

Actualización del registro en endoscopia digestiva: nuevos estándares, seguridad, calidad y continuidad de los cuidados

Autores: Vega Roda, María Elena*, Aguilar Tejada, José Miguel**

*Enfermera del Área de pruebas funcionales del aparato digestivo "Endoscopias" HUVV.

**Enfermero Jefe de Bloque de Hospitalización (Hospital Universitario Virgen de la Victoria).

Resumen:

El registro de enfermería es una parte fundamental de la práctica profesional que garantiza la continuidad de la atención y la calidad del cuidado. Este artículo explora la importancia del registro como base fundamental en la actividad diaria, destacando la necesidad de seguir estándares actualizados y basados en la evidencia.

Se discuten las mejores prácticas y los beneficios de una documentación adecuada y cómo esta práctica impacta en la atención al paciente.

La actualización del registro de enfermería en la Unidad de Endoscopias Digestivas era imprescindible para mejorar la calidad de nuestra atención, garantizando la continuidad asistencial y aumentando la seguridad del paciente.

Este artículo revisa la literatura existente sobre la enfermería basada en la evidencia y propone un nuevo modelo de registro que se alinea con las clasificaciones NANDA, NIC y NOC. Se discuten los beneficios de esta actualización y su impacto en la práctica diaria.

Palabras clave: continuidad de los cuidados, endoscopia, registro enfermero, seguridad.

Abstract:

Nursing record is a fundamental part of professional practice that ensures continuity of care and quality of care. This article explores the importance of registration as a fundamental basis in daily activity, highlighting the need to follow up-to-date and evidence-based standards.

The best practices and benefits of proper documentation and how this practice impacts patient care is discussed.

The updating of the nursing record in the Digestive Endoscopy Unit was essential to improve the quality of our care, guaranteeing continuity of care and increasing patient safety.

This article reviews the existing literature on evidence-based nursing and proposes a new registry model that aligns with the NANDA, NIC, and NOC classifications. The benefits of this update and its impact on daily practice are discussed.

Keywords: continuity of care, endoscopy, nursing record, safety.

Introducción

Es un componente esencial en la atención sanitaria el registrar la actividad enfermera, ya que proporciona un lenguaje claro y preciso de las intervenciones y observaciones realizadas por los profesionales de enfermería durante la atención sanitaria ¹.

Con el avance de la Enfermería Basada en la Evidencia, es crucial que los enfermeros utilicen estándares actualizados para garantizar que en su registro refleje las mejores prácticas y contribuya a la calidad del cuidado ².

Por tanto, es para nosotros una herramienta esencial documentar la atención brindada a los pacientes, especialmente en unidades especia-

lizadas como la de endoscopias digestivas. Sin embargo, nuestros registros existentes estaban desfasados y no cumplían con los estándares actuales. La implementación de un registro actualizado que siga las clasificaciones NANDA, NIC y NOC es crucial para la mejora continua ^{3,4,5}.

Por otro lado, garantizar la continuidad asistencial intrahospitalaria en los distintos procedimientos se nos marca como un objetivo claro ya que el nuevo registro engloba tanto la preparación del paciente previa a la intervención, el intraprocedimiento con las actuaciones y registro de enfermería como el post-procedimiento con una valoración general del paciente tras el mismo ⁶.

Objetivo

Informar sobre la importancia del registro actualizado, describir las actividades específicas de enfermería y proponer mejoras en el proceso de atención en nuestra unidad.

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura sobre el registro de enfermería, analizando artículos, guías de práctica basadas en la evidencia y estudios que abordan la importancia del registro, las barreras comunes y las estrategias para mejorar la documentación^{7,8}.

En dicha revisión bibliográfica, se hizo hincapié, en aquellos sobre el registro de enfermería en unidades de endoscopia digestiva¹.

Se analizaron aquellos que abordan la importancia de la documentación precisa y su relación con la calidad de la atención y la seguridad del paciente englobando las tres fases de nuestro proceso asistencial:

- 1a. Recepción y preparación del paciente en el Hospital de Día.
- 2a. Registro intra-procedimiento en sala de endoscopia y quirófano.
- 3a. Puesto URPA, Recepción posterior al procedimiento en Hospital de Día y/o traslado a su unidad hospitalaria de referencia para la recuperación tras el procedimiento y posterior alta.

