

SUSAN A. SALLADAY, PHD, RN

DÉFICIT DE PLANTILLA

Desbarajuste emocional

Mi nivel de estrés está descontrolado y no soy la única enfermera que se siente así en mi unidad. Todas hemos oído mil veces los mismos consejos acerca de cómo gestionar el estrés, pero con el déficit crónico de plantilla que se produce a diario, ¿cómo podemos establecer y mantener unos objetivos realistas, evitar responsabilizarnos de más de lo que

somos capaces, estar un día de baja si estamos enfermas, o incluso decir “no” de vez en cuando? Es difícil promover la salud de nuestros pacientes cuando estamos permanentemente poniendo en riesgo nuestra propia salud y bienestar. ¿No es poco ético estar cuidando a pacientes estando nosotras emocionalmente exhaustas?—P.L., W.V.

La respuesta es simple: ¡sí! Aunque, por supuesto, el problema que describe se sitúa en el extremo opuesto a la sencillez; es complejo y muy personal. En general, las enfermeras trabajan en situaciones muy estresantes; viene en el paquete. No existe un valor mágico en el que pueda establecerse en qué punto el nivel de estrés de una



ROY SCOTT

enfermera excede lo que se considera “seguro” para el cuidado de los pacientes, por lo que las enfermeras están éticamente obligadas a determinar individualmente cuando han llegado a su límite.

En estas circunstancias éticas, como en el libro *Catch-22*, las enfermeras están tan ocupadas cubriendo las demandas de su trabajo que ignoran cuánto se están “quemando”. Y la mayoría de gestores tienen tan pocos recursos con los que manejar estas situaciones que en general son poco efectivos en la resolución creativa de la situación.

Como profesionales de la salud, usted y sus compañeras están obligadas a abordar de forma proactiva la falta de personal que pueda afectar a la seguridad de los pacientes. Expongan sus preocupaciones a las responsables gestoras y presenten documentación que vincule la falta de personal con aspectos de seguridad, como el aumento de úlceras por presión o de caídas. Planteen posibles soluciones que puedan contribuir a aligerar la carga de trabajo en la unidad. Si es preciso, eleven sus planteamientos en la cadena de mando. Éticamente, el mantenimiento de la seguridad clínica es una responsabilidad compartida. ■

COMPETENCIA CULTURAL

¿Interpretación libre?

Un paciente posoperado en nuestra unidad médico-quirúrgica tiene un dominio limitado del idioma. Disponemos de un intérprete que nos ayuda a prestar los cuidados necesarios de forma adecuada.

La otra tarde observé que el paciente hacía muecas de dolor y se le veía incómodo, pero rechazó la toma de analgesia de rescate. A través del intérprete, le pregunté varias veces acerca de su nivel de dolor, pero refirió no tener ningún dolor.

Los dos hijos y el hermano mayor del paciente estaban en la habitación con él, y me pregunto si negó tener dolor debido a su presencia. También me pregunto si al plantearle esta cuestión delante de otros “hombres de la familia” se inhibió. ¿Cómo debería manejar esta situación?—B.W., FLA.
¿Qué información tiene sobre los aspectos culturales y las creencias del paciente acerca del rol de género? Son estas influencias de su juventud en las que él debe sentirse más seguro en el entorno ahora desconocido del hospital. O quizás, más que sentirse incómodo ante sus hijos y su hermano, se sintió incómodo reconociendo que tenía

dolor ante una enfermera o un intérprete, personas a los que no considera “familia”. Tenga en cuenta también la posibilidad de que usted malinterpretara los signos que observó. ¿Podrían tener algún otro significado, además del dolor posoperatorio? Descarte otras posibilidades realizando una exploración física completa.

