquietudes [revista en Internet] 2006. [acceso 15 de enero de 2015]; 35: 10-16. Disponible en: http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_10_16-0707.pdf

Capítulo 7

Primera visita de enfermería en la Unidad de Hospitalización a Domicilio

Berenguer Pajares, Ana
Martínez Puente, Victoria
Espín Crespo, Ana Eulalia
Abad Izquierdo, Susana

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

Conjunto de actividades de enfermería realizadas en la primera visita al domicilio de un paciente incluido en la Unidad de Hospitalización a Domicilio, estableciendo una relación terapéutica enfermera/paciente-familia.

OBJETIVOS

- ◆ Favorecer la colaboración del paciente y cuidadores en la continuidad de los autocuidados.
- ◆ Identificar los problemas de salud y planificar los cuidados.
- ◆ Valorar si las condiciones ambientales del domicilio del paciente son las adecuadas para los cuidados que precisa.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

- ◆ Paciente derivado a hospitalización a domicilio para su seguimiento.
- ◆ Cuidador principal/resto de cuidadores.

No se identifican excepciones al procedimiento.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Materiales:

Historia clínica.

Maletín de la unidad.

Medicación parenteral.

Bolsas de medicación.

Autorización de ingreso en la unidad.

Documentos informativos de la Unidad de Hospitalización a Domicilio.

Ficha del paciente.

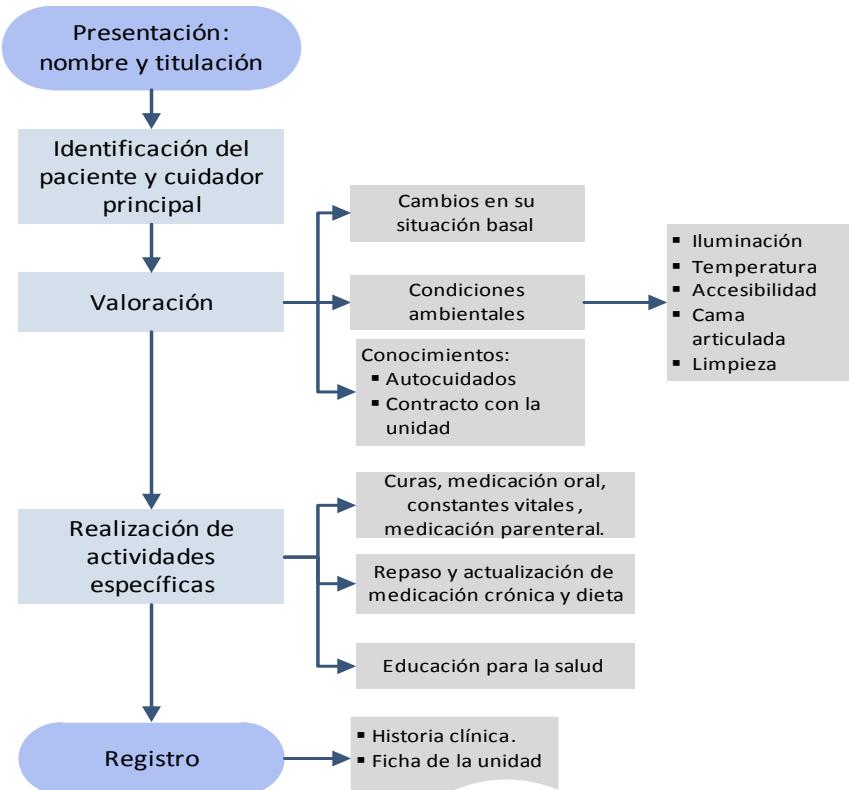
Vehículo de la unidad.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Identificar al paciente y comprobar los datos con su historia clínica.
- ◆ Presentarse con nombre y titulación al paciente y familiar que les reciba en el domicilio.
- ◆ Identificar al cuidador principal.
- ◆ Realizar la valoración inicial de enfermería según procedimiento o completar, valorando:
 - Condiciones ambientales del domicilio:
 - Limpieza: condiciones higiénicas del paciente y de su domicilio.
 - Iluminación: si es soleada, si hay luz eléctrica suficiente, habitaciones exteriores, etc.
 - Temperatura: presencia de frío, calor, humedad, si dispone de aparatos de calefacción o aire acondicionado, etc.
 - Acceso: en especial a la habitación y al cuarto de baño, presencia de escaleras, pasillo, bañera o ducha (barreras arquitectónicas).
 - Cama: en caso de pacientes encamados la presencia de barandillas de protección, altura, dureza del colchón, cama articulada.
 - ◆ Valorar cambios en las actividades de su vida diaria (limitaciones tras la hospitalización).
 - ◆ Ajustar y comprobar su medicación, evitando duplicidades y agrupándola, favoreciendo así la adherencia al tratamiento.
 - ◆ Ofrecer educación para la salud y recursos necesarios según demanda,

con el objetivo de mejorar la coordinación con otros servicios (equipos de atención primaria, asociaciones de pacientes, web específicas, voluntariado, etc.).

- ◆ Comprobar que la familia tiene el documento con los teléfonos y horarios de contacto, facilitados en el primer encuentro en el hospital y confirmar que sabe cuándo y cómo debe comunicarse con la unidad.
- ◆ La autorización de ingreso en la unidad de hospitalización a domicilio y la ficha del paciente permanecerán en la carpeta del paciente en la unidad.
- ◆ Proporcionar la medicación oral prescrita e indicar cómo y cuándo debe tomársela.
- ◆ Realizar el resto de actividades según protocolos (curas, medicación, constantes vitales,...).
- ◆ Registrar todas las actividades en la historia clínica.

DIAGRAMA DE FLUJO

SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica.

Ficha del paciente.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes con ficha abierta en la unidad/ N° de pacientes incluidos en la unidad de hospitalización a domicilio x 100.
- ◆ Número de pacientes con valoración inicial registrada en la historia clínica / N° de pacientes incluidos en la unidad de hospitalización a domicilio x 100.
- ◆ Número de pacientes con informe de cuidados de enfermería al alta/ N° de pacientes incluidos en la unidad de hospitalización a domicilio x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

La búsqueda bibliográfica se realizó en junio del 2013 en las bases de datos:

PubMed. CINAHL:

Palabras clave: Nursing services and house calls; Patient discharge and home visit and nurs*; House calls and nurs*; Nurse home visits; Ambulatory care and Nursing service Hospital; Ambulatory care and hospital nurse activities.

Límites establecidos: últimos 10 años. Paciente: adulto>19 años.

BIBLIOGRAFÍA

- Constantini GD, McDermott M, Primiano D, Santomassino M, Slyer JT, Singleton JR. A systematic review on the efectiveness of continuity of care and its role in patient satisfaction and decreased hospital readmissions in the adult patient receiving home care services [Internet]. York: University; 2011. [acceso 20 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/DisplayPDF.php?ID=CRD42011001758>
- Escarrabill J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. Aten Primaria [revista en Internet] 2002; 30(5):304-309, [acceso 19 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v30n05a13037457pdf001.pdf>
- Fagerström L, Wikblad A, Nilsson J. An integrative research review of preventive home visits among older people--is an individual health resource perspective a vision or a reality? Scand J Caring Sci. 2009; 23(3): 558-68.
- González Ramallo VJ, Valdivisio Martínez B, Ruíz García V Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc) [revista en Internet] 2002; 118(17): 659-664. [acceso 10 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/2/2v118n17a13030991pdf001.pdf>
- Gallop R, Choiniere J, Forchuk C, Golea G, Johnston N, Levac AM et al. Establecimiento de la relación terapéutica. Guías de buenas prácticas en enfermería. Cómo enfocar el futuro de la enfermería [Internet]. Toronto: Registered Nurses Association (RNAO); 2006 [acceso 10 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/RTerapeutica_spp_022014.pdf
- López L. Gestión ineficaz de la propia salud en anticoagulación oral. Cuidados enfermeros domiciliarios en atención primaria de salud. Enferm Clin [revista en Internet] 2012; 22(4): 219-223. [acceso 10 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/35/35v22n04a90151753pdf001.pdf>
- López Perona F. Qué es la unidad de hospitalización domiciliaria y la introducción a su gestión. Enferm Global [revista en Internet] 2003; 3(Noviembre). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=763808>

- Mendoza Ruiz de Zuazu H, Casas Arrate J, Martínez Martínez C, Maza I de la, Regalado de los Cobos J, Cía Ruiz JM. Antibioterapia intravenosa en domicilio. Estudio de 515 casos. Enferm Infect Microbiol Clin [revista en Internet] 2005; 23(7): 396-401. [acceso 19 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/28/28v23n07a13078797pdf001.pdf>
- Palacios-Ceña D, Alvárez-López C, Cachón-Pérez M, Alonso-Blanco C. Early detection of functional and cognitive decline after hospital discharge: the role of community nursing and multidisciplinary teams. J Gerontol Nurs. 2009; 35(9):13-7.
- Park HK, Branch LG, Bulat T, Vyas BB, Roever CP. Influence of a Transitional Care Clinic on Subsequent 30-Day Hospitalizations and Emergency Department Visits in Individuals Discharged from a Skilled Nursing Facility. J Am Geriatr Soc. 2013; 61(1):137-42
- Toral López I. Estrategias de mejora de la efectividad de la atención domiciliaria a personas incapacitadas y sus cuidadoras. La enfermera comunitaria de enlace [Internet]. Granada: Comisión para el desarrollo de la atención enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. [acceso 19 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_estrategias.pdf
- Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio y atención domiciliaria. Hacia la excelencia de los servicios. FMC [revista en Internet] 2001; 8(8): 537-541. [acceso 19 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/45/45v08n08a13020243pdf001.pdf>
- Visits keep frail elderly out of hospital. Hosp Case Manag. 2012; 20(2): 27-9.

Capítulo 8

Valoración inicial de enfermería de un paciente

Muñoz Pérez, Gloria
Corbalán Abril, María Dolores
Sáez Soto, Ángeles del Rosario
Iniesta Sánchez, Javier
Real López, Herminia
Navedo Sánchez, Paola

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

La valoración es el primer paso para determinar el estado de salud, y se define como un proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes. Es importante que sea exacta y completa, orientada hacia las respuestas situacionales, afrontamiento de procesos vitales y recursos del paciente.

Los patrones funcionales de Gordon nos dan una visión global del paciente existiendo una continuidad entre ellos. Proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, nivel de cuidados o patología.

“Los patrones funcionales de salud describen una serie de 11 áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los patrones son configuraciones de comportamientos construidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera. Entender un patrón puede ser difícil hasta que no se hayan valorado todos los patrones debido a la naturaleza interdependiente de los patrones” M. Gordon.

Las fuentes de información además del paciente son la familia (acompañante), otros profesionales y la historia clínica.

OBJETIVOS

- ◆ Recoger y registrar los datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente.
- ◆ Identificar problemas reales o potenciales de salud para emitir juicios diagnósticos.
- ◆ Favorecer la colaboración del paciente durante la recogida de datos.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

- ◆ Paciente ingresado en las unidades de Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospitalización a Domicilio (UDH), y Unidad de Corta Estancia (UCE) y allegados.
- ◆ Pacientes atendidos en Atención Primaria.

Excepciones: Pacientes cuya estancia hospitalaria sea menor de 24 horas.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Materiales:

Historia clínica: formulario de valoración de enfermería (SELENE/OMI-AP).

Hojas de anotaciones.

Material necesario para Procedimiento de Toma de Constantes.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Realizar la valoración inicial durante las primeras 24 horas de ingreso, valorando la pertinencia para realizar la recogida de datos según el momento, estado del paciente, circunstancias del ingreso.
- ◆ Identificarse ante el paciente por su nombre y categoría profesional.
- ◆ Informar al paciente que los datos obtenidos son confidenciales y con el propósito de establecer un plan de actuación que favorezca la prestación de cuidados.
- ◆ Si la situación del paciente no permite obtener información verbal puede solicitar la colaboración del acompañante.
- ◆ Tomar las constantes vitales y registrarlas según procedimiento
- ◆ Registrar los datos básicos:
 - Motivo de ingreso.
 - Identificar a la persona que, por razones familiares o de hecho, esté vinculado al paciente y que éste haya autorizado para que también sea informado del proceso asistencial o pueda tomar decisiones relativas a su salud y que éste no pueda manifestar.

- ♦ Registrar los datos obtenidos siguiendo el esquema de valoración por patrones funcionales de salud:

P. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

- Verificar si conoce el motivo de su ingreso, así podremos identificar si es capaz o no de reconocer sus problemas de salud y buscar ayuda.
- Registrar si tiene hábito de consumo de sustancias tóxicas.
- Valorar la adherencia o seguimiento de distintos programas de salud o pautas terapéuticas.
- Realizar valoración del riesgo de caídas según la escala J. H. Downton.

P. NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Verificar las preferencias alimentarias del paciente así como el número de comidas y horarios, peso y talla si procede. En este patrón se puede registrar la puntuación de la Escala de Valoración del Riesgo Nutricional NRS 2002.
- Valorar y registrar el estado de piel y mucosas.
- Valorar el riesgo de úlceras por presión mediante la escala Norton Modificada.

P. ELIMINACIÓN

- Registrar regularidad en el patrón intestinal del paciente y características de las heces.
- Anotar los problemas percibidos por el paciente, y las acciones llevadas a cabo para solucionarlos.
- Registrar patrón urinario, recoger problemas percibidos por el paciente. Inspeccionar la presencia de colectores, y los autocuidados.

P. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Registrar patrón habitual de actividad (deambula sólo, precisa ayuda física o mecánica, portador de alguna prótesis...).
- Verificar si precisa ayuda para realizar las actividades de la vida diaria como: vestirse, comer, bañarse, etc..
- Examinar la postura del paciente, la marcha, el tono muscular, la fuerza en las manos, etc.
- Valorar la tolerancia a la actividad de los pacientes con problemas cardiacos o respiratorios: medir frecuencia cardiaca y/o respiratoria.
- Patrón respiratorio: eupneico o especificar alteraciones.
- Registrar si tiene algún “hobby” o actividad de ocio.

P. SUEÑO-REPOSO

- Registrar el uso de ayudas para inducir el sueño (infusiones, técnicas de relajación, fármacos, etc.).

P. COGNITIVO-PERCEPTUAL

- Examinar las capacidades sensoriales.
- Verificar la necesidad de prótesis visual o auditiva.
- Anotar si presenta alguna alteración en el habla.
- Comprobar la capacidad de memoria.
- Valorar la capacidad de comprensión.
- Valorar el nivel de conciencia de la realidad.
- Verificar los recursos que utiliza el paciente para aprender las cosas.
- Valorar el estado de conciencia (escala de Glasgow).
- Dolor: marcar la intensidad subjetiva del paciente de 0 a 10.

P. AUTOCONCEPTO-AUTOPERCEPCIÓN

- Comprobar si presenta manifestaciones negativas sobre su persona.
- Observar el tono de voz, la postura corporal, el movimiento, el contacto ocular.
- Preguntar si ha habido cambios en su cuerpo y si presenta algún problema para él.

P. ROL-RELACIONES

- Observar la interacción con los miembros de la familia.
- Registrar el rol familiar y laboral del paciente.
- Identificar los posibles cambios en su rol, responsabilidades y relaciones causados por la enfermedad.

P. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Registrar las preocupaciones relacionadas con su enfermedad o tratamiento que manifieste el paciente
- En este patrón se incluyen datos como uso de anticonceptivos, reproducción, menstruación, revisiones ginecológicas...

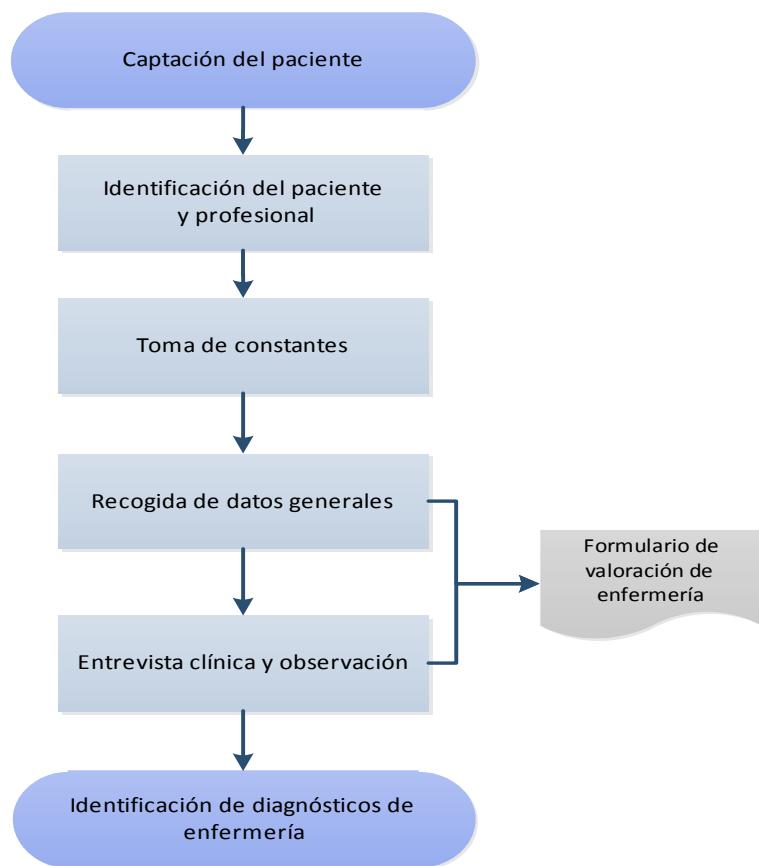
P. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Evaluar la efectividad de las acciones llevadas a cabo por el paciente en situaciones de estrés vividas anteriormente.
- Valorar los recursos y actitudes con los que cuenta el paciente para afrontar esta situación.

P. VALORES-CREENCIAS.

- No procede registrar religión, afiliación política...
- Se describen creencias y valores que guían las decisiones de la vida
- Recoger percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas en salud manifestadas por el paciente.
- Identificar decisiones acerca de tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte (Testamento vital).
- Invitar al paciente a aportar cualquier dato que considere oportuno añadir antes de dar por finalizada la valoración.
- Una vez realizada la valoración asignar los diagnósticos de enfermería identificados sobre los que vayamos a trabajar, iniciando plan de cuidados si es preciso.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica electrónica (SELENE/OMI-AP)

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes con valoración enfermería realizada correctamente en las primeras 24 horas tras ingreso/N° de pacientes evaluados x 100.
- ◆ N° de pacientes incluidos en el programa de inmovilizados con valoración de enfermería realizada correctamente en Atención Primaria/N° total de pacientes inmovilizados x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Cochrane; Joanna Briggs; Pubmed; CINAHL; CUIDENplus; Lilacs; Bireme.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: valoración enfermería; patrones funcionales; Nursing assessment; functional patterns; nursing assessment tools;

Límites establecidos: idioma español e inglés.

Recomendaciones sobre la Valoración Inicial de enfermería grado de evidencia D (Recomendación procedente de grupos de expertos) y bibliografía específica.

Grado de evidencia de las recomendaciones: Gradación de las recomendaciones (Guía de Iowa).

- A. Recomendación procedente de resultados de revisiones sistemáticas, metaanálisis de ensayos clínicos.
- B. Recomendación procedente de resultados de estudios experimentales y controlados, con o sin aleatorización, con resultados que avalan consistentemente una acción específica.
- C. Recomendación procedente de estudios observacionales o ensayos clínicos con resultados inconsistentes.
- D. Recomendación procedente de grupos de expertos o informes de series de casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería. 3^a ed. Barcelona: Mosby; 1996.
- Ballesta López FJ, Blanes Compañ FV, Castells Molina M, Domingo Pozo M, Fernández Molina MA, Gómez Robles FJ et al. Guía de actuación de e. Manual de procedimientos generales. Valencia: Consellería de Sanitat; 2007 [acceso 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5277-2007.pdf>
- Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: la Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002099>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Fernández Ferrín C, Garrido Abéjar M, Santo Tomas Pérez M, Serrano Parra MD. Enfermería fundamental. Barcelona: Masson; 2000.
- García R, Martínez E, Amal R. Trabajar con método científico. Rev ROL Enferm. 2004; 27(1): 15-18.
- Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3^a ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1996.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica reguladora de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002). [acceso 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- López Alonso SR, Lacida Bara M, Rodríguez Gómez S. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2004.
- Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 2^a ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1998.
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, conjunto mínimo de da-

tos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 225, (16-09-2010). [acceso 22 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>

Capítulo 9

Valoración del riesgo de úlceras por presión

Martínez Aznar, Noelia

Villalba Sánchez, María Carmen

López López, María Dolores

Ruiz Morales, Teresa

Muñoz Pérez, Gloria

Donato Pina, Jerónimo

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

Conjunto de acciones de enfermería encaminadas a valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP) en un paciente.

Usamos la escala de Norton Modificada (Anexo 1), que es un instrumento que permite evaluar el riesgo de un paciente de desarrollar lesiones por presión. Consta de una puntuación numérica de una serie de variables y se calcula la puntuación total para evaluar el riesgo global.

El fácil manejo de la Escala de Norton hace que identifiquemos a un paciente de riesgo en un tiempo mínimo.

Los instrumentos de evaluación del riesgo constituyen un complemento para la valoración clínica del paciente (Recomendaciones basadas en la opinión de expertos).

Las escalas de valoración del riesgo deben de usarse como ayuda, pero su uso no reemplaza al juicio clínico (Certeza A). (Anexo II).

OBJETIVOS

- ◆ Identificar el riesgo de aparición de UPP en un paciente.
- ◆ Clasificar al paciente por grupos de riesgo.
- ◆ Prevenir la aparición de úlceras por presión.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

- ◆ Paciente ingresado en una Unidad de Hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos.
- ◆ Paciente en su propio domicilio.

No se identifican excepciones.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Materiales:

Valoración Inicial de Enfermería. Escala Norton Modificada.

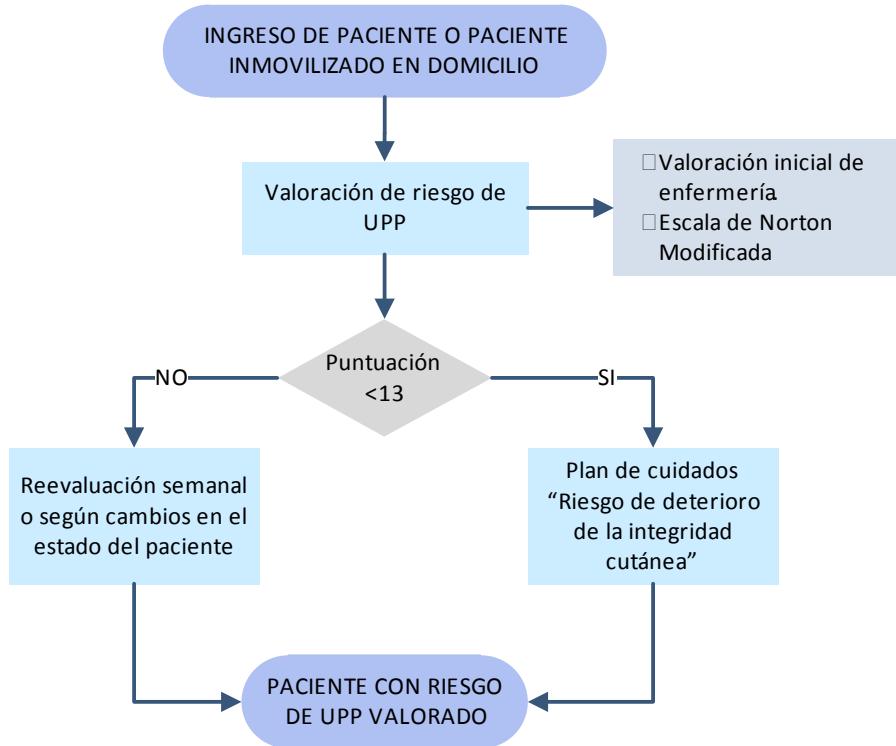
Evolución de enfermería.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Explicar al paciente lo que se le va a hacer.
- ◆ Mantener un ambiente privado.
- ◆ Realizar la valoración según Escala de Norton Modificada en las primeras 24 horas de ingreso, semanalmente o según cambios en el estado del paciente, en el domicilio del paciente, etc.
- ◆ Sumar la puntuación obtenida tras la valoración del paciente.
- ◆ Clasificar según la puntuación de riesgo (Anexo II).
- ◆ Utilizar los grados de recomendaciones para realizar la valoración inicial, según el riesgo de UPP.
- ◆ Anotar en los registros de enfermería (Certeza C).
- ◆ Observar y registrar las principales zonas de presión corporal y las principales fuerzas de presión.
- ◆ Aplicar el plan de cuidados de riesgo de deterioro integridad cutánea, en pacientes con riesgo bajo, medio o elevado.
- ◆ Tener en cuenta otros factores relacionados directa e indirectamente con la aparición de UPP como:
 - Edad avanzada.
 - Patologías asociadas:

- Neurológicas.
- Cardiovasculares.
- Respiratorias.
- Endocrinas.
- Hematológicas.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso).
- Trastornos inmunológicos.
- Dermatológicas.
- Cirugía de larga duración y/o técnicas especiales.
- Fármacos: citostáticos, corticoides, inmunosupresores, vaso-dilatadores.
- Situación socio-familiar.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica: SELENE, OMI-AP.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes ingresados más de 24h con realización de valoración del riesgo de UPP a su ingreso en la unidad/N° de pacientes ingresados en la unidad x 100.
- ◆ N° de pacientes con plan de cuidados para el diagnóstico Riesgo de deterioro de la integridad cutánea/N° de pacientes con Riesgo de deterioro de la integridad cutánea x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Biblioteca The Cochrane plus. Centro Colaborador Instituto Joanna Briggs.

Bases de datos de estudios: CINALHL, IME.,CUIDENplus.

Sumarios de evidencia: Enfermería al día, Guías de práctica clínica del sistema nacional de salud, Guías de referencia de EPUAP y NPUAP.

Palabras clave: úlceras por presión, escala Norton, valoración del riesgo de úlceras por presión, clasificación de riesgo de úlceras por presión, pressureulcers.

Idiomas de búsqueda: español, inglés.

Grados de recomendación según el Instituto Joanna Briggs, (2006):

- ◆ Grado A: Recomendación demostrada para su aplicación.
- ◆ Grado B: Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación.
- ◆ Grado C: Recomendación no demostrada.

Grados de recomendación según el nivel de evidencia extraído de AHCPR (1992):

- ◆ G. Intervención muy recomendable y sustentada por la evidencia de la investigación
- ◆ F. Intervención recomendable y sustentada por la evidencia de la investigación
- ◆ Op. Recomendaciones basadas en la opinión de expertos o en informes de consenso del panel de revisores.

Niveles de certeza:

- ◆ Certeza A o ALTA: Existe una adecuada evidencia basada en revisiones sistemáticas, metaanálisis o ensayos clínicos aleatorios para recomendar o desestimar su utilización.
- ◆ Certeza B o MEDIA: Existe evidencia para recomendar o desestimar su utilización, basada en ensayos clínicos no aleatorios o estudios cohorte o casos-control.
- ◆ Certeza C o BAJA: Existe evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización, basada en estudios descriptivos, consensos, recomendaciones de expertos, casos clínicos, estudios cualitativos, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Ávila Acamer C, Bones López J, García Rambla L, García Rodríguez V, Herraiz Mallebrera A, Jaén Gomariz Y et al. Guía de práctica clínica de enfermería. Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas [Internet], Valencia: Conselleria de Sanitat; 2008 [acceso 19 de enero de 2015]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf>
- Colina J, Atención de enfermería a pacientes con úlceras por presión. Rev. ROL Enferm. 1988; 11(113-114): 41-51.
- Elorriaga Ameyudo B, Royo Pascual D, García Hontoria M, Cuevas Santos C, Martínez Cervantes Y, Cayon Cuarental P. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1996.
- Esperon JA, Fernández C, Freire M, Angueira C, Rodríguez C. La iatrogénesis como origen de las úlceras por presión en una unidad de cuidados críticos. Gerokomos. 2005; 16(2): 100-108.

- European Pressure Ulcers Advisory Panel. Directrices sobre la prevención de úlceras por presión del grupo europeo de úlceras por presión. *Gerokomos*. 1999; 10(1): 30-33.
- Fuentelsanz C, Blasco C, Martínez M, Fernández E, Pajin MA, Gonzaga J et al. Cuidados de enfermería para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Lleida: Institut Catalá de la Salut; 2002.
- García FP, Pancorbo PL, Laguna JM. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Jaén: Dirección de enfermería del Hospital Universitario Princesa de España; 2001.
- García Fernández FP, Carrascosa García MI, Bellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parras JM et al. Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular relacionado con las úlceras por presión. Marco conceptual enfermero. *Evidentia* [revista en Internet] 2005 septiembre. [acceso 19 de enero de 2015]; 2(Supl). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_upp.pdf
- González Garcia F. Atlas sobre la cicatrización de úlceras y heridas. Ed. Madrid: Laboratorios Knöll; 1998.
- Grupo de Enfermería del Institut Catalá de la Salut para el seguimiento de las ulceras por presión. Cuidados de enfermería para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. 1^a ed. Barcelona: Institut Catalá de la Salut; 2002.
- Grupo Europeo de Úlceras por Presión (EPUAP) y Grupo Americano de Úlceras por Presión (NPUAP). Prevención de las úlceras por presión: Guía de referencia rápida [Internet]. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 [acceso 28 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Spanish.pdf
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre prevención de las Úlceras por presión. Documento III GNEAUPP. [Internet]. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en

Úlcera por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP); 2003 [acceso 28 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/lopezcasanova/directrices-generales-sobre-el-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion>

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlcera por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Incontinencia y úlcera por presión. Documento X GNEAUPP. [Internet]. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlcera por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP); 2003 [acceso 28 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/lopezcasanova/incontinencia-y-ulcera-por-presion>
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlcera por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Instrumento para la monitorización de las úlceras por presión. Documento VII GNEAUPP. [Internet]. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlcera por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP); 2003 [acceso 28 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/lopezcasanova/instrumento-para-la-monitorizacion-de-la-evolucion-de-una-ulcera-por-presion>
- Guía práctica para la elaboración de un protocolo de úlcera por presión. Barcelona: Sofos Convatec; 1998.
- López Corral JC. Actuación de enfermería ante las úlcera y heridas. Madrid: Universidad Complutense; 1993.
- Lesiones por presión-primer parte: Prevención de las lesiones por presión. Best Pract [revista en Internet] 1997. [acceso 19 de enero de 2015]; 1(1): 1-6. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/1997_1_1_LPP_1.pdf
- Joanna Briggs Institute. Solutions, techniques and pressure for wound cleansing, Best Pract [revista en Internet] 2006. [acceso 15 de enero de 2014]; 10(2). Disponible en: <http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?O=4341>
- Manzano González M, editor. Manual de procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia. Murcia: Universidad; 2000.

- Martínez López R, Ponce Partinez DE. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión [Internet]. Enferm Global 2011. [acceso 1 de febrero de 2015]; 10(24): 60-84. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137341/124691>
- Martínez Salinas C, Argüello López MT, Barrio Puentes R. Relación entre el estado nutricional del paciente y las úlceras por presión. Enferm Clín. 1991; 110: 14-17.
- Montero Torres J, Sagel P. Antisepsia, desbridamiento y oclusión. ene Rev Enferm [revista en Internet] 2008. [acceso 1 de febrero de 2015]; 2(4): 28-38 Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/166/149>
- Moreno Pina JP, Richart Martínez M, Guirao Goris JA, Duarte Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enferm Clín [revista en Internet] 2007. [acceso 1 de febrero de 2015]; 17(4): 186-97.2007. Disponible en: <http://www.el-sevierinstituciones.com/ficheros/pdf/35/35v17n04a13109300pdf001.pdf>
- Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Blanco Morgado J, Morales Asencio JM. Guía de práctica clínica para el deterioro de la integridad cutánea. Úlceras por presión. Málaga: Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud; 2005. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0281.pdf>
- NANDA diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid; Elsevier; 2002.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers [Internet]. London: National Institute for Clinical Excellence; 2003 [acceso 28 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg179/chapter/patient-centred-care>
- Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Sodevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. Gerokomos [revista en Internet] 2008. [acceso 19 de enero

- de 2015]; 19(2): 84-98. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n2/84rincon.pdf>
- Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J et al. 2º Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [revista en Internet], 2006. [acceso 19 de enero de 2015]; 17(3):154-172. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n3/154helcos.pdf>
 - Sarabia la Vin R, Rojo Santos E. Úlceras por presión-manejo de las lesiones por presión. Best Prac [revista en Internet] 2008. [acceso 1 de febrero de 2015], 12(5). Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/bpis/pdf/jb/2008_12_3_manejo_lesionespor_presion.pdf
 - Subirana Casacuberta M, Valls Llobet C, Gich I, Cadena R, Sánchez A .Válidez de la escala de Norton para valorar el riesgo de presentar úlceras por presión en un hospital terciario. Comparación con la escala EMINA©. Enferm Clin, 2004; 14(6): 313-317.

ANEXO I

ESCALA NORTON MODIFICADA				
PUNTOS	1	2	3	4
Estado Físico General Nutrición. Ingesta de Líquidos. T ^a corporal Hidratación	Muy malo	Regular	Mediano	Bueno
Estado Mental	Estuporoso / Comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Incontinencia	Urinaria y Fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna

PUNTUACIÓN TOTAL ÍNDICE DE RIESGO**ESCALA DE NORTON MODIFICADA POR EL INSALUD. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES****ESTADO FÍSICO GENERAL****MUY MALO**

- ◆ Nutrición: Persona que realiza 1 comida al día. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas al día y menos de 1.000Kcal IMC >50.
- ◆ Ingesta de líquidos: < 500cc/día (<3 vasos).
- ◆ T^a corporal: + de 38.5º o - de 35.5º C.
- ◆ Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia del pliegue cutáneo.

REGULAR

- ◆ Nutrición: Persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 Kcal IMC >50.
- ◆ Ingesta de líquidos: 500-1.000 cc/día (3-4 vasos).
- ◆ T^a corporal: de 37,5º a 38º C.
- ◆ Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

MEDIANO

- ◆ Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones proteínas/día y 2.000 Kcal. IMC >20 y <25
- ◆ Ingesta de líquidos: 1.000-1.500 cc/día (5-7 vasos).
- ◆ T^a corporal: de 37º a 37,5º C.
- ◆ Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento por pinzamiento.

BUENO

- ◆ Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias, tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas 2.000 Kcal. Índice de masa corporal (I.M.C.) entre 20-25.
- ◆ Ingesta de líquidos: 1.500-2.000cc/día (8-10 vasos).
- ◆ T^a corporal: de 36-37º C
- ◆ Hidratación: Persona con el peso mantenido, con relleno capilar rápido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento.

ESTADO MENTAL

ESTUPOROSO

- ◆ Desorientado en tiempo, lugar y persona.

- ◆ Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal.
- ◆ Nunca está totalmente despierto.

Valoración: Presionar el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.

COMATOSO

- ◆ Desorientado en tiempo, lugar y persona.
- ◆ Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja.

Valoración: Igual que en paciente estuporoso.

