

¿ESTÁN JUSTIFICADOS LOS RECORTES DE PLANTILLAS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS?

57

La mayoría de los estudios que se realizan sobre la influencia del personal de enfermería en la salud de los pacientes que están a nuestro cuidado, obtienen como resultados principales la disminución de la morbilidad y mortalidad de éstos. En el estudio publicado en *JAMA* por Aiken et al, se demuestra que un ratio de 8 pacientes por enfermera produce una sobremortalidad del 31% en pacientes quirúrgicos frente a un ratio de 4 pacientes por enfermera. Es curioso que teniendo estos datos tan concluyentes se realicen estrategias totalmente opuestas ante esta evidencia, y se intentan ahorrar costes reduciendo la contratación de enfermeras y aumentando cada vez más el número de pacientes por enfermera.

En cuidados intensivos ocurre lo mismo, son muchos los estudios que evidencian el efecto negativo del recorte de personal. Whitman et al investigaron la relación entre el número de enfermeras en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y su repercusión sobre actividades específicas de nuestro colectivo, y evidenciaron una alta incidencia de úlceras por presión, caídas y errores de medicación cuando la ratio enfermera/paciente disminuía. Algunos de los argumentos que los gestores sanitarios utilizan para justificar estos recortes, es el aumento cada vez mayor de sofisticados equipamientos de monitorización que vienen a reducir las tareas que desarrollamos. Sin embargo, otros estudios, como el realizado en Australia, obtienen resultados que vienen a contradecir los argumentos de los gestores, concretamente que la mayoría de las incidencias detectadas se hicieron por la observación directa de los profesionales de enfermería, concretamente en un 83%, y son sólo de un 8% las incidencias detectadas por los equipos de monitorización; otro estudio realizado en Hong Kong obtiene resultados muy similares. No seré yo quien ponga en duda la ayuda que estos equipos aportan a nuestro trabajo diario, pero se necesita de profesionales expertos que sepan interpretar los resultados obtenidos de estas monitorizaciones.

Los estudios acerca de ratios enfermera/paciente en UCI vienen a demostrar que ratios altos 1:2 obtienen mejores resultados en la disminución de las complicaciones, frente a ratios bajos 1:3, concretamente de 2 a 5 veces más bajas, es decir, que si no hay profesionales suficientes y bien cualificados los pacientes mueren y enferman con más frecuencia.

Coincido plenamente con otro artículo publicado en *Evidentia*, donde se reflejan fundamentalmente 4 amenazas para la salud de nuestros pacientes y que tienen que ver con las plantillas de enfermería: hay pocas enfermeras, éstas no están especializadas, hay mucha rotación y una alta temporalidad, lo que viene a provocar una situación altamente estresante, consiguiendo que el profesional se queme y termine por dar una asistencia deshumanizada y no del todo profesional.

Nos encontramos cada día compartiendo nuestras tareas asistenciales con compañeros que desconocen el manejo del paciente crítico, con la consiguiente sobrecarga para el personal veterano y el riesgo para los pacientes que este hecho conlleva. Los responsables de esta situación son, por un lado, los que han obviado la necesidad de una especialidad de enfermería como la de cuidados intensivos, su existencia vendría a garantizar que los pacientes que ocupan las camas de nuestras

unidades son cuidados por profesionales formados adecuadamente y, por otro lado, están los responsables máximos de enfermería (directores, subdirectores, etc.), muchos de ellos sin la preparación suficiente para acometer tareas tan importantes como la gestión de recursos humanos, o de recursos materiales, y es que, ¿puede alguien que desconoce el trabajo en las unidades de críticos tomar decisiones responsables acerca de cuál debe ser el ratio enfermera/paciente en éstas?, ¿por qué estos responsables de enfermería hacen caso omiso de los diferentes estudios anteriormente citados?

Estoy seguro de que si se hicieran estudios a medio y largo plazo acerca de las repercusiones económicas de las reducciones de plantillas de enfermería, dichos recortes no estarían justificados.

Es hora que, como profesionales comprometidos con el cuidado de nuestros pacientes, alcemos nuestra voz para que ésta sea oída y se produzcan los cambios necesarios que eviten que nuestros pacientes sufran las consecuencias indeseables de los injustos recortes de plantilla. Debemos acabar con la situación de estrés creciente, saturados de trabajo y planteándonos la ética de lo que hacemos, desechando la sensación de no poder hacer nada por cambiar la realidad que nos supera.

Juan Carlos Muñoz Camargo
Director de Enfermería Intensiva

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silver JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;28:1987-93.
- Beckman U, Baldwin I, Hart GK, Runciman, WB. An Australian incident Monitoring Study in Intensive Care: An analysis of the first year reporting. *Anaesth Intensive Care*. 1996;24:321-9.
- Redacción Evidentia. Lo que los pacientes deben saber de los servicios de salud: enfermar o morir. *Evidentia*. 2005;2 [citado, febrero de 2006]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/116articulo.php>
- Whitman GR, Kim Y, Davidson LJ, Wolf GA, Wang S. The impact of staffing on patient outcomes across speciality units. *Journal of Nursing Administration*. 2002;32:633-9.