Sugiera al médico cursar una interconsulta a la clínica del dolor para evaluar al paciente. El dolor tiene muchas caras. Una valoración detallada del dolor por parte de un cuidador formado en esta cuestión y cierto tiempo para colaborar con el intérprete pueden contribuir a resolver esta cuestión. ■

MEJORAR EL TRIAJE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA

Se busca: Solución creativa de problemas

Trabajo en un servicio de urgencias (SU) comunitario muy activo que se enfrenta constantemente al reto de los tiempos de espera y de una valoración por parte de los pacientes no del todo satisfactoria. Muchos pacientes acuden con problemas

no urgentes, lo que comporta retrasos en la atención. Una noche, el mes pasado, el tiempo de espera fue tan prolongado que un paciente se fue sin ser visitado, y después regresó en una ambulancia por haber sufrido un infarto agudo de miocardio en casa.

Algunos de mis compañeros critican el uso inadecuado que los ciudadanos hacen de los servicios de urgencias para casos de dolencias leves, y afirman que ello representa un perjuicio para los pacientes que realmente necesitan atención urgente. Otros consideran que este tipo de actitud por parte de los profesionales no solo es irrespetuosa, sino poco ética, porque la mayoría de pacientes que acuden a urgencias tienen un motivo que es importante para ellos (aunque no compartamos su razonamiento) ¿Quién tiene razón?—C.H., TEX.

Intentar dilucidar “quién tiene razón” consume un tiempo y un esfuerzo que resta a la necesidad de trabajar juntos en intentar mejorar la prestación de servicios que ofrece su área de atención urgente a la comunidad. La línea principal es que todos los pacientes tienen alguna razón para acudir a urgencias; no nos corresponde juzgar su decisión de acudir en busca de ayuda.

Recuerde que muchos SU en todo el país afrontan los mismos retos y van desarrollando soluciones creativas. Revise la literatura científica enfermera, eche una hojeda a los estudios de investigación, y busque prácticas basadas en la evidencia para elaborar y aportar las soluciones que mejor se ajusten a la realidad de su SU. Un ejemplo para reducir el tiempo de espera es el uso de un sistema rápido de triaje con una enfermera de práctica avanzada que distribuya a los pacientes de baja y alta agudeza; esta enfermera puede ocuparse de los pacientes con dolencias en un área de “fast-track” o pronta atención. Otra posible solución es crear un proceso de evaluación prioritaria del dolor torácico en el SU para garantizar que los pacientes con sintomatología indicadora reciben atención inmediata.

La Agency for Healthcare Research and Quality ofrece múltiples estrategias prácticas para mejorar los flujos de pacientes y reducir las aglomeraciones en los SU¹. Por ejemplo, consideren la creación de un equipo de mejora del flujo de pacientes específico para evitar congestiones en su centro.

¿El funcionamiento del laboratorio o las interconsultas afectan a los tiempos de espera del SU? ¿Los pacientes tienen largas esperas en urgencias hasta que se les asigna una cama de hospitalización? Estas situaciones pueden estar contribuyendo negativamente en los tiempos de espera para triaje y atención urgente por el bloqueo en el flujo de hospitalización.

Identifique los factores que entorpecen el flujo de pacientes en su SU y emplee esta información para proponer soluciones factibles. Trabajando en equipo, las enfermeras pueden liderar una mejor gestión de personas (no necesariamente más), mejores ubicaciones para los pacientes, y resolver de forma creativa y genuina estos problemas de forma que todos los pacientes puedan recibir en tiempo y forma la atención que precisan. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. McHugh M, van Dyke K, McClelland M, Moss D. Improving Patient Flow and Reducing Emergency Department Crowding: A Guide for Hospitals. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 11(12)-0094; 2011. www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ptfl_owguide.pdf

Susan A. Salladay es enfermera docente especializada en bioética y enfermería psiquiátrica y de salud mental. Es profesora asociada de Enfermería en la Colorado Christian University, en Lakewood, Colorado.

