Unidos para la consecución de resultados clínicos óptimos

Dolores Morrison, MSN, RN, ACNS-BC, y Chakaire Sanders, LPN

DESDE QUE EL Institute of Medicine emitiera en el año 2000 su informe *Errar es humano: Construyendo un sistema de salud más seguro*, los sistemas sanitarios se han visto obligados a incorporar las mejores prácticas e iniciativas de seguridad en la práctica asistencial y a comunicar sus resultados oportunamente[1]. Uno de los objetivos identificados por la Joint Commission National Patient Safety Goals es "mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales"[2]. Implementar esta "unión" en su planta es una forma de conseguir este objetivo[3-5]. Este artículo explica cómo la unión ayudó a nuestro personal a entenderse mejor y a prestar los mejores cuidados posibles a nuestros pacientes. También ofrece algunos consejos sobre cómo implantar el proceso. Veamos en primer lugar lo que significa esta unión.

Mejorar la comunicación

La unión no es un concepto nuevo, y se ha empleado para explicar las relaciones interpersonales en ámbitos distintos, desde el fútbol al comercio o a las empresas que intentan favorecer una cultura emprendedora[3,5].

El curso de "Métodos y herramientas para avanzar en la mejora" del Institute for Healthcare Improvement define la unión como un método de comunicación que permite a los equipos llevar a cabo reuniones breves pero frecuentes de modo que todos los miembros reciben información, se revisa el trabajo, se planifican actuaciones y se realizan actualizaciones[6]. El objetivo finalista de la unión es prestar cuidados eficientes. Este proceso requiere una comunicación abierta en la que los participantes se plantean preguntas y mediante técnicas de pensamiento crítico se buscan soluciones a los problemas cotidianos o a las situaciones de los pacientes. Por ejemplo, en un paciente con riesgo de fuga, un miembro del equipo solicitó a una trabajadora social que mandara al domicilio del enfermo a alguien de la sociedad protectora de animales para "rescatar" a sus gatos que se habían quedado solos. Una vez los gatos estuvieron en un lugar seguro, el paciente no volvió a mencionar su deseo de abandonar el hospital.

La unión requiere respeto, confianza y responsabilidad de todos los miembros del equipo. A diferencia de las reuniones formales, estos breves encuentros no requieren labor preparatoria, ni planificación, ni mucho tiempo[5,7]. Se estimula a todos los miembros a proponer un encuentro en cualquier momento sin necesidad de aviso previo. Por ejemplo, puede realizarse después de que un paciente haya sufrido una caída para establecer qué podía haberse hecho para prevenirla. ¿Estaba todo en su sitio? ¿Qué puede hacer el equipo para que el paciente no vuelva a caerse?

La unión de su unidad

Debido a la fragmentación del trabajo de los profesionales de enfermería en la unidad, en el que cada uno tenía asignados unos pacientes y recibía un parte independiente, cada vez era más difícil para los profesionales de enfermería de la unidad del Albert Einstein Medical Center –un centro universitario de pacientes agudos en Filadelfia– saber lo que ocurría en el resto de las 34 camas de la planta. Para poner remedio a esta situación, pusimos en marcha un proceso de unión de un año. Empezamos por establecer algunas normas para que todos supieran qué se esperaba de ellos. (Véase el cuadro anexo *Diez consejos para el éxito de la unión*.) Compartimos estas normas generales con todos los nuevos miembros del equipo. Escogimos reunirnos brevemente después de cada cambio de turno unos 10 o 15 min para discutir cómo podíamos cubrir mejor las necesidades de los pacientes y del personal.

Incluimos tanto a los profesionales como al personal auxiliar en los encuentros, ya que todos comparten la

Diez consejos para el éxito de la unión

1. Sea puntual y limite los encuentros a 10-15 min para potenciar la atención directa a los pacientes[5,7].
2. Haga que todos los asistentes se queden durante todo el encuentro. Ello contribuye a su brevedad[7,9].
3. Mantenga la simplicidad del encuentro y evite demasiada estructuración para prevenir la redundancia. No es el momento de revisar toda la historia del paciente.
4. Realice los encuentros siempre en el mismo lugar, por ejemplo en la sala de enfermeras[9].
5. Designe un responsable del encuentro, por ejemplo la enfermera más veterana[9]. El responsable deberá resumir los puntos clave al final del encuentro para centrar el interés en las iniciativas para la seguridad del paciente.
6. Anuncie el encuentro 5 min antes de su inicio, para que todos los miembros del equipo tengan tiempo de terminar lo que estén haciendo.
7. Estimule a todos a asistir y participar como parte de su responsabilidad.
8. Dé opciones a todos los miembros para exponer sus ideas para potenciar la creatividad y la práctica reflexiva.
9. Introduzca el buen humor en cada encuentro para reducir el estrés y procurar que, en la vuelta a su labor, el personal esté más relajado[10].
10. Cree una atmósfera de profesionalidad y respeto mutuo. Evite cuchicheos mientras alguien esté exponiendo sus ideas.

