

PRIMERA EDICIÓN

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística



Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Adriana Maribel Guzmán Hidalgo
Ana Gabriela Checa Checa
Ana Victoria Espinal Castro
Andrea Lisseth Meza Cárdenas
Angela Cristina Yáñez Corrales
Diana Nataly Vega Vega
Duval Manolo Sisa Guano
Erika Alexandra Guerra Díaz
Erika Lizbeth Pinduisaca Torres
Fanny Yolanda Sisa Guano
Gabriela Alejandra Guerrero Yépez
Gabriela Elizabeth Suquilanda Oña
Gladys Alexandra Agualongo Moposita
Geimy Brigit Toscano Barrera
Germania Lucía Méndez Tana
Hipatia Gabriela Chicaiza Malitasig
Inés Patricia Urgilés Vallejo
Jair Alexander Trujillo Cruz
Jeanneth Silvana Armijos Paladines
Jenny Aydee Cabrera Ordóñez

Jessica Fernanda Allasiche Patiño
Johana Elizabeth Chariguaman Chimbo
Judith Inmaculada Francisco Pérez
Karla Mariela Morocho Arias
Karla Mikaela Castillo Siranaula
Katherine Lisbeth Almeida Cisneros
Katherine Yesenia Matailo Pozo
Lorena Consuelo Vergara Farinango
María Belén Mena Velasco
María Auxiliadora Castillo Castillo
María José Muñoz Irua
María Teresa Benavides Borja
Mishelle Estefanía Díaz Vaca
Nancy Marlene Rivas Tixi
Nancy Patricia Tayupanda Galora
Narcisa de Jesús Jiménez Juela
Rocío de las Mercedes Segovia Hernández
Venus Elizabeth Medina Maldonado
Vilma Jeaneth Iza Pila
Yessenia Vanesa Enríquez Monar

Autores Investigadores



Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

AUTORES

INVESTIGADORES

Adriana Maribel Guzmán Hidalgo

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;

Licenciada en Enfermería;

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

✉ amguzman@puce.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0005-5978-6399>

Ana Gabriela Checa Checa

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;

Licenciada en Enfermería;

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

✉ agchecac@puce.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0007-6939-2814>

Ana Victoria Espinal Castro

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;

Licenciada en Enfermería;

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

✉ avespinal@puce.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0008-8575-9775>

Andrea Lisseth Meza Cárdenas

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ almeza@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0007-5960-6671>

Angela Cristina Yáñez Corrales

PhD en Enfermería;
Magíster en Salud Pública con mención en
Investigación en Sistemas y Servicios de Salud;
Licenciada en Enfermería;
Decana de la Facultad de Enfermería en la PUCE;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Presidenta de la Asociación Ecuatoriana de
Escuelas y Facultades de Enfermería;
Coordinadora de la Red Internacional de Gestión del Cuidado;
Coordinadora del grupo de investigación Ensacovi-PUCE
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ acyanez@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0002-2609-1858>

Diana Nataly Vega Vega

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ dnvega@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0003-1299-9643>

Duval Manolo Sisa Guano

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciado en Ciencias de la Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ dmsisa@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0006-0922-5232>

Erika Alexandra Guerra Díaz

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ eaguerrad@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0002-3714-4580>

Erika Lizbeth Pinduisaca Torres

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ elpinduisaca@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0002-3295-8312>

Fanny Yolanda Sisa Guano

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ fysisa@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0006-0922-5232>

Gabriela Alejandra Guerrero Yépez

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ gaguerreroy@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0004-1721-9268>

Gabriela Elizabeth Suquilanda Oña

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ gesuquilanda@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0008-2508-2758>

Gladys Alexandra Agualongo Moposita

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ gaagualongo@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0001-6279-9992>

Geimy Brigit Toscano Barrera

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ gbtoscano@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0008-4555-9648>

Germania Lucía Méndez Tana

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ glmendez@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0005-7254-6023>

Hipatia Gabriela Chicaiza Malitasig

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Ciencias de la Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ HGCHICAIZA@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0001-9714-7695>

Inés Patricia Urgilés Vallejo

Magíster en Gerencia Hospitalaria;
Especialista en Administración Hospitalaria;
Diploma Superior en Gerencia Hospitalaria;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ IURGILES615@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0003-4833-3675>

Jair Alexander Trujillo Cruz

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciado en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ JATRUJILLOC@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0001-7984-2777>

Jeanneth Silvana Armijos Paladines

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Especialista en Enfermería en Diálisis;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ JSARMIJOS@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0009-8475-9033>

Jenny Aydee Cabrera Ordóñez

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ jacabrerao@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0006-4127-7913>

Jessica Fernanda Allasiche Patiño

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ jfallasiche@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0006-7847-1293>

Johana Elizabeth Chariguaman Chimbo

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ jechariguaman@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0002-5297-3376>

Judith Inmaculada Francisco Pérez

Máster Universitario en Salud Digital
Ehealth en la Especialidad de Gestión de la Salud;
Doctor of Education in Instructional Technology and Distance Education;
Magíster en Educación Mención Planificación Curricular;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ jifrancisco@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0001-5602-5942>

Karla Mariela Morocho Arias

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ kmmorochoa@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0007-6540-9156>

Karla Mikaela Castillo Siranaula

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ kcastillo279@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0006-1485-0622>

Katherine Lisbeth Almeida Cisneros

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ klalmeida@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0002-9108-382X>

Katherine Yesenia Matailo Pozo

Magíster en Gestión del Cuidado mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;

Licenciada en Enfermería;

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

✉ kymatailo@puce.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0000-6023-7710>

Lorena Consuelo Vergara Farinango

Maestría en Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;

Licenciada en Enfermería;

Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N° 1;

Quito, Ecuador

✉ lvergara519@puce.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0000-3211-8888>

María Belén Mena Velasco

Magíster en Enfermería con competencias en Investigación;

Docencia Gestión y Enfermería de Práctica Avanzada;

Licenciada en Enfermería;

Auditor Médico certificado;

Coordinadora de la Maestría en Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos; Coordinadora
delegada de la Facultad de Enfermería en PUCE;

Docente de la Maestría en Gestión del Cuidado PUCE;

Docente de la Carrera de Enfermería PUCE

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

✉ mbmena@puce.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-9246-8246>

María Auxiliadora Castillo Castillo

Doctorado en Educación;
Magíster scientiarum en Docencia para la Educación Superior;
Licenciada en Enfermería;
Coordinadora nacional de la Especialidad en
Enfermería en Salud, Familiar y Comunitaria;
Encargada de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería, PUCE
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ macastilloca@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0001-6072-894X>

María José Muñoz Irua

Maestría en Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Municipio del Distrito Metropolitano de Quito;
Quito, Ecuador
✉ mjmunozi@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0009-6344-5545>

María Teresa Benavides Borja

Magíster en Administración de Salud;
Licenciada en Enfermería;
Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ mbenavides953@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0009-6344-5545>

Mishelle Estefanía Díaz Vaca

Maestría en Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ mediazv@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0002-2263-1439>

Nancy Marlene Rivas Tixi

Maestría en Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ nmrivas@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0001-6408-3130>

Nancy Patricia Tayupanda Galora

Maestría en Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ nptayupanda@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0001-7096-6498>

Narcisa de Jesús Jiménez Juela

Magíster en Enfermería Quirúrgica;
Licenciada en Enfermería;
Auxiliar de Enfermería del Nivel Técnico;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ njimenez275@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0003-0025-5938>

Rocío de las Mercedes Segovia Hernández

Magíster en Salud Ocupacional;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ rdsegovia@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0009-0009-7011-5317>

Venus Elizabeth Medina Maldonado

Magíster en Enfermería con mención Salud Comunitaria;
Doctora en la Especialidad de Ciencias de Salud y Enfermería;
Licenciada en Enfermería;
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
✉ vemedinam@puce.edu.ec
ID <https://orcid.org/0000-0003-4260-6230>

Vilma Jeaneth Iza Pila

Maestría en Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;

Licenciada en Enfermería;

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

✉ vjiza@puce.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0007-0803-0297>

Yessenia Vanesa Enríquez Monar

Maestría en Gestión del Cuidado con mención en
Unidades de Emergencias y Unidades de Cuidados Intensivos;

Licenciada en Enfermería;

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

✉ yvenriquez@puce.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0001-7896-0285>

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

REVISORES

ACADÉMICOS

Cristhian Patricio Triviño Ibarra

Máster Universitario en Gestión de la Seguridad;
Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria;
Magíster en Docencia en Ciencias de la Salud;
Licenciado en Enfermería;
Doctorando en Ciencias Biomédicas;
Docente de la Carrera de Enfermería;
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí;
Manta, Ecuador

✉ cristhian.trivino@uleam.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0003-1659-2269>

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Especialista en Medicina General de Familia;
PhD. en Ciencias de la Educación;
PhD. en Desarrollo Social;
Médico Cirujano;
Docente Titular en la Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana;
Guayaquil, Ecuador

✉ xiomaparicio199@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

CATALOGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORES:

Adriana Maribel Guzmán Hidalgo
Ana Gabriela Checa Checa
Ana Victoria Espinal Castro
Andrea Lisseth Meza Cárdenas
Angela Cristina Yáñez Corrales
Diana Nataly Vega Vega
Duval Manolo Sisa Guano
Erika Alexandra Guerra Díaz
Erika Lizbeth Pinduisaca Torres
Fanny Yolanda Sisa Guano
Gabriela Alejandra Guerrero Yépez
Gabriela Elizabeth Suquilanda Oña
Gladys Alexandra Agualongo Moposita
Geimy Brigit Toscano Barrera
Germania Lucía Méndez Tana
Hipatia Gabriela Chicaiza Malitasis

Inés Patricia Urgilés Vallejo
Jair Alexander Trujillo Cruz
Jeanneth Silvana Armijos Paladines
Jenny Aydee Cabrera Ordóñez
Jessica Fernanda Allasiche Patiño
Johana Elizabeth Chariguaman Chimbo
Judith Inmaculada Francisco Pérez
Karla Mariela Morocho Arias
Karla Mikaela Castillo Siranaula
Katherine Lisbeth Almeida Cisneros
Katherine Yesenia Matailo Pozo
Lorena Consuelo Vergara Farinango
María Belén Mena Velasco
María Auxiliadora Castillo Castillo
María José Muñoz Irua
María Teresa Benavides Borja

Mishelle Estefanía Díaz Vaca
Nancy Marlene Rivas Tixi
Nancy Patricia Tayupanda Galora
Narcisca de Jesús Jiménez Juela
Rocio de las Mercedes Segovia Hernández
Venus Elizabeth Medina Maldonado
Vilma Jeaneth Iza Pila
Yessenia Vanesa Enríquez Monar

Título: Enfermería, salud y vida. Un aporte desde la perspectiva humanística

Descriptores: Ciencias Médicas; Enfermería; Atención médica; Investigación médica

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610.736/G994

Área: Ciencias Médicas

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-654-40-3

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2025

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 399

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-654-40-3>

URL: <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/161>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Enfermería, salud y vida. Un aporte desde la perspectiva humanística**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Director Académico: Ph.D. Lenin Suasnabas Pacheco

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Dirección de corrección: Mg. Aymara Galantón.

Editor de Arte y Diseño: Leslie Letizia Plua Proaño

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Índice

Contenidos



Prólogo	20
Introducción.....	22

Unidad 1.

Cuidados de enfermería para prevención de infecciones en pacientes críticos	25
--	----

Capítulo I.

Infección por cateterismo	30
<i>Germania Lucía Méndez Tana; Rocío de las Mercedes Segovia Hernández</i>	

Capítulo II.

Intervenciones de enfermería en la prevención de infecciones asociadas a catéter venoso central en unidades de cuidados intensivos: una revisión sistemática de la literatura	42
<i>Ana Victoria Espinal Castro; Narcisa de Jesús Jiménez Juela</i>	

Capítulo III.

Cuidados de enfermería para la prevención de infecciones asociadas a catéteres centrales o percutáneos en recién nacidos prematuros: una revisión sistemática de la literatura	51
<i>Vilma Jeaneth Iza Pila; María Teresa Benavides Borja</i>	

Capítulo IV.

Infecciones de origen urinario asociadas al cateterismo vesical permanente en pacientes adultos con enfermedades urológicas: una revisión narrativa de la evidencia científica.....	63
<i>Nancy Marlene Rivas Tixi; Narcisa de Jesús Jiménez Juela</i>	

Capítulo V.

Cuidados de enfermería en el manejo de sondaje vesical orientado a la prevención de infecciones de vías urinarias: revisión sistemática	84
<i>Nancy Patricia Tayupanda Galora; Inés Patricia Urgilés Vallejo</i>	

Capítulo VI.

La gestión del cuidado para la prevención de infecciones asociadas al sitio quirúrgico: una revisión sistemática	100
<i>Adriana Maribel Guzmán Hidalgo; Inés Patricia Urgilés Vallejo</i>	

Capítulo VII.

Intervenciones de enfermería para disminuir la neumonía asociada a ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos: revisión sistemática de la literatura ----- 109
Andrea Lisseth Meza Cárdenas; Rocío de las Mercedes Segovia Hernández

Capítulo VIII.

Cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica en Terapia Intensiva: Estudio Cualitativo ----- 120
Gabriela Alejandra Guerrero Yépez; Rocío de las Mercedes Segovia Hernández

Unidad 2.

Prevención de caídas y lesiones por presión en pacientes críticos ----- 138

Capítulo IX.

La efectividad de las intervenciones en enfermería en la prevención de caídas en pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos: una revisión sistémica de la literatura ----- 141
Gladys Alexandra Aqualongo Moposita; Narcisa de Jesús Jiménez Juela

Capítulo X.

Factores de riesgo para la aparición de lesiones por presión (UPP) en pacientes hospitalizados en unidades de terapia intensiva: revisión sistemática ----- 148
Geimy Brigit Toscano Barrera

Capítulo XI.

Análisis de los estudios de la prevalencia sobre las úlceras por presión en pacientes críticos: revisión sistemática ----- 153
Hipatia Gabriela Chicaiza Malitasig; Rocío de las Mercedes Segovia Hernández

Capítulo XII.

Movilización temprana del paciente crítico adulto en la unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática ----- 165
Lorena Consuelo Vergara Farinango; María Teresa Benavides Borja

Capítulo XIII.

Práctica segura para el traslado intrahospitalario de pacientes críticos: una revisión sistemática ----- 186
Duval Manolo Sisa Guano; María Teresa Benavides Borja

Unidad 3.

Humanización de la enfermería----- 206

Capítulo XIV.

Acompañamiento familiar en el período de hospitalización en la
unidad de cuidados intensivos: revisión sistemática narrativa----- 209
Ana Gabriela Checa Checa; Venus Elizabeth Medina Maldonado

Capítulo XV.

Beneficios de la aplicación de medicina alternativa en pacientes
ingresados en cuidados intensivos: una revisión narrativa
de la literatura científica ----- 221
Jessica Fernanda Allasiche Patiño; Narcisa de Jesús Jiménez Juela

Capítulo XVI.

Análisis de los estudios sobre la prevalencia del síndrome
de burnout en el personal de enfermería ----- 225
Diana Nataly Vega Vega; Erika Alexandra Guerra Díaz

Capítulo XVII.

Clima de seguridad del paciente en servicios
de emergencia y hospitalización desde la visión
de profesionales de enfermería: revisión sistemática----- 240
Yessenia Vanesa Enríquez Monar; Venus Elizabeth Medina Maldonado

Capítulo XVIII.

Percepción del profesional de enfermería sobre la seguridad
del paciente en una unidad de cuidados intensivos----- 252
Johana Elizabeth Chariguaman Chimbo; Judith Inmaculada Francisco Pérez

Capítulo XIX.

Violencia en el lugar de trabajo en un servicio de emergencia pediátrica
de un hospital público, desde la percepción de profesionales de enfermería,
período 2023----- 263
Katherine Lisbeth Almeida Cisneros; Venus Elizabeth Medina Maldonado

Capítulo XX.

Fatiga y gestión del cuidado en profesionales de enfermería que laboran en el servicio de neonatología de un hospital de la ciudad de Quito, periodo 2023-2024. ----- 276

Katherine Yesenia Matailo Pozo; Inés Patricia Urgilés Vallejo

Unidad 4.

Innovación y tecnología en las prácticas de enfermería----- 287

Capítulo XXI.

Intervenciones de enfermería en la identificación del paciente: revisión sistemática ----- 290

Karla Mikaela Castillo Siranaula; Narcisa de Jesús Jiménez Juela

Capítulo XXII.

Herramientas tecnológicas para la gestión del cuidado en enfermería: revisión narrativa de literatura----- 299

Jeanneth Silvana Armijos Paladines; Judith Inmaculada Francisco Pérez

Capítulo XXIII.

Conocimientos y actitudes hacia las herramientas de salud digital en profesionales de enfermería de Loja ----- 307

Gabriela Elizabeth Suquilanda Oña; Judith Inmaculada Francisco Pérez

Unidad 5.

Bienestar del personal de enfermería----- 323

Capítulo XXIV.

Afectación del desempeño laboral en profesionales de enfermería: un estudio fenomenológico ----- 325

Erika Lizbeth Pinduisaca Torres; Inés Patricia Urgilés Vallejo

Capítulo XXV.

Estrés y calidad de vida en los profesionales de enfermería que laboran en los servicios críticos del hospital Carlos Andrade Marín----- 344

Jair Alexander Trujillo Cruz; Venus Medina Maldonado

Capítulo XXVI.

Desempeño laboral y calidad de vida en profesionales de enfermería que laboran en unidades críticas UCI y emergencias del hospital Carlos Andrade Marín----- 353

Fanny Yolanda Sisa Guano; Venus Elizabeth Medina Maldonado

Capítulo XXVII.

Impacto físico y mental en profesionales de enfermería tras la atención de pacientes COVID-19 en unidades de cuidados intensivos: revisión sistemática. ----- 365

Karla Mariela Morocho Arias; Narcisa de Jesús Jiménez Juel

Capítulo XXVIII.

Carga de trabajo para profesionales de enfermería utilizando la puntuación TISS-28 en el área de cuidados intensivos adultos: una revisión sistemática de la literatura ----- 376

Mishelle Estefanía Díaz Vaca; María Teresa Benavides Borja

Capítulo XXIX.

Comparación de la aplicación de las escalas nursing activity score (NAS) y therapeutic intervention scoring system TISS-28 en las intervenciones de enfermería en cuidados intensivos: revisión narrativa----- 392

Jenny Aydee Cabrera Ordóñez; Judith Inmaculada Francisco Pérez

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Prólogo



La enfermería, un legado ancestral arraigado en el instinto humano de cuidar, ha evolucionado a lo largo de los siglos hasta convertirse en una disciplina científica altamente especializada. Hoy, los enfermeros se encuentran en la primera línea de la atención sanitaria, enfrentando desafíos complejos y brindando cuidados críticos a pacientes en situaciones vulnerables.

Este libro explora los aspectos más relevantes de la práctica enfermera en el ámbito de los cuidados críticos. A través de sus páginas nos adentraremos en el mundo de los pacientes más graves, aquellos que requieren una atención altamente especializada y continua. Analizaremos las estrategias más efectivas para prevenir infecciones, una de las principales complicaciones en estos pacientes, y cómo minimizar el riesgo de caídas y lesiones por presión.

Pero la enfermería no se limita a los aspectos técnicos. También exploraremos la dimensión humana de esta profesión, la importancia de humanizar los cuidados y de crear un entorno de trabajo saludable para los profesionales de enfermería. La innovación y la tecnología también tienen un papel fundamental en la práctica enfermera, y veremos cómo estas herramientas pueden mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

A lo largo de este recorrido, descubriremos cómo los enfermeros combinan conocimientos científicos, habilidades técnicas y una profunda empatía para brindar cuidados de la más alta calidad. Analizaremos protocolos de enfermería basados en la evidencia, exploraremos estudios de casos y discutiremos las últimas tendencias en la investigación en enfermería.

Este libro está dirigido a estudiantes de enfermería, profesionales de la salud, investigadores y a todos aquellos interesados en comprender los desafíos y las recompensas de la enfermería en cuidados críticos. Nuestro objetivo es ofrecer una visión integral y actualizada de esta especialidad, que permita a los lectores adquirir conocimientos prácticos y desarrollar competencias clave para brindar una atención de excelencia.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Introducción



Este libro hace una recopilación de artículos científicos sobre un tema común la enfermería, desde distintos ámbitos de análisis.

Otro ítem en común en el artículo fue la metodología implementada. La gran mayoría propuso una revisión sistémica, que dentro de la investigación científica resulta una mirada más amplia, ya que permite analizar diferentes propuestas contempladas en otros artículos científicos por varios/as autores/as.

El texto aborda varios temas en el área de la enfermería con la riqueza que da la exploración de otras investigaciones revisadas.

Estos temas son:

1: CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES CRÍTICOS

En esta unidad se abordan técnicas, propuestas y funciones de la enfermería para evitar infecciones en los espacios hospitalarios con pacientes hospitalizados.

2: PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

En esta unidad se estudia y expone los tratamientos y protocolos de las lesiones por presión. Estas lesiones son áreas de necrosis y a menudo ulceración (también llamadas úlceras por presión) donde los tejidos blandos se comprimen entre las prominencias óseas y las superficies externas duras.

3: HUMANIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Esta unidad presenta varios puntos de vista sobre el tema de la aplicación de la humanización en la atención de enfermería; está vinculada a una comprensión holística de los pacientes como individuos con derechos y valores distintos de los demás; más específicamente, esto requiere un enfoque centrado en el ser humano, protocolos y cultura organizacional.

4: INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA EN LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA

En esta unidad los artículos abordan cómo la tecnología y las innovaciones ayudan en el seguimiento en tiempo real de los parámetros de salud con sistemas de monitorización tan sofisticados que permiten realizar intervenciones en el momento, lo que puede ser crucial para la seguridad de los pacientes; ayudar a la reducción de las exigencias físicas de las enfermeras puede considerarse otro beneficio importante, ya que la tecnología ha hecho posible

la capacidad de supervisar los flujos de trabajo y eliminar el tiempo dedicado a tareas administrativas, lo que permite disponer de más tiempo para la atención y el cuidado directo de los pacientes.

5- BIENESTAR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Para finalizar, esta unidad presenta una serie de artículos que abordan, en todos los niveles de la organización, la calidad de vida de los profesionales de enfermería, la cual debe considerarse una prioridad debido a la relevancia que tiene el trabajo de las personas en el ámbito de la salud en los tiempos actuales.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Unidad 1

Cuidados de enfermería para
prevención de infecciones en
pacientes críticos



1. Cuidados de enfermería para prevención de infecciones en pacientes críticos

La prevención de infecciones es un aspecto fundamental de la atención de enfermería, en particular en el contexto de pacientes gravemente enfermos que suelen ser vulnerables a una variedad de infecciones debido a sus estados fisiológicos comprometidos y a intervenciones médicas invasivas.

Los tipos más comunes de infecciones que se encuentran en esta población incluyen neumonía asociada al respirador, infecciones del torrente sanguíneo, colocación de catéter, entre otros casos, cada una de las cuales puede comprometer significativamente los resultados del paciente, lo que lleva a estadías hospitalarias prolongadas, mayores costos de atención médica y tasas de mortalidad más altas.

Comprender la naturaleza multifacética de estas infecciones es esencial para los profesionales de enfermería a medida que desarrollan intervenciones personalizadas destinadas a minimizar el riesgo, esto requiere un enfoque integral que abarque técnicas asépticas meticulosas, monitoreo diligente de dispositivos invasivos e implementación de prácticas basadas en evidencia.

El papel de la educación y la capacitación continua para enfermeras no se puede subestimar; equipar a los proveedores de atención médica con los últimos conocimientos y habilidades mejora su capacidad para reconocer posibles riesgos de infección y responder de manera efectiva en entornos de alto riesgo.

En esta unidad se presentarán diversas investigaciones realizadas por profesionales de la salud donde se explora la importancia de la prevención de infecciones en la enfermería de cuidados críticos, examinando tanto los tipos comunes de infecciones que afectan a los pacientes gravemente enfermos como las intervenciones de enfermería específicas que pueden mitigar estos riesgos, subrayando, en última instancia, el impacto significativo de la educación y la capacitación continuas en las prácticas de control de infecciones en entornos de cuidados críticos.

En los pacientes en estado crítico, las infecciones son una preocupación importante que puede comprometer gravemente los resultados del paciente. Entre ellas, las infecciones respiratorias son las más comunes, en particular en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en América Latina y el Caribe, donde representan aproximadamente el 66% de todos los casos de infección (1). Estas infecciones a menudo se ven exacerbadas por el uso de ventilación mecánica invasiva, que facilita la introducción de patógenos en el tracto respiratorio.

Las infecciones del tracto urinario nosocomiales, frecuentemente vinculadas al cateterismo urinario, representan otro tipo de infección prevalente, junto con las infecciones quirúrgicas que surgen de procedimientos quirúrgicos y la bacteriemia por catéter vinculada al cateterismo vascular (2). El impacto de estas infecciones en los resultados del paciente es multifacético; no solo prolongan las estadías hospitalarias, sino que también se correlacionan con mayores tasas de mortalidad, en particular cuando están involucradas cepas resistentes de bacterias (1). La aparición de gérmenes resistentes a menudo es resultado del uso incorrecto de antibióticos, lo que complica aún más el tratamiento y la recuperación, lo que resalta el papel crucial que desempeña la administración adecuada de antibióticos en entornos de cuidados críticos (1), la introducción de dispositivos médicos e incisiones altera las defensas naturales del huésped, lo que hace que los pacientes sean más susceptibles a la invasión microbiana (2).

Los microorganismos responsables de estas infecciones pueden tener su origen en la propia flora del paciente, ser seleccionados debido a la presión antibiótica o provenir del entorno hospitalario, lo que subraya la compleja interacción entre las intervenciones médicas y el riesgo de infección (2).

Por lo tanto, comprender los tipos comunes de infecciones en pacientes críticos y sus implicaciones es vital para mejorar los resultados clínicos y aumentar la seguridad del paciente.

Para minimizar eficazmente el riesgo de infección en pacientes con enfermedades graves, las intervenciones de enfermería deben ser personalizadas e integrales. Una de las principales estrategias implica la práctica rigurosa de técnicas asépticas, especialmente al manipular dispositivos invasivos como vías intravenosas (IV) y circuitos de ventilación. El estricto cumplimiento de estos protocolos es esencial para prevenir infecciones que pueden surgir de la contaminación durante los procedimientos.

El control regular de los signos vitales, incluida la temperatura y otros indicadores, permite a los proveedores de atención médica detectar signos tempranos de infección y responder con prontitud, lo que es crucial en un entorno de cuidados críticos; mantener la higiene bucal y realizar la aspiración de secreciones son prácticas vitales que ayudan a garantizar la permeabilidad de las vías respiratorias y reducir el riesgo de infecciones respiratorias, en particular en pacientes intubados.

La administración de antibióticos debe gestionarse con criterio, según sea necesario, para combatir posibles infecciones respiratorias y sistémicas,

al tiempo que se tiene cuidado con la aparición de cepas resistentes debido al uso inadecuado, la comunicación eficaz con los pacientes y sus familias puede aliviar la ansiedad, fomentando un entorno de apoyo que contribuye indirectamente a los esfuerzos de prevención de infecciones.

La colaboración interdisciplinaria entre los equipos de atención médica garantiza que se brinde una atención personalizada, que aborde las necesidades únicas de cada paciente y mejore los resultados clínicos generales.

En última instancia, un enfoque sistemático de la atención de enfermería que abarque estas intervenciones puede mejorar significativamente la seguridad y el bienestar de los pacientes con enfermedades graves, minimizando así su riesgo de infección.

La educación y la formación son pilares fundamentales para mejorar las capacidades de las enfermeras en la prevención de infecciones en entornos de cuidados críticos, y desempeñan un papel fundamental para garantizar la seguridad del paciente y una atención eficaz.

Uno de los aspectos clave de la educación continua es la introducción de nuevos métodos de diagnóstico y seguimiento, que ayudan significativamente a prevenir infecciones nosocomiales, fomentando así un mayor nivel de atención para los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, una educación adecuada permite mantener proporciones apropiadas de enfermeras por paciente, lo que es esencial para prevenir la sobrecarga del personal y garantizar que las enfermeras puedan brindar una atención centrada en cada paciente. La formación continua no solo equipa a los profesionales de enfermería con las mejores prácticas actualizadas, sino que también fomenta la comprensión de la última evidencia científica relacionada con los protocolos de prevención de infecciones, lo que es crucial para mitigar eficazmente los riesgos de infección (3).

La formación facilita la colaboración interprofesional, que es vital para implementar protocolos integrales de prevención de infecciones, incluidas las prácticas de higiene de manos, que son los métodos principales para reducir la propagación de infecciones (3). El seguimiento regular y el refuerzo del cumplimiento de estas prácticas a través de indicadores de formación específicos mejoran aún más la eficacia de las medidas de control de infecciones en el entorno de cuidados críticos (3).

Referencias Bibliográficas

1. Martos F, Guzmán B. Epidemiología de las infecciones en cuidados críticos: papel de los gérmenes resistentes. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2015.
2. Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2013.
3. Ruiz et al. Microorganismos y hábitos de higiene. Estudio longitudinal en los cursos iniciales de Educación Primaria. [Online].; 2021. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7841399>.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 1

Infección por cateterismo

AUTORES: Germania Lucía Méndez Tana; Rocío de las Mercedes Segovia Hernández



Infección por cateterismo

Las infecciones asociadas a catéteres intravasculares han constituido un problema de especial importancia por su frecuencia, su importancia en términos de morbilidad y la posibilidad de prevención de estos procesos clínicos. En la actualidad, la mayor parte de los pacientes ingresados en un hospital son portadores de uno de estos dispositivos, al igual que una proporción significativa de los pacientes en atención ambulatoria. Se ha percibido un importante incremento de la información en relación con la epidemiología de estas infecciones, la mejor metodología para la orientación diagnóstica y las estrategias terapéuticas y, sobre todo, preventivas.

En su artículo “Infecciones en torrente sanguíneo por catéter (Intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones del torrente sanguíneo en la unidad de cuidados intensivos: Revisión sistemática.”

Realiza una revisión sistemática donde se elaboró una matriz de hallazgos mediante la extracción de la información más relevante de los 16 textos seleccionados en la muestra final (tabla 3). De los cuales, 5 textos corresponden a revisiones sistemáticas, 1 estudio observacional, 6 son estudios descriptivos (3 cuantitativos, 1 longitudinal, 2 transversales), y 6 estudios experimentales (3 cuasi experimentales y 3 ensayos clínicos aleatorizados. De acuerdo con los criterios de inclusión presentados en la metodología, el idioma de los artículos es un factor que se debe tomar en consideración. De la muestra final, 6 textos son en idioma inglés, 2 textos en idioma español y 8 textos son en idioma portugués.

De la búsqueda de artículos y documentos en bases científicas que se relacionan directamente con el estudio de las infecciones asociadas al torrente sanguíneo, se evidencia una relación en cuanto a las normativas de cuidado, higiene y salud por parte de los médicos y las enfermeras que trabajan de manera ardua en la unidad de cuidados intensivos de las diferentes instituciones médicas. Donde se destaca que la principal infección es causada por el uso de catéteres venosos centrales, sobre todo cuando estos se encuentran contaminados por alguna microbacteria que al entrar en el torrente sanguíneo causa enfermedades de gravedad.

Además, se evidencia que el personal de enfermería es uno de los primeros en actuar cuando se reflejan este tipo de infecciones, ya que al encontrarse en permanente contacto con los pacientes es posible realizar tratamientos de manera continua con el desarrollo y revisión determinada por la forma en la cual se han evidenciado los efectos en los pacientes de cualquier nivel.

Finalmente, se debe destacar que el desarrollo de protocolos y programas de prevención para este tipo de infecciones es uno de los puntos que mayor atención ha recibido por parte del personal médico y de enfermería, por lo cual es importante tener en cuenta que las infecciones de torrente sanguíneo son las de mayor cuidado social.

Para el análisis y la exposición de los resultados de la presente revisión, las intervenciones de prevención se analizaron de forma independiente, para posteriormente presentarlas como paquetes o bundles. Se tomaron en consideración medidas estándares implementado durante la inserción del catéter y su mantenimiento, que incluyen: higiene de manos, uso de medidas de barrera de máxima precaución, uso de clorhexidina alcohólica al 2% para la desinfección de la piel, elección del sitio de inserción y retiro de catéteres innecesarios, así como también intervenciones complementarias como: uso de catéteres impregnados con antimicrobianos, uso de apósitos impregnados con clorhexidina higiene corporal diaria con gluconato de clorhexidina, uso de tapones con solución antiséptica en los conectores.

Medidas de prevención durante la inserción del catéter venoso central

Higiene de manos

La práctica más económica y eficaz para prevenir infecciones del torrente sanguíneo en el ámbito de la salud es la higiene de manos. Esto es esencial durante la inserción y la manipulación diaria del catéter, ya que debe realizarse de forma aséptica para evitar la transmisión de microorganismos patógenos y el desarrollo de resistencia antimicrobiana (1).

Marqués, et al. (1) y Silva, et al. (2) coinciden en que el problema principal dentro del equipo de salud radica en la falta de adherencia a dicha medida preventiva por parte de enfermeras y del equipo técnico, antes y después de la manipulación del catéter. Su estudio reportó una tasa global del 38,7%, siendo el 30% simple higiene y el 8,7% fricción alcohólica, favoreciendo la transmisión cruzada de microorganismos, especialmente en pacientes críticamente enfermos quienes presentan una mayor probabilidad de ser colonizados o infectados. Al contrario, un estudio llevado a cabo por Musu et al. (3) demostró que el cumplimiento de la higiene de manos aumento significativamente del 47,0% al 89,4% posterior a la aplicación de programas educativos y de evaluación, los resultados revelaron una adherencia por parte de las enfermeras del 52,4% al 92,1%; auxiliares de enfermería del 71,0% al 92%; médicos del 71,0% al 92%, evidenciándose una reducción significativa del 55% al 21% en la tasa de infección relacionada con el catéter.

Uso de medidas de barrera de máxima precaución durante la inserción de los catéteres venosos centrales

Silva et al. (2) en su estudio cuasi experimental evidenció un 100% de adherencia por parte del personal médico al utilizar la máxima barrera de precaución (uso de guantes, gorro, mascarilla, bata y campo estériles) recomendada para la prevención de infecciones durante 10 inserciones de catéter venoso central, lo que contribuye a reducir la contaminación por el microbiota del profesional y del entorno del paciente en el momento de la inserción del catéter venoso central y el riesgo posterior de infección, considerándose una medida eficaz para el control de infecciones del torrente sanguíneo.

Uso de clorhexidina en la preparación de la piel

El programa Bacteremia Zero en su más reciente actualización del 2021 recomienda la desinfección de la piel mediante una solución alcohólica de clorhexidina entre el 0,5% y 2% y alcohol al 70% antes de la inserción del catéter (4). El antiséptico utilizado debe dejarse secar por completo después de su aplicación en la piel para prevenir infecciones asociadas al catéter venoso central, ya que esto promueve un efecto residual, que reduce la propagación de microorganismos extraluminales hacia el sitio de inserción del catéter (4). Por su parte, Araujo et al. (5) realizaron un estudio observacional durante 32 inserciones de catéter venoso central, evidenciándose el uso de la clorhexidina alcohólica en el 94% de las observaciones. Además, se observó que en el 96,87% de los casos se cumplió con la recomendación de permitir el secado espontáneo del antiséptico antes de llevar a cabo la punción, lo que contribuye significativamente a la prevención de infecciones en el torrente sanguíneo.

Selección del lugar de inserción del catéter

Silva, et al. (5) indican que los riesgos de infección en el torrente sanguíneo guardan relación con la ubicación anatómica del catéter de inserción. Por esta razón, los centros para el control y la prevención de enfermedades recomiendan evitar la utilización de la vena femoral para la inserción de catéteres de corto plazo, ya que este sitio se asocia con una mayor tasa de colonización microbiana en comparación con las venas subclavia y yugular.

Estudios realizados en las unidades de cuidados intensivos de Estados Unidos, han revelado que la incidencia de complicaciones infecciosas en la región femoral es 3,75 mayor que en la subclavia, y la tasa de colonización del catéter alcanza el 20% en la femoral y el 4% en la subclavia. De manera similar, Oliveira et al. (6) señalaron que, a pesar de conocer la recomendación de utilizar la vena subclavia como la vía de entrada ideal, excepto en los caté-

teres de hemodiálisis de corta duración, solo el 50% de los médicos afirmaron seguir esta recomendación al seleccionar los sitios para la punción venosa central. Además, es esencial considerar que cada paciente puede presentar características individuales que influyen en la elección del lugar de inserción, por lo que se debe tener en cuenta otros factores clínicos en la toma de decisiones.

Medidas de prevención durante el mantenimiento del catéter venoso central

Retirada de catéteres venosos innecesarios

La remoción anticipada del catéter venoso central puede ser contemplada como una estrategia preventiva en situaciones donde el catéter ya no es indispensable para el tratamiento del paciente. Esto se debe a que el riesgo de colonización del catéter venoso central incrementa con cada día de uso. Además, se aconseja retirar el catéter si se evidencian signos locales y sistémicos de infección (7).

Manejo higiénico de los catéteres

Otra de las estrategias evaluadas en este estudio para prevenir infecciones en el torrente sanguíneo está vinculada a los cambios de equipos de infusión y a la desinfección de los puertos de acceso y conectores sin aguja durante la administración de medicamentos. Siguiendo las pautas del Proyecto Bacteriemia Zero y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el reemplazo de equipos realizado entre las 72 y 96 horas reduce significativamente el riesgo de contaminación de líneas centrales. Asimismo, se sugiere cambiar los sistemas empleados para administrar sangre, hemo-derivados o emulsiones lipídicas dentro de las primeras 24 horas de iniciada la infusión, y cambiar los sistemas utilizados para infusiones de propofol cada 6 o 12 horas, al cambiar el vial (7).

Un estudio llevado a cabo por Quadros, et al. (8) que abarcó al 70% del equipo de enfermería durante 60 días en 66 oportunidades, mostró una adherencia del 67% en el intercambio de equipos de infusión. Los resultados exhibieron un índice de cumplimiento inferior al esperado, indicando la necesidad de continuar con la capacitación del equipo asistencial respecto al manejo adecuado del catéter venoso central. En el estudio de Araujo et al. (9), se observó el cumplimiento con la identificación de la fecha de cambio de los equipos según la normativa institucional (93,91%), así como el reemplazo diario del equipo para la solución intermitente de perfusión, como se recomendó (93,42%). También se destacó que la práctica de lavar el dispositivo con suero

fisiológico al 0,9%, o con solución heparinizada, después de cada administración de medicamentos, se asoció con una reducción de las obstrucciones de la vía venosa y de las tasas de infección.

Uso de apósitos impregnados en clorhexidina

La investigación llevada a cabo por Dolci et al. (10) subraya la relevancia de emplear adecuadamente apósitos impregnados con clorhexidina durante la inserción y el mantenimiento de dispositivos intravasculares ya que poseen una actividad antimicrobiana rápida y efectiva. Este enfoque ha sido objeto de estudio, especialmente en la literatura internacional, y se ha propuesto su eficacia debido a la observación de una disminución significativa en la colonización e infecciones asociadas al catéter relacionado con dicho dispositivo.

Con respecto a los cuidados asociados, la curación del catéter venoso central tiene una vigencia de siete días si se utiliza un apósito que permite la visualización del lugar de inserción y si éste se mantiene limpio e intacto. En caso de que el sitio de inserción del catéter no sea visible, se debe cambiar el apósito en un plazo máximo de 48 horas (10,4).

La duración promedio del catéter venoso central en este estudio fue de 8,6 días, con una desviación estándar de 4,9. Se utilizaron un total de 159 apósitos en el lugar de inserción de 64 catéteres venosos, con una frecuencia media de cambio de 3,04 días. La media de apósitos por paciente fue de 3,1. Se llevaron a cabo un total de 95 cambios, de los cuales el 87% fueron no programados antes de los 7 días de estancia, debido a problemas como desprendimiento, humedad, suciedad y pérdida del apósito (10).

Araujo et al. (9) en su estudio observacional mencionan que la película transparente con clorhexidina demostró ser más efectiva en comparación con el uso de cobertura convencional con gasa, con un impacto beneficioso significativo en la reducción de los indicadores de infecciones relacionadas con el catéter, sugiriendo así una mayor rentabilidad en términos de costos hospitalarios.

En este contexto, la inspección diaria para verificar la integridad de los apósitos impregnados con gel de clorhexidina, así como la necesidad de mantener el catéter, son estrategias esenciales para garantizar la seguridad de los pacientes y prevenir infecciones relacionadas con el catéter (9).

Higiene corporal diaria con clorhexidina

Una intervención que ha sido objeto de amplio estudio en unidades de cuidados intensivos es el baño diario de los pacientes utilizando gluconato de clorhexidina. Por lo tanto, es crucial implementar esta intervención de manera correcta y consistente en la práctica clínica. Un estudio aleatorio llevado a cabo por Reynolds et al. (11) resalta que la adherencia al proceso de baño con gluconato de clorhexidina, así como el conocimiento y las percepciones del personal de enfermería, mejoraron tras la implementación de estrategias educativas, auditorías y retroalimentación. Esto resultó en una reducción clínicamente significativa del 27.4% en las tasas de infección del torrente sanguíneo.

Al mismo tiempo, Esarte et al. (12) indicaron que la higiene con clorhexidina es efectiva en entornos de cuidados intensivos donde la prevalencia de bacterias grampositivas es alta, haciendo hincapié especialmente en la reducción de la bacteriemia relacionada con el catéter venoso central. Es esencial destacar el cuidado de los apósitos de CVC durante el baño del paciente para prevenir la contaminación del dispositivo con la suciedad o la humedad del agua durante el procedimiento. Por lo tanto, se recomienda el uso de mecanismos de barrera que protejan el catéter durante la higiene corporal.

Por otro lado, Oliveira et al. (13), en un estudio prospectivo y longitudinal de intervención, señalaron que una estrategia efectiva para abordar las infecciones del torrente sanguíneo implica el empleo de una estrategia de desviación positiva, basada en la aplicación de los conocimientos y habilidades del personal para proponer mejoras en los procesos de atención relacionados con el manejo del catéter venoso central. Como resultado de este estudio, los profesionales de enfermería propusieron dos acciones para mejorar los cuidados del catéter venoso central:

1. Emplear un hisopo con punta de algodón estéril y flexible para facilitar la antisepsia en áreas de difícil acceso alrededor del sitio de inserción del catéter, con una eficacia del 81,15% (n=56).

2. Aplicar un vendaje secundario en el catéter yugular y femoral cuando existan riesgos de contaminación (como secreción traqueal, hipersalivación, secreciones o drenajes de heridas quirúrgicas, diuresis en pañales o diarreas). Esta última recomendación se observó con menor frecuencia, ya que está indicada en casos específicos de riesgo.

Uso de catéter venoso central (CVC) impregnado en antimicrobiano

Pérez et al. (14) en una revisión sistemática demostraron que los catéteres venosos centrales impregnados con minociclina-rifampicina presentan mayor efectividad con resultados estadísticamente significativos con un valor $p < 0,001$, en comparación con los catéteres venosos estándares colocados en un tiempo menor a 10 días.

Uso de tapones con solución antiséptica en los conectores

Considerando que aproximadamente el 50% de las infecciones relacionadas con los accesos venosos en el período posterior a la colocación del catéter están vinculadas a la contaminación de los conectores sin aguja, se destaca la importancia de aplicar una técnica adecuada de desinfección de los puertos de acceso y conectores utilizando alcohol isopropílico al 70%. Esto ayuda a reducir el riesgo de infecciones al evitar la entrada directa de microorganismos al sistema circulatorio (15).

Es importante mencionar que Kuerten et al. (15), mediante un estudio in vitro compararon la capacidad de desinfección del alcohol etílico e isopropílico y clorhexidina, inoculando *Staphylococcus aureus* en conectores sin aguja demostrando la eficacia de los dos desinfectantes; sin embargo, la clorhexidina demostró mayor eficacia al reducir las tasas de carga bacteriana en un rango del 93,3% al 100%. Según López et al. (16), estudios no randomizados indican que tanto las toallitas con clorhexidina alcohólica como la desinfección pasiva con tapones impregnados con alcohol isopropílico al 70% están asociados con una incidencia significativamente menor de bacteriemias relacionadas con el catéter venoso central en comparación con las toallitas con alcohol isopropílico al 70%; se menciona un estudio en el cual, después de implementar el uso de tapones desinfectantes, se reportó una disminución del 50% en las infecciones. Sin embargo, a pesar de su efectividad los costos son representativos ya que pueden ser 17 veces más altos que los comunes.

Efectividad de los paquetes o bundles de medidas preventivas

Padilla (17), a través de un estudio cuasi experimental, evaluó el impacto de la aplicación simultánea de bundles de inserción y mantenimiento en la tasa de infecciones del torrente sanguíneo en una unidad de cuidados intensivos donde los paquetes de mantenimiento e inserción alcanzaron el 62,9% y 94,7% de cumplimiento. Se registró una disminución significativa, del 54,5% en la tasa de infección del catéter central (3,48 v/s 1,52 x 1,000 días/catéter, $p < 0,05$) en comparación con el grupo control.

De manera similar, Lai et al. (18) a través de un estudio de cohorte evaluaron el efecto del paquete de vía central en la tasa de infecciones del torrente sanguíneo en 27 unidades de cuidados intensivos distribuidas en 14 hospitales de diferentes niveles, evidenciándose una disminución significativa del 12,2%, pasando de 5,74 a 5,04 por 1,000 días/catéter. A su vez, la tasa de utilización del catéter disminuyó un 1,1%, de 55,3% a 54,2% posterior a la implementación del paquete multidimensional de vía central. Es relevante destacar que en ambos estudios se proporcionó capacitación al personal de salud de la unidad antes de la intervención, con énfasis en las medidas incluidas en cada bundles.

La revisión sistemática de Silva et al. (5) abarca diversos estudios sobre bundles, algunos de los cuales se centran en medidas primarias, mientras que otros se complementan con estrategias adicionales, también consideradas en el análisis de esta revisión. Es crucial tener en cuenta que la implementación y la adhesión a estos paquetes, además de reducir las tasas de infección, conllevan beneficios económicos significativos. Algunos estudios analizados evidencian una reducción considerable de US\$ 539.902,00 y US\$ 198.600,00 asociados con las infecciones del catéter venoso central, cifras que son claramente más elevadas en presencia de microorganismos resistentes.

Es necesario recalcar que los resultados expuestos en los estudios de Costa et al. (19) y Pires et al. (20) indican una correlación estadísticamente significativa entre el conocimiento de las enfermeras sobre los estándares recomendados (85,7%) y su práctica clínica en relación al mantenimiento del catéter venoso central (90,1%) contribuyendo directamente a garantizar la calidad de la atención brindada.

En este contexto, Foka et al. (21). señalan que, mediante la aplicación de una variedad de intervenciones educativas como conferencias, seminarios, talleres, retroalimentación, paquetes, simulaciones y listas de verificación, es viable lograr una reducción estadísticamente significativa en las tasas de infección del torrente sanguíneo, incluso alcanzando hasta 0,33 por 1.000 días de catéter central. La mayoría de las intervenciones enfatizan en la importancia de adoptar y cumplir con los paquetes de inserción y mantenimiento del catéter. En este sentido, el personal de enfermería desempeña un papel crucial al proporcionar atención continua a los pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

La revisión de la literatura reveló que existe diversas investigaciones de enfermería en las que se han evaluado intervenciones destinadas a reducir

la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes de cuidados intensivos. Estas intervenciones abarcan desde mejoras en la técnica de inserción de catéteres hasta programas de capacitación para el personal de enfermería en medidas de prevención de infecciones.

Basandose en el desarrollo de esta revisión sistemática bibliográfica se evaluó la efectividad de las medidas preventivas de intervención para el manejo de las infecciones de torrente sanguíneo, evidenciándose que la estrategia que reporta mayor efectividad es el conocimiento y la adherencia a los paquetes de inserción y mantenimiento de vías centrales. Además, se ha demostrado que estas medidas preventivas son más efectivas cuando se implementan de manera conjunta y no de forma aislada. Esto contribuye a una disminución significativa de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter venoso central en las unidades de cuidados intensivos.

Referencias Bibliográficas

1. Martos F, Guzmán B. Epidemiología de las infecciones en cuidados críticos: papel de los gérmenes resistentes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2015.
2. Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2013.
3. Ruiz et al. Microorganismos y hábitos de higiene. Estudio longitudinal en los cursos iniciales de Educación Primaria. [Online].; 2021. Available from: HYPERLINK "<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7841399>" <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7841399> .
4. Marqués et al. Infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. *Rev Enferm UFPE Line*. 2019;; p. 1-11.
5. Quadros et al. Adherence to central venous catheter maintenance bundle in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2022.
6. Musu et al. Controlling catheter-related bloodstream infections through a multi-centre educational programme for intensive care units. *J Hosp Infect.* 2017;; p. 275-81.
7. SEMICYUC A. Proyecto Neumonía ZERO. [Online].; 2024. Available from: HYPERLINK "<https://semicyuc.org/proyecto-neumonia-zero/>" <https://semicyuc.org/proyecto-neumonia-zero/> .
8. Silva A, Oliveira A. Impact of the bundles implementation on the reduction of bloodstream infections: an integrative review. *Texto Contexto - Enferm*. 2018;; p. 27.
9. Oliveira et al. Positive deviance as a strategy to prevent and control bloodstream infections in intensive care. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;; p. e03212.
10. Bell T O, Grady N. Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infections. *Infect Dis Clin North Am*. 2017;; p. 551-9.
11. Quadros et al. Adherence to central venous catheter maintenance bundle in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;; p. e20220077.
12. Pinheiro et al. Analysis of healthcare practices for prevention of primary bloodstream infections. *Ciênc Cuid E Saúde*. 2021.

13. Dolci et al. Frequency of change of chlorhexidine- impregnated gel dressings for central venous catheters in critically ill patients. *Esc Anna Nery*. 2017;; p. e20170026.
14. Reynolds et al. Results of the CHlorhexidine Gluconate Bathing implementation intervention to improve evidence-based nursing practices for prevention of central line associated bloodstream infections Study (CHanG-ing BathS): a stepped wedge cluster randomized trial. *Implement Sci IS*. 2021;; p. 45.
15. Esarte et al. Higiene con clorhexidina en unidades de cuidados intensivos para prevenir infecciones nosocomiales. Revisión sistemática. *An Sist Sanit Navar*. 2022.
16. Oliveira et al. Positive deviance as a strategy to prevent and control bloodstream infections in intensive care. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;; p. e03212.
17. Pérez et al. Prevención de infecciones nosocomiales mediante impregnación antimicrobiana del catéter venoso central. *Evidentia*. [Online].; 2019. Available from: HYPERLINK "<https://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e11629>" <https://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e11629> .

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 2

Intervenciones de enfermería en la
prevención de infecciones asociadas
a catéter venoso central en unidades
de cuidados intensivos: una revisión
sistemática de la literatura

AUTORES: Ana Victoria Espinal Castro; Narcisa de Jesús Jiménez Juela



Para realizar el artículo titulado “Intervenciones de enfermería en la prevención de infecciones asociadas a catéter venoso central en unidades de cuidados intensivos: una revisión sistemática de la literatura”, se consultó en las principales fuentes de información. En el buscador de Google académico se consiguieron 3.900 resultados, descartándose 3.800 al leer el título y 50 al ser literatura que no se puede obtener en texto completo o no estar conforme con los criterios de la investigación; se leyeron 50 artículos, de los cuales se trabajó con 8 que aportan a la investigación.

En Pubmed se obtuvieron 36 resultados con el uso de operadores booleanos, 2 duplicados, se descartaron 20 al leer el título y 9 no cumplieron con los criterios de inclusión, los restantes 4 se usaron para la investigación. En Springer 2.483 resultados, descartándose la mayoría por el título, se leyeron 30 y se seleccionaron 8 para el estudio. De los artículos analizados se escogieron 20, de los cuales 13 están en inglés, 4 en portugués y 3 en español.

En esta investigación, se utilizaron un total de 20 estudios procedentes de diferentes países, destacándose las siguientes cifras y porcentajes: 3 estudios se llevaron a cabo en Brasil, 2 en Ecuador, 1 en Colombia, 1 en Argentina, 2 en Italia, 2 en China, 2 en India, 1 en Portugal, 1 en Alemania, 1 en Corea, 1 en Baréin, 1 en Bélgica, 1 en Vietnam y 1 en Chipre. En cuanto a la metodología de las publicaciones, se encontró que 4 estudios fueron de tipo cuasi experimental (20%), otros 4 fueron transversales (20%), 1 se trató de un ensayo clínico aleatorizado (5%), 5 fueron estudios de intervención o cohortes (25%), 1 fue una revisión bibliográfica (5%), 2 fueron revisiones sistemáticas (10%) y 3 fueron revisiones integrativas (15%).

Los estudios se llevaron a cabo en diversas unidades de cuidados intensivos, entre ellas se incluyen: 1 unidad de cuidados intensivos respiratorios (1), 13 unidades de cuidados intensivos adultos (7–19), 2 unidades de cuidados intensivos pediátricos (2), 3 unidades de cuidados intensivos neonatales (22–24), 1 estudio tomó en cuenta las salas de cirugía, medicina, nefrología, oncología y unidades de emergencia y cuidados intensivos adultos (3).

Esta revisión sistemática tuvo como objetivo analizar los resultados de investigaciones primarias y revisiones sistemáticas desarrolladas en el campo de la enfermería, publicados en el periodo (2018-2023). Esto conlleva a determinar que las infecciones asociadas a catéteres venosos centrales (CLABSI, por sus siglas en inglés) son un problema importante en la atención médica, que puede resultar en morbilidad y mortalidad significativas para los pacientes.

Los resultados de los estudios muestran una variabilidad significativa en las tasas de infecciones de catéter venoso central (CLABSI). La implementación de intervenciones y programas de control de infecciones ha demostrado ser efectiva en la reducción de estas tasas (4). En algunos estudios, se observa una disminución sustancial en las tasas de CLABSI después de la intervención, como se evidencia en el caso donde las tasas disminuyeron del 10,7% al 3,4% en UCIA y del 5,9% al 4,4% en UCIP por 1.000 días de exposición al catéter (5). Otros estudios resaltan reducciones drásticas, como una disminución del 89% en infecciones relacionadas con vías y una reducción del 68% en infecciones del torrente sanguíneo en una UCIN. Sin embargo, también se reportan casos donde las tasas de CLABSI no disminuyeron de manera significativa después de la intervención (6).

A pesar de la variabilidad, existe el consenso de que la implementación de programas de educación, listas de verificación, mejoras en la higiene de manos y otras intervenciones han llevado a una reducción en la incidencia de CLABSI. Es importante destacar que las tasas de CLABSI varían según la región y las condiciones de atención médica, con tasas más altas en países tercermundistas en comparación con países desarrollados, lo que subraya la importancia de abordajes específicos según el contexto.

Los resultados de los estudios indican que las infecciones asociadas a catéteres venosos centrales (CLABSI) involucran una variedad de microorganismos, siendo los estafilococos coagulasa negativos, como *Staphylococcus epidermidis* y *Staphylococcus capitis*, los más frecuentes, seguidos de *Staphylococcus aureus*, enterococos y levaduras como *Candida albicans* y *Candida parapsilosis* (7). Además, se identifican bacterias gramnegativas como *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Proteus mirabilis* y *Pseudomonas aeruginosa* en la etiología de estas infecciones (8).

Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar medidas de prevención y control, como la higiene de manos, la desinfección adecuada del sitio de inserción y el uso de técnicas asépticas en la manipulación de los CVC.

De acuerdo con los estudios proporcionados, algunas perspectivas de las intervenciones que se generan son las siguientes:

1. Efectividad de las intervenciones educativas: Los resultados muestran que la aplicación de intervenciones educativas puede disminuir las tasas de CLABSI. Esto podría ser el punto de partida de la discusión, centrándose en la importancia de la formación continua del personal de salud para garantizar la correcta inserción, manejo y cuidado de los catéteres venosos centrales (9).

2. Elección del sitio de inserción: Dado que la vena yugular y la vena subclavia son los sitios de inserción más frecuentes, la discusión podría abordar cuáles son los factores que influyen en la elección del sitio y si es necesario considerar más acciones preventivas en ciertos sitios para reducir las complicaciones infecciosas (8).
3. Importancia de la higiene de manos y barreras estériles: Se observa un énfasis en la higienización de las manos y el uso de barreras estériles durante la inserción y el mantenimiento de los catéteres. Esta discusión podría explorar cómo garantizar un cumplimiento estricto de estas prácticas y cómo la falta de adhesión puede afectar la tasa de infecciones (10) (11).
4. Uso de tecnología como la ecografía: Se menciona que algunos procedimientos de inserción se realizaron sin guía ecográfica. Esto podría llevar a una discusión sobre cómo la incorporación de tecnologías como la ecografía puede mejorar la precisión de la inserción y potencialmente reducir las complicaciones mecánicas y las tasas de infección (12).
5. Duración y combinación de intervenciones: Los resultados mencionan una amplia variabilidad en la duración y combinación de intervenciones educativas como: la implementación de bundles y capacitaciones al personal de salud. Esto podría dar lugar a un debate sobre cuál es la combinación más efectiva y la duración óptima de las intervenciones para mantener un cumplimiento continuo (13,10).
6. Cambio de apósitos y uso de coberturas: La discusión podría explorar la elección de apósitos y coberturas transparentes para el sitio de inserción, junto con la importancia de su cambio regular para evitar infecciones y mantener la integridad del sitio de inserción (14) (15).
7. Enfoque multidimensional y listas de verificación: Dado que las intervenciones a menudo incluyen enfoques multidimensionales y listas de verificación, la discusión podría analizar cómo estas estrategias impactan en la prevención de CLABSI y si hay algún elemento específico que haya demostrado ser más efectivo (8).
8. Conocimiento y capacitación del personal: Se observa una variabilidad en el conocimiento del personal en relación con las recomendaciones. Esto podría dar lugar a una discusión sobre la importancia de la educación continua y la capacitación para garantizar un conocimiento sólido y una aplicación coherente de las mejores prácticas (10,4)

9. Enfoque en la vigilancia y medición de datos: La discusión podría explorar cómo la vigilancia continua de los datos y la medición del cumplimiento pueden influir en la reducción de tasas de infecciones, así como en la identificación temprana de problemas y oportunidades de mejora (10,16).
10. Necesidad de restricción y eliminación oportuna de CVC: Se sugiere la implementación de intervenciones para evitar el uso innecesario de CVC y garantizar la eliminación oportuna. Esto podría llevar a una discusión sobre cuáles son las razones para la retención de CVC y cómo se pueden implementar medidas para garantizar su uso adecuado (10).

En general, la discusión podría centrarse en la importancia de la educación, el cumplimiento de barreras estériles, la elección de las intervenciones adecuadas y la adopción de enfoques multidimensionales para reducir las tasas de infecciones asociadas a catéteres venosos centrales en entornos de atención médica.

Los estudios presentados ofrecen un análisis detallado de las complicaciones asociadas con los catéteres venosos centrales (CVC). Un aspecto destacado es la relación entre el tiempo de permanencia del CVC y la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter. Se encontró que la permanencia por más de 14 días aumentó significativamente el riesgo de infección. Sin embargo, se señala que esta relación debe interpretarse con cautela debido a la falta de consideración de factores como la gravedad del paciente y las comorbilidades, que también podrían influir en el riesgo de infección (17).

Otro aspecto relevante es la posible contaminación de la punta del catéter durante la extracción, relacionado con la aparición de infecciones. Además, la colocación del catéter en presencia de colonización de microorganismos o infección concomitante también se identifica como un factor de riesgo. Estas observaciones resaltan la importancia de procedimientos asépticos durante la manipulación de los CVC y sugieren que la contaminación puede ocurrir en diferentes etapas del proceso (8).

Las complicaciones de los CVC no se limitan a infecciones, sino que también pueden manifestarse con síntomas como fiebre, apnea y bradicardia en los pacientes. La epidemiología de las bacteriemias asociadas a CVC en pacientes críticos es variable y puede surgir espontáneamente tras una infección del tejido, procedimientos quirúrgicos o el uso de catéteres intravasculares

permanentes. Estas bacteriemias pueden ser asintomáticas o sintomáticas, lo que complica la determinación precisa de su tasa de afectación. Aunque los riesgos asociados con los CVC incluyen infecciones, también se mencionan otras complicaciones como hemorragia y trombosis. Sin embargo, se subraya que las infecciones son las más frecuentes y representan un desafío significativo en términos de prevención y manejo (18).

Las limitaciones de esta investigación radican en la falta de estudios en español y la presencia de textos incompletos, lo que pudo haber restringido la inclusión de estudios relevantes en la revisión. Para futuras investigaciones sobre intervenciones preventivas contra infecciones de catéter venoso central, se sugiere ampliar la búsqueda a diferentes idiomas y fomentar el acceso a textos completos a través de recursos académicos confiables y colaboración con bibliotecas. Además, es crucial incluir estudios de diversos contextos clínicos, realizar análisis comparativos entre intervenciones, adoptar un enfoque multidisciplinario, explorar tendencias emergentes y considerar factores de riesgo y comorbilidades de los pacientes para una evaluación más completa y efectiva de las estrategias preventivas en este ámbito.

A través de la revisión de los 20 estudios de diferentes países, se identificaron diversas medidas de prevención para evitar infecciones asociadas a catéteres venosos centrales. Estas medidas incluyen la importancia de una adecuada higiene de manos, el manejo eficiente de catéteres de larga permanencia y la utilización de técnicas asépticas para la inserción del catéter.

Existen tres vías principales por las cuales los microorganismos infecciosos pueden penetrar en el catéter venoso central: la vía intraluminal, la vía extraluminal y la vía hematógena, es así que se resalta la importancia de la formación académica para conocer estos procesos de infección y la experiencia del personal en la eficacia de las intervenciones educativas.

Las complicaciones de pacientes con infecciones asociadas a catéter venoso central pueden variar dependiendo del tipo de paciente y del entorno clínico. Entre las complicaciones más destacadas se encuentran las infecciones relacionadas con el catéter después de la inserción, también se destaca la importancia de repetir periódicamente las intervenciones educativas dirigidas al personal de salud para mantener tasas bajas de infección. Aunque se han propuesto diversas medidas de prevención como el lavado de manos y la manipulación con barreras estériles, es evidente que existen desafíos en la implementación y sostenibilidad de las intervenciones educativas y cuidados, lo que indica la necesidad de continuar investigando y mejorando las estrategias

para prevenir estas infecciones de manera eficaz y sostenible en la práctica clínica diaria.

Referencias Bibliográficas

1. Inchingolo et al. Educational interventions alone and combined with port protector reduce the rate of central venous catheter infection and colonization in respiratory semi-intensive care unit. *BMC Infectious Diseases*. 2019.
2. Rivera et al. Disminución de las infecciones asociadas a dispositivos intravasculares centrales aplicando un manojo de medidas (Bundle). Áreas críticas UCIP y UCIC Hospital pediátrico. Guayaquil-Ecuador año 2015. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las ciencias*. 2018.
3. Ferrara P, Albano L. The adherence to guidelines for preventing CVC-related infections: a survey among Italian health-care workers. *BMC Infectious Diseases*. 2018.
4. Acharya et al. Impact of Nursing Education on CLABSI Rates: An Experience from a Tertiary Care Hospital in Eastern India. *Indian J Crit Care Med*. 2019.
5. Phan et al. Enhanced infection control interventions reduced catheter-related bloodstream infections in the neonatal department of Hung Vuong Hospital, Vietnam, 2011–2012: a pre- and post-intervention study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2020.
6. Samaniego J. Intervención de enfermería en bacteriemias asociadas al catéter venoso central en pacientes críticos. [Ambato]: Universidad Regional Autónoma de Los Andes “UNIANDES”. 2023.
7. Wichmann et al. Efficacy of introducing a checklist to reduce central venous line associated bloodstream infections in the ICU caring for adult patients. *BMC Infectious Diseases*. 2018.
8. Foka et al. Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infections Through Educational Interventions in Adult Intensive Care Units: A Systematic Review. *Cureus*. 2021;; p. e17293.

9. Chi et al. Prevention of central line-associated bloodstream infections: a survey of ICU nurses' knowledge and practice in China. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2020.
10. Ferreira et al. Atuação do Enfermeiro nos Cuidados do Cateter Venoso Central (Cvc) na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Obras Acadêmicas – Universo Belo Horizonte*. 2022.
11. Bae et al. The effect of the multimodal intervention including an automatic notification of catheter days on reducing central line-related bloodstream infection: a retrospective, observational, quasi-experimental study. *BMC Infectious Diseases*. 2022.
12. Fau et al. Cuidados de enfermería para la prevención de la infección del catéter venoso central. *Revista Sanitaria de investigación*. 2022.
13. Cavalcanti de Lima et al. Contribuições da enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*. 2022.
14. Samaniego J. Intervención de enfermería en bacteriemias asociadas al catéter venoso central en pacientes críticos. [Ambato]: Universidad Regional Autónoma de Los Andes “UNIANDES”. [Online].; 2023. Available from: HYPERLINK “<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16182/1/UA-MEC-EAC-062-2023.pdf>” <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16182/1/UA-MEC-EAC-062-2023.pdf> .
15. Rivera et al. Disminución de las infecciones asociadas a dispositivos intravasculares centrales aplicando un manejo de medidas (Bundle). Áreas críticas UCIP y UCIC Hospital pediátrico. Guayaquil-Ecuador. *Revista Científica de Investigación actual*. 2015.
16. Inchingolo et al. Educational interventions alone and combined with port protector reduce the rate of central venous catheter infection and colonization in respiratory semi-intensive care unit. *BMC Infectious Diseases*. 2019.
17. Foka et al. Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infections Through Educational Interventions in Adult Intensive Care Units: A Systematic Review. *Cureo*. 2021.

18. Inchingolo et al. Educational interventions alone and combined with port protector reduce the rate of central venous catheter infection and colonization in respiratory semi-intensive care unit. *BMC Infectious Diseases*. 2019.
19. Acharya et al. Impact of Nursing Education on CLABSI Rates: An Experience from a Tertiary Care Hospital in Eastern India. *Indian J Crit Care Med*. 2019.
20. Bae et al. The effect of the multimodal intervention including an automatic notification of catheter days on reducing central line-related bloodstream infection: a retrospective, observational, quasi-experimental study. *BMC Infectious Diseases*. 2022.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 3

Cuidados de enfermería para la prevención de infecciones asociadas a catéteres centrales o percutáneos en recién nacidos prematuros: una revisión sistemática de la literatura

AUTORES: Vilma Jeaneth Iza Pila; María Teresa Benavides Borja



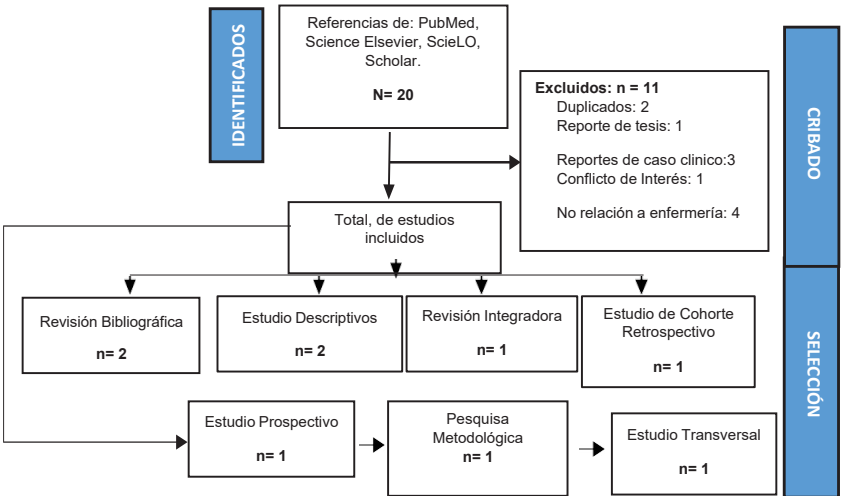
En este ensayo se realizó una revisión bibliográfica y se identificaron 20 artículos, los cuales contienen diversos aspectos sobre la prevención de infecciones asociadas al catéter central en recién nacidos. De éstos, fueron excluidos 11 por no cumplir con los criterios de elegibilidad; de los cuales 2 eran duplicados, 1 tenía conflicto de interés, 1 fue reporte de tesis, 3 fueron reporte de caso clínico y 4 no tenían relación con los cuidados realizados por el personal de enfermería (ver figura 1).

Finalmente se seleccionaron 9 artículos científicos para esta revisión mismos que corresponden a fuentes internacionales, y cuyo contenido se enfocó en identificar los principales cuidados de enfermería para prevenir infecciones asociadas a catéteres percutáneos en recién nacidos, determinar las actividades seguras a ejecutar por parte del personal de enfermería, y definir las condiciones del perfil profesional que debe cumplir la enfermera responsable del recién nacido.

De los 9 artículos seleccionados el 22,2% ($n=2$) corresponden a revisión bibliográfica; el 11,1% ($n=1$) corresponde a un estudio prospectivo, controlado, aleatorizado; el otro 22,2% ($n=2$) corresponden a estudios descriptivos; otro 11,1% ($n=1$) corresponde a revisión integradora de la literatura; otro 11,1% ($n=1$) corresponde a una pesquisa metodológica, otro 11,1% ($n=1$), estudio de cohorte retrospectivo y otro 11,1% ($n=1$), corresponde a un estudio transversal (ver figura 1).

Figura 1.

Diagrama de flujo de selección de artículos.



En cuanto a la distribución geográfica, los estudios provienen de varios países, distribuidos de la siguiente manera: 1 de Costa Rica, 1 de Taiwán, 1 de Australia, y por último, 6 de Brasil, completando un total de 9 artículos, de los cuales el 77,7% pertenece al continente americano; el 11,1% pertenece al continente asiático y el otro 11,1 % corresponde al continente australiano. En cuanto a los idiomas de recuperación, un 77,7% de los estudios se recuperaron del idioma portugués al español, mientras que un 11,1% se recuperó del idioma inglés al español y el otro 11,1 % correspondía al artículo original en español (ver tabla 2).

Tabla 2.

Descripción de los artículos seleccionados en la revisión.

Título	Autores	Año	Revista	Idioma	País	Tipo de estudio	Resultados
Catéter venoso central y sus complicaciones	Alejandra García Valeria Pizarro; Guiliana Cárdenas; María José Monge; Alejandra Quirós	2020	Portal de Revistas de Salud	Español	Costa Rica	Revisión bibliográfica	El personal de salud debe cumplir con experiencia sobre el uso y manejo del PICC para mantener y garantizar sus habilidades. También se debe facilitar guías actualizadas que contengan información relacionada con el PICC.
La frecuencia adecuada de cambio de apósitos para catéteres venosos centrales percutáneos en la prevención de infecciones relacionadas con el catéter en la UCI neonatal.	Li-Ting Su; Hsin-Chun Huang; Yu-Chen Li, Hsin-Yu Chang; Chih- Cheng Chen; Feng-Shun Chen; Mei-Yung Chung; I-Lun Chen	2020	Pediatrics and Neonatology Taiwan.	Inglés	Taiwán	Estudio prospectivo y cuantitativo	Los cambios de apósito regularmente se deberían realizar cada 7 días y, además, cuando se vea presencia de líquido hemático, el procedimiento se debe realizar con precauciones de barrera estéril, para que la UCI reduzca la incidencia de infecciones relacionadas a los catéteres centrales.

Manejo de catéteres centrales en recién nacidos y niños hospitalizados en unidades de cuidados intensivos	Laís Martins; Mariana de Carvalho; Santa Rita da Silva; Juliana Maria Rêgo; Maciel Cardoso	2022	Revista Baiana de Enfermagem	Portugués	Brasil	Estudio descriptivo y cuantitativo	El intercambio de sistemas de infusión debe cumplir con los siguientes criterios: infusión continua – cada 96 horas; infusiones intermitentes – cada 24 horas. Según Anvisa, los conectores se deberán cambiar cada 96 horas, preferiblemente junto con el cambio de equipos y extensores.
Actuación de los enfermeros en el manejo de catéteres venosos centrales de inserción periférica en unidades de cuidados intensivos neonatales	Leite César; Silva Luise; Marciele de Lima Silva; Rayssa Stéfani; Sousa Alves; Bárbara Gomes; Reilda de Sá Lima	2021	Investigación, Sociedad y Desarrollo	Portugués	Brasil	Revisión bibliográfica	Para la antisepsia de la piel, la clorhexidina está indicada como anti-séptico de primera elección. En cada manipulación del catéter, las manos deben estar estrictamente lavadas, desinfectar las conexiones con alcohol al 70%, reemplazar periódicamente el sistema de infusión.
Bundle para manipulación de catéter central de inserción periférica en neonatos	Custodio L; M.Raurelli-Torredá; E.Regaira-Martínez; B.Planas-Pascual; R. Ferrer-Roca	2019	Acta Paulista de Enfermagem	Portugués	Brasil	Pesquisa metodológica, cuantitativa	De los 21 ítems analizados por los jueces, 10 fueron excluidos por presentar índice de validez. La versión final del paquete quedó compuesta por ocho elementos que incluyen: la higienización de las manos antes y después de la manipulación, el uso de jeringas de calibre adecuado, cambio y desinfección de llaves de tres vías y de conectores con alcohol 70%, prueba de permeabilidad y cuidados con los vendajes.

Complicaciones derivadas del uso de catéter central de inserción periférica (PICC) en una unidad de cuidados intensivos neonatales	Madeira Felipe; Ana Cláudia da Cunha; Marcela Foureaux; Costa Pedro; Pinto Camponêz; Rebeca Pinto	2021	Revista Brasileira de Desenvolvimento	Portugués	Brasil	Estudio descriptivo cuantitativo	Se analizaron 111 catéteres insertados, en donde las principales complicaciones post-inserción fueron: mala colocación (25,7%), flebitis (19,3%) y oclusión (3,7%). No utilizar fenitoína y diazepam a través del CCIP, no infundir he-moderivados ni realizar reflujo sanguíneo en esta vía debido al fino calibre y la posibilidad de que sus paredes colapsen, lo que puede aumentar el riesgo de hemólisis, obstrucción, flebitis y posterior una infección asociada al catéter.
Análisis de cohorte retrospectivo de la infección del torrente sanguíneo asociada a vía central tras la introducción de un haz de vía central en una unidad de cuidados intensivos neonatales	Molly Bannatyne; Judith Smith; Malavika Panda; Mohamed E. Abdel-Latif; Tejasvi Chaudhari	2019	Revista Internacional de Pediatría-Hindawi	Inglés	Australia	Estudio de cohorte retrospectivo cuantitativo	Tras el reconocimiento de una alta tasa de CLABSI en la UCIN, se adoptó el cumplimiento de un protocolo de vía central que incluyó: listas de verificación de inserción y mantenimiento, educación al personal de salud, implementación de un carro exclusivo para la vía central, hacer cumplir la lista de verificación, colocar una señal de 'STOP' fuera de las habitaciones durante los procedimientos y garantizar las máximas precauciones de barrera.

Conocimiento y comportamiento de profesionales sobre el bundle de catéter venoso central	Bruna Figueiredo; Fernanda Penido Delma da Silva; Simão Anna; Leite Costal	2019	Revista Brasileira de Enfermagem	Portugués	Brasil	Estudio transversal cuantitativo	De los resultados se puede destacar que todos los profesionales evaluados informaron higienizar sus manos antes del procedimiento, utilizar guantes, mascarilla y gorro esterilizados. Además, el 46% (n = 23) de los enfermeros refirió haber participado ya en algún tipo de capacitación para la prevención de infecciones, mientras que, entre los médicos, sólo el 21,4% (n = 6, p = 0,031).
Cuidados de enfermería en recién nacidos con catéteres centrales de inserción periférica: una revisión integradora de la literatura	Gomes Barreto; Luana Carolina; Pinheiro do Valle; Bárbara de Sousa; Cabral Priscila; Antunes de Oliveira Elaine Motta; Aline Oliveira	2022	Brazilian Journal of Health Review	Portugués	Brasil	Revisión I integradora mixta (cuantitativo-cualitativo)	El equipo de salud debe actuar preventivamente con buenas prácticas como: adecuada higiene de manos, uso de guantes estériles, uso de antisépticos en el acceso al catéter, manteniendo el sitio de inserción limpio y con protección de las conexiones del catéter. Se debe lavar el catéter con solución salina al 0,9%,

Categorías temáticas

El análisis de los artículos seleccionados consiste en organizarlos en diferentes categorías, que se describen a continuación:

Condiciones del perfil del profesional de enfermería

En investigaciones realizadas anteriormente, en lo que se refiere al PICC (catéter central de inserción periférica), se identificó que existen algunas debilidades respecto al personal de salud como: desconocimiento de la técnica, descripción incompleta del procedimiento e información deficiente sobre el uso del catéter, por lo que se ha visto la necesidad de la actualización, capacitación y educación permanente del personal sanitario sobre esta temática. Así también, se recalcó que la experiencia del personal es indispensable en este procedimiento para garantizar una colocación segura, limitar el número de intentos y aumentar la probabilidad de éxito (1,2).

Se analizó la importancia de algunos aspectos como: la habilidad, destreza, conocimientos, actualización periódica de conocimientos y la formación

técnica del personal de enfermería para brindar los cuidados necesarios en la inserción, mantenimiento y retiro de este dispositivo. Igualmente se destaca su rol como educador, cumpliendo protocolos y guías clínicas establecidas, además de difundir el conocimiento con sus colegas de área. Se afirmó que la formación especializada del personal de enfermería, combinada con la experiencia práctica, permite la adquisición de una gama de conocimientos y destrezas necesarias para el manejo óptimo de los catéteres centrales y evita complicaciones que puedan provocar un incremento en costos y estancia hospitalaria. Al ser un procedimiento de complejidad, los PICC deberán ser insertados por un médico o enfermero competente, calificado y que posea experiencia previa sobre la técnica a efectuarse y que el personal nuevo o con poca experticia sobre la temática, necesariamente deberá estar acompañado de profesionales de salud experimentados y transmitir eficientemente el conocimiento desde el punto de vista experimental (3,4).

Actividades seguras del personal de enfermería

Las actividades seguras efectuadas por el personal de enfermería están encaminadas a prevenir, y evitar complicaciones, garantizando una calidad en la atención sanitaria y minimizando eventos adversos en el paciente.

El Centro de Control y Prevención de Infecciones (CDC) indicó que los protocolos de atención y guías de supervisión deben ser aplicados de manera responsable por el personal de salud y se introdujo una lista de verificación que contiene las siguientes recomendaciones: higiene de manos, desinfectar los tubos y conexiones en cada manipulación con alcohol al 70%, hacer uso de un lumen exclusivo para nutrición parenteral, realizar asepsia en zona de punción previamente con clorhexidina, realizar la técnica de permeabilización con solución salina al 0,9% antes de la infusión con jeringa de 10 o 20 mililitros, aplicar la técnica pulsátil de presión positiva (modo “empujar y detener”) lo que evita el retorno de sangre al catéter, es decir, el (reflujo), confirmar correcta posición del catéter con placa radiográfica, no utilizar fentanyl y diazepam a través del PICC debido a la formación de cristales en el interior del catéter, realizar cambios del sistema de infusión con los siguientes criterios: infusión continua – cada 96 horas; infusiones intermitentes – cada 24 horas, además se enfatizó en que el profesional debe utilizar las máximas precauciones de barreras: mascarilla, gorro, delantal esterilizado, guantes y campos esterilizados, garantizando en todo momento un procedimiento estéril, también deberá observar periódicamente el ostium de inserción del catéter para identificar la presencia de signos y síntomas de infección, y signos de desplazamiento (1,2,3).

A más de las recomendaciones anteriormente mencionadas se señaló que al realizar el baño en cama al recién nacido que posee un PICC hay que evitar mojar el apósito, y si por cualquier motivo llegara a suceder se debe cambiar el apósito con técnica aséptica, también cambiar los colgantes, conectores, extensores y equipos inmediatamente cuando haya presencia de coágulos o administración de hemoderivados, y cada 72 a 96 horas si permanecen intactos identificando la fecha de intercambio de los dispositivos. También se determinó que la frecuencia apropiada en el cambio de apósitos de catéteres venosos centrales percutáneos deben realizarse cada 7 días y, además, cuando se observe presencia de líquido hemático, este procedimiento deberá ser realizado bajo normas estrictas de asepsia, con barrera estéril. El mantenimiento del PICC amerita buenas prácticas esenciales en el cuidado de los recién nacidos para garantizar un adecuado manejo de este dispositivo (5).

En su mayoría, las unidades de cuidados intensivos neonatales han adoptado los cinco componentes originales del haz de vías centrales emitidos por el Institute for Healthcare Improvement (IHI). Del mismo modo, se señaló que el equipo de salud debe actuar correctamente con buenas prácticas enfocadas a la prevención de infecciones en los recién nacidos (6).

Prevención de infecciones asociadas a catéteres centrales

Se introdujo una lista de verificación basada en la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), mismos que establece el cumplimiento estricto de medidas preventivas como: higiene de manos, uso de guantes, técnica de asepsia, uso de barreras estériles y cuidado de equipos y conectores, vigilar diariamente signos de infección del sitio de punción; además se recomendó evitar la inserción desde el área inguinal ya que puede arrastrar diferentes bacterias y producir una infección y se mencionó la necesidad de valorar la integridad de la punta del catéter posterior a su retiro (2).

En estudios anteriormente realizados se destacó la importancia de crear protocolos y guías estandarizadas validadas científicamente que garantice el aprendizaje adecuado sobre esta temática y permitan ejecutar el procedimiento sin complicaciones. Se sugirieron acciones de educación, capacitación y preparación del personal de enfermería, recalcando la importancia de la elección adecuada del sitio de punción, y el tamaño del catéter a utilizar dependiendo la condición clínica del recién nacido para evitar posibles flebitis que pueden desencadenar en infecciones asociadas al PICC (2).

La atención de enfermería neonatal en la inserción, manipulación y retiro del PICC es indispensable ya que su correcta práctica garantiza la reducción del riesgo de infecciones asociadas al uso de este dispositivo intravenoso. La revisión de los estudios destaca actividades, intervenciones y estrategias propuestas por varios autores para mejorar la práctica en el manejo de los catéteres percutáneos, evitar infecciones y garantizar una atención de calidad a los recién nacidos. Los estudios efectuados por García et al. (1), Leite et al. (3), Madeira et al. (4) y Gomes et al. (5) mencionaron la apremiante necesidad de educación, preparación, capacitación continua y permanente del personal de salud referente a esta temática con el fin de mejorar las condiciones del perfil profesional responsable de este complejo procedimiento y, por ende, evitar posibles complicaciones asociadas a esta técnica en los recién nacidos. Estos mismos autores coincidieron en que el conocimiento va ligado a la práctica y que la fusión de ellos garantiza las habilidades y destrezas necesarias para un correcto procedimiento. En contraste, Figueiredo et al. (6) sugirieron que se debe incluir nuevo personal en esta práctica, claro, en compañía de profesionales experimentados, con el objetivo de que los conocimientos puedan ser transmitido al nuevo personal de la salud.

Los autores de los diferentes artículos en estudio coincidieron en la importancia de la aplicación de las actividades seguras por parte del personal de enfermería, entre ellas tenemos: higiene de manos, aplicación de técnica aséptica en el procedimiento, uso de barreras estériles, cambios de apósitos, desinfección de las conexiones con alcohol 70%, cambiar los equipos de uso para la administración de soluciones y medicamentos. Sin embargo, Figueiredo et al. (6) fueron más específicos y mencionaron el uso de mascarilla, guantes y campos estériles en la manipulación del catéter.

Respecto a los apósitos Li Ting et al. (7) mencionaron que la ventaja de usar el apósito impregnado con clorhexidina reduce significativamente las infecciones asociadas al PICC; además, sugieren realizar el cambio cada 7 días o cuando se vea con presencia de líquido hemático; sin embargo, Gomes et al. (5) enfatizaron en la utilización del apósito transparente normal ya que va permitir vigilar el sitio de inserción del catéter y valorar posibles signos de infección, mas no especifican un periodo de tiempo concreto de permanencia del apósito.

Autores como Gomes et al. (5) refirieron que el tiempo promedio de permanencia del catéter percutáneo debe ser entre 5 y 14 días como máximo; entre tanto García et al. (1) indicaron que se debe retirar una vez que el paciente no lo requiera o cuando haya finalizado el tratamiento.

El IHI señaló cinco componentes originales del haz de vías centrales, mismos que fueron adoptados por Bannatyne et al. (8); mientras que en el estudio de Custódio et al. (9) se propusieron guías de supervisión que incluyen 8 ítems; no obstante, Figueiredo et al. (6) introdujeron guías de supervisión estructurados de 2 partes: una en la cual se indagaba sobre la caracterización demográfica y profesional. Y otra parte que incluía ítems que valoraban el comportamiento profesional. Mientras que el estudio de Custodio et al. (9) propuso protocolos de atención y guías de supervisión que están constituidos por 11 ítems; todos hacen referencia al cumplimiento de las actividades seguras realizadas por enfermería.

En lo que concierne a la antisepsia del sitio de inserción, en el estudio efectuado por Figueiredo et al. (6) se recomienda realizar la asepsia con clorhexidina, alcohol al 70% o povidona yodada, con el fin de evitar infecciones asociadas a PICC, mientras que Leite et al. (10) mencionaron que para la antisepsia de la piel se recomienda el uso de clorhexidina, debido a la fina capa de piel que posee el recién nacido, además la utilización de otra sustancia podría ocasionar lesiones térmicas en la piel.

Se ha cuestionado el uso del catéter percutáneo para la administración de diferentes medicamentos, soluciones e incluso componentes sanguíneos; por lo que Custódio et al. (9) mencionaron que posterior a la administración de hemoderivados por el catéter percutáneo se debe lavar el lumen para evitar oclusión del catéter; por el contrario, Madeira et al. (4) sugirieron no utilizar el PICC para administrar medicamentos como fenitoína, diazepam ni hemoderivados debido al fino calibre del catéter y a la posibilidad de una flebitis.

Una actividad importante es la realización de una placa de rayos X posterior a la colocación del PICC, para confirmar la correcta posición del catéter, para lo cual García et al. (1) y Gomes et al. (5) mencionaron que necesariamente se debe coordinar para la realización de la placa, mientras que los otros autores no mencionaron nada referente a ello.

Dentro de las limitaciones en el desarrollo de esta revisión sistemática, la búsqueda de información se vio condicionada por la temporalidad de los estudios encontrados, los cuales, en su gran mayoría, tenían más de 5 años, además, el déficit de información con validez científica referente al tema a nivel nacional, dificultó la obtención de estudios, lo que plantea un desafío para obtener una visión más amplia enfocada al panorama nacional; de igual manera, la escasa información enfocada al grupo etario de recién nacidos prematuros fue un desafío en la ejecución de esta revisión sistemática.

El cumplimiento correcto de las actividades seguras efectuadas por el personal de enfermería es de suma importancia en la prevención de infecciones asociadas al catéter central de inserción periférica (PICC), entre ellas tenemos: higiene de manos, uso de barreras estériles, asepsia en la zona de inserción, cambio del apósito, desinfectar los tubos y conexiones en cada manipulación con alcohol al 70%, realizar la técnica de permeabilización con jeringa de 10 o 20 mililitros, aplicar la técnica pulsátil de presión positiva, confirmación de colocación del catéter con placas de rayos X, vigilar diariamente signos de infección, entre otros cuidados, garantiza la calidad de atención sanitaria, previene complicaciones y reduce significativamente las tasas de infecciones asociadas al PICC.

La implementación de protocolos de atención y guías de supervisión han demostrado ser muy útiles en la manipulación del PICC en recién nacidos. En este estudio se encontró algunos protocolos que incluyen diferentes ítems, todos con el enfoque de evaluar y mejorar las prácticas del personal de enfermería frente al cuidado de los neonatos que poseen estos dispositivos.

Los profesionales de enfermería requieren estar altamente capacitados, actualizados y poseer experticia sobre la colocación, cuidado y extracción del catéter venoso central para evitar posibles complicaciones. La combinación de la teoría con la práctica es clave para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas; así también asegura un manejo óptimo de estos dispositivos y ayuda a mantener estándares altos en la atención integral del recién nacido. La prevención de infecciones asociadas a los catéteres centrales de inserción periférica se constituye en un desafío crucial en el área de la salud, por tal motivo es indispensable el cumplimiento estricto de normas, protocolos y guías con alta validez científica.

Los beneficios de la práctica profesional en el manejo del PICC, están encaminados a mejorar los niveles de atención de enfermería, minimizando posibles complicaciones, infecciones, costos en la atención y estancia hospitalaria, por lo que se debe garantizar la realización de este procedimiento mediante una técnica estandarizada, siguiendo todas las directrices mencionadas por los diferentes autores en esta revisión sistemática.

Referencias Bibliográficas

1. García et al. Catéter venoso central y sus complicaciones. Revista medicina legal de Costa Rica. 2020; p. 74-86.

2. Laís et al. Management of central catheters in newborns and children hospitalized in intensive care units. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2022.
3. Leite et al. Atuação do enfermeiro no manuseio do cateter venoso central de inserção Periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Research, Society and Development*. 2021;; p. e59010212974.
4. Madeira et al. Complicações decorrentes do uso do cateter central de inserção periférica (PICC) em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Brazilian Journal of Development*. 2021;; p. 95180–91.
5. Gomes et al. Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com cateter central de inserção periférica: uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022;; p. 3642– 62.
6. Figueiredo et al. Conhecimento e comportamento de profissionais sobre o bundle de cateter venoso central. *Rev Bras Enferm*. 2019;; p. 49–56.
7. Li Ting et al. The appropriate frequency of dressing for percutaneous central venous catheters in preventing catheter- related blood stream infection in NICU – A randomized controlled trial. *Pediatr Neonatol*. 2021;; p. 292–7.
8. Bannatyne et al. Retrospective Cohort Analysis of Central Line Associated Blood Stream Infection following Introduction of a Central Line Bundle in a Neonatal Intensive Care Unit. *Int J Pediatr*. 2018;; p. 1–8.
9. Custódio et al. Bundle para manipulación de catéter central de inserción periférica en neonatos Autor correspondente. *Acta Paul Enferm*. 2019;; p. 261–7.
10. Leite et al. Atuação do enfermeiro no manuseio do cateter venoso central de inserção Periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Research, Society and Development*. 2021;; p. e59010212974.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 4

Infecciones de origen urinario
asociadas al cateterismo vesical
permanente en pacientes adultos con
enfermedades urológicas: una
revisión narrativa de la evidencia
científica

AUTORES: Nancy Marlene Rivas Tixi; Narcisa de Jesús Jiménez Juela



En este artículo de trabajo final de grado se realizó la revisión de fuentes de información en Google Académico. Se encontraron 104 resultados, PubMed 12 resultados, Scielo 44 resultados, Elsevier 36 resultados. Estudios realizados en Japón (1), Taiwán (1), Australia (1), Reino Unido (2), Londres (1), EE. UU. (1), España (9), Francia (1), Chile (1), Argentina (1), y Ecuador (1) en idioma español, inglés y portugués, se descartaron 112 artículos que no correspondían al tema de investigación, posterior a la lectura de resúmenes, se descartaron 40 resultados y 44 artículos se seleccionaron para lectura completa, se descartaron 12 artículos por ser texto incompleto, los 32 resultados restantes se eligieron de forma completa, pero se descartaron 12 por contener información repetida. Finalmente, la síntesis de datos de 20 artículos científicos se realizó en una matriz denominada bitácora de búsqueda mediante el programa Excel, donde constan las variables cualitativas y cuantitativas.

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA de la selección de estudios.

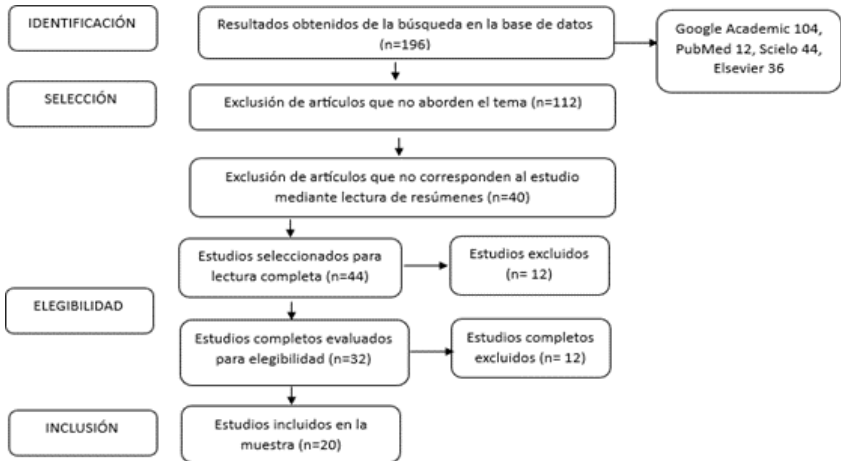


Tabla 1.

Resultados:

Nº1	Revista Científica	Autores y año	Título	Objetivos	Hallazgos
1.	Elsevier	B. Carballido de Miguel* y C. Verdejo Bravo, 2018	Trastornos de la eliminación urinaria en el paciente mayor	Reconocer los trastornos de la eliminación urinaria en el paciente mayor	La incontinencia urinaria en España se encuentra entre el 15-50% en adultos mayores de 65 años, en la comunidad su prevalencia es del 15%, en la incontinencia urinaria por rebosamiento asociada a la hiperplasia benigna de próstata en cuyos casos existe alteración contráctil del detrusor, el tratamiento de elección es el cateterismo vesical permanente en aquellos pacientes en los que no se pueda realizar cateterismo intermitente. La retención urinaria es la urgencia urológica más frecuente en el adulto mayor de 60 años, es rara en mujeres causada por factores obstructivos como el aumento del volumen prostático, patologías neurológicas; patología corticosubcortical, medular, neuropática autonómica y periférica, fármacos, origen inflamatorio-infeccioso el postoperatorio; en la fase aguda de la retención urinaria el tratamiento de elección es la colocación de una sonda vesical siempre y cuando no haya estenosis uretral. La opción de retirada del catéter vesical se toma siempre y cuando se haya tratado la causa (4).

2.	Elsevier	E. Álvarez Artero, A. Campo Núñez, M. García Bravo, O. Cores Calvo, M. Belhassen García, 2019	Infección urinaria en el anciano	Conocer la epidemiología clínica y microbiológica en el anciano hospitalizado por ITU, evaluar los tratamientos empíricos y su relación con la mortalidad	Las infecciones del tracto urinario (ITU) son la segunda causa de infección comunitaria que causa ingreso hospitalario, la tercera de infección nosocomial y, en pacientes hospitalizados por cualquier motivo, es un factor de riesgo asociado a la mortalidad. La edad avanzada es el factor de riesgo más vinculado a la aparición de las ITU, siendo uno de los principales indicadores de mortalidad. En el adulto mayor las infecciones de vías urinarias se asocian a diabetes, inmunosupresión, patologías urológicas, cateterismo vesical permanente, entre otras. Se estudiaron 349 episodios correspondientes a 330 pacientes. De todos los episodios, 48,6% (169/349) fueron de origen comunitario, 24,9% (87/349) relacionados con cuidados sociosanitarios y 26,6% (93/349) nosocomiales. El 55% de los episodios de infección urinaria se asociaron a sondas vesicales a largo plazo. En este estudio el porcentaje de infecciones a nivel comunitario fue menor que las relacionadas con cuidados sanitarios y casos nosocomiales (5).
----	----------	---	----------------------------------	---	--

3.	Elsevier	J.R. Yuste Ara, J.L. del Pozo, F. Carmona-Torre, 2018	Infecciones del tracto urinario	Conocer aspectos microbiológicos de las infecciones de vías urinarias asociada al catéter vesical a nivel comunitario	Las enterobacterias son los microorganismos causantes de las infecciones del tracto urinario asociada al catéter vesical a nivel comunitario y nosocomial. La enterobacteria aislada <i>E. coli</i> , es la causante del 75-95% de los casos, además de <i>Pseudomonas</i> spp., <i>Staphylococcus</i> spp., <i>Enterococcus</i> spp. y levaduras (6).
4.	Scielo	Wanda Cornistein, Alberto Cremona, Ana L. Chattas, Alejandro Luciani, Lucía Daciuk, Paula A. Juárez, Ángel M. Colque 2018	Infección del tracto urinario asociada a sonda vesical. Actualización y recomendaciones intersociedades.	Actualizar conocimientos y recomendaciones acerca del manejo, tratamiento y prevención de las infecciones del tracto urinario asociado al catéter vesical.	En la infección urinaria se debe diferenciar: Bacteriuria asintomática asociada a sonda vesical. Esta condición refiere a todo paciente con SV colocada > 48 horas, urocultivos positivos para ≥ 1 microorganismo, con recuento de ≥ 105 UFC y ausencia de signos y síntomas de infección. Infección urinaria asociada a sonda vesical (ITU-SV). Presenta los mismos criterios de la bacteriuria asintomática asociada a SV, pero con signos y síntomas de infección urinaria (fiebre, molestias en el hipogastrio, alteraciones del sensorio, hematuria aguda y disautonomía en parapléjicos). Los microorganismos más frecuentemente implicados en las ITU-SV son las enterobacterias (<i>E. coli</i>, <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterobacter</i> spp.) y los bacilos gram negativos no fermentadores, tales como <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i>. Entre los cocos gram positivos son frecuentes las especies de <i>Enterococcus</i> y entre los hongos las especies de <i>Candida</i> (7).

5.	PubMed	Reid Sheilagh, Brocksom Jane, Hamid Rizwan, Ali Ased, Thiruchelva m Nikesh, Sarahi Arun. Biers Suzanne, Belal Sr, Barrett Raquel, Taylor Julia, Parkinson Richard, 2021	Asociación Británica de Cirujanos Urológicos (BAUS) y Documento de consenso de enfermeras (BAUN): Manejo de las complicaciones de los catéteres permanentes a largo plazo	Brindar asesoramiento acerca del manejo de catéteres vesicales a largo plazo para prevenir complicaciones	El cateterismo vesical permanente se debe emplear cuando se hayan agotado otras alternativas de tratamiento y se debe analizar constantemente la necesidad clínica de mantenerla y considerar su retiro apenas sea posible. Se debe justificar siempre la necesidad del cateterismo, así como aspectos de la inserción y enfatizar sobre cambios y cuidados del catéter. Es importante siempre contar con el consentimiento del paciente para la realización del procedimiento, informar a la familia y cuidadores el motivo de la colocación del catéter. Para el manejo domiciliario el paciente debe recibir información acerca de manejo del catéter, identificar signos de alarma y proporcionar herramientas adicionales de acuerdo con las necesidades del paciente. Los profesionales de salud deben estar capacitados acerca de los productos de catéter apropiados, además debe ser capaz de manejar las posibles complicaciones: espasmo de vejiga, fuga de orina, obstrucción del catéter, hematuria, identificación de defectos anatómicos. En cuanto a la vía de colocación; uretral o suprapúbica, no existe suficiente evidencia para asegurar que la vía suprapúbica signifique menor riesgo de presentar infección que la uretral, pero resulta cómodo para el paciente (8).
----	--------	--	--	---	--

6.	PubMed	E Hird, Amanda; Saskin, Refik; Liu, Ying; Lee, Yuna; Ajib, Khaled; Matta, Rano; Kodama, Ronald; Carr, Lesley; Kulkarni, Girish S; Herschorn, Remitente; A Narod, Steven; K Nam, Robert, 2021	Asociación entre el cateterismo vesical crónico y la incidencia y mortalidad por cáncer de vejiga: un estudio de cohorte retrospectivo basado en la población en Ontario, Canadá	Establecer la relación del riesgo de presentar cáncer de vejiga, por el uso permanente de un catéter vesical	Un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Ontario, Canadá entre 2003-2018 en donde se identificaron 36.903 pacientes con cateterismo vesical crónico vs 110.709 pacientes sin este antecedente, el cateterismo vesical permanente y las infecciones urinarias anteceden la mortalidad específicamente por cáncer, la tasa relativa de muerte específica por cáncer de vejiga fue más de ocho veces en pacientes con cateterismo vesical permanente. En cuanto a la calificación de riesgo de presentar cáncer de vejiga fue más alto entre los pacientes de los dos quintiles de mayor duración del catéter. El carcinoma urotelial presentó mayor incidencia en ambos grupos; 84,5% pacientes portadores de sonda vesical y 87,2 % sin este antecedente. El carcinoma de células escamosas fue más frecuente en pacientes portadores de catéter vesical que en los pacientes sin este antecedente (9).
----	--------	--	--	--	--

7.	Elsevier	M.Vall verdú Vidal a F. Barcenilla Gaité, 2019	Antisepsia en el sondaje urinario y en el mantenimiento de la sonda vesical	Identificar la influencia del tiempo de permanencia en la presencia de infección del tracto urinario	Un factor de riesgo importante para el desarrollo de la infección del tracto urinario asociada a la asistencia sanitaria es el uso del catéter vesical; es por ello que la primera opción de prevención de la infección es realizar la inserción solo cuando esté indicado y limitar el tiempo de cateterismo urinario; su indicación se valora diariamente. Existe evidencia de que cerca del 21-50% de las indicaciones o de la duración del sondaje uretral son injustificadas. Para mejorar estos resultados existen diferentes intervenciones que se han mostrado eficaces (check-list, recordatorios de retirada, intervenciones vinculadas a enfermería) (10).
----	----------	--	---	--	---

8.	Elsevier	D. Salvador Hidalgo, M Bernardello Ureta M. Sbriglio, A. García Gámez, J. Sampere Moragas, J. Areal Calama F. Ágreda Castañeda, 2021	Embolización prostática como tratamiento para pacientes con hiperplasia benigna de próstata portadores de sonda vesical permanente no tributarios a cirugía desobstructiva	Conocer la relación del catéter vesical permanente y tratamientos definitivos en patologías urológicas	"En pacientes con hiperplasia benigna de próstata se presenta la retención urinaria, el sondaje vesical es el tratamiento a esta afección hasta la resolución quirúrgica definitiva. La embolización arterial prostática es una alternativa segura y eficaz. Aquellos pacientes que tienen factores de riesgo como: edad avanzada más antecedentes patológicos, no son candidatos a cirugía, por lo que en estos pacientes el tratamiento es el sondaje vesical permanente con cambios consecutivos. Un estudio retrospectivo de 26 pacientes portadores de sonda vesical permanente a los que se les realizó una embolización prostática. La mediana de edad fue de 85 años, con un volumen prostático mediano de 90 mL. El 88,5% de los sujetos puntuó más de 7 en la escala de comorbilidad de Charlson. Un único paciente presentó una complicación Clavien-Dindo III. De los 26 sujetos, 17 (65,4%) tuvieron una micción espontánea y un residuo posmiccional inferior a 100 mL al mes del procedimiento. En total se logró retirar la sonda vesical en 19 de los 26 sujetos (73,1%) (11).
9.	Scielo	E. Moreno-Cabello, A.M. González-Picazo, C. Martín-Salinas, 2020	Fomento del autocuidado al paciente con sondaje vesical domiciliario mediante sesiones educativas	Explicar la importancia	La incontinencia urinaria de esfuerzo es una complicación de la cirugía de prostatectomía radical como antecedente de cáncer de próstata, en donde se fabrica un esfínter urinario artificial que aunque funciona en el 80% de los casos, puede presentar como complicación infección tardía lo que implica el retiro de la prótesis y la colocación de un catéter vesical, hasta superar la infección y volver a colocar la prótesis, el 80% de las infecciones urinarias está relacionada a la sonda vesical, algunos autores coinciden que más del 3% de pacientes ambulatorios que portan una sonda vesical presentan infección. Al alta hospitalaria estos pacientes muestran incertidumbre y ansiedad por no tener conocimiento acerca del dispositivo que llevan colocado, por esto la información oportuna que los profesionales de salud deben brindar al paciente, familia y cuidadores es de vital importancia con el objetivo de fomentar el autocuidado y prevención de complicaciones (12).

10.	PubMed	Wilde, Mary H.; Mc Mahon, James M.; Crean, Hugh F.; Brasch, Judith 2018	Exploración de las relaciones entre la infección y el bloqueo del tracto urinario asociado al catéter en personas con catéteres urinarios permanentes a largo plazo	Establecer la relación entre las complicaciones del uso de catéter vesical a largo plazo	Este tipo de estudio de ensayo clínico aleatorio utilizó una muestra de 202 pacientes durante 1 año, en donde se encontró que la infección del tracto urinario asociada al catéter (ITU CV) está vinculada al bloqueo del catéter por el aumento de la presión dentro de la vejiga lo que contribuye al desarrollo de pielonefritis y septicemia; los problemas reportados al menos una vez por persona en el lapso de un año fueron: ITU CV se dio en 57%, obstrucción o bloqueo del catéter 34%, desprendimiento accidental 28%, presencia de sedimento 87%, fuga orina 67% espasmos de vejiga 59%, torceduras y torsiones del catéter 42% y dolor 49%, con esto el análisis de regresión indicó que el espasmo de vejiga y la cantidad de sedimento están directamente relacionadas con la presencia de ITU CV. Las fugas y bloqueo del catéter también están relacionadas con las ITU CV, la mayor cantidad de sedimento y fuga del catéter se relaciona con niveles más altos de obstrucción. Los antecedentes personales correspondieron a lesión de médula espinal 40%, esclerosis múltiple 23%, diabetes 12%, y enfermedad de próstata 10%, parkinson 2%, ECV 2%, espina bífida 1% vejiga neurológica 8%. El 56% de la muestra utilizó catéter uretral, el 44% catéter suprapúbico y el 1% utilizó ambos. El tiempo de uso del catéter que pueden llegar a tener estos pacientes en promedio es de 7,25, 6,1 y 11,7 años (3).
-----	--------	---	---	--	---

11.	Revista Médica Sinergia	González, Angela; Calvo, Jafeth; Triunfo, Sergio, 2023	Infección del tracto urinario asociada a catéter urinario	Realizar una breve revisión científica acerca de la fisiopatología de la enfermedad	El cateterismo vesical permanente se indica en pacientes con las siguientes condiciones: incontinencia o retención urinarias que no tenga otra solución. El cateterismo vesical intermitente se utiliza únicamente para el vaciamiento completo de la vejiga. El tiempo de permanencia del catéter vesical es el factor principal, se estima que cada día de uso de catéter el riesgo de presentar infección aumenta un 5% así, para el día 28 habrá cumplido con una probabilidad de 100% de presentar infección. Entre otros factores están la localización de la sonda ya sea en uretra, vejiga o riñón, la manipulación del catéter, las alteraciones en la vía urinaria, la inserción del catéter fuera de quirófano, la infección agregada en sitio diferente a tracto urinario, el paciente diabético; las alteraciones morfológicas del tracto urinario como uropatía obstructiva, obstrucción del catéter urinario, y colocación del sistema colector por encima del nivel de la vejiga del paciente (13).
12.	PubMed	Adomi, Motohiko; Iwagami, Masao; Kawahara, Takashi; Hamada, Shota; Lijima, Katsuya; Yoshie, Satoru; Ishizaki, Tatsuro; Tamiya, Nanako, 2019	Factores asociados con el cateterismo urinario a largo plazo y su impacto en la infección del tracto urinario entre las personas mayores de la comunidad: Un estudio observacional poblacional en la ciudad de Japón.	Analizar el riesgo de presentar infección del tracto urinario en pacientes que viven en una comunidad asociado al catéter vesical permanente	Un estudio observacional de base poblacional en una comunidad de Japón demostró que el sexo masculino, la edad avanzada, comorbilidades asociadas, hospitalizaciones previas, uso previo de sonda vesical durante la hospitalización se asociaron con el uso de catéter urinario a largo plazo. El porcentaje de incidencia en el caso de infecciones del tracto urinario por cada 100 personas al año fue del 33,8% en personas con catéter vesical permanente y el 4,7% sin este antecedente. En este estudio la muestra estudiada indica que de 143 pacientes con catéter urinario permanente el 49,7% correspondió a vejiga neurogénica, el 45.5% retención urinaria, 51,8% hiperplasia benigna de próstata, el 3,5% lesión de médula espinal y el 2,8% casos de fractura de pelvis. Una investigación realizada en Reino Unido estableció que la incidencia de cateterismo vesical a largo plazo en la comunidad fue de 0,57% en adultos mayores de 70 años. Un estudio en EE. UU. reportó que la incidencia fue mayor en el sexo masculino y edad avanzada (14).

13.	Re- vista de Inves- tiga- ción Talen- tos	Proaño Larrea, Carlos Aarón (2021)	Factores de riesgo para infección del tracto urinario asociado a catéter vesical en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 del Ecuador du- rante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2017	Conocer los facto- res de riesgo en las infecciones urina- rias asociadas al catéter vesical	En la investigación realizada en el Hos- pital de las Fuerzas Armadas N°1 se estudiaron a 377 pacientes con edad promedio de 53,48 años, de los 177 pacientes que portaban catéter vesical en un 37,29% se comprobó infección urinaria asociada al catéter, de estos el 59.09% portó la sonda por un período menor a 72 horas y el 18,18% usó el catéter por más de 10 días, el 62,71% restante no presentó infección. En donde se muestra una característica relevante es en la presencia de comor- bilidades asociadas con un 52,42%, la diabetes 80%, lupus eritematoso 80% y artritis reumatoide 66,67% fueron las de mayor incidencia (15).
14.	Pub- Med	Kinnear, Ned; Barnett, Dylan; O' Callaghan, Michael; Horsell, Kym; Gani, Jo- han; Hennessey, Derek, 2019	El impacto del método de drenaje vesical con catéter sobre el riesgo de infección del tracto urinario en lesio- nes de la médula espinal y vejiga neurogénica: una revisión sistemática	Comparar sistemáti- camente el impacto de los mé- todos de drenaje vesical con catéter en la tasa de infecciones del tracto urinario (ITU) entre pacientes con vejiga neurogénica	Los estudios incluyeron pacientes con vejiga neurogénica debido a una lesión de la médula espinal. Se compararon las tasas de ITU entre pacientes que utilizaron catéter uretral permanente IUC versus catéter suprapúbico SPC (cuatro estudios), IUC versus autocate- terismo intermitente ISC (seis estudios) y SPC versus ISC (cuatro estudios). El uso de ISC se asocia con tasas más bajas de ITU que de IUC (16).

15.	Pub-Med	Nazarko, Linda, 2020	Infecciones del tracto urinario asociadas a catéter en la comunidad	Analizar la prevalencia de infecciones del tracto urinario asociada al catéter en la comunidad	Este estudio revela que más de 90.000 personas en el Reino Unido tenían catéteres de larga duración. Descubrieron que a la mayoría de las personas se les cateterizó inicialmente en el hospital y que la prevalencia aumentaba con la edad. El cateterismo fue más común en personas con enfermedades neurológicas. Alrededor del 50% de las personas que tienen catéteres de larga duración experimentan problemas que incluyen dolor, daño tisular, disminución de la movilidad y asistencia hospitalaria asociada con el bloqueo, estas complicaciones no infecciosas son cinco veces más comunes que las infecciosas. La evidencia indica que, en alrededor del 30% al 50% de los casos, la indicación del cateterismo no está clara. Indicaciones de cateterismo vesical: urinario permanente; hematuria, obstrucción, cirugía urológica, úlceras de presión, control de ingesta y eliminación, cuidados al final de la vida, inmovilidad física. (1)
16.	Pub-Med	Palacios, Domingo; Lima, Lidiane; Hernández, Valentín; Fernández, César; Díez, Javier de Miguel; Martínez, David; Carabantes, David; Jiménez, Rodrigo; López, Ana 2021	Tendencias en la incidencia y resultados de las hospitalizaciones por Infección del tracto urinario en personas mayores en España	Evaluar las tendencias temporales en la incidencia y los resultados hospitalarios de la infección del tracto urinario asociada al catéter en personas mayores	Se incluyeron 583.693 En ambos sexos, la incidencia aumentó con la edad a lo largo del tiempo. El catéter urinario fue un factor de riesgo para las mujeres (2001-2003) 1.98% aumentando al 3.83% (2016-2018) En el caso de incontinencia urinaria, la tendencia fue mayor en mujeres; se encontró un 2.57% (2001-2003) al 6.02% (2016-2018) En hombres la incontinencia urinaria fue de 1.48% (2001- 2003) al 3.28% (2016-2018). (17)

17.	Else- vier	Sánchez, Miguel; García, Elisa; Abad, Ana; Soguero, María del Mar; Castro, María Elena, 2021	Empleo del sondaje vesical en el anciano hospitalizado	Conocer la preva- lencia de pacientes con sondaje vesical en un servicio de geriatria y analizar los factores asocia- dos con el empleo de sondaje urinario en ancianos hospi- talizados	En este estudio se incluyeron a todos los pacientes ingresados al servicio de geriatria de ellos el 10,20% necesitaron sonda vesical, el sexo masculino pre- valece con un 60,6% con edad media de 86,5 años. El 43,4% de los sondajes vesicales fueron temporales, el total de días que el paciente permanecía sonda- do fue de 7,5 días. La indicación terapéutica para la colocación de sonda vesical fue retención aguda de orina en el 67,7% de los casos. Al alta hospitalaria un 22,3% de pacientes necesitó conti- nuar con sonda en el domicilio, sin ser portador antes del ingreso (18).
18.	Pub- Med	Baboudjian, Michael; Henri, Pierre; Alexandre, Jean; Boissier, Romain, 2021	Retención urinaria aguda: epidemiología, optimización de la vía asistencial y alternativa al drenaje permanente	Describir aspectos más relevantes para el manejo de la retención aguda de orina	Un estudio realizado en Francia en el 2019 evidenció que el número total de consultas por Retención Aguda de Orina (RAU) fue de 62.779, es decir, el 0,4% del total de consultas de emer- gencia, la edad promedio de estos paciente fue de 72 años y el 87% de sexo masculino, del total, el 30% fueron remitidos a diferentes servicios de internación hospitalaria y el 70% regreso a su domicilio con el catéter vesical. De forma general se estima que 10% de hombres >70 años y un tercio >80 años presentará un episodio de RAU en toda su vida (19).

19.	PubMed	Gregor, John; Primmaz, Steve; Crichton, Siobhan; Wolfe, Charles (2018)	La incontinencia y los catéteres urinarios permanentes como predictores de muerte después de un accidente cerebrovascular de nueva aparición: un informe del registro de accidentes cerebrovasculares del sur de Londres	Establecer la relación entre el sondaje vesical permanente, la incontinencia urinaria y la mortalidad en un período posterior a un accidente cerebro vascular	El estudio realizado demostró que la colocación de un catéter vesical en pacientes que han sufrido accidente cerebro vascular, con incontinencia urinaria, aumenta la mortalidad al año y se concluye que la muerte post-ictus se puede reducir con la utilización e indicación adecuada del catéter vesical. Resulta importante evaluar la incontinencia urinaria una semana después del ECV, es mejor que evaluarla cuando el paciente ha alcanzado su mayor deterioro neurológico para pronosticar la mortalidad a un año. También se identifica que la indicación del cateterismo es incierta, y la colocación del catéter sin una indicación médica oportuna también aumenta el riesgo de muerte. La incontinencia urinaria en el deterioro neurológico y los catéteres urinarios durante la primera semana posterior al ECV estuvieron presentes en el 43,9% y 31,2% respectivamente, los dos se asociaron a la muerte dentro del año. Los casos de incontinencia urinaria y catéteres vesicales reportaron el doble de tasa de mortalidad que aquellos pacientes incontinentes sin antecedente de catéter vesical. (20)
20.	PubMed	Wen, Fang; Shih, Hsin I.; Chin, Hsiang; Huey, Ching; Chang, Ming 2018	Cambios dinámicos en la idoneidad del uso de catéteres urinarios entre pacientes mayores hospitalizados en el servicio de urgencias	Recabar información acerca de la incidencia, factores relacionados con la inserción inadecuada del catéter vesical	En el presente estudio se analizaron los días de uso inadecuado de catéter vesical, se tomaron en cuenta pacientes mayores de 65 años que porten catéter vesical (CV), situación actual de salud, factores que condicionan el uso de catéter y el argumento diario de uso de este. La colocación necesaria se dio en 117 pacientes de los 156 que se evaluaron en el servicio de urgencias, de estos 77 pacientes pasaron de la indicación necesaria de uso CV a un uso inadecuado, con un tiempo aproximado de 2,88 más o menos 1,56 días, los antecedentes fueron postoperatorio de fractura de cadera (36.3%) versus la no necesidad de controlar el volumen de diuresis (27,2%). Y que la infección del tracto urinario es la consecuencia de esa mala práctica que se dio en el 35,9% de los casos. (21)

* Autoría propia

Los cambios estructurales y funcionales del tracto urinario asociados al proceso de envejecimiento producen alteraciones en el proceso de micción espontánea, sumado a la presencia de comorbilidades como: alteraciones neurológicas, deterioro de la movilidad, problemas de nutrición, uso de medicamentos, entre otras. Según Carballido y Bravo, la incontinencia y la retención urinaria son las patologías más frecuentes en los adultos mayores de 60-65 años, están asociadas a varias causas; problemas obstructivos (hiperplasia benigna de próstata), patologías neurológicas, ingesta de psicofármacos, infecciones del tracto urinario (1). Varios estudios avalan la relación de estas patologías con el uso de catéter vesical permanente y la infección urinaria como principal complicación. En el caso de retención urinaria, según la investigación realizada por Baboudjian y otros, se estima que de 2,2 a 6,8 por cada 1000 pacientes al año presentan esta afección, la causa más común es la hipertrofia benigna prostática (2), que se presenta en adultos mayores de 40-50 años en un 10%, entre las edades de 50-60 años en un 50% y en adultos mayores de 80 años en un 90% (1).

Otro estudio efectuado en Japón por Motohiko y otros coincide con la asociación que se da entre la incontinencia urinaria, la edad avanzada, comorbilidades y la presencia de un catéter urinario permanente en pacientes con hiperplasia benigna de próstata que se asemeja a estudios anteriores en cuanto a la edad en la que se presenta, que es en adultos mayores de 75 años; de la población estudiada el 51,8% correspondían a esta enfermedad y portaban una sonda vesical permanente. La morbilidad del catéter incluyó hematuria, obstrucción del catéter, fuga de orina, infección del tracto urinario y urosepsis (3).

Según la OMS, 2018, los pacientes que portan una sonda vesical permanente tienen mayor riesgo de presentar una infección del tracto urinario, se estima que del total de la población con cateterismo vesical permanente, el 4% presenta una infección, independientemente de la causa por la cual se colocó el catéter (4).

En la investigación realizada por Álvarez Artero y otros, quienes efectuaron un estudio observacional de 4 hospitales en España en pacientes mayores de 65 años, del total encontraron que el 48,6% correspondía a infecciones urinarias adquiridas en la comunidad, comparadas con un 24,9% y 24,3% debido a cuidados sanitarios y de origen nosocomial, respectivamente, los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron la sonda vesical permanente con un 56,7% y la presencia de uropatías estructurales con un 51,9% comparado con otras como el uso de, antibiótico 6 meses previos 45,3%, demencia 44,9%, ITU previa 44,1%, Diabetes Mellitus 36,6%, ingreso 3 meses previos 29,3%, inmunosupresión 10,9%, e índice de Charlson 6,6 más o menos 2,8 (5).

Salvador Hidalgo y otros analizaron uno de los tratamientos utilizados para resolver los problemas derivados de la hiperplasia benigna prostática, este es un procedimiento alternativo al cateterismo vesical permanente denominado embolización. El estudio realizado en España indica que 26 pacientes fueron sometidos al procedimiento, de ellos, 20 (76,9%) se realizaron con éxito la embolización bilateral. Mientras que en los 6 restantes se realizó la embolización unilateral debido a imposibilidad morfológica del paciente. Posterior a las intervenciones se intenta retirada del catéter vesical; de los 26, 17 pacientes lograron micción espontánea y los demás en un plazo mayor de tiempo. En este estudio se midió a la infección de vías urinarias como complicación al cateterismo, pero se encontró una baja prevalencia, de los 27 pacientes solo 1 presentó infección de vías urinarias, pero la relación de la prevalencia de edad avanzada y antecedente de enfermedad urológica avala nuestra investigación, todo el grupo poblacional estudiado presentó antecedente personal de hiperplasia benigna de próstata y la edad promedio fue de 85 años (6).

Otro estudio donde se encontró similitud de resultados fue de de Motohiko y otros. El grupo poblacional estudiado fueron pacientes >75 años, 143 personas con cateterismo a largo plazo indican una prevalencia al año de 0,44% en Japón, estos pacientes tenían diagnósticos de vejiga neurogénica, 49,7%, retención urinaria 45,5%, hiperplasia benigna de próstata 51,8%, lesión de médula espinal 3,5% y fractura pélvica 2,8%, en cuanto a la tasa de incidencia de infección del tracto urinario fue más alta en pacientes con cateterismo urinario de larga duración de 33,8 por 100 personas al año que entre pacientes sin cateterismo de 4,7 por 100 personas al año (3).

Hird y otros (7), en un estudio realizado en Canadá ciudad de Ontario, nos muestran la influencia de las infecciones del tracto urinario asociadas al cateterismo vesical y el desarrollo de cáncer de vejiga, el principal factor radica en la influencia de la presencia del catéter, tiempo de permanencia más de 2.9 años e infecciones del tracto urinario, a través de esto se comprobó que el uso de catéter permanente influyó en la aparición de cáncer de vejiga en el 1.1% de pacientes estudiados, por lo que se presume que la inflamación crónica (metaplasia escamosa queratinizante y cistitis glandular) se relacione con la aparición de subtipos de cáncer de vejiga más complejos, como el carcinoma de células escamosas. Como antecedente se encontró que la mayoría de estos pacientes portaron catéter vesical permanente debido a retención urinaria asociada a varias causas: lesión de médula espinal, accidente cerebro vascular, demencia, Parkinson, hiperplasia benigna de próstata, estenosis uretral, espina bífida.

Los autores Reid, Álvarez Artero y Yustre Ara (8,9,10), coinciden en que las enterobacterias son los microorganismos causantes de las infecciones del tracto urinario asociada al catéter vesical a nivel comunitario y nosocomial. La enterobacteria aislada *E. coli*, es la causante del 75-95% de los casos, además de *Pseudomonas* spp., *Staphylococcus* spp., *Enterococcus* spp. y levaduras.

En cuanto a enfermedades neurológicas, según Gregor (11), también se ha relacionado el cateterismo vesical permanente y la infección del tracto urinario con el pronóstico de mortalidad en un año en pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular, se determinó que la incontinencia urinaria asociada al déficit neurológico y la colocación de un catéter vesical son predictores fuertes de mortalidad después de un ECV; los resultados proponen que la evaluación de la incontinencia urinaria 7 días después del incidente (ECV) es más factible que evaluarla cuando haya un máximo de déficit neurológico para pronosticar la mortalidad en 12 meses. Porque la indicación de sondaje vesical podría ser nula e innecesaria en pacientes que durante esa semana puedan recuperar la micción espontánea y más bien el procedimiento resulte perjudicial para el pronóstico funcional del paciente.

Según Kinneer y otros (11), que realizaron una investigación de 6 estudios de cohorte observacional no aleatorizado en 2.321 personas que utilizaron cateterismo uretral permanente, autocateterismo intermitente y catéter suprapúbico en pacientes con vejiga neurogénica como consecuencia de lesión de médula espinal, los casos de cateterismo uretral permanente se asociaron a mayor prevalencia de infecciones urinarias en 5 de 6 estudios versus el cateterismo suprapúbico que según la Asociación Europea de Urología, es el estándar de oro en pacientes con vejiga neurogénica.

Es preciso señalar que la indicación terapéutica de cateterismo vesical permanente, según Reid y Vallverdú (10), debe ser una decisión clínica necesaria, cuando se hayan agotado otros métodos alternativos e inclusive la necesidad de permanencia y retirada del catéter debe ser evaluada constantemente. Asimismo el equipo multidisciplinario que maneja y atiende estos pacientes debe tener la destreza teórica y práctica para manejar posibles complicaciones y educar al paciente acerca de los cuidados del catéter en el domicilio y signos de alarma.

Según el estudio del autor Wen (12), en la ciudad de Taiwán se analizaron los días de uso inadecuado de catéter vesical, se tomaron en cuenta pacientes mayores de 65 años que porten catéter vesical (CV), situación actual de salud, factores que condicionan el uso de catéter y el argumento diario de uso

de este. La colocación necesaria se dio en 117 pacientes de los 156 que se evaluaron en el servicio de urgencias, 77 pacientes pasaron de la indicación necesaria de uso de CV a un uso inadecuado, con un tiempo aproximado de 2,88 más o menos 1,56 días, los antecedentes fueron postoperatorio de fractura de cadera (36,3%) versus la no necesidad de controlar el volumen de diuresis (27,2%). Y que la infección del tracto urinario es la consecuencia de esa mala práctica que se presentó en el 35,9% de los casos, otro hecho importante que se encontró es el no registro de la indicación del catéter vesical, la causa de la infección se asoció al inadecuado tiempo prolongado de uso del catéter.

Según Moreno y Vallverdú, las infecciones de vías urinarias en pacientes con catéter vesical permanente son un problema grave de salud, que fácilmente puede prevenirse con la educación enfocada a normas de mantenimiento y manejo del catéter en el domicilio y signos de alarma dirigidos a los pacientes y familiares al alta hospitalaria (6).

- Tras analizar la información recolectada, se encontraron grandes similitudes en cuanto a la relación de infecciones de vías urinarias asociadas al cateterismo vesical en pacientes adultos con enfermedades urológicas. Se concluye que la retención e incontinencia urinaria son las patologías más comunes y están asociadas directamente con la edad avanzada y el género masculino, estas también surgen como complicaciones de problemas urológicos más complejos como la hiperplasia benigna de próstata que es la más frecuente en adultos mayores de 75 años, trastornos neurológicos (lesión de médula espinal y vejiga neurogénica), ingesta de fármacos, diabetes mellitus, incluso cáncer de vejiga. El tiempo de permanencia de la sonda y vía de inserción utilizada son factores importantes mencionados en algunos estudios que tienen un alto nivel de influencia en la presentación de infecciones del tracto urinario asociadas al catéter.
- La implementación de protocolos de prevención de infecciones, manejo de complicaciones y educación a los pacientes, familia y cuidadores del cateterismo vesical es responsabilidad del personal sanitario de todas las instituciones de salud. Lo antes mencionado junto a la ejecución de procesos de formación continua y control reducen las tasas de infección asociada al catéter vesical.
- El uso de un catéter vesical permanente está directamente relacionado con la presencia de complicaciones, la obstrucción del catéter

y la infección del tracto urinario son las más frecuentes y pueden ser indicadores de elevación de cifras de morbilidad y mortalidad de los pacientes.

- En general, es importante recalcar el uso inadecuado de los catéteres vesicales en los servicios de las unidades de salud y específicamente del servicio de urgencias ya que este hecho atenta contra los derechos de la seguridad del paciente, la realización de este procedimiento sin una valoración, criterio médico y seguimiento, eleva la tasa de infección del tracto urinario asociada a cateterismo vesical, hecho relacionado con la atención sanitaria y que atenta directamente al índice de calidad de las instituciones de salud. Demostrar oportunamente la necesidad del uso del catéter, un correcto control y manejo del procedimiento con personal capacitado en el manejo de complicaciones son las intervenciones que se deben implementar en todas las unidades de salud.
- Las limitaciones de este estudio fueron la falta de evidencia científica que contenga cifras exactas de la prevalencia de infecciones urinarias asociadas al catéter en las diversas patologías de origen urológico. No existe suficiente evidencia a nivel nacional, que aporte al presente tema de investigación, los estudios incluidos se han realizado a nivel hospitalario, por períodos cortos y con muestras relativamente pequeñas, es preciso indicar la necesidad de impulsar la investigación en este y muchos otros temas de importancia.
- En relación con la colocación de catéter vesical la indicación debe ser clínicamente comprobada y siempre que se hayan agotado otras alternativas de tratamiento, el tiempo de permanencia se debe analizar constantemente y considerar su retiro lo antes posible.
- En cuanto a la vía de inserción, la vía suprapúbica es la más recomendada en pacientes con cateterismo vesical permanente, si es seguro para el paciente a fin de evitar lesiones uretrales.
- El rol de enfermería es de vital importancia en la prevención y educación del manejo del catéter vesical en el domicilio en pacientes con enfermedades urológicas. Por esto se recomienda que la responsabilidad de control del correcto manejo del procedimiento este a cargo del personal de enfermería.
- Es importante impulsar la investigación en nuestro país, en esté y muchos otros temas de importancia, ya que existe escasa evidencia que

avale o aporte a nuestro tema de investigación; es responsabilidad de las autoridades sanitarias mantener actualizadas las fuentes y canales de información en este ámbito.

