



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS EN UNA PLANTA DE REHABILITACIÓN

***Fuchs Fábregas, E., **Marín Romero, I., Ponsich Pubill, F., Martínez Gómez, P., ***Escolano, M.**

*Supervisora. **Enfermera. ***Supervisora de docencia. 4ª Planta de Traumatología y Rehabilitación del Hospital Vall d' Hebrón. Barcelona.

Palabras Clave: estandarización, etiquetas diagnósticas, enfermería.

RESUMEN

La estandarización de cuidados da lugar a una sistematización de las etapas del proceso de cuidados, a la vez que sirve de guía para evitar la variabilidad propia de cada uno de los profesionales. En el año 1995 se planificó un programa docente para la formación de todo el personal de enfermería, con el objetivo de conocer el modelo adoptado, utilizarlo y poder elaborar unos registros adecuados para la estandarización. En este artículo presentamos las etiquetas diagnósticas más prevalentes en las patologías que generan más ingresos en la planta 4ª del hospital de Traumatología.

La enfermería actualmente reconoce por un lado, que su ámbito profesional está relacionado con tres roles: autónomo, de colaboración y delegación, y por otro lado que el mejor marco reconocido para la práctica profesional es la adaptación de un modelo conceptual en su práctica diaria.

INTRODUCCIÓN

La estandarización de los cuidados da lugar a una sistematización de las etapas del proceso de cuidados para poder servir de guía en el trabajo diario, además representa un instrumento en el que se utiliza un lenguaje común, evitando la variabilidad propia de cada uno de los profesionales, proporciona cuidados individualizados para cada paciente con un criterio de actuación en conjunto entre las diversas personas que forman el equipo profesional.

Para poner en marcha dicho proceso, primero nos comunicarnos con el paciente y/o familia para obtener la información necesaria (entrevista), para la formulación de diagnósticos de enfermería y, seguidamente, poner en marcha el plan de cuidados.

La entrevista inicial nos servirá para conocer la persona íntegramente, su familia/amigos y su entorno social. A partir de aquí, identificaremos los problemas y planificaremos las actuaciones y evaluaremos los objetivos que nos hemos marcado (los habremos pactado con el paciente).

La entrevista se hará de manera que no canse demasiado a la persona (sobre todo pacientes con secuelas neurológicas); tendremos en cuenta los posibles déficits sensoriales/cognitivos que puedan padecer, y si es necesario, se habrá de parar para volver en otro momento. Sólo se recogerá la información precisa, y se evitarán los términos técnicos que no puedan entenderse.

Todo este proceso se adoptará bajo el marco conceptual de V. Henderson que es el que se utiliza en el hospital.

En el año 1994: Previo a la estandarización, en este año se implantan los planes de cuidados basados en el modelo conceptual de Virginia Henderson y para la etiqueta diagnóstica se usa la taxonomía de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

En el año 1995: Se planifica la formación del personal mediante la realización de 5 ediciones del curso "Metodología de los registros", para que el personal de enfermería aprendiera el modelo conceptual adoptado y a la vez elaborar una documentación adecuada. Se constituyó una comisión para la elaboración de los registros nuevos en la que participó el personal de enfermería de todas las unidades del hospital.

En el año 1996: Se deja de utilizar la taxonomía de la Nanda por los problemas de dependencia e independencia de L. Riopelle, ya que se ajustaban más al modelo de cuidados adoptado.

En el año 1998: Se realiza un estudio en la planta 4ª para identificar los problemas/diagnósticos enfermeros que se dan en las patologías más prevalentes en dicha unidad: prótesis total de rodilla, artritis reumatoide, mielomeningocele, accidente vascular cerebral, traumatismo craneoencefálico, síndrome de Guillain Barré.

Objetivo del estudio: Elaborar un registro de planes de curas sistematizado en cada patología, minimizando así el tiempo requerido para elaborar los registros de enfermería y dar una guía de posible actuación a los profesionales.

METODOLOGÍA

Tipo del estudio: observacional con una cohorte histórica.

Periodo de estudio: de enero a diciembre de 1998, consecutivamente.

Población sujeta a estudio: todos los pacientes 537 afectos de las patologías anteriormente mencionadas que estuvieron ingresados en la 4ª planta de Traumatología y Rehabilitación del Vall d'Hebron de Barcelona. No se hizo ninguna exclusión de pacientes.

Método / Intervención: se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas identificando en los planes de curas de enfermería los problemas/ diagnósticos enfermeros más comunes en las diferentes patologías que ingresan en nuestra unidad, se verificó el nivel de incidencia por patología de la etiqueta diagnóstica o problema, las diferentes etimologías, objetivos marcados por enfermería para la resolución del problema y las actividades a realizar para alcanzar dichos objetivos; como instrumento se elaboró una hoja para la recogida de datos (Anexo1).

Anexo1

Problema / Diagnóstico	
Etiología / Causa	
	a-física
	b-voluntad
	c-conocimientos
	d-otras
Objetivo	
Manifestaciones	
Observaciones	

El mismo grupo de enfermería asistencial formó un grupo de consenso para la elaboración de la hoja de recogida de datos.