Resultados

Los hallazgos indican que un registro adecuado mejora la comunicación entre los profesionales de la salud, reduce errores y mejora la satisfacción del paciente⁹. Además, se identificaron barreras como la falta de tiempo y la formación insuficiente en el uso de sistemas de registro electrónico. Las estrategias para mejorar el registro incluyen la capacitación continua y la implementación de herramientas de documentación estandarizadas⁸.

La revisión bibliográfica reveló que un registro de enfermería actualizado y basado en la evidencia puede mejorar significativamente la calidad de los cuidados. Se identificaron varios beneficios, incluyendo:

- Mejora en la continuidad asistencial al proporcionar información clara y accesible sobre el estado del paciente.
- Aumento de la seguridad del paciente mediante la identificación temprana de complicaciones y la implementación de intervenciones adecuadas.

- Facilita la comunicación entre los miembros del equipo de salud, lo que contribuye a una atención más coordinada.

Discusión

El registro de enfermería no es sólo un requisito legal, sino que también es una herramienta vital para la práctica diaria reflejando nuestro trabajo¹⁰. Al seguir estándares actualizados, los enfermeros aseguramos que la documentación sea relevante y útil para la toma de decisiones clínicas⁸.

La implementación de sistemas de registro electrónico podría facilitar este proceso, pero es fundamental que los profesionales reciban el material informático adecuado y el tiempo en sala para llevar ese registro de forma eficiente, así como la formación adecuada para utilizarlos eficazmente⁶.

Actualmente nos limitamos a fomentar el uso del nuevo registro de endoscopia de enfermería siendo una excelente iniciativa para mejorar la calidad del cuidado y la seguridad del paciente en nuestro servicio^{1,2,7} a través de:

1. Capacitación y Formación: Organizamos sesiones de capacitación para el personal de enfermería sobre cómo utilizar el nuevo registro. Asegurando de que todos se sientan cómodos y seguros al usarlo.
2. Promoción de Beneficios: Comunicamos claramente los beneficios del nuevo registro, como la mejora en la documentación, la reducción de errores y el aumento de la seguridad del paciente.
3. Incentivos: Se considera implementar incentivos para el personal que utilice el registro de manera efectiva. Esto puede ser en forma de reconocimiento incluso oportunidades de desarrollo profesional.
4. Feedback Continuo: Establece un sistema de retroalimentación donde el personal pueda compartir sus experiencias y sugerencias sobre el uso del registro. Esto no solo mejora el proceso, sino que también hace que el personal se sienta valorado.
5. Integración en Protocolos: Aseguramos de que el uso del registro está integrado en los protocolos de atención y que se convierta en una parte habitual del proceso de trabajo.
6. Monitorización y Evaluación: Realizamos un seguimiento del uso del registro y evaluamos su impacto en la calidad del cuidado y la seguridad.
Implementando estas acciones, ayudamos a que el nuevo registro de endoscopia se convierta en una herramienta valiosa para todos.

En nuestro registro actual de Enfermería en Endoscopia se detalla las actividades específicas que realizan las enfermeras antes, durante y después del procedimiento endoscópico. Esto puede incluir:

- Hoja preparatoria: Preparación del paciente (Ambulatorio, Urgencias, Hospitalización) en la zona de Hospital de Día.
- Hoja intra-procedimiento: Monitorización de signos vitales, administración de medicación, indicación del procedimiento realizado, número de tubo usado, tiempo del procedimiento, trazabilidad de muestras: etiquetado para laboratorio y anatomía patológica, actividades enfermeras y observaciones.
- Hoja post-procedimiento, en la que se monitoriza constantes del paciente, escala de Aldrete para la recuperación postanestésica, observaciones e indicaciones para la mejora en la comunicación entre el equipo de salud de en planta o urgencias y a familiares en el caso del paciente ambulatorio centrándonos en la educación al paciente sobre cuidados post-procedimiento asegurando la continuidad.



Figura 1: Enfermera realizando el check-list en la unidad de Endoscopia Digestiva

Conclusiones

Con este artículo se ha explorado la necesidad de actualizar el registro de enfermería en procedimientos de endoscopia para alinearse con los nuevos estándares profesionales.


