¿Están afectando las iniciativas de silencio nocturno al nivel de alerta de los profesionales?

Lisa A. Smith, MHI, RN; Charles A. Larsen, BSN, RN, y Karen L. Johnson, PhD, RN

LAS PUNTUACIONES de satisfacción de los pacientes han estado en el punto de mira en los Estados Unidos desde 2007, cuando Medicare empezó a asociar el reembolso de las hospitalizaciones con las puntuaciones de la encuesta de evaluación de los proveedores y servicios sanitarios por parte de los usuarios del hospital (HCAHPS, *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*). Los pacientes deben responder a esta pregunta: “Durante su estancia en el hospital, ¿con qué frecuencia había silencio por la noche en la zona de su habitación?” (opciones de respuesta: nunca, a veces, normalmente y siempre)¹. En muchos hospitales, incluido el nuestro, se ha trabajado concienzudamente para mejorar la satisfacción de los pacientes con iniciativas de silencio nocturno.

En este artículo describimos nuestras iniciativas y abordamos la preocupación de que estas pudieran estar perjudicando el estado de alerta de nuestro personal nocturno. Nos ocupamos de este asunto mediante una encuesta; sus resultados nos impulsaron a cambiar nuestras iniciativas para mejorar la vigilancia de la plantilla sin afectar la satisfacción de los pacientes.

Preparación del escenario

Nuestro hospital cuenta con la credencial Magnet® y es un centro médico académico urbano de atención terciaria con 685 camas en Phoenix, Arizona (EE. UU.). Las unidades de enfermería son circulares, con 15 camas alrededor de una estación de enfermería centralizada.

En 2007 se formó un comité de enfermería y de empleados auxiliares del turno de noche para identificar los factores que mejorarían la satisfacción de los pacientes en cuanto al silencio nocturno. Una de las primeras recomendaciones del comité fue atenuar todas las luces de la unidad de enfermería a

partir de las nueve de la noche y ofrecer a los pacientes la opción de cerrar la puerta de su habitación. Las luces se volvían a encender a las seis de la mañana. Estas iniciativas, junto con la sensibilización general del ruido nocturno, fueron las principales responsables del espectacular aumento de la satisfacción de los pacientes.

Además, implementamos dos franjas de cuatro horas de silencio (desde las once de la noche hasta las tres de la madrugada o desde medianoche hasta las cuatro de la madrugada) en todas las unidades de enfermería. La atención y las intervenciones de enfermería se realizaban antes y después de esas franjas horarias para que los pacientes tuvieran las mínimas interrupciones y la ocasión de mejorar su descanso y su recuperación.

En 2012, le plantearon un problema a la jefa de enfermería: las enfermeras podían dormirse en el turno de noche fuera de las horas programadas para el descanso. En los turnos de noche de la jefa de enfermería, varios empleados clínicos, entre ellos enfermeras y personal auxiliar no titulado, comentaron que creían que la luz tenue de las unidades generaba un ambiente que invitaba a dormir y que afectaba al estado de alerta del personal. ¿Cabría la posibilidad de que nuestras medidas para fomentar la satisfacción de los pacientes con silencio nocturno en realidad estuvieran fomentando la somnolencia en las enfermeras, y que esto pudiera afectar a su estado de alerta y generar un problema de seguridad para los pacientes?

Evaluación de la situación

Para responder esta pregunta, realizamos una encuesta utilizando el muestreo por conveniencia: enviamos encuestas a departamentos concretos y las respuestas fueron anónimas. De las 89 personas que realizaron la encuesta antes de la intervención:

- El 45% (N = 40) notificó que había visto a un trabajador durmiendo durante su turno y no en un momento de reposo durante el último mes.
- El 70% (N = 63) a veces tenía dificultades para mantenerse despierto y alerta durante la noche.
- El 70% (N = 63) notificó que el momento más difícil para mantenerse alerta y despierto era entre las dos y las seis de la madrugada.