RESULTADOS

De todas las historias revisadas se definieron un total de 1284 diagnósticos, la incidencia de cada uno de ellos en cada una de las patologías estudiadas fue la siguiente:

PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA	
Dificultad / incapacidad para moverse	98,5%
Afectación integridad tegumentos	93,5%
Incapacidad de reposar	23,4%
Alimentación inadecuada: exceso	23%

ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL	
Dificultad / incapacidad para moverse	86%
Dificultad/incapacidad: alimentarse / hidratarse	61%
Dificultad para realizar la higiene	52%
Dificultad para preservar su salud	24%
Afectación integridad tegumentos	24%

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	
Dificultad / incapacidad para moverse	34%
Dificultad/incapacidad: alimentarse / hidratarse	20%
Dificultad para realizar la higiene	16%
Incontinencia fecal y urinaria	16%
Dolor agudo	7,7%

MIELOMENINGOCELE	
Estreñimiento	36%
Dificultad / incapacidad para moverse	28%
Afectación integridad tegumentos	24%
Dificultad para realizar: higiene, vestirse / desvestirse	16%

ARTRITIS REUMATOIDE	
Dificultad / incapacidad para moverse	36%
Dolor agudo	33%
Ansiedad moderada	27,2%
Afectación integridad tegumentos	6%

SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ	
Dificultad / incapacidad para moverse	50%
Dificultad para realizar: higiene, vestirse / desvestirse	50%
Afectación integridad tegumentos	25%
Riesgo de accidentes	25%

CONCLUSIONES

Posteriormente al año 1999 detectamos que este documento único no era lo suficientemente específico y que sería necesario elaborar otro específico para cada una de las patologías de nuestra unidad.

Una vez analizados los resultados se elaboró un documento en el cual estaba plasmado el estándar de cuidados, basado en el estudio previo que realizamos y este documento lo utilizamos para todas estas patologías que ingresaban en nuestra unidad y que fueron evaluadas en el estudio. Este documento constaba de: definición del problema, identificación de la causa, etiqueta diagnóstica o problema de enfermería, objetivos para la resolución del problema, actividades para cumplir con los objetivos propuestos.

En el año 2000 realizamos un paso más adelante y se elaboran los planes predefinidos estándar, es decir un documento específico para cada una de las patologías sujetas al estudio, con los problemas interdependientes de cada una de ellas consensuados como procedimientos a seguir con el equipo médico de la unidad. Se elaboraron los planes predefinidos estándares de las siguientes patologías, prótesis total de rodilla, accidente vascular cerebral, traumatismo craneoencefálico y mielomeningocele, además se codificaron todos los problemas de enfermería, los objetivos, las manifestaciones y las actividades para facilitar su transcripción.

En el año 2001 se pusieron en marcha los planes predefinidos estándar de: prótesis total de rodilla, accidente vascular cerebral y traumatismo craneoencefálico.

Durante el año 2002 se ha incorporado el plan predefinido estándar del mielomeningocele.

Por todo lo anteriormente expuesto, podemos decir que la estandarización de cuidados nos permitirá:

- Normalizar y homogeneizar la pauta de actuación en los cuidados para un grupo determinados de pacientes con un mismo GRD.
- Mejorar la integración del profesional no familiarizado con el tipo de paciente; de igual manera, ayudar al personal de nueva incorporación a tener una guía de trabajo sistemática y común, que le pueda facilitar el conocimiento previo de los cuidados de enfermería que requerirá aquel paciente durante su ingreso hospitalario.
- Evitar la duplicidad de acciones, con la consiguiente falta de seguridad que le puede ocasionar al usuario.

- Facilitar la evaluación de los cuidados de enfermería y la investigación que se pueda llevar a cabo posteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

DEE ANN GILLIES: Gestión de enfermería, Barcelona, Ediciones científicas y técnicas. Mason y Salvat.1994

RIOPELLE,L. et. al: Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid, Interamericana-Mc.Graw-Hill.1993.

LUIS M T: Diagnósticos enfermeros: un instrumento para la práctica asistencial. Madrid, Mosby Doyma.1996.

WESLEY R.L.: Teorías y modelos de enfermería. México Interamericana-Mc.Graw-Hill.1997.

WESORICK BONIEE: Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Barcelona-Mosby Doyma.1993.

RIOPELLE L.et. al: Aplicación del proceso de enseñanza-aprendizaje. Madrid Interamericana-Mc Graw-Hill.1993.

CHALIFOUR L. et. al: La relación de ayuda en los cuidados de enfermería. BarcelonaJ.Sg.Editores.1994.

KOZIER,L.et. al: Conceptos y temas de la práctica de la enfermería. Méjico Interamericana-Mc Graw-Hill.1995.

GUINEA ECUATORIAL: Proceso de duelo ayuda y aprendizaje de la familia y el paciente. Barcelona. 1997

FERNÁNDEZ CARMEN Y NONELL GLORIA. Proceso de atención de enfermería. Barcelona Masson y Salvat.1993.

SERRANO, R., SARACIBAR, I. "Dónde comienza la calidad científica". ROL 1994,191-192;33,40.

SERRANO, R. "Desde un sistema de enfermería". ROL 1995,198; 29,36.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia