

Puesta al Día en Clínica

NOTICIAS | ACTUALIZACIONES | INVESTIGACIONES



ANDYL / ISTOCK

UCI NEONATAL

El elevado volumen de trabajo provoca omisiones en los cuidados de enfermería

Para investigar las correlaciones entre el volumen de trabajo de cada turno para enfermera y las omisiones de cuidado hacia los pacientes asignados, los investigadores estudiaron a 136 enfermeras de UCI neonatal (UCIN) que atendían a 418 niños durante 332 turnos. Las participantes incluídas eran una muestra de conveniencia de enfermeras que proveían cuidados directos a pacientes y habían recibido una instrucción en la unidad. Se evaluó el volumen de trabajo de cada turno con mediciones objetivas y una medición

subjetiva. Se utilizaron modelos de regresión logística cruzados y de niveles múltiples para calcular la asociación del volumen de trabajo con la omisión de cuidados.

Los investigadores observaron que la mayor proporción entre niños y enfermeras durante un turno se asoció a más omisiones de cuidados de enfermería en aproximadamente la mitad de los ítems de omisiones de cuidados medidos. Para este estudio, las omisiones de cuidados de enfermería se midieron mediante informes de los pacientes sobre la omisión de 11 prácticas fundamentales.

Los investigadores también descubrieron que las calificaciones subjetivas del volumen de trabajo de las enfermeras de la UCIN eran especialmente significativas. Por ejemplo, cada aumento de 5 puntos en una calificación subjetiva del volumen de trabajo durante un turno se asoció con un aumento

del 34% en la probabilidad de omitir un examen de enfermería durante un mismo turno. En opinión de los investigadores “el volumen de trabajo subjetivo representa un aspecto importante del volumen de trabajo de enfermería que no se suele medir a pesar de su alto potencial de intervención”.

Fuente: Tubbs-Cooley HL, Mara CA, Carle AC, Mark BA, Pickler RH. Association of nurse workload with missed nursing care in the neonatal intensive care unit. JAMA Pediatr. [e-pub November 12, 2018]

ALERTA DE INCIDENTE CENTINELA

Establecer una “cultura de informes” para prevenir errores

En una alerta de incidente centinela reciente, la Joint Commission instó a las organizaciones sanitarias a desarrollar

una cultura de elaboración de informes que fomentara el aprendizaje a partir de situaciones de riesgo y condiciones peligrosas. Los pasos específicos que pueden tomar los jefes sanitarios para fomentar esa cultura se basan en “las cuatro E de una cultura de informes”.

- Establecer confianza.
- Estimular la elaboración de informes.
- Eliminar el miedo a las represalias.

- Examinar errores, situaciones de riesgo y condiciones peligrosas.

En una cultura de elaboración de informes, “los que notifican errores humanos y conductas de riesgo no son castigados, para que la organización pueda aprender y hacer mejoras. Las personas que han tenido conductas de riesgo reciben orientación, y los que cometen negligencias reciben disciplina justa,

independientemente del resultado de la negligencia. Las autoridades, los jefes de unidad, los médicos, las enfermeras y el resto del personal se someten a los mismos estándares”.

La alerta completa se encuentra en www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_60_Reporting_culture_FINAL.pdf

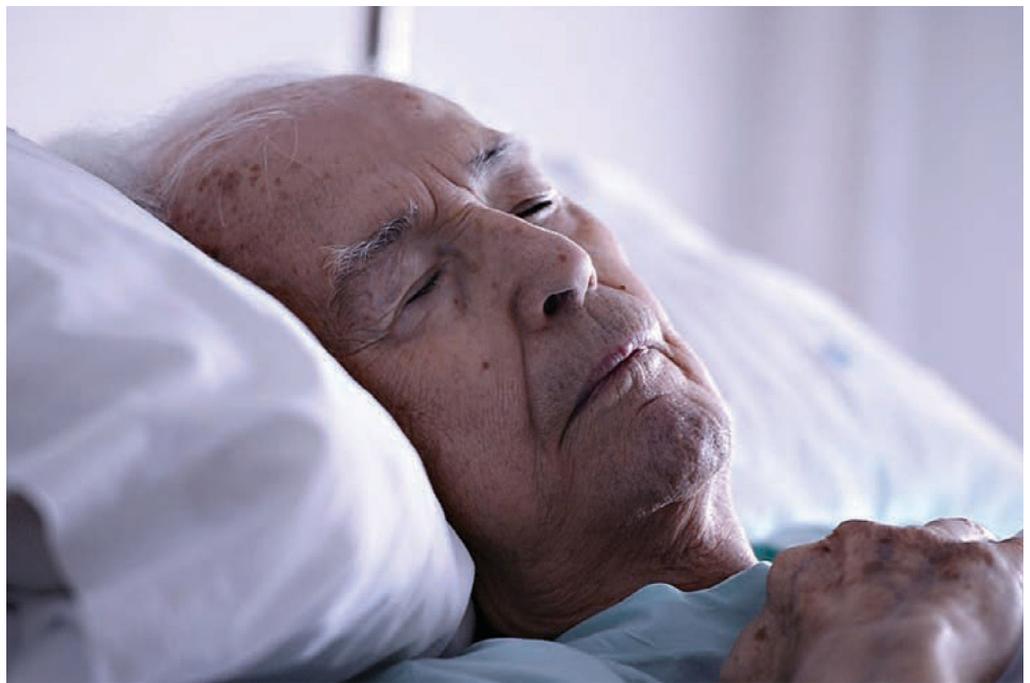
Fuente: The Joint Commission. Sentinel Event Alert, Issue 60. December 11, 2018.

PRIVACIÓN DEL SUEÑO

Las enfermeras defienden una “siesta” para pacientes

Una intervención llamada *Sueño para pacientes ingresados: permitir que los profesionales actúen* (SIESTA, *Sleep for Inpatients: Empowering Staff to Act*) ha demostrado reducir las actividades que interrumpen el sueño por la noche y mejorar las experiencias de los pacientes. Un estudio prospectivo se basó en dos unidades de medicina general de 18 habitaciones de un hospital urbano. En la unidad con la implementación de SIESTA, las enfermeras y los médicos recibieron formación para utilizar estrategias para mejorar el sueño. Unos avisos de la historia clínica electrónica (HCE) recordaba a las enfermeras que no proporcionarían cuidados nocturnos innecesarios, como tomar las constantes vitales habituales. Como los mismos médicos atendían a pacientes de las dos unidades, la unidad de control recibió todas las intervenciones excepto las de enfermería.

Para desarrollar las estrategias de mejora del sueño de la intervención SIESTA, los investigadores llevaron a cabo grupos temáticos y encuestas al personal para identificar obstáculos para el buen sueño



FRESNEL / SUTTERSTOCK

nocturno. La toma de constantes vitales, medicación y flebotomía por la noche se identificaron como los mayores obstáculos. Por ejemplo, los investigadores observaron que los médicos no sabían cómo cambiar la solicitud de constantes vitales “cada 4 horas” por defecto. En consecuencia, las enfermeras despertaban a los pacientes a la una de la madrugada para tomar sus constantes vitales y administrarles heparina subcutánea. Las mejoras en la HCE y la formación del personal en estrategias de mejora del sueño se integraron en el programa SIESTA.

El resultado fue que se redujeron las interrupciones nocturnas en las habitaciones en

un 44% en la unidad del SIESTA. Además, los pacientes tenían más probabilidades de no notificar ninguna interrupción por toma de constantes vitales o medicación. Estos indicadores se mantuvieron sin cambios en la unidad de control. Los autores concluyeron que las intervenciones de enfermería impulsaron estos resultados positivos, afirmando que “incluso cuando hay órdenes para respetar el sueño, la creación de un entorno favorable al sueño depende en gran medida de que las enfermeras de la unidad apoyen la causa”.

Fuente: Arora VM, Machado N, Anderson SL, et al. Effectiveness of SIESTA on objective and subjective metrics of nighttime hospital sleep disruptors. *J Hosp Med.* 2019;14(1):38-41.



CUIDADOS DE FIN DE VIDA

Enfermeras insatisfechas con la calidad de los cuidados en el hospital

En un estudio de 12.870 enfermeras de 491 hospitales de cuidados intensivos, los investigadores examinaron las percepciones de las enfermeras sobre la calidad de los cuidados de fin de vida (EOL, *end-of-life*) en hospitales de Estados Unidos y la relación entre el entorno de la práctica de enfermería y la calidad de los cuidados de EOL. Las enfermeras respondieron a una encuesta opinando sobre la calidad de los cuidados de EOL hacia pacientes con probabilidades de morir en el plazo de un año. El entorno de la práctica de enfermería se evaluó utilizando la escala del entorno de la práctica del índice de trabajo de enfermería, una escala validada por el National Quality Forum estadounidense.

Los resultados fueron los siguientes: la mayoría de las enfermeras (58%) dieron a sus hospitales unas calificaciones globalmente bajas para los cuidados de EOL; el 53% notificaron que los pacientes solían pasar por procedimientos dolorosos con pocas probabilidades de cambiar el resultado. Además, el entorno de la práctica de enfermería fue el mejor indicador de la calidad de los cuidados de EOL. En comparación con las enfermeras en entornos con malas prácticas, las que estaban en mejores entornos tenían un 55% menos de probabilidades de dar malas calificaciones a los cuidados de EOL de sus hospitales. Los autores mencionan que las enfermeras de entornos de práctica de alta calidad tienen más probabilidades de ser incluidas en tomas de decisiones en equipo y autorizadas para abordar opciones de cuidados con los pacientes y sus familiares. Los autores no hallaron diferencias en la calidad de los cuidados de EOL basándose en el tamaño del hospital, el estado educativo o el estado tecnológico, y el estado de beneficios solo produjo pequeñas diferencias.