CONFUSO

- ◆ Inquieto, agresivo, irritable, dormido.
- ◆ Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos.
- ◆ Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e incoherente.
- ◆ Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir.
- ◆ Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona.

Valoración: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.

APÁTICO

- ◆ Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso.
- ◆ Ante estímulos reacciona con dificultad y permanece orientado.
- ◆ Obedece órdenes sencillas.
- ◆ Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.

Valoración: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.

ALERTA

- ◆ Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar.
- ◆ Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles.

- ◆ Comprende la información.

Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha lugar y hora.

MOVILIDAD

INMÓVIL

- ◆ Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

MUY LIMITADA

- ◆ Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos.

DISMINUIDA

- ◆ Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos.

TOTAL

- ◆ Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.

ACTIVIDAD

ENCAMADO

- ◆ Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total).
- ◆ Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse...).

SENTADO

- ◆ La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.

- ◆ La persona precisa ayuda humana y/o mecánica.

CAMINA CON AYUDA

- ◆ La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andaderas, muletas, etc.).

AMBULANTE

- ◆ Independiente total.
- ◆ Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo, o lleve prótesis.

INCONTINENCIA

URINARIA + FECAL

- ◆ No controla ninguno de sus esfínteres.

URINARIA O FECAL

- ◆ No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.
- ◆ Colocación adecuada de un colector con atención a las fugas, pinzamientos y puntos de fijación.

OCASIONAL

- ◆ No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h.

NINGUNA

- ◆ Control de ambos esfínteres.
- ◆ Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.

ANEXO II

CLASIFICACIÓN DE PUNTUACIÓN DE ESCALA NORTON MODIFICADA

Valoración inicial según puntuación de riesgo.

- ♦ Clasificar al paciente según la puntuación obtenida en la Escala Norton.

Riesgo alto.....5—11

Riesgo moderado.....12—14

Riesgo bajo.....15—16

No riesgo.....>16

- ♦ La valoración se realizará:

Valoración inicial: al ingreso en la unidad o en el domicilio del paciente,
Recomendación AG. Certeza A

Riesgo alto: diaria Certeza A

Riesgo moderado: valoración cada tres días.

Riesgo Bajo y no riesgo: valoración semanal.

En caso de producirse modificaciones del estado de salud del paciente,
Recomendación AG Certeza A.

Capítulo 10

Valoración de la lesión de una úlcera por presión

Villalba Sánchez, María Carmen
López López, María Dolores
Ruiz Morales, Teresa
Navedo Sánchez, Paola
Muñoz Pérez, Gloria

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

Este procedimiento consiste en la actuación de enfermería encaminada a valorar el grado y estado de la lesión de una úlcera por presión, con el fin de poder establecer el tratamiento adecuado en cada momento de la lesión, así como valorar los signos de alerta que hacen sospechar un empeoramiento de la misma.

Los pacientes con úlceras por presión son susceptibles de padecer lesiones en otras zonas por lo que son considerados como grupos de riesgo, siendo necesaria la monitorización de la valoración del riesgo de úlceras por presión.

OBJETIVOS

- ◆ Valorar la lesión de una úlcera.
- ◆ Determinar la localización de la lesión.
- ◆ Establecer el grado de la úlcera por presión.
- ◆ Identificar el estado de la lesión y los diferentes tipos de tejidos existentes.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Paciente que presenta una lesión cutánea y/o de estructuras adyacentes ocasionada por la presión.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera y auxiliar de enfermería.

Materiales:

Guantes.

Historia clínica.

Regla milimetrada.

Sonda acanalada y/o estilete.

Apósito transparente.

Gel estéril.

Suero fisiológico.

ACTIVIDADES A REALIZAR

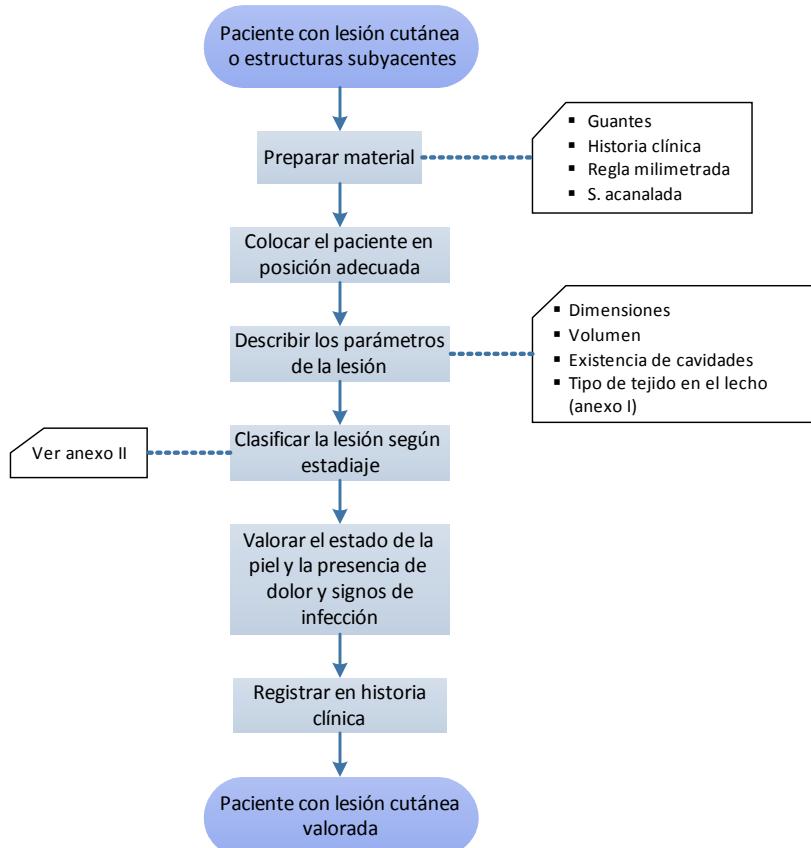
- ◆ Identificar al paciente.
- ◆ Realizar la higiene de manos.
- ◆ Preparar el material necesario.
- ◆ Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
- ◆ Mantener un ambiente privado.
- ◆ Ayudar al paciente a colocarse en la posición adecuada.
- ◆ Realizar higiene de manos y colocarse los guantes.
- ◆ Descubrir sólo la zona lesionada.
- ◆ Localizar la lesión/lesiones. Las zonas más susceptibles son aquellas en las que se ejerce una presión entre dos planos: sacro, coxis, talones, trocánter, etc.
- ◆ Describir los siguientes parámetros de la lesión:
 - Dimensiones:
 - La medición de la úlcera por presión se realiza colocando al paciente siempre en la misma posición, utilizando material estéril y transparente sobre la herida y delimitando los bordes con un rotulador. También se puede utilizar una regla estéril. Se mide la longitud y la anchura.
 - Para calcular el índice de severidad se realiza el siguiente cálculo: Índice de severidad de Braden = (longitud + anchura)/2 x Estadío de la úlcera por presión.
 - Volumen. Podemos determinarlo de dos formas:

- Rellenando la cavidad con un gel estéril e inocuo mediante el uso de una jeringa hasta cubrir la cavidad ulcerada, los ml de gel introducidos nos darán el volumen de la úlcera.
 - Método de Walter Berg: colocando al paciente siempre en la misma posición, ponemos un apósito transparente que cubra la úlcera y una amplia zona de piel perilesional. Rellenamos la úlcera con suero fisiológico pinchando a través del apósito con jeringa y aguja. El volumen vendrá determinado por la cantidad de suero introducido.
 - Existencia de cavidades, excavaciones y trayectos fistulosos. Introduciremos una sonda acanalada o un estilete estéril dentro de la tunelización midiendo la longitud introducida.
 - Tipos de tejido en el lecho de la úlcera (Anexo I):
 - Eritema.
 - Tejido necrótico.
 - Tejido esfacelado.
 - Tejido de granulación.
 - Tejido de epitelización.
 - Tejido en recuperación.
 - Secreción:
 - Escasa.
 - Abundante.
 - Hemorrágica.
 - Purulenta.
 - Serosa.
 - Borde de la herida. Oblicuo, excavado perpendicular, mellado, evertido, socavado.
- ♦ Clasificar la lesión según el estadiaje o sistema de valoración que clasifica las úlceras por presión en base a la profundidad anatómica del tejido dañado (Anexo II).
- ♦ Evaluar la presencia de dolor.

- ◆ Identificar los posibles signos de infección: Temperatura (Presencia de calor), inflamación, olor, dolor.
- ◆ Valorar el estado de la piel perilesional.
 - Integra.
 - Alterada:
 - Seca
 - Macerada: Reblandecimiento de la piel por exposición prolongada a la humedad.
 - Eritema: Enrojecimiento o inflamación de la piel o de las membranas mucosas.
 - Excoriación: Pérdida de la dermis que se manifiesta a través de la merma visible de su integridad. Se puede presentar sola o acompañada de otras alteraciones como escamas o vesículas.
 - Descamación: Desprendimiento de elementos epiteliales de la piel en forma de escamas o membranas transparentes o translúcida.
 - Vesículas: Protuberancia en la piel que contiene líquido. Suele tener forma circular y su contenido suele ser de color claro y consistencia acuosa. Según el tamaño consideramos vesícula hasta 5mm y ampolla a partir de 6 mm.
 - Edema: Acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial. La piel puede estar estirada y brillante.
 - Dermatitis: Trastorno inflamatorio de la piel caracterizado por eritema, dolor y prurito. Las dermatitis más frecuentes son las de contacto y las alérgicas por pomadas, exudado, orina, apóositos, etc.
 - Celulitis: Infección de la piel caracterizada por calor local, enrojecimiento, dolor e hinchazón y, en ocasiones, acompañada por fiebre, malestar general, escalofríos, cefalea, etc.

- ◆ Determinar la antigüedad de la lesión y su procedencia.
- ◆ Deshechar los guantes y realizar higiene de manos.
- ◆ Registrar en la historia clínica del paciente los datos obtenidos de la valoración.
- ◆ Realizar la valoración y el registro de la lesión al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran. (C).

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica: OMI-AP y SELENE.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes con valoración de la lesión /N° de pacientes con úlcera por presión x 100.
- ◆ N° de pacientes con plan de cuidados “Deterioro de la integridad cutánea”/ N° de pacientes con úlcera por presión x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Cochrane, Joanna Briggs, Pubmed, CINAHL, cuiden, lilacs, bireme, guías de práctica clínica (RNAO, Fisterra).

Criterios de búsqueda:

Mesh, palabras utilizadas: Úlcera por presión; valoración & escara; pressure injury; pressure sore; pressure ulcer; bedsore; assessment & pressure & ulcer;

Límites establecidos: idioma español, inglés, francés y portugués.

Edad: paciente adulto.

Niveles de evidencia de la US Agency for Health Care Policy and Research.

NIVEL	TIPO DE EVIDENCIA CIENTÍFICA
1a	Meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
1b	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado.
2a	Al menos un estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar.
2b	Al menos un estudio cuasiexperimental bien diseñado.
3	Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como son estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de caso y controles.
4	Documentos y opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

GRADO	RECOMENDACIÓN
A (1a,1b)	Requiere al menos un ensayo controlado aleatorio diseñado correctamente y de tamaño adecuado o bien un meta-análisis de ensayos controlados y aleatorizados.
B (2a,2b,3)	Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos controlados aleatorios sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplen los criterios A o C.
C (4)	Requiere disponer de documentos y opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de alta calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Colina J. Atención de enfermería a pacientes con úlceras por presión. Rev ROL Enferm. 1988; 11(113-114): 41-51.
- Elorriaga Ameyudo B, Royo Pascual D, García Hontoria M, Cuevas Santos C, Martínez Cervantes Y, Cayón Cuarental P. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1996.
- Esperón JA, Fernández C, Freire M, Angueira C, Rodríguez C. La iatrogénesis como origen de las úlceras por presión en una unidad de cuidados críticos. Gerokomos. 2005; 16(2):100-108
- European Pressure Ulcers Advisory Panel. Directrices sobre la prevención de úlceras por presión del grupo europeo de úlceras por presión. Gerokomos. 1999; 10(1): 30-33.
- Fuentelsanz C, Blasco C, Martínez M, Fernández E, Pajin MA, Gonzaga J et al. Cuidados de enfermería para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Lleida: Institute Catalá de la Salut; 2002.
- Gago Fornells M, García González F. Cuidados de la piel perilesional, Madrid: Fundación 3M, Drug Farma; 2006
- García FP, Pancorbo PL, Laguna JM. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Jaén: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Princesa de España; 2001.
- García Fernández FP, Ibars Moncasi P, Martínez Guerrero P, Perdomo Pérez E, Rodríguez Palma M, Rueda López J et al. Incontinencia y úlceras por presión Documento GNEAUPP X [Internet]. Madrid: Laboratorios Indas; 2006 [acceso 15 de enero de 2015]. Disponible en: http://gneapp.info/wp-content/uploads/2014/12/18_pdf.pdf
- González García F. Atlas sobre la cicatrización de úlceras y heridas. Madrid: Laboratorios Knöll; 1998.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Instrumento para la monitorización de las úlceras por presión. Documento GNEAUPP VII [Internet]. [acceso 15 de enero de 2015]. Disponible en: <http://gneapp.info/wp->

content/uploads/2014/12/instrumento-para-la-monitorizacion-de-la-evolucion-de-una-ulcera-por-presion.pdf

- Guía práctica para la elaboración de un protocolo de úlceras por presión. Barcelona: Convatec; 1998.
- Joanna Briggs Institute. Solutions, techniques and pressure for wound cleansing, Best Pract [revista en Internet] 2006. [acceso 15 de enero de 2014]; 10(2). Disponible en: <http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=4341>
- López Corral JC. Actuación de enfermería ante las úlceras y heridas. Madrid: Universidad Complutense; 1993.
- Manzano González M, editor. Manual de procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia. Murcia: Universidad; 2000.
- Martínez Salinas C, Argüello López MT, Barrio Puentes R. Relación entre el estado nutricional del paciente y las úlceras por presión. Enferm Clín. 1991; 110: 14-17.
- Morilla Herrera JC, Nartín Santos FJ, Blanco Morgado J, Morales Asensio JM. Guía de práctica clínica para el deterioro de la integridad cutánea. Úlceras por presión. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2005 [acceso 15 de enero de 2015] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0281.pdf>
- NANDA diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Elsevier; 2002
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers [Internet]. London: National Institute for Clinical Excellence; 2003 [acceso 28 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg179/chapter/patient-centred-care>
- Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J et al. 2º Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [revista en Internet] 2006 [acceso 10 de enero de 2015]; 17(3): 154-172. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n3/154helcos.pdf>

ANEXO I

TIPOS DE TEJIDOS	
Tejido necrótico	Tejidos de color negro o marrón oscuro. Escara: Placa definida, de color parduzco o negro, espesa, sólida, de textura correosa, que aumenta su dureza según se va desecando.
Tejido esfacelado	Restos de material fibrinoso de color amarillo-verdoso o blanco-grisáceo, de consistencia blanda. Pueden coexistir en una misma UPP.
Tejido de granulación	Tejido conjuntivo muy vascularizado que se forma durante el proceso de cicatrización de una herida, que no cicatriza por primera intención, constituido por numerosos capilares rodeados de colágeno fibroso.
Tejido epitelial	Capa única o estratificada de células que se disponen juntas y empaquetadas, que cubren el cuerpo y tapizan sus cavidades, con excepción de los vasos sanguíneos y linfáticos.
Tejido en recuperación	Tejido de granulación rellena el defecto y luego es reepitelizado (cubierto con piel), el tejido nuevo es de características diferentes al que ha reemplazado.

ANEXO II

ESTADIAJE ÚLCERAS POR PRESIÓN

“Antes de determinar el estadío de la úlcera, deberá retirarse el tejido necrótico, en todos los casos que proceda”.

ESTADÍO I	Eritema cutáneo que no palidece tras presión en piel intacta. En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local. Epidermis y dermis afectadas pero no destruidas. Lesión precursora de ulceración cutánea.
ESTADÍO II	Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
ESTADÍO III	Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.
ESTADÍO IV	Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructura de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadío, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos, así como exudado.

Capítulo 11

Valoración del riesgo nutricional mediante la escala NRS 2002

Barba Abellán, Raquel
Corbalán Abril, María Dolores
Molina Bonilla, Dolores Carmen
Nicolás Hernández, Mercedes
Pérez Moya, Isabel María
Zomeño Ros, Antonia Inmaculada

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

La desnutrición en el paciente hospitalizado es el resultado de la compleja interacción entre enfermedad, alimentación y nutrición. Cuando el estado nutricional es deficiente se compromete el retraso en la recuperación, se prolonga la estancia hospitalaria, y se incrementa la tasa de reintegros. Todo ello contribuye a aumentar la morbi-mortalidad (Stratton, Rj y cols.2003) y repercute negativamente en los costes sanitarios.

En España la prevalencia de desnutrición de los pacientes hospitalizados se estima entre el 30-50%, y aumenta a medida que se prolonga la estancia hospitalaria.

Según el estudio PREDICES (Álvarez-Hernández J. 2012) elaborado por la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), el 23% de los pacientes ingresados en un hospital español, están en riesgo de desnutrición (según criterios de test de cribado NRS 2002) y los pacientes mayores de 70 años presentan significativamente más riesgo nutricional que el resto (37% frente a 12.3%; p< 0,001).

El Consejo de Europa, en su resolución ResAP(2003), declara el compromiso de los países firmantes, entre ellos España, de abordar la desnutrición hospitalaria y pone de manifiesto medidas encaminadas a prevenir y tratar la desnutrición: *El riesgo nutricional de todos los pacientes se deberá evaluar de forma rutinaria antes de la hospitalización o en el mismo momento de ésta.*

La SENPE crea un grupo de trabajo que lleva a término unas recomendaciones sobre la evaluación de desnutrición en los pacientes hospitalizados (Ulibarri, J.I, 2009):

- ◆ Deberá detectarse precozmente y de manera periódica la desnutrición en los pacientes que ingresen en los hospitales.
- ◆ Se utilizarán métodos de cribado válidos, fiables, reproducibles, prácticos y conectados con protocolos específicos de actuación (Jones J.M, 2002).
- ◆ Lo ideal es que se realicen por parte del personal de enfermería al ingreso del paciente (Ravasco P, 2005). Grado de recomendación A.

La escala Nutricional Risk Screanning (NRS 2002), presenta elevada sensibilidad, baja especificidad y una fiabilidad o reproducibilidad: k 0,67, además de ser sencilla de emplear en pacientes hospitalizados. Esta escala ha demostrado

poseer una elevada validez predictiva (Kyle y cols, 2006).

La escala NRS 2002 consta de un screening inicial, cuyo resultado positivo da paso a un screening final. Tras la detección de los pacientes desnutridos o que presenten riesgo de desnutrición, se realizará una evaluación más completa por la unidad de nutrición, y si es preciso, se establecerá un plan de actuación nutricional.

OBJETIVOS

- ◆ Identificar precozmente a los pacientes que necesitan de una valoración nutricional completa, y puedan beneficiarse tanto de una intervención nutricional, como de un plan de cuidados por el desequilibrio nutricional por defecto que puedan presentar.
- ◆ Fomentar la cumplimentación y el manejo de la escala NRS 2002 por parte del personal de enfermería.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Pacientes hospitalizados.

Excepciones: Pacientes que ingresan de forma programada para ser intervenidos de cirugía bariátrica, ya que estos son valorados por la unidad de nutrición antes de su ingreso.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera

Materiales:

Histórica clínica.

Escala de cribado NRS 2002.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Iniciar la cumplimentación en el patrón nutricional - metabólico de la valoración inicial de enfermería.

VAL. ENFERMERIA		PLAN DE ACOGIDA
Sonda nasogástrica	<input checked="" type="radio"/> No	
Vómitos	<input checked="" type="radio"/> No	
Háuseas	<input checked="" type="radio"/> No	
Hidratación	<input checked="" type="radio"/> Buena	
Riesgo Nutricional	<input checked="" type="radio"/> Puntación del riesgo de UPP	
Observaciones		

Tabla 1

- ◆ Iniciar la valoración del riesgo de desnutrición realizando el cribado inicial, siguiendo las siguientes directrices:

CRIBADO INICIAL		CRIBADO FINAL
IMC	<input checked="" type="radio"/>	
¿Es el índice de la masa corporal (IMC) <20,5?		
¿Ha perdido peso el paciente en los últimos 3 meses?		
¿Ha reducido el paciente su ingesta en la última semana?		
¿Está el paciente gravemente enfermo? (por ejemplo en cuidados intensivos)		
Resultado		

Tabla 2

- ◆ Realizar el IMC.

En aquellos casos que no es posible la medición del peso y la talla para el cálculo del IMC, se obtiene de la historia clínica (peso registrado dentro de los 3 meses anteriores al ingreso si no ha habido cambios en su estado nutricional) y si no consta, se consideran válidos los referidos por el paciente o cuidador principal. Una vez introducidos los datos de peso y talla, saldrá por defecto el IMC, aunque no se cumpliera el perímetro abdominal y cuello. (Tabla 2.1).

Botones de Acción	
<img alt	

Tabla 2.1

- ◆ Continuar con la cumplimentación del formulario:

¿Es el índice de masa corporal (IMC) < 20,5?

Rango de peso normal IMC 18.5-24.9

¿Ha perdido el paciente peso en los últimos tres meses?

La pérdida de peso debe ser de manera involuntaria. Se obtiene de la historia clínica o de la información facilitada por el paciente o cuidador principal. Se considera significativo una pérdida de peso involuntaria superior al 5% en los últimos 3 meses.

¿Ha reducido el paciente su ingesta en la última semana?

La disminución de la ingesta en la última semana se mide mediante la información del paciente o cuidador principal, o con el registro de ingesta en el hospital. Se considera afirmativo si el paciente ha reducido su ingesta habitual en cantidad o frecuencia al menos durante 3 días.

¿Está el paciente gravemente enfermo?

Se considera respuesta afirmativa si el paciente presenta alguna de las siguientes patologías: lesión craneal, trasplante de medula ósea, paciente en UCI.

Si la respuesta es NO a todas las preguntas, el paciente será reevaluado si se observan cambios en su estado de salud.

Si la respuesta es SI a cualquiera de las preguntas, se realizará el cribado final.

		Fecha Toma	04/04/2013	Hora Toma	12:34:49	Nombre:
CRIBADO INICIAL		CRIBADO FINAL				
IMC	<input type="text"/>					
¿Es el índice de la masa corporal (IMC) <20,5?	<input checked="" type="checkbox"/>					
¿Ha perdido peso el paciente en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>					
¿Ha reducido el paciente su ingesta en la última semana?	<input checked="" type="checkbox"/>					
¿Está el paciente gravemente enfermo? (por ejemplo en cuidados intensivos)	<input type="checkbox"/>					
Resultado	<input type="button" value="Realizar Cribado Final"/>					

Tabla 3

- Iniciar la valoración del riesgo de desnutrición realizando el cribado final.

		Fecha Toma	11/06/2013
CRIBADO INICIAL		CRIBADO FINAL	
→ Alteración Nutrición			
<input checked="" type="checkbox"/> Alteración nutrición - Ausente-	<input checked="" type="checkbox"/> Si		
-----ES SUFFICIENTE CON LA CUMPLIMENTO DE UN SOLO CRITERIO PARA PUNTUAR LA CATEGORÍA----			
Leve			
Buen apetito, hace 4 comidas al día y come la mayor parte de los alimentos, o recibe completa alimentación enteral.			
<input checked="" type="checkbox"/> Alteración nutrición	<input type="checkbox"/>		
Grave			
→ Severidad Enfermedad			
Leve Severidad Enfermedad	<input checked="" type="checkbox"/> Si		
Moderada severidad enfermedad			
Grave Severidad Enfermedad			
→ Edad-			
Edad (Años)	75		
→ -PUNTUACION FINAL-			
<input checked="" type="checkbox"/> Puntuación Final	2		

Tabla 4

- Alteración del estado nutricional.

Categorizado en Ausente (0 puntos), Leve (1 punto), Moderada (2 puntos) o Grave (3 puntos), en función de los criterios:

- Estado nutricional normal.
- Pérdida de peso.
- Ingesta en la semana previa al momento de la valoración.
- IMC.

Es suficiente con el cumplimiento de un solo criterio para puntuar la categoría, eligiendo la categoría con la puntuación más alta.

Para la valoración de ingesta en la semana previa, como referencia para determinar si hay alteración del estado nutricional, se puede utilizar la siguiente tabla:

VALORACIÓN DE LA INGESTA EN LA SEMANA PREVIA	EQUIVALE A:
Buen apetito, hace 4 comidas al día y come la mayor parte de los alimentos, o recibe completa alimentación enteral.	Estado nutricional normal
No reduce número de comidas al día pero tiene moderado apetito y come algo menos.	50-75%
Falta de apetito, realiza 2 comidas al día y come poco o nada por la boca durante al menos 2 días.	25-49%
Falta de apetito y come poco o nada por la boca durante al menos 4 días.	0-24%
Falta de apetito y come poco o nada por la boca durante >5 días.	

- ◆ Severidad de la enfermedad.

Categorizado en Ausente (0 puntos), Leve (1 punto), Moderada (2 puntos) o Grave (3 puntos).

Ausente	Requerimientos nutricionales normales.	Puntos =0
Leve	Fractura de cadera, pacientes crónicos con complicaciones agudas (cirrosis,EPOC, hemodiálisis, diabetes, oncología).	Puntos =1
Moderada	Cirugía mayor abdominal, ictus, neumonía grave,tumor hematológico.	Puntos= 2
Grave	Lesión craneal, trasplante de médula ósea, paciente en UCI (APACHE> 10)	Puntos= 3

Considerar la puntuación más alta en aquellos pacientes que puedan incluirse en más de una categoría.

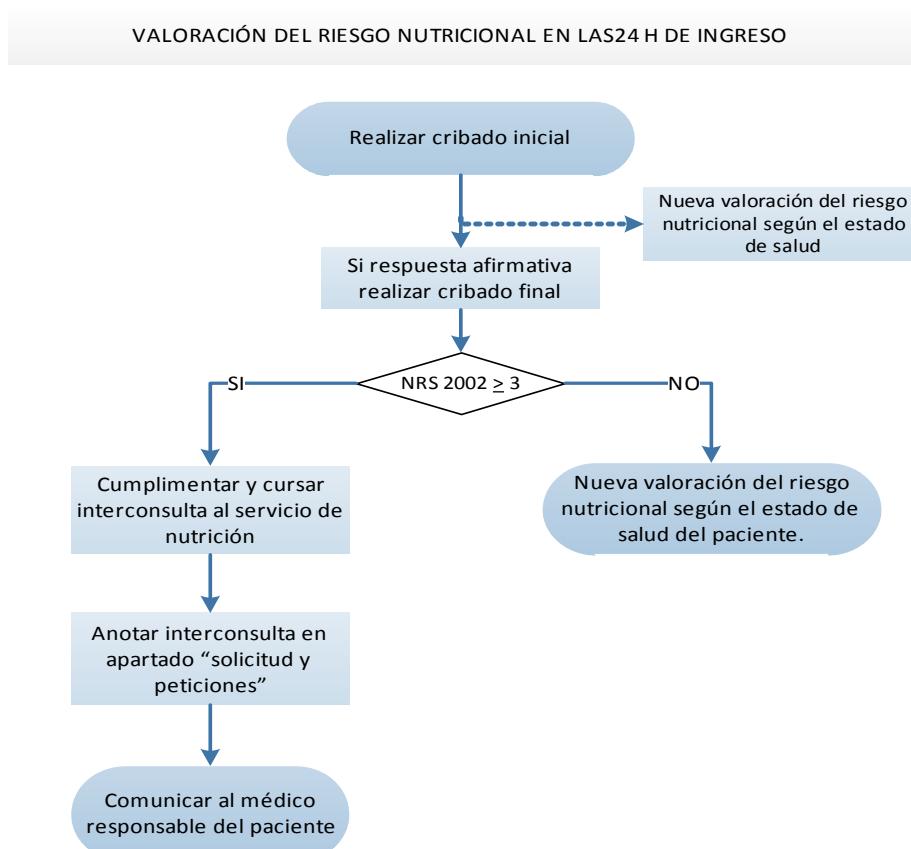
- ◆ Edad: si es ≥ 70 años se sumará por defecto 1 punto más al resultado final.

Resultados de la puntuación:

SI < 3 se debe realizar una nueva valoración si se observan cambios en el estado de salud del paciente.

SI ≥ 3 el paciente está en riesgo nutricional y se debe derivar a la unidad de nutrición.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica. Formulario NRS 2002.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ Nº de pacientes ingresados en las unidades de hospitalización médicas con valoración de riesgo nutricional (escala valoración NRS 2002), en las primeras 24 horas de su ingreso / Total pacientes ingresados en las unidades de hospitalización médicas en el periodo de estudio) x 100.
- ◆ Nº de pacientes ingresados en las unidades de hospitalización quirúrgicas con valoración de riesgo nutricional (escala valoración NRS 2002), en las primeras 24 horas de su ingreso / Total pacientes ingresados en las unidades de hospitalización quirúrgicas en el periodo de estudio) x 100.
- ◆ Nº de pacientes ingresados en las unidades quirúrgicas para un procedimiento quirúrgico con valoración de riesgo nutricional (escala valoración NRS 2002), en las primeras 24 horas de su ingreso / Total pacientes ingresados en las unidades quirúrgicas para un procedimiento quirúrgico en el periodo de estudio) x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Biblioteca cochanne, CUIDENplus, Pubmed, IME.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: riesgo nutricional, desnutrición hospitalaria, escala NRS 2002.

Límites establecidos: idioma español o inglés. Paciente adulto.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, es decir, según la jerarquía de los estudios por el tipo de diseño (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede

aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Camina MA, Barrera S, Domínguez L, Couceiro C, De Mateo B, Redondo del Río MP. Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadío evolutivo. *Nutr Hosp [revista en Internet]* 2012. [acceso 9 de enero de 2015]; 27(2): 434-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/13_original_03.pdf
- Jones JM. The methodology of nutritional screening and assessment tools. *J Hum Nutr Diet*. 2002; 15(1): 59-71.
- Kyle UG, Kossovsky MP, Karsegard VL, Richard C. Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study. *Clin Nutr*. 2006; 25(3): 409-17.
- Mayra Muñoz Y. Determinación de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados. *Invenio [revista en Internet]* 2009. [acceso 9 de enero de 2015]: 12(23): 95-118. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87713361007>
- Pardo Cabello J, Bermudo Conde S, Manzano Gamero MV. Prevalencia y factores asociados a desnutrición entre pacientes ingresados en un hospital de media-larga estancia. *Nutr Hosp [revista en Internet]* 2011. [acceso 9 de enero de 2015]; 26(2): 379-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n2/19_original_12.pdf
- Ravasco P, Monterio-Grillo I, Vidal P, Camilo M. Dietary counselling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol*. 2005; 23(7): 1431-38.
- Sánchez AM, Moreno-Torres R, Pérez de la Cruz AJ, Orduña R, Medina T, López C. Prevalencia de desnutrición en pacientes ingresados en un hospital de rehabilitación y traumatología. *Nutr Hosp* 2005. [acceso 9 de enero de 2015]: 20(2): 21-30. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n2/original4.pdf>

- Salas-Salvado J, Rubio M.A, Barbany M, Moreno B. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin [revista en Internet]* 2007. [acceso 9 de enero de 2015]; 128(5): 184-96. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/2/2v128n05a13098399pdf001.pdf>
- Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Oxon(UK): CABI Publishing; 2003.
- Ulibarri J, Burgos R, Lobo G, Martínez MA, Planas M, Pérez de la Cruz A, Villalobos JL. Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp [revista en Internet]* 2009; 24(4): 467-72. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n4/original5.pdf>

ANEXO I

DEFINICIONES

Riesgo nutricional: es la condición nutricional del momento actual y el riesgo de empeoramiento de dicha condición, debido al incremento de los requerimientos por estrés metabólico de la condición clínica.

Desnutrición: es aquel estado en que el déficit nutritivo repercuten en la salud.

Nutrition Screening: proceso simple y rápido para identificar aquellas características que se saben están asociadas a la malnutrición y estimar el riesgo.

Requerimientos: necesidad de alimentos o sustancias de procedencia exógena que un individuo necesita tomar para mantener las funciones vitales.

Índice de masa corporal (IMC): es un indicador utilizado para categorizar el estado nutricional y relaciona el peso con la talla de la persona. Se consideran valores normales entre 18.5-24.9

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg.)} / \text{Estatura}^2 (\text{Mt})$$

Pérdida de peso involuntaria: es aquella que se produce sin sensación, intervención o intención de disminuir la ingesta por parte de la persona.

Criterios SEEDO (2007) para definir la obesidad en grados, según el índice de masa corporal (IMC) en adultos

CATEGORÍA	VALORES LÍMITES DEL IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	<18.5
Peso normal	18.5-24.9
Sobrepeso grado I	25.0-26.9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27.0-29.9
Obesidad de tipo I	30.0-34.9
Obesidad de tipo II	35.0-39.9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40.0-49.9
Obesidad de tipo IV (extrema)	≥ 50

Capítulo 12

Evaluación del dolor mediante la escala visual analógica (EVA)

Belmonte Aragón, Violante
Caparrós Batista, Manuela
Castejón Berenguer, María Dolores
Castejón Vidal, María Ángeles
Martínez Gil, Esther
Rubio Cava, María Carmen

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El dolor es una experiencia multidimensional que abarca la evaluación de numerosos dominios, incluidas dimensiones fisiológicas, sensoriales, afectivas, cognoscitivas, del comportamiento y socioculturales.

La principal barrera en la evaluación del dolor es la discrepancia entre lo que valora el personal que atiende al paciente y lo que valora el propio paciente. La mejor manera de evaluar el dolor es preguntarle al paciente.

La “medición del dolor” debe ser sensible, libre de sesgos, válida, simple, exacta, fiable y barata. Además, los instrumentos utilizados deben proporcionar información inmediata de los sujetos, con exactitud y seguridad para estos.

La cuantificación del dolor debe realizarse mediante el uso de escalas. La simple distribución, a pie de cama del paciente, de escalas para la medición del dolor aumenta significativamente el grado de cumplimiento de la evaluación del dolor y por tanto de su control. La educación del personal de Enfermería en la evaluación del dolor y el uso de algoritmos para su tratamiento pueden reducir la incidencia de dolor moderado-grave de un 37% a un 13%.

Para la correcta interpretación de las escalas hay que valorar, no sólo el dolor inicial que refiere el paciente, sino los cambios que se producen al instaurar el tratamiento.

La escala visual analógica (EVA) consiste en una línea horizontal o vertical de diez centímetros de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor” que corresponden a las puntuaciones de 1 y 10 respectivamente, y que permite la medición de la intensidad del dolor.

OBJETIVOS

- ◆ Valorar la intensidad del dolor que manifiesta el paciente.
- ◆ Realizar un registro sistemático del dolor.
- ◆ Mejorar la calidad asistencial del paciente con dolor.

POBLACIÓN DIANA/EXCEPCIONES

Paciente hospitalizado.

Excepciones: Pacientes con deterioro cognitivo a quienes se puede aplicar la escala Campbell y pacientes pediátricos con quienes se puede utilizar la escala de expresión facial (escala de caras de WONG-BAKER).