planificación de cuidados. Discutimos qué enfermera necesita ayuda con los procedimientos más complejos, como la cura de una herida complicada o la movilización de un paciente con parálisis, así como qué pacientes tienen riesgo de caídas o de lesiones, los que requieren cuidados específicos para el control del dolor o por problemas cognitivos, o los que tienen algún riesgo asociado a la medicación, como los enfermos en tratamiento con heparina.

La enfermera más experta tiene la oportunidad de revisar la carga de trabajo con la enfermera principiante, antes de que se encuentre "hasta la coronilla" y temerosa de pedir ayuda. También es un buen momento para identificar necesidades de formación para los nuevos profesionales de enfermería, de modo que puedan cubrirlas a lo largo del día, como la realización de un ECG, la inserción de una vía intravenosa o el cambio de apósito de un catéter venoso central (CVC)[5].

He aquí algunos ejemplos que explican cómo la unión funciona en nuestra organización.

Proteger a un paciente confuso para evitar caídas. La Sra. J., diagnosticada de enfermedad de Alzheimer, se había caído dos veces la noche anterior al intentar ir al baño. Puesto que podía caminar, decidimos que una cama demasiado baja no le favorecía, porque le dificultaba levantarse. Decidimos trasladarla a una habitación más cercana al control de enfermería para que pudiera estar mejor vigilada y que le fuera más fácil comunicarse. El equipo estuvo de acuerdo en ayudarla a ir al baño cada 2 horas y en firmar la ejecución de esta planificación.

Calmar a una paciente ansiosa. La Sra. C. estaba muy ansiosa y había llamado a la enfermera varias veces. La enfermera de referencia creía que la Sra. C. estaba demasiado sola y necesitaba compañía. Decidimos montar una "ronda" de visitas en la que cada miembro del equipo estaría con la Sra C. unos 5 min para peinarla, charlar, jugar una partida de cartas o leerle una breve narración. Una de las enfermeras le cantó una canción para tranquilizarla. Unos días después, los familiares mandaron una carta de agradecimiento porque la canción también les tranquilizó a ellos.

Cuidar a un paciente terminal. El Sr. S. fue diagnosticado de cáncer de pulmón en estadio IV e ingresó para recibir cuidados paliativos. Su familia le acompañaba, constantemente preocupados por que "muriera por ahogo". La enfermera invitó al fisioterapeuta y al resto del equipo de cuidados paliativos a unirse al encuentro para analizar los cuidados del paciente. Después del encuentro, el fisioterapeuta habló con la familia y les explicó que la respiración del paciente estaba siendo controlada, que la oxigenoterapia le proporcionaba bienestar y que teníamos disponible un dispositivo de aspiración por si hacía falta. La enfermera de cuidados paliativos les explicó también que habían modificado la pauta farmacológica añadiendo un medicamento que reducía las secreciones para prevenir el "ahogo". Esta comunicación resultó clave para minimizar el estrés del paciente y la familia, y contribuyó a una muerte más digna para el Sr. S.

Proteger al paciente de lesiones. La Sra. N., de 30 años, tenía asignada una enfermera en exclusiva después de un posible intento de autolisis. Tenía antecedentes de consumo de drogas y alcohol y se la estaba controlando para detectar manifestaciones de abstinencia. Su necesidad de apoyo emocional fue un reto para el equipo. La unión fue esencial para abordar la comunicación y explorar los aspectos esenciales de la seguridad y el bienestar de esta paciente y su cuidador. Una de las enfermeras se había dado cuenta de que la Sra. N. no se tragaba la medicación y apuntó la necesidad de quedarse con la paciente hasta asegurarse de que la hubiera tomado. Esta información es de vital importancia, porque los pacientes con intentos de suicidio acumulan la medicación que no toman para usarla posteriormente.

Cumplir los objetivos institucionales

La unión nos permite introducir procesos basados en la evidencia para mejorar los resultados de los pacientes sensibles a la práctica enfermera, como la prevención de bacteriemia secundaria a infección de catéter venoso central (BSICVC), infecciones del tracto urinario (ITU) en pacientes sondados o caídas. Por ejemplo, durante uno de los encuentros uno de los miembros con más "actitud reflexiva" pregunta qué paciente es portador de un CVC y por qué, y si éste debería retirarse. Este profesional realiza preguntas sobre el cuidado y el mantenimiento del catéter. ¿Se ha realizado el cambio de apósito, de equipos y de conexiones? ¿La sonda vesical está adecuadamente fijada a la pierna del paciente?