“Nuestro estudio da credibilidad a la hipótesis de que cuando las enfermeras tienen el tiempo adecuado para estar con pacientes/familiares, establecer relaciones y facilitar la

comprensión de pacientes/familiares sobre pronósticos y opciones de tratamiento, y cuando las enfermeras se involucran en la toma de decisiones en equipo como abogadas de los pacientes y profesionales expertas, los pacientes/familiares se sienten más cuidados”, escriben los autores.

Fuente: Lasater KB, Sloane DM, McHugh MD, Aiken LH. Quality of end-of-life care and its association with nurse practice environments in U.S. hospitals. *J Am Geriatr Soc.* [e-pub December 2, 2018]

ENFERMEDAD HEPÁTICA

La intervención dirigida por enfermeras incrementa nuevos diagnósticos

La detección precoz de enfermedad hepática, que provoca pocos síntomas en sus primeras fases, es fundamental para detener o retrasar la progresión a cirrosis. Para determinar si pruebas adicionales no invasivas aumentarían el número de nuevos diagnósticos de enfermedad hepática en comparación con los cuidados habituales, las enfermeras establecieron una intervención de atención primaria dirigida por enfermeras que incluía 10 prácticas de medicina general (MG). Las 10 prácticas fueron distribuidas aleatoriamente para intervención (evaluación por una enfermera de hepatología) o para control (atención habitual). El examen del hígado para pacientes del grupo de intervención incluía un panel de marcadores para fibrosis no invasivo y elastografía transitoria. Los pacientes fueron categorizados de la siguiente forma: sin fibrosis, advertencia hepática, fibrosis progresiva o probable cirrosis. Cada nuevo diagnóstico fue examinado por un hepatólogo.

Desde julio de 2014 a septiembre de 2016, se identificaron 544 casos incidentes de enfermedad hepática en el grupo de intervención en comparación con los 221 del grupo de control. Casi la mitad de los participantes ($n = 910$) tuvieron algún grado de enfermedad hepática. Los autores concluyeron que “la incorporación de una enfermera de hepatología en las prácticas de medicina general fue sencillo y generó muchos más nuevos diagnósticos de enfermedad hepática que la atención habitual”.

Para tener más información sobre la evaluación y el tratamiento de la enfermedad hepática, v. el cuadro *Cuidar de pacientes con infección crónica por hepatitis C* en la página 32 de este número.

Fuente: El-Gohary M, Moore M, Roderick P, et al. Local care and treatment of liver disease (LOCATE) – a cluster-randomized feasibility study to discover, assess and manage early liver disease in primary care. *PLoS One.* 2018;13(12):e0208798.

TRATAMIENTO INTRAVENOSO

¿Por qué se desprenden tanto los catéteres?

El desprendimiento accidental de un dispositivo intravenoso (i.v.) interrumpe el tratamiento, aumenta el riesgo de complicaciones e incrementa los costes asociados al tratamiento i.v. Basándonos en estimaciones pasadas, cada año se depende de un 1,8% a un 24,5% de dispositivos i.v. Para estudiar las visiones de los médicos sobre frecuencia, impacto, factores condicionantes y problemas de seguridad alrededor del desprendimiento accidental de dispositivos i.v., un investigador de enfermería llevó a cabo una encuesta descriptiva transversal en línea dirigida a médicos que ejercían en un entorno sanitario clínico. De 1.561 encuestados, el 68% notificaron desprendimientos que ocurrieron “a menudo, a diario o varias veces al día”. De manera masiva, la mayoría de encuestados identificaron los catéteres i.v. periféricos como los dispositivos que se desprendían con más frecuencia. Los tres factores condicionantes principales fueron paciente confuso (80%), el paciente se quita el catéter (74%) y la cinta o fijación del catéter i.v. se despega (65%).

Casi todos los encuestados dijeron que el riesgo añadido de complicaciones asociadas con el cambio de catéter convierte el desprendimiento de catéter en un problema de seguridad. El autor afirma que este estudio revela cómo las incoherencias en el uso, la aplicación y el tratamiento de los dispositivos y vendajes para asegurar catéteres i.v. afectan a la viabilidad del catéter. ■

Fuente: Moureau N. Impact and safety associated with accidental dislodgement of vascular access devices: a survey of professions, settings, and devices. *J Ass Vasc Access.* 2018;23(4):203-215.