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Materiales:

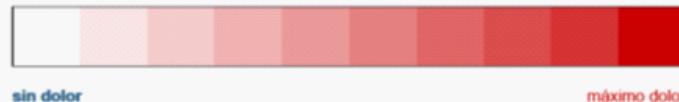
Historia clínica.

Escala EVA.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Efectuar la primera evaluación de la intensidad del dolor durante la valoración del paciente a su ingreso.
- ◆ En el caso de Reanimación o UCI se realizará acorde a la situación hemodinámica y necesidades del paciente.
- ◆ En las unidades quirúrgicas se llevará a cabo a su llegada a la unidad y al menos una medición por turno durante las primeras 48 horas del postoperatorio.
- ◆ Realizar la higiene de manos.
- ◆ Explicar al paciente el propósito del procedimiento.
- ◆ Presentar al paciente la tabla en la que figura la EVA.

EVALUACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE LA ESCALA DE VALORACIÓN ANALÓGICA (EVA)

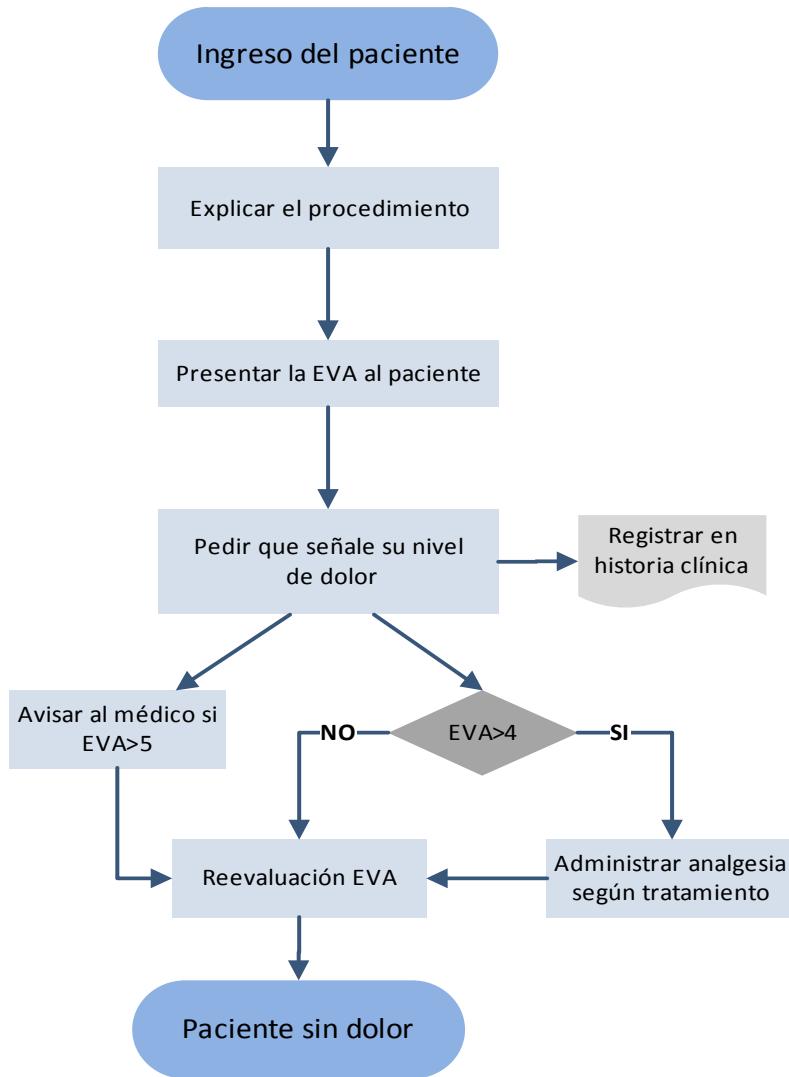


EVALUACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE LA ESCALA DE VALORACIÓN ANALÓGICA (EVA)

< 4	Dolor leve o leve-moderado
4-6	Dolor moderado-grave
>6	Dolor intenso



- ◆ Solicitar al paciente que señale sobre la figura de color su intensidad de dolor.
- ◆ Calcular el valor asignado por el paciente, teniendo en cuenta que 1 corresponde a “sin dolor” y cada marca corresponde a un punto.
- ◆ Realizar higiene de manos
- ◆ Anotar en la gráfica de constantes el valor numérico correspondiente a la marca realizada por el paciente, en caso de registro en la historia clínica electrónica se anotará el valor numérico en el apartado correspondiente.
- ◆ Seguir las pautas del procedimiento médico “Evaluación y tratamiento del dolor postoperatorio”.

DIAGRAMA DE FLUJO

SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Gráfica de Enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos y Reanimación.
- ◆ Formulario EVA de la historia clínica electrónica.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso con evaluación del dolor mediante escala EVA por turno en las primeras 24 horas tras cirugía/ N° de pacientes postquirúrgicos evaluados x 100.
- ◆ N° de pacientes ingresados con evaluación del dolor mediante escala EVA menor de 4 en las primeras 24 horas de ingreso/ N° total de pacientes con EVA realizada x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Bases de datos consultadas:

Cinhal; CUIDENplus; Pubmed/medline; Enfermería al día; Biblioteca Cochrane Plus.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: Dolor postoperatorio; valoración dolor; evaluación dolor; dolor agudo.

Límites establecidos: idiomas español e inglés. Edad (paciente adulto).

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, es decir, según la jerarquía de los estudios por el tipo de diseño (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Departamento de acceso a la Salud Fundación Grünenthal, Herreros A, coordinadores; Saturno P, director. Indicadores de buenas prácticas sobre manejo del dolor. Informe final resumido [Internet]. Murcia: Universidad de Murcia; 2012 [acceso 20 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.grunenthal.com/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=236200007
- Montero Ibáñez R, Manzanares Briega A. Escalas de valoración del dolor. Jano. 2005; LXVIII (1553): 41-44.
- Palanca Sánchez I, coordinador. Unidad de tratamiento de dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [acceso 20 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://portal.sedolor.es/contenidos/100/adjuntos/gnpg34cc.pdf>
- Pardo C, Muñoz T, Chamorro C, Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva [revista en Internet] 2006 [acceso 15 de septiembre de 2014]; 30(8): 379-385. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/monitorizacion-del-dolor-recomendaciones-del/articulo/13116125/>
- Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. Anesthesiology [revista en Internet] 2000 [acceso 20 de septiembre de 2014]; 93(4): 1123-33. Disponible en: https://www.mcgill.ca/anesthesia/files/anesthesia/wk_2b_chronic_pain_as_outcome.pdf
- Santisteban de Pablos MA, Rodríguez Navarro MA, Jiménez López JM, González Valera JM, Izquierdo Sanjuanes B et al. Procedimiento médico sobre evaluación y tratamiento del dolor postoperatorio [Internet]. Murcia: Hospital general Universitario Reina Sofía; 2013 [acceso 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://10.166.33.71:8080/alfresco/download/direct/workspace/SpacesStore/2e7fc72a-b2b6-41-b6-97bd-9ef0c1040f7a/G12-19.pdf?ticket=TICKET_c4ab81072fe0-feeb7826fff2f2d339b47b04cdb
- Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto P. Valoración del dolor (I). Rev Soc Esp Dolor [revista en Internet] 2002. [acceso 10 de septiembre de 2014]; 9: 94-108. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf

Capítulo 13

Control de constantes vitales

Alcázar Belchí, María Quiteria
García Martínez, José Andrés
García Ibarra, Cristina
Muñoz Pérez, Gloria

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El control de las constantes vitales permite monitorizar el progreso del paciente, garantizar la detección precoz de sucesos adversos y conocer la correcta adhesión a tratamientos médicos y/o farmacológicos.

Conocemos como “constantes vitales” la toma y registro de presión arterial por auscultación (TA), frecuencia respiratoria, pulso o frecuencia cardíaca y temperatura corporal.

- Pulso: es el recuento del número de pulsaciones cardíacas durante un tiempo determinado y valoración de sus características.
- Tensión Arterial: Medición y valoración de la presión ejercida por la sangre contra las paredes de la arteria braquial mediante auscultación aplicando presión externa con un manguito de presión directa a la arteria.
- La presión arterial sistólica o máxima es la resultante de la contracción del ventrículo izquierdo al bombear la sangre hacia la aorta. La presión arterial diastólica o mínima se produce durante el reposo del ventrículo. La presión arterial resultante es la diferencia de las dos anteriores.
- Frecuencia respiratoria: es el recuento del número de respiraciones por minuto
- Temperatura: Es la toma de la temperatura corporal por medio de un termómetro timpánico.

El procedimiento de control de constantes se realizará por el profesional de enfermería en todas las mediciones excepto en la toma de temperatura corporal que se delegará al técnico auxiliar de enfermería.

OBJETIVOS

GENERAL:

Describir el estado hemodinámico y fisiológico global del paciente con el fin de detectar posibles problemas de salud o desequilibrios en la homeostasis corporal.

ESPECÍFICOS:

- ◆ Reconocer la relación que existe entre los signos vitales, la actividad fisiológica y los cambios fisiopatológicos.
- ◆ Conocer la naturaleza periódica de actividades fisiológicas como base para evaluar la medición de signos vitales.
- ◆ Utilizar la información obtenida por la medición de los signos vitales como factor para determinar el progreso del paciente, la respuesta al tratamiento y las intervenciones de enfermería.
- ◆ Reconocer y evaluar la respuesta individual del enfermo a los factores ambientales, internos y externos, según se manifiestan por la medición de los signos vitales.
- ◆ Vigilar los signos vitales con mayor frecuencia de la ordenada si el estado del paciente lo requiere.
- ◆ Comunicar los datos de los signos vitales a través del registro en soporte informático o gráfica de constantes para su consulta y ayudar así a la mejora de tratamientos.

ESPECÍFICOS para la toma de cada constante:

Frecuencia cardíaca:

- ◆ Detectar alteraciones significativas que influyan en su estado de salud-enfermedad.
- ◆ Valorar las características del pulso: Ritmo, tono y frecuencia.

Tensión arterial:

- ◆ Medir la presión arterial (sistólica y diastólica) con el fin de detectar alteraciones que podrían influir negativamente en el estado de salud del paciente.
- ◆ Valorar la respuesta del paciente al tratamiento.
- ◆ Determinar el funcionamiento de múltiples sistemas y órganos corporales.

Frecuencia respiratoria:

- ◆ Determinar frecuencia, ritmo, tipo y profundidad de la respiración.
- ◆ Identificar alteraciones significativas que influyan en el estado de salud-enfermedad del paciente.

Temperatura:

- ◆ Valorar las variaciones de la temperatura corporal que puedan afectar al estado fisiológico del paciente.

POBLACIÓN DIANA / EXCEPCIONES

El receptor del procedimiento es el paciente que precisa atención sanitaria a través del servicio de urgencias, consultas externas o ingreso hospitalario.

RECURSOS NECESARIOS

Recursos humanos:

EL profesional de enfermería es el responsable del procedimiento excepto en la toma y registro de la temperatura corporal que será delegada en el técnico auxiliar de enfermería.

Recursos materiales:

Pulso:

Historia clínica.

Bolígrafo azul.

Reloj con segundero.

Fonendoscopio ocasionalmente.

Soporte informático.

Tensión Arterial:

Esfingomanómetro.

Fonendoscopio.

Bolígrafo rojo.

Historia clínica.

Soporte informático.

Clorhexidina al 2%

Monitor automático de T.A.

Manguito de tamaño adecuado.

Frecuencia respiratoria:

Historia clínica o soporte informático.

Reloj con segundero.

Bolígrafo negro.

Fonendoscopio ocasionalmente.

Monitor, si precisa.

Temperatura:

Historia clínica o soporte informático.

Termómetro ótico.

Funda individual.

Bolígrafo rojo.

ACTIVIDADES A REALIZAR

El método para realizar la toma y registro de cada constante es el siguiente:

Pulso:

- ◆ Informar al paciente de la técnica que se va a realizar.
- ◆ Colocar al paciente en reposo.
- ◆ Realizar la toma siempre en las mismas circunstancias (hora del día, posi-

ción, localización del pulso en la misma arteria)

- ◆ Elegir preferentemente la arteria RADIAL por su fácil accesibilidad. Otras arterias que podemos palpar serán las CARÓTIDAS, FEMORALES, HUMERALES, TEMPORALES, PEDIA Y POPLITEA. En el caso de tomar el pulso apical se realizará mediante fonendoscopio en la línea media clavicular.
- ◆ Realizar el recuento del número de pulsaciones a lo largo de un minuto, mediante los dedos índice y medio (nunca se utilizará el dedo pulgar por tener latido propio).
- ◆ Realizar recuento del número de pulsaciones así como las características del pulso en cuanto a tono y ritmo. Una frecuencia cardiaca normal oscila entre 60 y 100 latidos por minuto.
- ◆ Contrastar las tomas con las registradas anteriormente por si hubiera alteraciones importantes y se repetirá la medición en tal caso.
- ◆ Comunicar al médico si observamos graves alteraciones.
- ◆ Anotar la toma en la gráfica de constantes con un punto azul si la historia clínica está en soporte papel o en el ícono de “constantes” donde se registran las constantes vitales del programa informático SELENE si la historia clínica está en formato electrónico.

Tensión arterial:

Preparación del personal:

- ◆ Revisar funcionamiento del aparataje.
- ◆ Asegurar que todo el material necesario está a mano.
- ◆ Realizar higiene de manos.

Preparación del paciente:

- ◆ Identificar al paciente.
- ◆ Informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar
- ◆ Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- ◆ Preservar la intimidad del paciente.

- ◆ Colocar al paciente adecuadamente (acostado o sentado) con el miembro donde se vaya a realizar la toma extendida y correctamente apoyado:
 - Brazo: sentado o en semi-fowler, con la palma de la mano hacia arriba y el antebrazo apoyado, con la fosa anterocubital al nivel del corazón.
 - Muslo: decúbito prono, si no es posible, decúbito supino con las rodillas flexionadas y una almohada debajo de ellas palpando la arteria poplítea.
 - Tobillo: sentado con las piernas elevadas en ángulo recto descansando sobre un reposapiés, o en decúbito supino con las piernas relajadas.
- ◆ Mantener esta posición desde unos minutos antes de la medida.
- ◆ Preservar la intimidad del paciente.
- ◆ Desnudar el miembro del paciente por encima de la zona que cubrirá el manguito (si es posible) con el fin de que alguna prenda puesta actúe como torniquete.

Procedimiento:

- ◆ Determinar la zona donde se va a realizar la toma de presión arterial. El lugar de elección es uno de los brazos, encima del codo y sólo en caso de imposibilidad se considerarán otra localización como muslo o tobillo.
- ◆ Elegir un manguito de tamaño adecuado a la zona donde se va a realizar la medición.
- ◆ Envolver el manguito desinflado alrededor del brazo libre de ropa, a unos dos o tres centímetros sobre el codo.
- ◆ Palpar la arteria branquial con las puntas de los dedos.
- ◆ Cerrar la válvula del manguito y bombee hasta alcanzar treinta milímetros de Hg una vez desaparecido el último tono pulsátil.
- ◆ Colocarse el fonendoscopio, olivas introducidas en los oídos (previamente limpiados con clorhexidina acuosa al 2%)
- ◆ Colocar el diafragma del fonendoscopio sobre el pulso braquial y sujetarlo

con los dedos índice y pulgar.

- ◆ Auscultar al mismo tiempo que se libera las válvulas del manguito a una velocidad de dos a tres milímetros de Hg por segundo para bajar lentamente la presión.
- ◆ Observar la presión en el esfingomanómetro:
 - Sistólica: la indica el primer tono pulsátil que la enfermera detecta (también llamado primer ruido de Korotkoff).
 - Diastólica: la indica el último tono pulsátil detectado o disminución de tono brusco cuando este no llegue a desaparecer (quinto ruido de Korotkoff).
- ◆ Desinflar completamente el manguito y retirar del brazo del paciente.
- ◆ Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre de llamada y objetos personales.
- ◆ Desinflar completamente el manguito y esperar que hayan pasado tres minutos, si tiene que repetir la toma de TA en la misma extremidad,
- ◆ Dejar reposar al paciente durante cinco minutos, para realizar una toma de la presión arterial basal.
- ◆ Dejar pasar al menos tres minutos entre la toma en una posición y otra, si debe realizar la toma de TA con el paciente de pie, sentado y acostado (estudios diagnósticos a personas hipertensas, con cardiopatías asociadas o posible hipotensión ortostática).
- ◆ No dejar colocado el manguito a menos que tenga que realizar controles cada quince minutos.
- ◆ Realizar higiene de manos.
- ◆ Informar al médico o equipo médico cuando los cambios en las presiones sistólicas, y diastólicas o ambas sean significativas.

Registro:

- ◆ Cifras con una flecha de dos puntas en color rojo.
- ◆ Firma, fecha y hora de realización.

- ◆ Respuesta del paciente al procedimiento.
- ◆ Postura del paciente y zona donde se ha realizado el procedimiento.
- ◆ Factores que puedan haber influido en la cifra tensional.
- ◆ Registro en soporte papel o soporte informático.

Observaciones:

No es conveniente medir la T.A. en miembros con fistulas arteriovenosas, mastectomía con vaciamiento axilar o miembros con paresias.

No realizar mediciones en extremidades con perfusiones intravenosas o con catéteres venosos o arteriales, ya que se puede causar daño tisular, obstrucción de la perfusión y del catéter.

Si el paciente ha ingerido café, ha fumado o ha sufrido algún tipo de alteración física o psíquica, unos minutos antes de la toma de presión arterial, las cifras pueden verse alteradas, al igual que la hora del día, la posición del paciente y el brazo donde se realice la medición.

La medición de la T.A. por auscultación manual no es totalmente objetiva, depende de la persona que la realiza. Las medidas más objetivas serían tomadas mediante monitorización.

Frecuencia respiratoria:

- ◆ Comprobar la identidad del paciente.
- ◆ Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente.
- ◆ Realizar la técnica sin que el paciente sea consciente de ello, ya que podría modificar involuntariamente las características de la respiración; es conveniente medirla al mismo tiempo que otros signos vitales (pulso).
- ◆ Realizar higiene de manos.
- ◆ Colocar al paciente en una posición adecuada, que nos permita visualizar y contabilizar los movimientos torácicos (decúbito supino o fowler).
- ◆ Dejar visible el tórax del paciente, para facilitar la observación de los movimientos respiratorios (inspiración y espiración).
- ◆ Intentar que el paciente guarde silencio y reposo durante el procedimiento.

- ◆ Observar y contar durante un minuto el número de veces que el tórax se eleva (se considera como variante posible, una técnica reducida en pacientes que no tienen cambios de ritmos bruscos en la mecánica respiratoria, que consiste en contabilizar las respiraciones en 30 segundos y multiplicar por dos)
- ◆ Utilizar la auscultación con fonendoscopio, la palpación a través de la colocación de la palma de la mano sobre el tórax o la percepción del aire espirado, acercando la mejilla y notando la salida de aire en la espiración, si la respiración del paciente es tan superficial que nos impide visualizar u observar el movimiento del tórax. Debemos tener en cuenta que estas técnicas pueden condicionar la respiración del paciente al ser consciente de la medición.
- ◆ Observar las características de la respiración: ritmo, profundidad, tipo y ruidos respiratorios.
- ◆ Examinar la coloración de piel y uñas.
- ◆ Esperar unos minutos y volver a realizar la medición, si durante el procedimiento el paciente habla, tose o experimenta algún cambio ya que pueda alterar la medición del parámetro.
- ◆ Al valorar la frecuencia respiratoria, debemos de tener en cuenta diversos factores que pueden modificarla como son el dolor, fiebre, fármacos, esfuerzo físico, emociones etc.
- ◆ Cubrir el tórax del paciente.
- ◆ Realizar higiene de manos.
- ◆ Registrar el resultado de la medición de la frecuencia respiratoria en la gráfica de constantes con un punto negro, en caso de soporte informático se anotará el valor numérico en el registro correspondiente, también se debe reflejar en la hoja de evolución de enfermería o en registro informático las características, ruidos, esfuerzo respiratorio y posibles alteraciones detectadas durante el procedimiento. (Anexo 1).

Temperatura:

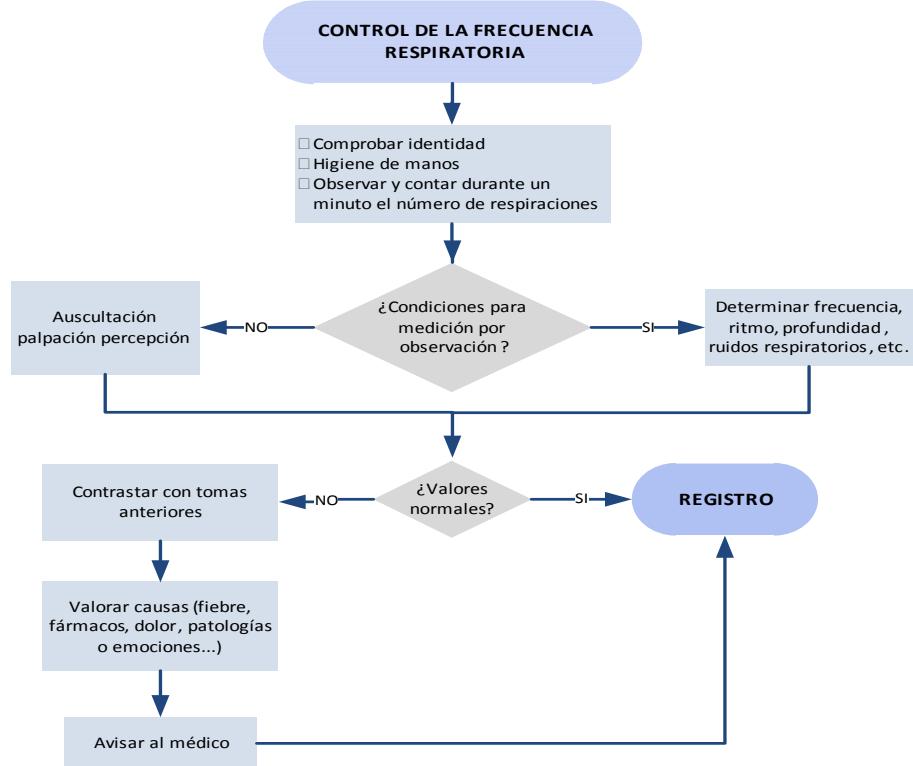
- ◆ Comprobar la identidad del paciente.
- ◆ Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente.

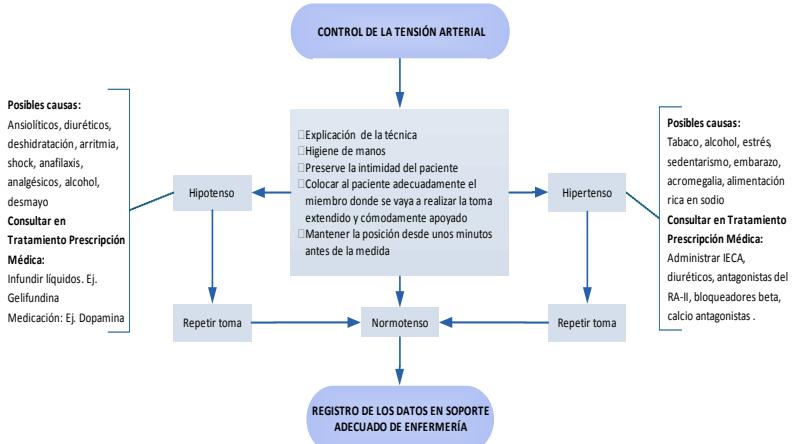
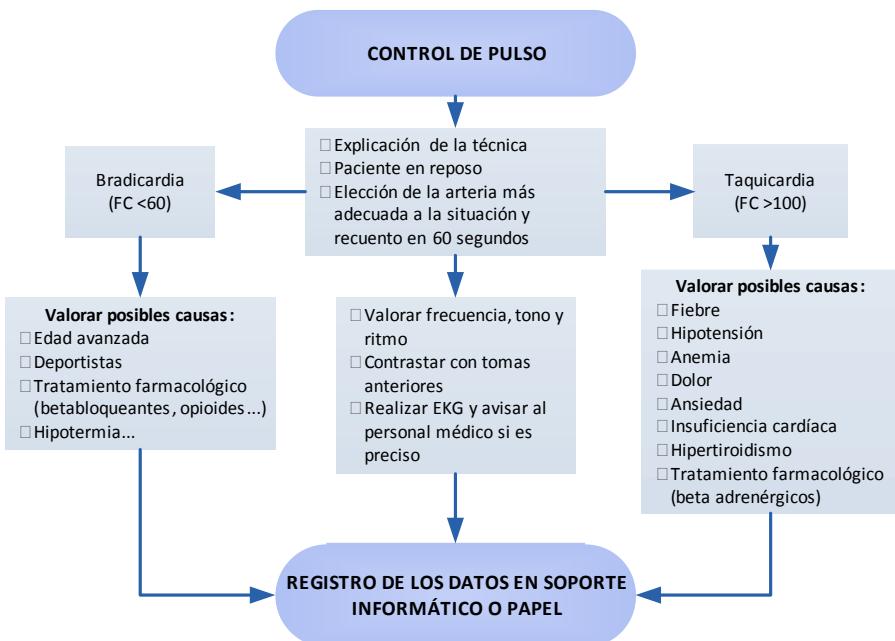
- ◆ Realizar higiene de manos.
- ◆ Informar al paciente de la técnica.
- ◆ Colocar una funda nueva en el termómetro.
- ◆ Comprobar que la unidad de medida seleccionada en el termómetro es la deseada (Celsius o Fahrenheit)
- ◆ Introducir suavemente y con cuidado el termómetro a través del pabellón auditivo externo, dirigiéndolo hacia la membrana timpánica (tirar del pabellón auricular hacia arriba y atrás al mismo tiempo que introduce el termómetro)
- ◆ Presionar el botón del termómetro y espere a que efectúe la lectura de la temperatura.
- ◆ Desechar la funda usada.
- ◆ Realizar higiene de manos.
- ◆ Registrar en la gráfica de constantes vitales el valor obtenido con un punto rojo y unirla con la anterior medición. Si dispone de historia clínica informática, anotar el valor en el formulario correspondiente.
- ◆ Comunicar a la enfermera responsable del paciente cualquier anomalía (temperatura superior o inferior a lo normal)
- ◆ Limpiar el termómetro: especialmente la lente de la punta de la sonda con un paño que no desprenda hilos o residuos.
- ◆ Humedecer con una mezcla de agua templada y detergente suave o con alcohol isopropílico. Nunca usar alcohol en la pantalla LCD, podría causar daños. Al acabar el procedimiento, límpie además la lente, el mango y la base como se ha especificado.
- ◆ Colocar el termómetro en su unidad base y dejar secar durante 45 minutos antes de volver a usar.
- ◆ Al valorar la temperatura, debe tener en cuenta diversos factores que pueden alterarla. (Anexo 2)
- ◆ Tener en cuenta a la hora de valorar si el paciente tiene fiebre, que la temperatura ótica equivale a la rectal, es decir, 0,5º C superior a la axilar.

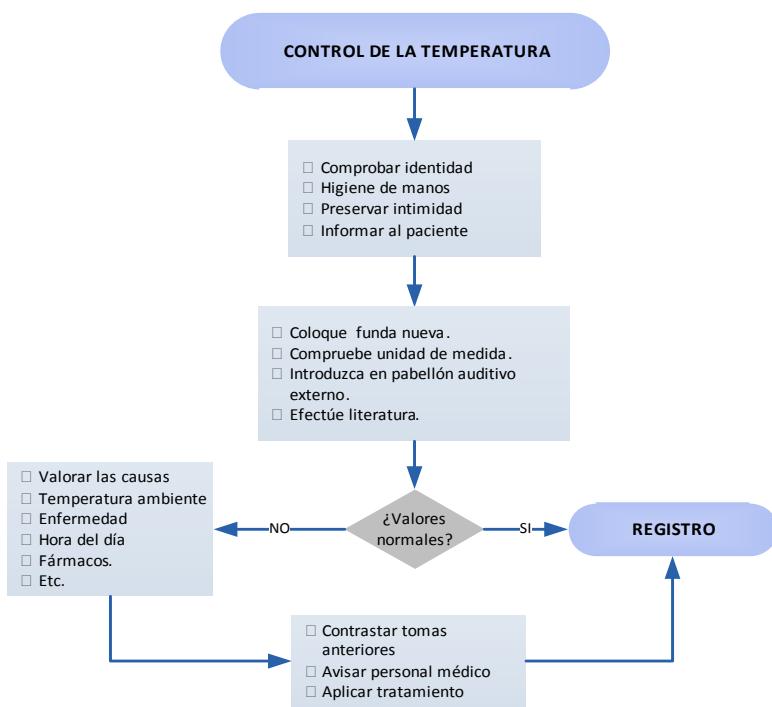
El termómetro óptico o timpánico funciona con un sistema de rayos infrarrojos, valorando la temperatura del tímpano a partir del calor irradiado por el mismo.

- ◆ Evitar realizar la medición de la temperatura timpánica en pacientes con infecciones agudas de oído, tubo de drenaje timpánico o tapones de cera-men voluminosos. Esta medición está contraindicada en pacientes con fractura maxilofacial, fractura de base cráneo y otorragia.

DIAGRAMA DE FLUJO







SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica electrónica/soporte informático:

Las constantes vitales se transfieren a la historia clínica electrónica desde los instrumentos automáticos de medida mediante la lectura por infrarrojos de un código específico, personal e intransferible de cada paciente.

En él existe un ícono de acceso a “Control de constantes” donde se verificará la transmisión de las medidas realizadas o se anotarán manualmente si en la red de conexión existe algún error.

Historia clínica en carpeta /soporte papel:

En éste caso los datos se anotarán manualmente en un impreso de papel denominado “Gráfica de constantes”. (Anexo 3).

Cada constante se registra de un color y con un símbolo concreto con el fin de diferenciarlas y dibujar una gráfica donde visualizar la evolución del paciente.

La temperatura se marca con un punto de color rojo, la frecuencia cardíaca con punto azul, la presión arterial con flechas de color rojo que indican la presión sistólica y diastólica y la frecuencia respiratoria se registra con un círculo de color negro.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ El registro de constantes se ha realizado en el soporte adecuado y se ha revisado la transferencia de datos.
- ◆ Las alteraciones clínicas del paciente detectadas con la toma de constantes ha sido derivada al personal médico y registrada en el relevo de enfermería
- ◆ Se han contrastado los valores de las constantes vitales previas con la actual con el fin de valorar la evolución del paciente.
- ◆ Los instrumentos de medida han sido limpiados correctamente y preparados para su próxima utilización. En el caso de aparatos automáticos eléctricos nos aseguraremos de que quedan conectados a la red eléctrica y con la batería cargada así como evitaremos demasiadas tomas acumuladas sin transferir que puedan ralentizar su funcionamiento.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Se ha realizado búsqueda bibliográfica sistemática utilizando los descriptores “Presión arterial AND nursing”, “Signos vitales”, “Frecuencia cardíaca AND nursing”, “Frecuencia respiratoria AND nursing” en las Bases de Datos Pubmed, Cochrane, Cuiden, Lilacs y evidencias científicas en forma de recomendaciones de nivel IV (opinión de expertos basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos) del “BestPractice: signos vitales” del Instituto Joanna Briggs.

Así mismo se han consultados otras guías de práctica clínica, procedimientos de otros hospitales del territorio nacional y manuales de técnicas de enfermería actualizados.

La búsqueda de artículos se ha realizado en español e inglés y se han elegido aquellos que no sean anteriores al año 2005.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaide Flores MR, Barrios Diez E, Berdon Berdon M, Capella Trigo L, Jimenez Mayoral A, Peña Garcia I et al. Manual de procedimientos de enfermería del Hospital Clínico Universitario de Valladolid [Internet]. Valladolid: Hospital Clínico Universitario; 2009 [acceso 30 de abril de 2015]. Disponible en: <http://bazar.fundacionsigno.com/documentos/proceso-asistencial-del-paciente/manual-de-procedimientos-de-enfermeria>
- Alcazar Escribano ML, Muñoz Pérez G. Cuerpo técnico auxiliares; Opción Sanitaria. Murcia: Instituto Mediterráneo de Estudios de Protocolo; 2005.
- Alcudia Corredor CM, Alonso Araujo I, Álvarez Torralba MJ, Álvarez Belarde S, Apacero Vaz C, Aponte Tomillo I et al. Manual de procedimientos generales de enfermería del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla [Internet]. Sevillla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2012 [acceso 3 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/re>

- cursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Armario P, Banegas JR, Campos C, Sierra A de la, Gorostidi M, Hernández R. Guía española de hipertensión arterial. Hipertensión [revista en Internet] 2005. [acceso 3 de junio de 2014]; 22 (Supl 2): 16-26. Disponible en: http://www.seh-lelha.org/pdf/guia05_4.pdf
 - Berry J, Silverston H, Le-Gallou P, Henrys D, Read K, Hussie L et al. Signos vitales. Best Pract [revista en Internet] 1999. [acceso 10 de junio de 2014]; 3(3): 1-6. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/1999_3_3_SIGNOSVITALES.pdf
 - Bueno de Miguel M, Calvo Aranda P. Concordancia en la medición de la presión arterial entre diferentes métodos de medida. Pulso. 2009; 58(julio): 43-45.
 - Currel R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: la Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002099>. (Traducida The Cochrane Library, 2008 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
 - Everett F. Measuring vital signs: an integrated teaching approach. Nurs Times [revista en Internet] 2011. [acceso 5 junio 2014]; 107(27): 16-17. Disponible en: <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/03/30/d/y/z/110712Vital.pdf>
 - Fernández Ferrín C, Garrido Abéjar M, Santo Tomás Pérez M, Serrano Parra MD. Enfermería fundamental. Barcelona: Masson; 2000.
 - Hospital Universitario Gregorio Marañón [sede web]. Protocolos y procedimientos en cuidados generales de enfermería [Internet]. Madrid: Hospital Universitario Gregorio Marañón; 2011 [acceso el 10 de junio de 2014]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605665078&language=es&pagename=HospitalGregorioMarañon%2FPage%2FHGMA_listado
 - Jiménez Molina M, Torralbas Ortega J, Rumí Belmonte L, Las constantes vitales, monitorización básica. En: Tratado de enfermería en

- cuidados críticos pediátricos y neonatales [Internet] 2014. [acceso 10 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo4/capitulo4.htm>
- Kozier B, Erb GL, Oliveri R, Bermejo Caja CJ. Enfermería fundamental, conceptos, procesos y práctica. 4^a ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
 - Lijarcio MA, Yuste EA, Senso AA, Aparicio JB, Ruiz JA, García MD et al. Use of the median for the evaluation of blood pressure self-measurement (BPSM). Eur J Intern Med. 2007; 18(1): 31-4.
 - Luis Rodrigo MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3^a ed. Barcelona: Hartcourt Brace; 1998.
 - Manzano González M, editor. Manual de procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia. 2 tomos. Murcia: Universidad; 2000.
 - Martínez Ramos S, Roselló Hervás M, Valle Morales R, Gámez García MJ, Jaén Cervera R. Presión arterial: ¿Esfigmomanómetro manual o digital?. Enferm Global [revista en Internet] 2008. [acceso 10 de junio de 2014]; 7(2): 1-8. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14671/14151>
 - Oliveros Val J. La frecuencia respiratoria (FR), ¿una constante olvidada? Enferm Científ Altoaragonesa. 2007; 2: 27-31.
 - Prieto Casado A. ¿Dónde determinar la presión arterial en personas obesas: en el brazo o en el antebrazo? Enferm Clinica [revista en Internet] 2006. [acceso 27 de mayo de 2014]; 16(3): 164. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/35/35v16n03a13089267pdf001.pdf>
 - Procedimientos y técnicas: signos vitales. En: Grupo CTO Medicina, editor. Manual de conocimiento de enfermería. 4^º ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 2007.
 - Ruiz Moreno J, Martínez Delgado MC, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. Barcelona: ROL de Enfermería; 2006.