Referencias Bibliográficas

1. Carballido D, Bravo C. Trastornos de la eliminación urinaria en el paciente mayor. Elsevier. 2018; 12(62).
2. Baboudjian et al. Retención Urinaria Aguda: epidemiología, optimización de la vía asistencial y alternativa al drenaje permanente. PubMed. 2021; 31(15).
3. Adomi et al. Factores asociados con el cateterismo urinario a largo plazo y su impacto en la infección del tracto urinario entre las personas mayores de la comunidad: un estudio observacional en la ciudad de Japón. PubMed. 2019; 9(6).
4. Nazarko L. Infecciones del tracto urinario asociadas a catéter en la comunidad. PubMed. 2020; 25(4).
5. Álvarez et al. Infección urinaria en el anciano. Elsevier. 2019; 219(4).
6. Salvador et al. Embolización prostática como tratamiento para pacientes con hiperplasia benigna de próstata portadores de sonda vesical permanente no tributarios a cirugía desobstructiva. Elsevier. 2021; 45(7).
7. Hird et al. Asociación entre el cateterismo vesical crónico y la incidencia y mortalidad por cáncer de vejiga: un estudio de cohorte retrospectivo basado en la población de Ontario, Canadá. PubMed. 2021; 11(9).
8. Yustre et al. Infecciones del tracto urinario. Elsevier. 2018; 12(51).
9. Cornistein et al. Infección del tracto urinario asociada a sonda vesical. Actualización y recomendaciones intersociedades. SciELO. 2018; 78(4).
10. Vallverdú V, Barcenilla G. Antisepsia del sondaje urinario y en el mantenimiento de la sonda vesical. Elsevier. 2019.
11. Gregor et al. Incontinencia urinaria y catéteres urinarios permanentes como predictores de muerte después de un accidente cerebrovascular de nueva aparición: un informe del registro de accidentes cerebrovasculares del sur de Londres. PubMed. 2018; 27(1).

12. Wen et al. Cambios dinámicos en la idoneidad del uso de catéteres urinarios entre pacientes mayores hospitalizados en el servicio de urgencias. PubMed. 2018; 13(3).

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 5

Cuidados de enfermería en el
manejo de sondaje vesical
orientado a la prevención de
infecciones de vías urinarias: revisión
sistemática

AUTORES: Nancy Patricia Tayupanda Galora; Inés Patricia Urgilés Vallejo



Este estudio se realizó mediante el proceso de selección de los artículos aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron 23 investigaciones que tratan sobre el tema de los cuidados de enfermería en el manejo de sondaje vesical orientado a la prevención de infecciones de vías urinarias.

Los estudios seleccionados fueron publicados entre los años 2018 y 2023 descritos en la tabla 1.

Tabla 1.

Años de publicación de los estudios.

Año	Frecuencia	Porcentaje
2018	3	13%
2019	2	9%
2020	4	17%
2021	9	39%
2022	2	9%
2023	3	13%
Total	23	100%

***Elaboración:** propia basada en la revisión de los artículos.

Con relación al tipo de estudio, la información se presenta en la tabla 2

Tabla 2.

Tipo de estudio.

Tipo de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Cuantitativo	1	4%
Descriptivo	4	17%
Revisión	12	52%
Caso clínico	2	9%
Prospectivo	4	17%
Total	23	100%

***Elaboración:** propia basada en la revisión de los artículos.

Como se puede observar en las tablas 1 y 2, el 39% del total de artículos fueron publicados en el año 2021, respecto al tipo de estudio, el 52% corresponde a revisiones sistemáticas sobre los cuidados de enfermería en el manejo de sondaje vesical orientado a la prevención de infecciones de vías urinarias. A

partir de las investigaciones mencionadas se definieron las categorías temáticas a analizar para dar cumplimiento al objetivo planteado. Los apartados que se presenta a continuación son los resultados una vez cumplidos con el proceso de sistematización.

Generalidades del sondaje vesical

El sondaje vesical se define como una técnica de carácter invasivo que se emplea con el objeto de brindar tratamiento médico y terapéutico. El procedimiento consiste en la introducción de una sonda en el meato uretral, extendiéndose hasta la vejiga urinaria. De esta manera, es posible asegurar que el paciente, en caso de necesitarlo cuente con una vía de drenaje dirigida hacia el exterior, la misma que puede ser permanente, intermitente o temporal (1,2).

La investigación de Álvarez et al. (3) manifiesta que en el ámbito internacional alrededor del 15% al 25% de pacientes hospitalizados por diversas razones han sido sometidos a un cateterismo vesical. Por tanto, su implementación es relativamente frecuente en el campo hospitalario, de manera general se encuentra indicada para pacientes que se hallan en un estado de salud grave, y quienes han sido sometidos a procedimientos quirúrgicos (4,5). La colocación adecuada de la sonda vesical representa un aspecto esencial para evitar posibles riesgos que afecten la salud de los pacientes (6).

El procedimiento de colocación del catéter vesical se da con mayor frecuencia en las unidades de cuidado intensivos UCI (7) ya que ayuda a los pacientes a evacuar la orina en los casos en los que, como consecuencia de padecer diferentes patologías presentan obstrucción del tracto urinario. De igual manera, este procedimiento representa un aporte importante para el conocimiento de los niveles de diuresis, principalmente en los pacientes con patologías en las que se reduce el gasto urinario. Es responsabilidad del personal de enfermería realizar los cuidados necesarios para evitar que se presenten complicaciones asociadas al mismo y que afecten la salud del paciente (8,9).

Dentro de los objetivos del uso del catéter vesical, el estudio de Martínez (10) establece que se deben obtener muestras de orina estéril, sin ningún tipo de agentes contaminantes, de esta manera se pueden realizar los análisis que el paciente requiera para identificar agentes patógenos que pueden influir en su estado de salud. Además, representa un mecanismo que ayuda al paciente a vaciar la vejiga cuando experimenta retención urinaria. Es una técnica importante que hace posible preparar al paciente inconsciente y que debe ser sometido a procedimientos quirúrgicos en los que se requiere evitar la micción de tipo involuntario.

Según explica Cano (11) en su estudio, el catéter vesical se encuentra indicado cuando el paciente presenta obstrucción del tracto urinario, en procesos perioperatorios, para realizar la evaluación de la diuresis y filtración glomerular. Del mismo modo, ayuda a los procesos de cicatrización cuando el paciente atraviesa cuadros de incontinencia. Es útil en casos de inmovilización prolongada, debido a que permite brindar los cuidados paliativos en función de las necesidades de la persona.

Igualmente, el uso del sondaje vesical ayuda que el personal de salud pueda realizar un manejo óptimo de la hematuria asociada a coágulos. En ciertos casos, representa el medio idóneo para administrar medicamentos cuya finalidad es terapéutica o exploratoria. De igual manera, se recomienda su uso en pacientes que debido a su condición necesitan recibir elevados niveles de infusiones o diuréticos, mientras están siendo sometidos a un proceso quirúrgico (1,10,11).

Existen tres tipos de catéteres vesicales que se pueden utilizar: i) externos, el procedimiento consiste en adherirlos a los genitales externos de los hombres y en el caso de las mujeres se ubican en el pubis para recoger la orina; ii) catéteres uretrales, son insertados en la uretra con la punta dirigida a la base de la vejiga; y, iii) catéteres supra púbicos, los cuales, por medio de un procedimiento quirúrgico son insertados en la vejiga (12).

A decir de Vallverdú y Barcenilla (13), surge la necesidad de evaluar la necesidad de utilizar el sondaje vesical en los pacientes, ya que si bien aporta a mejorar el estado de la persona, si no se realiza de manera adecuada puede generar diferentes tipos de complicaciones (14). Por esta razón, el seguimiento estricto de los procedimientos y medidas de cuidado del personal responsable es una necesidad a tomar en cuenta en los entornos hospitalarios (15).

Infección de vías urinarias provocada por el sondaje vesical

El uso del sondaje vesical abre la posibilidad de que el paciente pueda ser contaminado por microorganismos patógenos. Se establece que constituye un riesgo para el paciente cuando ha transcurrido un periodo de 48 horas luego de su colocación si no se han seguido los procedimientos correctos, incrementándose conforme aumentan los días de permanencia. Las complicaciones también se asocian al calibre del catéter, material de fabricación, como el látex, pues representan un riesgo para el bienestar del paciente con alergia a este material (1,16).

Teniendo en cuenta que el uso del sondaje vesical constituye una técnica de carácter invasivo, las complicaciones que se presentan principalmente son daños

a la estructura del endotelio del tracto urinario. Por tanto, las infecciones en las vías urinarias se generan al momento en que las bacterias y gérmenes ingresan al tracto urinario y las defensas no logran contener este proceso (9). Con respecto a las bacterias, se ha demostrado en investigaciones más o menos recientes, que éstas se adhieren al epitelio a través de sus filamentos o fimbrias. Éstas, que tienen especiales antígenos, inducen un proceso reactivo de defensa celular (macrófagos) y general (IgA). Como consecuencia de este hecho se producen cambios en el funcionamiento del área afectada y una respuesta inmunitaria deficiente, provocando que tanto el meato uretral e incluso la corteza renal se vean afectados (17).

Las infecciones urinarias (ITU), representan la principal complicación debido al uso de sonda vesical, se trata de una infección provocada por la presencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario y se consideran como las de mayor frecuencia en los entornos hospitalarios (18,19). Se estima que corresponde a entre el 25% y al 45% de infecciones asociadas a la atención sanitaria, habitualmente se desarrolla luego del quinto día de haber realizado el procedimiento (20). Por su parte estudios como el de Escobar et al. (8) mencionan que la incidencia de este problema bordea del 30% al 40%.

A nivel ambulatorio se diagnostican enfermedades como sepsis urinaria, uretritis, pielonefritis y cistitis (11). En el ámbito hospitalario presenta un nivel de incidencia del 25% al 45% del total de las infecciones nosocomiales, de las cuales alrededor del 80% ocurren en pacientes que por su condición de salud requieren un sondaje vesical permanente (20,6). Se estima que un promedio del 17% del total de las bacterias causantes de infecciones asociadas a la atención sanitaria, son bacterias de tipo urinario con un nivel de mortalidad de hasta el 10% de los pacientes infectados (8).

En la investigación realizada por Álvarez et al. (3) se establece que, en México, los índices nacionales reflejan que las infecciones urinarias alcanzan un promedio del 24,92% del total de las infecciones asociadas a la atención sanitaria que se desarrollan en los entornos hospitalarios, lo cual representa un serio problema de seguridad del paciente. Del total mencionado el 24,6% de las infecciones se encuentran relacionadas con el sondaje vesical, el cual, si bien es necesario en algunos casos, también ha sido una medida sobre utilizada, sin considerar las verdaderas necesidades de los pacientes. Al no tener los debidos cuidados, los microorganismos colonizan la orina desde el interior localizándose en la sonda y contaminando las estructuras del tracto urinario del paciente.

El problema de las infecciones urinarias, como consecuencia del uso del sondaje vesical, representa aún más complicaciones en los pacientes geriátricos, debido a su edad y a las comorbilidades que presentan, lo que contribuye a que su sistema inmunológico se encuentre débil. Así, patologías como diabetes, enfermedades renales, neoplasias, demencia, el consumo de ciertas medicinas ocasionan mayores problemáticas para este grupo etario. Sumado a esto, la reducción del tono muscular en el área de vejiga, especialmente en las mujeres como producto del embarazo y parto, el descenso de vejiga, la disminución de nervios a nivel vesical, el incremento del pH en la zona vaginal y en general la escasa actividad antibacteriana constituyen factores de riesgo. De igual manera, se estima que a partir de los 65 años alrededor del 20% de las mujeres y el 10% de los hombres incrementan los niveles de bacterias en la orina (21).

En el caso particular de los pacientes geriátricos se identifican tres maneras en las cuales se puede producir una infección de las vías urinarias, como consecuencia del uso del sondaje vesical: i) introducción directa, se produce durante el momento de la cateterización al momento en que los microorganismos de uretra son movilizados a la parte interna de la vejiga; ii) vía intraluminal, o también conocida como migración retrógrada, puede ser de dos maneras, cuando se produce la contaminación de las conexiones o por medio de la bolsa que se utiliza para el drenaje urinario; iii) vía extraluminal, consiste en el ascenso de los microorganismos hacia la mucosa uretral y la superficie del catéter, siendo las mujeres las más afectadas (21).

El hecho de padecer una infección urinaria como consecuencia del uso de sondaje vesical aumenta el riesgo de padecer fallas multiorgánicas con incremento de los niveles de mortalidad de los pacientes. Debido a que las infecciones urinarias muchas veces son asintomáticas ya que no presenten síntomas inmediatos, lo que complica el cuadro clínico, las manifestaciones clínicas de una infección se hacen evidentes una vez que los niveles de bacterias y microorganismos patógenos alcanzan niveles críticos (17). Entre los principales factores, que inciden en el desarrollo de este tipo de infecciones se encuentran: tiempo del sondaje, tipo de cuidados, comorbilidades, embarazo, características particulares del paciente (edad, sexo, estado de salud general), lugar de inserción de la sonda, insuficiencia renal, diabetes y sistema de control del flujo urinario invasivo.

Estudios como el de Proaño (20) coinciden en que los factores que influyen en el desarrollo de infecciones urinarias debido al uso de sondaje vesical son: tiempo de permanencia de la sonda, tipo de cuidados en el procedi-

miento, complicaciones durante la colocación, presencia de comorbilidades, embarazo, alteraciones en el tracto urinario y nivel de susceptibilidad del paciente de adquirir agentes infecciosos considerando su sexo, edad, así como el estado de salud en el que se encuentra. Con la finalidad de confirmar el diagnóstico de infección es indispensable la realización de estudios complementarios como uro cultivos para identificar el agente infeccioso, valorar el nivel de resistencia al antibiótico, tipo de cuidados de enfermería y tratamiento farmacológico a aplicar para reducir el riesgo de desarrollar complicaciones (20).

Cuidados de enfermería, prevención de infección en vías urinarias

Los cuidados de enfermería representan un aspecto esencial para asegurar que las complicaciones provocadas por el sondaje vesical disminuyan, principalmente las relacionadas con las infecciones en las vías urinarias. Por lo tanto, los profesionales de enfermería tienen como responsabilidad realizar la inserción, mantenimiento y retiro del catéter, siguiendo los protocolos establecidos con la finalidad de prevenir cualquier tipo de complicación que ponga en riesgo el bienestar e incluso la vida de los pacientes (11,9).

En este sentido, parte de los cuidados para prevenir posibles infecciones es contar con los materiales necesarios dentro de los que se encuentran: guantes estériles de un solo uso, gasas, campos de ojo estériles, equipo de ducha perineal, agua, jabón, toalla desechable, mesa auxiliar, lubricante hidrosoluble urológico, antiséptico, jeringa, sonda del calibre adecuado para edad, sexo y condición previa, bolsa colectora y colgador de bolsa de la orina. Cada uno de estos elementos debe estar debidamente esterilizados y deben ser manejados correctamente según normas de bioseguridad para reducir al máximo los niveles de infección (11,9).

Desde el punto de vista de Martínez (10), Álvarez et al. (3) y González et al. (22) existen una serie de indicadores de calidad que el personal de enfermería debe tomar en cuenta para el adecuado manejo de los pacientes con sondaje vesical, estos son: la bolsa colectora debe colocarse por debajo del nivel de la vejiga, la manera en que se fija la sonda dependerá del sexo del paciente, la sonda debe contar con un membrete de identificación en el que se registre fecha, hora, N.º de catéter, N.º de vías, cantidad de solución con la que infla el back, iniciales de quien coloca el catéter, el sistema de drenaje cerrado debe permanecer conectado de manera permanente, registrar información de la condición en que funcionan la sonda y el tubo de drenaje, contabilizar y registrar el tiempo de colocación de la sonda, reportar de manera inmediata

signos o síntomas de infección en el meato urinario, dolor ardor, presencia de exudados, secreción de mal olor en el sitio de inserción, realizar y registrar educación e indicaciones sobre la sonda y funda recolectora al paciente y los familiares para evitar la proliferación de infecciones intrahospitalarias realizando una correcta implementación de las medidas de higiene (lavado de manos, desinfección de todo el material utilizado, según normas de bioseguridad).

La efectividad de los cuidados de enfermería para evitar el desarrollo de infecciones de vías urinarias se considera en la información publicada en el estudio de Escobar et al. (8), en donde se menciona que acciones básicas como el correcto lavado de manos, seguimiento estricto de la técnica para la inserción y retirada del catéter contribuyen de manera positiva. De igual manera realizar una correcta valoración de la necesidad de implementar esta técnica y el tiempo a utilizarla influirán en reducir el riesgo de infección, así como los costos en el tratamiento de este tipo de complicaciones (9,21).

En esta misma línea, Vallverdú y Barcenilla (23) explican que parte de las medidas a implementar por los profesionales de enfermería al momento de utilizar una sonda vesical son: seleccionar una sonda de calibre adecuado según edad, sexo y patología, asegurar una correcta higiene del área genitourinaria, adecuada higiene de manos utilizando productos con base alcohólica, desinfectar el meato urinario, uso de lubricante estéril, sondaje con técnicas asépticas, conexión del catéter al sistema colector y fijación del catéter. De igual manera el manejo de higiene diaria bajo condiciones adecuadas, así como el retiro del mismo siguiendo los protocolos existentes, reducen considerablemente los índices de prevalencia de infecciones urinarias en este tipo de pacientes (16).

Además de las medidas que se toman desde los profesionales de enfermería, Moreno (6) destaca la importancia de fomentar el autocuidado en los pacientes, para lo cual resulta indispensable la implementación de programas de promoción para la salud. Así, el rol de enfermería implica realizar acciones educativas para transmitir los conocimientos al paciente y su familia sobre la necesidad e importancia de seguir las indicaciones médicas. De igual manera, su labor apunta a la sensibilización respecto al hecho de identificar claramente las necesidades del paciente para transmitir las al personal de salud y así tomar medidas a tiempo con la finalidad de reducir la incidencia de complicaciones (24).

Afin a lo señalado por Moreno (6), Escobar et al. (8) destacan la importancia de la labor educativa del profesional de enfermería para prevenir el

desarrollo de infecciones urinarias. En este sentido, los tres elementos a tomar en cuenta para reducir el potencial riesgo de infección urinaria como consecuencia del sondaje vesical son: existencia de un programa de control de infecciones, seguimiento de los protocolos para evitar el desarrollo de infecciones a nivel hospitalario y, finalmente, la capacitación continua al personal de enfermería para el abordaje adecuado de esta situación.

De igual manera, Fernández et al. (24) y Fernández et al. (5) mencionan que la formación del personal de enfermería requiere de conocimientos esenciales en urología funcional, para la adecuada colocación de la sonda vesical y manejo en los entornos hospitalarios. Además de destrezas para educar al paciente y a su familia, en el auto cuidado de la sonda y drenaje para asegurar que no se produzca ningún tipo de infección y potenciales complicaciones que pongan en riesgo su vida (18).

En su investigación, Tenelema (17) señala que el cuidado de enfermería en pacientes con sonda vesical es fundamental y debe estar direccionado al seguimiento del cumplimiento de directrices de bioseguridad para reducir el traspaso de microorganismos, lavado de manos, implementación de programas que tengan como finalidad la prevención y manejo de la propagación de colonias bacterianas, así como la valoración minuciosa de la necesidad de utilizar este tipo de catéter. Por esta razón el personal de enfermería debe asumir la responsabilidad de seguir los protocolos realizados por las autoridades y entidades competentes, además de mantener una constante capacitación de sus habilidades para reducir los riesgos de infección (18).

En este sentido, Herrera (1) y Kranz et al. (19) señalan que existe una relación directamente proporcional entre el tipo de cuidado de enfermería que se presta a los pacientes con sondaje vesical y el desarrollo de infecciones de vías urinarias. Por lo tanto, cuando el personal de enfermería cumple adecuadamente con las indicaciones y protocolos, no se generan este tipo de casos, sin embargo, cuando se presentan falencias, los índices de morbilidad se incrementan prolongando la permanencia de los pacientes en las diferentes casas de salud para el manejo de las complicaciones y los altos costos que generan para la institución.

La presente investigación sistemática analizó 23 artículos en los cuales se trató el tema de los cuidados de enfermería en el manejo de sondaje vesical orientado a la prevención de infecciones de vías urinarias. La evidencia reveló que el sondaje se refiere a una técnica invasiva que implica la introducción de una sonda a nivel del meato uretral la cual atraviesa hasta el área de la vejiga

urinaria (1,2,25). Según los estudios, entre el 15 y el 25% de las hospitalizaciones requieren de la realización de un cateterismo vesical para ayudar a los pacientes graves a evacuar la orina (4,5,3,6).

Los pacientes que se encuentran en UCI, requieren con mayor frecuencia de la colocación de una sonda vesical, lo cual da cuenta del estado crítico de salud en el que se hallan, generando diferentes complicaciones que ponen en riesgo su vida, cuando los procedimientos no son los adecuados (17,8). Entre las razones que motivan el uso del catéter vesical se encuentran: obstrucción del tracto urinario, obtención de muestras de orina, identificación de agentes patógenos en el organismo del paciente, vaciar la vejiga, así como también preparar al paciente cuando requiere ser sometido a procedimientos quirúrgicos o no, en los que se necesita controlar la micción involuntaria, evaluación de la diuresis en presencia de cuadros de incontinencia y en casos donde se necesita la inmovilización prolongada del paciente con el fin de brindar cuidados paliativos (10,11).

Debido a la complejidad del sondaje vesical, se presentan inconvenientes como el desarrollo de infecciones en las vías urinarias, siendo estas un riesgo latente para el bienestar del paciente cuando no se realiza un tratamiento adecuado, siendo factores importantes que inciden directamente el material, tipo, calibre de la sonda que se utilice (1). Por ser una técnica invasiva, los daños se presentan en el tejido endotelial que recubre el tracto urinario, ya que las bacterias y microorganismo patógenos ingresan al organismo. Al tratarse de pacientes en condiciones de salud graves, su sistema inmune no se encuentra en capacidad de combatir la infección (7).

La evidencia señala que las infecciones urinarias se configuran como la primera consecuencia del uso de sondas vesicales y una de las más frecuentes en los entornos hospitalarios. Se estima que entre el 25% y al 45% de las infecciones se desarrollan una vez que han transcurrido 25 días de la implantación de la sonda (20,19). Mientras que otras investigaciones ubican el nivel de incidencia en niveles que van desde el 30% al 40% (8), es decir, existen valores similares. Del total de estos niveles el 80% corresponden a pacientes que han sido intervenidos con sondaje vesical (4). De igual manera, se da a conocer que, alrededor del 17% de los niveles generales de bacterias nosocomiales son de origen urinario con niveles de mortalidad de alrededor del 10%, siendo los inadecuados procesos de cuidado sanitario los responsables (8,11).

En el caso de los pacientes geriátricos, las probabilidades de infecciones en las vías urinarias debido al uso de sondaje vesical se incrementan, por ser

un grupo etario con característica específicas en cuanto a las comorbilidades, un sistema inmunitario deficiente y por la escasa actividad antibacteriana de su organismo (21,26). Por lo tanto, constituyen un grupo de atención prioritaria, razón por la cual, los cuidados de enfermería que requieren deber ser adecuadamente implementados para evitar mayores complicaciones y riesgos (8,11,26).

En general, las infecciones urinarias, como consecuencia del sondaje vesical, provocan que los pacientes experimenten daños orgánicos múltiples repercutiendo en el aumento de los niveles de mortalidad. Al ser una patología que no muestra sintomatología inmediata, los casos se complican llegando a niveles altamente críticos para el bienestar y salud de los pacientes (17). Frente a esta realidad es recomendable prestar atención a los factores que influyen en el apareamiento de este tipo de infecciones, siendo estos: tiempo del sondaje, tipo de cuidados, comorbilidades, embarazo, características particulares del paciente (edad, sexo, estado de salud integral), lugar en el que se implantó la sonda, insuficiencia renal, diabetes, sistema de control del flujo urinario invasivo, calidad del procedimiento y cuidados antes, durante y después de la colocación del sondaje (17,4).

Frente a esta realidad, resalta la necesidad de implementar protocolos de atención de enfermería adecuados para asegurar que el sondaje vesical no sea la causa del desarrollo de infecciones de vías urinarias en los pacientes. En este sentido, corresponde a los profesionales de enfermería poner en práctica los procedimientos, técnicas y acciones de cuidado, implementación de listas de chequeo, supervisión directa y otras actividades correspondientes durante la inserción, mantenimiento y retiro del catéter para evitar posibles complicaciones que pueden generar problemas al bienestar integral de los pacientes (11,10).

Las investigaciones evidenciaron la existencia de parámetros de calidad en el proceso de implementación de la sonda vesical para evitar el desarrollo de infecciones en las vías urinarias. Así, entre los aspectos a considerar se encuentran: colocación de la bolsa colectora por debajo del nivel la vejiga, tomar en cuenta el sexo del paciente para fijar la sonda, definir los datos de identificación de la sonda, verificar que el sistema de drenaje se mantenga conectado de manera permanente, consignar en el registro todos los datos relacionados con el funcionamiento de la sonda, establecer claramente el tiempo de colocación de la sonda, informar al personal correspondiente la presencia de signos y síntomas asociados a infección, registrar las indicaciones de información y educación compartidas con el paciente y familiares, seguir la medidas de asepsia e higiene definidas en los protocolos (10,3,22).

Además de las consideraciones ya mencionadas, resulta importante la toma de acciones como: evaluar el tipo de sonda, calibre, material, realizar una correcta higienización del área, lavado y desinfección de las manos con productos de base alcohólica, desinfección del meato urinario, utilización de lubricante estéril, procedimientos de sondaje basados en técnicas asépticas, conexión del catéter al sistema colector y fijación del catéter (23). Asimismo, es fundamental el manejo diario de la sonda, funda colectora, aseo perineal, desde el momento en que es colocada la sonda, hasta su retiro para reducir los niveles de infección en vías urinarias (8,21).

Sumado a los aspectos ya mencionados, el fomento del autocuidado de parte de los pacientes es otra de las medidas a implementar desde la enfermería por medio de programas de educación para la salud. Los profesionales de enfermería asumen el rol de educar a los pacientes y las familias respecto a la necesidad de seguir todas las indicaciones que tanto los médicos como el personal de cuidado y atención les brindan respecto al manejo de la sonda para evitar posibles complicaciones asociadas a las infecciones en vías urinarias. Como medidas esenciales se definen la formulación de programas de control, seguir los protocolos establecidos y la capacitación continua del área de enfermería (6,8,5,25,7).

El rol que los profesionales del área de enfermería cumplen en los procesos de implementación del sondaje vesical son esenciales para el adecuado manejo de los materiales y técnicas que se requieren con el objeto de reducir los niveles de incidencia de infecciones de vías urinarias en los pacientes. En este sentido, se identifica una relación directa entre los cuidados de enfermería y el desarrollo de infecciones. Cuando los procedimientos se desarrollan de manera adecuada se reducen considerablemente los índices, salvaguardando el bienestar integral de los pacientes (1,19).

La revisión sistemática sobre los cuidados de enfermería del manejo de sondaje vesical orientado a la prevención de infecciones de vías urinarias se realizó con base en 23 investigaciones publicado entre los años 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023. De esto el 50% correspondes a revisiones sistemáticas, el 20% estudios descriptivos, el 15% estudios prospectivos, el 10% casos clínicos y el 5% estudios de tipo cuantitativo.

El sondaje vesical se presenta como una de las principales causas de infecciones en las vías urinarias a nivel hospitalario, principalmente en las unidades de cuidado intensivos.

La proliferación de bacterias y microorganismos en el tracto urinario debido al inadecuado manejo de los procedimientos del sondaje, ponen en riesgo el bienestar integral de los pacientes, lo cual da cuenta de la ausencia de medidas seguras de parte del personal de enfermería al aplicar esta técnica invasiva.

Los factores que influyen en las infecciones urinarias como consecuencia del sondaje vesical son: tiempo de duración del sondaje, tipo de cuidados, comorbilidades, embarazo, características particulares del paciente (edad, sexo, estado de salud general), lugar en el que se insertó la sonda, insuficiencia renal, diabetes, sistema de control del flujo urinario invasivo, y ausencia de medidas tanto de higiene como de bioseguridad. Es decir, son factores que tienen lugar en el entorno intrahospitalario y en el cual cumple un rol importante el personal de atención y cuidado sanitario.

Frente a esta realidad, se plantean medidas de prevención de infecciones en las vías urinarias para asegurar que el sondaje vesical se implemente de manera óptima. Por lo tanto, corresponde al personal de enfermería realizar la valoración de la necesidad de utilizar el catéter, conocer adecuadamente el tiempo de implementación de la técnica, seguimiento de los protocolos definidos para este procedimiento, cumplimiento de las medidas de higiene tanto para el paciente como para la enfermera y asepsia de los materiales e instrumentos utilizados.

Además, un factor fundamental dentro de las medidas de prevención para evitar infecciones en las vías urinarias debido al sondaje vesical es la educación. La labor de enfermería se enfoca a la promoción del autocuidado, educando a los pacientes y sus familias para manejar este proceso de manera adecuada. De igual manera la capacitación constante de parte de los profesionales de enfermería respecto a los procesos, medidas y técnicas del sondaje son esenciales para aportar en la mejora del cuidado y atención de los pacientes que han sido intervenidos con este procedimiento.

Los resultados de la sistematización demuestran la necesidad de implementar procesos y programas enfocados en la capacitación de los profesionales de enfermería para una adecuada implementación y manejo del sondaje vesical. La formación continua representa la base para la mejora de las competencias de las enfermeras y enfermeros y así reducir los niveles de prevalencia de infecciones en las vías urinarias por cateterismo vesical.

De igual manera, es importante ampliar el proceso de investigación sobre los cuidados de enfermería en el manejo de sondaje vesical orientado a

la prevención de infecciones de vías urinarias tomando en cuenta el aporte de investigaciones que se realizan en todos los niveles de formación. Así, es posible tener una visión más amplia sobre los diversos problemas y medidas que se adoptan en los entornos hospitalarios para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

Referencias

1. Herrera I. Cuidados de enfermería del manejo de sondaje vesical orientado a la prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes del área de medicina interna, Hospital General Monte Sinaí. Repositorio Universidad Estatal Península de Santa Elena. 2022.
2. Rojas et al. Imposibilidad para el sondaje vesical: siringocele de Cowper. Anales de pediatría. 2021; p. 490-491.
3. Álvarez et al. Cumplimiento del indicador Prevención de Infecciones de Vías Urinarias en Pacientes con Sonda Vesical Instalada. Horizonte sanitario. 2021.
4. Proaño C. Incidencia de infección del tracto urinario asociado a catéter vesical. Revista de Investigación Talentos. 2021; p. 84-92.
5. Fernandez et al. Evolution of Quality of Life and Treatment Adherence after One Year of Intermittent Bladder Catheterisation in Functional Urology Unit Patients. J Clin Med. 2023.
6. Moreno et al. Fomento del autocuidado al paciente con sondaje vesical domiciliario mediante sesiones educativas. Enfermería universitaria. 2021.
7. Tenelema M. Cuidados de enfermería en pacientes con sonda vesical hospitalizados en unidad de cuidados intensivos. Repositorio UNIANDES. 2021.
8. Escobar et al. Efectividad de las medidas de prevención de la infección de vías urinarias en pacientes con sonda vesical: revisión sistemática. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2021; p. 222-230.
9. Ciprés E, Domínguez A. Inserción de sondaje vesical temporal o permanente en la mujer. Cuidados de enfermería. Revista Sanitaria de Investigación. 2020.

10. Martínez G. Mejora del apego del personal de enfermería al protocolo de mantenimiento de la sonda vesical. Repositorio de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. 2020.
11. Cano D. Sondaje vesical hospitalario y enfermería. Facultad de Enfermería de Soria. 2018.
12. Haider M, Annamaraju P. Bladder Catheterization. StatPearls. 2023.
13. Vallverdú M, Barcenilla F. Antisepsia en el sondaje urinario y en el mantenimiento de la sonda vesical. Medicina Intensiva. 2019; p. 48-52.
14. Brouwer et al. Postoperative urinary retention: risk factors, bladder filling rate and time to catheterization: an observational study as part of a randomized controlled trial. Perioper Med (Lond). 2021.
15. Lucas E. Medical Management of Neurogenic Bladder for Children and Adults: A Review. Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2019; p. 195-204.
16. Padrón E. Cateterismo vesical. Cuidados de enfermería. Revista Cubana de Urología. 2018;; p. 20.
17. Tenelema M. Cuidados de enfermería en pacientes con sonda vesical hospitalizados en unidad de cuidados intensivos. Repositorio UNIANDES. 2021.
18. López I, Gaitero I. Una adecuada indicación y retirada precoz del sondaje vesical, disminuye la infección del tracto urinario. Enfermería Docente. 2019; p. 63-65.
19. Kranz et al. Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Adult Patients. Dtsch Arztebl Int. 2020; p. 83- 88.
20. Proaño C. Incidencia de infección del tracto urinario asociado a catéter vesical. Revista de Investigación Talentos. 2021; p. 84-92.
21. Shan et al. Nursing Effect Analysis of Urinary Tract Infections in Urology Surgery Patients: a Systematic Review and Meta-analysis. Indian J Surg. 2023; p. 251-261.
22. González et al. Cumplimiento de los indicadores de calidad en un hospital de tercer nivel de atención en el estado de Tabasco. Salud en Tabasco. 2020; p. 98-110.
23. Vallverdú V, Barcenilla G. Antisepsia del sondaje urinario y en el mantenimiento de la sonda vesical. Elsevier. 2019.

-
24. Fernández et al. Análisis de adherencia y supervivencia al sondaje vesical intermitente y factores de riesgo asociados. NURE investigación. Revista Científica de enfermería. 2021.
 25. Fernández et al. Quality of Life and Autonomy in Patients with Intermittent Bladder Catheterization Trained by Specialized Nurses. J Clin Med. 2021.
 26. Pérez et al. Tratamiento y profilaxis de la infección urinaria recurrente en la mujer. Revista Médica Sinergia. 2022.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 6

La gestión del cuidado para la
prevención de infecciones asociadas
al sitio quirúrgico: una revisión
sistemática

AUTORES: Adriana Maribel Guzmán Hidalgo; Inés Patricia Urgilés Vallejo



Neumonía y otras infecciones

En este artículo sobre gestión de cuidados, el análisis de los estudios en las bases de datos arrojó un total de 21 artículos seleccionados una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión y realizado el análisis crítico.

Caracterización general de los estudios

Respecto al diseño metodológico, se identificó un estudio con un diseño cuasiexperimental, seis ensayos clínicos aleatorizados (ECA), cuatro metaanálisis (MA) y siete revisiones de literatura (RL). Hubo un estudio que utilizó un diseño combinado de revisión de literatura y método Delphi y otros dos estudios utilizaron una combinación de revisión de literatura y metaanálisis.

Eficacia de las intervenciones

A continuación, se presenta el análisis de las intervenciones de enfermería para ISQ, según la evidencia presentada en los artículos seleccionados en el estudio. En la tabla 3 se presentan los estudios y hallazgos para cada intervención evaluada en función de las variables consideradas.

En términos generales, se estima que las ISQ son una de las complicaciones más recurrentes en las intervenciones quirúrgicas (1,2,3) afectando entre el 5% 21% y 16% de los pacientes (4). Por ello, los cuidados de enfermería son fundamentales para prevenir las ISQ y garantizar la seguridad del paciente, evitando con ello aumentar la presión en los sistemas de salud y mejorando los resultados de los pacientes (5).

Las dificultades con las que se encuentra el personal de enfermería en la prevención y cuidado de las ISQ radica en la variabilidad de protocolos y recomendaciones, las que se basan en evidencia no siempre de alta calidad o bien actualizada; además existe una importante incidencia de las creencias personales y las costumbres del personal en los cuidados que llevan a cabo, de modo que muchas de las intervenciones para el cuidado en el sitio quirúrgico son ineficaces o poco eficientes, revistiendo mayores costos que beneficios en su uso (2).

En la literatura consultada se tiene, en primer lugar, que las intervenciones de enfermería para el cuidado de los pacientes en el sitio quirúrgico son altamente variables y dependen en buena parte del tipo de cirugía que se lleve a cabo (6). Por ello, los cuidados valorados se han estructurado en este estudio en función de sus tres etapas: preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria.

Intervenciones eficaces

Dentro de las intervenciones preoperatorias, se encuentran los aspectos centrados en la asepsia de la zona quirúrgica y el cuidado del paciente previo. En este caso, se encuentra altamente recomendado el uso de antisépticos cutáneos como etanol clorhexidina al 2% o povidona yodada (1,4); por ejemplo, esto es recomendado en el caso de la realización de cesáreas, para la cual se indica la limpieza vaginal preoperatoria con cualquiera de estos dos antisépticos (1). Así, la profilaxis antibiótica es una práctica extendida y recomendada (1,2,7), sobre todo para el caso de cirugías limpias con implantes (7), recomendada en dosis únicas y sin extenderla en periodos posoperatorios (8).

Algunas intervenciones son específicas para determinadas intervenciones quirúrgicas; por ejemplo, para la reconstrucción arterial es pertinente utilizar la profilaxis antibiótica para estafilococos y gramnegativos (1). En algunos casos, los efectos de las intervenciones son sumamente eficaces para algunas cirugías, pero no para otras; por ejemplo, en caso de hepatectomía o histeroscopia no se aprecian beneficios en el uso de profilaxis antibiótica (9,10); esto ocurre también con los baños o duchas preparatorias, que son adecuados para algunos tipos de intervenciones quirúrgicas (1). Dai y Li incluyeron el baño en la artroscopia de rodilla y fue efectiva (4).

Para hernias, se ha documentado como efectiva la profilaxis con gentamicina en una sola dosis, siendo igual que las dosis largas y, por tanto, más eficientes. Así, si bien se recomienda la profilaxis antibiótica, su uso es eficiente en el caso de cirugías no limpias (7).

Respecto al rasurado preoperatorio, la evidencia no es concluyente. Según el estudio de Horgan et al., la depilación correcta es la que se lleva a cabo mediante recorte (7).

Por otra parte, el uso de un check list preoperatorio es útil para reducir los imprevistos y complicaciones en el sitio quirúrgico (7).

El vendaje postoperatorio debe llevarse a cabo con profilaxis antibiótica en los casos en que es recomendado y es preciso integrar otras medidas altamente eficaces en su administración, como la higiene de manos aséptica (1,4,5).

Los apósitos utilizados para cubrir la herida que mejor resultado tienen en la prevención de ISQ son los de silicona con vitamina E, seguidos de aquellos con mupirocina (11).

Finalmente, una herramienta que puede reducir la incidencia de la ISQ es un plan adecuado de vigilancia y monitoreo posterior de la herida, con la sensibilización de los pacientes sobre el cuidado de sus heridas (6,12).

Intervenciones eficaces, pero no necesariamente eficientes

Existen algunas intervenciones preoperatorias que pueden implicar una serie de efectos secundarios potencialmente adversos que es preciso considerar antes de llevar a cabo, de modo que no pueden ser recomendadas de manera estandarizada. En este sentido, Gillespie et al. (1) identificaron estudios que analizaron la descontaminación nasal de portadores de *Staphylococcus aureus*, pero los efectos secundarios pueden ser relevantes, además de los costos económicos.

Es importante considerar la clase de cirugía para valorar el tipo de intervención específica para las heridas. Un estudio incluido en la revisión de Horgan et al. evidenció que la administración de antimicrobianos, por sus siglas en inglés (SAP), no es necesaria en el caso de las cirugías limpias, de modo que su omisión puede contribuir con la reducción de los costos generales (7).

En la fase postoperatoria, otra intervención a considerar es la ducha o baño, que puede ser tardío o temprano; para que sea efectivo y útil, siempre debe considerarse la calidad del agua con que se realizará el baño para evaluar el momento de realizarlo; además, es fundamental considerar si es una herida de cierre primario o secundario (1).

También se ha documentado la presión negativa, que consiste en la aplicación de un dispositivo de succión en el lecho de la herida, con un apósito de espuma y una película adhesiva con el fin de realizar un cubrimiento hermético para favorecer la cicatrización, si bien es eficaz, su uso es recomendable únicamente en determinados casos y no siempre, en particular por sus elevados costos (1,2,13,14). Esta intervención se utiliza para acelerar la cicatrización, sin embargo, puede provocar algunas complicaciones en heridas cerradas asociadas, en muchos casos, por el desconocimiento del personal u otros factores (15).

Intervenciones no recomendadas

Uno de los cuidados preoperatorios que se documentan en la literatura como no recomendados es el afeitado preoperatorio (1), en caso de ser necesario debe realizarse únicamente mediante recorte (1,2).

La profilaxis antibacteriana es una práctica muy recomendada para la fase preoperatoria; sin embargo, existe evidencia en revisiones sistemáticas que sugiere no recomendarla ni utilizarla en la fase postoperatoria para prevenir las ISQ (8).

Finalmente, en una de las revisiones se presentó una intervención para el tratamiento de ISQ con infecciones que valoró la terapia de chorro de oxígeno en la herida (3). Los resultados fueron positivos para la intervención; sin embargo, la evidencia es insuficiente para recomendarla, puesto que no se encontraron otros estudios similares y la calidad de la evidencia era limitada por el bajo número de la muestra.

Propuesta de protocolo general de cuidado de enfermería en intervenciones quirúrgicas

Las heridas quirúrgicas son aquellas que se realizan en el contexto clínico mediante instrumentos cortantes adecuados para ello y son cerradas mediante sutura u otros mecanismos (1, 13). Los factores de riesgo más habituales son el tipo de herida, la duración extendida de la cirugía, el padecimiento de diabetes, obesidad o desnutrición, como también el tabaquismo y la necesidad de transfusión sanguínea (13), entre otros.

Dado que cada tipo de cirugía tiene sus propias características, estas recomendaciones son generales, y precisan de la aplicación específica de un protocolo para el tipo de cirugía a desarrollar.

Cuidados preoperatorios

Los cuidados preoperatorios son aquellos que se llevan a cabo desde el planeamiento de la intervención quirúrgica hasta que esta efectivamente comienza. A continuación, se presenta una lista de pasos generales para llevar a cabo en la etapa preoperatoria.

Limpieza ambiental del sitio: limpieza en húmedo temprano y posterior ventilación para eliminar partículas en el aire. Se limpiará la cama y edredones (4).

- Reconocimiento de la condición del paciente (4, 12).
- Eliminación de esmalte de uñas y joyas (1).
- Preparación de la piel previa (16). Profilaxis antibacteriana SAP¹ 20 min. previo a la incisión en cirugías limpias (7, 8). Se recomienda clorhexidina al 2% (1, 4, 12).

- Verificación de la necesidad de eliminar cabello en la zona (1,4).
- Cuidado y preparación psicológica de paciente y visita (4,12).
- El día de la intervención se comunicará efectivamente con los pacientes y médicos para constatar estado del paciente y los requerimientos de este y de médicos (4,12).
- Llenado de check list: signos vitales, NPO, uso de antibiótico, alergias, paquetes globulares, kárdex, hidratación, tamaño de catéter de vía periférica.
- Elaborar el plan específico de enfermería basado en las condiciones del paciente (presenta VIH, hepatitis B o C, diabetes, etc.) (4,12).
- Ajuste de temperatura de sala a 26 °C antes de la operación (4).

Cuidados intraoperatorios

- Ajuste de temperatura a 24 °C al momento de realizar la operación (4).
- Lista de verificación: es un documento que consiste en realizar una lista de chequeo en tres aspectos que son:
 - a. Inicio: antes de la inducción de la anestesia.
 - b. Pausa: después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica.
 - c. Salida de la cirugía: durante o inmediatamente después del cierre de la piel, antes de trasladar al paciente fuera de la sala de operaciones.

Esta lista debe ser manejados por una sola persona para la verificación de cada ítem, conforme avance la cirugía, y así minimizar los errores más comunes y futuras complicaciones.

Desinfección quirúrgica de manos con técnica aséptica médica y enfermera (4).

Cuidados postoperatorios

Protección de la incisión con:

- a. Vendaje aséptico (ver “técnicas asépticas sin contacto”) desechable (1,4,5).
- b. Mantener seco durante 48 h pasada la operación.

- c. Película protectora desechable para mantener seco y sin contaminación el vendaje (4).
- Controle la temperatura corporal. Utilice mantas eléctricas para mantener la temperatura corporal adecuada (4).
- Control y evacuación de drenajes.
- Monitorización continua de signos vitales.
- Controle y vigile permanentemente la herida (7).
- Vigilar escala de Ramsay, Bromage, Aldrete.

Se obtuvo una base de datos final con 21 artículos seleccionados exclusivamente en MEDLINE. Los estudios en su mayoría fueron revisiones de literatura (RL, 7) y ensayos clínicos aleatorizados (ECA, 6); 4 fueron metaanálisis (MA), y los restantes fueron estudios cuasiexperimentales y panel Delphi (1). La calidad de la evidencia de los estudios fue mayormente media, con predominancia de una calidad media baja.

Como síntesis, se obtuvo que los cuidados de enfermería en el sitio quirúrgico son variados y no existen aún pautas claras basadas en la evidencia más actual. Existe un gran número de cirugías que tienen sus propias características, lo que dificulta adoptar un solo enfoque eficaz y eficiente. Con todo, se identificaron los cuidados más adecuados según la evidencia presentada en estos estudios, que corresponden a cuidado y preparación del paciente (caracterización física y psicológica); preparación de la piel (normalmente clorhexidina), profilaxis antibiótica en caso de cirugías sugeridas, depilación solo en caso de ser necesario mediante corte, vendaje con técnica aséptica sin contacto y uso de apósitos de silicona. La inclusión de protocolos específicos para las cirugías específicas y la aplicación de una lista de chequeo aumentan los buenos resultados en cuidados de las heridas quirúrgicas.

Por otra parte, se identificó que no son recomendables el afeitado, la dosis recurrente de profilaxis bacteriana ni en fase postoperatoria. La terapia de presión negativa es efectiva solo en algunos casos, y es preciso evaluar su costo efectividad en cada caso particular. El protocolo propuesto es una guía para el cuidado de enfermería en el sitio quirúrgico para evitar el desarrollo de infecciones del sitio quirúrgico (ISQ). La guía propone las estrategias más valoradas y con mayor respaldo de evidencia. Dado que cada cirugía tiene sus particularidades, es preciso elaborar subprotocolos específicos para una práctica adecuada.

Bibliografía

1. Gillespie et al. Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: A systematic meta-review of Cochrane reviews. *Int J Nurs Stud.* 2020; p. 103486.
2. Gillespie et al. Closed incision negative pressure wound therapy versus standard dressings in obese women undergoing caesarean section: multicentre parallel group randomised controlled trial. *BMJ.* 2021.
3. Otaviano et al. Topical Oxygen Jet Therapy (TOJT) for treating infected chronic surgical wounds. *Braz J Infect Dis.* 2021; p. 101547.
4. Dai J, Li Y. Effect of Nursing in Operating Room Combined with Intraoperative Heat Preservation Intervention on Prevention of Incision Infection and Improvement of Hemodynamics in Patients with Anterior Cruciate Ligament Injury and Reconstruction under Knee Arthroscop. *Comput Math Methods Med.* 2022; p. 2915157.
5. Hegarty et al. Acute surgical wound-dressing procedure: Description of the steps involved in the development and validation of an observational metric. *Int Wound J.* 2019; p. 641-8.
6. Russo et al. Improving surgical site infection prevention in Asia-Pacific through appropriate surveillance programs: Challenges and recommendation. *Infect Dis Health.* 2021; p. 198-207.
7. Horgan et al. Healthcare professionals' knowledge and attitudes of surgical site infection and surveillance: A narrative systematic review. *Nurse Educ Pract.* 2023; p. 103637.
8. Cooper et al. Supporting global antimicrobial stewardship: antibiotic prophylaxis for the prevention of surgical site infection in low- and middle-income countries (LMICs): a scoping review and meta- analysis. *JAC-Antimicrob Resist.* 2020; p. dlaa070.
9. Guo et al. Evaluation of different antibiotic prophylaxis strategies for hepatectomy. *Medicine (Baltimore).* 2019; p. e16241.
10. Guo et al. The clinical effects of antibiotic prophylaxis for hysteroscopic procedures. *Medicine (Baltimore).* 2019; p. e16964.
11. Jiang et al. Evaluation of different surgical dressings in reducing postoperative surgical site infection of a closed wound: A network meta-analysis. *Int J Surg.* 2020; p. 24-9.

12. Castellà et al. Intervention to reduce the incidence of surgical site infection in spine surgery. [Online]. 2018. Available from: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/149298>.
13. Ohge et al. The Japan Society for Surgical Infection: guidelines for the prevention, detection, and management of gastroenterological surgical site infection, 2018. Surg Today. 2021; p. 1-31.
14. Astasio et al. The Effectiveness of Negative Pressure Therapy: Nursing Approach. J Pers Med. 2022; p. 1813.
15. Kojima et al. Effectiveness of negative pressure wound therapy for the wound of ileostomy closure: a multicenter, phase II randomized controlled trial. BMC Surg. 2021; p. 442.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 7

Intervenciones de enfermería para
disminuir la neumonía asociada a
ventilación mecánica en unidades de
cuidados intensivos: revisión
sistemática de la literatura

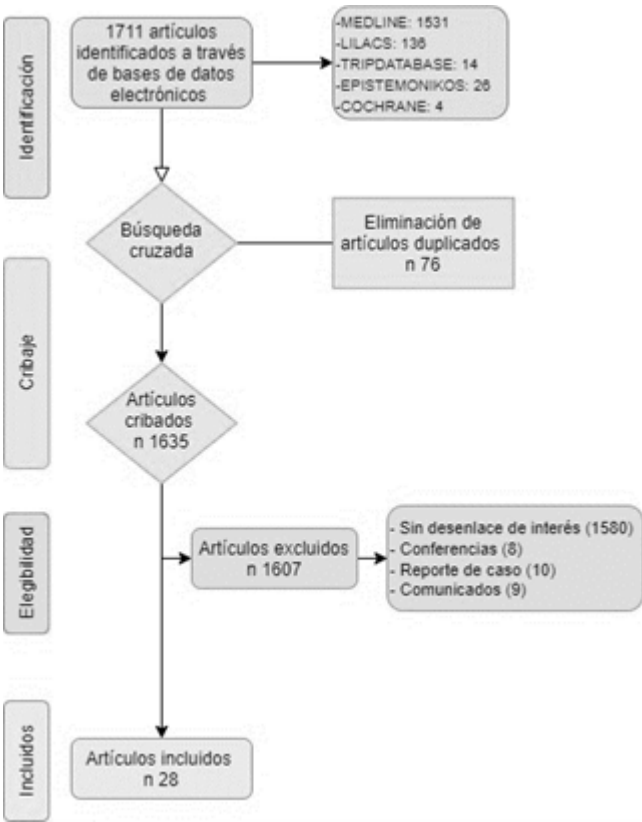
AUTORES: Andrea Lisseth Meza Cárdenas; Rocío de las Mercedes Segovia Hernández



Para la realización de esta investigación se diseñó un proceso de selección de estudios que se muestra en la figura 1. Tras una búsqueda inicial en bases de datos, se identificó un total de 1.711 estudios. Tras el cribado del título, el resumen y el contenido completo, finalmente se incluyeron 28 estudios en la revisión.

Figura 1.

Diagrama de flujo respecto a los elementos de información preferidos para revisiones sistemáticas.



Características de los estudios incluidos en esta revisión

Finalmente, se incluyeron 28 estudios en la revisión. Las principales características de los estudios se presentan en la tabla 2. Veinticuatro en Asia (China: 7, Irán: 11 Turquía: 4), cuatro estudios tuvieron lugar en Europa (Bél-

gica: 1, Francia: 1, Países Bajos: 1, Reino Unido: 1) y dos en Sudamérica (Brasil: 2). Se recolectaron artículos que fueron publicados entre enero de 2015 hasta agosto de 2023. El tamaño total de la muestra osciló entre 16 pacientes intubados (1) y 1.1997 pacientes intubados (2). Todos los estudios, debido a los criterios de inclusión, en su gran mayoría fueron ensayos clínicos controlados (3) y un estudio fue de tipo observacional. Las poblaciones estudiadas fueron pacientes críticos ventilados ingresados en UCI generales, médicas, quirúrgicas, neuroquirúrgicas, traumatológicas y cardiovasculares. La mayoría de los estudios incluidos se realizaron en UCI generales y dos de ellos eran multicéntricos.

Intervenciones realizadas cabecera elevada

No hubo significancia estadística en cuanto a la posición del paciente, pero en la posición de 45° se identificó menor frecuencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) frente a las otras posiciones (30° y <30°) evaluadas en el estudio (4).

Cuidados bucales

Respecto al uso de clorhexidina, se identificó reducción significativa en el uso de CHX (a diferentes dosis de administración) (5,6), con una reducción del riesgo significativo (RR: 0,36), una reducción absoluta del riesgo fue de 14.9% (23,4%/8,5%), y el número necesario para tratar fue de 6,7 (1/0,149) (7), con menor incidencia de infección por MRSA en el grupo de CHX, reduciéndose en un 49% su incidencia (RR 0,51), así como la presencia de placa dental (RR 0,47) (1). Respecto al uso de cepillado dental más agua destilada dos veces al día, se identificó una reducción significativa (p 0,02) de NAV al quinto día de intervención en un estudio (3). En cuanto al uso de otras soluciones con peróxido de hidrógeno se identificó la reducción significativa de NAV en dos estudios, cuando fueron comparadas con CHX y SS 0,9% (8), el agua ozonizada redujo significativamente la NAV al compararla con la CHX 0,2% en un estudio (p 0,02) (9), en otro estudio el permanganato de potasio al 0,01% redujo significativamente esta infección cuando se comparó con la CHX 0,2% o ninguna solución de limpieza (10), en un estudio iraní (11), el miswak obtuvo resultados significativos (p 001) en reducción de la NAV frente a la CHX.

Descontaminación

En un estudio la descontaminación en múltiples sitios redujo significativamente la NAV, cuando se lo comparó con los cuidados estándar en la UCI (12), además, se evidenció que la SDD redujo la prevalencia de bacterias

gramnegativas resistentes a los antibióticos, con disminución del riesgo de bacteriemia adquirida en la UCI (OR 0,74) (2).

Succión de secreciones subglóticas

En cinco estudios controlados aleatorizados (13,14) se evidencia reducción significativa de la NAV cuando hay intubación con tubos endotraqueales con drenaje subglótico, al compararlas con los tubos endotraqueales estándar. También, en un estudio (15), la incidencia de NAV fue significativamente menor (0.042) cuando se utilizó SS 0, 9% + eucalipto como diluyente para las secreciones pulmonares frente a la SS 0.9%.

Sistemas de succión

Cuando se comparó a los sistemas de succión cerrado y abierto, se identificó en dos estudios (16,17) una reducción de la NAV en el sistema de succión traqueal cerrada.

Alimentación postpilórica

Tres estudios aleatorizados realizados en China (18,19) identificaron que la alimentación por sonda nasoyeyunal disminuía significativamente la incidencia de NAV ($p < 0.05$). Además, otro estudio controlado aleatorizado identificó que la NE temprana se asocia a menor aparición de NAV.

Masaje abdominal

Dos estudios controlados aleatorizados realizados en Turquía (20) identificaron reducción de la NAV cuando se proporcionaba masaje abdominal a los pacientes de la UCI y alimentados enteralmente.

Vacaciones de la sedación

Se identificó en un estudio que el efecto de un protocolo de interrupción diaria de la sedación, redujo significativamente la incidencia de NAV (21).

La presente revisión sistemática demostró la variedad de intervenciones incluidas en los cuidados de enfermería y su aplicación en la disminución de la NAV en las UCI de adultos. Veintiocho estudios cumplieron los criterios de inclusión y se observó que las medidas combinadas pueden prevenir la NAV en mayor medida.

Además, mostró que el número de estrategias de intervención varió ampliamente en los estudios incluidos.

La NAV es una de las principales infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en los pacientes críticos intubados, asociándose a una duración excesiva de la ventilación mecánica. Los microorganismos más frecuentes responsables de la NAV son *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichiacoli*, *Klebsiella pneumoniae* y las especies de *Acinetobacter* de microorganismos gramnegativos y *Staphylococcus aureus* de microorganismos grampositivos. Los criterios diagnósticos de la NAV difieren entre las UCI, pero suelen requerir factores como fiebre, leucocitosis, infiltrado progresivo en la radiografía de tórax, cultivos positivos de secreciones respiratorias y reducción del intercambio gaseoso (22).

Durante las últimas décadas ha habido una gran preocupación científica por encontrar las mejores estrategias para prevenir la NAV y los eventos asociados a la ventilación (22). En todo el mundo, el objetivo de los científicos es reducir la incidencia de la NAV de la siguiente manera: en primer lugar, mejorar los resultados de los pacientes ventilados y, a continuación, reducir la mortalidad, la duración de la estancia hospitalaria y el gasto sanitario. Los criterios diagnósticos de la NAV, los métodos de muestreo respiratorio, las intervenciones en la NAV y los diseños de los estudios varían, en gran medida, entre las UCI de todo el mundo (23). No obstante, ciertas intervenciones en los cuidados de la NAV combinados, han demostrado su eficacia en la reducción de la NAV (24).

Un enfoque multimodal para la prevención de la NAV incluye medidas funcionales, mecánicas y farmacológicas (25). La intervención más importante para prevenir la NAV es precisamente evitar la intubación mediante ventilación no invasiva con presión positiva siempre que sea posible (22). De la revisión de los estudios existentes se desprende que las intervenciones propuestas con mayor frecuencia, cuando el paciente debe ser intubado, son los protocolos de sedación y destete, la posición semiacostada a 45°, la higiene oral, la aspiración subglótica.

Dos estudios utilizaron como medida preventiva adicional la Descontaminación Orofaringea Selectiva (DOS) (26). El paquete de cuidados sin DOS se asoció a un descenso del 42% en las tasas de NAV, mientras que con la aplicación de la DOS se produjo un descenso adicional del 70% en las tasas de NAV (26).

La posición semiacostada se estableció con la introducción del “IHI Ventilator Bundle”, aunque se propuso mucho antes en estudios realizados entre 1992 y 1999 para comprobar su contribución en la prevención de la aspiración.

La aplicación de esta medida por casi todos los estudios demuestra la aceptación y el reconocimiento de su importancia en el tratamiento de la NAV (26). En la revisión sistemática realizada, la mayoría de los estudios incluían la higiene bucal, que involucraba el uso desde la CHX, cepillado bucal únicamente, peróxido de hidrogeno o productos de origen natural como el miswak. El cuidado bucal continúa siendo una herramienta importante para la eliminación de la placa dental y la promoción de una comunidad microbiana normal dentro de la cavidad bucal, evitando así el crecimiento de microorganismos en la tráquea y la creación de NAV (1,5,11).

Cinco estudios pretendían averiguar los beneficios del drenaje subglótico de secreciones, ya que las secreciones concentradas entre las cuerdas vocales y el tubo endotraqueal pueden causar NAV debido al crecimiento potencial de patógenos. Estos estudios demostraron que la aspiración subglótica parece ser una medida preventiva útil (13,27), además, que resulta beneficioso si a la solución salina 0,9%, que es utilizada para diluir las secreciones, se añadía solución de eucalipto al 5%, identificando también reducción de NAV (15).

Otro tema destacable fue que en dos estudios la técnica de aspiración aséptica (succión cerrada) es de las técnicas más básicas y que se da por sentada, junto con todas las demás intervenciones para la prevención de la NAV de los estudios analizados e incluidos (16,17). Otra conclusión interesante de un estudio (11) fue la tasa cero de NAV después de la intervención, en la que se comparó el efecto del cuidado oral utilizando miswak (una fibra natural para limpieza de los dientes) frente al enjuague bucal de CHX, donde se identificó una disminución significativa de la NAV. Pero esta tasa cero podría deberse a muchos factores, como los responsables de la gestión política sanitaria del país, la diversidad de criterios diagnósticos de NAV, bajo número de individuos reclutados (28).

En las dos últimas décadas, la humanidad ha experimentado varios brotes víricos, que desencadenaron infecciones respiratorias graves como el SARS-2, potencialmente y evaluaron la incidencia de pacientes que requieren ventilación mecánica a nivel local. Este incremento puede atribuirse a la gravedad de las infecciones respiratorias virales y la necesidad de intervenciones más intensivas para mantener la función pulmonar. La neumonía asociada a ventilación mecánica se ha convertido en un desafío crítico en este contexto, ya que los pacientes intubados son más propensos a desarrollar complicaciones respiratorias. La investigación actual, basada en criterios de inclusión que abarcan estudios posteriores a enero de 2015 (29), busca comprender y abordar específicamente esta problemática, proporcionando información crucial para

mejorar las estrategias de manejo y prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica (29). Esta revisión sistemática subraya la amplia gama de intervenciones existentes. Esta fluctuación puede haberse visto afectada, en cierta medida, por el sistema sanitario del país o la variedad de programas educativos y el diferente grado de adherencia del personal, pero al mismo tiempo los resultados de los estudios destacaron que la educación multidisciplinaria de los profesionales de la salud y la supervisión frecuente de la adherencia pueden conducir a mejores resultados para los pacientes.

La revisión sistemática analiza intervenciones de enfermería para reducir la neumonía asociada a ventilación mecánica. Destaca que la posición a 45° y cuidados bucales, como el uso de clorhexidina y cepillado dental, son estrategias efectivas.

La descontaminación orofaríngea selectiva y la succión subglótica también se identifican como medidas preventivas significativas. Se subraya la importancia de un enfoque multimodal, que combine diversas intervenciones, y la educación multidisciplinaria para mejorar la adherencia del personal.

Aunque la efectividad varía, la revisión resalta la diversidad en la reducción de la NAV y sugiere adaptar estrategias a contextos específicos para mejorar la atención médica y reducir la incidencia de NAV en pacientes críticos intubados.

De esta revisión sistemática se desprende que existe una variación considerable entre las intervenciones de enfermería en la atención de la NAV. Esta variación da lugar a discrepancias y no permite la comparabilidad, en mayor medida, entre los estudios para encontrar la intervención ideal de prevención de la NAV.

Las UCI deben adoptar prácticas básicas que prevengan o disminuyan las tasas de NAV y, en consecuencia, la mortalidad, la duración de la ventilación mecánica, la duración de la estancia y los costes sanitarios. Además, las estrategias deben ser polifacéticas y estar respaldadas por un programa educativo a largo plazo que garantice su cumplimiento de los cuidados.

Estas estrategias multidisciplinarias deberían ser comunes en todas las UCI. Al menos en un mismo país, es necesario realizar estudios controlados aleatorios nacionales o transversales para poder comparar la eficacia de las medidas y encontrar la mejor combinación de intervenciones preventivas.

Finalmente, esta revisión sistemática presentó varias limitaciones. En primer lugar, como sólo se buscaron estudios pertinentes en inglés, no se

incluyeron en la revisión otros posibles estudios escritos en diferentes idiomas. Además, se incluyó cinco bases de datos en la investigación, por lo que podrían encontrarse estudios adicionales en otras bases de datos. También, la aplicación de criterios de inclusión y exclusión rigurosos puede impedir la incorporación de algunos estudios en la revisión. Por otra parte, entre los estudios revisados, hubo una heterogeneidad, en mayor medida de los contextos de estudio. En particular, las diferencias en la calidad de los estudios son indicativas de grandes diferencias en el diseño de estos. Sin embargo, se debe señalar que la heterogeneidad entre los estudios no fue una limitación de nuestra revisión, sino un efecto inevitable del diseño de los estudios. Por lo tanto, se debe considerar los resultados con cautela ya que es difícil establecer conclusiones sólidas.

Se sugiere hacer uso de esta revisión sistemática para explorar el impacto de las intervenciones de enfermería específicas en la disminución de neumonía asociada a ventilación mecánica

Además de realizar estudios observacionales-experimentales para delimitar cómo la formación académica y capacitación del personal de enfermería que labora en unidades de cuidados intensivos afecta en la implementación efectiva de estas intervenciones y con ello dar paso a futuras investigaciones que mejoren la práctica de enfermería en el cuidado de pacientes críticos.

Referencias

1. Tuon et al. Prospective, randomised, controlled study evaluating early modification of oral microbiota following admission to the intensive care unit and oral hygiene with chlorhexidine. *J Glob Antimicrob Resist*. 2017; p. 159–63.
2. Oostdijk et al. Effects of Decontamination of the Oropharynx and Intestinal Tract on Antibiotic Resistance in ICUs. *JAMA*. 2015; p. 1429–35.
3. Nasiriani et al. The Effect of Brushing with a Soft Toothbrush and Distilled Water on the Incidence of Ventilator-Associated Pneumonia in the Intensive Care Unit. *Tanaffos*. 2016; p. 101–7.
4. Güner C, Kutlutürkan S. Role of head-of-bed elevation in preventing ventilator-associated pneumonia bed elevation and pneumonia. *Nurs Crit Care*. 2022; p. 635–45.
5. Zand et al. The effects of oral rinse with 0.2% and 2% chlorhexidine on oropharyngeal colonization and ventilator associated pneumonia in adults' intensive care units. *J Crit Care*. 2017; p. 318–22.
6. De Lacerda et al. Impact of oral hygiene involving toothbrushing versus chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia: A randomized study. *BMC Infect Dis*. 2017; p. 1–9.
7. Lin et al. Reduced occurrence of ventilator-associated pneumonia after cardiac surgery using preoperative 0.2% chlorhexidine oral rinse: Results from a single-centre single-blinded randomized trial. *J Hosp Infect*. 2015; p. 362–6.
8. Khaky et al. Evaluating the Efficacy of Nanosil Mouthwash on the Preventing Pulmonary Infection in Intensive Care Unit: a Randomized Clinical Trial. *Med Arch (Sarajevo, Bosnia Herzegovina)*. 2018; p. 206–9.
9. Hanifi et al. The Effect of Ozonated Water and Chlorhexidine Gluconate on Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: A Double- Blind, Randomized, Clinical Trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2017; p. 54–62.
10. Meidani et al. Oropharyngeal Irrigation to Prevent Ventilator-Associated-Pneumonia: Comparing Potassium Permanganate with Chlorhexidine. *Int J Prev Med*. 2018; p. 61–9.

11. Irani et al. The Effect of Oral Care with Miswak Versus Chlorhexidine on the Incidence of Ventilator-Associated Pneumonia: A Clinical Trial Study. *Med - Surg Nurs J.* 2020; p. 69–72.
12. Massart et al. Multiple-site decontamination in mechanically ventilated ICU patients: A real-life study. *Infect Dis Now.* 2023; p. 1046–66.
13. Gopal et al. Significant reduction in ventilator-associated pneumonia with the venner-pneux system in high-risk patients undergoing cardiac surgery: The low ventilator-associated-pneumonia study. *Eur J Cardio- thoracic Surg.* 2015; p. 92–6.
14. Mahmoodpoor et al. A prospective randomized trial of tapered-cuff endotracheal tubes with intermittent subglottic suctioning in preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *J Crit Care.* 2017; p. 152–6.
15. Chai et al. The effect of different solutions in tracheal suctioning on the incidence of pneumonia in patients on the ventilator. *Cell Mol Biol.* 2022; p. 197–202.
16. Ardehali et al. The Effects of Open and Closed Suction Methods on Occurrence of Ventilator Associated Pneumonia; a Comparative Study. *Arch Acad Emerg Med.* 2020; p. 8–12.
17. Alipour et al. Evaluation of the Effect of Open and Closed Tracheal Suction on the Incidence of Ventilator Associated Pneumonia in Patients Admitted in the Intensive Care Unit. *Arch Anesthesiology Crit Care.* 2016; p. 193–6.
18. Wang et al. Use of nasojunal tube in early enteral nutrition in severe traumatic brain injury patients under mechanical ventilation. *Chinese J Clin Nutr.* 2015; p. 23–6.
19. Jie et al. Efficiency analysis of enteral nutrition supportive nursing by nasojunal tube in treatment of patients with severe craniocerebral injury. *J Clin Med Pract.* 2019; p. 107–10.
20. Ilgin V, Özer N. The Effect of Abdominal Massage on Discharge and Ventilator-Associated Pneumonia in Enterally Fed Patients Connected to Mechanical Ventilation: A Randomized Controlled Study. *Dimens Crit Care Nurs.* 2023; p. 104–14.

21. Shahabi et al. The effect of daily sedation interruption protocol on early incidence of ventilator-associated pneumonia among patients hospitalized in critical care units receiving mechanical ventilation. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2016; p. 541–6.
22. Klompas et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2022; p. 687–13.
23. Munro N, Ruggiero M. Ventilator-Associated Pneumonia Bundle. *AACN Adv Crit Care.* 2014; p. 163–75.
24. Eom et al. The impact of a ventilator bundle on preventing ventilator-associated pneumonia: A multicenter study. *Am J Infect Control.* 2014; p. 34–7.
25. Lim et al. Efficacy of ventilator-associated pneumonia care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia in the surgical intensive care units of a medical center. *J Microbiol Immunol Infect.* 2015; p. 316–21.
26. Álvarez et al. Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: The Multimodal Approach of the Spanish ICU “Pneumonia Zero” Program*. *Crit Care Med.* 2018; p. 181–8.
27. Damas et al. Prevention of ventilator-associated pneumonia and ventilator-associated conditions: A randomized controlled trial with subglottic secretion suctioning. *Crit Care Med.* 2015; p. 22–30.
28. Landelle et al. Impact of a multifaceted prevention program on ventilator-associated pneumonia including selective oropharyngeal decontamination. *Intensive Care Med.* 2018; p. 1777–86.
29. Colombo et al. The zero-VAP sophistry and controversies surrounding prevention of ventilator-associated pneumonia. *Intensive Care Med.* 2020; p. 368–71.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 8

Cuidados de enfermería en la
prevención de la neumonía asociada
a ventilación mecánica en terapia
intensiva: estudio cualitativo

AUTORES: Gabriela Alejandra Guerrero Yépez; Rocío de las Mercedes Segovia Hernández



La prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) constituye un desafío significativo en entornos hospitalarios, especialmente en unidades de cuidados intensivos. La introducción de protocolos y políticas ha sido destacada como una estrategia eficaz, pero la implementación efectiva y consistente de estas medidas sigue siendo un área de interés crítico.

A continuación, se presentan los descubrimientos más notables derivados de la observación realizada al trabajo que desarrollan las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Nova Clínica del Valle, así como también de la información recopilada en las entrevistas que se les realizaran previamente, con el propósito de obtener una comprensión exhaustiva de las acciones llevadas a cabo por estas profesionales.

Este análisis se realiza en un contexto que considera tanto el marco teórico como las categorías fenomenológicas relacionadas con la atención médica. El mismo abordó la aplicación de conocimientos, la percepción y la exploración de posibles soluciones, con el fin de identificar áreas susceptibles de mejoras y fortalecer las estrategias preventivas contra la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) en entornos hospitalarios.

Análisis de las entrevistas

La investigación fenomenológica en la prevención de neumonías asociadas a la ventilación mecánica se centra en la comprensión profunda de las experiencias y perspectivas de los profesionales de la salud involucrados en el cuidado de pacientes con esta condición y determina como categorías a tener en cuenta las percepciones, conocimientos y prácticas de estos profesionales. Este enfoque permite valorar la riqueza de las experiencias individuales y revelar aspectos no solo técnicos, sino también emocionales y contextuales que pueden influir en la implementación de estrategias preventivas.

En las entrevistas realizadas a las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Nova Clínica de los Valles, se pudieron apreciar las siguientes categorías:

Tabla 1.

Análisis de las entrevistas de acuerdo a las categorías fenomenológicas.

Pregunta	Categoría	Resultado
	fenomenológica	
“¿Cuáles son los cuidados de enfermería que se deben proporcionar a pacientes con ventilación mecánica?”	Atención médica (cuidado)	Existe consenso entre las respuestas emitidas por las enfermeras ante esta pregunta. Entre ellas podemos mencionar: “Realizar y cumplir con los cinco momentos del lavado de manos, de esta manera evitaríamos la contaminación cruzada ente los pacientes”. “Uso de las barreras protectoras, bata, guantes, mascarilla para cada procedimiento que se realice con el paciente”. “Realizar aspiración de secreciones con técnica aséptica”. “Mantener la posición del paciente entre 30 y 45 si no está contraindicado, mientras se encuentre ventilado durante la aspiración de las secreciones”. “Aseo general del paciente y limpieza de la cavidad bucal diario”. “Mantener la zona del tubo endotraqueal siempre limpia y seca para prevenir lesiones cutáneas y extubaciones no planificadas.” “Realizar limpieza ocular, lubricar los ojos para prevenir úlceras oculares, control de signos vitales, monitorizar los parámetros ventilatorios”. “Registrar en la bitácora información de los procedimientos”.

¿En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de esta institución existe algún tipo de protocolo para la reducción de neumonías en pacientes con ventilación mecánica?	Práctica clínica y gestión de la atención médica	Ante esta pregunta se obtuvo la siguiente respuesta: "En abril del año 2021 implementamos un protocolo de enfermería para la prevención de neumonías asociadas a la ventilación mecánica, elaborado por la Lic. Magali Capa, coordinadora de enfermería y el director de normas y reglamentos técnicos Dr. Miguel Carmona".
¿Qué mecanismos de control existen para evaluar el cumplimiento de estas políticas o protocolos?	Evaluación de procesos	"Están la observación directa por parte de la jefa de enfermeras, como parte integral del proceso de aseguramiento de la calidad y el llenado del check list". "La supervisión visual y la adecuada cumplimiento del check list son procedimientos establecidos en la unidad, utilizados para verificar el cumplimiento de protocolos. Además, se lleva a cabo una revisión detallada de las hojas de cuidados de enfermería directamente relacionadas con el paciente".
¿Qué conocimientos tienes y cuáles necesitas reforzar para la prevención de la neumonía en pacientes con ventilación mecánica?	Autoconocimiento	Ante esta pregunta las respuestas brindadas se concentran en las que a continuación se citan: "Contamos con los conocimientos adecuados para realizar la aspiración de secreciones y manejar parámetros ventilatorios". "Deberíamos reforzar el manejo correcto del circuito cerrado durante la aspiración en un paciente, así como los aspectos relacionados con el aseo bucal".
¿Qué acciones de capacitación le proporcionan aquí para la reducción de la neumonía con ventilación mecánica?	Formación y aprendizaje	"Nos proporcionan charlas educativas, videos, foros, estudios de casos en pacientes ventilados. Debido a la importancia que reviste este tema". "Mensualmente estamos en reuniones en el servicio, donde se dan charlas educativas, videos, foros para actualizarnos sobre este tema".

¿Qué cuidados de enfermería puedes implementar en la UCI para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica?	Práctica clínica y aplicación de conocimientos.	A continuación, se citan los cuidados que manifestaron las enfermeras se pueden implementar: "Velar porque los neumotaponadores mantengan su presión de 25 a 30 cm para prevenir neumonías por aspiración y mantener la vía aérea limpia". "Mantener en la posición adecuada al paciente semi-Fowler, es decir, entre 30 y 45 grados, así como también realizar los drenajes posturales para evitar las escaras, los tapones mucosos y atelectasias". "Garantizar el cumplimiento de las medidas de higiene es esencial para mantener un entorno clínico seguro y prevenir la propagación de infecciones. Esto incluye no solo la higiene personal, como el lavado de manos regular y el uso adecuado de equipo de protección, sino también la limpieza y desinfección de las áreas y equipos utilizados en la atención al paciente. Asimismo, la adhesión estricta a los protocolos establecidos juega un papel crucial en la prestación de atención de calidad".
¿Qué intervenciones llevan a cabo para evitar la incidencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica?	Práctica clínica y aplicación de conocimientos.	"Tenemos los drenajes posturales modificados. Las enfermeras desempeñamos un papel crucial en el mantenimiento de la higiene oral, la prevención de la aspiración de secreciones contaminadas y la gestión general del entorno del paciente bajo ventilación mecánica". "Realizamos procedimientos de drenaje postural adaptados, gestionamos úlceras por presión, aplicamos tapones mucosos y abordamos situaciones como atelectasias y condensaciones neumónicas". "Realizamos una monitorización constante de los signos vitales y parámetros ventilatorios, así como también implementamos cuidados específicos de higiene respiratoria".

¿Cuáles son las medidas que pueden tomarse para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, y la importancia de las enfermeras en el cuidado?

Práctica
clínica y
percepción.

Las respuestas emitidas por las encuestadas se agrupan en dos categorías. La primera se refiere a las medidas preventivas específicas: "Cumpliendo estrictamente los 5 momentos del lavado de manos para evitar las infecciones cruzadas, así como el uso de barreras protectoras como batas, guantes y la aspiración de secreciones", "higiene estricta de las manos antes de manipular la vía aérea, evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0 grados, sobre todo en aquellos pacientes que reciben nutrición por vía enteral, evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales, salvo mal funcionamiento de estos.

Mantener los neumotaponadores, así como la limpieza de la vía aérea", "la práctica rigurosa de la higiene de manos, el monitoreo constante de la presión del tubo endotraqueal, prevenir neumotaponamiento, el cuidado adecuado del mango del tubo endotraqueal, y la aspiración regular de secreciones. Además, la atención a la higiene bucal y los drenajes posturales modificados".

Y la segunda categoría referida al enfoque integral de cuidados continuos. Aquí se manifiestan los siguientes criterios:

"Las medidas preventivas son vitales, y las enfermeras desempeñan un papel central en su implementación, contribuyendo significativamente a la seguridad y el bienestar de los pacientes sometidos a ventilación mecánica".

"Los cuidados deben ser constantes otorgando una atención segura y de calidad evitando complicaciones subyacentes a esta complicación. Las enfermeras son las encargadas de ejecutar estas acciones, por lo tanto, su papel es esencial".

"La disminución de riesgos se consigue al comprometernos con la ejecución de los protocolos específicos diseñados para pacientes de este tipo".

¿Cómo podemos disminuir la neumonía en los pacientes con ventilación mecánica?	Práctica clínica y búsqueda de soluciones	Dentro de las respuestas proporcionadas por las enfermeras entrevistadas encontramos aquellas enfocadas en el estricto cumplimiento de protocolos para pacientes bajo ventilación mecánica ej: "Cumpliendo estrictamente los 5 momentos del lavado de manos para evitar las infecciones cruzadas, así como el uso de barreras protectoras como batas, guantes y la aspiración de secreciones". "Siguiendo el procedimiento de lavado de manos conforme a los cinco momentos establecidos, utilizando protectores, asegurando que la aspiración del paciente se realice en posición entre 30 y 45 grados, llevando a cabo la higiene bucal y verificando que los parámetros del ventilador estén en concordancia con las gasometrías realizadas durante los controles", así como aquellas respuestas que manifiestan el compromiso con la ejecución de protocolos específicos y los cuidados meticulosos, ej: "Comprometerse con la ejecución de protocolos específicos diseñados para pacientes bajo ventilación mecánica", "trabajar de manera responsable en el cumplimiento de los protocolos de tratamientos establecidos". "La atención meticulosa a detalle demuestra el compromiso de brindar cuidados de calidad." "Minimizar riesgos asociados a la asistencia médica a través de prácticas responsables y protocolos establecidos."
---	--	---

***Elaboración propia**

Análisis de la observación no participante

Durante la observación directa realizada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de la Nova Clínica del Valle, se analizó la labor desempeñada por las enfermeras. El enfoque se centró en los cuidados proporcionados a los pacientes con ventilación mecánica, con el propósito de prevenir la aparición de neumonías asociadas en este grupo específico. Siguiendo la guía de observación diseñada para esta investigación, se obtuvieron los resultados que se detallan a continuación:

Tabla 2.

Análisis de la observación realizada por la investigadora.

Ítem	Observación sobre la actividad realizada por el profesional de enfermería.	Resultado de la observación no participante
Higiene de manos	- Se adhiere a los cinco momentos de higiene de manos en el cuidado de pacientes ventilados. - Utiliza siempre jabón para la higiene de manos. - El tiempo dedicado a la higiene de manos es al menos 30 segundos. - Utiliza guantes en las situaciones que lo requieran. - La técnica de colocación de los guantes es adecuada.	El 100% de las enfermeras encuestadas cumplen con los cinco momentos clave del lavado de manos (antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente, después del contacto con el entorno del paciente) y utilizan jabón de manera consistente. Emplean entre 15 y 30 segundos para realizarlo. El 100% usan guantes de manera correcta y cumplen con la técnica apropiada de colocación primero en la mano dominante y luego en la otra para terminar ajustando ambos tocando solo las áreas con guantes estériles.
Higiene bucal al paciente	- Realiza la higiene bucal con la frecuencia requerida. - Utiliza solución de clorhexidina (0,12%) - Tiene en cuenta la comodidad del paciente durante este procedimiento, e identifica señales de rechazo o molestia. - Utiliza guantes para realizar la higiene bucal del paciente ventilado.	6 enfermeras llevan a cabo este procedimiento con una frecuencia entre 6 y 8 hrs, mientras que 4 lo realizan hasta cada 12 hrs. Todas utilizan para ello solución de clorhexidina al 0,12%, emplean gasa enrollada en un depresor lingual para los carrillos y paredes mucosas y cepillo para la lengua y también en aquellos pacientes que conservan sus dientes. Las 10 enfermeras utilizan guantes al realizar la higiene bucal de los pacientes ventilados. El 70% de las participantes no tienen en cuenta la comodidad del paciente durante el proceso.

Posición semisentada a a Fowler o semi-Fowler con la cabecera en 30°o45°.	- Eleva la cabecera del paciente ventilado entre 30 y 45 grados. - Verifica la estabilidad y comodidad del paciente en esta posición. - Controla los aspectos que pudieran interferir en la comodidad del paciente en esta posición, como los dispositivos médicos o condiciones particulares del paciente. - Registra la respuesta del paciente a esta posición, según la mejora en la oxigenación y comodidad respiratoria.	El total de las enfermeras elevan la cabecera de los pacientes entre 30 y 45 grados y verifican minuciosamente la estabilidad del paciente. La totalidad del equipo registran minuciosamente la respuesta del paciente a esta posición en cuanto a la oxigenación, midiendo la frecuencia respiratoria contando el número de veces en que el pecho, o el abdomen, se levanta durante un minuto.
Aspiración subglótica de secreciones.	- Realiza de forma periódica la necesidad de aspirar secreciones subglóticas. - Utiliza una técnica correcta durante la aspiración de secreciones subglóticas. - Está pendiente de la tolerancia del paciente, registra signos de incomodidad. - Registra las características de la secreción, según su color, cantidad y consistencia. - Antes y después de este procedimiento muestra una adherencia adecuada a las medidas de asepsia y antisepsia.	Las 10 enfermeras realizan la aspiración de secreciones subglóticas ante la presencia de secreciones (mucosidades) visibles y también cuando se detectan sonidos respiratorios. Todas lo hacen de manera correcta, es decir, tomando la sonda con la mano hábil, introduciéndola suavemente sin aspirar en la cánula de traqueostomía y retirando la sonda, aspirando. Cuentan hasta 10 para no excederse en tiempo. Muestran cierta destreza al realizar este procedimiento, mas se percibe cierta inseguridad en 3 de ellas al manejar el circuito cerrado a la hora en que se introduce el catéter dentro del tubo y se realiza la maniobra de empujarlo y deslizar la funda de plástico que recubre la sonda hacia atrás, debido a la incomodidad que presenta y manifiesta el paciente durante esta maniobra. Todas cumplen las medidas de asepsia y antisepsia antes y después de la aspiración. Registran en las hojas de cada paciente el color, la cantidad y la consistencia de las secreciones.

Presión del neumotaponamiento	- Verifica la aplicación correcta y el ajuste del neumotaponamiento - Utiliza una presión de 20 a 25 cm de H₂O. - Evalúa la integridad del circuito de neumotaponamiento, verifica que no haya fugas de aire. - Registra los cambios en la presión y los ajustes realizados. - Se adhiere a las recomendaciones del fabricante y a los protocolos de la institución para este procedimiento.	El 100% del equipo verifica rigurosamente el neumotaponamiento a través de la técnica de escape mínimo y realizan el ajuste preciso del mismo en caso necesario. Aplican una presión dentro del rango óptimo de 20 a 25 cm de H ₂ O. Se observa que 8 enfermeras velan constantemente por la integridad del circuito, previniendo las fugas de aire. Las 2 enfermeras restantes lo hacen más esporádicamente. Todas registran los cambios en la presión y los ajustes efectuados.
Cuidado y manejo del tubo orotraqueal	- Observa la fijación y posición adecuadas del tubo orotraqueal. - Verifica la permeabilidad del tubo y la integridad del globo de aire. - En caso de requerir limpieza del tubo, registra la frecuencia y procedimiento. - Cumple con los protocolos de asepsia y antisepsia para el cuidado y manejo del tubo orotraqueal. - Registra los cambios del tubo orotraqueal y el personal que lo realizó.	Brindan atención a la fijación y posición del tubo orotraqueal, verificando la permeabilidad del mismo y la integridad del globo de aire. Realizan la limpieza del tubo con cuidado y registran con precisión la frecuencia y los detalles asociados. Cumplen estrictamente con los protocolos de asepsia y antisepsia para el cuidado del tubo orotraqueal. Las 10 enfermeras cumplen con este comportamiento.
Cambio del humidificador	- Realiza el cambio de humidificador siguiendo las medidas de asepsia y antisepsia normadas en la institución. - Se adhiere a la técnica adecuada. - Antes de instalar el nuevo humidificador, verifica su integridad y limpieza. - Registra cada cambio y el personal responsable. - Evalúa el funcionamiento del nuevo humidificador al colocarlo.	El 100% de las enfermeras llevan a cabo el cambio de humidificador siguiendo las medidas de asepsia y antisepsia, mediante una técnica adecuada. Realizan una inspección previa detallada y luego verifican el funcionamiento del nuevo. Todas registran cada cambio que realizan.