El profesional evalúa si los pacientes con riesgo de caídas tienen planificadas las actividades de identificación del riesgo, pulsera indicadora y marca en la cabecera de la cama como parte de la

Ventajas de la unión

Las reuniones breves proporcionan estas ventajas:

- Contribuyen a mejorar el trabajo en equipo y la colaboración entre los profesionales[3,4].
- Ofrecen la oportunidad a la supervisora de evaluar la unidad, asignar a los pacientes ingresados, ajustar las cargas de trabajo, acoger a los nuevos miembros del equipo o trabajadores temporales, como las enfermeras correturnos[5].
- Contribuyen al mantenimiento de los elementos de seguridad, como la identificación de pacientes con nombre idéntico o similar, la prevención de caídas, o aquellos con tratamiento poco habitual o de alto riesgo[3].
- Ofrecen un modo de comunicar aspectos normativos, nuevos procedimientos y circuitos, guías de buena práctica, equipos no disponibles y nuevas estrategias y herramientas[3,4].
- Ofrecen una buena forma de acoger a los profesionales de enfermería recién graduados.
- Contribuyen al buen funcionamiento porque permiten a los equipos reunirse con frecuencia[7].
- Favorecen la rapidez de los ciclos de planificación-ejecución-estudio y acción.

prevención de caídas. Además, estimula al resto del equipo a pensar en aquellos pacientes que de momento no tienen riesgo de caídas. ¿Pueden caerse porque se encuentran en un entorno extraño o porque están en tratamiento con laxantes? Al final, todas estas preguntas fortalecen el pensamiento crítico de todos los miembros del equipo.

El primer año de implementación de este programa (año fiscal 2010), la tasa de ITU por sonda fue de 1,85, mientras que el estándar del National Healthcare Safety Network (NHSN) es de 5,90; nuestro índice de BSICVC fue de 0,52, y en el NHSN fue de 1,20. Durante el segundo año (año fiscal 2011), nuestra tasa de caídas disminuyó de 6,25 a 2,28, mientras que el objetivo de la National Database of Nursing Quality Indicators para el año fiscal 2010 era de 3,36. Al finalizar la confección de este artículo, en nuestra unidad no se había producido ninguna ITU por sonda ni BSICVC desde diciembre de 2010.

Además, nuestra iniciativa de unión apoya el Modelo de Cuidados de Jean Watson, que sirve como marco teórico para la práctica enfermera en nuestra organización[8]. La comunicación diaria nos recuerda que nunca debemos trabajar solos y nos permite cuidarnos como parte del modelo teórico que seguimos.

Todas las organizaciones pueden beneficiarse de la mejora en la comunicación y de un entorno más seguro si adoptan la unión como forma de relación en el trabajo. Aunque la iniciativa puede estar liderada por la supervisora, no es un imperativo. Usted también puede contribuir a crear una cultura de cuidados más seguros para el paciente adoptando e individualizando esta herramienta a las necesidades del equipo y de sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

2. The Joint Commission National Patient Safety Goals. 2011. http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals.

3. Griffin V, Madigan C. Incorporating patient safety initiatives into nursing practice. Nurse Leader. 2007;5(6):34-37.

4. Dingley C, Daugherty K, Derieg M, Persing R. Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Dingley_14.pdf.

5. Shermont H, Mahoney J, Krepcio D, Baccari S, Powers D, Yusah A. Meeting of the minds. Nurs Manage. 2008;39(8):38-44.

6. Institute for Healthcare Improvement. Meeting tools: huddles. http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/Huddles.aspx.

7. Buchanan L. The art of the huddle. 2007. http://www.inc.com/magazine/20071101/the-art-of-the-huddle.html.

8. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Rev ed. Boulder, CO: University Press of Colorado; 2008.

9. Stewart E, Johnson B. Huddles: improve office efficiency in mere minutes. 2007. http://www.aafp.org/fpm/2007/0600/p27.html.

10. Hyde P. Implementing the "cardiac huddle." Crit Care Nurse. 2008;28(2):144.

Dolores Morrison es enfermera clínica especialista y Chakaire Sanders es técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el Albert Einstein Medical Center de Filadelfia (Pensilvania).

Los autores declaran que no existen conflictos de interés económicos relacionados con este artículo.