- Simarro Blasco JA, Noheda Blasco MC, Bascuñana Blasco M, Nohe- da Recuento M, Tolmo Aranda I, Romero Carralero MI. Estudio comparativo de la presión arterial invasiva frente a la presión arterial no invasiva. Valoración de la diferencia. Enferm Global [revista en Internet] 2011. [acceso 3 junio de 2014]; 10(4): 85-93. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137411/124731>

ANEXO 1

Características y alteraciones de la respiración

Frecuencia Número de respiraciones por minuto. Valores normales son:

Recién nacidos: 40-60 -Niños: 18-26 -Adultos: 12-20

Alteraciones de la frecuencia:

Apnea: cese de la respiración.

Bradipnea: disminución de la frecuencia respiratoria ($FR < 12$ respiraciones por minuto)

Taquipnea: aumento de la frecuencia respiratoria ($FR > 20$ respiraciones por minuto)

Hiperpnea: aumento de la frecuencia respiratoria y la profundidad respiratoria.

Profundidad o amplitud: Mayor o menor expansión en los diámetros torácicos, según el volumen de aire inspirado. En condiciones normales unos 500 cm³.

Alteraciones de la profundidad:

Respiración superficial: Caracterizada por diminución de la profundidad.

Respiración profunda: Caracterizada por aumento de la profundidad.

Respiración de Kussmaul: respiración profunda más común, consiste en inspiraciones profundas y ruidosas seguidas de una pausa (apnea) que puede alcanzar hasta 5 segundos; luego le sucede una espiración breve y quejumbrosa, seguida de una nueva pausa, más larga, hasta de 45 segundos.

Ritmo: Regularidad existente entre los movimientos respiratorios (inspiración y espiración), en condiciones normales no hay pausa entre unos movimientos y otros. La respiración normal se denomina eupnea.

Alteraciones del ritmo respiratorio:

Las alteraciones del ritmo más frecuentes son:

Respiración de CheyneStockes: Se producen períodos de apnea y a continuación comienzan los movimientos respiratorios, ampliándose, hasta llegar a un máximo, para luego ir disminuyendo hasta llegar nuevamente al periodo de apnea.

Respiración de Biot: caracterizada por períodos de apnea de duración variable (5 a 30 segundos) seguidas de respiraciones profundas, no son progresivas a diferencia de la de CheyneStockes.

Otros tipos de respiración:

Abdominal: efectuada por músculos abdominales y diafragma.

Costal: efectuada principalmente por los músculos intercostales.

Anfórica: acompañada de un sonido semejante al producido al soplar por la boca de un frasco vacío.

Diafragmática: realizada fundamentalmente por diafragma.

Estertorosa: acompañada con sonidos anormales producidos por el paso del aire a través de líquidos bronquiales.

Disneica: respiración dificultosa.

Forzada: realizada con dificultad tanto con el tórax como con el abdomen.

Ruidos respiratorios anormales:

Estertores: son ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en el pulmón. Se cree que ocurren cuando el aire abre los espacios aéreos cerrados. Los estertores se pueden describir más ampliamente como húmedos, secos, finos o roncos.

Roncus: son ruidos que parecen ronquidos y ocurren cuando el aire queda obstruido o se vuelve áspero a través de las grandes vías respiratorias.

Sibilancias: son ruidos agudos y silbantes producidos por vías aéreas estrechas y, a menudo, se pueden presentar cuando una persona espira.

Estridor: es un ruido similar a las sibilancias que se escucha cuando una persona respira y generalmente se debe a una obstrucción del flujo de aire en la tráquea o en la parte posterior de la garganta.

ANEXO 2

Factores que afectan a la temperatura corporal

- La edad.
- La hora del día.
- El sexo (menstruación).
- Los tratamientos farmacológicos.
- Comer.
- Dentición.
- Emociones.
- Las enfermedades (sepsis, infecciones...)
- La temperatura ambiente.
- La ropa que se lleve puesta.
- Baño muy caliente o muy frío.

ANEXO 3

 Murciano 	ESPAZO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA				
	Sección Unidad:			Alérgico a:	
	Diagnóstico:			Hoja nº:	
GRÁFICA					
Fecha: _____ Horas: _____ 					
Glucosa: <input checked="" type="checkbox"/> Pez: <input type="checkbox"/> Orina: <input type="checkbox"/>					
Capilar: <input type="checkbox"/> Glucosa: <input type="checkbox"/>					
TOTAL INGRESOS P: DIURESES E: Total Diuresis R: Vómitos/Aspiración D: Feces I: Pérdidas Inseñables A: Drenajes S:					
BALANCE					
DIETA CONTROL DE CANULACIONES F. Can: Cuidados F. Can: Cuidados F. Can: Cuidados F. Can: Cuidados					

Capítulo 14

Medición de la presión venosa central (PVC)

Cano Reyes, Alfredo

Navarro Sanz, Lucía

Navarro Lozano, Raúl

Armero Sánchez, María Carmen

Ramírez Marco, María Fuensanta

Sánchez García, María Dolores

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

La PVC es la presión intravascular existente en la aurícula derecha (AD) del corazón o en la vena cava.

Informa de la precarga o volumen existente, se utiliza para valorar el estado funcional del corazón derecho (está relacionada con el retorno sanguíneo y la capacidad de bombeo del ventrículo derecho), estimar la volemia para un control del equilibrio hídrico, y diferenciar el shock hipovolémico (PVC baja) del shock obstructivo o cardiogénico (PVC alta).

Resulta muy útil en pacientes hemodinámicamente inestables, ya que los cambios de volemia alteran los vasos sanguíneos y la capacidad del corazón para hacer circular ese volumen de sangre, es decir, guía la restricción y la reposición hídrica y permite conocer con rapidez la aparición de insuficiencia cardiaca derecha.

El valor normal de la PVC se encuentra entre 6 y 12 mmHg o 2 y 8 cm de agua (mmHg = cm de agua x 1'36).

Unos valores por debajo de lo normal podrían indicar un descenso de la volemia y la necesidad de administrar líquidos; mientras que unos valores por encima de lo normal nos indicaría un aumento de la volemia.

El aumento de la PVC (valor por encima de 12 mmHg), significa:

- ◆ Aumento del retorno venoso debido a estados que causan hipervolemia.
- ◆ Función cardíaca deprimida.
- ◆ Taponamiento cardiaco.
- ◆ Hipertensión pulmonar.
- ◆ PEEP (Presión positiva inspiratoria final).
- ◆ Vasoconstricción.

La disminución de la PVC (valor por debajo de 6 mmHg), significa:

- ◆ Reducción del retorno venoso e hipovolemia.
- ◆ Pérdida del tono venoso por vasodilatación (sepsis).

OBJETIVOS

- ◆ Medir la presión para valorar estado hemodinámico del paciente.

- ◆ Alertar con rapidez de cualquier cambio potencialmente serio que indique un empeoramiento.

POBLACIÓN DIANA/EXCEPCIONES

Paciente que precise de la monitorización de la presión venosa central para su control hemodinámico, y que por lo tanto porta un catéter venoso central cuya luz distal se aloja en la vena cava superior cerca de la aurícula derecha.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Materiales:

Pie de gotero.

Fisiológico 0.9 % de 500 ml.* (salvo contra orden médica).

Monitor.

Cable de monitorización, con cabezal de color rojo.(Set del traductor).

Sistema para medición de PVC, apto para monitor.

Sistema para medición de PVC, de toma manual.

Tablilla para medición de PVC.

Guantes.

Bolígrafo verde.

Historia clínica.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Comprobar los datos del paciente con la pulsera identificativa.

Técnica de medición manométrica:

- Montaje de equipo:

- Realizar higiene de manos y colocarse los guantes (Categoría IA).

- Montar la tablilla de medición en pie de gotero.
- Purgar el sistema de PVC y colóquelo en la tablilla de medición.
- Conectar el sistema a la vía central, en el supuesto de que existan varias luces hágalo en la distal. En caso de ser portador de catéter de Swan-Ganz se conectará a la luz proximal.
- Retirar los guantes.

- Ejecución:

- Explicar la técnica al paciente y solicitar su colaboración siempre que sea posible.
- Realizar higiene de manos, y colocarse los guantes (Categoría IA).
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cama a 180º.
- Lavar la vía central con suero fisiológico 0.9% con el paso a la columna cerrado.
- Purgar la columna de sistema de medición con paso al paciente cerrado.
- Poner el punto cero de la tablilla al nivel de la aurícula derecha.
- Abrir el sistema de columna de medición al paciente y cierre a la perfusión.
- Observar el descenso del menisco del nivel de líquido en la columna.
- Tomar como valor, aquel en el que el menisco haya dejado de descender.
- Cerrar el sistema PVC y conectar de nuevo la perfusión al paciente.
- Volver a colocar al paciente en la posición original.

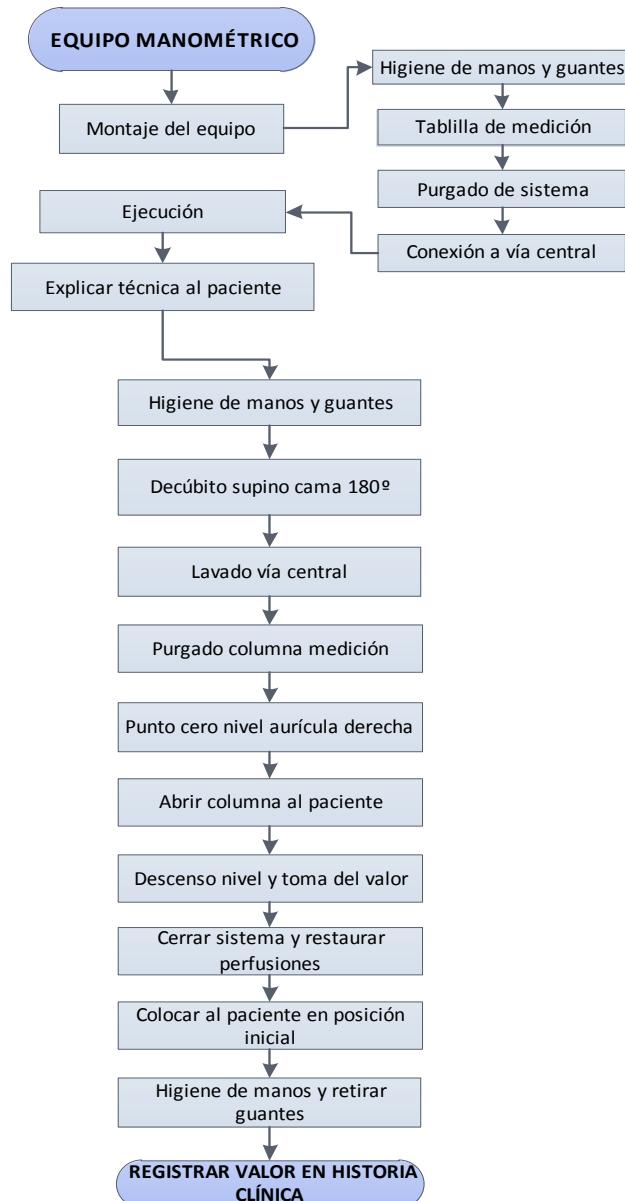
- Retirar los guantes y realizar higiene de manos.
- Registrar en la gráfica de constantes con un aspa verde en el valor correspondiente, o en el formulario de la historia clínica electrónica.

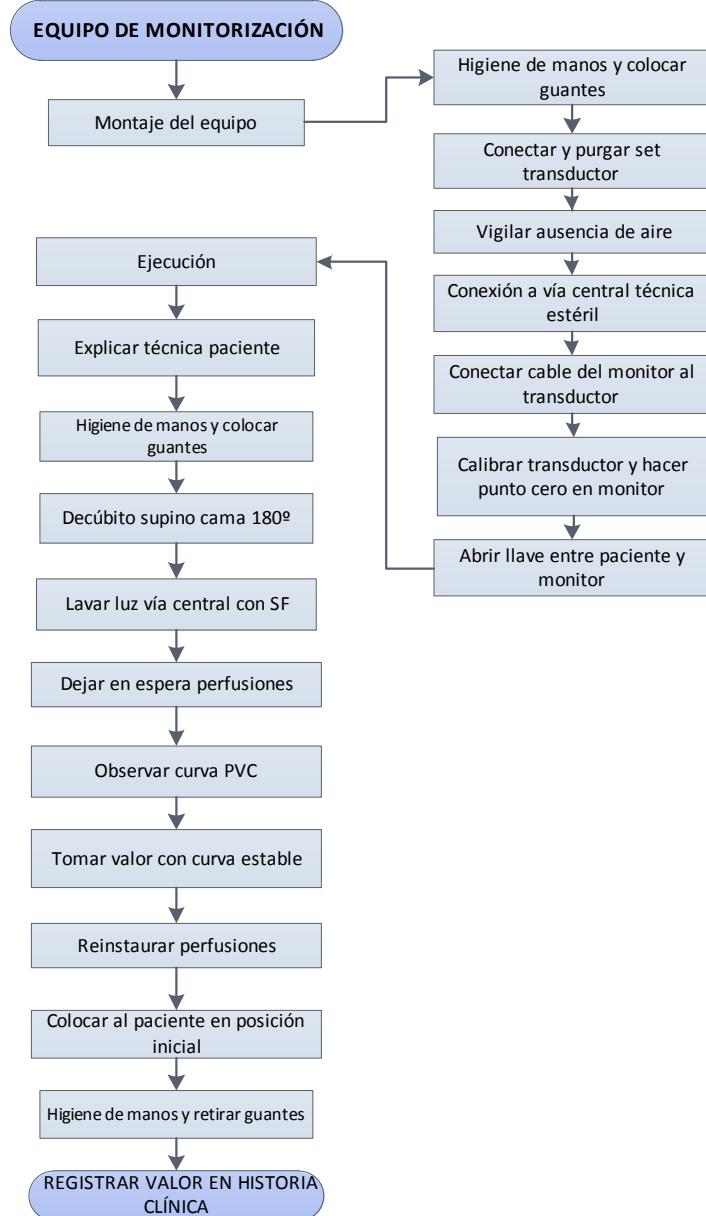
Técnica de medición mediante monitor:

- Montaje de equipo de monitorización:
 - Realizar higiene de manos, extremando medidas de asepsia (según procedimiento “Uso y manejo de los bioconectores en los catéteres vasculares”), y colóquese los guantes.
 - Abrir el set del transductor, conectarlo y purgarlo con suero fisiológico 0.9%.
 - Purgar lentamente el circuito verificando la ausencia de aire en el mismo y en la cámara del transductor, vigilando la correcta conexión de todas las partes del sistema.
 - Con técnica estéril, conectar el equipo de infusión a la luz de la vía central que menos interfiera con drogas vasoactivas, o medicación que lleve el paciente.
 - Conectar el cable del monitor al transductor.
 - Calibrar el transductor: Colocar el transductor a la altura de la aurícula derecha (punto flebotástico), sin perder dicha posición a lo largo de la medición. Seleccionar el programa específico en el monitor, que se ajuste a la PVC. En la llave (cámara) de tres pasos del transductor, cerrar la línea de acceso al paciente, poniendo en contacto la cámara con el medio ambiente a través de un tapón, el cual deberá ser retirado.
 - Seleccionar en el monitor “cero presiones”.
 - Volver la llave de tres pasos a su posición inicial.
 - Retirar los guantes y realizar higiene de manos.
- Ejecución:

- Explicar la técnica al paciente, y solicitar su colaboración si es posible.
- Realizar higiene de manos, y colocar los guantes (Categoría IA).
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cama a 180°.
- Dejar en espera las perfusiones que estén pasando por esa luz.
- Lavar la luz de la vía central con suero fisiológico 0.9%.
- Purgar y calibrar el transductor.
- Observar la curva de PVC en el monitor.
- Tomar el valor de la curva estable.
- Volver la llave de tres pasos a su posición inicial, colocar el tapón y continuar con las perfusiones que estén pasando por esa luz.
- Colocar al paciente en la posición original.
- Retirar los guantes, y realizar higiene de manos (Categoría IA).
- Registrar en la gráfica de constantes con un aspa verde en el valor correspondiente o en el formulario de la historia clínica electrónica.

DIAGRAMA DE FLUJO





SISTEMAS DE REGISTRO

Se registrará en la gráfica diaria de constantes con un aspa verde la presión venosa central, en aquellas unidades que dispongan de historia clínica electrónica (SELENE) se cumplimentará en el indicador correspondiente del formulario de constantes.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes con registro de PVC/ N° de pacientes con monitorización de PVC prescrita x 100.
- ◆ N° de pacientes con sistema de monitorización de PVC con vía cerrada/ N° de pacientes con sistema de monitorización de PVC x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

The Cochrane Library, Joanna Briggs, PubMed, CUIDENPlus, Guías de Práctica Clínica (RNAO, Fisterra).

Criterios de búsqueda:

Palabras claves: Venous pressure monitoring; venous pressure measurement; medición de presión venosa; monitorización presión venosa; presión venosa; presión venosa central.

Límites: idioma español e inglés.

BIBLIOGRAFÍA

- Amin DK, Shan PK, Swan HJC. Deciding when hemodynamic monitoring is appropriate. How will the data affect your diagnostic or therapeutic approach?. *J Crit Illness.* 1993; 8(9): 1053.
- Comisión Técnica de Protocolos de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Toma Presión venosa central. En: Manual de Protocolos y Procedimientos del Hospital Universitario Virgen de

la Victoria. 8^a ed. [monografía en Internet] Málaga: Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Dirección de Enfermería; 2004 [acceso 19 de mayo de 2013]; p. 95-96. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0010.pdf>

- De Lorenzo RA, Morris MJ, Williams JB, Haley TF, Straight TM, Holbrook-Emmons V et al. Does a simple bedside sonographic measurement of the inferior vena cava correlate to central venous pressure?. *J Emerg Med.* 2012; 42(4): 429-36.
- Díaz Torrijos MJ, Giménez Maroto AM. Medición de la presión venosa central. *Metas Enferm.* 2002; 46: 50-53.
- Figg KK, Nemergut EC. Error in central venous pressure measurement. *Anesth Analg.* 2009; 108(4): 209-11.
- Gelman S. Venous function and central venous pressure. *Anesthesiology [revista en Internet]* 2008. [acceso 13 de enero de 2014; 108(4): 735-48. Disponible en:<http://emcrit.org/wp-content/uploads/2011/12/00000542-200804000-00026.pdf>
- Lakhal K, Ehrmann S, Runge I, Benzekri-Lefèvre D, Legras A, Dequin PF et al. Central venous pressure measurements improve the accuracy of leg raising-induced change in pulse pressure to predict fluid responsiveness. *Intensive Care Med.* 2010; 36(6): 940-8.
- Lee BK, Lee HY, Jeung KW, Jung YH, Lee GS. Estimación de la presión venosa central mediante presión la vena cava inferior desde un catéter de enfriamiento endovascular femoral. *Am J Emerg Med [revista en Internet]* 2013. [acceso 13 de enero de 2014]; 31(1): 240-3. Disponible en: <http://search.proquest.com/health/docview/1223839754/fulltextPDF/BC7C53F8CB6045BFPQ/37?accountid=50037>
- Magder S. Central venous pressure. A useful but not so simple measurement. *Crit Care Med.* 2006; 34(8): 2224-7.
- Rivas Doblado JS, García Ubero F, Artes León JL. Presión venosa central. Variaciones en pacientes con intolerancia al decúbito prono. *Rev ROL Enferm.* 2002; 25(1): 51-54.
- Rodríguez Mondéjar JJ. Lectura de la PVC en los catéteres de dos

luces: resultados. En: Libro de comunicaciones XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Las Palmas de Gran Canarias; 2001.

- Shoemaker WC, Parsa MH. Invasive and noninvasive monitoring. En: Grenvik A, Ayres S, Halbrook PR, Shoemaker WC, editores. Textbook of Critical Care. 4^a ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000.
- Ward, KR, Tiba MH, Barbee RW, Ivatury RR, Arrowood JA, Spiess BD et al. A new noninvasive method to determine central venous pressure. Resuscitation [revista en Internet] 2006. [acceso 14 de enero de 2014]; 70(2): 238-46. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/03009572/70/2>

Capítulo 15

Elaboración del balance hídrico

Paredes Pérez, Francisco Javier
Pedreño Vera, Adoración
Rodríguez Mondéjar, Juan José
Muñoz Pérez, Gloria
Iniesta Sánchez, Javier

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El balance hídroelectrolítico se define, como el resultado de comparar el volumen y composición del aporte (entradas) de líquidos y los líquidos perdidos (salidas) en un tiempo determinado, con el fin de actuar sobre las diferencias encontradas y mantener la homeostasis interna.

El peso corporal total se divide en una fracción que es agua y otra sólida (proteínas, grasas). El agua es el principal componente del cuerpo humano: 45 – 75% del peso corporal total en el adulto y un 70 – 80% en el lactante. Esta diferencia es debida sobre todo a las variaciones en el depósito del tejido adiposo (este tejido presenta sólo un 10% de agua en su composición, mientras el tejido magro un 73%), pero también a factores como: sexo, edad y estado nutricional: los hombres mayor porcentaje que las mujeres, los niños que los adultos y los delgados que los obesos.

El agua se distribuye en el organismo en dos grandes compartimentos:

- ◆ Extracelular: 20 - 30% del peso corporal total. Se subdivide en:
 - Intravascular (plasma): 6 - 8% del peso corporal total.
 - Intersticial: 14 - 15 % del peso corporal total.

La composición electrolítica del compartimento extracelular se puede considerar homogénea, siendo sus principales electrolitos: sodio, cloro y bicarbonato, aunque este no es del todo así debido a la alta concentración de proteínas en plasma y su no difusión a través de la barrera endotelial, lo que condiciona el movimiento de agua libre entre el espacio intravascular y el intersticial. El líquido extracelular está en constante movimiento a través del cuerpo y sirve como sistema de transporte para los nutrientes y los desechos hacia y desde las células.

- ◆ Intracelular: 30 – 40% del peso corporal total.

Su volumen se puede considerar constante independientemente de la edad. Sus principales electrolitos son: potasio, fosfatos inorgánicos y proteínas.

A pesar de las diferencias entre los distintos compartimentos se mantienen los principios de electroneutralidad e isosmolaridad (290 mOsm/litro).

Toda la economía corporal participa en el balance de líquidos, pero principalmente hígado, riñones y pulmones. Los mecanismos de entrada y salida de líquidos, tratan de conservar las proporciones de líquido intracelular y extracelular.

El funcionamiento corporal normal precisa que cada compartimento permanezca relativamente constante. Debemos partir del hecho, de que los líquidos son vitales para todas las formas de vida. Transportan nutrientes, elementos gaseosos, desechos metabólicos y ayudan a mantener la temperatura corporal.

El secreto del manejo está en que **GANANCIA = PÉRDIDA**. Al paciente hay que darle lo que necesita y el paciente salvo indicación terapéutica necesita lo que está perdiendo en condiciones normales o anormales. Las necesidades diarias hidroelectrolíticas del paciente vendrán determinadas por las pérdidas propias del organismo.

Algunas enfermedades pueden condicionar la aparición de excesos o déficits de líquidos. Así pacientes con insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal podrán tener un exceso de líquidos y requerirán de aumentar su excreción .En otras en cambio, las necesidades de agua en el paciente estarán aumentadas debido a la respuesta metabólica a la “agresión”, a las pérdidas secundarias a cirugía o al secuestro de líquido al tercer espacio (intersticial, pleural, peritoneal, articular,...), lo que deriva en una pérdida de volumen circulante efectivo y que debe ser repuesta. En este punto cobran gran importancia las patologías asociadas del paciente, la medicación de la que haga uso y el estado de la volemia, ya que determinarán la actitud terapéutica para mantener la homeostasis, cubrir los requerimientos básicos y a priori las posibles pérdidas.

Tanto en la valoración hídrica como electrolítica (esta última, fuera de las competencias de enfermería, pues precisa de la valoración de datos de laboratorio), la enfermería debe conocer los valores normales en sangre y observar los signos y síntomas del paciente para detectar cualquier posible desequilibrio y comunicarlo al médico (Anexos II y III).

OBJETIVOS

- ◆ Identificar y controlar la relación entre aporte y pérdidas de líquidos en el paciente durante un tiempo determinado, con el fin de mantener la homeostasis.
- ◆ Proporcionar al médico los datos precisos que le permitan ajustar el volumen de líquidos, la cantidad e iones a suplementar, con el fin de evitar y compensar poder equilibrios hidroelectrolíticos.
- ◆ Unificar criterios en la valoración, estimación y registro de ingresos y pérdidas hidroelectrolíticas por enfermería.

POBLACIÓN DIANA/EXCEPCIONES

El balance hidroelectrolítico está indicado en (Nivel IV):

- ◆ Paciente crítico por enfermedad aguda, politraumatismo, quemaduras o postoperatorio de cirugía mayor.
- ◆ Paciente crónico: insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes, EPOC, ascitis, cirrosis hepáticas o insuficiencia renal.
- ◆ Pacientes con elevado número de drenajes o pérdidas excesivas de líquidos (diarrea, vómitos, diaforesis, hemorragias o exceso de orina por uso de diuréticos).
- ◆ Pacientes con trastornos de alimentación.
- ◆ Pacientes con elevada infusión de líquidos.
- ◆ Pacientes con problemas de continencia, porque pueden restringir la ingesta de líquidos, pensado que ello mejorará su problema.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Auxiliar de enfermería.

Materiales:

Historia clínica en papel o electrónica.

Lápiz y papel, bolígrafo.

Calculadora.

Guantes.

Recipientes colectores graduados.

Bombas de infusión.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Explicar al paciente/familia la razón por la cual se requiere una medición y registro correcto de la ingesta y eliminación de líquidos. (Grado C).

La realización del procedimiento consta fundamentalmente de tres pasos:

1. Cuantificar las entradas o ingresos (+).
2. Cuantificar las salidas o pérdidas (-).
3. Establecer la diferencia entre entradas y salidas. Reflejar si el resultado es positivo (+) o negativo (-).

Cuantificación de los ingresos:

- ◆ Vía oral:
 - Dieta (alimentos sólidos aportan aproximadamente unos 300 - 700 cc. de agua/día).
 - Líquidos aportados: agua, zumo u otros. (aprox. 1500 cc./día).
- ◆ Vía enteral: nutrición o líquidos aportados a través de la sonda nasogástrica, nasogastroyeyunal (transpilórica), gastrostomía o yeyunostomía. Se anotarán tanto el volumen correspondiente a la nutrición administrada, las irrigaciones periódicas de la sonda para evitar su obstrucción, como el total de volumen de líquido que precise para la administración de medicación por esta vía (dilución medicación + lavado posterior).
- ◆ Vía parenteral:
 - Sueroterapia.
 - Nutrición parenteral.
 - Diluciones medicamentosas. Reflejar en cada administración el volumen usado, expresado con número.
 - Sangre y demás hemoderivados.
- ◆ Líquido para irrigación: líquidos administrados con fines terapéuticos y/o diagnósticos (siempre que no se retiren en el mismo acto que se introducen), como por ejemplo: lavados gástricos, lavados vesicales intermitentes o continuos, lavado de uréteres, lavado de drenajes, enemas, etc.

- ◆ Agua endógena: es un factor constante, derivado del metabolismo oxidativo de los principios inmediatos (glúcidos, proteínas y grasas) y la lisis tisular, aproximadamente 300 cc./24h.(12,5 cc./h).

Cuantificación de las pérdidas:

Para valorar las pérdidas las subdividimos en dos tipos:

- ◆ Pérdidas fisiológicas: aquellas derivadas del metabolismo corporal.
 - Pérdidas urinarias: espontánea, sonda vesical, suprapúbica, uretostomía y nefrostomía. Valor normal aproximado: 1500 cc.
 - Pérdidas digestivas: aspirado gástrico, vómitos y heces. Cuando el vómito no sea por SNG, se estimará el volumen líquido. En relación a las heces, tendremos en cuenta su cantidad y consistencia, expresándose en cc. Tener en cuenta que un + = 50 cc. Con deposiciones de consistencia y cantidad normal se estiman 1/3 del volumen (pérdidas entre 200 - 250 cc./día). Si la deposición es líquida, se estimará su volumen en un 100% y si son semilíquidas, el 50% del volumen.
 - Pérdidas insensibles (transpiración piel: 60% + respiratorias: 40%). A través de la piel las pérdidas son secundarias a la sudoración influenciada a su vez por factores como: la temperatura corporal, la temperatura medioambiental en relación al área de superficie corporal.

A nivel respiratorio las pérdidas se realizan en forma de vapor de agua y dependen de factores como: humedad relativa medioambiental, ventilación espontánea o mecánica, la frecuencia y patrón respiratorio. Así la presencia de taquipnea hace que aumenten estas pérdidas y por el contrario en pacientes con ventilación mecánica estas pérdidas están disminuidas.

Como guía orientativa, las pérdidas insensibles = $0,5 \times \text{peso (kg)} \times 24 \text{ h}$ (ejemplo: un individuo de 70 Kg., tendrá unas PI = $0,5 \times 70 = 35 \text{ cc./h} = 840 \text{ cc./ día}$). Cuando no se aplique la fórmula, se puede estimar entre 800 – 1000 cc./día (35 – 45 cc./h), para un individuo estándar de unos 70 kg, con temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria normales.

A las pérdidas insensibles basales se sumarán otras sobreañadidas, condicionadas por:

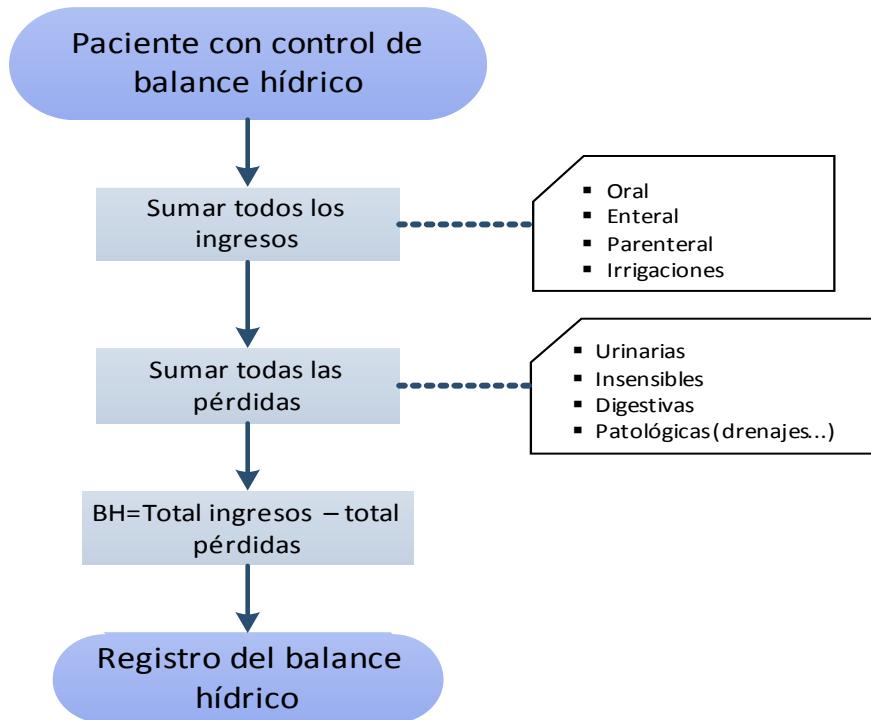
- Si la temperatura corporal aumenta:
 - 37 – 39º C: añadir 6 -8 cc./h/ºC (aprox. 150 - 200 cc./ ºC / día).
 - Si > 39º C: añadir 25 – 30 cc./h (aprox. 600 cc/día).
 - Si la frecuencia cardiaca > 120 p.p.m.: añadir 10 – 12 cc./h (aprox. 300 cc./día)
 - Si la frecuencia respiratoria > 20 r.p.m.: añadir 1 cc./ resp. /h.
 - Sudoración: leve (10 cc./h), moderada (20 cc./h) y profusa (40 cc./h).
 - Si el paciente es portador de una traqueostomía con ventilación espontánea (oxígeno en T): añadir aproximadamente 300 cc./día.
- ◆ Pérdidas patológicas: aquellas derivadas de dispositivos externos (drenajes quirúrgicos, drenajes torácicos, exudados heridas, etc.) o que suceden por vías normales en cantidades anormales (diarreas, melenas,...)

Tipos de balances:

Lo estableceremos en función de la pauta prescrita:

- ◆ Balance parcial: durante periodos inferiores a 24 horas.
- ◆ Balance total: durante 24 horas.
- ◆ Balance acumulado: resultado de sumatorios de balances parciales o sumatorios de balances totales (estos últimos nos darían una idea del balance hídrico del paciente desde su ingreso).

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Todas estas actividades deben quedar registradas en la gráfica del balance del paciente.
- ◆ El mantenimiento de registros de entradas y eliminación de los pacientes, ha sido considerado un aspecto importante en la valoración del estado de hidratación (Nivel III).
- ◆ Es obvio, en relación a las pérdidas, que además de los volúmenes anotados es de gran importancia las características de los líquidos excretados, dentro del cuidado integral del paciente.
- ◆ Sería recomendable utilizar diferentes colores para las entradas (positivo = rojo) y salidas (negativo = azul) quedando el resultado final del balance expresado en el color del signo sea positivo o negativo.
- ◆ Al registrar el balance en la historia informatizada, en el programa SELENE se utilizará el formulario correspondiente.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Nº de pacientes con indicación de balance hídrico realizado / Nº de pacientes con indicación de balance hídrico x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Uptodate, Centro colaborador Joanna Briggs, Pubmed, CINAHL, Google académico.

Criterios de búsqueda:

Balance , hídrico, enfermería, critico, pérdidas insensibles, fluid balance.