Cambio rutinario del circuito del respirador	- Cambia el circuito del respirador con la frecuencia requerida, según los protocolos de la institución. - Garantiza la comodidad y seguridad del paciente durante este procedimiento. - Sigue las medidas de asepsia y antisepsia requeridas. - Registra cada cambio y la persona responsable - Evalúa la respuesta del paciente a cada cambio del circuito del respirador.	Observamos que todas las enfermeras realizan el cambio del circuito del respirador sólo en caso de detectar daño o contaminación evidente de los circuitos o bajo indicación del médico, según establecen las políticas de la institución. Durante cada cambio de circuito, se sigue un protocolo estricto de asepsia y antisepsia y se realiza el registro de cada uno, incluyendo información sobre la persona responsable de la intervención. Evalúan la respuesta del paciente a cada cambio del circuito del respirador, mediante la medición de los signos vitales como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la saturación de oxígeno y escuchan los sonidos respiratorios para identificar la presencia o no de crepitanes o sibilancias.
--	--	---

***Elaboración propia**

Triangulación de los resultados de las entrevistas y la observación no participante.

Al contrastar los resultados obtenidos durante la observación, con las respuestas que proporcionaron las enfermeras entrevistadas podemos concluir que: en relación al lavado de manos y su importancia la totalidad se adhiere de manera rigurosa a los cinco momentos establecidos para ello, tal y como lo expresaron en las entrevistas. No obstante, existe una disparidad en cuanto al tiempo designado para realizar el lavado, pues 5 de ellas apenas llegan a los 30 segundos, en tanto que el resto apenas tardan 20 segundos.

En lo que respecta a la higiene de la cavidad bucal existe concordancia con lo planteado en las entrevistas, donde se manifestaron criterios como los siguientes: “realizar el aseo de la cavidad bucal, lo cual resulta muy importante para prevenir las infecciones”, “la aspiración de secreciones y la higiene bucal son prácticas prioritarias”, “realizamos el aseo general del paciente y el de la cavidad oral”, “la rigurosa observancia de los cinco momentos de este procedimiento, la utilización de barreras protectoras, la asistencia estéril al médico, la realización de aspiraciones de secreciones con técnica aséptica, la higiene de la cavidad oral y el mantenimiento de la posición del paciente entre 30 y

45 grados". Se pone de manifiesto cómo la realización de este procedimiento es considerada de suma importancia por el personal de asistencia médica. A pesar de llevar a cabo esta tarea de manera cotidiana, no todas las enfermeras la ejecutan completamente, ya que el 40% de ellas lo realiza a un nivel moderado, dado que lo llevan a cabo cada 12 horas en lugar de cumplir con la frecuencia establecida de 6 u 8 horas.

Al observar el comportamiento del elemento "posición del paciente" se obtuvo que el total de las enfermeras elevan la cabecera de los pacientes entre 30 y 45 grados, aun cuando 8 de ellas plantearon en las entrevistas que la posición correcta se situaba entre los 30 y 40 grados: "realizar la aspiración de secreciones con técnica aséptica, mantener la posición del paciente de 30 a 40 grados", "asegurando que la aspiración del paciente se realice en posición entre 30 y 40 grados, llevando a cabo la higiene", "realizar aspiraciones por secreción con técnica aséptica, mantener la posición del paciente a 30-40 grados, mantener la zona".

Un elemento importante, al cual no hizo referencia ninguna de las entrevistadas, y que requiere especial atención lo constituye la comodidad del paciente durante la realización de cualquier procedimiento. En este sentido se observó que, asumiendo que la posición en Fowler-semi Fowler que presentan la mayoría de estos pacientes es confortable para ellos, no se presta mucha atención a este tema, cuando lo correcto es que siempre, al realizar cualquier procedimiento al paciente, las enfermeras también se comuniquen con él o sus familiares para obtener retroalimentación subjetiva sobre su comodidad y/o dificultades respiratorias. Este fenómeno de no prestar atención a la comodidad del paciente se manifestó en siete de las enfermeras. Los tres restantes, a pesar de no haberlo mencionado durante la entrevista, en la práctica sí lo llevan a cabo.

En cuanto a la aspiración de secreciones el 100% tienen los conocimientos para realizarlas, sin embargo, en correspondencia con lo planteado durante las entrevistas, el 30% de ellas presentan dificultad en el manejo del circuito cerrado, por lo cual manifiestan la necesidad de reforzar los conocimientos en esta área en específico: "Deberíamos reforzar el manejo correcto del circuito cerrado durante la aspiración en un paciente", "Sería de mucha ayuda reforzar nuestros conocimientos en relación a la aspiración de secreciones cerrada", "sería necesario reforzar aquellos relacionados con la aspiración de secreciones cerrada".

Hay consenso en el uso de las barreras protectoras durante cualquier procedimiento, así como el cumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia. Asimismo, lo reflejaron durante el cuestionario: “también el uso de barreras protectoras en todo momento”, “uso de las barreras protectoras, bata, guantes, mascarilla para cada procedimiento que se realice con el paciente”, “el uso protector de barreras, asistir al médico estéril”.

En el tema de la presión del neumotaponamiento, se encontró que todas las encuestadas llevan a cabo la verificación necesaria, ajustes requeridos y registran cualquier cambio que se presente. A pesar de que todas reconocen la importancia de mantener la presión del neumotaponador, como expresaron durante las entrevistas: “mantener cuidados los neumotaponadores para prevenir neumonías por aspiración. También mantener la vía aérea limpia”, “mantener y observar que los neumotaponadores mantengan su presión de 25 a 30 cm para evitar neumonías de aspiración, así como mantener la vía aérea limpia”, “doy especial atención al cuidado de los neumotaponadores para prevenir neumonías por aspiración y mantengo una vía aérea limpia”, se destaca que ocho enfermeras vigilan de manera constante la integridad del circuito para prevenir fugas de aire, mientras que el resto lo hace de manera más esporádica.

En lo que respecta al cuidado y manejo del tubo orotraqueal, todas las enfermeras siguen rigurosamente este procedimiento. Brindan atención a la fijación y posición del tubo, realizan la limpieza, registran con precisión la frecuencia y los detalles asociados y cumplen estrictamente con los protocolos, como lo expresaron claramente en sus respuestas: “mantener la zona del tubo endotraqueal siempre limpia y seca para evitar lesiones de la piel y extubaciones accidentales”, “el monitoreo constante de la presión del tubo endotraqueal, prevenir neumotaponamiento, el cuidado adecuado del mango del tubo endotraqueal”.

Sucede igual con el proceso de cambio del humidificador, donde hay correspondencia entre lo planteado en la entrevista y la práctica clínica pues el 100% de las enfermeras llevan a cabo este cambio siguiendo las medidas de asepsia y antisepsia y la técnica adecuada. Realizan una inspección previa detallada y luego verifican el funcionamiento del nuevo. Todas registran cada cambio que realizan, tal cual lo manifestaron en sus respuestas: “llevamos a cabo estrategias para evitar el taponamiento mucoso, incluyendo la administración de humidificación adecuada, promovemos ejercicios de respiración profunda y cambios posturales frecuentes”.

Según lo expresado en las entrevistas, se nota que todas las enfermeras llevan a cabo el cambio del circuito del respirador únicamente bajo la indicación del médico, es decir, en situaciones estrictamente necesarias: “evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales, salvo mal funcionamiento de las mismas”. Por lo tanto, se confirma la coherencia entre lo comunicado durante las entrevistas y la práctica de estas profesionales.

Los resultados obtenidos en la investigación sobre la percepción y prácticas de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM) ofrecen una visión detallada de la realidad en el entorno hospitalario. Al contextualizar estos resultados con los criterios de los autores, se pueden extraer varias conclusiones y discusiones importantes.

Los autores Mora (1) y Costa (2) señalan que las NAVIM son una dificultad en entornos hospitalarios, especialmente en unidades de cuidados intensivos, y que la resistencia bacteriana y prácticas inadecuadas contribuyen a su incidencia. Los resultados de la investigación confirman esta preocupación al revelar que, en Ecuador, la neumonía provocada por la ventilación mecánica es la principal causa de muerte en pacientes críticos, con una alta mortalidad del 70% de las intubaciones.

En relación con la higiene y cuidado del paciente, Vásquez (3) resalta la importancia de la posición del paciente, la aspiración de secreciones, el cuidado del tubo orotraqueal y la presión del neumotaponamiento en su investigación del año 2019 “Neumonía asociada a ventilación mecánica”. En el presente estudio, los resultados de las entrevistas indican que las enfermeras son conscientes de estas prácticas y durante la observación se obtuvo que las aplican en su mayoría. Sin embargo, se identifican variabilidades en la interpretación de ciertos aspectos, como la duración del lavado de manos, la frecuencia de la higiene bucal y la posición ideal del paciente, lo que podría indicar la necesidad de una mayor uniformidad en la implementación de estas prácticas. También se destaca una dificultad en el manejo del circuito cerrado por parte del 30% de las enfermeras, subrayando la importancia de fortalecer la capacitación en esta área específica.

En su estudio realizado en el 2009, Quintero (4) enfatiza la necesidad de una atención holística y humanizada, resaltando la importancia de la comunicación y la retroalimentación del paciente. Sin embargo, los resultados en esta investigación muestran que solo algunas enfermeras prestan atención a la comodidad del paciente durante los procedimientos, lo que sugiere una brecha en la implementación de estos principios en la práctica diaria.

Esta experiencia del cuidado implica más que simplemente seguir un protocolo; representa una conexión activa entre el profesional de enfermería y el paciente, donde la atención a detalles como la posición del paciente, su comodidad, la higiene bucal y la verificación constante de parámetros del ventilador se convierten en expresiones tangibles de compromiso y responsabilidad. La atención constante a la ejecución correcta de estos procedimientos específicos es vital para mantener la integridad y salud del paciente. No solo se busca prevenir complicaciones médicas, sino también contribuir a la creación de un entorno hospitalario seguro. Esta idea defendida en el presente estudio encuentra coincidencias con lo planteado por Vázquez (3) y Quintero (4).

En términos de protocolos y políticas, Watson (5) y Luna (6) subrayan su utilidad en la reducción de NAVM. En el presente estudio, los resultados de la observación indican que las enfermeras reconocen y aplican medidas protectoras, pero la variabilidad en la vigilancia constante del circuito y la adherencia a los protocolos sugiere la necesidad de una implementación más consistente.

La perspectiva de Heidegger (7) acerca de la fenomenología se centra en perfeccionar la comprensión del ser humano mediante relaciones sin prejuicios y una visión integral. Sin embargo, para este estudio en el contexto de la NAVM se hizo más hincapié en categorías fenomenológicas como el autoconocimiento, la formación, el aprendizaje y la búsqueda de soluciones en el ámbito de la atención por parte del equipo de enfermería, quienes perciben la importancia de acciones constantes para brindar una atención segura y de alta calidad. De esta manera, la percepción de las participantes se centra en la necesidad de cuidados continuos, involucrando una vigilancia activa del estado de salud del paciente y una respuesta rápida ante cualquier signo de deterioro, lo cual guarda mayor relación con lo planteado por Watson (5) en su investigación, sobre todo con respecto a los protocolos de manejo ante estas complicaciones.

Lo que sí contrasta más con la visión general y filosófica de Heidegger (7) es el compromiso de las enfermeras en prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica, destacando la relevancia de una atención constante para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente, lo cual busca entender la esencia del ser humano en términos más amplios y abstractos.

En resumen, se destaca la importancia de abordar la resistencia bacteriana, promover la uniformidad en la implementación de prácticas preventi-

vas y proporcionar capacitación específica en áreas clave, todo mientras se enfatiza una atención holística y humanizada en la práctica de enfermería, lo cual es coincidente con las investigaciones de Watson (5) y Luna (6).

Aunque el equipo de enfermería demuestra un conocimiento sólido y una comprensión profunda de su papel en la prevención de NAVM, así como una disposición para aplicar protocolos y políticas, se identifican áreas de mejora, especialmente en la estandarización de prácticas y la gestión efectiva de la atención médica. Se enfatiza la importancia del autoconocimiento y el aprendizaje continuo como elementos clave para cerrar las brechas identificadas en la práctica clínica. En conclusión, se resalta la necesidad de un enfoque integral y constante para abordar los desafíos en la prevención de NAVM en el ámbito hospitalario.

Se revela un valioso conjunto de percepciones y conocimientos en la exploración del significado de la experiencia de las/os participantes en relación con las prácticas o cuidados de enfermería para reducir los casos de NAVM. Las voces de quienes participaron ofrecen una comprensión profunda de las dinámicas y desafíos inherentes a la implementación de medidas preventivas.

Se constata la necesidad de un enfoque integral y constante para abordar los desafíos en la prevención de NAVM en el ámbito hospitalario. El autoconocimiento y el aprendizaje continuo se presentan como elementos clave para cerrar las brechas identificadas en la práctica.

Establecer un protocolo de cuidados estandarizado y brindar capacitación y supervisión adecuadas con la finalidad de mejorar la calidad de los cuidados en la UCI y reducir el riesgo de infecciones nosocomiales y complicaciones asociadas.

Implementar un programa de evaluación continua y mejora de los protocolos existentes para la reducción de neumonías asociadas a la ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Integrar las percepciones y conocimientos de las/os participantes en la exploración del significado de la experiencia en la implementación de medidas preventivas de neumonía asociadas a la ventilación mecánica (NAVM) para informar y elevar la eficacia de los cuidados de enfermería en entornos hospitalarios.

Fortalecer el autoconocimiento y aprendizaje continuo dirigidos al personal de enfermería para abordar los desafíos en la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica.

Bibliografía

1. Mora et al. Eventos adversos en pacientes bajo régimen de ventilación mecánica. Cultura del cuidado. 2016.
2. Costa et al. Fatores de risco que favorecem a pneumonia associada à ventilação mecânica. Revista de Enfermagem UFPE online. 2018.
3. Vásquez et al. Neumonía asociada a ventilación mecánica. RECIMUNDO. 2019.
4. Quintero M. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería: S.I.:7 Maznizales; 2009.
5. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Revised Edition Boulder, Colorado: University Press of Colorado; 2008.
6. Luna G. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos del hospital de emergencia de Villa El Salvador: Universidad Privada Norbert Wiener; 2022.
7. Soto V. La fenomenología de Husserl y Heidegger: Cultura de los cuidados; año XXI; 2017.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Unidad 2

Prevención de caídas y lesiones por
presión en pacientes críticos



2. Prevención de caídas y lesiones por presión en pacientes críticos

Para prevenir eficazmente las caídas en los centros de cuidados intensivos, es imperativo adoptar un enfoque multifacético que incorpore intervenciones basadas en la evidencia y la colaboración interdisciplinaria.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el establecimiento y la mejora de las estrategias adaptadas a las necesidades únicas de los pacientes en estado crítico, garantizando que estas intervenciones se basen en la mejor evidencia clínica disponible (1).

Una de las estrategias más prometedoras implica la implementación de intervenciones interdisciplinarias, que no solo mejoran la seguridad del paciente, sino que también optimizan el proceso general de atención durante la estadía del paciente en las unidades de cuidados intensivos, dichas intervenciones están respaldadas por evidencia clínica y generalmente implican la colaboración de diversos profesionales de la salud, incluidos enfermeros, médicos y especialistas en rehabilitación, para desarrollar estrategias integrales para la movilización segura de los pacientes, la adopción de estrategias continuas para prevenir las caídas es crucial, ya que requiere el compromiso de todos los miembros del personal para refinar continuamente sus prácticas y adaptarse a las necesidades cambiantes de la población de pacientes.

Al fomentar una cultura de seguridad y mejora continua, los centros de atención médica pueden reducir significativamente la incidencia de caídas, mejorando así los resultados generales para los pacientes en los centros de cuidados intensivos.

En el contexto de la evaluación e identificación efectivas de pacientes con alto riesgo de sufrir lesiones por presión, en particular en entornos de cuidados intensivos, es esencial un enfoque multifacético, un factor importante a considerar es la edad del paciente, ya que los estudios han demostrado que los adultos mayores son más susceptibles a desarrollar lesiones por presión; por lo tanto, la edad debe ser un componente principal en las evaluaciones de riesgo, la duración de la hospitalización juega un papel crucial, ya que las estadías prolongadas en entornos de atención médica aumentan significativamente el riesgo de lesiones por presión, lo que requiere evaluaciones regulares para monitorear los cambios en los niveles de riesgo del paciente (2).

Un componente esencial para mitigar la incidencia de las lesiones por presión en las unidades de cuidados intensivos es la formación y educación continuas del personal, que repercuten directamente en la calidad de la aten-

ción al paciente, las iniciativas de formación y concienciación continuas son cruciales, ya que garantizan que las tasas de lesiones por presión se ajusten a los estándares reconocidos de calidad de la atención. Estas iniciativas no solo son fundamentales para mejorar las habilidades y el conocimiento de los profesionales sanitarios, sino también para mantener la calidad de la atención prestada a los pacientes.

A través de sesiones de formación periódicas y charlas informativas, el personal sanitario, especialmente el de las unidades de cuidados intensivos, puede mejorar significativamente su capacidad para controlar y reducir las tasas de prevalencia e incidencia de las lesiones por presión, estos programas de formación educan a las enfermeras y otros trabajadores sanitarios sobre las últimas medidas y técnicas preventivas, equipándolos así con las habilidades necesarias para manejar las complejas necesidades de los pacientes de cuidados intensivos de manera eficaz (2).

Se ha demostrado que la aplicación de medidas de mejora de la atención, que incluyen la formación integral del personal, da como resultado una disminución notable de la aparición de lesiones por presión, lo que reafirma el papel fundamental de la formación en la mejora de la atención al paciente. Por lo tanto, la educación y la capacitación continuas del personal de cuidados críticos son fundamentales para reducir el riesgo de caídas y lesiones por presión, lo que en última instancia conduce a mejores resultados para los pacientes y mejores estándares de atención médica.

Bibliografía

1. Saldaña et al. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global*. 2016; p. 324–340.
2. Vásquez E. Nivel de conocimiento del personal de enfermería en la aplicación de la escala de Norton con relación a la escala de dntnton. [Online].; 2023. Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18022>.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 9

La efectividad de las
intervenciones en enfermería en la
prevención de caídas en pacientes
críticos en la unidad de cuidados
intensivos: una revisión sistémica de
la literatura

AUTORES: Gladys Alexandra Agualongo Moposita; Narcisa de Jesús Jiménez Juela



Caídas y lesiones por presión en pacientes críticos

En este artículo, luego de diseñar una revisión sistemática, se presentan los hallazgos obtenidos de las revisiones sistemáticas literarias cuyos resultados se describen en la figura 3; posterior a la delimitación se identificaron aproximadamente 627 artículos en las siguientes bases de datos PUBMED, Scielo, Biblioteca virtual en Salud, CINAHL, datos sistemáticos de búsqueda, siendo eliminados los estudios duplicados en relación con la variable de estudio e intervenciones de enfermería en UCI; posterior al filtrado se indagó en 150 artículos de PUBMED, Biblioteca Virtual en Salud, Scielo, para revisar los resúmenes, conclusiones y criterios de inclusión. Con el cumplimiento de los objetivos se retiraron artículos que no cumplían con los criterios de inclusión porque su información fue limitada y poco sustentable para el desarrollo investigativo y estudios que no incluían asistencia en pacientes con enfermedades crónicas y factores de riesgo como la edad y falta de capacitación en el profesional de enfermería.

De los 150 artículos se incluyeron 92, los mismos que se realizaron en diferentes países como: España, Estados Unidos, Arabia Saudita, Francia, Bélgica, México, Argentina y Colombia; y se identificó que 58 artículos hablaban de caídas, pero en áreas abiertas como condominios, ciudades en las cuales vivían los adultos mayores e investigaban sobre caídas frecuentes de los mismos, los artículos seleccionados fueron escritos en español, inglés y fueron publicados entre el 2016 y el 2023. De los 92 artículos, 5 fueron pagados, pero se los logró obtener 4 con ayuda de la universidad quedando 1 artículo pendiente. De estos 91 artículos se descartó los siguientes artículos: 3 debido a que estaba orientada la investigación a pacientes hospitalizados y no precisamente a la unidad de cuidados intensivos, 10 de ellos se encontraban repetidos en los diferentes buscadores, 6 no se pudieron incluir debido a que se habían realizado en años anteriores al 2016, y 62 de ellos eran diferentes investigaciones como: revisiones sistemáticas, investigaciones observacionales, de cohorte, transversales, etc, que no se pudieron incluir por las limitaciones que se propuso en la inclusión del protocolo. Quedando como artículos finales 10, de los cuales 6 artículos son ensayos clínicos aleatorios y 4 artículos son de investigaciones cuasi experimentales, y que han sido de gran utilidad para conseguir respuestas a la pregunta PICO.

Para valorar la calidad de cada artículo se usó el apéndice E: en el cual se procedió a plantearnos la pregunta PICO e ir verificando la relación que tiene el artículo con nuestro tema, se verificó la muestra, el lugar donde fue realizado, el idioma y su metodología, con esto se pudo determinar que de los 10 artícu-

los encontrados, 3 artículos tienen nivel III de calidad A, es decir, alta calidad porque tiene un tamaño de muestra suficiente, conclusiones bien generalizado, 4 artículos tienen nivel II de calidad B, 2 artículos de nivel III calidad B, los resultados fueron razonablemente consistentes pero sí respondió a nuestra pregunta y 1 artículo de nivel III de calidad C, es de baja calidad.

El apéndice G es muy parecido al apéndice E con la diferencia que se lo sintetiza en una matriz, después de una lectura comprensiva y crítica se añadió una respuesta generalizada del artículo hacia nuestra pregunta PICO.

El apéndice H en cambio buscó la solidez de los artículos utilizados, de los cuales 6 artículos tienen buena solidez y son convincentes ya que fortalecen el estudio para la elaboración del presente artículo, y de buena solidez con evidencia coherente, 1 es de buena solidez, pero conclusiones contradictorias ya que tiene evidencia, pero el no uso de contenciones mecánicas refiere que hace falta más investigación en el campo.

La investigación se enfocó directamente a las intervenciones de enfermería en la prevención de caídas de pacientes críticos en UTI. En donde se pudo apreciar las medidas de restricción, uso de contenciones mecánicas, capacitación por parte del personal de enfermería y uso adecuado de los protocolos de prevención de eventos adversos dentro de la unidad de cuidados intensivos y que esté ligado directamente con el personal médico y de enfermería para de esta manera evitar complicaciones en la recuperación del paciente.

En el presente artículo se abordó la problemática de los eventos adversos, principalmente las caídas, que acontecen en las unidades de cuidados intensivos. Achury (1) y Marques (2) destacan la frecuencia de estos incidentes, resaltando la importancia del rol del personal de enfermería y la necesidad de implementar medidas preventivas eficaces. Alvarado (3) y Stuckenschneider (4) aportan a la clasificación de las caídas, señalando sus distintos tipos y los factores de riesgo asociados. Martínez (5) destaca la movilización temprana como intervención prioritaria, mientras que Mohammed (4) observa un aumento en la tasa de caídas, subrayando la variabilidad demográfica y las secuelas postquirúrgicas. Acevedo (2) propone el uso de contenciones mecánicas, pero destaca la importancia de considerar el bienestar psicológico del paciente.

Eventos adversos reportados por enfermería

Achury (6) identificó diferentes eventos adversos que se registran diariamente en las salas de unidades intensivas dentro de las cuales con un 34,3% se dan durante el cuidado en enfermería, siendo los eventos adversos de mayor predominio las caídas de los pacientes, y del resto son de flebitis, úlceras por

presión, etc. Teniendo en cuenta que la mayor parte de eventos adversos, como las caídas, pudieron ser evitados, y sucedían en pacientes con edad promedio de 65 años. Achury (1) también hace énfasis en que otra causa importante por la que se presentan las caídas en el paciente, es debido a las largas jornadas de trabajo que presenta el personal de enfermería, ya que el cuidado que brinda el personal viene siendo deficiente, y se correlaciona con la fatiga y la disminución de los niveles de alerta durante la jornada de trabajo, aumentando significativamente la producción de eventos adversos.

Marqués (7) nos habla de que el uso adecuado de las barandillas de la cama ayuda a prevenir las caídas, evitando de esta manera hematomas, lesiones, incluso hasta la muerte, pero a pesar de ser un tema relevante dentro del área de terapia intensiva, Marqués revela las limitaciones encontradas en su investigación.

Achury (1) también se refiere al personal de enfermería ya que este debería tener presente la escala TISS (sistema de evaluación de gravedad de pacientes críticos) para ponerse objetivos sobre los cuidados y atención de enfermería hacia el paciente, y que hace falta la creación de guías y protocolos que son de gran ayuda para el manejo de los pacientes en la terapia intensiva.

Clasificación de las caídas dentro de la unidad de cuidado Intensivos

En toda área de salud se evidencian eventos adversos, muchas veces no reportados, y otros que causan daño en la recuperación del paciente.

Alvarado (3), hace referencia a que existen distintos tipos de caídas:

- Caídas accidentales; estas suceden en un 14%, debido a piso mojado, desorden de la unidad, equipos dañados, debilidad del paciente.
- Caídas fisiológicas anticipadas; estas suceden en un 80% por la dificultad para caminar, incapacidad mental y estar conectado a líquidos intravenosos y sondas.
- Caídas no anticipadas; en un 6%, debido a mareos, desmayos, enfermedades crónicas.

También Alvarado (3) y Stuckenschneider (4) hacen referencia a que existen diferentes factores de riesgo y el que predomina es la edad avanzada por la debilidad y atrofia muscular que presentan los adultos mayores ante el déficit de movilidad, provocando que la tasa de caídas sea mucho mayor.

Según Martínez (8), la principal intervención para la prevención de caídas es la movilización temprana, y esta empieza mientras el paciente está sedado: con cambios de posiciones frecuentes, levantar la cabecera de la cama a 30°, posterior a ello, cuando el paciente pueda sentarse, se debe iniciar con ejercicios en bipedestación, caso contrario se debe realizar ejercicio pasivo para que el paciente vaya fortaleciendo la masa muscular, ayudando a éste durante toda la estancia hospitalaria.

Según el estudio realizado por Mohammed (9), se evidenció que la tasa de caídas va en aumento, ya que la frecuencia de caídas varía según la demografía del paciente (como son la edad y el sexo) y las diferentes especialidades del hospital, muchas personas quedan con secuelas postquirúrgicas y con un Glasgow deteriorado (Glasgow menor a 9) que no están conscientes de lo que está sucediendo y mucho menos de la actitud agresiva que muchas veces presentan, por lo que es difícil controlarlos, he aquí la importancia de las guías y protocolos que mencionó Achury (1).

Por otro lado, Acevedo (10) nos indicó que lo más recomendable es el uso de contenciones mecánicas (uso de procedimientos preventivos para la limitación de la movilidad de un paciente), esto se utilizó en especial en los pacientes que se les retiraba la sedación ya que no se sabía cuál iba a ser el actuar del paciente por los efectos de los sedantes, esto ayudó en su gran mayoría a evitar las caídas y que el paciente se hicieran daño, pero no se tomaba en cuenta el bienestar psicológico del paciente. Por lo que Acevedo (10) creó un programa de contenciones mecánicas cero, en el cual incluía a los familiares del paciente para que ellos les apoyen durante toda su estancia en los hospitales, a pesar de ser un tema importante en donde existen creencias, mitos y realidades se evidenció que no hay suficiente información que confirme si ayuda o no al paciente el retiro de las contenciones mecánicas dentro de la unidad de cuidados críticos.

Análisis de sesgo

En la investigación realizada se analizaron estos artículos y se concluyó que la información obtenida es confiable. Al seleccionar estándares de sesgo, considere la confiabilidad de la información obtenida y verifique su exactitud. Si los resultados de la prueba son buenos, se excluyó toda información científica que tenga información científica insuficiente. Por eso esta investigación es específica y fiable, por lo que el error es de al menos el 1%.

Se analizó de manera sistemática la calidad de las intervenciones de enfermería para la prevención de caídas observando la necesidad de implemen-

tar estrategias más específicas y personalizadas para mejorar la calidad de estas intervenciones en beneficio de nuestros pacientes.

Se revisó de manera exhaustiva la literatura, encontrando artículos relacionados con las intervenciones de enfermería en caídas de pacientes críticos, que revelan la importancia de incorporar enfoques basados en evidencia y adaptados a las particularidades de la población crítica poniendo siempre en primer lugar la capacitación por parte de enfermería.

Se analizaron publicaciones de literatura científica sobre caídas en pacientes críticos que resaltan la falta de conocimiento en las prácticas actuales, destacando una necesidad urgente de establecer directrices más claras y unificadas en este ámbito en base a guías y protocolos que logramos encontrar en el servicio de terapia intensiva.

Se evaluó la efectividad de las estrategias o intervenciones para la prevención de caídas revelando una diversidad de enfoques, que señalan la necesidad de investigaciones más rigurosas y ensayos clínicos para validar la eficacia de las diferentes estrategias implementadas, incentivando al personal de enfermería a la realización de investigaciones relacionadas al tema.

Referencias

1. Achury et al. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*. 2016; p. 324–40.
2. Acevedo et al. Physical restraint in critical care units from the experience of doctors and nursing assistants: In search of an interdisciplinary interpretation. *Enferm Intensiva*. 2020; p. 19–34.
3. Bernal et al. Eventos adversos en la atención de enfermería. *Crit Care Med*. 2021; p. 1–149.
4. Mohammed et al. Analysis of patient falls among hospitalised patients in Makkah region. *J Pak Med Assoc*. 2016; p. 994–9.
5. Martínez et al. Tema de revisión. Movilización temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos. Early mobilization in the Intensive Care Unit Mobilização precoce na Unidade de Terapia Intensiva. *Cuidados Intensivos Med Crit*. 2021; p. 89.

6. Achury et al. Enfermería Global. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería. 2016; p. 324–40.
7. Marqués et al. Infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. Rev Enferm UFPE Line. 2019; p. 1-11.
8. Martínez G. Mejora del apego del personal de enfermería al protocolo de mantenimiento de la sonda vesical. Repositorio de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. 2020.
9. Marques et al. Effectiveness of bedrails in preventing falls among hospitalized older adults: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2017; p. 2527–54.
10. Prado et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica. 2014.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 10

Factores de riesgo para la aparición
de lesiones por presión (UPP) en
pacientes hospitalizados en unidades
de terapia intensiva: revisión
sistemática

AUTOR: Geimy Brigit Toscano Barrera



Para la elaboración de este artículo se identificaron un total de 413 artículos siguiendo la estrategia de búsqueda indicada y aplicando los filtros anteriormente mencionados. Adicionalmente, se identificaron cuatro artículos a través de otras fuentes. Luego, se procedió a eliminar los artículos duplicados, los cuales fueron 42. De los 371 artículos restantes, se cribaron los títulos y resúmenes, eliminándose 313 por no considerarse relevantes acorde con el tema propuesto, incluir úlceras por presión en pacientes que nos estaban ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Posteriormente, al analizar el texto completo de los 58 estudios restantes, se eliminaron aquellos que no cumplían los criterios de inclusión y exclusión o no presentaban resultados relevantes con los objetivos del presente estudio; incluyéndose finalmente 15 artículos para el análisis final.

Dentro de los resultados principales de los estudios, es conveniente enfatizar las características principales de la población estudiada. Como se mencionó anteriormente, todos los artículos incluyeron a pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, de los cuales todos los estudios confirmaron como factores de riesgo estrechamente relacionados al índice de masa muscular con la posición y el tiempo de estancia, exceptuando un artículo que indicó únicamente el tiempo de permanencia en UCI como factor de riesgo para desarrollar UPP y, en el caso de los estudios observacionales y prospectivos, se identificaron factores como el índice de masa corporal IMC, noradrenalina, área de soporte, dispositivos de tratamiento, presión, humedad, infección, diarrea, braden invertido, uso de vasopresor, herida drenante, hipoalbuminemia, altos valores de nitrógeno ureico/creatinina en sangre y lesión de la médula espinal. A excepción de un artículo en el cual la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino, en todas las investigaciones restantes el sexo masculino predomina en la población de estudio. En cuanto a la distribución de edad de los pacientes incluidos en los estudios, casi todos los artículos incluyeron pacientes adultos mayores en el rango de 60 a 85 años, otros rangos de edad utilizados en las investigaciones fueron 40 a 50 años. Finalmente, a excepción de un artículo, en todos los estudios seleccionados los pacientes presentaron comorbilidades. Aunque no en todos los artículos las mencionan detalladamente, se puede observar de manera clara que las más frecuentemente presentadas son las enfermedades cardíacas y diabetes.

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud pública que afecta a pacientes en entornos hospitalarios, específicamente en las unidades de cuidados intensivos. A pesar de los avances en la atención médica, la prevención y el manejo de las UPP continúan siendo un desafío significativo para los profesionales de la salud.

Los resultados dejan en evidencia que los estudios revisados coinciden en el reconocimiento de la diabetes, hipotensión, ventilación, implementación de medicamentos, tiempo de estadía en UCI, edad, cambios de postura, sonda nasogástrica, nutrición y sedación como elementos de riesgo para presentar UPP. M. Lima et al. (1) en su estudio mencionan cada uno de estos factores de riesgo añadiendo que la hipotensión repercute en la generación de UPP, aunque su papel no es tan directo como el de otras condiciones médicas como la diabetes. El nexo hipotensión y UPP se basa principalmente en el impacto que tiene la hipotensión en el flujo de la sangre y la aeración de los conjuntos celulares.

Por otro lado, el estudio de Pinilla et al. (2), indicó que la diabetes influye significativamente en la generación de UPP debido a varios factores relacionados con la enfermedad, como la alteración de la circulación sanguínea, neuropatía diabética, cambios en la piel, reducción en la inmunidad y la cicatrización lenta de las heridas. Asimismo, en su estudio, Frankel et al, destacan a la diabetes como factor de riesgo predisponente.

A pesar de que se han destacado factores de riesgo coincidentes en los estudios de Hakan et al., Yepes et al. (3) y Lima et al. (4), por otro lado, Florencia Di Prinzio et al. (5), no solo toman en cuenta a los factores de riesgo ya mencionados, sino que añaden a las características sociodemográficas como principal factor de riesgo.

En cuanto a la posición del paciente, Allende et al. (6) destacan que el 45% de los pacientes estudiados desarrollaron UPP en el lapso de 3 a 10 días o semanas. En este sentido, los cambios de postura juegan un rol clave en pacientes con movilidad reducida o aquellos que se hallan en cama o en sillas de ruedas, debido a la presión constante en algunos puntos del organismo, combinada con la disminución de la perfusión tisular vulnerando ciertas áreas de apoyo.

Cox et al. (7) y Esperón et al. (8) coinciden como factor de riesgo relevante al uso de dispositivos médicos, tomando en cuenta que la ventilación mecánica se emplea para pacientes con respiradores que se hallan en estado crítico, sumado a la movilidad limitada o nula y que al estar sedados disminuye el umbral de dolor y la incomodidad, lo que reduce la posibilidad de que el paciente se mueva o indique el requerimiento de modificar la posición para aliviar la presión, en caso de que esta no sea controlada.

Mediante el examen detallado de los estudios incluidos en nuestra revisión sistemática, buscamos no solo identificar los factores de riesgo comúnmente reportados, sino también explorar la consistencia de los hallazgos a través de diferentes poblaciones y contextos clínicos.

El desarrollo de úlceras por presión es multifactorial y está directamente relacionado con la presión continua, la fricción, la humedad, la nutrición, y otros factores de salud y cuidados. Estas afecciones pueden ser reducidas con la atención oportuna que incluye: cambios de posición, control de enfermedades sistémicas, adecuación correcta del entorno, como la utilización de “colchones anti-escaro” e higienización por parte del personal sanitario, y por otra parte del personal administrativo que provee insumos para ayudar a los pacientes ingresados en UCI a prevenir UPP.

Se reconoce la necesidad de abordar más investigaciones sobre este problema a nivel nacional con el fin de conocer la realidad sobre este tipo de factores en personas hospitalizadas en las UCI de las diversas casas de salud del país. Asimismo, se sugiere tener en consideración los resultados del presente estudio para impulsar capacitaciones al personal responsable de estos pacientes a fin de prevenir el desarrollo de lesiones por presión, las cuales afectan al estado de salud, prolongando la estancia hospitalaria e incrementando la carga de cuidados de enfermería y aumentando los costos de atención de salud.

Bibliografía

1. Rebagliati et al. Frecuencia de úlceras por presión y los factores asociados a su presentación, en pacientes de un hospital nacional de Lima, Perú. *Revista Médica Herediana*. 2020; p. 164–8.
2. Pinilla et al. Valoración del riesgo y prevención de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos por profesionales de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021; p. 65.
3. Yepes et al. Incidence and risk factors associated with the presence of pressure ulcers in critically ill patients. *Med Intensiva*. 2009; p. 276–81.
4. Lima et al. Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión sistemática. *Med Intensiva*. 2017; p. 339.
5. Di Prinzio et al. Factores de riesgo para la aparición y/o recurrencia de úlceras por presión en sujetos con lesión medular: revisión sistemática. *Rev Fac Cienc Med Córdoba*. 2019; p. 242–56.
6. García et al. Calidad de la medición antropométrica en las unidades de medicina intensiva españolas (Estudio CAMIES). *Med Intensiva*. 2018; p. 329–36.

7. Cox J. Risk Factors for Pressure Injury Development Among Critical Care Patients. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2020;; p. 473–88.
8. Esperón et al. Monitorización de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Gerokomos.* 2007;; p. 40–8.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 11

Análisis de los estudios de la
prevalencia sobre las úlceras por
presión en pacientes críticos: revisión
sistemática

AUTORES: Hipatia Gabriela Chicaiza Malitasig; Rocío de las Mercedes Segovia Hernández



Para la realización de este artículo se incluyeron 24 estudios tras el cribado y análisis crítico realizado.

Caracterización bibliométrica

De los 24 estudios se realiza la caracterización (tabla 1), en la cual se evidencia que la mayoría de las investigaciones corresponden al año 2022 (33%) y 2021 (21%), país Brasil (17%), base de datos PM/ML (75%), diseño basado en prevalencia (29%), aplicadas a la población de la UCI sin dispositivo adicional (38%) y en hospitales (42%) ya sea de segundo, tercer nivel y universitarios.

Tabla 1.

Caracterización bibliométrica.

Año	País	Base de datos	Institución	Diseño	Población
2015	Brasil	PM/ML	Hospital universitario	Prospectivo	UCI
	México	LILACS	Hospital segundo nivel	Transversal	UCI, medicina interna, cirugía plástica, cirugía general
2016	Turquía	PM/ML	Hospital terciario	Prospectivo	UCI con dispositivos médicos
	País Vasco	PM/ML	Hospital universitario	Cohorte	UCI
	Turquía	PM/ML	Hospital universitario	Transversal	UCI con ventilación mecánica
	España	Scielo	Hospital	Observacional	Hospitalizados
2017	Colombia	Redalyc	Colombia	Prevalencia	Hospitalizados
2018	Israel	PM/ML	Centro médico	Observacional	UCI con sonda nasogástrica
2020	Australia	PM/ML	Australia	Cohorte	UCI
	Perú	Redalyc	Hospital	Prevalencia	Hospitalizados
2021	n.a	PM/ML	Internacional	Prevalencia	UCI
	Brasil	PM/ML	Hospital en Florianópolis	Prevalencia	UCI con dispositivos médicos
	EE.UU.	PM/ML	Dos centros médicos	Cohorte	UCI con ventilación mecánica y UPP adquirida en hospital previa
	Ecuador	LILACS	Hospital	Observacional	UCI
	Brasil	LILACS	Dos hospitales	Prevalencia	UCI lesión de médula espinal

2022	n.a	PM/ML	internacional	Cohorte y casos	Cuidados agudos - UCI
	EE.UU.	PM/ML	EE.UU.	Cohorte	UCI
	Jordania	PM/ML	Jordania	Transversal	UCI
	China	PM/ML	China	Prevalencia	UCI
	Reino Unido	PM/ML	Reino Unido	Prevalencia	UCI
	Irlanda	PM/ML	Hospital terciario	Intervención	UCI SDRA COVID-19
	EE.UU.	PM/ML	EE.UU.	Transversal	UCI con incontinencia urinaria / fecal
	Jordania	PM/ML	Jordania	Prospectivo	UCI con dispositivos médicos
2023	Brasil	PM/ML	hospital tercer nivel	Cohorte	UCI PRONO COVID-19

Prevalencias de UPP

Las prevalencias de UPP en UCI son variables. En primer lugar, se debe considerar si estas son o no son adquiridas en el contexto de la atención hospitalaria, y los artículos incluidos en este estudio valoran en distintas medidas estas variables. Así, se identifican valores para UPP en UCI adquiridas en hospital de entre 2,58% a nivel internacional (1), 4,31% en China (2), 5,01% en Jordania (3), 8,8% en Reino Unido (4), 15% en una institución en Turquía (5), 62% en instituciones en Brasil (6). Estos valores tan variables dan cuenta de las UPP directamente como problemas en el contexto de cuidados críticos.

Con respecto a la prevalencia de las UPP sin diferenciar si estas fueron o no adquiridas dentro de la instancia de hospitalización o debido al cuidado, se informan prevalencias igualmente variables. La prevalencia en UCI fue informada en todos los estudios, de modo que pudo observarse que esta es la unidad de hospitalización en la que, normalmente, se presenta una mayor tasa de incidencia de UPP. Así, se tienen valores de prevalencia internacional (90 países) de UPP en UCI de 16,2%, siendo este porcentaje más del 59% del total (1). El estudio de Toapanta et al. informó una prevalencia del 7% en un hospital en Quito, Ecuador (7). Cuando se compara a nivel internacional el total de las UPP en contextos agudos con las desarrolladas en UCI, se tiene que la prevalencia en esta última es del 33,6 % con daño tisular (8). Otros estudios que valoraron a toda la población hospitalizada identificaron prevalencias en UCI de UPP del 16,07% (9) en un hospital de España, del 8,66% en Colombia (a nivel general) (10), 41,67% en un hospital en Perú (11).

Otro estudio relevante fue el de Alderden et al., quienes buscaron identificar la prevalencia del desarrollo de una segunda UPP adquirida en hospital

34%, lo que se encontró en dos instituciones de salud en EE.UU. (12). Estos datos reflejan los contextos en que, aun cuando ya se han presentado EA, el manejo por parte del personal de salud y en particular de enfermería no se ve modificado ni se adhiere a las prácticas más recomendadas según la evidencia.

Algunos estudios valoraron la incidencia de las UPP en contextos UCI. Estos valores fueron del 22% (13) en una institución del País Vasco, de 52,9% en un hospital de Brasil (14), el 15,5% en un hospital en Turquía, medida en pacientes UCI con ventilación mecánica (15) y de hasta un 65,3% en población UCI con lesión de médula espinal (16). En Quito, Ecuador, se identificó en una institución de salud una incidencia del 3,49% (7).

Al examinar las prevalencias generales de UPP en UCI, salta a la vista su importante grado de asociación con el uso de dispositivos médicos, lo que fue valorado en varios estudios incluidos en esta revisión (3). En el estudio de Shapira et al (17), todos los pacientes en UCI con sondas nasogástricas presentaron algún estadio de UPP, lo que da cuenta de la relevancia del uso de estos dispositivos y la necesidad de su control y vigilancia en el contexto del cuidado.

