

Cómo racionalizar el formulario de valoración de riesgos

PAULA CHELEWSKI, RN, CWCN, MSN, Y JANE FORSYTHE, RN, MAHA

EL MEJOR MOMENTO PARA IDENTIFICAR a pacientes con riesgo de úlceras por presión es durante su valoración al ingreso. No obstante, la valoración en el ingreso es válida sólo si consigues recoger toda la información que precisa.

En nuestra institución, las enfermeras solían completar sólo el 30% de los registros para la valoración del riesgo de úlceras por presión y de caídas. Después de rediseñar y racionalizar la hoja de registros, el índice de registros completos se incrementó hasta en un 88%, y en consecuencia mejoró el cuidado de los pacientes. Lo que a nosotros nos funcionó puede que también funcione en su institución.

Uno de los problemas con la hoja de registros antigua era que estaba separada del registro principal de ingresos, lo que podría fomentar el hecho de que las enfermeras la considerasen menos importante. Esta hoja también contenía información repetida en el registro principal, y el contenido estaba agrupado según los servicios disponibles en lugar de las necesidades del paciente.

Para combatir el primer problema, el comité multidisciplinario se encargó de revisar las hojas de registro para la valoración del riesgo haciendo que las lesiones y las caídas también fueran parte integrante del registro inicial en la valoración en el ingreso. Los miembros del comité

remitieron preguntas relativas a la práctica de sus disciplinas y a las regulaciones requeridas en éstas. Para prevenir duplicaciones las preguntas y temas comunes se agruparon y se editaron.

En las sesiones de trabajo cada tema era debatido por los representantes de diferentes unidades de enfermería y diferentes disciplinas para determinar si la información era esencial para la planificación de los cuidados. Las cuestiones que requerían una referencia automática incluían un código para la disciplina, como por ejemplo la fisioterapia o los cuidados respiratorios.

Por último, las escalas de valoración de Braden y Hendrick

Cómo se organizó la hoja de registro

Así quedó una parte de la hoja de información común, sección de la historia del paciente, después de ser rediseñada.

Historia de diagnósticos e intervenciones quirúrgicas

Historia actual y cuidados en el domicilio

Datos adicionales (cribado)

Extremidades/neurovascular/
muscular

Percepción sensorial: entumecimiento ☐ hormigueo ☐ parálisis ☐

Bramen n.º ☐ (sensorial)

Dolor ☐ _____

Bramen n.º ☐ (actividad)

Actividad y movilidad _____

Bramen n.º ☐ (movilidad)

_____ Requiere ayuda en la deambulación o en los traslados ☐ (FT)

Dispositivos de ayuda: caminador ☐ muleta ☐ silla de ruedas ☐ prevenir la necesidad de aparatos para la asistencia ☐ (FT)

Necesita ayuda para vestirse ☐ comer ☐ actividades diarias ☐ actividades domésticas ☐ ☐ (TO)

Pediatra: desarrollo motor/social _____

¿La edad cronológica coincide con la edad de desarrollo? Sí ☐ No ☐

Debilidad ☐ _____

En caso de problemas recientes de debilidad en manos o brazos, considerar fisioterapia ☐ FT

En caso de debilidad generalizada y sin ayudas mecánicas apropiadas, riesgo de caídas 2 puntos ☐

Antecedentes de caídas (no de resbalones ni tropiezos) en los últimos 90 días, riesgo de caídas 7 puntos ☐

Sin problemas detectados ☐

Sin problemas recientes ☐ ¿Problemas diferentes de los comunes? Sí ☐ No ☐

(para úlceras por presión y caídas, respectivamente) se integraron en la hoja de registros, de manera que las categorías en las escalas coincidían con las preguntas. Una copia de la Escala de Braden (con la definición de los factores de riesgo) se colocó en una carpeta junto con la hoja de registros para la valoración inicial. (Para un mayor conocimiento sobre la utilización de la Escala de Braden véase "¿Por qué es tan importante la valoración del riesgo de úlceras por presión?", en el número de noviembre de NURSING2001.)

El diseño final de la hoja de registros alcanzó los tres objetivos principales del comité:

- **Integración.** Las escalas y las referencias para la valoración del riesgo fueron integradas en la hoja de registro de la valoración inicial al ingreso y se convirtió en parte del plan de cuidados. El nuevo diseño permitió a la enfermera recoger información sobre el estado del paciente para planificar las intervenciones apropiadas basadas en los hallazgos, más que intentar encasillar los requerimientos en una lista estandarizada de servicios.

- **Eliminación de redundancias.** Información básica, como la edad del

paciente, el peso, la altura, las alergias, los tratamientos, el motivo de ingreso y la historia clínica, pueden recogerse en el ingreso, con lo que se ahorran tiempo y preguntas repetitivas. Los profesionales sanitarios de otras disciplinas leen la información de la hoja de admisiones y la firman al final, para indicar que han revisado la información. Otras disciplinas también rediseñaron las hojas de valoración de referencia para evitar que se solapasen con las cuestiones que se preguntaban en el ingreso.

- **Organización lógica de la información.** Las preguntas similares se agruparon de manera que la entrevista avance de acuerdo con los sistemas corporales. Por ejemplo, una pregunta que tenga que ver con la movilidad y la actividad proporciona información que también tendrá que ver con problemas enfermeros de autocuidado, con la necesidad de fisioterapia y con el riesgo de caídas y úlceras por presión.

Completar los registros es sólo el inicio. También hemos desarrollado procedimientos y protocolos para la prevención de lesiones y de caídas, así como planes de cuidados

estandarizados con intervenciones. Cada plan incluye intervenciones basadas en la puntuación de los pacientes en las escalas de valoración de riesgo. En las sesiones de formación del personal, enfermeras y otros profesionales sanitarios se formaron en cómo utilizar estos planes de cuidados. Por ejemplo, después de implantar el plan de cuidados para mantener la integridad de la piel, las enfermeras comenzaron a utilizar con mayor frecuencia dispositivos para la prevención de úlceras por presión, se sintieron más seguras al seleccionar colchones especiales e identificaron a más pacientes con necesidad de terapia nutricional para reducir el riesgo de úlceras por presión. Este incremento en las intervenciones preventivas ayudó a reducir la aparición de úlceras en estadios I y II en nuestra institución. Las lesiones debidas a caídas disminuyeron en un 50% al año de implantar el plan de cuidados con la escala de valoración. ❶

Paula Chelewski es consultora de lesiones y ostomías en el centro privado de Glenwood Springs, Colo. Jane Forsythe es directora de enfermería en el Edward White Hospital en St. Petersburg, Fla. En el momento de escribir este artículo, la Sra. Chelewski era enfermera especialista en lesiones y ostomías y la Sra. Forsythe era vicepresidenta de enfermería del Aroostook Medical Center en Presque Isle, Me.

Nursing2003

EDICIÓN ESPAÑOLA

20
ANIVERSARIO
DE LA EDICIÓN ESPAÑOLA

Nursing 83



www.doyma.es/nursing