Límites establecidos: idioma inglés y español.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, (nivel de evidencia III Y II-3), con grado

de recomendación C, (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera Peña F, Carrión Muñoz F, Flores Almonacid CI, Galván Ledesma J, roldan Cano B, Romero Bravo A et al. Balance del equilibrio de líquidos [Internet]. En: Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; 2010 [acceso 10 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/c3_balance_equilibrio_líquidos.pdf
- Alcaide Flores MR, Barros Díez E, Berdón Berdón MM, Capella Trigo L, Jimémnez Mayoral A, Peña Garcia I et al. En: Manual de procedimientos de enfermería. Valladolid: Hospital universitario; 2009. p.44.
- Manzano González M, editor. Manual de procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia. Murcia: Universidad; 2000.
- Nursing Time.net [sede Web]. Mooney GP. Fluid balance. London: Jenni Middleton; 2007 [acceso 29 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/specialisms/cardiology/fluid-balance/199391.article>
- Rodríguez Mondéjar JJ, Díaz Chicano JF, Carrión Tortosa F. Elaboración del balance hídrico diario. Procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia. Manzano González m, editor. Murcia: Universidad de Murcia; 2000.
- Stern RH, Emmett M, Forman JP. Maintenance and replacement fluid therapy in adults [Internet]. Walthman (MA): UptoDate; 2013 [acceso 10 de enero de 2015] 2013. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/maintenance-and-replacement-fluid-therapy-in-adults>

- Stern RH, Emmett M, Forman JP. General principles of disorders of water balance (hyponatremia and hypernatremia) and sodium balance (hypovolemia and edema) [Internet]. Walthman (MA): UptoDate; 2013 [acceso 10 de enero de 2015] 2013Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/general-principles-of-disorders-of-water-balance-hyponatremia-and-hypernatremia-and-sodium-balance-hypovolemia-and-edem>
- The Joanna Briggs Institute. Fluid Balance: monitoring acute care. recommended practice. Adelaide: University; 2009.

ANEXO I

Observaciones:

- ◆ La valoración del peso conjunta al balance hídrico, es de escasa utilidad, debido a las fluctuaciones en el peso corporal y las limitaciones de un cálculo preciso del mismo. (Nivel III).
- ◆ El control del peso junto al balance sólo se debe usar en paciente renales (Nivel III).
- ◆ En relación al peso corporal los requerimientos usuales de agua en un adulto son: 20 – 45 cc/Kg (promedio de 30 cc/Kg) y en niños: 100 – 150 cc/Kg.
- ◆ Las principales limitaciones del balance hidroelectrolítico son: omisión o duplicación de los datos, diseños de registros inapropiados, errores aritméticos, no inclusión de las pérdidas insensibles. (Nivel III).
- ◆ La participación del paciente en el registro de entradas/salidas, pueden ayudar a que el balance sea más preciso. (Nivel III).
- ◆ La hora más adecuada para realizar el balance, salvo otras indicaciones médicas, son las 06:00 – 07:00 AM. El turno de noche realizará el cierre del balance de 24 h.
- ◆ En pacientes que son llevados a procedimientos quirúrgicos, se contabilizarán los datos de control de líquidos intraoperatoria, al registro de enfermería de la unidad hospitalización de destino.
- ◆ No deje ninguna casilla sea de entrada o salida sin consignar (ejemplo: si el drenaje es 0, registre 0).

ANEXO II

Síntomas y signos clínicos de desequilibrios hídricos:

- ◆ Déficits de líquidos: febrícula, hipotensión, pérdida de peso, rubor cutáneo y sequedad de mucosas, sed, disminución de la turgencia tisular, pulso débil y rápido, globos oculares hundidos, palidez de la piel, debilidad muscular, hormigueo en extremidades, distensión abdominal, anorexia, nauseas, vómitos, letargo e incluso coma, oliguria, aumento densidad de la orina, aumento del hematocrito y descenso en la presión venosa central.
- ◆ Exceso de líquidos: edema periférico, ganancia de peso, piel caliente/ruborizada/humedad, dilatación venas del cuello, crepitantes pulmonares, disnea u ortopnea, anorexia, nauseas, vómitos, debilidad muscular, calambres, convulsiones, letargo, desorientación, aumento de la tensión arterial y disminución del hematocrito.

ANEXO III

Síntomas y signos clínicos de desequilibrios electrolíticos

- ◆ Hiponatremia: Cefalea, ansiedad, confusión, apatía, nauseas, vómitos, diarreas, calambres, debilidad y fasciculaciones musculares, convulsiones, febrícula, hipotensión, taquicardia, oliguria.
- ◆ Hipernatremia: letargo, irritabilidad, temblores, convulsiones, sed, febrícula, oliguria.
- ◆ Hipopotasemia: arritmias, anorexia, vómitos, íleo paralítico, calambres, debilidad muscular, fatiga, polidipsia, somnolencia, irritabilidad e incluso coma.
- ◆ Hiperpotasemia: alteraciones electrocardiográficas (T picudas, ensanchamiento QRS, pérdida de la onda P), arritmias, bradicardias y paradas cardíacas, debilidad muscular, arreflexia, calambres abdominales, nauseas, diarreas, oliguria.

Capítulo 16

Individualización de los planes de cuidados estandarizados

Caparrós Batista, Manuela
Sánchez Prieto, Miguel Ángel
Martínez Gil, Esther
Mikla Marzena
Sáez Soto, Ángeles del Rosario
Iniesta Sánchez, Javier

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

Una vez realizada y cumplimentada, en el formulario del aplicativo SELENE, la valoración inicial del paciente e identificado el diagnóstico o diagnósticos de enfermería, estamos en disposición de utilizar los planes de cuidados estandarizados, disponibles en dicho aplicativo.

Los planes de cuidados existentes están diseñados incorporando las taxonomías enfermeras para su normalización y para facilitar la comunicación entre los profesionales a través de un lenguaje común. Por ello, los diagnósticos se presentan en formato NANDA, incluyendo la etiología y signos y síntomas (factores relacionados y manifestaciones). Para la evaluación de resultados de enfermería se emplea la Clasificación de Criterios de Resultados de Enfermería “NOC”, y las intervenciones de enfermería responden a la “Clasificación de Intervenciones de Enfermería “NIC”.

Los planes de cuidados estandarizados vinculan las tres taxonomías, y nos guían hacia los objetivos que debemos conseguir, e intervenciones a realizar.

En nuestro caso se accede a ellos a través del formulario del informe de alta de enfermería y responden a la estandarización realizada a nivel Regional. Por ello, es necesario adaptar el plan o planes seleccionados para un paciente a las características y patrones disfuncionales del mismo.

OBJETIVOS

- ◆ Identificar y priorizar los diagnósticos enfermeros sobre los que se va a actuar.
- ◆ Unificar objetivos e intervenciones a realizar para solucionar un problema de salud del que la enfermera es responsable.
- ◆ Adaptar los planes estandarizados a las necesidades del paciente al que se le va a asignar.
- ◆ Facilitar la continuidad de las actividades del plan de cuidados.

POBLACIÓN DIANA/EXCEPCIONES

Paciente ingresado en una unidad de hospitalización con estancia esperada superior a 24 horas, en el que tras la valoración inicial se haya identificado al menos un diagnóstico de enfermería asociado a uno de los planes de cuidados estandarizados existentes.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera

Materiales:

Ordenador

ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Inicio del plan de cuidados:

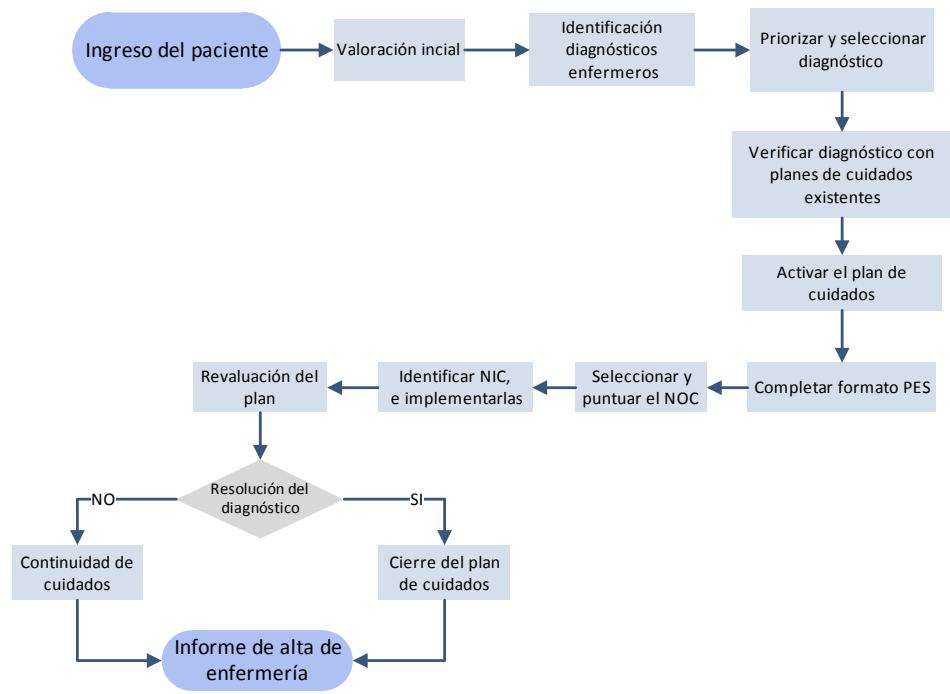
- ◆ Evaluar los datos obtenidos en la Valoración inicial, al final del formulario de la valoración pulsar sobre el ícono que se muestra los diagnósticos de enfermería posibles.
- ◆ Identificar los diagnósticos enfermeros del paciente y desmarcar los que no se encuentran presentes o se van a abordar como problemas de colaboración.
- ◆ Priorizar los diagnósticos identificados, comprobando cuáles de ellos tienen plan de cuidados estandarizado en el formulario de informe de alta de enfermería.
- ◆ Seleccionar el plan o planes de cuidados a implementar.
- ◆ Pulsar sobre la lanzadera del formulario del plan de cuidados.
- ◆ Activar el plan de cuidados.
- ◆ Completar el diagnóstico seleccionando los factores relacionados y las manifestaciones que correspondan.
- ◆ Elegir entre los criterios de resultado de Enfermería (NOC) el más acorde para el paciente, y seleccionar los indicadores para evaluar el NOC.
- ◆ Marcar sobre la escala la puntuación inicial del paciente para cada indicador, el sistema calcula automáticamente la puntuación global del NOC.
- ◆ Pulsar sobre la pestaña de intervenciones de Enfermería (NIC) y seleccionar las que vayamos a implementar. En la ventana de actividades podemos incluir a texto libre las que se vayan a realizar.
- ◆ En la parte inferior del formulario, clickar sobre “aceptar” para guardar la toma y que el plan de cuidados quede activo.

2. Seguimiento y Finalización del plan de cuidados

- ◆ Evaluar periódicamente el plan de cuidados abierto al paciente y anotar cualquier incidencia que surja en relación a la implementación del plan de cuidados.
- ◆ En caso de resolución del diagnóstico, o si se ha llegado al resultado esperado reevaluar al paciente y en el desplegable de la etiqueta diagnóstica del plan seleccionar “cerrado” y pulsar aceptar.
- ◆ Realizar una reevaluación de los criterios de resultado, si el paciente se va de alta y el diagnóstico enfermero no se ha resuelto.

Los planes de cuidados que se han puesto en marcha durante el periodo de ingreso del paciente se vuelcan automáticamente al informe de alta de enfermería, quedando especificados los que están resueltos y cuales permanecen abiertos y pueden precisar la intervención de la enfermera de atención primaria.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica electrónica SELENE formularios de Valoración inicial e Informe de alta de Enfermería.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes con diagnósticos de enfermería identificados tras la valoración inicial / N° total de pacientes ingresados con la valoración inicial realizada x 100.
- ◆ N° de pacientes con plan de cuidados abierto / N° total de pacientes ingresados con diagnósticos de enfermería identificados incluido en el listado de planes de cuidados estandarizados x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

The Cochrane Library; The Institute Joanna Briggs; Pubmed; CINAHL; Cuiden-Plus; Lilacs; Bireme.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: Valoración enfermería; nursing assessment; Planes de cuidados; Cuidados estandarizados; Taxonomía enfermería; nursing taxonomy; Proceso de Enfermería.

Límites establecidos: Idioma español e inglés. Tiempo: 10 últimos años.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Heather Herdaman T, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Introducción a las NANDA, NOC y NIC. 2^a ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2007.
- Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8^a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3^a ed. Madrid: Elsevier España; 2006.
- McCloskey JC, Bulecheck GM, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4^a ed. Madrid: Elsevier España; 2006.

Capítulo 17

Prevención de úlceras por presión

Terón Martínez, María José
Muñoz Pérez, Gloria
Navedo Sánchez, Paola
Paredes Pérez, Francisco Javier
Martínez Aznar, Noelia
Donato Pina, Jerónimo
Corbalán Abril, María Dolores
Boluda Jiménez, Juana
Miñano Navarro, Carmen
Jiménez Checa, María Carmne
Pedrera Clemente, María Dolores
Sánchez Prieto, Miguel Ángel
Gómez Sánchez, Matilde
Iniesta Sánchez, Javier

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud, conllevando un elevado consumo de recursos e incluso responsabilidad legal.

Afectan a la calidad de vida de los pacientes, reducen su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de dolor y reducción de la esperanza de vida, pudiendo incluso a ser causa de muerte.

Aproximadamente hasta el 95% de las úlceras por presión son evitables, por lo que la necesidad de la prevención es la prioridad principal.

Todo paciente encamado en su domicilio o que ingresa en una unidad de hospitalización precisa ser valorado del riesgo de desarrollar úlceras por presión, y ser incluido en un plan de cuidados para la prevención de su aparición.

Las úlceras por presión pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo dependiendo de la zona de piel que esté sometida a mayor presión y de la postura más frecuente del paciente.

Según el primer estudio nacional de úlceras por presión en España (GNEAUPP) la localización de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados se distribuye de la siguiente forma:

Sacro: 50,45%
Talón: 19,26%
Trocanter: 7,64%
Glúteo: 4,58%
Maleolo: 3,36%
Occipital: 3,36%

Las UPP constituyen un efecto adverso de la atención sanitaria, por lo que han de implementarse las medidas necesarias para que no se produzcan.

Los profesionales de Enfermería contamos para ello con un diagnóstico enfermero: "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea" al que se pueden asociar NOC y la NIC "prevención de úlceras por presión" para elaborar un plan de cuidados adaptado a nuestros pacientes. La relevancia es tal, que contamos con un plan de cuidados estandarizado dentro del aplicativo SELENE común para todos

los centros hospitalarios del SMS y la posibilidad de establecerlo en la historia clínica electrónica (OMI-AP) en el ámbito de la Atención Primaria.

OBJETIVOS

- ◆ Prevenir la aparición de úlceras por presión en los pacientes identificados con riesgo mediante la aplicación de escala de valoración del riesgo de UPP.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

- ◆ Pacientes que ingresan en una unidad de hospitalización por un periodo superior a 24 horas, que tras la valoración de la escala de Norton modificada obtienen una puntuación de riesgo ≤ 14 puntos.
- ◆ Pacientes encamados en domicilio.

Excepciones:

Pacientes con ingreso hospitalario inferior a 24 horas.

Pacientes con puntuación ≥ 15 puntos en la escala de Norton modificada.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Técnico auxiliar en Cuidados de Enfermería.

Celador.

Materiales:

Ordenador: historia clínica.

Escala de valoración del riesgo de UPP.

Almohadas.

Superficies de alivio de presión (cojines, colchón...).

Ácidos grasos hiper-oxigenados (AGHO).

Apósitos de protección.

Material necesario para higiene del paciente (ver procedimiento de “Higiene de un paciente en cama”).

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Identificar al paciente y presentarse indicando categoría profesional.
- ◆ Valorar el riesgo de UPP mediante la aplicación de la Escala de Norton Modificada (Procedimiento Valoración del riesgo de úlceras por presión).
- ◆ Establecer plan de cuidados si procede (paciente con puntuación ≤14 puntos).
- ◆ Aplicar NIC:
 - 3540 “Prevención de úlceras por presión”.
 - 3584 “Cuidados de la piel: tratamiento tópico”.
 - 0740 “Cuidados del paciente encamado”.
 - 3500 “Manejo de presiones”.

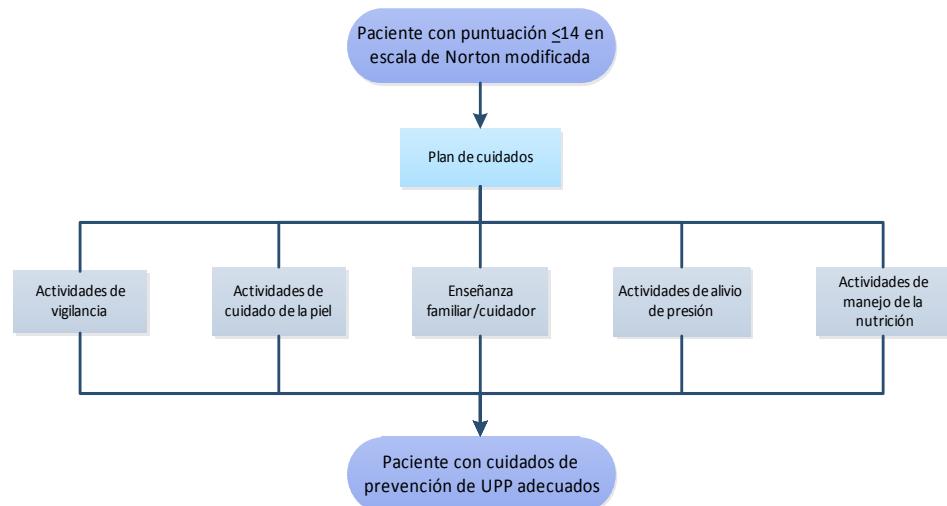
Actividades de enfermería:

- ◆ Vigilar:
 - El estado de la piel durante el ingreso y a diario (Grado de recomendación C).
 - Cualquier zona enrojecida (Grado de recomendación C).
 - Las fuentes de presión y de fricción (grado de recomendación C).
 - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión (Anexo I) al cambiar al paciente de posición.

- ◆ Valorar el estado nutricional del paciente. Se puede utilizar la escala NRS 2000 incluida en el patrón II de la valoración de Enfermería.
- ◆ Controlar y registrar la ingesta de alimentos.
- ◆ Estimular la ingesta de líquidos si el estado del paciente lo permite.
- ◆ Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- ◆ Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
- ◆ Aplicar ácidos grasos hiper-oxygenados (AGHO) sobre las prominencias óseas o zonas de mayor riesgo de desarrollar UPP (Grado de Recomendación B).
- ◆ Colocar un apósito oclusivo limpio si es necesario.
- ◆ Programar cambios posturales cada 2-4 horas (grado de recomendación B), según estado del paciente, incluyendo la movilización al sillón. En los decúbitos laterales no sobrepasar los 30º para evitar lesiones en los trocánteres.
- ◆ Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión por encima del colchón.
- ◆ Mantener la ropa de la cama limpia y seca, y sin arrugas.
- ◆ Cambiar la ropa de cama cada vez que sea necesario.
- ◆ Colocar dispositivos de alivio de presión (Grado de recomendación B):
 - Colchón de aire alternante en pacientes con puntuación Norton ≤12 puntos.
 - Cojines de alivio de presión al levantar al sillón al paciente.
 - Aplicar protectores para los codos y los talones, si procede.
- ◆ Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel.
- ◆ Enseñar a la familia/cuidador las medidas de prevención de UPP.

- ◆ Valorar periódicamente el riesgo del paciente mediante la escala de Norton Modificada. Grado de recomendación B.
- ◆ Actividades a evitar:
 - Dar masajes en los puntos de presión enrojecidos. Grado de recomendación B.
 - Mecanismos tipo flotador para la zona sacra. Grado de recomendación B.
 - Aplicar colonia o sustancias que contengan alcohol en la piel.
 - El arrastre del paciente en su movilización.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica:

SELENE en hospitalización.

OMI-AP en Atención Primaria.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° total de pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso/ N° total de pacientes evaluados ingresados más de 48 horas x 100.
- ◆ N° de pacientes con UPP/N° de pacientes evaluados en el momento en que se realiza el estudio x 100.
- ◆ N° de pacientes de riesgo alto de UPP con cuidados adecuados en las últimas 24 horas/ N° total de pacientes de riesgo alto de UPP x 100
- ◆ N° de pacientes ingresados en UCI con UPP/N° de pacientes ingresados en UCI en el momento del estudio x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Biblioteca Cochrane Plus, Centro Colaborador Joanna Briggs, Pubmed, CINA-HL, CuidenPlus, Lilacs, RNAO.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: Úlcera por presión; prevención & escara; prevención &UPP; pressureinjury; pressuresore; pressureulcer; bedsore; prevention&pressure&ulcer;

Límites establecidos: idioma español, inglés, francés y portugués. Tiempo: útimos 5 años. Edad: paciente adulto.

Niveles de evidencia de la US Agency for Health Care Policy and Research.

NIVEL	TIPO DE EVIDENCIA CIENTÍFICA
1a	Meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
1b	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado.
2a	Al menos un estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar.
2b	Al menos un estudio cuasi experimental bien diseñado.
3	Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como son estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de caso y controles.
4	Documentos y opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

GRADO	RECOMENDACIÓN
A (1a,1b)	Requiere al menos un ensayo controlado aleatorio diseñado correctamente y de tamaño adecuado o bien un meta-análisis de ensayos controlados y aleatorizados.
B (2a,2b,3)	Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos controlados aleatorios sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplen los criterios A o C.
C (4)	Requiere disponer de documentos y opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de alta calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrade de Moraes GL, Borges Lira C, Oliveira Teixeira E, Rodrigues Sarmento L, Rebouças Araújo P, Silva MJ da. Aplicaçao de protocolo de prevençao de úlcera por pressão no contexto domiciliar: uma trajetória percorrida. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(2): 387-391.
- Black J, Clark M, Dealey C, Brindle CT, Alves P, Santamaria N, Call E. Dressings as an adjunct to pressure ulcer prevention: consensus panel recommendations. *Int Wound J [revista en Internet]* 2014. [acceso 23 de junio de 2014]; Mar 3 [epub ahead of print]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.12197/pdf>
- Dellefield ME, Magnabosco JL. Pressure ulcer prevention in nursing homes: nurse descriptions of individual and organization level factors. *Geriatr Nurs.* 2014; 35(2): 97-104.
- Moore Z, Haynes JS, Callaghan R. Prevention and management of pressure ulcers: support surfaces. *Brit J Nurs [revista en Internet]* 2014. [acceso 23 de junio de 2014]; 23 (6 Tissue Viability Supplement): S36-43. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=dd8a8171-4cb7-4319-bf02-193883-f01cab%40sessionmgr4001&hid=4206>
- Pineda Ginés C, Rojo Sombrero E, Méndez Morillejo D. Mejorando la gestión de calidad en úlceras por presión. *Evidentia [revista en Internet]* 2013. [acceso 23 de junio de 2014]; 10(44). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n44/ev7846.php>
- The Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998- [acceso 23 de junio de 2014]. Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults (review). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009958.pub2/pdf>. Citado en Cochrane Library CD 009958.
- The Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 1998 [acceso 23 de junio de 2014]. Moore ZEH, Cowman S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers (review). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006471.pub3/pdf>. Citado en Cochrane Library CD 006471

ANEXO I. PRINCIPALES PUNTOS DE PRESIÓN

Posición supina: cabeza, omóplato, codos, sacro, talones.

Posición lateral: oreja, acromion, costillas, trocánter, cóndilos, maléolos.

Posición prona: mejilla, acromion, mamas (mujeres), genitales (hombres), rodillas, dedos.

Posición sedente: Escápulas, apófisis espinosas, sacro, tuberosidad isquiática, región poplítea, talones.

Fuentes de presión y fricción: zona de inserción de sonda nasogástrica, posición de la sonda vesical, dispositivos de ventilación mecánica no invasiva, gafas nasales, mascarilla tipo venturi, sujeteciones mecánicas, drenajes, tubos, férulas, escayolas, etc.

Capítulo 18

Información eficaz

Hernández Castelló, María Carmen
Areitio Yugueros, Concepción
Hernández Ruipérez, María del Mar
Carrillo Cano, José
Luján Rebollo, María Dolores
Hernández Hernández, Isabel

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

Este procedimiento puede servir de herramienta terapéutica que facilite al paciente la compresión de todos y cada uno de los procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, así como cualquier información sobre cuidados y recomendaciones, problemas de salud, hábitos de vida, etc. que le sirvan para adquirir conocimientos, preservar o recuperar la salud.

Los profesionales sanitarios son garantes, en todo momento, del derecho fundamental a la información del paciente que establece la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, y la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.

OBJETIVOS

- ◆ Facilitar la relación terapéutica enfermera-paciente.
- ◆ Preservar la confidencialidad del paciente.
- ◆ Servir de instrumento para contribuir a la seguridad del paciente.
- ◆ Disminuir el temor / ansiedad del paciente.
- ◆ Contribuir a la adherencia del paciente para el seguimiento de las recomendaciones.
- ◆ Facilitar la toma de decisiones del paciente en su proceso de salud- enfermedad.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Pacientes y acompañante expresamente autorizado por aquellos usuarios que por razones de edad, idioma, patología o incapacidad, no entendiera toda o parte de la información.

Excepciones: Urgencia vital en donde el paciente no tenga capacidad de decisión y no acuda acompañado.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Auxiliar de enfermería.

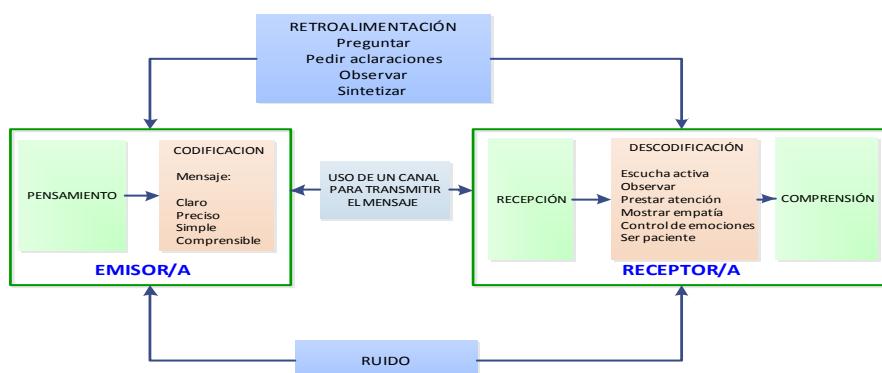
Mediador intercultural, en el caso de barrera idiomática y/o cultural con el/ los usuario/s.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Facilitar la información de manera continua durante todo el procedimiento.
- ◆ Identificar al paciente o persona autorizada por él.
- ◆ Confirmar el procedimiento a realizar.
- ◆ Presentarse con nombre, apellido y categoría profesional.
- ◆ Planificar cuándo y dónde se da la información, teniendo presente la confidencialidad del paciente y autorizados por él. Procurar que sea un lugar con las mínimas posibilidades de interrupciones o distracciones.
- ◆ Valorar al paciente para adaptar la información a la actitud receptiva de este, su demanda, su capacidad cognitiva, etc.
- ◆ Adaptar el mensaje al paciente y/o autorizados por él y a las circunstancias con actitud empática. Tenga en cuenta edad, estados anímicos, etc.
- ◆ Mantener actitud empática y escucha activa en todo momento.
- ◆ Transmitir confianza y seguridad. Debe existir coherencia entre lenguaje verbal y corporal.
- ◆ Hablar despacio y con buena pronunciación. Repetir el mensaje varias veces, si con ello conseguimos asegurar la comprensión de éste.
- ◆ En caso de explicar un procedimiento incluir: en qué consiste el procedimiento, cómo se realiza, los objetivos del mismo, cuando y quién lo realiza, y el lugar donde se realizará.

- ◆ Ofrecer los mensajes de forma constructiva, en términos útiles para él.
- ◆ Usar mensajes y palabras cortas, sencillas y claras. No usar abreviaturas o tecnicismos.
- ◆ Preguntar sobre el mensaje recibido por el paciente y/o allegados autorizados para confirmar el correcto entendimiento por su parte.
- ◆ Si es necesario, entregar por escrito la información para reforzarla (resultados posibles, seguimiento ambulatorio u hospitalario, tratamiento farmacológico, dietético, ortopédico, postural, señales de alarma o empeoramiento).
- ◆ Ofrecer una referencia de contacto donde poder acudir para consultas posteriores, agravamiento o necesidad de nuevos cuidados. Se pueden usar trípticos, folletos, etc.
- ◆ Hacer constar en historia clínica el procedimiento sobre el que el paciente ha sido informado, incluyendo si la transmisión de dicha información, ha sido verbal o escrita.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica del paciente.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes que valoran como buena o muy buena la información dada por el personal de Enfermería durante un procedimiento determinado /Nº de pacientes evaluados x 100.
- ◆ N° de pacientes que refieren que la Enfermera se ha identificado/Nº de pacientes evaluados x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes de datos:

Pubmed : Revisiones sistemáticas, Lylacs, CuidenPlus, The Cochrane Library.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: comunicación, información y enfermería.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas entre los años 2003-2013. Usando como idiomas el inglés y el español.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Campos de Carvalho E, Márcia Bachion M, Rita Braga M. Comunicação oral com pacientes hematológicos: comportamentos facilitadores e bloqueadores. Rev Esc Enferm USP [revista en Internet] 1997.

- [acceso 13 de marzo de 2014]; 31(1): 68-79. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v31n1/v31n1a05.pdf>
- Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Entrenamiento en habilidades comunicativas para los profesionales de la asistencia sanitaria que trabajan con pacientes con cáncer, sus familias o cuidadores (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/pdf/CD003751.pdf> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley& Son, Ltd).
 - García Pérez C, Orgado Díaz B. Comunicación eficaz para profesionales de la Salud. Enferm Cient. 2005; 276-277: 40-42.
 - Hernández Ruipérez MM, Hernández Castelló CM, Areitio Yugueros C, Luján Rebollo MD, Carrillo Cano J, Cavas Martínez MC. Comunicación eficaz. En: Manzano González M, editor. Manual de procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia. Murcia: Universidad; 2000. p.40-43.
 - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
 - Pontes AC, Leitão IM, Ramos IC. Comunicación terapéutica en Enfermería: herramienta esencial de la atención. Rev Bras Enferm. 2008; 61(3): 312-8.
 - Ramón García R, Segura-Sánchez MP, Palanca-Cruz MM, Román López P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. Rev Esp Comun Salud [revista en Internet] 2012. [acceso 3 de enero de 2014]; 3(1): 49-61. Disponible en: http://www.aecs.es/3_1_6.pdf

Capítulo 19

Relevo de enfermería de la Unidad de Urgencias a una Unidad de Hospitalización

Hernández Hernández, Isabel
Serrano Rochel, Aurora
López Campos, Antonio Enrique
Martínez Cárcel, José Luis
Abad Izquierdo, Susana

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El ingreso de un paciente en el medio hospitalario es un acto que conlleva una ruptura con su entorno habitual, lo que genera ansiedad en el paciente y en la familia, más si este se produce de forma urgente.

La información clínica es fundamental para garantizar la continuidad asistencial de los cuidados de enfermería y la seguridad del paciente, por lo que el relevo entre los equipos de la unidad de urgencias y unidad de hospitalización juega un papel crucial en este sentido.

Entendiendo el relevo como el intercambio de información trascendente sobre un paciente, de las últimas horas en la unidad de Urgencias, entre el profesional de dicha unidad y el de la unidad Hospitalización para favorecer la continuidad de los cuidados entre profesionales de enfermería.

Por ello ha de ser una acción planificada y normalizada. Con el fin de facilitar esta actividad en nuestro centro existe un horario pactado para la realización del relevo y traslado de pacientes a las distintas unidades: por la mañana de 9'00 a 14'30 h. por la tarde de 16'00 h. a 21'30 h. por la noche de 23'00 a 7'00 h., salvo situaciones excepcionales, en las que el supervisor de guardia coordinará el relevo y traslado de los pacientes.

También ha de tenerse en cuenta que si se prevén traslados consecutivos para una misma unidad, siempre que sea posible, se alternarán con otras unidades, para facilitar la acogida del paciente en la unidad receptora.

OBJETIVOS

- ◆ Proporcionar información relevante, exacta, objetiva y organizada sobre el paciente.
- ◆ Garantizar la calidad y la continuidad de los cuidados entre las dos unidades.
- ◆ Unificar criterios de seguimiento del paciente.
- ◆ Evitar pérdidas de información.
- ◆ Prevenir posibles complicaciones en el estado del paciente.
- ◆ Garantizar la confidencialidad de la información.

- ◆ Consensuar el momento en el que se transmitirá la información y en el que el paciente va a ser trasladado.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Pacientes que ingresan en el área de hospitalización procedentes de la Unidad de Urgencias.

Excepciones: Pacientes que procediendo del área de urgencias tienen su destino en áreas diferentes a las de hospitalización, como : UCI, Quirófano, Reanimación, Consultas, Diálisis, o son trasladados a otros centros.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera de Urgencias y de la Unidad de Hospitalización.

Auxiliar de enfermería de Urgencias y de la Unidad de Hospitalización.

Celador.

Materiales:

Historia del paciente electrónica y/o papel:

Hoja de admisión de hospitalización.

Hoja de tratamiento.

Hoja de circulación (carpeta).

Informe médico de alta de Urgencias.

Informe de enfermería: evaluación de enfermería, registros de constantes y valoraciones enfermeras.

Resultados de las pruebas analíticas y complementarias que se hayan realizado al paciente durante su estancia en el Servicio de Urgencias.

Relación y orden para ingreso en unidad de hospitalización.

Soporte telefónico e informático.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Identificar al paciente comprobando los datos con los del brazalete identificativo.
- ◆ Enviar a admisión de urgencias el informe médico de alta de urgencias con el número de cama asignado y la firma del médico responsable.
- ◆ Comprobar, antes del traslado, que la hoja de ingreso está cumplimentada e indica el número de habitación y la cama de destino.
- ◆ Avisar a planta del ingreso de un paciente a esa unidad y comprobar el número de habitación.
- ◆ Verificar que la historia clínica del paciente está completa.
- ◆ Pactar el traslado del paciente entre las enfermeras de ambas unidades mediante contacto telefónico identificándose con el nombre ambos profesionales.
- ◆ Transmitir el relevo a la enfermera responsable del paciente de la unidad de recepción:
 - Priorizar la información a transmitir en función de la situación del paciente.
 - Informar sobre el estado actual del paciente:
 - Nivel de conciencia.
 - Signos y síntomas relevantes: agitación, fiebre, hemorragia, vómitos, etc.
 - Presencia de drenajes, catéteres o sondas.
 - Tratamiento con oxigenoterapia.
 - Describir el tratamiento médico inmediato a continuar.
 - Identificar las pruebas diagnósticas y de laboratorio que deben completarse en las próximas horas y comunicar aquellas pruebas que quedan pendientes de recibir los resultados.
 - Describir las intervenciones de enfermería más relevantes llevadas a cabo, así como las respuestas del paciente a éstas.