Otras prevalencias relevantes son aquellas identificadas en poblaciones COVID-19. El estudio de Sato et al. (6) identificó un valor de UPP del 62% debido al posicionamiento prono de los pacientes con COVID-19 en un hospital en Brasil; el estudio de McEvoy et al. (18) valoró una intervención para el manejo de pacientes con SDRA por COVID-19, e identificó prevalencias de UPP de 80% antes de esta y de 60% después de la intervención, la que se llevó a cabo en un hospital en Irlanda.

Con respecto al tipo de UPP y a la zona del cuerpo en donde se desarrollan, los estudios presentan ciertas similitudes que constituyen importantes evidencias para la práctica de enfermeros y enfermeras. En general, la mayor cantidad de UPP se presentan en la zona del sacro y en los talones (1). El estudio de Saleh e Ibrahim (3) identificaron una mayor prevalencia de lesiones cutáneas (65,58%, en nariz y manos) y menor de mucosas (34,2% en boca, labios y orificio de meato). Otras zonas identificadas son glúteos y tórax (6), cara (7), genitales (10).

La mayoría de las UPP son de estadio II (2) y I, principalmente (9). Un estudio que no coincide con esto es el de Shapira et al. (17), quienes encontraron mayor prevalencia de UPP grave, principalmente porque valoraron a la población en UCI con sonda nasogástrica.

Los factores asociados de UPP en UCI son diversos. Los principales factores se relacionan con la estancia en UCI prolongada (19), mayor a 3 días (1), 10 días (71%) (13) y una media de 22,9 días (20); seguido de edad avanzada (1) y comorbilidades como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, inmunodeficiencia (1), diabetes mellitus (21), edema (15), malignidad, inmunocompromiso, insuficiencia cardíaca, movilidad reducida, desnutrición, hipotermia terapéutica (2), sepsis (17), disminución de la hemoglobina (12).

De igual manera, se identificaron factores como el uso de ventilación mecánica para soporte (1) y dispositivos (máscaras faciales, los tubos endotraqueales, las sondas de oximetría de pulso, catéteres intravenosos, vasopresores) (12) y cuando se utiliza en mayor tiempo (19). En menor proporción se destaca el bajo peso, ingresos bajos, cirugía de emergencia (1), posición prona (50%) (6), movilidad pasiva (16), incontinencia (22), sexo (mujeres y hombres) (1), inmovilidad (8), uso de fármacos vasoactivos (14) y puntuaciones altas de riesgo (1).

Por lo tanto, en el estudio de Labeau et al. (1) se destaca la importancia de hacer frente a esta situación mediante el uso de normas de atención óptimas, una mayor concienciación, una asignación de recursos adecuada y una mayor investigación sobre la prevención óptima, es decir, el cumplimiento oportuno de las estrategias de prevención básica.

Similar criterio mantienen Najjar et al. (23), pues consideran que el factor asociado al uso de dispositivos médicos representa una amenaza para la seguridad de los pacientes y la calidad de cuidados por parte del personal de enfermería en las instituciones de salud mediante la implementación de medidas preventivas y monitorización del riesgo.

Lo anterior, evidencia la relevancia de contar con medidas, protocolos, políticas y procedimientos de prevención para el sistema hospitalario con la finalidad de que los pacientes tengan una calidad de vida adecuada. Por ello, también es importante que los profesionales conozcan los factores asociados para cumplir con una intervención y prevención adecuada. Por lo que es importante que los profesionales mantenga la piel intacta, evitar exceso de humedad, aliviando la presión en las zonas de riesgo y posiciones terapéuticas para cambios posturales.

Categorías temáticas:

Prevalencia de UPP

A nivel mundial, la prevalencia de la UPP es de 7,5 millones de personas. En entornos de unidades de cuidados intensivos afecta, debido a las condiciones de los pacientes, el riesgo de padecer esta enfermedad varía entre el 14% y el 42%. En América Latina la prevalencia bordea entre el 12,94% al 17%. De manera particular en pacientes UCI Brasil alcanza el 41,1%, Chile un 38%, Perú entre 11,4% a 16%, y en Ecuador varía de 4,5% a 13% (24). Se debe tomar en cuenta que la UPP es multifactorial y tiene relación directa con los cuidados de enfermería, así como factores extrínsecos e intrínsecos.

Otros estudios señalan que en procesos de asistencia hospitalaria la prevalencia de UPP alcanza un 7,9%, incrementándose en unidades de cuidados intensivos en un promedio de entre 13,4% y 18%, por lo cual puede considerarse como una enfermedad de alta incidencia en la actualidad (25). En la población mayor de 75 años la prevalencia es del 7,5%, pero puede incrementarse hasta el 50% dependiendo de la gravedad de las lesiones (26).

Paciente crítico

El paciente crítico en el campo sanitario es aquel que presenta características específicas y un perfil epidemiológico de alto nivel de complejidad, razón por la cual necesitan recibir atención especializada en unidades de cuidados intensivos (27). Se trata del paciente que se encuentra inestable a nivel fisiológico y necesita soporte vital, evaluación clínica constante y modificaciones en su tratamiento en función de la evolución de su condición (28).

Las perspectivas de cuidado del paciente crítico atraviesan dimensiones que trascienden el campo físico, ya que requieren asistencia psicológica, familiar y social, debido a que se enfrentan a un grave deterioro de su salud el cual impacta negativamente en cada uno de los aspectos de su vida (29). Debido a la complejidad de su situación, los sistemas de atención en salud requieren la implementación de protocolos que les ayuden a brindar mejores cuidados a este tipo de pacientes.

Los 24 estudios seleccionados para el desarrollo de la revisión sistemática informaron prevalencias de UPP en UCI en distintos contextos geográficos y en distintas poblaciones específicas, lo cual da cuenta de la variabilidad de este hecho. En relación a las UPP adquiridas en el contexto de la atención hospitalaria, los valores varían entre el 2,58% y el 100%, los cuales están determinados por las dificultades de EA que se presentan en el área de cuidados críticos (1).

Tomando en cuenta la información acerca de la prevalencia de UPP sin establecer diferencias, respecto a si fueron o no adquiridas en las instituciones de salud y como consecuencia de la atención y cuidados brindados, de igual manera los niveles de prevalencia presentaron variabilidad. Así, los índices se ubicaron entre el 16,2% y el 59%, dependiendo del país en el que se desarrolló el análisis (1).

En este sentido, la información sobre los niveles de prevalencia de UPP en entornos hospitalarios se encuentra directamente relacionada con la atención y conocimientos del manejo del cuidado de los pacientes. Así, el personal médico y de manera particular el de enfermería, debe seguir los protocolos establecidos para asegurar que el bienestar del paciente sea el principal aspecto a tomar en cuenta y de esta manera aportar en la restitución de su salud (12).

Los estudios analizados, además, ponen en evidencia que las áreas del cuerpo en las cuales se presentan con mayor frecuencia UPP son el sacro y los talones, por lo tanto, se trata de aspectos a tomar en cuenta para la práctica de la enfermería en el cuidado de los pacientes (1). Sin embargo, también se desarrollan, aunque en menor nivel en otras como la nariz, manos, boca, labios, orificios de meato, glúteos, tórax y los genitales (3).

En lo referente a los factores asociados al apareamiento de UPP, los estudios analizados reflejan que entre los principales se encuentran la estancia prolongada en UCI (19) y edad avanzada (1). Además, la presencia de comorbilidades como inmunodeficiencia, diabetes mellitus, edema, malignidad, inmunocompromiso, insuficiencia cardíaca, movilidad reducida, desnutrición, hipotermia terapéutica, sepsis, disminución de la hemoglobina, influyen en el hecho de que los pacientes desarrollen UPP (1).

En las investigaciones analizadas, como parte de los factores relacionados con la UPP, también se encuentran el uso de ventilación mecánica y dispositivos como máscaras faciales, tubos endotraqueales, sondas de oximetría de pulso, catéteres intravenosos, vasopresores, siendo un condicionante a tomar en cuenta el tiempo que el paciente requiere de estos elementos (1). Otros factores que influyen son el bajo peso del paciente, su condición socioeconómica, el hecho de haber sido intervenido en una cirugía de emergencia, escasa movilidad, incontinencia, sexo, uso de fármaco y el nivel de riesgo en el que se encuentra según su estado de salud (1).

Es importante que dentro de la práctica del cuidado y asistencia sanitaria se implementen normas, protocolos y acciones para prevenir este tipo de

afección que restan calidad de vida a los afectados. En este sentido, resulta indispensable capacitar e informar al personal respecto a la importancia de las medidas preventivas y la monitorización del riesgo para garantizar que los pacientes sean tratados bajo condiciones seguras que garanticen el óptimo cuidado de su estado de salud, en función de sus necesidades particulares.

Limitaciones del estudio

Aunque este estudio proporcionó una revisión exhaustiva y sistemática y un análisis crítico de la bibliografía existente sobre las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos, presenta una serie de limitaciones debidas a su diseño y metodología. En primer lugar, existe variabilidad en la prevalencia notificada de úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos, que varió considerablemente entre los estudios, lo que sugiere que puede haber diferencias en los criterios diagnósticos, los procedimientos de registro y las estrategias preventivas y terapéuticas entre las distintas organizaciones y países. Tales diferencias pueden dificultar la comparación directa de los resultados y limitar la posibilidad de generalizarlos. Dado que la revisión se basó en estudios publicados en inglés, español o portugués, es posible que no se hayan incluido estudios relevantes en otros idiomas, lo que puede dar lugar a un sesgo de publicación y limitar la comprensión de la situación general de las úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos.

Otras limitaciones importantes incluyen la concentración predominante de estudios en países específicos, en particular Brasil, y la diversidad de entornos asistenciales, que van desde hospitales secundarios y terciarios hasta centros universitarios, lo que cuestiona la representatividad y aplicabilidad de los hallazgos en diferentes sistemas sanitarios y entornos culturales. Además, la revisión encontró una fuerte asociación entre el uso de equipos médicos en las unidades de cuidados intensivos y la prevalencia de úlceras por presión, pero la falta de estudios que hayan examinado esta relación en profundidad ha impedido una comprensión completa de la dinámica específica y los factores de riesgo asociados con el uso de dichos equipos.

Este estudio mostró que la prevalencia de las úlceras por presión notificadas en las unidades de cuidados intensivos variaba ampliamente entre países y hospitales, con valores que oscilaban entre el 2,58% y el 62%. Esta variación pone de manifiesto el importante impacto de factores locales como las prácticas de enfermería, los programas de prevención y la formación del personal de enfermería en la incidencia de las úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos.

Los resultados sugieren una fuerte asociación entre el uso de dispositivos médicos y la prevalencia de úlceras por presión en pacientes de la unidad de cuidados intensivos. Entre los pacientes de COVID-19, la alta incidencia de úlceras por presión en pacientes con uso prolongado de dispositivos como sondas nasogástricas y dispositivos de estiramiento con asistencia médica sugiere que la gestión vigilante y proactiva de estos dispositivos es esencial para prevenir el desarrollo de úlceras por presión. Esto pone de relieve la importancia de aplicar protocolos específicos de manipulación de dispositivos médicos en la unidad de cuidados intensivos para minimizar el riesgo de úlceras por presión.

Aunque se ha avanzado en la comprensión y el tratamiento de las úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos, este estudio pone de relieve la necesidad de seguir investigando las causas de los cambios en la prevalencia de las úlceras por presión y de evaluar la eficacia de las intervenciones preventivas y terapéuticas. La aparición de la pandemia de COVID-19 y su impacto en la prevalencia de las úlceras por presión en la UCI también pone de relieve la necesidad de que la práctica de enfermería sea adaptable y responda a las crisis sanitarias emergentes. La investigación futura debe centrarse en el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia y en la validación de su eficacia en diversos entornos clínicos y geográficos para mejorar la calidad de los cuidados y los resultados de los pacientes críticos.

Referencias

1. Marqués et al. Infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. Rev Enferm UFPE Line. 2019; p. 1-11.
2. Quadros et al. Adherence to central venous catheter maintenance bundle in an intensive care unit. Rev Esc Enferm USP. 2022.
3. Musu et al. Controlling catheter-related bloodstream infections through a multi-centre educational programme for intensive care units. J Hosp Infect.. 2017; p. 275-81.
4. SEMICYUC A. Proyecto Neumonía ZERO. [Online].; 2024. Available from: <https://semicyuc.org/proyecto-neumonia-zero/>.
5. Silva A, Oliveira A. Impact of the bundles implementation on the reduction of bloodstream infections: an integrative review. Texto Contexto - Enferm. 2018; p. 27.

6. Oliveira et al. Positive deviance as a strategy to prevent and control bloodstream infections in intensive care. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; p. e03212.
7. Bell T O, Grady N. Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infections. *Infect Dis Clin North Am*. 2017; p. 551-9.
8. Quadros et al. Adherence to central venous catheter maintenance bundle in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2022; p. e20220077.
9. Pinheiro et al. Analysis of healthcare practices for prevention of primary bloodstream infections. *Ciênc Cuid E Saúde*. 2021.
10. Dolci et al. Frequency of change of chlorhexidine- impregnated gel dressings for central venous catheters in critically ill patients. *Esc Anna Nery*. 2017; p. e20170026.
11. Reynolds et al. Results of the CHlorhexidine Gluconate Bathing implementation intervention to improve evidence-based nursing practices for prevention of central line associated bloodstream infections Study (CHanging BathS): a stepped wedge cluster randomized trial. *Implement Sci*. 2021; p. 45.
12. Esarte et al. Higiene con clorhexidina en unidades de cuidados intensivos para prevenir infecciones nosocomiales. Revisión sistemática. *An Sist Sanit Navar*. 2022.
13. Oliveira et al. Positive deviance as a strategy to prevent and control bloodstream infections in intensive care. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; p. e03212.
14. Pérez et al. Prevención de infecciones nosocomiales mediante impregnación antimicrobiana del catéter venoso central. *Evidentia*. [Online].; 2019. Available from: <https://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e11629>.
15. Rocha et al. Disinfection of needleless connectors to reduce *Staphylococcus aureus* bacterial load. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2022; p. S26-31.
16. López et al. Efecto del uso de protectores puerto desinfectantes para la disminución de las bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales. *Enferm Actual Costa Rica*. 2020; p. 230-44.
17. Padilla C. Impact of two bundles on central catheter-related bloodstream infection in critically ill patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017.
18. Lai C et al. Implementation of a national bundle care program to reduce central line-associated bloodstream infections in intensive care units in

- Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect Wei Mian Yu Gan Ran Za Zhi*. 2018; p. 666-71.
19. Costa et al. Bundle de catéter venoso central: conocimiento y comportamiento de los profesionales en unidades de cuidados intensivos de adultos. *Rev Esc Enferm USP*. 2020.
 20. Pires et al. Prática clínica dos enfermeiros na prevenção da infecção associada ao cateter venoso central. *Rev Enferm Referência*. 2021; p. 1-8.
 21. Foka et al. Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infections Through Educational Interventions in Adult Intensive Care Units: A Systematic Review. *Cureus*. 2021; p. e17293.
 22. Inchingolo et al. Educational interventions alone and combined with port protector reduce the rate of central venous catheter infection and colonization in respiratory semi-intensive care unit. *BMC Infectious Diseases*. 2019.
 23. Rivera et al. Disminución de las infecciones asociadas a dispositivos intra-vasculares centrales aplicando un manojó de medidas (Bundle). Áreas críticas UCIP y UCIC Hospital pediátrico. Guayaquil-Ecuador año 2015. *Revista científica de investigación actualización del mundo de las ciencias*. 2018.
 24. Ferrara P, Albano L. The adherence to guidelines for preventing CVC-related infections: a survey among Italian health-care workers. *BMC Infectious Diseases*. 2018.
 25. Acharya et al. Impact of Nursing Education on CLABSI Rates: An Experience from a Tertiary Care Hospital in Eastern India. *Indian J Crit Care Med*. 2019.
 26. Rivera et al. Disminución de las infecciones asociadas a dispositivos intra-vasculares centrales aplicando un manojó de medidas (Bundle). Áreas críticas UCIP y UCIC Hospital pediátrico. Guayaquil-Ecuador. *Revista Científica de Investigación actual*. 2015.
 27. Phan et al. Enhanced infection control interventions reduced catheter-related bloodstream infections in the neonatal department of Hung Vuong Hospital, Vietnam, 2011–2012: a pre- and post-intervention study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2020.

-
28. Samaniego J. Intervención de enfermería en bacteriemias asociadas al catéter venoso central en pacientes críticos. [Ambato]: Universidad Regional Autónoma de Los Andes "UNIANDES". 2023.
 29. Inchingolo et al. Educational interventions alone and combined with port protector reduce the rate of central venous catheter infection and colonization in respiratory semi-intensive care unit. BMC Infectious Diseases. 2019.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 12

Movilización temprana del paciente
crítico adulto en la unidad de
cuidados intensivos: una revisión
sistemática

AUTORES: Lorena Consuelo Vergara Farinango; María Teresa Benavides Borja



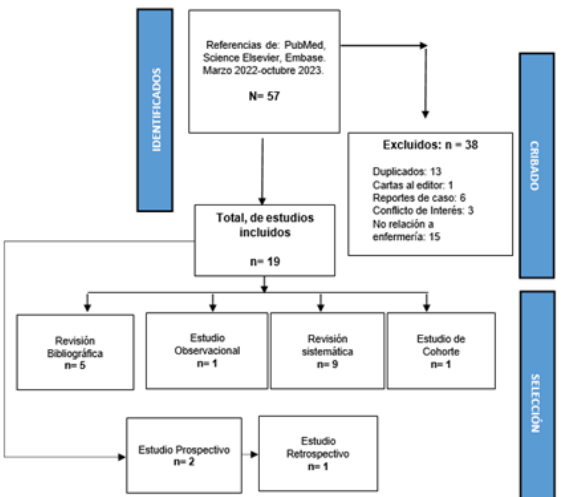
Protocolos de enfermería para la prevención

Para la realización de este artículo de investigación se identificaron 57 artículos, los cuales evalúan diversos aspectos de la movilización temprana del paciente adulto crítico en la unidad de terapia intensiva. De éstos, fueron excluidos 38 por no cumplir con los criterios de elegibilidad; de los cuales 13 eran duplicados, 1 carta al editor, 3 tenían conflicto de interés, 6 fueron reporte de caso clínico y 15 no tenían relación con la labor realizada por enfermería.

Finalmente se seleccionaron 19 artículos que se incluyeron en esta revisión, de los cuales el 26,32% (n=5) corresponden a revisión bibliográfica, el 47,37% (n=9) fueron revisión sistemática, otro 10,53% (n=2) eran estudios prospectivos, 5,26% (n=1) corresponde a estudio observacional, otro 5,26% (n=1) estudio retrospectivo y un 5,26% (n=1) fue estudio de cohorte. Estos estudios abordan temas como las actividades de enfermería que son beneficiosas para el paciente crítico, las terapias de movilización temprana o precoz y las diferentes complicaciones de la falta de movilidad temprana en el paciente crítico.

Figura 1.

Diagrama de flujo de selección de artículos.



***Elaboración propia.**

Con respecto a la distribución geográfica, los estudios provienen de varios países, distribuidos de la siguiente manera: 1 de Portugal, 1 de Colombia, 6 de España, 3 de México, 4 de EE. UU., 1 de Ecuador, 2 de Cuba y por último

1 de Argentina, completando un total de 19 artículos, de los cuales el 63,16% pertenece al continente americano y el 36,84% pertenece al continente europeo. En cuanto a los idiomas de recuperación, un 68,42% de los estudios se recuperaron en español, mientras que un 31,58% se obtuvo en inglés. (Tabla 1).

Tabla 1.

Descripción de los artículos seleccionados en la revisión.

Título	Autores	Año	Revista	Idioma	País	Tipo de estudio
La comodidad del paciente en cuidados intensivos	José Manuel Silva Faria; Patrícia Pontífice-Sousa; Mario João Pinto Gomes	2018	Enfermería Global	Inglés	Portugal	Retrospectivo, transversal y cuantitativo
Conocimientos, percepciones y prácticas en profesionales de la salud sobre movilización temprana en los pacientes de las unidades de cuidados intensivos	Ángela Yaleska Arévalo Tabares; Freiser Eceomo Cruz Mosquera; Yuly Viviana Valencia Salazar; Diego Alonzo Peláez Domínguez; Juan David Rosero Portocarrero	2021	Enfermería Investiga / Universidad Técnica de Ambato	Español	Colombia	Observacional, descriptivo de corte transversal
Disfunción neuromuscular adquirida en la unidad de cuidados intensivos	L. Sánchez Solana; I. Goñi Bilbao; P. Ruiz García; J.L. Díaz Agea; C. Leal Costa	2018	Enfermería Intensiva	Español	España	Retrospectivo, longitudinal

Care and treatments related to intensive care unite acquired muscle weakness	Raurell M, Arias S, Martí J, Frade M, Zaragoza I, Gallart E.	2021	Journal Australian Critical Care	Inglés	España	Cohorte, prospectivo, observacional multicéntrico
Algoritmo de movilización temprana para el paciente crítico	M.Raurell-Torredà; E.Regaira-Martínez; B.Planas-Pascual; R. Ferrer-Roca	2021	Enfermería Intensiva	Español	España	Cuantitativo descriptivo retrospectivo
Movilización temprana en la unidad de cuidados intensivos	M. Martínez; R. Jones; et al	2021	Revista de Información Científica Scielo	Español	México	Cualitativo descriptivo
Movilización temprana y cuidados de un paciente en UCI	Yolanda Fernández Álvarez, Eva Martínez Aznar, María Del Alba Gálvez Romero, María Teresa Bello Ibarben, Esther Marco Villacampa, Clara Prieto Giménez.	2023	Revista Sanitaria de Investigación RSI	Español	España	Cualitativo descriptivo
Movilización temprana para reducir la debilidad adquirida en pacientes adultos críticos con covid-19	Pech-Borges D; Pech-González M; Maldonado-Chuc T; May-Uitz S; Gil-Contreras A., et a	2023	Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería	Español	México	Retrospectivo, transversal y cuantitativo.

Mobilización temprana de pacientes en unidades de cuidados intensivos	Hernandis R; Parra D; Plumed M; Yagüe R; Marín L.	2021	Revista Sanitaria de Investigación RSI	Español	España	Cualitativo descriptivo
Mobilización Temprana como prevención y tratamiento para la debilidad adquirida en la unidad de cuidados	Andrea Asenet; Calixto Mejía; Nancy Guadalupe; et al	2018	European Scientific Journal	Español	México	Cuantitativo, exploratorio y descriptivo

Intensivos en pacientes con ventilación mecánica. Experiencia en un Hospital de Segundo Nivel						
Nurse-Led Intervention: Implementing Early Mobilization of Patients in the Intensive Care Unit	Lou A. Hill	2022	University of St Augustine for Health Sciences	Inglés	EE. UU.	Cualitativo, exploratorio y descriptivo
The Effectiveness of Nurse-Driven Early Mobility Protocol	Viktoriya Fridman	2017	Seton Hall University	Inglés	EE. UU.	Cualitativo, exploratorio y descriptivo

Conocimiento de enfermería para prevenir la debilidad muscular en pacientes con ventilación mecánica	Yanchaliquin Tahlahua Nancy	2023	Universidad Regional Autónoma de los Andes "UNIANDES"	Español	Ecuador	Cualitativo descriptivo
Diagnóstico e intervención médica en la debilidad muscular adquirida	Rivo B; Fernández L; Velasco D; Castillo H.	2019	Revista de información científica Scielo	Español	Cuba	Cualitativo descriptivo, retrospectivo
A systematic review and meta-analysis of risk factors for intensive care unit acquired weakness.	Z. Yang; X. Wang; F. Wang; Z. Peng; Y. Fan.	2022	National Center for Biotechnology Information	Inglés	EE. UU.	Cuantitativo descriptivo, observacional
Early Mobilization in the ICU: A Collaborative Integrated Approach	Linke CA; Chapman LB; Berger LJ; Kelly TL; Korpela CA; Petty MG.	2022	Society of Critical Care Medicine	Inglés	EE. UU	Retrospectivo, transversal y cuantitativo.

La rehabilitación temprana del paciente grave	Rivo B, Reynosa Y, Cantillo E, Fernández J	2019	Revista de Información Científica / Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo	Español	Cuba	Cualitativo descriptivo
Movilización precoz en pacientes en ventilación mecánica	Garegnani LI.	2021	Revista americana de Medicina Respiratoria	Español	Argentina	Cualitativo descriptivo
Movilización precoz del paciente crítico	García J, Piqueras J, Díaz M, Ortiz C, et al	2018	Gerencia de Atención Integrada de Albacete	Español	España	Cualitativo descriptivo, retrospectivo
**Total de estudios seleccionados: 19 Elaborado por Vergara L.						

El enfoque utilizado para analizar los artículos seleccionados consiste en organizarlos en 3 categorías, que se describen a continuación:

Intervenciones de Enfermería relacionados al manejo del paciente crítico

Faria et al. (1) expresa que el cuidado del paciente en una UCI es complejo y requiere un enfoque integral basado en un plan de diagnóstico y tratamiento. Debido al estado físico alterado del paciente y los múltiples problemas que enfrenta, además de que el enfoque tradicional a menudo no es suficiente para satisfacer todas las necesidades del paciente en la UCI, es primordial que los enfermeros desarrollen una estrategia que responda a las demandas de la sociedad y los avances en el campo de la salud, con el fin de ofrecer una mejor atención y satisfacer las necesidades básicas del paciente. Es fundamental utilizar un marco teórico en la planificación de los cuidados de enfermería, que proporcione una base sólida para el diseño de intervenciones y la entrega de una atención de calidad al paciente, a la vez es fundamental que los profesionales de la salud trabajen en equipo y se comuniquen eficazmente para coordinar y brindar una atención integral al paciente. El enfoque multidisciplinario es necesario para abordar todos los aspectos de la salud del paciente y garantizar una atención óptima.

En el estudio observacional de Arévalo et al. (2) se destaca que durante la estancia del paciente en el hospital y después de ser dado de alta, es necesario mantener diversas estrategias para prevenir que las complicaciones reaparezcan, entre las cuales se incluye la movilización temprana, la cual ha sido ampliamente descrita y respaldada por diversas investigaciones como un beneficio para los pacientes graves; sin embargo, la experiencia del personal de enfermería es fundamental, por lo que, en este estudio, se clasificaron los participantes según sus niveles de conocimiento en relación con la movilización temprana, se observó que el 75% de los encuestados demostró un nivel considerado alto o medio, mientras que solo el 25% obtuvo un nivel bajo, el mayor porcentaje se relaciona a la experiencia adquirida, ya que el 87% de los profesionales habían trabajado en esta área durante más de un año.

Sánchez et al. (3) describen la importancia de los enfoques de recuperación en los pacientes de la UCI, en especial en aquellos con ventilación mecánica (VM), dentro de los cuales se encuentran la terapia ocupacional y física, electroestimulación muscular, control glucémico (entre 80 y 140 mg/dl) y movilización temprana; todas ellas aportaron significativamente a la disminución del tiempo de VM, estancia hospitalaria, complicaciones por la falta de movilidad y el fallecimiento.

El estudio de Raurell et al. (4), se enfoca en el ABCDEF, que es un conjunto de medidas diseñadas para mejorar la atención y cuidado de los pacientes gravemente enfermos en la UCI. Estas medidas se centran en aspectos clave de la atención, como mantener al paciente despierto y respirando de manera adecuada, administrar la sedación y analgesia de forma individualizada, prevenir y manejar el delirio, fomentar la movilización precoz del paciente y empoderar a la familia en el proceso de atención.

El primer componente A y B, se refiere a mantener al paciente despierto y respirando adecuadamente. Esto implica evitar el uso excesivo de sedantes y promover la participación del paciente en su cuidado, a través de procedimientos como la ventilación espontánea y la movilización temprana (4).

El componente C se refiere a la elección de sedantes y analgésicos de manera individualizada, esto implica seleccionar los medicamentos adecuados para cada paciente según sus características y necesidades, con el objetivo de lograr un equilibrio entre la sedación y la analgesia, evitando la sobre o la infra sedación (4).

El componente D se centra en la prevención del delirio, una complicación común en los pacientes críticamente enfermos, esto implica la identificación

y manejo de factores de riesgo, como la privación de sueño, la exposición a fármacos que pueden causar delirio y la promoción de un entorno orientado al día y la noche (4).

El componente E se refiere a la movilización precoz netamente, lo que implica fomentar la actividad física y la movilización temprana, siempre y cuando sea seguro y esté indicado para cada paciente (4).

Finalmente, la dimensión F aborda el fortalecimiento del papel de la familia en el proceso de atención. Esto implica educar y fomentar la participación de la familia en las decisiones y el cuidado del paciente, con la meta de mejorar la interacción y colaboración entre el equipo médico y los familiares (4).

Asenet et al. (5), en su estudio retrospectivo, exponen que durante la observación realizada a 8 pacientes de la UCI, que necesitaron ventilación mecánica y sedación, sin prohibición para realizar movilización temprana como terapia rehabilitadora, en un período de seis meses, la movilización temprana fue beneficiosa en cuanto a la disminución de los días de estancia hospitalaria a 8, se observó una disminución significativa en comparación con estudios anteriores, donde la estancia promedio en la UCI fue de 10 a 14 días, indicando que la movilización temprana contribuye a una recuperación más rápida y a una menor estancia hospitalaria. Además, se observó una disminución en los días de ventilación mecánica (VM) a cinco.

Friedman et al. (6), en su investigación, declaran que la eficacia de la movilidad precoz dirigida por enfermeras es una práctica que ha ganado popularidad en los últimos años en el ámbito de la atención médica. Este enfoque se basa en la idea de que el movimiento temprano después de una cirugía o enfermedad puede ser beneficioso para la recuperación del paciente. En primer lugar, es importante destacar que varios estudios han demostrado que la movilidad precoz puede reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias, como la trombosis venosa profunda y la neumonía (7). Además, el movimiento temprano también puede ayudar a prevenir la pérdida de fuerza muscular y la fragilidad, problemas comunes en pacientes hospitalizados por un tiempo prolongado. Sin embargo, también es necesario considerar ciertos aspectos críticos de la movilidad precoz dirigida por enfermeras. En muchas ocasiones, la implementación de este enfoque puede requerir un cambio en la forma de trabajar de los profesionales de enfermería, lo que podría generar resistencia o dificultades en su aplicación. Además, la movilidad precoz puede no ser adecuada para todos los pacientes, especialmente aquellos con condiciones médicas subyacentes graves o aquellos que han sido sometidos

a cirugías de alta complejidad. En estos casos, es importante evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios antes de implementar este enfoque. Por otro lado, también es fundamental considerar la disponibilidad de recursos y personal suficiente para llevar a cabo la movilidad precoz de manera efectiva. Esto implica contar con un personal de enfermería capacitado y suficiente, así como tener acceso a equipos y dispositivos necesarios para movilizar a los pacientes con seguridad.

En el estudio realizado por Linke et al. (8), se analizó el inicio y la frecuencia de la movilidad de pacientes en tres unidades de cuidados intensivos. Según los datos presentados en el estudio, se ha observado un aumento en los casos de deambulación, una disminución en el tiempo transcurrido desde el ingreso en la UCI hasta la primera deambulación del paciente crítico y un alto nivel de comodidad por parte del personal de UCI en relación con el protocolo. Uno de los aspectos destacados en este análisis crítico es la colaboración interdisciplinaria que tuvo lugar para desarrollar un flujo de trabajo y una comunicación coherente. Además, se menciona que se han realizado esfuerzos en curso para incorporar el protocolo en las órdenes de ingreso estándar de la UCI, proporcionar formación continua a todas las disciplinas y desarrollar herramientas de aplicación.

En la investigación de Rivo (9), se refiere que la rehabilitación temprana en la UCI puede considerarse como una medida preventiva para reducir la polineuropatía en pacientes críticos, mejorar su condición funcional y calidad de vida, reducir el tiempo de estancia en el hospital, disminuir la mortalidad y reducir el riesgo y la duración de los episodios de delirio, así como los días en los que el paciente necesita ventilación mecánica. Incluso en casos graves, esta rehabilitación contribuye a aumentar la fuerza muscular y permite al paciente empezar a caminar con ayuda e ir progresando hacia una movilidad independiente. Estas mejoras son más evidentes cuanto antes se inicie la rehabilitación. Pese a que la rehabilitación temprana es beneficiosa y segura para el paciente de UCI, sólo un 31% de estas unidades están adecuadamente equipadas para cumplir eficazmente con su objetivo. Cabe destacar que, las limitaciones para su implementación se relacionan principalmente con las características del paciente, como síntomas, inestabilidad hemodinámica y comorbilidades, además de barreras estructurales como la escasez de recursos humanos y técnicos.

Terapias de movilización temprana o precoz

Raurell et al. (10) destacan, que la frecuencia de la DAUCI fue superiora la incidencia publicada en la revisión sistemática más reciente en la literatura, lo cual indica que el problema de la debilidad adquirida en la UCI puede ser más prevalente de lo que se piensa, además, resalta la escasa presencia del fisioterapeuta en las UCI analizadas y el bajo nivel de movilización activa de los pacientes durante su estancia. A pesar de estas limitaciones, se observó una mejora en la fuerza muscular en el 65,7% de los pacientes, lo que sugiere que incluso con recursos limitados, es posible lograr mejoras en la fuerza muscular. Además, se identificaron varios factores de riesgo, como la dependencia funcional prehospitalaria, el sexo femenino, la edad avanzada y la necesidad de terapia de reemplazo renal al ingreso en la UCI. Estos factores pueden ayudar a identificar a los pacientes que están en mayor riesgo de desarrollar DAUCI y tomar medidas preventivas y de manejo adecuadas.

Martínez et al. (11) han demostrado que la movilización temprana en pacientes hospitalizados tiene múltiples beneficios tanto para el paciente como para el sistema de salud, al permitir que el paciente se levante y se mueva lo antes posible, se ha observado una reducción en la incidencia de complicaciones, como úlceras por presión y trombosis venosa profunda. Además, la movilización temprana también ha permitido mejorar la fuerza muscular y la independencia funcional del paciente, lo que contribuye a una mejor calidad de vida (6).

En el caso específico de pacientes con ventilación mecánica, la movilización temprana ha demostrado ser especialmente beneficiosa. Se ha observado una disminución en la incidencia de neumonías asociadas a la ventilación mecánica, así como una mejora en el éxito del proceso de retirada de la ventilación. Los autores también destacan que la movilización temprana es segura en pacientes bien seleccionados. Aunque existen preocupaciones sobre posibles complicaciones, la tasa de complicaciones es muy baja y se pueden resolver fácilmente, como permitir al paciente descansar o aumentar los parámetros de ventilación. Además de los beneficios directos para el paciente, la movilización temprana también tiene un impacto financiero positivo dado que, al reducir los días de estancia hospitalaria, se pueden ahorrar costos significativos para el sistema de salud. Esto puede ser especialmente importante en situaciones donde los recursos son limitados o los costos de atención médica son elevados. Se destaca además que, para comenzar la MT, es necesario llevar a cabo una evaluación completa a nivel neurológico con el fin de determinar el grado de sedación y nivel de conciencia del

paciente, lo que permitirá identificar la capacidad de interacción y movilidad voluntaria, así como realizar procedimientos de evaluación y tratamiento adecuados, evaluar el estado hemodinámico del paciente, reconociendo que, si bien la medición de la tensión arterial se considera un estándar de oro para determinar el estado de perfusión tisular, no es la única variable para tener en cuenta. Es fundamental considerar las manifestaciones clínicas como la evaluación de los pulsos centrales y periféricos, el llenado capilar y los niveles de hemoglobina, esta información es importante para tener en cuenta las barreras que podríamos enfrentar al movilizar al paciente.

También se recomienda evaluar de manera rutinaria los niveles de lactato en sangre y verificar la presencia de alteraciones ácido-base en la gasometría. Además, en la evaluación musculoesquelética se debe considerar el uso de la Medical Research Council (MRC) para medir la fuerza muscular en las extremidades. Este método es especialmente útil para detectar la debilidad adquirida en la UCI (DAUCI), la cual se caracteriza por una debilidad simétrica y predominio proximal. La escala MRC se aplica a seis grupos musculares de manera bilateral con una escala del 0 a 5 y se suman los puntos obtenidos. Si el resultado es menor a 48/60 puntos, se diagnostica DAUCI y se considera prioritario comenzar con la movilización temprana.

Tabla 2.

Escala de fuerza muscular del MRC.

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DEL MRC	
Puntuación	Función motora
0	No contracción
1	Contracción que no desplaza articulación
2	Desplazamiento articular sobre plano
3	Desplazamiento articular contra gravedad
4	Movimiento contra resistencia
5	Fuerza normal

***Extraído de (11).**

Los autores Hernandis R., Olivar Metal. et al. (12), enfatizan la importancia y los beneficios de la terapia muscular en pacientes críticos, ya que se reconoce que la MT es una intervención segura y efectiva para prevenir y mejorar las secuelas funcionales de la debilidad muscular en estos pacientes. Esto puede resultar en beneficios tanto para los pacientes como para el sistema de salud en general. Sin embargo, también se destaca la necesidad de más estudios que respalden los beneficios de la MT y que se adapten los protocolos a las diferentes unidades de trabajo. Esto es crucial para que esta práctica pueda implementarse de manera más amplia y efectiva en los hospitales y unidades

de cuidados intensivos. Se resalta la importancia de formar a más profesionales en esta área. Eso significa que se necesita capacitar a terapeutas, enfermeras y médicos en la aplicación de la MT, para garantizar un tratamiento adecuado y optimizar los resultados para los pacientes críticos.

En la investigación de Hill L. et al. (13), se reveló que el protocolo más adecuado, bajo la dirección de enfermeras, es el protocolo de movilidad de alto nivel de Johns Hopkins, esta elección se fundamenta en su confiabilidad entre evaluadores, su sencillez de aplicación y su capacidad para ser utilizado a lo largo de un período de proyecto de 8 semanas. Además, se recalcó que uno de los beneficios más notables para el paciente crítico radica en el inicio puntual de la intervención. Por esta razón, se sugiere iniciar las intervenciones de enfermería asociadas con la movilización temprana tan pronto como el paciente sea ingresado a la UCI. Es crucial destacar que una comunicación efectiva con el personal de enfermería y otros servicios es una parte esencial en la implementación exitosa del protocolo.

García et al. (14) mencionan que el fomento de los cuidados del paciente en las unidades de cuidados intensivos es sumamente importante para que los pacientes se sientan lo más confortables posible, así también de cómo las atenciones de enfermería diario pueden ayudar en este aspecto. La realización de movilizaciones y cambios posturales se utilizan específicamente para prevenir complicaciones como las úlceras por presión y la atrofia muscular en pacientes con estancias prolongadas en la UCI. También enfatiza que es importante considerar las contraindicaciones para la movilización precoz, como la inestabilidad hemodinámica, la necesidad de medidas invasivas para el soporte respiratorio, la presencia de fracturas no estables o fracturas de columna, entre otros.

Se debe realizar una evaluación exhaustiva del estado cardiovascular y respiratorio del paciente antes de iniciar cualquier actividad física, y realizar ajustes en la medicación o en las terapias respiratorias si es necesario (García et al, 2018; Martínez et al., 2021).

Dentro de las principales técnicas de tratamiento están las de posicionamiento específico para mejorar el drenaje de secreciones en casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica o neumonía. Estas incluyen la posición de drenaje de Trendelenburg, en la cual el paciente se coloca con la cabeza hacia abajo para facilitar el drenaje de las secreciones hacia los bronquios superiores. La posición puede variar dependiendo de la condición del paciente, pero en general se recomienda sentar al paciente en posición de Fowler (inclinación de 45 a 60 grados) para mejorar la expansión pulmonar y facilitar

la tos y la expectoración. En cuanto a la movilización precoz, se debe incluir ejercicios activos de extremidades superiores e inferiores, que el paciente se levante de la cama puede ser con ayuda de máquinas específicas para esta actividad o elevadores mecánicos, también sentar al paciente al borde de la cama, de a poco incorporarlo y ponerlo de pie para que pueda trasladarse de la cama a una silla. Los ejercicios de las extremidades nos llevan a apreciar su importancia para mantener y mejorar la movilidad de las articulaciones, extensión de los tejidos blandos y fortaleza muscular, también para disminuir la posibilidad de tromboembolismo, estos se clasifican en ejercicios pasivos, activos-asistidos y activos independientes, lo que nos permite adaptarlos a las diferentes capacidades y necesidades de cada individuo. Mantener la función de las extremidades es esencial para una buena calidad de vida, ya que las limitaciones en la movilidad pueden afectar actividades diarias y reducir la independencia. Los ejercicios de las extremidades ayudan a mantener la flexibilidad y el rango de movimiento de las articulaciones, lo que a su vez mejora la capacidad para realizar tareas cotidianas como caminar, levantarse y sentarse. La terapia de rotación continua consiste en utilizar camas especializadas que, de manera lenta y constante, desplazan al paciente a lo largo de su eje longitudinal hasta llegar a un ángulo de 60°. La justificación para utilizar esta terapia es que ayuda a prevenir el colapso de las vías respiratorias, mejora la expansibilidad pulmonar, previene la formación de atelectasias y favorece la eliminación de secreciones respiratorias, así como también disminuye el riesgo de infecciones que suelen estar asociadas con la falta de movilidad en cama (14).

Complicaciones por falta de movilidad temprana en el paciente crítico

La investigación de Fernández et al. (15) resalta que, aunque la supervivencia de los pacientes críticos ha experimentado mejoras con el tiempo, la prolongada falta de movilidad a la que a menudo están sometidos juega un papel fundamental en las complicaciones neuromusculares, contribuyendo al deterioro funcional y a una disminución en la calidad de vida. La inmovilidad, es común en la mayoría de los pacientes de la UCI, y no solo impacta negativamente en la funcionalidad, sino que también desencadena alteraciones sistémicas, como la disminución en la capacidad para realizar ejercicio aeróbico, una pérdida de fuerza muscular causada por la falta de uso, una disminución en la densidad ósea y de la movilidad intestinal, una reducción de las capacidades pulmonares, cambios en las articulaciones y delirio, entre otras complicaciones.

En el estudio de Pech et al. (7) se indica que la debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos (DAUCI) es un conjunto de síntomas que se caracteriza por la disminución generalizada de la fuerza muscular, de inicio repentino y simétrico. Puede causar una disminución de la fuerza muscular, niveles bajos de reflejos o incluso ausencia de ellos. Esta debilidad puede afectar la función de los nervios, lo que se conoce como polineuropatía del paciente crítico (PPC), y también puede provocar una afectación muscular conocida como miopatía del paciente crítico (MPC). Los pacientes que son ingresados a la UCI desarrollan debilidad y pérdida de masa muscular durante su estancia en el hospital, lo cual empeora su condición física y resulta en un pronóstico desfavorable a corto y largo plazo. La DAUCI puede tener diversas complicaciones, como dificultad para respirar sin el apoyo de un respirador mecánico, problemas para deglutir, aumento de la duración de la estadía en el hospital, mayores costos médicos, tasas de mortalidad más altas, y una disminución en la calidad de vida y la recuperación del paciente al ser dado de alta.