Estos resultados revelaron que teníamos un problema con el estado de alerta de las enfermeras durante el turno de noche y que se requería algún tipo de intervención.

Revisión de la literatura

El trastorno del sueño es uno de los problemas más importantes que afectan a las enfermeras del turno de noche. Los resultados de dos estudios llevados a cabo con enfermeras de turno de noche indicaron que más de la mitad de las incluidas en la muestra tenían privación de sueño^{2,3}. Un estudio reciente de Johnson y otros halló una relación inversa entre las horas dormidas y los errores en la atención a pacientes³. Las enfermeras que presentan malestar por fatiga, falta de sueño e incapacidad para recuperarse entre turnos también tienen más probabilidades de arrepentirse de algunas decisiones tomadas que las enfermeras en buen estado⁴. Scott y otros definen el *arrepentimiento por la decisión tomada* como una emoción negativa que se produce cuando el resultado real y el resultado deseado o esperado son diferentes y refleja la preocupación por haber tomado la decisión equivocada.

La melatonina que produce la glándula pineal baja el nivel de alerta y prepara el cuerpo para dormir. Tanto la luz natural como la artificial afectan a la producción de melatonina. Esta hormona se libera cuando hay oscuridad y se interrumpe si hay luz

durante la noche⁵. Un estudio realizado con enfermeras de turno de noche reveló una relación inversa entre la intensidad de la luz y la fatiga ocular: el aumento de la intensidad de la luz se asoció con la reducción de la fatiga ocular. Algunos han sugerido que la falta de sueño y las alteraciones en el sueño de los empleados del turno de noche se deben a una intensidad de luz inadecuada en el entorno de trabajo⁵.

Hansen y Stevens demostraron que, si se mejora la intensidad de la luz en el lugar de trabajo de las enfermeras en el turno de noche, también mejora el estado de alerta, el rendimiento y el confort⁶. Es fundamental tener una intensidad de luz adecuada para llevar a cabo actividades en el trabajo.

La temperatura corporal, el estado de alerta y el rendimiento son más bajos entre las cuatro y las seis de la madrugada, y esto es así, aunque un empleado del turno de noche llegue al trabajo muy descansado⁷. Las enfermeras de turno de noche deben modificar su reloj circadiano con las medidas siguientes:

- Utilizar luces intensas durante el turno de noche.
- Llevar gafas de sol para volver a casa porque la luz brillante suprimiría la producción de melatonina.
- Tener periodos de sueño regulares durante el día y la noche⁷.

Proyecto piloto

Lanzamos un proyecto piloto en varias unidades de enfermería: dos unidades medicoquirúrgicas, una unidad de cuidados progresivos, cuatro unidades posparto y cuatro UCI. El objetivo era mejorar el estado de alerta de las enfermeras sin que ello afectara a la satisfacción con las iniciativas de silencio nocturno. Seleccionamos específicamente unidades posparto porque obtenían continuamente altas puntuaciones de satisfacción de los pacientes con respecto al silencio nocturno, por lo que creímos que cualquier intervención que afectase la satisfacción de los pacientes se detectaría fácilmente allí.

Llevamos a cabo un proyecto piloto de 5 semanas que incluyó atenuar las luces de la unidad de enfermería a las nueve de la noche y volver a encenderlas a las dos de

la madrugada. Optamos por las dos de la madrugada porque nuestra encuesta indicó que esa era la hora en que a la mayoría de personal le costaba permanecer despierto. Para evaluar nuestra intervención, repartimos una encuesta posterior al proyecto piloto a 63 miembros de la plantilla del turno de noche de esas unidades y recogimos las puntuaciones de satisfacción con las iniciativas de silencio nocturno en el punto HCAHPS.

Resultados del proyecto

La mayoría del personal que rellenó las encuestas previas y posteriores a la intervención piloto fueron mujeres enfermeras (8 %; N = 137). Las edades de la encuesta previa al proyecto tuvieron una distribución uniforme, pero la mayoría de los que participaron en la encuesta posterior tenían entre 20 y 30 años.