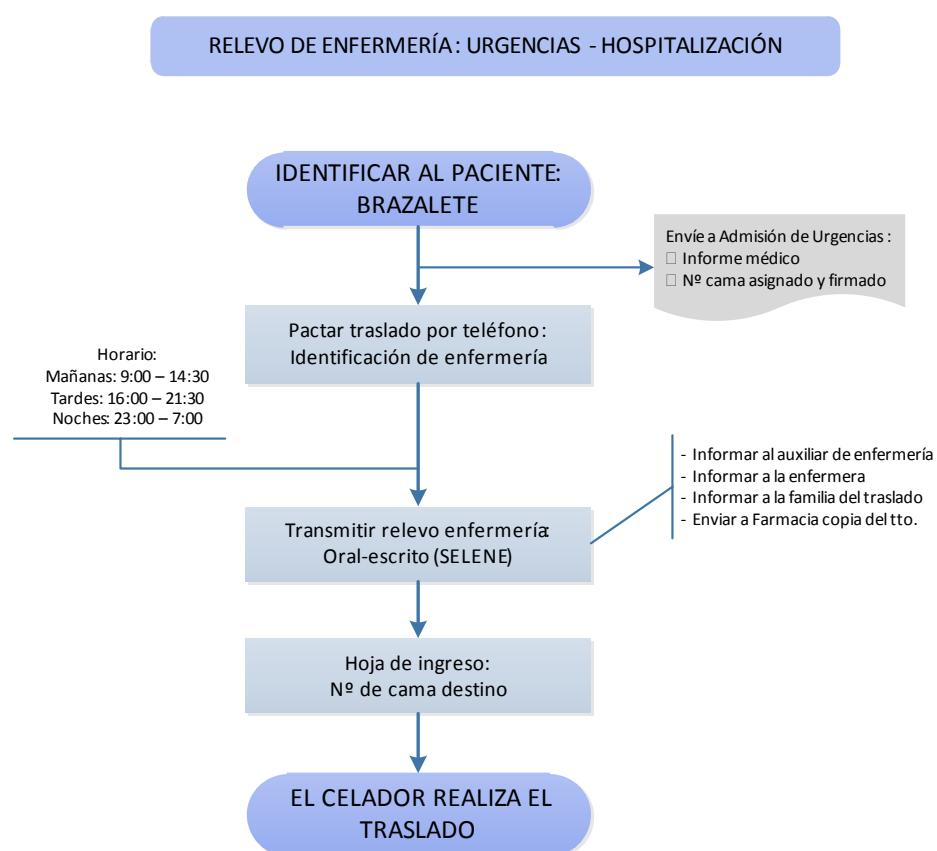
- Informar sobre cualquier incidencia de carácter administrativo o de organización (documentación pendiente, localización del acompañante, etc.).
 - Preguntar al profesional que recibe el relevo si tiene alguna duda relativa a la información transmitida.
 - Acordar la hora aproximada del traslado del paciente a la unidad.
- ◆ Confirmar el registro de información en la historia clínica del paciente
 - ◆ Informar al auxiliar de enfermería, responsable del paciente, de que el traslado se va a realizar.
 - ◆ Avisar a la familia del ingreso del paciente, si no está presente, mediante llamada telefónica o por megafonía.
 - ◆ Preparar la Historia Clínica, que debe acompañar al paciente a la Unidad de Hospitalización.

ANTES DEL TRASLADO:

- ◆ Comprobar que el paciente está aseado, la ropa de la cama y del paciente están limpias.
- ◆ Si el paciente es portador de vía venosa comprobar el estado y funcionamiento de la vía venosa, así como suficiente fluidoterapia para la realización del traslado. El catéter deberá estar registrado en el formulario de la historia clínica.
- ◆ Asegurar la correcta fijación y conexión de los sistemas. En caso de presencia de sonda vesical verificar que la bolsa de diuresis está colgada, tiene capacidad suficiente para el traslado, y está registrada en el formulario correspondiente de la historia clínica.
- ◆ Verificar la identificación de los objetos personales del paciente y la disponibilidad para el traslado.
- ◆ Retirar las bombas de perfusión que no sean imprescindibles durante el traslado y colocar reguladores de flujo en caso necesario.
- ◆ Enviar una copia del tratamiento médico al servicio de farmacia una vez asignada la cama en planta de hospitalización, y que el paciente va a ser trasladado.

- ◆ Avisar al celador para que realice el traslado, que deberá comprobar con la enfermera los datos identificativos, la planta y el número de habitación.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Historia clínica electrónica, formularios y notas de enfermería y de auxiliares de enfermería.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes ingresados desde urgencias en unidades de hospitalización correctamente aseado y con la ropa de cama limpia/ N° total de pacientes ingresados desde urgencias a unidades de hospitalización x 100.
- ◆ N° de pacientes ingresados desde urgencias en unidades de hospitalización con relevo registrado en la nota de enfermería/ N° total de pacientes ingresados desde urgencias a unidades de hospitalización.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

PUBMED : “Patient Transfer”[Mesh] AND information[All Fields] AND (“hospitals”[MeSH Terms] OR “hospitals”[All Fields] OR “hospital”[All Fields]) AND (“nurses”[MeSH Terms] OR “nurses”[All Fields] OR “nurse”[All Fields] OR “breast feeding”[MeSH Terms] OR (“breast”[All Fields] AND “feeding”[All Fields]) OR “breast feeding”[All Fields]) NOT pediatric*.

LYLACS : Patient transfer AND hospital

BIBLIOGRAFÍA

- Arellano Morata C, Hernández Ruipérez MM, Sáez Soto AR. Relevo de enfermería en una unidad de hospitalización [Internet]. [acceso 21 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/113901-relevo_enfermeria__unidad-hospitalacion.pdf
- Campillo Campillo A, Expósito Castro M, Sánchez García AB, Relevo de enfermería de la unidad de reanimación a la unidad de hospitalización. [Internet]. [acceso 21 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/138029-protocoloG101-01-14.pdf>

- Davies S, Priestley MJ. A reflective evaluation of patient handover practices. *Nurs Stand.* 2006; 20(21): 49-52.
- Dyrholm IM, Dyrlov M, Funch L, Michaelsen L, Vesterskov A, Boje H et al. Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. *Scand J Public Health.* 2012 Jul; 40(5): 439-48.
- Clemow R. Care plans as the main focus of nursing handover: information exchange model. *J Clin Nurs.* 2006; 15(11):1463-5. .
- Patterson PK, Blehm R, Foster J, Fuglee K, Moore J. Nurse information needs for efficient care continuity across patient units. *J Nurs Adm.* 1995 Oct; 25 (10):28-36.

Capítulo 20

Relevo de enfermería en una Unidad de Hospitalización

Palazón Cano, María Pilar
Osorio Ramírez, Fanny
Sánchez Carreño, María Jesús
Noguera Sánchez, Marta
Alcaraz Tafalla, Fuensanta
López Alegría, Ramón

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El relevo de enfermería es el proceso de comunicación verbal y escrito mediante el cual el profesional entrante y saliente de cada turno, intercambian información sobre la situación clínica de los pacientes, los cuidados y los aspectos administrativos relevantes acontecidos en el turno. El intercambio de información sistematizado favorece la organización y priorización de las actividades de enfermería al inicio del turno, permitiendo solventar las posibles dudas que puedan surgir respecto a la continuidad de los cuidados de un paciente.

El contenido de estas unidades de información ha de cumplir unos requisitos que asegure su objetivo como sistema de comunicación y como documento legal.

La información registrada debe ser rigurosa, exacta, completa, ordenada, actualizada, veraz, legible y evitar el uso de abreviaturas, símbolos y términos que no sean de uso reconocido, cuya interpretación puede variar en función del lector pudiendo comprometer tanto la seguridad vital del paciente como la seguridad legal del profesional.

Los profesionales de enfermería tienen la obligación legal y profesional de dejar constancia de la atención prestada y de todo lo que ha ocurrido durante el horario de trabajo. Esta obligación viene dada por la legalidad vigente que lo plantea también como un derecho del usuario y así viene recogido en:

La Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recoge en su artículo 15: "La historia clínica incorpora la información que se considere transcendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de la Atención Primaria como de la Atención Especializada"

El artículo 17.3 de la citada ley recoge que: "Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes."

Hay consenso al considerar que los registros de enfermería son una valiosa fuente de información para la investigación, dan cobertura legal a nuestras actuaciones profesionales y son un instrumento imprescindible para avalar la calidad, y garantizar la continuidad y la posterior evaluación de los cuidados.

OBJETIVOS

- ◆ Proporcionar información relevante, exacta, objetiva y organizada sobre el paciente.
- ◆ Favorecer la continuidad de los cuidados.
- ◆ Establecer criterios de seguimiento de la evolución del paciente
- ◆ Evitar la pérdida de información.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Pacientes ingresados en una unidad de hospitalización.

Profesionales de los turnos entrante y saliente.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Auxiliar de enfermería.

Materiales:

Ordenador.

Impresora.

Historia clínica: Formato papel y / o electrónico.

Hoja de relevo (según unidad).

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Asignar a una persona para que atienda las llamadas telefónicas, timbres, solicitud de acompañantes, etc., evitando de esta manera distracciones e interrupciones durante el intercambio de información.
- ◆ Confirmar que toda la información está documentada en los registros de enfermería del paciente.
- ◆ Realizar el procedimiento en el estar de enfermería, procurando un ambiente privado, evitar utilizar un tono elevado de voz para preservar la

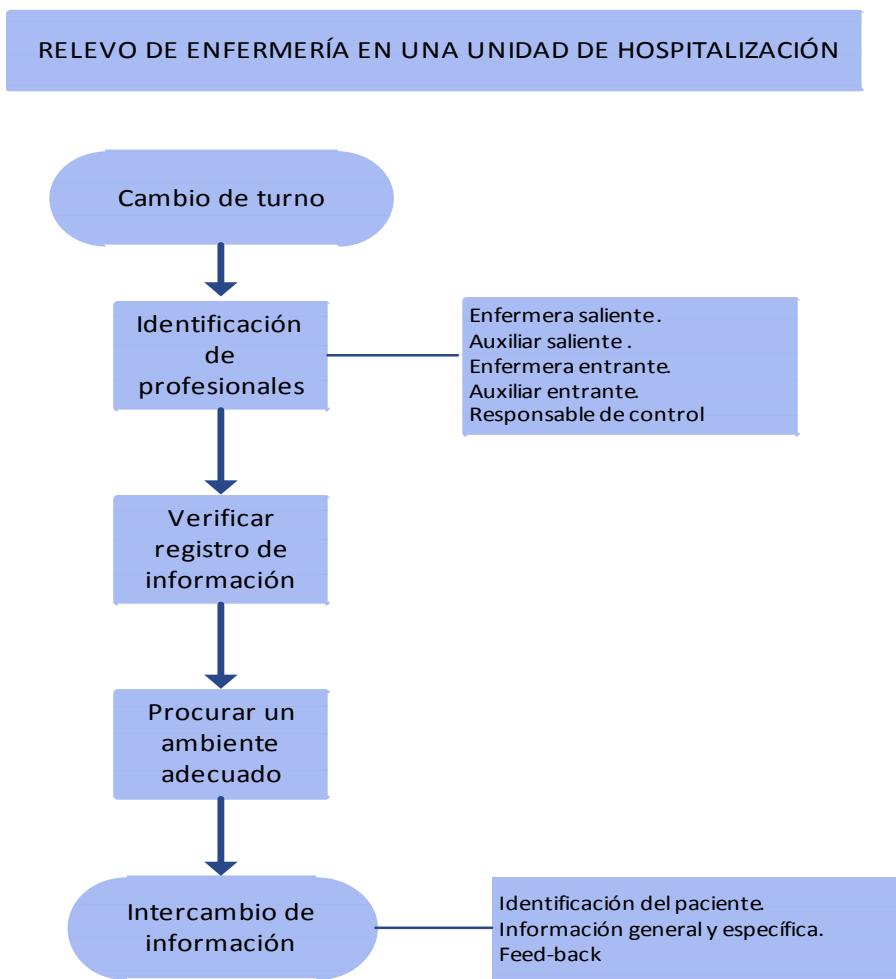
confidencialidad, obviar transmitir información subjetiva o confidencial no relevante.

- ♦ Intercambiar la información de forma conjunta, la enfermera y auxiliar responsables del paciente, del turno saliente, y el equipo de enfermería del turno entrante:
 - Priorizar la información en función de la relevancia para la continuidad de los cuidados y la evolución clínica del paciente.
 - Estructurar la información:
 - Identificar al paciente por su nombre y apellidos, número de habitación y de cama.
 - Edad.
 - Diagnóstico principal (diagnóstico secundario cuando sea relevante).
 - Valoración inicial de enfermería, patrones disfuncionales de salud y los diagnósticos de enfermería.
 - Estado general del paciente.
 - Evolución del paciente durante el turno, signos y síntomas relevantes, cambios en su estado, balance hídrico, etc que precisen control y vigilancia.
 - Presencia de dispositivos invasivos.
 - Tratamiento médico: Sueroterapia, tratamiento intravenoso, Oxigenoterapia (si corresponde), tratamientos orales especiales o suspensión de mediación.
 - Curas (si corresponde).
 - Tolerancia a la alimentación, condición de ayuno o preparación especial para analíticas o para pruebas.
 - Analíticas o pruebas complementarias pendientes o revisión de resultados si precisa.
 - Intervenciones de enfermería llevadas a cabo, así como las

respuestas del paciente y sus allegados a éstas.

- Incidencias de carácter administrativo o de organización: Alta probable post-analíticas o pruebas, indicaciones de traslado a otra unidad o centro asistencial.
 - Planes de cuidados abiertos.
 - Otras novedades relacionadas con el paciente, durante el turno, aportada por él mismo o allegados.
- ♦ Contrastar con el profesional que asume la responsabilidad de los cuidados si tiene alguna duda respecto a la información.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Formato papel hoja de evolución de enfermería.
- ◆ Historia clínica electrónica.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de relevos en los que está presente enfermera y auxiliar responsable del paciente /N° de relevos evaluados x 100.
- ◆ N° de pacientes identificados por su nombre y apellidos, número de habitación y de cama/ N° total de pacientes evaluados x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Se realizó una búsqueda bibliográfica de estudios publicados entre 2005 y 2013, incluyendo como idiomas el español, portugués e inglés.

Se utilizaron las siguientes palabras clave y sus Descriptores [MesH] correspondientes: enfermería, registro de enfermería, relevos de enfermería, unidad de hospitalización, abreviaturas, hospital, nursing, nursing records, nursing assessments.

La estrategia de búsqueda diseñada se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: IME, Cuidenplus, Pubmed, CINAHL, Lilacs, Biblioteca Cochrane Plus, Centro Colaborador Instituto Joanna Briggs, TRIPDATABASE y Revista de la Asociación Española de Calidad Asistencial.

Asimismo, se efectuó una revisión de las listas de referencias bibliográficas de los artículos encontrados.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Arellano Morata C, Hernández Ruipérez MM, Sáez Soto AR. Relevo de enfermería en una unidad de hospitalización [Internet]. Murcia: Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria; 2012 [acceso 31 mayo de 2013]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/113901-relevo_enfermeria__unidad-hospitalacion.pdf
- Aleixandre-Benavente R, Albelda R, Ferrer C, Carsi E, Pastor JA, Cerverra JB. Uso y abuso de abreviaturas y siglas entre atención primaria, especializada y hospitalaria. Papeles Médicos 2006; 15(2): 29-37.
- Garvi RI López RM, Palomares J, Endrino V, Lorite JM. La estandarización en el traspaso de pacientes como herramienta de comunicación para enfermería. En: III Jornada Asociación de Enfermeras Hospitalarias de Andalucía (ASENHOA) Jaén: Universidad; 2011.
- González MR, Campo C, Bazús MJ, Manterola A, Fernández S, González R. Seguridad de pacientes de enfermería: estudios de las abreviaturas, simbolos y obsevaciones. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2011; 34(2): 46-49.
- Olmo-Nuñez SM, Casas-de la Cal L, Mejías-Delgado A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. Enferm Clin. 2007; 17(3):142-145.
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Las soluciones de la seguridad del paciente. Solución 3: Comunicación sobre el traspaso de paciente [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2007 [acceso 3 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Solucinx_3_xComunicacixin_durante_el_traspaso_de_pacientesx.pdf
- Perpiñá J. Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. Enferm Clin. 2005; 15(2): 95-102.
- Tarruella-Farré M. Hojas de observación de enfermería: cumplimentación de los recursos legales. Rev ROL Enf. 2009; 32(10): 694-698.

- Tarruella-Farré M. Uso de abreviaturas, siglas, símbolos y generalizaciones en las hojas de observaciones de enfermería. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2008 [acceso 3 de mayo 2014]; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o011.php>

Capítulo 21

Relevo de enfermería de la Unidad de Reanimación a la Unidad de Hospitalización

Pérez Gómez, Carlos Alfonso
Expósito Castro, María Mercedes
Gracia Arteaga, Aránzazu
Galindo Palazón, Sonia
Campillo Campillo, Antonia
Sánchez García, Ana Belén

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El relevo de enfermería es el proceso de comunicación verbal y escrito mediante el cual el profesional de enfermería responsable del paciente en la unidad de reanimación intercambia información sobre la situación clínica y los cuidados más relevantes acontecidos en la unidad con la enfermera responsable del paciente de la unidad de hospitalización. El intercambio de información favorece la organización y priorización de las actividades de enfermería a la llegada del paciente a la unidad de recepción y permite solventar las posibles dudas que puedan surgir respecto a la continuidad de los cuidados de un paciente.

OBJETIVOS

- ◆ Proporcionar información relevante, exacta, objetiva y organizada sobre el paciente.
- ◆ Asegurar la continuidad de los cuidados.
- ◆ Unificar criterios de seguimiento.
- ◆ Evitar pérdida de información.
- ◆ Prevenir posibles complicaciones en el estado del paciente.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Paciente que va a ser trasladado desde la unidad de reanimación a una unidad de hospitalización.

Profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización que se van a hacer responsables del paciente trasladado desde la Unidad de Reanimación a la unidad.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Auxiliar de enfermería.

Celador.

Materiales:

Ordenador.

Impresora.

Historia clínica: Formato papel y / o electrónico.

Hoja de relevo (según unidad).

Hoja de Recuperación Postanestésica y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Camisón.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Comprobar, antes del traslado, que el médico responsable de la Unidad de Reanimación haya firmado el alta en la hoja de registro.
- ◆ El horario pactado para la realización del relevo y traslado de los pacientes a las distintas unidades es: por la mañana, de 9 a 14:30 horas; por la tarde de 15:30 a 21:30 horas, y por la noche de 23 a 1 horas, salvo situaciones excepcionales en las que el supervisor de guardia coordinará el relevo y traslado de los pacientes.
- ◆ Si se prevén altas consecutivas para una misma unidad siempre que sea posible se alternarán con altas a otra unidad.
- ◆ Si el paciente es de la especialidad de traumatología y tiene prescrita una radiografía de control, se realizará antes de subir a la unidad, teniendo en cuenta que este proceso tiene que realizarse dentro de los horarios pactados para respetar los cambios de turno.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

- ◆ Avisar por teléfono a sus allegados para que acudan a la salida de Reanimación. Si no están en esos momentos en la sala de espera se avisará al teléfono particular de contacto que nos hayan facilitado, aun así, si no

es posible localizarla y la presión asistencial lo permite, se demorará el traslado hasta la localización de los mismos.

ENFERMERA

- ◆ Contactar telefónicamente con la enfermera de la Unidad de Hospitalización para transmitir el relevo, identificándose ambas por su nombre y apellido.
- ◆ Pactar con la enfermera de la Unidad de Hospitalización el momento de la subida a la unidad.
- ◆ Identificar al paciente por su nombre, número de habitación y cama, verificando su identidad con el brazalete identificativo.
- ◆ Priorizar la información a transmitir en función de las necesidades y los problemas del paciente.
- ◆ Informar sobre el estado actual del paciente:
 - Última medición del Test de ALDRETE (Anexo 1)
 - Conciencia: consciente y orientado, somnoliento, no responde.
 - Motilidad: espontánea, al estímulo, ausente.
 - Ventilación: profunda y tos, limitada o disnea, asistida o apnea.
 - Dolor: sin dolor, moderado, intenso.
 - Signos y síntomas: agitación, fiebre, hemorragia, vómitos, etc.
 - Presencia de drenajes, catéteres o sondas, apóstitos.
- ◆ Describir el tratamiento médico relevante a continuar.
- ◆ Identificar las pruebas diagnósticas y de laboratorio que deben completarse en las próximas horas y comunicar aquellas pruebas que quedan pendientes de recibir los resultados.
- ◆ Describir las intervenciones de enfermería más relevantes llevadas a cabo, así como las respuestas del paciente a éstas.

- ◆ Informar sobre cualquier incidencia de carácter administrativo o de organización.
- ◆ Preguntar al profesional que asume la responsabilidad de los cuidados si tiene alguna duda relativa a la información transmitida.
- ◆ Comprobar que toda la información queda documentada en los registros de enfermería del paciente.
- ◆ Preparar toda la Historia Clínica, que debe acompañar al paciente a la Unidad de Hospitalización.

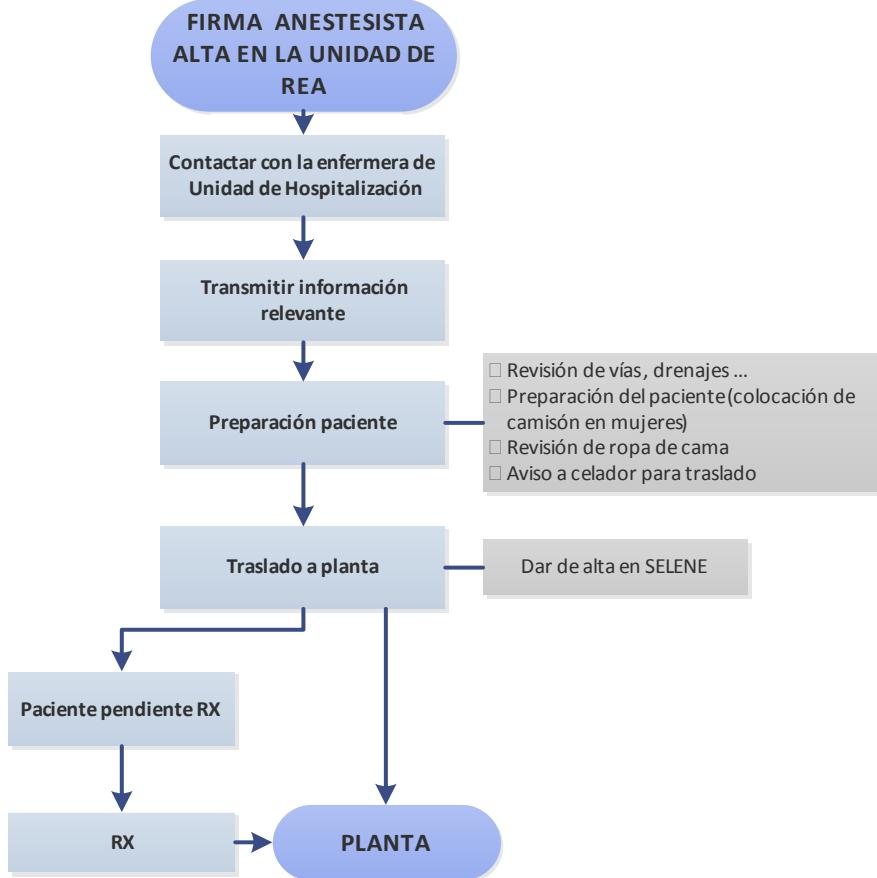
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

- ◆ Avisar al Celador para que realice el traslado.
- ◆ Comprobar que la ropa está limpia, retirar la ropa de la cama innecesaria (mantas térmicas) y cubrir con una manta.
- ◆ Colocar un camisón.

ENFERMERA

- ◆ Comprobar que hay suficiente cantidad de suero para el traslado, colocar un sistema de control de ritmo de goteo en sueroterapia programada, mantenga sólo sistema de bomba de perfusión en sueroterapia que precise volver a instaurarla. Si hay disponibilidad de bombas de perfusión el paciente subirá con esta a la unidad de hospitalización.
- ◆ Confirmar que los sistemas de sueroterapia estén bien conectados y fijados.
- ◆ Comprobar la identificación con pegatina de colores las diferentes vías de acceso según protocolo.
- ◆ Verificar que la bolsa de diuresis y drenajes tienen capacidad suficiente.
- ◆ Revisar los apóstitos de las heridas quirúrgicas vigilando sangrados que pudiesen ocurrir en los últimos minutos de estancia en Reanimación.
- ◆ Evaluar el nivel de dolor a través de la escala E.V.A.
- ◆ Dar el alta en el programa informático SELENE.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMA DE REGISTRO

- ◆ Hoja de Recuperación Postanestésica y CMA.
- ◆ Historia clínica electrónica.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Nº de pacientes trasladados a las unidades de hospitalización dentro de los horarios pactados/ total de pacientes trasladados x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Pubmed, CINAHL, CuidenPlus, Lilacs, Bireme.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: relevo enfermería, intercambio de información, comunicación intraprofesional, nursing handover, nursing handoff, transfer information.

Límites: idioma español o inglés.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4^a ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.
- Alonso Coello P, Jam Gatell R, Gilsanz Rodríguez F, Martínez García L, Orrego C, Rigau Comas D et al. Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencias e Innovación; 2010 [acceso 31 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://usuaris.tinet.org/aduspyma/INFORMACION%20MEDICA++/Practica%20clinica%20para%20la%20seguridad%20del%20paciente%20quirurgico.pdf>
- Ballesta López FJ, Blanes Compañ FV, Castells Molina M, Domingo

- Pozo M, Fernández Molina MA, Gómez Robles F et al. Guía de actuación de enfermería. Manual de procedimientos generales. 2^a ed. [monografía en Internet]. Valencia: Consellería de Sanitat; 2007 [acceso 31 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5277-2007.pdf>
- Farhan M, Brown R, Woloshynowych M, Vincent C. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. *Emerg Med J* [revista en internet] 2012 diciembre. [acceso 31 de mayo de 2013]; 29(12): 941-6. Disponible en: <http://emj.bmjjournals.org/content/29/12/941.full.pdf+html>
 - Martín Pérez S, Vázquez Calatayud M, LizarragaUrsúa Y, Oroviogoi-cochea Ortega C. Comunicación intraprofesional durante el cambio de turno. *Rev ROL Enferm.* 2013; 36(5): 334-340.
 - MurciaSalud. Portal Sanitario de la Región de Murcia [sede Web]. Murcia: Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria; 2012 [acceso 31 mayo de 2013]. Arellano Morata C, Hernández Ruipérez MM, Sáez Soto AR. Relevo de enfermería en una unidad de hospitalización. Disponible en:http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/113901-relevo_enfermeria__unidad-hospitalacion.pdf
 - Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 [acceso 13 de mayo de 2013]. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente; 1(3). Disponible en: http://www.oms.int/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/OPS/COMUNICACION_TRASPA-SO_DE_PACIENTES.pdf
 - Ortiz Carrillo O, Chávez MS. El registro de enfermería como parte del cuidado. *Rev Fac Cienc Salud.* 2006; 8(2).
 - Rodríguez Mondéjar JJ, López Amorós A. Relevo de enfermería en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En: Manzano González M, editor. *Manual de procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia.* Murcia: Universidad; 2000. Tomo II. p. 405-407.

ANEXO I**Test de recuperación post-anestésica –Aldrete-**

Población diana: Población general en proceso de recuperación post-anestésica. Se trata de una escala heteroadministrada que consta de 5 ítems. Cada ítem responde a una escala tipo Likert de 0 a 2, con un rango total que oscila entre 0 y 10. El punto de corte se sitúa en 9, donde igual o mayor a esta puntuación sugiere una adecuada recuperación tras la anestesia.

CATEGORÍA	ÍTEM	PUNTOS
Actividad motora	Posibilidad para mover 1 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2
	Posibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	1
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontáneamente o a órdenes	0
Respiración	Posibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente	2
	Disnea o respiración limitada	1
	Sin respuesta	0
Circulación	Presión arterial = 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor preanestésico	1
	Presión arterial = 50% del valor preanestésico	0
Consciencia	Plenamente despierto	2
	Responde cuando se le llama	1
	Sin respuesta	0
Color	Rosado	2
	Pálido	1
	Cianótico	0

ADmisión	5'	15'	30'	45'	60''	ALTA
----------	----	-----	-----	-----	-----	--------	------

Capítulo 22

Relevo de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos

Rodríguez Mondéjar, Juan José
López Amorós, Ángel José
Francisco Paredes Pérez, Francisco Javier
Martínez Rabadán, Manuel
Caja Romero, Concepción
Iniesta Sánchez, Javier

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El intercambio de información es un elemento fundamental en la continuidad de cuidados, al tiempo que facilita una visión global y completa a los profesionales que interactúan con el paciente. En este sentido el relevo de enfermería se define como un proceso de intercambio de información sobre los cuidados del paciente, entre los profesionales de enfermería responsables de los mismos, de manera oral y/o escrita.

Es recomendable seguir los criterios marcados por la técnica SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) para estructurar la información que va a ser intercambiada entre los profesionales, que se ajustan a las recomendaciones de la OMS y el Observatorio para la Seguridad del Paciente.

Un adecuado intercambio de información, posibilitará mejorar la calidad de la atención prestada y dar continuidad de nuestros cuidados, unificando criterios, fomentando el trabajo en equipo y aumentando la seguridad del paciente; así mismo un adecuado registro/relevo, facilitará la investigación clínica y la docencia en enfermería, ayudando a formular protocolos y procedimientos específicos. Además conforman una base de datos importante para la gestión de recursos sanitarios (materiales y profesionales), adecuándonos a las necesidades generadas en cada momento y permitiendo el análisis del rendimiento y análisis estadísticos.

El registro tiene una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto de su conducta y cuidados del paciente.

La calidad de la información transmitida y registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir estándares básicos que favorecen la eficacia de los cuidados y legitiman la actuación del profesional sanitario.

Todas las normas para mejorar la calidad de la información, tienen como base, principios éticos, profesionales y legislativos, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

OBJETIVOS

- ◆ Posibilitar la continuidad de los cuidados de enfermería.
- ◆ Establecer una comunicación estructurada y sistemática sobre el estado de salud del paciente.
- ◆ Unificar criterios profesionales.
- ◆ Evitar pérdidas de información.
- ◆ Preservar la seguridad del paciente, previniendo posibles complicaciones secundarias a errores y/u omisión en la transmisión de información.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos que intercambian información relativa al paciente en los distintos cambios de turno.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera y Auxiliar de Enfermería del turno saliente.

Enfermera y Auxiliar de Enfermería del turno entrante.

Materiales:

Gráfica de evolución diaria.

Tratamiento médico.

Pruebas complementarias.

ACTIVIDADES A REALIZAR

ENFERMERA

Transmitir información referente a:

- ◆ Motivo de ingreso y/o diagnósticos médicos (principal y secundarios).
- ◆ Estado neurológico: Glasgow, examen pupilar, orientación temporoespacial, etc.
- ◆ Estado respiratorio: oxigenoterapia, ventilación mecánica (tipo y modalidad), SpO₂, FR, patrón respiratorio, niveles gasométricos, cuidados relacionados con vías aéreas (clapping, aspiraciones, cambios posturales, secreciones,...), etc.
- ◆ Estado hemodinámico: TA, FC (sinusal o no, arritmias), PVC, GC, PAP, PCP, Hto., Hgb.
- ◆ Eliminación: características de diuresis, heces, drenajes, débito, sudoración; balance hidroelectrolítico (Na⁺, K⁺, urea, creatinina).
- ◆ Nutrición: dieta, alimentación enteral y/o parenteral, grado de apetencia y posibles intolerancias (aspirado gástrico, distensión abdominal, diarreas,...).
- ◆ Temperatura: alteraciones y medidas terapéuticas utilizadas.
- ◆ Piel, mucosas y sistema locomotor: heridas quirúrgicas, dispositivos invasivos (catéteres, traqueostomía, drenajes,...), UPP, edemas, necesidad y tolerancia de cambios posturales.
- ◆ Descanso: sueño (necesidad de inductores), dolor,...
- ◆ Tratamiento: medicación, sueroterapia,...
- ◆ Pruebas complementarias: realizadas, pendientes de realizar o ser valoradas por el médico (ANL, RX, ECG, TAC , RMN, interconsultas a otros especialistas,...).
- ◆ Diagnósticos de enfermería, resultados (NOC) e intervenciones (NIC), llevadas a cabo y pendientes.
- ◆ Otros: órdenes orales, alergias o intolerancias, etc.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

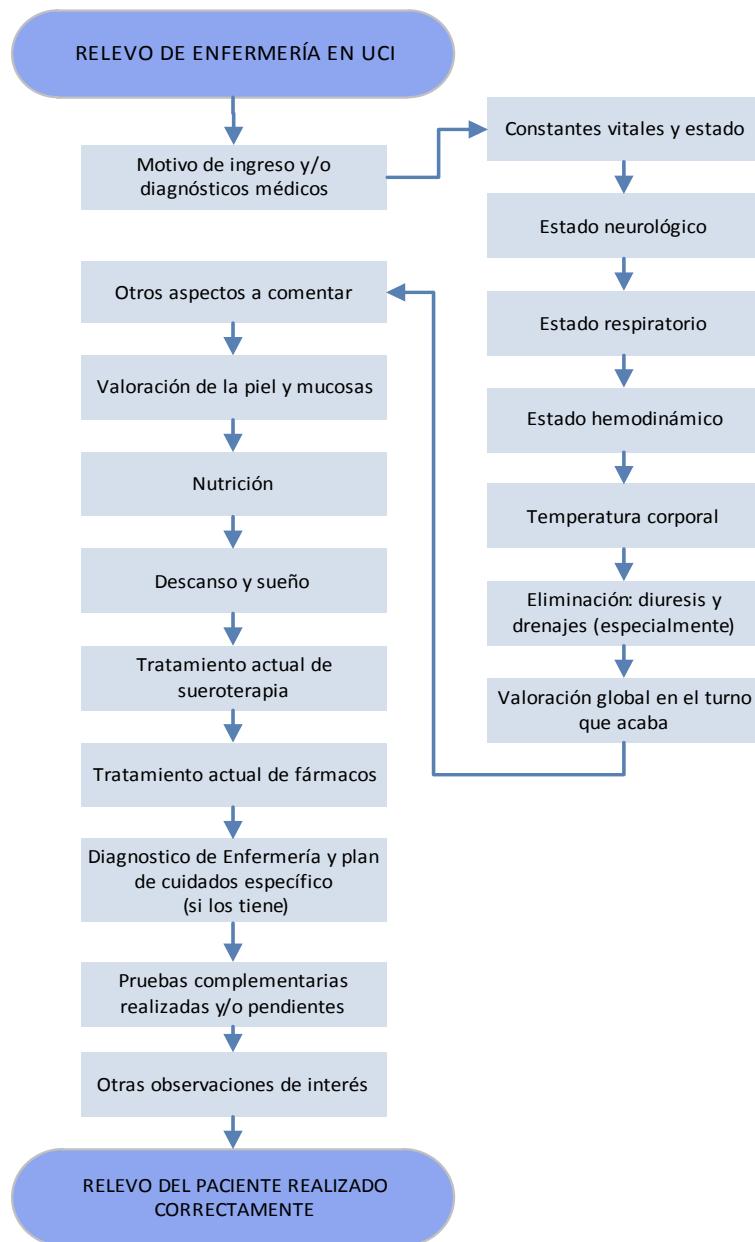
Informar sobre:

- ◆ Diagnóstico médico.
- ◆ Grado de conciencia, orientación temporoespacial, colaboración y agitación.
- ◆ Control temperatura.
- ◆ Control eliminación: diuresis, deposiciones, drenajes, débito.
- ◆ Nutrición: dieta, nutrición enteral y tolerancia a las mismas.
- ◆ Dispensación y preparación de material.
- ◆ Recogida muestras analíticas (anormal y sedimentos, urocultivos, coprocultivos, orina 24 horas, esputo).
- ◆ Pruebas complementarias (ayuno, contraste oral, higiene,...).
- ◆ Medicación oral.
- ◆ Cambios posturales.