Enfoca la importancia de la seguridad del paciente, la calidad del cuidado y la continuidad asistencial ^{2,3}.

Se discute la ampliación de actividades de enfermería, el crecimiento del servicio, y la implementación de instrumentos de evaluación para asegurar la calidad asistencial y cumplimiento legal ¹⁰.

Este registro generalmente incluye información sobre la evaluación inicial del paciente, los procedimientos realizados, la administración de medicamentos, la monitorización de signos vitales y cualquier observación relevante durante y después del procedimiento.

Además, es importante documentar la educación proporcionada al paciente sobre el procedimiento, así como las instrucciones postoperatorias. Todo esto ayuda a mantener una comunicación clara entre el equipo de salud y a garantizar que se sigan los protocolos adecuados ^{6,8}.

Fomentar una cultura de documentación precisa y oportuna beneficiará tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes y ayudará en la evaluación de la calidad del Servicio de Endoscopias de nuestro Hospital.


 UGC APARATO DIGESTIVO

REGISTRO DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIAS DIGESTIVA

REGISTRO DE ENFERMERÍA
CHECK LIST PRE – PROCEDIMIENTO

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

FECHA: _____

PROCEDENCIA: AMBULATORIO HOSPITALIZACIÓN URGENCIAS

PROCEDIMIENTO A REALIZAR:	SÍ	NO	N/P
<input type="checkbox"/> GASTROSCOPIA <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA <input type="checkbox"/> ECOENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> CPRE <input type="checkbox"/> OTROS			
- Alergias medicamentosas (especificar)			
- Alergias (Soja, huevo, cacahuete, sulfitos):			
- Pulsera identificativa colocada y verificada			
- Consentimiento informado firmado			
- ¿Ha tomado alguna medicación? Especificar:			
- Antiagregación suspendida, heparina...			
- Solución evacuante administrada			
- Enemas administrados			
- Ayunas (n.º de horas)			
- ¿Viene acompañado?			
- ¿Va a conducir tras la prueba?			
- Barrera idiomática			
- Ropa interior retirada			
- Objetos metálicos retirados			
- Prótesis dental retirada			
- ¿Posibilidad de embarazo?			
- Canalización de vía venosa periférica nº: _____ MS <input type="checkbox"/> DER <input type="checkbox"/> IZQ			

SIGNOS VITALES BASALES

TA: _____ FC: _____ BMT s/p: _____ EVA: _____ Peso (kgs): _____

FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE

Figura 2: Registro de sedación en endoscopia digestiva (Pre-procedimiento)

REGISTRO DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIAS DIGESTIVA

Junta de Andalucía UGC APARATO DIGESTIVO

REGISTRO DE ENFERMERÍA
CHECK LIST INTRA – PROCEDIMIENTO

EDUQUELA IDENTIFICATIVA

Monitorización de constantes

BASAL									
SaO ₂									
FC									
TA									

¿Ha precisado sedación? [SÍ] [NO]

Medicación administrada:

FARMACO – VÍA ADMINISTRACIÓN	DOSIIS TOTAL
FARMACO – VÍA ADMINISTRACIÓN	DOSIIS TOTAL
FARMACO – VÍA ADMINISTRACIÓN	DOSIIS TOTAL

Procedimiento realizado: [GASTROSCOPIA] [COLONOSCOPIA] [ECOENDOSCOPIA] [CPRE] [OTROS]

Toma de biopsias:	Polipectomía/ Mucosectomía	Terapéutica de Várices Esofágicas/Gástricas	Terapéutica de lesiones sangrantes
Colocación de Sonda nutrición enteral	Dilatación en tracto digestivo superior	Píloro en tracto digestivo superior	Necrosectomía
Ecoendoscopia diagnóstica	Ecoendoscopia con PAAF	Dilatación en tracto digestivo inferior	Píloro en tracto digestivo inferior
Enteroscopia	Duodenoscopia	Colocación/recambio PEG	Otro:

¿Envío de muestra/s a Laboratorio/AP? (identificar correctamente) [SÍ] [NO]