CÁNCER DE PÁNCREAS

El consumo regular de aspirina reduce el riesgo a la mitad

En un estudio de base poblacional con 761 casos y 794 controles, los investigadores preguntaron a los participantes sobre el consumo habitual de aspirina, comprimidos al día o a la semana, y edades en las que empezaron o dejaron de tomar aspirina. Se realizó un ajuste por edad, sexo, formación académica, índice de masa corporal, años de consumo de cigarrillos, cigarrillos consumidos a diario, seropositividad del gen A asociado a citotoxina de *Helicobacter pylori* (CagA), grupo ABO y antecedentes de diabetes mellitus. Los resultados evidenciaron que el consumo regular de aspirina “parece reducir el riesgo de cáncer de páncreas casi a la mitad”. Concluyen que las personas que toman aspirina para reducir el riesgo cardiovascular también parecen reducir el riesgo de cáncer de páncreas, aunque advierten que el consumo de aspirina a largo plazo “conlleva algunos riesgos de complicaciones hemorrágicas, por lo que se necesitan análisis de riesgo-beneficio para dar soporte a la toma de decisiones individual acerca del consumo de este fármaco”.

Fuente: Risch HA, Lu L, Streicher SA, et al. Aspirin use and reduced risk of pancreatic cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. [e-pub December 20, 2016.]

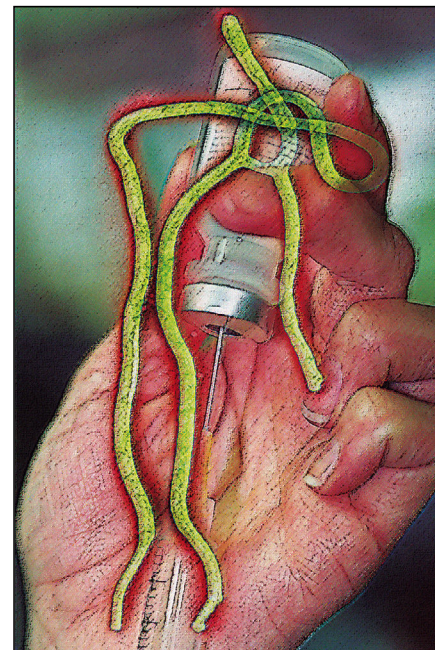
ÉBOLA

Una nueva vacuna es totalmente eficaz en ensayos clínicos

r-VSV-ZEBOV, descrita como vacuna candidata recombinante, competente para la replicación con virus de la estomatitis vesicular genéticamente modificado para la expresión en su superficie de una glicoproteína del Ebolavirus del Zaire, fue probada en un ensayo con una muestra grande de 11 841 participantes en Guinea, África Occidental, durante el año 2015. La vacuna fue administrada a 5837 personas que habían estado en contacto con pacientes con ébola o a personas que habían estado en contacto con allegados de los pacientes, incluyendo niños. Se realizó un seguimiento de los participantes durante 84 días.

Ninguno de los participantes que recibieron la vacuna desarrolló la enfermedad durante los 10 primeros días o más allá después de la vacunación, comparado con los 23 casos de ébola entre aquellos que no fueron vacunados. Alrededor de un 54% de los participantes vacunados refirieron algún efecto adverso durante las 2 semanas siguientes a la vacunación; habitualmente fueron efectos secundarios moderados, entre ellos cefalea, fatiga y dolor muscular.

La investigación en la eficacia y seguridad de la vacuna, especialmente entre las



poblaciones más vulnerables, como las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, está en curso. Antes de la aprobación formal, la vacuna estará disponible en caso de brotes de ébola, a través del procedimiento de “uso compasivo” que incluye un consentimiento informado.

Fuente: Henao-Restrepo AM, Camacho A, Longini IM, et al. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine in preventing Ebola virus disease: final results from the Guinea ring vaccination, open-label, cluster-randomised trial (Ebola Ça Suffit!). *Lancet*. [e-pub Dec. 23, 2016.] Final trial results confirm Ebola vaccine provides high protection against disease. World Health Organization. News release. December 23, 2016.