En ambos casos se tendrán en cuenta las siguientes premisas:

- ◆ Establecer una comunicación estructurada, con un contenido planeado y definido, para evitar errores y/u omisión de los cuidados del paciente.
- ◆ El relevo ha de ser oral y escrito, utilizando un lenguaje claro y conciso, sin dar lugar a interpretaciones subjetivas, y debe realizarse a pie de cama para permitir verificar la información que se transmite o resolver dudas que se puedan presentar.
- ◆ El relevo debe ser lo más completo posible, centrado en datos recientes, destacando las novedades de tratamiento, evolución y cuidados del paciente, ayudándonos a conocer los acontecimientos y cuidados realizados sobre el mismo.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

Gráfica de evolución diaria.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de relevos dados visualizando al paciente / total de pacientes ingresados x 100.
- ◆ N° de pacientes con relevo escrito en los 3 últimos turnos / total de pacientes ingresados x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Pubmed, CINAHL, CuidenPlus, Lilacs, Bireme.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: relevo enfermería, intercambio de información, comunicación intraprofesional, nursing handover, nursing handoff, transfer information.

Límites: idioma español o inglés.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- García MP, Azcona MA, Labiano MJ, Margall MA, Asiain M C. Registro del plan de cuidados de enfermería en una U.C.I. Enferm Intensiva. 1993; 4: 111-21.
- García Ramírez S, Navio Marco AM, Valentín Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Inv [revista en Internet] 2007. [acceso 15 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/protocolo/pdf_protocolo28.pdf
- Farhan M, Brown R, Woloshynowych M, Vincent C. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. Emerg Med J. 2012; 29(12): 941-6.
- Hernández González M, Garnés González S, Martínez Pallarés JM, Rios Risquez Y, Salmerón Saura E. Registro al alta de enfermería del paciente que se traslada a otra unidad. En: Libro de ponencias: III Jornadas Regionales de Enfermería en UCI-Reanimación Murcia: De Jaudenes; 1999. p. 43-9.
- Ibarra Fernández AJ, García Sánchez MM. Registro de enfermería. En: Tratado de enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales [Internet] 2007. [acceso 15 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo21/capitulo21.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente, [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. Volumen 1, solución 7. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/OPS/COMUNICACION_TRASPA-SO_DE_PACIENTES.pdf
- Ortiz Carrillo O, Chavez MS. El registro de enfermería como parte del cuidado. Rev Fac Ciencias Salud. 2006; 8(2): [8 pantallas]. [acceso 15 de febrero de 2014] Disponible en: <http://www.bvs-vspcol.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=E&base=VSPCOL&nextAction=lnk&exprSearch=REGISTROS&indexSearch=MH>
- Martín Pérez S, Vázquez Calatayud M, Lizarraga Ursúa Y, Oroviogoi-

- coechea Ortega C. Comunicación intraprofesional durante el cambio de turno. Rev ROL Enf 2013; 36(5): 334-340.
- Perpiña Galvan J. Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. Enferm Clínica. 2005; 15(2): 95-102.
 - Ruiz Hontangas A. Calidad en los registros de enfermería [Internet]. Valencia: Escuela de Enfermería de la Universidad Cardenal Herrera-CEU; 2005 [acceso 10 de abril de 2014]. Disponible en: www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php

Capítulo 23

Traslado de un paciente entre unidades de hospitalización

Rabadán Anta, María Teresa
Torres Martínez, Isabel
Perea Zafra, Juan José
Sánchez Sánchez, Rosa Ana
Sánchez Sánchez, Elena Patricia
Palacios Muñoz, Pilar

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

La complejidad de la gestión de recursos en un centro hospitalario es elevada y conlleva en ocasiones la ubicación del paciente en una habitación que no corresponde al área en la que debería ubicarse a priori, por lo que posteriormente ha de ser trasladado de la unidad de ingreso a la unidad de referencia.

Otro de los motivos que puede generar la necesidad de un traslado entre unidades deriva de la pluripatología de algunos de los pacientes o de cambios en su evolución, que varía la asignación de la especialidad y área que se hace cargo del mismo.

Este procedimiento define la actuación de enfermería para coordinar y ubicar al paciente en una unidad distinta a la de procedencia.

OBJETIVOS

- ◆ Ubicar e integrar al paciente en la unidad de destino.
- ◆ Disminuir la ansiedad del paciente y allegados.
- ◆ Proporcionar la máxima seguridad e intimidad durante el traslado.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Paciente y allegados que se deba ubicar en una unidad diferente a la de origen.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Auxiliar de Enfermería

Celador.

Materiales:

Material según procedimiento *Acogida en una unidad de hospitalización.*

Silla de ruedas o cama.

Colgador de sueros portátil, si precisa.

Bombas de infusión, si precisa.

Colgador de bolsa de diuresis, si precisa.

Botella de oxígeno. si precisa.

Medicación, inhaladores o fármacos aportados del domicilio.

Material fungible reutilizable, usado por el paciente (tipo mascarillas de oxígeno, nebulizador, etc.)

Historia clínica.

Libro de movimientos de la unidad.

ACTIVIDADES A REALIZAR

ENFERMERA DE LA UNIDAD DE ORIGEN

- ◆ Confirmar con el servicio de admisión, el número de habitación y cama.
- ◆ Acordar con la enfermera de la unidad de destino el momento del traslado.
- ◆ Dar información telefónica acerca del estado y evolución del paciente a trasladar, la necesidad de material que precisa y las pruebas pendientes.
- ◆ Informar del traslado con tiempo suficiente al paciente y allegados, si los hubiera, explicando si es preciso el motivo del mismo, en un lenguaje comprensible según edad y nivel de conocimientos.

ENFERMERA Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE ORIGEN

- ◆ Realizar higiene de manos.
- ◆ Verificar que el estado del paciente permite su traslado.
- ◆ Indicar al paciente y/o allegados que recojan las pertenencias.
- ◆ Comprobar la presencia de la pulsera identificativa y que los datos son correctos.
- ◆ Confirmar que los registros de enfermería necesarios para garantizar la continuidad de los cuidados están cumplimentados.
- ◆ Acompañar al paciente si la enfermera lo considera necesario.
- ◆ Vigilar la correcta posición del paciente para evitar caídas con el movimiento del traslado, y la dotación de suficiente ropa de cama, protegiendo al paciente de los cambios bruscos de temperatura y cuidando su intimidad.
- ◆ Reducir en lo posible el aparataje y los elementos que han de acompañar al paciente.
- ◆ Cerrar y sellar aquellos sistemas de drenaje prescindibles durante el tiempo de traslado y retirando sus respectivos colectores. Aquellos de los que no se pueda prescindir, han de clamparse y quedar fijados lo más próximo posible al paciente, colocando sus colectores encima de la cama. Ningún elemento o parte del paciente debe sobresalir de los límites de la cama.
- ◆ Asegurar el flujo constante de las drogas vasoactivas, si el paciente requiere tratamiento con las mismas durante su traslado, aún cuando las bombas sean desconectadas de la red eléctrica, además de disponer de volumen suficiente de dilución para el tiempo estimado. Comprobar la buena sujeción de las bombas.
- ◆ Asegurar el uso de la mascarilla facial en pacientes que presenten patologías transmisibles por vía aérea o procesos que cursen con disminución de sus defensas.

CELADOR

- ◆ Trasladar al enfermo en cama o silla de ruedas, en el menor tiempo posible.
- ◆ Vigilar en el primer momento de movilización, que ningún elemento queda atrapado o enganchado, y que las bombas, en su caso, funcionan correctamente.
- ◆ Acomodar al paciente en la habitación, avisando a la enfermera, a quien entregará la documentación del paciente.

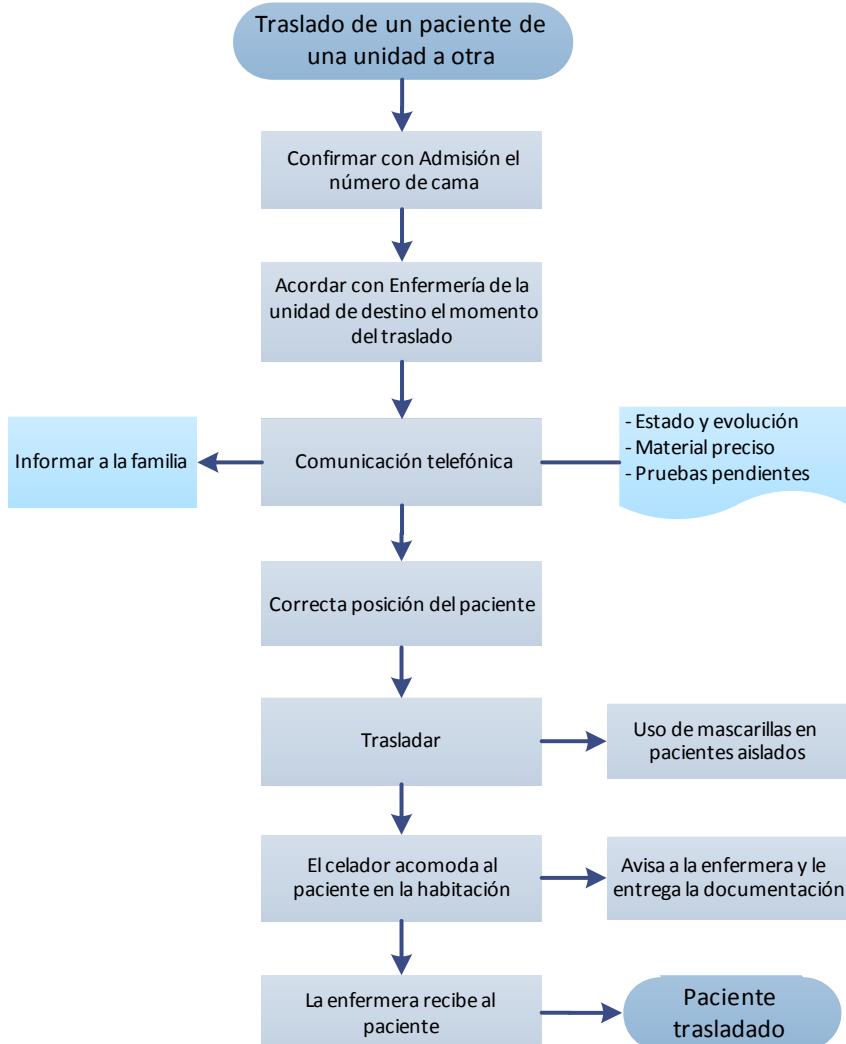
AUXILIAR DE LA UNIDAD DE DESTINO

- ◆ Revisar la habitación donde va a ser ingresado en la unidad de destino antes de la llegada del paciente.

ENFERMERA Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE DESTINO

- ◆ Recibir al paciente al paciente según procedimiento de acogida.
- ◆ Conectar y/o colocar bombas de perfusión, oxigenoterapia, bolsas de diuresis, etc., si el enfermo lo precisara.
- ◆ Anotar el traslado en el libro de movimientos de la unidad.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Historia Clínica.
- ◆ Libros de movimientos de las dos unidades implicadas.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Nº de notificaciones de incidentes durante el traslado de una unidad de hospitalización a otra registradas en SiNASP/año.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Medline, Pubmed, CINAHL, ProQuest y Free Medical Journal.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: Transporte intrahospitalario; traslado intrahospitalario; efectos adverso & transporte intrahospitalario.

Límites establecidos: idiomas español, inglés, francés y portugués.

Tiempo: 1987-2013.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, es decir, según la jerarquía de los estudios por el tipo de diseño (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek H, Butcher H, Mccloskey J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- Hospital Universitario Virgen de las Nieves [sede web]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2012 [acceso 5 de mayo de 2013]. Movilización y traslado de enfermos. Disponible en: <http://www.hvn.es/varios/celadores/guia/movilizacion.php>
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón [sede web]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2009 [acceso 5 de mayo de 2013]. Traslado intrahospitalario del paciente. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urlidata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DTraslado+intrahospitalario+del+paciente.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685143896&ssbinary=true>
- Hospital de Linares [sede web]. Linares (Chile): Hospital de Linares, Subdirección del Cuidado; 2011 [acceso 13 de junio de 2013]. Protocolo de traslado de pacientes. Disponible en: http://www.hospitaldelinares.cl/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=555&Itemid=79
- Complejo hospitalario San José de Maipo [sede web]. Santiago (Chile): Complejo hospitalario San José de Maipo, Unidad de urgencia y hospitalizados [acceso 4 de abril de 2013]. Protocolo traslado de pacientes. Disponible en: http://chsjm.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2013/05/APT-1.2-Protocolo-Traslado-de-Pacientes-CHSJM1.pdf
- Luis Rodrigo MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3^a ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1998.
- Organización Mundial de la Salud [sede web]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2007 [acceso 4 de abril de 2013]. Comunicación durante el traspaso de pacientes: solución 3. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/OPS/COMUNICACION_TRASPASO_DE_PACIENTES.pdf

Capítulo 24

Traslado de un paciente a otro hospital con enfermera

Pérez Vigueras, Purificación
Martín Retuerto, Beatriz
Bonel Torres, Gloria
Muñoz Navarrete, Ana María
Ferrer Pérez, Juan José
Abad Izquierdo, Susana

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El traslado del paciente suele ser un procedimiento multidisciplinario en el que intervienen distintos organismos de asistencia y profesionales sanitarios, para abordar de forma integral las necesidades del paciente en todo el proceso.

Definición: conjunto de actuaciones de enfermería en el traslado del paciente desde cualquier servicio del hospital a otro centro o unidad extrahospitalaria.

OBJETIVOS

Realizar el traslado del paciente por motivos diagnósticos y/o terapéuticos entre un centro emisor y otro receptor, en el menor tiempo posible y en las condiciones óptimas de calidad asistencial y de seguridad, tanto para el paciente como para el equipo.

POBLACIÓN DIANA/EXCEPCIONES

Paciente que precise traslado a otro centro hospitalario por motivos de pertenencia al área de salud, necesidad de especialidad no existente en este centro, realización de pruebas complementarias, diagnósticas o terapéuticas que no se realizan en nuestro centro, y que precisen atención de enfermería durante el traslado.

Excepciones: Pacientes que por su situación hemodinámica precisen traslado en una unidad de transporte medicalizada, en cuyo caso irá acompañado por médico y enfermera.

Pacientes que precisen acompañamiento por auxiliares de enfermería o celador.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Auxiliar de Enfermería

Celador.

Materiales:

Maletín de traslado (debe contener todo el material necesario para cubrir las posibles incidencias a solucionar por la enfermera durante el traslado).

Documentación clínica necesaria.

Camilla.

Ambulancia.

ACTIVIDADES A REALIZAR

ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE:

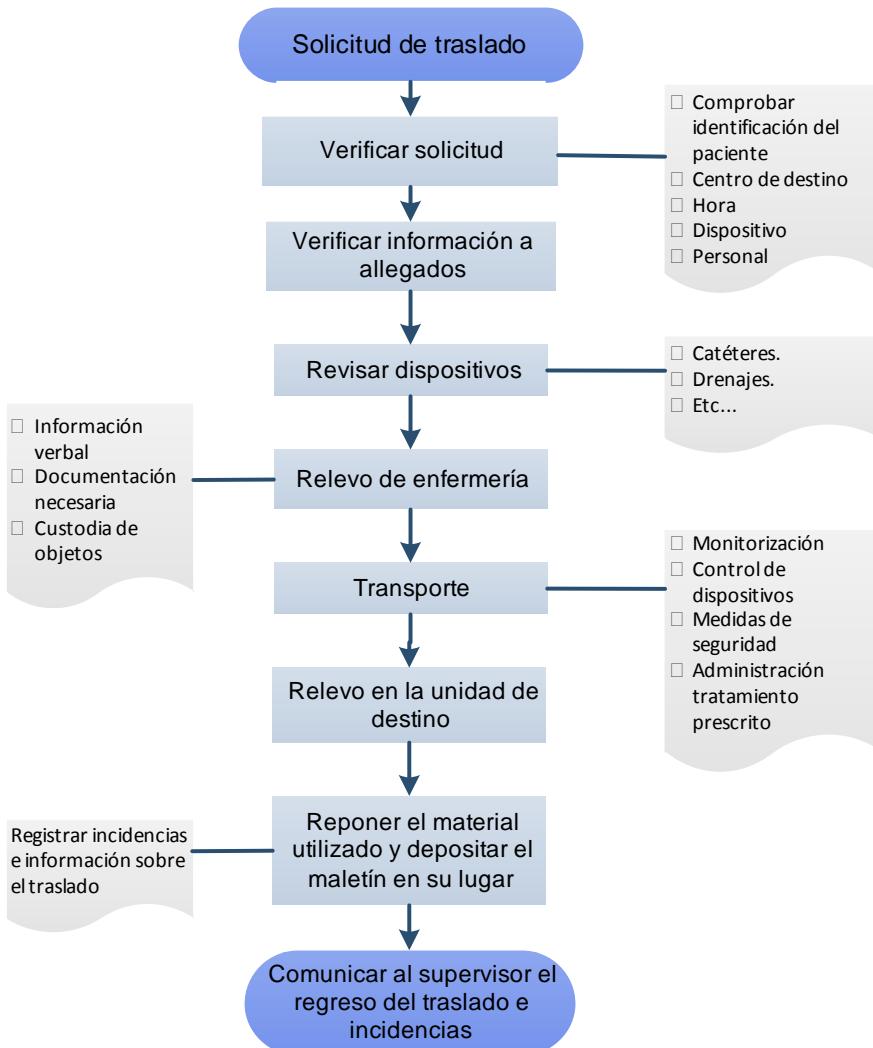
- ◆ Verificar la solicitud de transporte sanitario comprobando que se dispone del medio adecuado, y en el horario establecido.
- ◆ Confirmar el destino del paciente.
- ◆ Comprobar la identificación del paciente, así como la documentación adicional requerida y cumplimentada por el médico que solicita el traslado.
- ◆ Verificar que los allegados y persona de referencia están informados del traslado.
- ◆ Revisar los dispositivos que porta el paciente (catéteres, drenajes, etc.,) tomando las medidas de seguridad necesarias para su mantenimiento y funcionamiento durante el traslado.
- ◆ Proporcionar la información necesaria a los profesionales que van a realizar el traslado.

ENFERMERA QUE REALIZA EL TRASLADO:

- ◆ Comprobar el tratamiento prescrito y la medicación en perfusión para disponer de aquella que pueda ser necesaria durante el traslado.
- ◆ Revisar que el maletín está preparado para su utilización.
- ◆ Coordinar y ayudar a la auxiliar y celador para cambiar al paciente de la cama a la camilla.

- ◆ Custodiar los objetos personales del paciente hasta su entrega al propio paciente, a un allegado o al centro receptor del mismo.
- ◆ Colocar al paciente en la posición más adecuada (preservando seguridad y comodidad) sobre la camilla.
- ◆ Trasladar al paciente junto con el celador desde la unidad de origen hasta la ambulancia.
- ◆ Acompañar al paciente durante el traslado en el mismo habitáculo o compartimento.
- ◆ Verificar la correcta colocación de barandillas y elementos de seguridad.
- ◆ Monitorizar las constantes vitales si precisa, y vigilar el nivel de conciencia.
- ◆ Valorar de forma continua la tolerancia del paciente al transporte.
- ◆ Controlar los drenajes, fluidoterapia, puntos de sangrado y sistemas de inmovilización.
- ◆ Administrar la medicación prescrita y oxigenoterapia, que proceda.
- ◆ Entregar la documentación e información sobre las incidencias durante el traslado al responsable del paciente, del centro receptor.
- ◆ Reponer tras el traslado el material utilizado durante el mismo y cumplimentar la hoja destinada al efecto.
- ◆ Entregar el maletín en el lugar indicado: estar zona de camas de observación.
- ◆ Comunicar al supervisor el fin del traslado, y si ha ocurrido alguna incidencia durante el mismo.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Historia clínica del paciente.
- ◆ Libro de movimiento de pacientes de cada unidad.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Nº de incidencias durante el traslado a otro hospital de pacientes acompañados por enfermera registradas en el libro de guardia/ Nº de pacientes trasladados a otro centro con enfermera x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

The Cochrane Library; Centro Colaborador Instituto Joanna Briggs; Pubmed; CI-NAHL; CuidenPlus; Lilacs; Bireme.

Criterios de búsqueda:

Palabras utilizadas: Traslado & paciente; traslado & interhospitalario; traslado & extrahospitalario; Transporte & extrahospitalario & paciente; patient & transfer; interhospital & patient & transfer; interhospital & transport.

Límites establecidos: Idioma español, inglés, portugués. Edad: adultos.

Evidencia basada en consenso de expertos y varios estudios descriptivos según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Borrego Cobos J. Traslado de enfermos críticos. Protocolo de transporte secundario y primario. [monografía en Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2000 [acceso 10 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/trasladodepacientescriticos.pdf>

- Buisan Garrido C. Recomendaciones sobre transporte sanitario. Madrid: Editcomplet; 2001.
- Crippen B. Traslado de pacientes críticos entre hospitales: Problemas y riesgos. J Emerg Intensive Care Med [revista en Internet] 1997. [acceso 10 de diciembre de 2013]; 4(1). Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/revistas/ijae/vol1n4e/articulos/transpor.htm>
- Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Empresa Pública Hospital De Poniente, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Área De Gestión Sanitaria Norte de Almería. Protocolos de derivación interhospitalaria urgente de pacientes en la provincia de Almería. [monografía en Internet] Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; 2012 [acceso 12 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.epes.es/anexos/publicacion/Protocolo_trasladointer_almeria/PROTOCOLOS_DE_DERIVACION_INTERHOSPITALARIA.pdf
- Fan E, MacDonald RD, Adhikari NK, Scalest DC, Wax RS, Stewart TE et al. Outcomes of interfacility critical care adult patient transport: a systematic review. Crit Care [revista en Internet] 2006. [acceso 12 de diciembre de 2013]; 10(1). Disponible en: <http://ccforum.com/content/10/1/r6>
- Jameison EM, Whyte LA, McCall JM. Procedimientos de enfermería clínica. Barcelona: Elsevier; 2008.
- Kidd P, Fturt P. Urgencias en Enfermería. Madrid: HarcourtBrace; 1998.
- Parra Moreno ML, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Madrid: Elservier; 2003.
- Riojasalud [sede web] [acceso 10 de diciembre de 2013]. Teja Ruiz B, Marco Aguilar P, Palacios Marin G, García Vega A. Documentos de transporte o traslado interhospitalario urgente. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/profesionales/urgencias/procedimientos/documentos-de-transporte-o-traslado-interhospitalario-urgente>
- SmithY, Fleming S, Cernaianu A. Mishaps during trasportfron the intensive care unit. Crit Care Med. 1990; 18(3): 278-281.

Capítulo 25

Traslado de un paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Muñoz Marín, Ana Belén
Esteve Lisón, Susana
Corbalán Ruiz, María José
González Martínez, María Isabel
Gil Martínez, Ricardo Felipe
Martínez Flores, Mónica

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

Actuación de enfermería en el movimiento intrahospitalario del paciente en situación crítica desde cualquier unidad a UCI en un tiempo aproximado de 3 a 6 minutos y con las mayores medidas efectivas en el transporte.

Las situaciones críticas precisan planificación, el uso de un equipo cualificado y la utilización del material adecuado, para garantizar la seguridad del paciente y minimizar los riesgos a los que se somete al paciente en su traslado.

OBJETIVOS

Favorecer la coordinación entre los distintos profesionales y dispositivos para una actuación rápida y eficaz.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Pacientes atendidos en una unidad de hospitalización que por cambios en su estado de salud precisan de cuidados intensivos.

Familiares y allegados de pacientes que precisan ser trasladados a la UCI.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Auxiliar de Enfermería.

Celador.

Materiales:

Camilla de transporte o cama.

Historia clínica del paciente.

Monitor de traslado (desfibrilador, pulsioxímetro, manómetro).

Ambú®.

Respirador si precisa.

Bala de oxígeno.

Dispositivo de oxigenoterapia.

Bomba de perfusión si precisa.

Medicación necesaria.

Soporte para sueros.

Ascensor.

Libro de movimientos de pacientes de la unidad.

ACTIVIDADES A REALIZAR

FASE DE PREPARACIÓN:

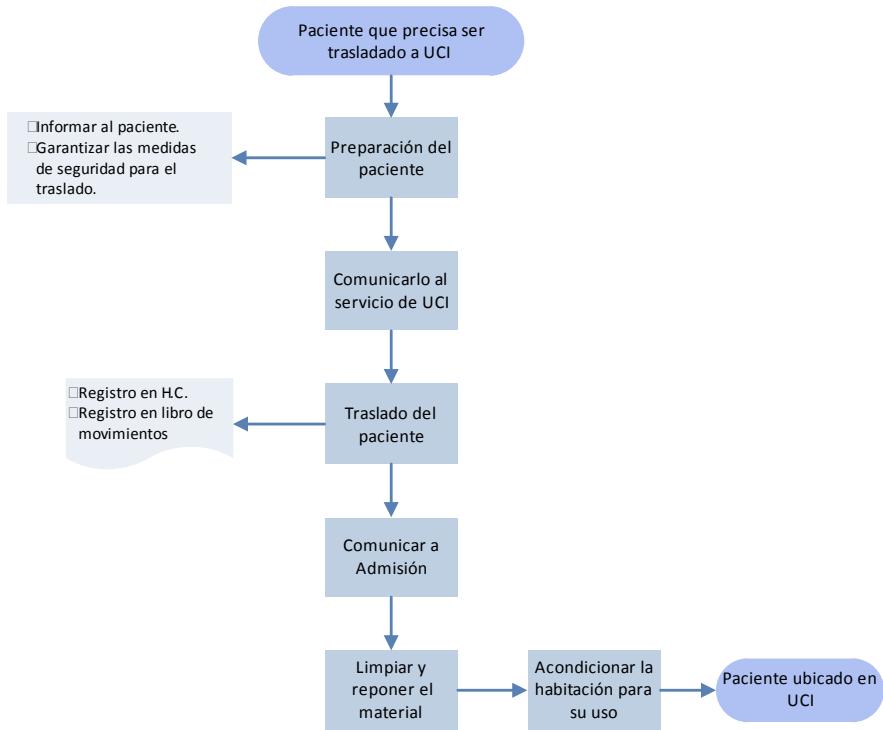
- ♦ Informar del procedimiento al paciente si este está consciente y a la familia para apoyarles, darles confianza y evitar que estén desorientados.
- ♦ Realizar higiene de manos.
- ♦ Verificar que el paciente lleva la pulsera identificativa.
- ♦ Comprobar acceso venoso, correcta permeabilidad y fijación.
- ♦ Revisar la fijación de cateterizaciones y drenajes, para evitar retirada accidental durante el transporte.
- ♦ Mantener al paciente con una temperatura adecuada.
- ♦ Comprobar el estado y autonomía del material necesario (carga de baterías, bala de oxígeno, perfusiones, nivel de llenado de bolsa de orina y drenajes).
- ♦ Preparar medicación necesaria para el traslado según prescripción médica.
- ♦ Avisar al servicio de UCI para comunicar el traslado.

- ◆ Intentar colocar todas las bombas de infusión y sueros en el mismo soporte.
- ◆ Acompañar al enfermo durante el traslado, llevando la historia clínica y las pruebas complementarias que puedan ser de utilidad.

FASE DE TRANSPORTE

- ◆ Asegurar el paso del paciente por el recorrido establecido, protegiendo al usuario y el material utilizado para evitar desconexiones accidentales.
- ◆ Vigilar el estado y constantes vitales del paciente.
- ◆ Colaborar con el personal de UCI en la acomodación del paciente y comunicar el relevo al enfermero responsable de la recepción del paciente.
- ◆ Recoger el material de transporte y regresar a la unidad.
- ◆ Anotar en Historia Clínica en el registro de enfermería (notas o evolución de enfermería).
- ◆ Registrar el traslado en el libro de movimientos de la unidad en la hoja correspondiente al día del traslado, anotando la habitación de origen desde donde se realiza y la cama de UCI que se le ha asignado.
- ◆ Comunicar traslado a la unidad de admisión.
- ◆ Limpiar y reponer del material utilizado.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Libro de movimientos de la unidad.
- ◆ Historia clínica.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de pacientes trasladados a la UCI registrados en el libro de movimientos de cada unidad de hospitalización en un año /Nº total de pacientes trasladados a UCI desde unidades de hospitalización en un año x 100.
- ◆ N° de notificaciones de incidentes durante el traslado de unidad de hospitalización a UCI registradas en SiNASP al año.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

La búsqueda en internet se realizó utilizando los términos: transporte intrahospitalario, transporte intrahospitalario de pacientes críticos, traslado de pacientes, pauta y sistema, en las bases de datos MEDLINE, Pubmed, CINAHL, ProQuest y Free Medical Journals. Tuvimos en cuenta la información publicada disponible en los idiomas inglés, francés, portugués y castellano. Incluimos los artículos publicados sobre la incidencias de los efectos adversos durante el transporte intrahospitalario .Operadores boléanos, truncamiento y las listas de referencia de las publicaciones relevantes se revisaron sin límites establecidos desde 1987 hasta 2013.

Fuentes bibliográficas:

Medline, Pubmed, CINAHL, ProQuest y Free Medical Journal.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: Transporte intrahospitalario; traslado intrahospitalario; efectos adverso & transporte intrahospitalario.

Límites establecidos: idiomas español, inglés, francés y portugués.

Tiempo: 1987-2013.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, es decir, según la jerarquía de los estudios por el tipo de diseño (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Bekar A, Ipekoglu Z, Türeyen K, Bilgin H, Korfali G, Korfali E. Secondary insults during intrahospital transport of neurosurgical intensive care patients. *Neurosurg Rev.* 1998; 21(2-3): 98-101.
- Brokalaki HJ, Brokalakis JD, Digenis GE, Baltopoulos G, Anthopoulos L, Karvountzis G. Intrahospital transportation: monitoring and risks. *Intensive Crit Care Nurs.* 1996; 12(3):183-6.
- Carson KJ, Drew BJ. Electrocardiographic changes in critically ill adults during intrahospital transport. *Prog Cardiovasc Nurs.* 1994; 9(4): 4-12.
- Choi HK, Shin SD, Ro YS, Kim do K, Shin SH, Kwak YH. A before-and after-intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients. *Am J Emerg Med.* 2012; 30(8): 1433-40.
- Doring BL, Kerr ME, Lovasik DA, Thayer T. Factors that contribute to complications during intrahospital transport of the critically ill. *J Neurolsci Nurs.* 1999; 31(2): 80-6.
- Fanara B, Manzon C, Barbot O, Desmettre T, Capellier G. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Crit Care [revista en Internet]* 2010. [acceso 20 de septiembre de 2014]; 14(3): R87. Disponible en: <http://ccforum.com/content/pdf/cc9018.pdf>
- Jarden RJ, Quirke S. Improving safety and documentation in intrahospital transport: development of an intrahospital transport tool for critically ill patients. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010; 26(2):101-7

- Kue R, Brown P, Ness C, Scheulen J. Adverse clinical events during intrahospital transport by a specialized team: a preliminary report. *Am J Crit Care [revista en Internet]* 2011. [acceso 15 de septiembre de 2014; 20(2):153-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3715047/pdf/nihms441160.pdf>
- Lovell MA, Mudaliar MY, Klineberg PL. Intrahospital transport of critically ill patients: complications and difficulties. *Anaesth Intensive Care*. 2001; 29(4): 400-5.
- Noa Hernández JE, Carrera González E, Cuba Romero JM, Cárdenas de Baños L. Transporte intrahospitalario del paciente grave. Necesidad de una guía de actuación. *Enferm Intensiva [revista en Internet]*. 2011; 22(2):74-7. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90020570&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=14&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=142v22n02a90020570pdf001.pdf
- Papson JP, Russell KL, Taylor DM. Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients. *Acad Emerg Med [revista en Internet]* 2007. [acceso 20 de septiembre de 2014] ;14(6): 574-7. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2007.02.034/pdf>
- Parmentier-Decrucq E, Poissy J, Favory R, Nseir S, Onimus T, Guearry MJ et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Ann Intensive Care [revista en Internet]* 2013. [acceso 10 de septiembre de 2014]; 3(1):1-10. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639083/pdf/2110-5820-3-10.pdf>
- Quenot JP, Milési C, Cravoisy A, Capellier G, Mimoz O, Fourcade O, et al. Intrahospital transport of critically ill patients (excluding newborns) recommendations of the Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), the Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), and the Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). *Ann Intensive Care [revista en Internet]* 2012 [acceso 15 de septiembre de 2014];2(1):1-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395853/pdf/2110-5820-2-1.pdf>

- Traslado de paciente en estado crítico. En: Barranco Ruiz F, Blasco Morilla J, Mérdia Morales A, Muñoz Sánchez MA, Carreño Chaumel A, Cozar carrasco J et al. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Granada: Alhulia; 1999.
- Warren J, Fromm RE Jr, Orr RA, Rotello LC, Horst HM, American College of Critical Care Medicine. Guidelines for the inter-and intrahospital transport of critically ill patients. Crit Care Med [revista en Internet] 2004. [acceso 20 de septiembre de 2014]; 32(1): 256-62. Disponible en: <http://www.learnicu.org/docs/guidelines/inter-intrahospitaltransport.pdf>
- Waydhas C. Intrahospital transport of critically ill patients. Crit Care. 1999; 3(5):R83-9.
- Winter MW. Intrahospital transfer of critically ill patients; a prospective audit within Flinders Medical Centre. Anaesth Intensive Care. 2010; 38(3): 545-9.

Capítulo 26

Alta de enfermería de la unidad de hospitalización

Guevara García, María Ángeles
García Urrea, Ana Belén
Hernández Noguera, Francisco Javier
Sánchez Prieto Miguel, Ángel Sánchez
Baños Gómez, María Dolores
Fernández Marín, Inmaculada

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

El momento del alta hospitalaria supone un tránsito entre la atención especializada y el domicilio del paciente, y es fundamental articular los mecanismos necesarios para disminuir la ansiedad del paciente, facilitar la comunicación, favorecer la confianza entre profesionales y adecuar una correcta planificación de los cuidados de enfermería en relación con las necesidades y problemas del paciente.

Es necesario establecer un trabajo coordinado entre ámbitos asistenciales, de forma que la atención a la salud se organice de manera efectiva, como un proceso integral, siendo el Informe de Cuidados un instrumento de trabajo con garantías de continuidad en la atención prestada a cada individuo.

El Informe de Cuidados de Enfermería (R. D. 1093/2010: Contenido mínimo de datos de los informes clínicos) es una pieza clave en la transmisión de información de salud interniveles, así como las Recomendaciones de Cuidados al Alta.

El Informe de Cuidados supone la expresión de la aportación enfermera a la salud del paciente durante su estancia en el Hospital, incorpora los cuidados realizados durante la estancia del paciente y contribuye a atenuar el impacto que puede sufrir un paciente en la transferencia de cuidados entre atención especializada y atención primaria.