NÚMERO DEL TUBO USADO: _____

HORA INICIO DE LA EXPLORACION: _____ HORA FIN DE LA EXPLORACIÓN: _____

NIVEL DE TOLERANCIA: [BUENO] [REGULAR] [MALO]

Intervenciones de enfermería (seleccionar lo que proceda):

3160 Aspiración de las vías aéreas	6490 Prevención de Caídas	6680 Monitorización de signos vitales	6486 Manejo ambiental: Seguridad
6540 Control de Infecciones	5820 Diminución de la ansiedad	5618 Enseñanza: procedimiento y tratamiento	5550 Información preparatoria: sensorial
2260 Manejo de la sedación	0470 Diminución de la flatulencia	7820 Manejo de muestras	Otro:

INCIDENCIAS OBSERVACIONES: _____

FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE

Figura 3: Registro de sedación en endoscopia digestiva (Intra-procedimiento)

REGISTRO DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIAS DIGESTIVA

Junta de Andalucía UGC APARATO DIGESTIVO

REGISTRO DE ENFERMERÍA
CHECK LIST POST – PROCEDIMIENTO

EDUQUELA IDENTIFICATIVA

Intervenciones de enfermería (seleccionar lo que proceda):

6486 Manejo ambiental: Seguridad	5510 Educación sanitaria	6680 Monitorización de signos vitales	6490 Prevención de Caídas
Otro:			

SIGNOS VITALES AL ALTA:

TA: _____ FC: _____ SATURACIÓN O₂: _____ EVA: _____

PUNTUACIÓN EN ESCALA ALDRETE (PUNTUACIÓN MAYOR O IGUAL A 9 PARA ALTA): _____

	CARACTERÍSTICAS	PUNTOS
ACTIVIDAD	Mueve 4 extremidades voluntaria o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntaria o ante órdenes	1
RESPIRACIÓN	incapaz de mover extremidades	0
	Puede respirar profundo y toser	2
CIRCULACIÓN	Diseña o respiración limitada	1
	apnea	0
CONSCIENCIA	TA \pm 20% del nivel pre-exploración	2
	TA \pm 20-40% del nivel pre-exploración	1
	TA \pm 50% del nivel pre-exploración	0
SATURACIÓN	completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
DESTINO DEL PACIENTE: [<input type="checkbox"/> DOMICILIO] [<input type="checkbox"/> PLANTA (HAB _____)] [<input type="checkbox"/> JURGENCIAS (CAMA _____)]	No responde	0
	>95% con aire ambiente	2
	90-95% con aire ambiente	1
	<90% con O ₂	0

RECOMENDACIONES AL ALTA (APLICA A PACIENTES INGRESADOS):

NO PRECISA REPOSO	REPOSO ABSOLUTO
AYUNAS 2 HORAS	PUEDEN REINICIAR DIETA DE FORMA INMEDIATA
AYUNAS HASTA CONSULTAR CON DIGESTIVO	
NO ADMINISTRAR HSPM HASTA CONSULTAR	ADMINISTRAR HSPM SI PRESCRITA
SOLICITADA ANALÍTICA DE CONTROL A LAS _____ HORAS	OTRAS:

FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE

Figura 4: Registro de sedación en endoscopia digestiva (Post-procedimiento)

Bibliografía

1. American Nurses Association. (2021). Nursing: Scope and Standards of Practice.
2. McGowan, J., & Sampson, M. (2019). Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice.
3. NANDA International. (2021). Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2021-2023.
4. Bulechek, G. M., McCloskey Dochterman, J., & Wagner, C. M. (2018). Nursing Interventions Classification (NIC).
5. Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2018). Nursing Outcomes Classification (NOC).
6. Soza Díaz, CF et al. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Rev. Ene, 14(1), 14112. 2020. Disponible en:

7. World Health Organization. (2020). Patient Safety: Global Action on Patient Safety.
8. Torres-Gómez, D et al. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. Horizonte sanitario, 20(3), 315-328. Epub 26 de mayo de 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.3938>
9. World Health Organization. (2020). Patient Safety: Global Action on Patient.
10. Santos Flores, I et al. Conocimiento científico y de implicación legal en el cumplimiento de los registros de enfermería. Rev CONAMED, 27(2), 57-62. 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106225>