La antigüedad como empleado del turno de noche estaba muy distribuida. No hubo diferencias significativas entre los encuestados antes y después del proyecto piloto ($p = 0,223$).

La encuesta posterior mostró un aumento del número de enfermeras que notificaron que nunca habían tenido dificultades para mantenerse despiertas y alerta por la noche (previa: 20%; posterior: 30%) y una reducción del número de enfermeras que notificaron que a veces tenían dificultades para mantenerse despiertas por la noche (previa: 71%; posterior: 59%), pero estos resultados no fueron estadísticamente significativos ($p = 0,363$). Sin embargo, al preguntarles directamente si bajar la intensidad de las luces a las dos de la madrugada les ayudó a estar más alerta, el 67% dijo que no. Hubo menos enfermeras en la encuesta posterior que notificaron haber visto colegas durmiendo por la noche (previa: 45%; posterior: 37%; $p = 0,174$).

No se observaron cambios en las puntuaciones de satisfacción de los pacientes posterior al proyecto (en la encuesta previa, el 57% respondió que por la noche siempre había silencio, frente al 58% de la encuesta posterior).

Dirección futura

Aunque nuestros resultados no alcanzaron una significación estadística, creemos que este proyecto piloto sienta las bases para la investigación futura. Si quisiéramos seguir

investigando, categorizaríamos las encuestas por áreas de especialidad para poder dar con más maneras de mejorar los entornos de trabajo.

Poner los problemas a dormir

Normalmente, las iniciativas de silencio nocturno en las unidades de enfermería consisten en atenuar las luces y en concentrar los cuidados. Aunque estas iniciativas están destinadas a mejorar la satisfacción de los pacientes, también debe considerarse el efecto que tienen sobre el estado de alerta de las enfermeras.

Observamos que atenuar las luces por la noche como parte de la iniciativa de silencio nocturno para mejorar la satisfacción de los pacientes puede afectar negativamente al estado de alerta de las enfermeras. En nuestro proyecto piloto demostramos que atenuar las luces durante un periodo de tiempo más corto por la noche mejoraba el estado de alerta, reducía las notificaciones de colegas durmiendo y no impactaba negativamente en la satisfacción de los pacientes con iniciativas de silencio nocturno. También creemos que ser conscientes del cambio de iluminación ha tenido un efecto. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. HCAHPS Survey. 2016. www.hcahponline.org/files/March%202016_Survey%20Instruments_English_Mail.pdf
2. Johnson AL, Brown K, Weaver MT. Sleep deprivation and psychomotor performance among night-shift nurses. *AAOHN J*. 2010;58(4):147-154.
3. Johnson AL, Jung L, Song Y, Brown KC, Weaver MT, Richards KC. Sleep deprivation and error in nurses who work the night shift. *J Nurs Adm*. 2014; 44(1):17-22.
4. Scott LD, Arslanian-Engoren C, Engoren MC. Association of sleep and fatigue with decision regret among critical care nurses. *Am J Crit Care*. 2014;23(1):13-23.
5. Azmoon H, Dehghan H, Akbari J, Souri S. The relationship between thermal comfort and light intensity with sleep quality and eye tiredness in shift work nurses. *J Environ Public Health*. 2013; 2013:639184.
6. Hansen J, Stevens RG. Case-control study of shift-work and breast cancer risk in Danish nurses: impact of shift systems. *Eur J Cancer*. 2012;48(11): 1722-1729.
7. Eastman CI. Practical circadian interventions for night shift work. 2009. www.cdc.gov/niosh/nioshtic-2/20045415.html

Lisa A. Smith es supervisora administrativa de enfermería en el Banner University Medical Center-Phoenix de Phoenix, Arizona. Charles A. Larsen es jefe de enfermería en el Banner Baywood Medical Center y en el Banner Heart Hospital de Mesa, Arizona. Karen L. Johnson es directora de investigación de enfermería en Banner Health en Phoenix, Arizona.

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses económico relacionado con este artículo.