Debemos ser sensibles ante determinados grupos en los que se identifican mayores problemas de cuidados tras su alta hospitalaria. Como consideración especial: la identificación de la persona que en el momento del alta hospitalaria, se hace cargo del paciente menor de edad, disminuido físico o psíquico o paciente ingresado en la Unidad de Salud Mental. En caso de menores se tendrá en cuenta la Resolución de 29 de marzo de 2010, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se da publicidad al protocolo por el que se establece el Marco General entre el Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el establecimiento de cauces de comunicación y de coordinación de actuaciones en situaciones de desamparo de menores.

Definición de términos

Alta Hospitalaria: Conjunto de actividades que se realizan para gestionar la salida fuera del medio hospitalario del paciente coordinándolas con otros profesionales si fuera necesario.

Alta Voluntaria: Conjunto de actividades que se realizan cuando el paciente expresa su deseo de abandonar el hospital o se niega a recibir el tratamiento prescrito, en contra de la opinión facultativa.

Alta por Defunción: Conjunto de actividades que se realizan tras el fallecimiento del paciente.

OBJETIVOS

- ◆ Proporcionar la información necesaria para reincorporar al paciente a su medio habitual.
- ◆ Aportar las herramientas necesarias para la continuidad de sus cuidados, así como la documentación clínica pertinente para su salida del centro hospitalario.
- ◆ Favorecer la continuidad de cuidados del paciente y sus allegados fuera del medio hospitalario.
- ◆ Facilitar la disposición de la habitación libre lo antes posible.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización y/o allegados.

Excepciones: Pacientes trasladados a otras unidades, pacientes trasladados a otros centros para continuar con la hospitalización y exitus.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera

Auxiliar de enfermería

Celador.

Materiales:

Ordenador.

Impresora.

Teléfono.

Informe de alta médica.

Informe de Cuidados de enfermería.

Recomendaciones al alta, si procede.

Silla de ruedas, camilla o cama, según precise el paciente.

Historia clínica.

Petición de ambulancia si precisa.

Guantes no estériles.

Bolsa para material desechable.

Bolsa para ropa usada.

Libro de registro de movimientos de pacientes de cada Unidad.

Bolígrafo.

Petición de oxigenoterapia o material ortopédico, si precisa.

ACTIVIDADES A REALIZAR*Enfermera responsable del paciente:*

- ◆ Informar al Servicio de Admisión del alta del paciente y comunicar si precisa ambulancia para su traslado.
- ◆ Coordinar con otros profesionales (T. Social, intérprete, etc.), si fuera necesario la preparación del alta, entre otros la solicitud de oxígeno domiciliario.
- ◆ Verificar la identidad del paciente con la pulsera identificativa y comprobar que se le ha entregado el informe médico de alta hospitalaria.

- ◆ Informar al paciente y a sus allegados del alta con suficiente antelación, para la preparación y abandono de la habitación.
- ◆ Reforzar las instrucciones sobre el tratamiento, medicación y actividades a realizar indicadas en el informe de alta médica, así como la conveniencia de asistir a consulta externa para el control, después de la hospitalización, si precisa y según cita establecida.
- ◆ Entregar el Informe de Cuidados, así como Recomendaciones de Cuidados si proceden al paciente, asegurándose la comprensión de su contenido.
- ◆ Indicar al paciente y allegado los trámites administrativos previos a la salida del hospital si precisa como material ortopédico entre otros.
- ◆ Si existen pertenencias del paciente en custodia del hospital informar el paciente y allegado del procedimiento a seguir para su recuperación.
- ◆ En caso de traslado a domicilio en ambulancia, informar al paciente sobre su traslado a la unidad de prealta hasta la llegada de la misma, a partir de las 14 horas.
- ◆ Valorar la situación del paciente antes de su salida de la unidad.
- ◆ Recomendar al paciente que se retire la pulsera identificativa a su llegada al domicilio.
- ◆ Recoger la documentación clínica y depositarla en el lugar específico de cada unidad para su archivo.
- ◆ Registrar el número de habitación, nombre y destino del paciente en el libro de movimientos de pacientes de cada unidad.

Auxiliar de enfermería responsable del paciente:

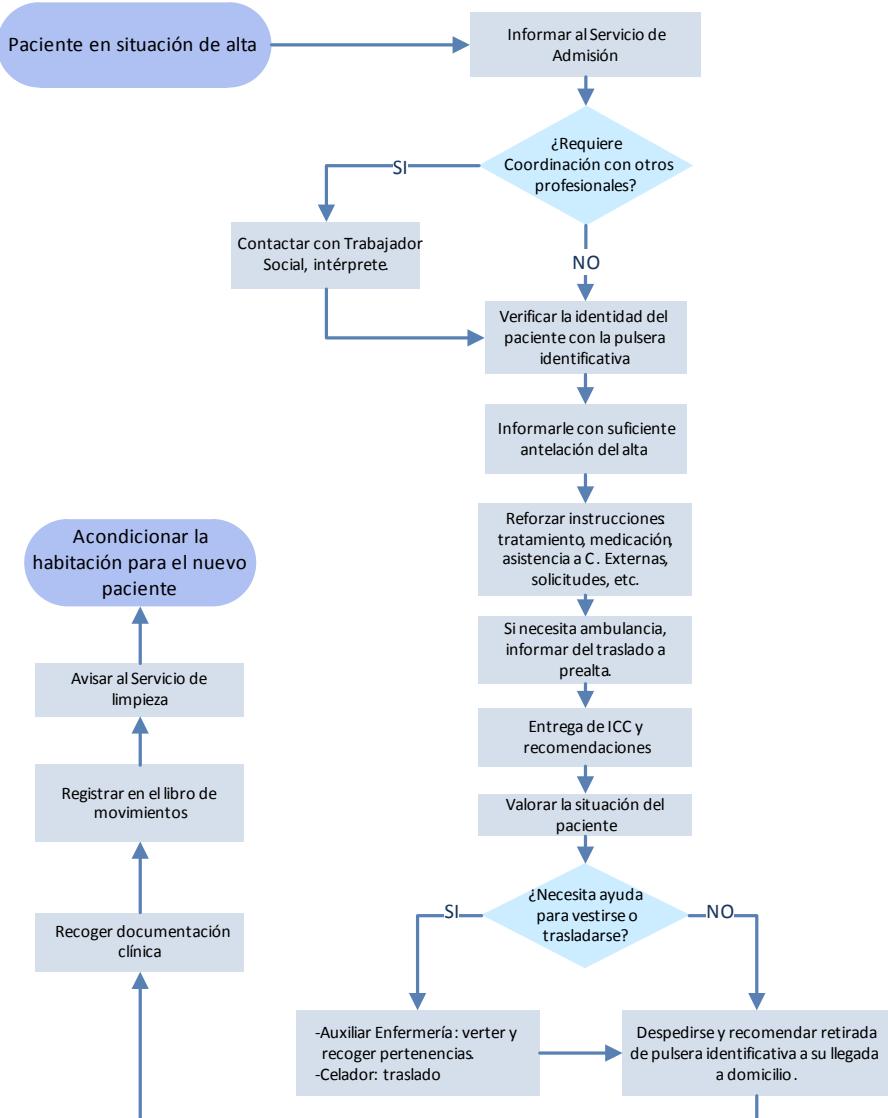
- ◆ Ayudar al paciente a vestirse y recoger sus pertenencias si fuese necesario.
- ◆ Recoger la ropa de la cama y aseo, desecharando el material fungible y procediendo a la limpieza del material de recogida de excretas que no sea desechable.

- ◆ Avisar al servicio de limpieza.
- ◆ Preparar la habitación para un nuevo ingreso.

Celador:

- ◆ Trasladar con la ayuda de silla de ruedas o en camilla, a los pacientes que así lo precisen, al lugar de destino.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Libro de movimientos de pacientes de cada unidad: el número de habitación, nombre y destino del paciente
- ◆ Historia clínica electrónica.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Nº de Informes de cuidados realizados a pacientes dados de alta / nº de pacientes dados de alta x 100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Bases de datos basadas en revisiones sistemáticas:

The Cochrane Library, Centro Colaborador Instituto Joanna Briggs.

Bases de datos de estudio:

CINAHL, CUIDEN plus, Pubmed

Otros:

Google académico (Shcoolar), RNAO, Fisterra, Lecturas de publicaciones científicas de carácter general o especializada en cuidados de enfermería, como en el contexto nacional en Enfermería Clínica o Enfermería Científica.

Criterios de búsqueda:

Palabras utilizadas: alta enfermería, continuidad cuidados, comunicación intra-profesional. Nursing discharge

Límites: idioma español o inglés.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en estudios descriptivos y retrospectivos sin intervención, opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, (nivel de evidencia III Y II-3), con grado de recomendación C, (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse

una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Alcudia Corredor CM, Alonso Araujo I, Álvarez Torralba MJ, Álvarez Velarde S, Aparcero Vaz C, Aponte Tomillo I et al. Manual de procedimientos generales de enfermería del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla [Internet]. Sevilla: Hospital Virgen del Rocío; 2012. [acceso 10 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Alonso López A., Barrios Torres R, Hernández Pérez R, Izquierdo Mora MD, Rubiralta Juanola C, Company Sancho MC et al. Protocolo de continuidad de cuidados de enfermería entre ámbitos asistenciales [Internet]. Tenerife: Servicio Canario de Salud; 2009. [acceso 1 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8a72d9e6-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Protocolo_SCCE.pdf
- Castillo Gómez MT, Torre-Lloveras P. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos: Informe de cuidados de enfermería. Real Decreto 1093/2010. Ágora Enferm. 2011; 15(3): 101-104.
- Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta [Internet]. Sevilla: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. [acceso 19 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.saludinnova.com/site_media/practices/33/Copia_de_iccae.pdf
- Espacio Nurseril [sede Web]. [acceso 10 de octubre de 2014]. Carrillo Y. Alta, transferencia y alta de pacientes; 2010. Disponible en: <http://espacionurseril.blogspot.com.es/2010/08/admision-transferencia-y-alta-de.html>
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón [sede Web]. Alta hospitalaria del paciente. En: Protocolos y procedimientos de enfermería. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón;

2009. [acceso 10 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Alta+hospitalaria+del+paciente.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685143934&ssbinary=true>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15/11/2002) [acceso 10 de octubre de 2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
 - McCloskey J, Bulechek GM, Butcher HK, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4^a ed. Madrid: Elsevier España; 2009.
 - Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 3^a ed. Madrid: Elsevier España; 2009.
 - Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
 - Orden 6 de septiembre por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. Boletín Oficial del Estado, nº 221, (14-9-1984). [acceso 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1984/09/14/pdfs/A26685-26686.pdf>
 - Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 225, (16-9-2010). [acceso 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
 - Sáez Soto AR, Hernández Ruiz Pérez MM. Procedimiento de enfermería en el alta hospitalaria. En: Manzano González M, editor. Procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia. Murcia: Universidad; 2000.

Capítulo 27

Alta de un paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos

Rodríguez Mondéjar, Juan José
Martínez Oliva, José María
Iniesta Sánchez, Javier
Pedreño Vera, Adoración
Paredes Pérez, Francisco Javier
Riquelme Perea, Teodora

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

La salida de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) suele generar ansiedad en los pacientes y sus allegados por el cambio de entorno y la prestación de cuidados que van a recibir en la unidad de destino, por lo que es necesario proporcionar información a los mismos sobre el proceso, para facilitar su adaptación. Por otro lado, los recursos materiales con los que se cuenta en la UCI varía con respecto a los disponibles en una unidad de hospitalización, siendo preciso realizar los cambios de dispositivos para el traslado del paciente, garantizando así la calidad de los cuidados prestados.

Cabe destacar la importancia que tiene el intercambio de información entre los profesionales de UCI y los de la unidad de destino con el objeto de facilitar la continuidad de cuidados. Todo ello hace que el alta de UCI deba ser previamente planificada, y exige la coordinación de distintos profesionales.

OBJETIVOS

- ◆ Disminuir la ansiedad del paciente causada por el cambio de unidad.
- ◆ Proporcionar la máxima intimidad y seguridad durante el traslado.
- ◆ Coordinar la actuación de los miembros del equipo que participan en el alta.
- ◆ Facilitar la información relevante del paciente, al personal de enfermería de la unidad de destino.
- ◆ Favorecer la continuidad de los cuidados al alta.

POBLACIÓN DIANA/ EXCEPCIONES

Paciente ingresado en UCI que ha recibido el alta de la unidad y va a ser trasladado a una unidad de hospitalización del centro.

Familiares y allegados del paciente autorizados para recibir información y acompañarlo.

Profesionales de enfermería de las unidades de destino.

Excepciones:

El alta voluntaria es una modalidad que se produce a petición del paciente y/o familiar del mismo. Si esto sucede se avisará al médico responsable que cumplimentará el impreso a tal fin, completando el documento la firma de conformidad del paciente o representante legal en su caso.

Traslado del paciente a otro hospital por techo terapéutico o por otro motivo, lo que supone un alta de esta unidad.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Auxiliar de enfermería.

Celador.

Materiales:

Historia clínica.

Libro de registro (ingresos-altas) de UCI.

Silla de ruedas o cama de la habitación asignada.

Vestimenta (pijama o camisón).

Dispositivos para sueroterapia, si precisa: sistemas reguladores de flujo, bombas de perfusión, colgador de sueros (pie de gotero).

Dispositivos de oxigenoterapia, si precisa: bala de oxígeno, gafas nasales, mascarilla para oxigenoterapia (tipo Venturi), resucitador manual (tipo Ambu®)

ACTIVIDADES A REALIZAR

- ◆ Verificar que el informe de alta médica de UCI, está disponible para entregarlo en la unidad de destino.

- ◆ Comprobar el estado hemodinámico del paciente: presión arterial (P.A.), frecuencia cardiaca (F.C.), frecuencia respiratoria, temperatura (T), saturación en pulsioximetría (Sat O₂) y diuresis, ante cualquier alteración consulte con el facultativo de guardia de UCI.
- ◆ Confirmar con la enfermera responsable del paciente en la unidad de destino, la disponibilidad de la habitación y pactar el horario de traslado.
- ◆ Preparar la historia clínica introduciendo toda la documentación de la misma en un sobre con la identificación del paciente, excepto: informe de alta médica, órdenes de tratamiento, datos de afiliación, última analítica y ECG, última gráfica de UCI que se entregarán en mano a la enfermera responsable del paciente de la unidad.
- ◆ Informar al paciente de la situación de alta, la habitación de destino y posterior traslado.
- ◆ Comunicar a sus allegados (personal o telefónicamente) el traslado a otra unidad, especificando planta, número de habitación y cama, requiriendo su presencia en el momento del traslado. Si no se encuentran en el centro en el momento del traslado a la unidad de hospitalización, se informará a facultativo de guardia UCI y sólo cursaremos el alta por orden médica, informando también de dicha circunstancia a la enfermera de la unidad de destino.
- ◆ Coordinar con el celador el momento del traslado.
- ◆ Preparar al paciente:
 - Retirar sistemas de monitorización.
 - Colocar pijama-camisón (en caso de no llevarlo ya).
 - Comprobar y asegurar el adecuado estado y disposición para el traslado de los dispositivos invasivos (catéteres venosos, sonda vesical, sonda gástrica, drenajes,...).
 - Cambiar bolsas colectoras que lo precisen.
 - Regular el ritmo de sueroterapia (si precisara bomba de perfusión, avise a la planta de destino, para que preparen una en la habitación).
 - Colocar la botella portátil de oxígeno si precisa y regular el flujo y la

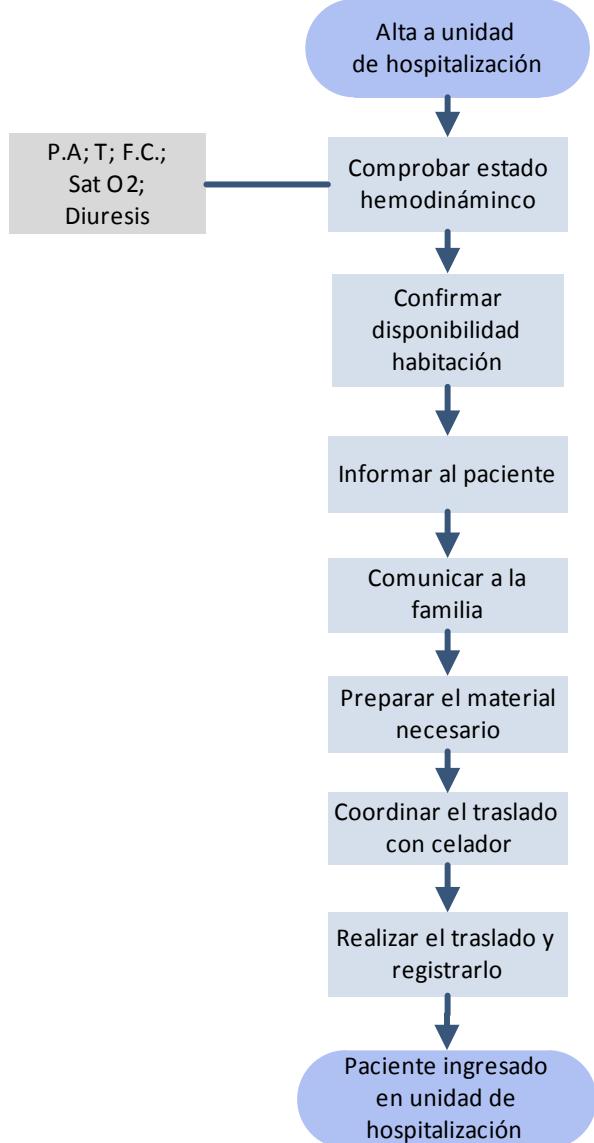
concentración de oxigenoterapia.

- Disponer el respirador manual (tipo Ambú®) sobre la cama.
 - Cubrir con la ropa de cama necesaria para mantener confortable al paciente durante el traslado.
 - Recoger las pertenencias del paciente (gafas, prótesis dental, ropa,...).
- ♦ Informar sobre el estado actual del paciente:
- Comunicar el relevo de enfermería al profesional responsable del paciente, haciendo referencia al contenido del informe de alta de UCI.
 - Indicar:
 - Nivel de conciencia: consciente y orientado, somnoliento, no responde.
 - Ventilación: profunda y tos, limitada o disnea, asistida o apnea.
 - Dolor: sin dolor, moderado, intenso. Se utilizará la valoración de la escala EVA.
 - Signos y síntomas de interés: agitación, fiebre, hemorragia, vómitos, etc.
 - Presencia de drenajes, catéteres o sondas, apósticos.
 - Describir el tratamiento médico a continuar y horas de últimas dosis administradas.
 - Identificar las pruebas diagnósticas y de laboratorio que deben completarse en las próximas horas y comunicar aquellas pruebas que quedan pendientes de recibir los resultados.
 - Describir las intervenciones de enfermería más relevantes llevadas a cabo, así como las respuestas del paciente a éstas.
 - Informar sobre cualquier incidencia de carácter administrativo o de organización.

♦ Actividades postraslado en UCI (Auxiliar de Enfermería):

- Limpiar y preparar el box para poder acoger a otro paciente (Procedimiento de limpieza y montaje de box de UCI).
- Anotar en el libro de registro el traslado (habitación, cama y hora del traslado).
- Informar a admisión de la realización de dicho traslado.
- Comunicar a cocina, la anulación de la dieta del paciente (la unidad de destino solicitará la dieta a cargo de la nueva situación del paciente, ya que hay que solicitarlo por programa informático específico).

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Libro de registro de ingresos y altas de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- ◆ Gráfica de Enfermería.
- ◆ Historia clínica electrónica

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- ◆ N° de incidencias relacionadas con el procedimiento de alta declaradas en SiNAPS.
- ◆ N° de altas a otra unidad anotadas en el libro de registro de pacientes / total de altas*100.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Biblioteca Cochrane; Pubmed; CINAHL; CuidenPlus; Lilacs.

Criterios de búsqueda:

Palabras clave: alta de enfermería; nursing discharge; critical care; cuidados intensivos; uci; traslado intrahospitalario.

Límites establecidos: idioma español e inglés.

Evidencia basada en consenso de expertos y varios estudios descriptivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Chaboyer W, Gillespie B, Foster M, Kendall M. The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurse's perceptions. *J Clin Nurs* [revista en Internet] 2005. [acceso 14 de mayo de 2014]; 14(6): 766–775. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2005.01141.x/pdf>

- Endacott R, Elliott S, Chaboyer W. An integrative review and meta-synthesis of the scope and impact of intensive care liaison and outreach services. *J Clin Nurs [revista en Internet]* 2009 [acceso 14 de mayo de 2014]; 18(23): 3225–3236. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02914.x/pdf>
- Hernández M, Bermejo R, Gamés S, Martínez JM, Ortells MJ, Salmerón E. Análisis del cumplimiento y utilidad del informe de alta de los pacientes ingresados en cuidados intensivos. En: Libro de Ponencias: XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Las Palmas de Gran Canaria; 2001. p. 99.
- Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care?: a grounded theory of nursing. *Intensive Crit Care Nurs [revista en Internet]* 2012. [acceso 30 de mayo de 2014]; 28(4): 224-33. Disponible en: <http://search.proquest.com/health/docview/1036977309/fulltextPDF/EBD7F1EF1D6744F1PQ/4?accountid=50037>
- Lin F, Chaboyer W, Wallis M, Miller A. Factors contributing to the process of intensive care patient discharge: an ethnographic study informed by activity theory. *Int J Nurs Stud [revista en Internet]* 2013. [acceso 30 de mayo de 2014]; 50(8): 1054-66. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=90bcceac-3834-4c99-aa46-01dbb6b26f83%40sessionmgr198&hid=112>
- Navarro Armedo JM, Haro Marín S de, Orgiler Uranga PE. Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizar la continuidad de la asistencia. *Enferm Clínica [revista en Internet]* 2004. [acceso 30 de mayo de 2014]; 14(2) 61-9. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/35/35v14n02a13061308pdf001.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente [Internet] 2007. [acceso 30 de mayo de 2014]; 1(solución 3): 1-4. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Comunicaci%C3%B3n%20el%20traspaso.pdf>
- - Parra Moreno ML, Arias Rivera S. Procedimientos y técnicas en el

- paciente crítico. Madrid: Elsevier España; 2003;
- Terol Fernández J. Continuidad de cuidados en el paciente crítico. Tempus Vitales. 2001; 1(Sept-Dic): 68-73.
 - Vázquez Calatayud M, Portillo MC. El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica. Enferm Intensiva [revista en Internet] 2013. [acceso 30 de mayo de 2014]; 24(2): 72-88. Disponible en: <http://www.elsevierinsituciones.com/ficheros/pdf/142/142v24n02a90203515pdf001.pdf>

Capítulo 28

Actuación tras la muerte de un paciente

Mondéjar Medina, Julia María
García Cascales, Cristina María
Lizarte Maza, Yolanda
García Peñalver, Carmen Victoria
Contreras Ruiz, María
Montane Aparicio, María Purificación

JUSTIFICACIÓN/ DEFINICIÓN

Intervenciones de enfermería dirigidas a proporcionar los cuidados necesarios que garanticen un aspecto digno y limpio al paciente fallecido, antes de la retirada por el celador del mortuorio, y el apoyo a los allegados teniendo en cuenta sus creencias y/o valores culturales.

Este procedimiento establece una guía que orienta la actuación enfermera y la importancia del equipo asistencial en el manejo respetuoso y humanizado de esta situación.

OBJETIVOS

- ◆ Garantizar que el cadáver del fallecido esté en condiciones óptimas antes de su traslado.
- ◆ Preservar la intimidad del difunto y deseos de los allegados.
- ◆ Brindar apoyo emocional a sus allegados.

POBLACIÓN DIANA/ EXEPCIONES

Paciente fallecido y allegados.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

Enfermera.

Auxiliar enfermería.

Celador del mortuorio.

Materiales:

Bimbo o cortinilla.

Material de curas: apósitos, esparadrapo, bisturí, gasas, vendas...

Aspirador, sondas de aspiración.

Guantes no estériles.

Material para higiene: esponja, palangana, toalla.

Bolsa para ropa usada.

Bolsa para material desecharable.

Sábanas y sudarios.

Certificado de defunción (lo aporta el celador de mortuorio).

Historia clínica.

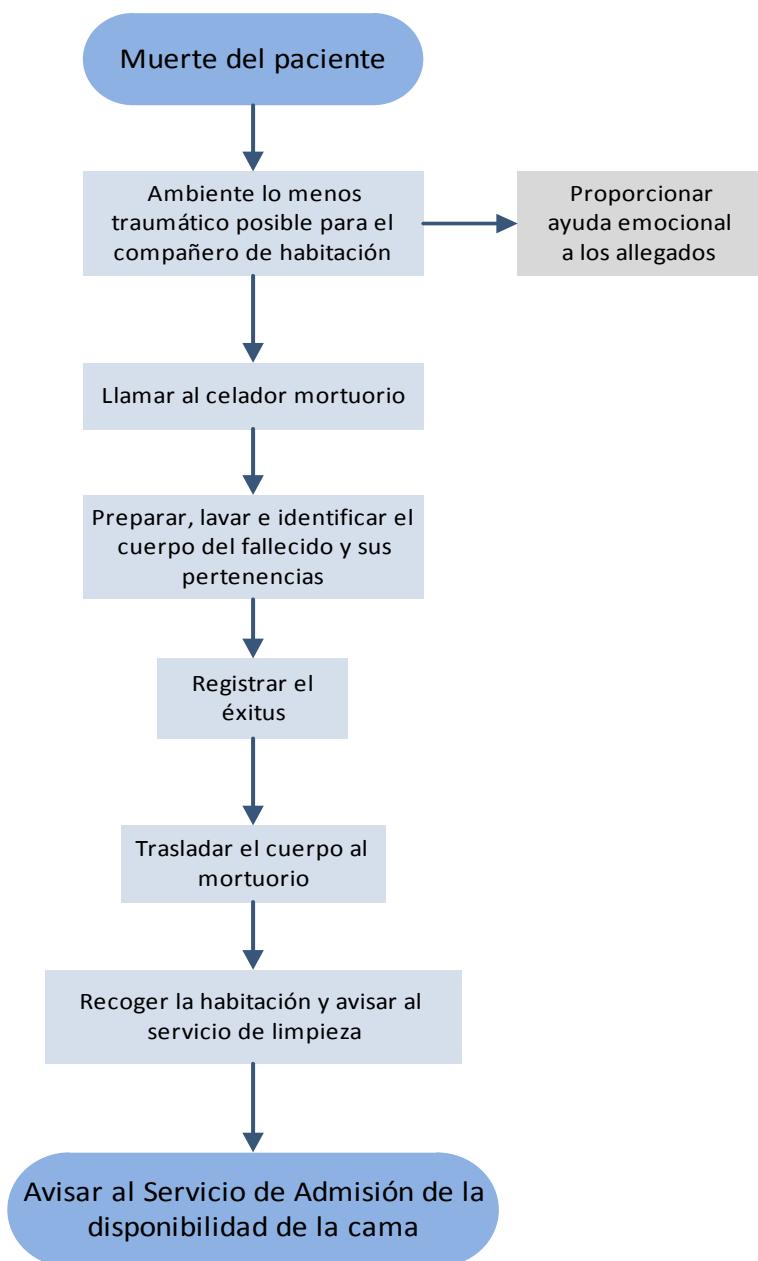
ACTIVIDADES A REALIZAR

Tras la confirmación de la muerte por el médico:

- ◆ Crear una atmósfera de respeto, soporte y confort.
- ◆ Facilitar un ambiente lo menos traumático posible para el compañero de habitación del fallecido, haciéndole salir de ella si su estado y el momento lo permiten, o echando las cortinas o colocando biombos y actuando con la mayor discreción.
- ◆ Retirar catéteres y drenajes y colocar apósitos secos en cualquier herida o drenaje.
- ◆ Permitir la participación de su allegado en la preparación del cuerpo del fallecido, después de haber retirado catéteres y drenajes, si lo solicita.
- ◆ Asear al fallecido si es necesario.
- ◆ Colocar el cadáver en posición decúbito supino con la cabeza y hombros elevados para evitar deformación de la cara y rubor post mortem
- ◆ Cerrar los ojos del fallecido, ejerciendo una ligera presión con las yemas de los dedos. Si no permanecen cerrados colocar un algodón impregnado en alcohol y mantener unos minutos, o aplicar un spray fijador.
- ◆ Mantener una alineación corporal correcta del cuerpo del difunto.

- ◆ Comprobar que el paciente tiene colocada la pulsera identificativa, poner si no la tuviera.
- ◆ Cubrir el cadáver con una sábana.
- ◆ Identificar y entregar las pertenencias personales a sus allegados o recordar que han de recogerlas del armario.
- ◆ Avisar al celador del mortuorio.
- ◆ Facilitar a la familia la información básica de los trámites burocráticos dentro del hospital.
- ◆ Permitir a sus allegados, si lo desean, permanecer junto al difunto.
- ◆ Proporcionar apoyo en el duelo a sus allegados para que pueda expresar su estado de ánimo. Ofrecer infusiones si lo desean.
- ◆ Anotar en el registro de enfermería el éxitus.
- ◆ Notificar a admisión la disponibilidad de la cama.
- ◆ Recoger la habitación y avisar al servicio de la limpieza tras el traslado del paciente.
- ◆ Recoger la documentación clínica y depositarla en el lugar específico de cada unidad para su archivo.

DIAGRAMA DE FLUJO



SISTEMAS DE REGISTRO

- ◆ Libro de ingresos y altas: nº de habitación con nombre, apellido
- ◆ Historia Clínica.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Número de reclamaciones por pérdida de objetos personales tras el éxitus de un paciente en una unidad.

MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Fuentes bibliográficas consultadas:

Pubmed; CINAHL; CuidenPlus; Lilacs; Bireme.

Criterios de búsqueda:

Palabras utilizadas: muerte, protocolos, muerte, cuidados post-mortem, muerte hospitalaria, duelo.

Límites: idioma español o inglés.

El grado de evidencia científica para estas recomendaciones se basa en opiniones de expertos y opiniones basadas en experiencias clínicas, con grado de recomendación C, (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede aconsejarse una recomendación general), según la clasificación U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

BIBLIOGRAFÍA

- Alcudia Corredor CM, Alonso Araujo I, Alvárez Torralba MJ, Alvárez Vellare S, Aparcero Vaz C, Aponte Tomillo I et al. Manual de procedimientos generales de enfermería [Internet]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2012 [acceso 15 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/>

- descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Álvarez F, Molero MJ. Protocolo de actuación ante el proceso de muerte. Comisión de Humanización de los Cuidados. Enferm Docente [revista en Internet] 2010. [acceso 20 de octubre de 2014]; 92: 27-30. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/92pdf/92-027.pdf>
 - Ariés P. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus; 1999.
 - Ariés P. Historia de la muerte en occidente. Barcelona: El Acantilado; 2000.
 - Astudillo W, Mendieta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 2^a ed. Pamplona: Eunsa; 1995.
 - Astudillo W, Mendieta C, Granja P. Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. Psicooncología [revista en Internet] 2008. [acceso 10 de octubre de 2014]; 5(2-3): 359-381. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220359A/15422>
 - Bowlby J. La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Barcelona: Pia-dos; 1983.
 - Carmona ZE, Bracho de López CE. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Rev Salud Pública [revista en Internet] 2008. [acceso 20 de octubre de 2014]; 2(12): 14-23. Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf
 - Capra F. La trama de la vida. Barcelona: Anagrama; 1998.
 - Celada FJ. Cuidados postmortem. Ciber Revista [revista en Internet]. 2012. [acceso 20 de octubre de 2014]; 4(13): 12-16. Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2012/marzo/cuidadospostmortem.pdf>
 - Cortez J. Aspectos bioéticos del final de la vida: El derecho a morir con dignidad. Rev Cuadernos [revista en Internet]. 2006. [acceso 20 de octubre de 2014]; 51(2): 97-102. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/chc/v51n2/v51n2a13.pdf>
 -

- Díaz Agea JL. Morir en un hospital. Reflexiones y comentarios a la obra de Philippe Ariés. *Cul Cuid* [revista en Internet] 2006. [acceso 10 de octubre de 2014]; 19: 10-15. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/233/465>
- Hernández M, González L, Cata de Palacio E, López A, Martino R, Madero L, et al. Hablar de la muerte al final de la vida: el niño con cáncer en fase terminal. *An Pediatr.* 2009; 71(5): 419-416.
- Hernández Ruipérez MM, Sáez Soto AR. Procedimiento de enfermería tras la muerte de un paciente. En: Manzano González M, editor. *Procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia*. Murcia: Universidad, 2000.
- Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. *Protocolo Cuidados Postmortem* [Internet]. Madrid: Hospital Universitario Gregorio Marañón; 2011 [acceso 15 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=filename&blobheadervalue1=filename=Cuidados+postmorten.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862881132&ssbinary=true>
- Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería* [Internet]. Cordoba: Hospital Universitario Reina Sofía, Dirección de Enfermería; 2012 [acceso 15 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/adpodesta5/manual-protocolos-enfermeria>
- Kubler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Madrid: Grijalbo; 1984.
- Kubler- Ross E. *La muerte un amanecer*. 30^a ed. Barcelona: Luciérnaga; 2002.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002). [acceso 15 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

- Ley 2/2010, 8 de Abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 127 (25-5-2010). [acceso 15 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/25/pdfs/BOE-A-2010-8326.pdf>
- León Correa FJ. Bioética de la atención de enfermería al enfermo terminal. Nova [revista en Internet] 2003; [acceso 28 de octubre de 2014]; 1(1): 24-31. Disponible en: http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/ensayo3_1.pdf
- McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier. 4^a ed. 2008.
- Murrain E. La enfermería y la muerte. P & B. 2005; 9(1): 101-104.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2007. [acceso 20 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
- Pinazo S, Bueno JR. Reflexiones acerca del final de la vida. Un estudio sobre las presentaciones sociales de la muerte en mayores de 65 años. Rev Mult Gerontol. 2004; 14 (1): 22-26.
- Ribot C, Fernández M, García de León D. Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. Aten Primaria [revista en Internet] 2000. [acceso 18 de octubre de 2014]; 25 (5): 119-128. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PdfExcerptURL&_imagekey=1-s2.0-S0212656700785179-main.pdf&_piikey=S0212656700785179&_cdi=277730&_orig=article&_zone=centerpane&_fmt=abst&_eid=1-s2.0-S0212656700785179&_user=5703686&md5=6c3fb0b50dee6d60aed2790bfc61b2f7&ie=/excerpt.pdf
- Trueba J. La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio. An Sist Sanit Navar [revista en Internet] 2007. [acceso 18 de octubre de 2014]; 30(Supl 3): 1-18. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original4.pdf>
- Sgreccia E. Aspectos éticos de la asistencia al paciente moribundo.

- Rev Humanitas. 1999; 4(15): 435-450.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guia de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [acceso 20 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.secpal.com///Documentos/Paginas/guiacp.pdf>

PROCEDIMIENTOS DE ACOGIDA, VALORACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES

PAVTP2015