Yanchaliquin (16), a través de diversas investigaciones, pudo identificar que las complicaciones en el paciente de la UCI comienzan a manifestarse a partir de las 24 horas de estar hospitalizado. Por lo tanto, se recomienda iniciar la movilización temprana para reducir estas complicaciones. Además, indica que durante la primera semana los pacientes críticos experimentan un deterioro físico y debilidad muscular que afecta los músculos esqueléticos, los nervios periféricos y los músculos respiratorios. Este deterioro dificulta el proceso de destete del ventilador, aumentando así las tasas de mortalidad y discapacidad y afectando las actividades diarias después del alta hospitalaria. También expone que el personal de enfermería debe contar con conocimientos específicos sobre los cuidados necesarios para prevenir la degeneración muscular y debilidad que puede resultar de una estancia prolongada en las áreas críticas.

Rivo et al. (9), señala que la debilidad muscular aguda, generalizada, difusa, bilateral, simétrica y severa en pacientes críticos tiene su origen en una afectación neuromuscular subyacente. Este deterioro muscular se manifiesta durante la enfermedad crítica, y no se ha identificado ninguna otra alteración fisiopatológica, aparte de la enfermedad misma, como causa de esta debilidad. La debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos (DAUCI) puede presentarse de dos maneras. La primera es la miopatía aguda, también conocida como miopatía de enfermedad grave o miopatía del paciente crítico, que muestra daño directo en el músculo con características miopáticas en la biopsia muscular o en la electromiografía. La segunda forma es la polineuropatía de enfermedad grave, también llamada polineuropatía del paciente crítico. Además, se hace referencia a la neu-

romiopatía de enfermedad grave, que implica la presencia de polineuropatía y miopatía de enfermedad grave en estudios electrofisiológicos e histológicos (17).

Por otro lado, el estudio de Yang et al. (18) destacó que la disfunción neuromuscular en pacientes críticos es una complicación grave en la UCI. Los síntomas clínicos incluyen dificultad para el destete, parálisis o debilidad muscular generalizada, disminución de los reflejos y pérdida de masa muscular. Estudios en los Estados Unidos han informado una incidencia de la DAUCI del 67%, que aun alcanza el 36% después del alta hospitalaria.

En la investigación “Movilización precoz en pacientes en ventilación mecánica”, se destaca que, en la UCI, es común que los pacientes desarrollen disfunción muscular, y esto puede ser causado por varios factores, lo cual resulta en consecuencias devastadoras para muchos de los supervivientes. También se han identificado diferentes factores de riesgo para el desarrollo de esta disfunción, especialmente en los pacientes con ventilación mecánica, la sedación profunda, la falta de movilidad y el descanso continuo en cama desempeñan un papel crucial en el avance de este síndrome. Considerando estos descubrimientos, se sugiere que se apliquen protocolos para reducir al mínimo la sedación y se promueva la movilización temprana de los pacientes con ventilación mecánica ya que esto puede mejorar los resultados, cambiando la idea convencional de que el paciente grave está “demasiado enfermo” para tolerar niveles altos de actividad (7).

La movilización temprana no solo es esencial, sino que se posiciona como una práctica fundamental que debe formar parte integral de la atención de enfermería, especialmente en pacientes críticos con inmovilidad prolongada en la UCI. El personal de enfermería, al estar directamente involucrado en el cuidado de estos pacientes, posee un conocimiento detallado de los problemas, contraindicaciones y estrategias de manejo específicas para cada caso. Por lo tanto, son los profesionales idóneos para liderar y ejecutar actividades que fomenten la movilización temprana, cuyos beneficios incluyen la prevención de complicaciones asociadas a la estancia prolongada en la UCI, así como la promoción del mantenimiento de la fuerza muscular, la función pulmonar y la capacidad cardíaca. A pesar de la evidencia respaldando sus beneficios, es importante reconocer que persiste cierto temor en la práctica diaria y experiencia adquirida al movilizar a pacientes críticamente enfermos. Sin embargo, es imperativo superar estos temores y llevar a cabo la movilización temprana de manera sistemática. La implementación de esta práctica en todas las unidades de cuidados intensivos se presenta como una necesidad ineludible, ya que sus beneficios sobrepasan con creces los riesgos asociados.

Asimismo, se propone que la movilización temprana se integre de manera rutinaria y como parte fundamental del protocolo de enfermería para todos los pacientes ingresados en una UCI. Este enfoque no solo optimizará los resultados clínicos, sino que también reforzará la posición de liderazgo de la enfermería en la promoción de la salud y el bienestar de los pacientes críticos.

En el ámbito de la práctica profesional de enfermería, la implementación de terapias de movilización temprana emerge como un elemento esencial para mejorar el pronóstico de los pacientes críticos en la UCI. En este contexto, las técnicas de posicionamiento destinadas a optimizar el drenaje de secreciones en casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica o neumonía, la movilización del paciente en posición de fowler y la realización de ejercicios activos de extremidades superiores e inferiores se posicionan como el fundamento central de la movilización temprana en pacientes críticos. La evidencia respalda que estas prácticas facilitan la movilización de secreciones, mejoran la expansibilidad pulmonar y previenen el riesgo de atrofia muscular. El personal de enfermería en la UCI asume la responsabilidad clave de implementar y cumplir estas técnicas en todos los pacientes. En la rutina diaria, las enfermeras de la UCI son las primeras en identificar cambios relacionados con la inmovilidad en el estado de un paciente, posicionándolas como pioneras en mejorar los resultados mediante la iniciación de la movilidad temprana. Estas profesionales cuentan con diversas herramientas para garantizar la seguridad del paciente, como evaluaciones neurológicas y físicas estándar que les permiten estimar niveles de sedación y dolor, así como determinar la preparación del paciente para el movimiento.

Cuando se enfoca en la práctica profesional de enfermería, las complicaciones que surgen en pacientes ingresados en la UCI sin un protocolo de movilización temprana adecuado son especialmente preocupantes. La atrofia muscular marcada y la necesidad prolongada de ventilación mecánica destacan como las complicaciones más prevalentes, y, significativamente, son las principales causas de morbilidad en estos pacientes. La debilidad adquirida en la UCI también se presenta como una complicación frecuente que, con la implementación de un protocolo de manejo adecuado, podría evitarse. En este contexto, las enfermeras juegan un papel crucial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes encamados en la UCI. Por medio de las intervenciones de enfermería enfocadas a la MT y sus conocimientos, se pueden superar diversas barreras que obstaculizan la movilidad temprana, como la falta de tiempo, recursos y educación. Su intervención no solo implica la ejecución de protocolos, sino también la capacidad de adaptarse a las necesidades individuales de los

pacientes, brindando un cuidado personalizado que contribuye directamente a la prevención de complicaciones significativas. En definitiva, en el ámbito de la enfermería, la implementación de un protocolo de movilización temprana no solo se traduce en la mejora de los resultados clínicos, sino que también representa una contribución esencial para mitigar las complicaciones que pueden afectar de manera significativa la morbilidad y mortalidad de los pacientes en la UCI.

La aplicación de tratamientos rehabilitadores en pacientes de la UCI se revela como un pilar fundamental en la práctica profesional de enfermería. La movilización temprana, terapias ocupacional y física, electroestimulación muscular, control glucémico, y otros enfoques no solo se traducen en la disminución del tiempo de ventilación mecánica, estancia hospitalaria y complicaciones derivadas de la inmovilidad, sino que también representan un elemento crucial para los enfermeros en el proceso de devolver a los pacientes su funcionalidad y movilidad. Esta perspectiva no solo transforma la experiencia del paciente, sino que también consolida la contribución significativa de la enfermería en la mejora de resultados clínicos y la eficacia del sistema de atención médica.

La movilización temprana dirigida por enfermeras puede ser una estrategia efectiva para mejorar la recuperación de los pacientes, pero su implementación requiere una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios, así como de los recursos disponibles, tomando en cuenta que el cuidado del paciente en una UCI requiere un enfoque integral y basado en un plan de diagnóstico e intervenciones, donde los enfermeros deben desarrollar estrategias que respondan a las demandas de la sociedad y los avances en el campo de la salud, como evaluar de manera científica a cada uno de los pacientes críticos, basar las intervenciones de enfermería en principios humanísticos, científicos y éticos, además de lograr resultados a través de evidencia científica y utilizando recursos clínicos y tecnológicos apropiados. Utilizar un marco teórico en la planificación de los cuidados de enfermería y trabajar en equipo son fundamentales para brindar una atención integral al paciente.

Aunque se reconocen los beneficios de la actividad precoz en pacientes críticos, se destaca la necesidad de estudios publicados en el Ecuador acerca de la movilización temprana como una actividad de aplicación necesaria dirigida al personal de enfermería que trabaja directamente con pacientes críticos de la UCI, así como adaptación de protocolos, manuales de enfermería de cuidados intensivos y formación de profesionales de dicha área, para una implementación efectiva en hospitales y sus respectivas unidades de cuidados intensivos. Es imperativo que el personal de enfermería integre la movilización temprana como parte esencial del cuidado de pacientes crí-

ticos en la UCI, buscando mejorar su recuperación y calidad de vida a largo plazo. La implementación de este enfoque en la práctica profesional de enfermería demanda una transformación en las actitudes y mentalidades tanto de los profesionales médicos como de los pacientes y sus familias.

El objetivo es minimizar las complicaciones vinculadas a la inmovilidad prolongada y promover una rehabilitación efectiva y funcional. La movilización temprana en la fase aguda emerge como una herramienta clave de enfermería para mitigar la debilidad adquirida en la UCI (DAUCI), permitiendo una recuperación más rápida y evidenciándose en la reducción de días de ventilación mecánica y estancia hospitalaria. En el ámbito de la enfermería, este cambio de paradigma no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también conlleva la reducción de complicaciones, costos y las tasas de mortalidad y discapacidad. Un paso significativo hacia una práctica de enfermería más efectiva y centrada en el paciente.

Implementar protocolos de manejo dirigido principalmente al personal de enfermería que tenga información relevante en cuanto al cuidado y la movilización temprana del paciente encamado en la UCI.

Proporcionar capacitación y formación adecuada al personal de enfermería sobre los beneficios de la movilización temprana en los pacientes críticos, así como sobre las técnicas y procedimientos adecuados para llevarla a cabo de manera segura.

Fomentar la colaboración entre el personal de enfermería, médicos intensivistas, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud para desarrollar un plan de movilización individualizado y seguro para cada paciente.

Documentar de manera precisa y completa todas las intervenciones de movilización realizadas, así como el progreso del paciente, los cambios observados y cualquier dificultad o complicación encontrada.

Realizar trabajos de investigaciones cuasi experimentales, cualitativos referentes a la movilización temprana en las salas de cuidados intensivos del Ecuador, a fin de prevenir las complicaciones por inmovilidad del paciente crítico en UCI.

Referencias

1. Faria et al. La comodidad del paciente en cuidados intensivos: una revisión integradora. *Enfermería Global*. 2018; 17(50): p. 477-514.
2. Arévalo et al. Conocimientos, percepciones y prácticas en profesionales de la salud sobre movilización temprana en los pacientes de las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Investiga*. 2021; 6(2): p. 5-11.
3. Sánchez et al. Disfunción neuromuscular adquirida en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2018; 29: p. 128-37.
4. Raurell et al. Algoritmo de movilización temprana para el paciente crítico. Recomendaciones de expertos. *Enferm Intensiva*. 2021; 32(3):153-63.
5. Asenet et al. Movilización temprana como prevención y tratamiento para la debilidad adquirida en la unidad de cuidados Intensivos en pacientes en ventilación mecánica. Experiencia en un hospital de segundo nivel. *Eur Sci J*. 2018; 14(21): p. 18.
6. Friedman V. The Effectiveness of Nurse-Driven Early Mobility Protocol. Seton Hall University. 2017.
7. Pech et al. Movilización temprana para reducir la debilidad adquirida en pacientes adultos críticos con COVID 19, revisión integrativa. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*. 2023; p. 13.
8. Linke et al. Early Mobilization in the ICU: A Collaborative, Integrated Approach. *Crit Care Explor*. 2020; 2(4): p. E0090.
9. Rivo S. La Rehabilitación Temprana del Paciente Grave. BNRAFL. *Revista Información Científica*. 2019.
10. Raurell et al. Care and treatments related to intensive care unit-acquired muscle weakness: A cohort study. *Aust Crit Care*. 2021; 34(5): p. 435-45.
11. Martínez et al. Early Mobilization in the Intensive Care Unit. *Cuidados Intensivos Med Crit*. 2021; 35(2): p. 89.
12. Hernandis et al. Movilización temprana de pacientes en unidades de cuidados intensivos: revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021.
13. Hill L. Implementing Early Mobilization of Patients in the Intensive Care Unit Patients in the Intensive Care Unit. University of St Augustine for Health Sciences. 2022.

14. García et al. Movilización precoz del paciente crítico. Sescam. 2018.
15. Fernández et al. Movilización temprana y cuidados de un paciente en UCI. Revista Sanitaria de Investigación. 2023.
16. Yanchaliquin N. Conocimiento de enfermería para prevenir la debilidad muscular en pacientes con ventilación mecánica. Universidad Regional Autónoma de Los Andes. 2023.
17. Nery et al. Diagnóstico e intervención médica en la debilidad muscular adquirida. Revista Información Científica. 2019.
18. Yang et al. A systematic review and meta-analysis of risk factors for intensive care unit acquired weakness. Medicine. 2022; 101(43).

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 13

Práctica segura para el traslado
intrahospitalario de pacientes críticos:
una revisión sistemática

AUTORES: Duval Manolo Sisa Guano; María Teresa Benavides Borja



Para realizar este artículo se efectuó un levantamiento bibliográfico que concluyó con la selección de 10 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. En la tabla 1 se puede apreciar la información referente a las bases de datos en las cuales fueron localizados.

Tabla 1.

Bases de datos.

Base de datos	Frecuencia	Porcentaje
PubMed	8	80%
SciELO	1	10%
Science Direct	1	10%
Total	10	100%

***Elaboración propia. 2023.**

Tal como se puede apreciar, el 80% de los artículos se obtuvieron en PubMed, el 10% en SciELO y el 10% en Science Direct. En lo referente a los países en los cuales se realizaron las investigaciones se presentan los siguientes datos:

Tabla 2.

Países de publicación.

País	Frecuencia	Porcentaje
Japón	1	10%
Brasil	1	10%
Portugal	1	10%
Países Bajos	1	10%
China	2	20%
España	1	10%
Bélgica	1	10%
Israel	1	10%
Francia	1	10%
Total	10	100%

*** Elaboración propia. 2023.**

En general, los países de los cuales provienen la mayor parte de los artículos son China (20%), Japón, Brasil, Portugal, Países Bajos, China, España, Bélgica, Israel y Francia, cada uno con el 10%. Respecto al año de publicación de los estudios se tiene los siguientes datos:

Tabla 3.

Años de publicación.

Año	Frecuencia	Porcentaje
2013	1	10%
2014	1	10%
2015	1	10%
2016	1	10%
2018	1	10%
2019	1	10%
2020	1	10%
2021	1	10%
2022	1	10%
2023	1	10%
Total	10	100%

*** Elaboración propia. 2023.**

En la tabla 4 se pueden apreciar los datos generales de los 10 artículos seleccionados para la elaboración de la sistematización:

Tabla 4.

Estudios seleccionados.

Título	Autores	Año	Revista	Idioma	Tipos de estudio
Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis	Murata et al.	2022	Revista Estadounidense de Medicina de Emergencia	Inglés	Revisión sistemática

Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital	Cordeiro et al.	2019	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Portugués e inglés	Estudio cuantitativo
Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: a scoping review	Canellas et al.	2020	Enfermería Global	Portugués e inglés	Revisión sistemática
A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intrahospital transport of critically ill patients	Brunsveld et al.	2015	Critical Care	Inglés	Revisión sistemática
Effectiveness of the graded transport mode for the intrahospital transport of critically ill patients: A retrospective study	Ling et al.	2023	Frente Pública	Inglés	Estudio cuantitativo
High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China	Jia et al.	2016	Critical Care	Portugués e inglés	Estudio cuantitativo

Análisis de eventos adversos asociados al traslado intra-hospitalario del paciente crítico. Listado de verificación	Melgarejo et al.	Enfermería Intensiva	2014	Inglés	Estudio cuantitativo
Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis	Lyphout et al.	Enfermeras Emergentes Internacionales	2018	Inglés	Estudio cuantitativo
Clinical Outcomes of Critically Ill Patients Using Inhaled Nitric Oxide (iNO) during Intrahospital Transport	Koyfman et al.	Práctica de cuidados críticos	2021	Portugués e inglés	Estudio cuantitativo
Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors	Parmen-tier	Critical Care	2013	Inglés	Estudio cuantitativo

*** Elaboración propia con base en la revisión de los artículos. 2023.**

En cuanto al tipo de estudio se identificaron los siguientes estudios: revisión sistemática (30%) y estudio cuantitativo (70%).

Tabla 5.

Diseño metodológico de los estudios.

Diseño	Frecuencia	Porcentaje
Revisión sistemática	3	30%
Estudio cuantitativo	7	70%
Total	10	100%

***Elaboración propia con base en la revisión de los artículos. 2023.**

En función de los factores estudiados y sus dimensiones, se tienen los siguientes resultados:

Tabla 6.

Factores relacionados a prácticas seguras y complicaciones en el traslado de pacientes.

Dimensiones	Factores
Relacionados con las condiciones de los pacientes	Gravedad del paciente (Murata et al., 2022; Jia et al., 2016) Edad (1). Diferencias en definiciones de condiciones asociadas al paciente (2). Protocolos y listas de verificación (Murata et al., 2022 (3) Demoras en los traslados (Cordeiro et al., 2019; Jia et al., 2016)
Relacionados con las prácticas seguras	Estabilización hemodinámica de pacientes (4). Administración de medicación (Cordeiro et al., 2019; Koyfman et al., 2021) Capacitación del personal (Cordeiro et al., 2019; Ling et al., 2023) Uso adecuado de equipamiento (Brunsveld et al., 2015; Lyphout et al., 2018) Control de temperatura e iluminación (5). Comunicación efectiva (Canellas et al., 2020; Cordeiro et al., 2019) Uso de listas de verificación. (4)
Relacionados con las complicaciones en el transporte intrahospitalario	Cambios bruscos de presión arterial durante traslado (Canellas et al., 2020; Murata et al., 2022) Errores en la administración de medicamento Administración de medicamentos sedantes o vasoactivos (Canellas et al., 2020; Cordeiro et al., 2019) Falta de monitoreo por parte del personal (Canellas et al., 2020; Ling et al., 2023) Lesiones físicas debido a manipulación inadecuada. (6) Fallos en el equipamiento (Brunsveld et al., 2015; Canellas et al., 2020) Inestabilidad mecánica durante traslado (Brunsveld et al., 2015; Cordeiro et al., 2019) Uso de ventilación mecánica (6). Falta de coordinación entre equipos (6). Retraso de información necesaria (6).

*** Elaboración propia con base en la revisión de los artículos. 2023.**

Traslado hospitalario

La enfermería cumple un rol fundamental en el cuidado y atención de los pacientes en todos los niveles de atención en salud. En el caso de los pacientes críticos y los procesos de traslado intrahospitalario ejercen una función fundamental para asegurar el bienestar integral de cada uno de los pacientes a su cargo (7).

El traslado intrahospitalario de pacientes corresponde a la movilización que se realiza desde una unidad hospitalaria hasta otra por motivos de diagnóstico o tratamientos específicos que deban brindarse. En otras palabras, es el desplazamiento de un paciente de un lugar físico a otro dentro del hospital (6).

Ling et al. (7) sostienen que el traslado de pacientes de unas unidades hospitalarias a otras es un hecho ineludible, debido a que los pacientes críticos suelen ingresar a través de las salas de emergencia y reanimación, lo que hace necesario efectuar un traslado a las unidades hospitalarias correspondientes para brindar el cuidado y tratamiento adecuados. Por ello, es fundamental tener procedimientos y métodos de cuidado adecuados para llevarlos a cabo y reducir el riesgo de ocurrencia de eventos adversos.

Generalmente, el transporte intrahospitalario se lleva a cabo en diversas situaciones, como, por ejemplo, rutinas programadas en urgencias y emergencias, que son situaciones críticas que requieren respuestas rápidas y decisivas. Incluso por cuestiones logísticas, que comprende disponibilidad de camas en diferentes áreas, la necesidad de aislamiento por razones de infección o el ajuste en función de la gravedad de la condición del paciente. Los pacientes de la UCI son trasladados dentro del hospital para procedimientos diagnósticos y terapéuticos (3).

Con frecuencia, los pacientes en estado crítico son trasladados desde la UCI hacia otros departamentos del hospital con el fin de llevar a cabo procedimientos médicos o pruebas de diagnóstico esenciales. Estos traslados son necesarios para efectuar intervenciones médicas específicas o para obtener información diagnóstica crucial. Es relevante destacar que los pacientes en la UCI experimentan al menos un traslado a departamentos como el de cirugía. Una gran cantidad de traslados se efectúa entre el área de urgencias, las plantas de internación y las unidades de cuidados intensivos. Estos movimientos se realizan para garantizar la atención adecuada y oportuna de los pacientes en diferentes áreas del hospital, según sus requerimientos clínicos. Estos traslados pueden ser de carácter temporal, por ejemplo, cuando un paciente se

desplaza para someterse a estudios de diagnóstico por imágenes, o de larga duración, como en el caso de llevar a un paciente de una habitación de hospitalización a una unidad de cuidados intensivos (3).

Análisis por dimensiones

A continuación, se presenta una síntesis de la información obtenida para cada una de las dimensiones del estudio.

Factores relacionados con las condiciones de los pacientes

Con respecto a los factores a considerar para el traslado intrahospitalario que se asociaron con las condiciones de los pacientes, se constató en los estudios incluidos en esta revisión que estos son determinantes para el traslado que se realiza y sus posibles impactos. Murata et al. (2) encontraron en su metaanálisis que una de las razones por las que variaba de forma importante la prevalencia de los eventos adversos en los traslados estaba asociada con las características particulares de los pacientes trasladados. En este sentido, la gravedad de los pacientes es una condición determinante a considerar para la realización del traslado.

En el estudio de Ling et al. (7) se señala que el transporte intrahospitalario (TIH) de pacientes que se encuentran bajo ventilación mecánica (VM) incrementa el riesgo de que el paciente sufra algún tipo de efecto adverso, con lo que también coinciden Murata et al. (2). Jia et al. (5) encontraron que, en la cohorte estudiada, el 79,4% de los eventos adversos asociados al traslado se relacionaban con las condiciones propias asociadas de los pacientes, factores entre los que constaban los signos vitales y el análisis de gases en sangre arterial. En el estudio de Melgarejo et al. (1) se encontró que la mayoría de las complicaciones en los traslados fueron asociadas a la inestabilidad hemodinámica de los pacientes, así como a la ventilación.

Cordeiro et al. (6) destacan que las condiciones de los pacientes son determinantes de otros factores, como los tiempos de espera. De igual manera, se destaca la importancia para el traslado el considerar factores de riesgo como: edad, estado, equipo que participa en el proceso de TIH, ventilación auxiliar, los medios de transporte, los medicamentos y bienes no transportados y el transporte de tuberías; se encontró que la mayor cantidad de eventos adversos se encontraban justamente asociadas al uso de sedantes y el tiempo de traslado elevado, lo que también se observó en el estudio de Melgarejo et al. (1).

A este respecto, es relevante constatar que todas las medidas o protocolos para realizar un traslado intrahospitalario adecuado y seguro deben considerar, por tanto, una correcta valoración de las condiciones de los pacientes, tal como se plantea en Canellas et al (4), quienes destacan en su revisión la importancia de integrar instrumentos como listas de chequeo que tengan como paso inicial una valoración del estado de los pacientes en que se considere su identificación y otros criterios asociados, como los recursos requeridos dado el estado y equipamiento necesario.

Factores relacionados con las prácticas seguras

El traslado de pacientes críticos es una práctica habitual diseñada para potenciar los resultados de los pacientes. Este enfoque implica que, en numerosas situaciones, el traslado de pacientes se percibe como un recurso valioso para mejorar la atención y el tratamiento de aquellos que se encuentran en estado crítico. Existe una clasificación sistemática de los traslados hospitalarios, que se compone de cinco categorías: asignación de cama, informar al personal del envío, preparar al paciente, comunicación entre las diferentes áreas y coordinar para asegurar que todos los aspectos de la transferencia se realicen puntualmente y sin obstáculos (8).

Los profesionales de enfermería toman en cuenta tres aspectos puntuales en el TIH del paciente crítico: la responsabilidad que asumen al realizar este tipo de procedimiento, la comprensión integral de los riesgos y posibles complicaciones a los que se enfrenta el paciente durante el traslado, y la verificación de que se cuente con el equipo necesario, así como el seguimiento de protocolos para la estandarización de cada una de las etapas del TIH (4).

Así, varios elementos son fundamentales para asegurar la seguridad y la atención apropiada de los pacientes críticos durante su traslado. La coordinación previa, la selección del personal acompañante, la adecuada preparación del equipo y la vigilancia continua son pilares cruciales para la mitigación de riesgos y la garantía de una ejecución efectiva y libre de incidentes en el proceso de transporte (5).

Con respecto a la manera general en la que se debe llevar a cabo el traslado, un estudio internacional midió la eficacia del transporte graduado y concluyó que este permite reducir la incidencia de eventos adversos mediante la reducción de la demora en los traslados, además de mejorar con ello su eficiencia tomando en cuenta la gravedad del paciente. Existen tres niveles: Grado I (alto riesgo), Grado II (riesgo medio) y Grado III (riesgo bajo). El transporte graduado consiste en cinco 4 pasos: i) evaluación de la clasificación de riesgo

del transporte, ii) preparación antes del transporte, iii) transporte, y, iv) final del transporte. Cada uno requiere de la atención de la enfermera. Los resultados de su implementación dan cuenta de la efectividad, debido a que se reduce de manera considerable los eventos adversos (7).

Otro factor que destaca como una práctica segura es el manejo adecuado de la información del proceso de traslado. Esto es indispensable, ya que si no se implementa de manera correcta, se resta calidad a los procesos de TIH, tal como plantean Ling et al. (7). Durante el traslado del paciente, los informes que se presentan entre las áreas del hospital al momento de la entrega y recepción del paciente, es crucial para asegurar que los cuidados y la atención influyan en la restitución de la salud. Al asegurar que todo el personal de enfermería se encuentra debidamente informado del rol que le corresponde cumplir en el TIH se favorece el traslado del paciente para que pueda recibir los cuidados y tratamientos necesarios, en función del estado de salud en el que se encuentra (5).

En la investigación de Brunsveld et al. (3), como parte de las prácticas de la enfermería para el traslado intrahospitalario, se considera el desarrollo de una lista de chequeo. Esta cuenta con cuatro componentes: una etiqueta de identificación del paciente con la valoración de su condición; un apartado inicial con elementos a constatar previo al transporte; un apartado para completar durante el transporte; y, finalmente, un apartado para constatar posterior al traslado. Los puntos sobre los cuales deben poner atención las enfermeras durante el TIH son: verificar equipos/materiales, medicación, y acceso intravenoso y notificación al departamento receptor. De esta manera, se busca conformar un marco de actuación que guíe a las enfermeras de la UCI para que el TIH sea eficaz y seguro para el paciente.

De igual manera, Canellas (4) plantea que se debe implementar una lista de chequeo en las que se tomen en cuenta cada una de las fases; destacan en la revisión que una buena parte de las listas de chequeo disponibles en la literatura no consideran la etapa posterior al traslado. Así, desde la etapa de pre-transporte se debe asegurar la adecuada comunicación en el equipo, identificar los criterios relacionados con el paciente, identificación de los recursos necesarios, comprobar hamacas, tubos y líneas. En la fase de transporte lo fundamental es monitorizar y cuidar del paciente y en el postransporte es indispensable evaluar la condición en que se deja al paciente, así como la entrega de toda la documentación para continuar con la atención y cuidado que requiere.

Las prácticas de enfermería en el TIH del paciente crítico deben estar directamente relacionadas con la conformación de una cultura de seguridad del

paciente (3). En este sentido, es pertinente considerar que la estabilización hemodinámica de los pacientes es un componente fundamental para el traslado seguro (4); en este contexto, la administración de medicamentos debe realizarse con sumo cuidado y con atención al ser un importante factor que determina los resultados de los traslados y las posibles complicaciones (6). En el estudio de Parmentier et al. (8) se encontró que un importante factor de riesgo fue el cambio de tratamiento previo al traslado. Además, en casos como la inestabilidad hemodinámica (5%), fue necesario aumentar dosis de vasopresor en cinco casos puntuales (1,9%). En este sentido, una administración adecuada de medicamentos es una práctica segura que requiere de la máxima atención por parte del personal de enfermería.

En consecuencia, otro factor relevante es el grado de capacitación del personal para llevar a cabo el traslado. Ling et al (7) señalan que el traslado graduado, en tanto práctica segura de desplazamiento, comprende necesariamente la capacitación del personal para llevarlo a cabo, en particular en la logística del traslado y el uso del equipamiento asociado (Brunsveld et al., 2015; Lyphout et al., 2018), además de poner especial atención en la administración adecuada de medicamentos.

Por su parte, Cordeiro et al. (6) en su investigación mencionan que dentro de las prácticas de enfermería para el TIH la comunicación es un aspecto esencial, ya que cuando no se realiza de manera adecuada, representa el 6,4% de los problemas. Así, la implementación de sesiones informativas con el equipo de enfermería que se encarga del traslado del paciente mejoró de manera significativa la seguridad del paciente y el trabajo en equipo, disminuyendo la incidencia de eventos adversos (Jia et al., 2016; Lyphout et al., 2018).

Factores relacionados con las complicaciones en el transporte intrahospitalario

El transporte de pacientes críticos fuera del entorno seguro de la UCI es peligroso, puesto que el paciente se enfrenta a un riesgo potencial debido a la vulnerabilidad de su estado de salud y a la necesidad de atención médica continua y especializada (9). Estudios evidencian que un 84% de los pacientes presentan arritmias, lo que incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares (3).

Murata et al. (2), en su estudio han demostrado que, aunque es factible que se presenten contratiempos durante el transporte intrahospitalario de pacientes en estado crítico, la ocurrencia de eventos adversos graves es poco frecuente. Estos hallazgos tienen el potencial de ser sumamente útiles para la gestión de riesgos y la optimización de los procedimientos de traslado dentro del hospital,

con el fin de disminuir aún más la posibilidad de eventos desfavorables y garantizar la seguridad de los pacientes críticos mientras son desplazados en el entorno hospitalario.

De la misma manera, otros estudios evidenciaron que, pese a que el transporte intrahospitalario de pacientes críticos puede presentar complicaciones y eventos adversos, la tasa de eventos adversos tiende a ser más baja de lo esperado en comparación con otros estudios (6). La principal razón es la incorporación de medidas de cuidado y atención para prevenir el desarrollo de posibles complicaciones.

Los estudios revelan que entre las complicaciones más frecuentes asociadas al TIH se encuentran: escasas reservas de oxígeno, falta de conocimiento en el manejo y ajuste de respiradores, así como también en la desconexión de tubos. Como consecuencia de estos hechos también se producen alteraciones en la estabilidad fisiológica de la persona, producto de la falta de planificación, generando efectos en el corto y largo plazo de los procesos de recuperación de los pacientes (Ling et al., 2023; Lyphout et al., 2018).

Además de las ya mencionados Brunsveld et al. (3) y Canellas et al. (4) identifican como complicaciones en el TIH del paciente crítico: cambios en los parámetros fisiológicos, hipotensión o hipertensión, bradicardia o taquicardia y desaturación; irritabilidad que requiere sedación; desprendimiento del tubo endotraqueal o del tubo de traqueotomía; y desprendimiento de la línea central o periférica. Todas estas complicaciones requieren de la aplicación de procedimientos como la reanimación cardiopulmonar e intervenciones urgentes por parte del equipo de transporte.

En esta misma línea, Murata et al. (2) señalan que los tipos más frecuentes de complicaciones son: dificultades respiratorias, problemas cardiovasculares, problemas neurológicos, escasa comunicación en el equipo, y ausencia de protocolos. De igual manera se identifican la demora en el proceso de traslado, desaturación, hipotensión, hipertensión, arritmia, incluido paro cardíaco y agitación. En general, los resultados del estudio muestran una frecuencia combinada de todas las complicaciones del 26,2%. La frecuencia combinada de muerte debida al transporte intrahospitalario y a eventos adversos potencialmente mortales alcanza hasta 1,47%.

En contraste a estos datos, Cordeiro et al. (6) en su estudio, explican que las complicaciones se producen entre el 6% y cerca del 70% de los casos de TIH de pacientes críticos. Entre las complicaciones clínicas más frecuentes se identifican: inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria, crisis con-

vulsiva, agitación psicomotora, disminución del nivel de conciencia. Se establecieron como principales causas de estos hechos la escasa comunicación, falta de oxígeno, problemas en la bomba de infusión y en la batería del monitor multiparamétrico, así como también, retraso en la realización de exámenes.

Las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en el TIH son: cambios agudos en el estado fisiológico, necesidad de reanimación pulmonar y en casos más graves incluso la muerte. Las fallas humanas constituyen la primera causa, debido a problemas como errores en la preparación del equipo de transporte, errores de percepción, errores de decisión, y errores basados en habilidades e incumplimiento. La atención idónea que debe prestar el equipo de enfermería se ve afectado por estas situaciones (2).

En la investigación desarrollada por Jia et al. (5) se identifica como complicaciones asociadas al TIH del paciente crítico los relacionados con los signos vitales y los asociados con el análisis de gases en sangre arterial. En lo referente a los signos vitales se menciona, anomalía RR o más grave, anomalía de la frecuencia cardíaca o más grave, anomalía de la PAS o más grave y anomalía de SpO₂ o más grave. En relación con los gases en sangre arterial se identifican: anomalía del pH o más grave, anomalía de la PaO₂ o más grave, anomalía de la PaCO₂ o más grave, anormalidad en el nivel de lactato o más grave, anomalía del nivel de glucosa o más grave. Además de la extubación accidental y la obstrucción de la vía aérea. Los cuales pueden ser evitados o disminuir su incidencia con el seguimiento de los protocolos adecuados.

En esta misma lógica, Parmentier et al. (8) en su investigación realizan la clasificación de las complicaciones que se presentan durante el TIH del paciente crítico. Los autores consideran que aquellas relacionadas con el paciente durante el transporte son la desaturación de oxígeno, extubación, retiro accidental del catéter venoso central, inestabilidad hemodinámica y aumento de la dosis de vasopresor. Sobre complicaciones menores mencionan las siguientes: agitación, extracción accidental de sonda nasogástrica, vómitos, incidente de catéter venoso periférico y central, incidente de línea arterial, desalojamiento accidental del catéter urinario, desconexión del tubo endotraqueal y del equipo de vía aérea.

Las investigaciones realizadas por Melgarejo et al. (1) remarcan el hecho de que las complicaciones más frecuentes que se presentan en el proceso de TIH del paciente crítico son la desaturación y la inestabilidad hemodinámica, problemas respiratorios producto de la inadecuada ventilación durante el traslado. Se identifican como causantes de estas complicaciones el no poseer el

material necesario para estabilizar al paciente y la falta de seguimiento del protocolo establecido por la institución de salud.

Datos similares se identificaron en el estudio de Koyfman et al. (10), en donde se formula que el paciente crítico presenta más riesgos de enfrentarse a complicaciones en el proceso de TIH. Así, las complicaciones que experimentaron el 16,8% de los casos analizados relacionadas al paciente fueron la desaturación de oxígeno, extubación, inestabilidad hemodinámica y aumento de la dosis de vasopresor. Además, menciona que el 32,8% de las dificultades en el TIH se relacionaron con el equipo, debido a la ausencia de habilidades, destrezas, conocimientos y protocolos para garantizar un traslado seguro a los pacientes.

De manera general, Lyphout et al. (9) en su estudio recogen que los eventos adversos en el TIH del paciente crítico son una seria problemática dentro de los sistemas de salud. Así, en el 16,7% de los casos analizados se detectaron complicaciones asociadas a la seguridad del paciente y en el 3,9% de los casos se identificaron daños asociados con la atención sanitaria. Los principales factores que influyeron en esta situación fueron: incidentes operativos, incidentes de comunicación y escasos procesos de evaluación de la efectividad del TIH.

Se utilizó el sistema GRADE para verificar la calidad de la evidencia científica recibida, los estudios utilizados se ubican en la alta calidad de la evidencia, lo que asegura una alta confianza entre el efecto real y el estimado. En este estudio se considera un nivel de confianza del 95% (alto) y un margen de error del 5% como nivel de poder estadístico, es decir, un estudio sin problema de sesgo.

Luego de llevar a cabo una exhaustiva revisión sistemática, que abarcó un total de 10 artículos relacionados con las prácticas seguras para TIH en pacientes críticos, los autores concuerdan que el TIH puede ser temporal, así como a largo plazo. Se lleva a cabo en una variedad de situaciones, que incluyen rutinas programadas (valoración), emergencias críticas y consideraciones logísticas, como la disponibilidad de camas, aislamiento y ajuste según la gravedad de la condición del paciente (5).

Los traslados intrahospitalarios desde la UCI son los más abordados, debido a la necesidad de realizar un diagnóstico integral o procedimientos médicos (3). Lo cual destaca la importancia de garantizar que los pacientes en estado crítico reciban el tratamiento adecuado. Sin embargo, el transporte de pacientes críticos conlleva ciertos riesgos, que abarcan desde la inestabilidad del paciente hasta sus efectos fisiológicos. Estos desplazamientos pueden

generar molestias, por lo que resulta de vital importancia llevar a cabo una vigilancia y control adecuados para mitigar estos riesgos (10).

De allí que se debe tomar en cuenta los elementos necesarios para garantizar la seguridad y la atención adecuada de los pacientes críticos durante el transporte, incluyendo la coordinación previa, la selección del personal acompañante, la preparación del equipo y el monitoreo constante (8). En este sentido Jia et al. (5) destacan la importancia de realizar traslados de manera segura y efectiva, minimizando riesgos y maximizando la atención y el cuidado del paciente.

Dentro del proceso de traslado, los profesionales en enfermería cumplen un rol muy importante. Los estudios e investigaciones proporcionan una visión integral de cómo la enfermería puede mejorar la calidad y la seguridad de estos procesos (7).

Un aspecto importante que se ha implementado es el transporte graduado (7), que clasifica a los pacientes en función de su riesgo. Este método implica una serie de pasos que requieren la atención de enfermeras, desde la evaluación del riesgo hasta la finalización del transporte. Los resultados del estudio de Ling et al. (7) demostraron que esta estrategia es efectiva para reducir eventos adversos, lo que destaca la importancia de la enfermería en la preparación y ejecución segura de estos traslados.

De igual forma, la comunicación efectiva se considera en el traslado intrahospitalario (TIH) de pacientes críticos (6). Entre las formas de comunicación se encontró la realización de sesiones informativas para el equipo de enfermería encargado del traslado del paciente, manejo adecuado de información, emisión de informes y el uso de otras herramientas. Varios estudios destacan la relevancia de la preparación y prácticas seguras, en la cual se destaca la necesidad de una planificación minuciosa antes del traslado, la evaluación de factores de riesgo, el fomento de una cultura de seguridad, y la toma de responsabilidad por parte de los profesionales de enfermería durante el traslado intrahospitalario de pacientes críticos (3).

Una de las herramientas utilizadas en el traslado que se toma en cuenta es la lista de verificación (3), que proporciona una guía detallada para ayudar a garantizar que ningún aspecto crítico quede sin supervisar o sin documentar, en la que se incluye una necesaria valoración inicial del estado del paciente antes del traslado, el control durante este y luego el control una vez finalizado. Así también que se contemple las diferentes fases del proceso de traslado intrahospitalario: pretransporte (identificación de criterios relacionados con el

paciente), transporte (monitorización continua y el cuidado del paciente), pos-transporte (evaluar la condición en que se traslada al paciente y la entrega de documentación completa). Es decir, una lista de chequeo tiene que proporcionar una estructura que no solo promueva la seguridad, sino que también asegure que no se omita ningún aspecto importante del proceso.

A partir de lo encontrado, es claro que las prácticas de enfermería deben ser guiadas por un clima general de seguridad del paciente en el que se considere como fundamental el cumplimiento de estándares basados en la evidencia. Hasta aquí, el uso de listas de chequeo permite estandarizar procesos y garantizar el monitoreo y trazabilidad del proceso; no obstante, la experiencia profesional da cuenta de que muchas veces las actividades son guiadas por la costumbre o bien por apelación al sentido común; estas actitudes pueden contribuir a llevar a cabo procedimientos incompletos, como el no realizar una valoración postraslado. De allí que las listas de chequeo sean instrumentos valiosos para mejorar las prácticas de enfermería en el traslado.

Con todo, es posible que durante el traslado interhospitalario se presenten complicaciones. Estas pueden ser causadas por múltiples razones, que incluyen la inestabilidad en la hemodinámica de los pacientes, su conexión a múltiples dispositivos médicos, una comunicación insuficiente entre el personal de atención médica y la falta de protocolos específicos para el transporte intrahospitalario (2). Según menciona Lyphout et al. (9) los principales factores que inciden en la recurrencia de complicaciones son incidentes operativos, incidentes de comunicación y escasos procesos de evaluación de la efectividad del TIH.

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran la escasez de oxígeno, la falta de conocimiento en el manejo de dispositivos como respiradores y la desconexión de tubos. Estos eventos pueden tener un impacto significativo en la estabilidad fisiológica de los pacientes y afectar su recuperación a corto y largo plazo. Además, los cambios agudos en los signos vitales, problemas neurológicos y problemas cardiovasculares también son eventos adversos frecuentes que requieren intervención inmediata por parte del equipo de transporte (2).

La frecuencia de complicaciones varía desde un 6% hasta cerca del 70% de los casos de transporte intrahospitalario de pacientes críticos (6). La inadecuada preparación del equipo de transporte, los errores de percepción y las fallas humanas en general contribuyen a la ocurrencia de estos eventos.

Así, dentro de las prácticas convencionales se tuvo, en general, que no se presenta una estandarización de procedimientos o protocolos establecidos; no existen listas de verificación o bien evaluaciones de carácter sistemáticas;

de igual manera, el personal suele tener menos preparación y una desatención por la evaluación previa al traslado de los pacientes; y, también, la comunicación no tiene una estructura clara.

Por el contrario, las prácticas seguras que se evidencian en la literatura señalan la necesidad de realizar un transporte graduado, lo que es fundamental para valorar el riesgo y clasificar adecuadamente a los pacientes; también se tiene que el uso de listas de chequeo permite mejorar cada fase del traslado y reducir los errores; también es preciso considerar que enfermería es un actor central de este procedimiento; y, finalmente, una mejora en la comunicación y en su gestión es fundamental para dar estructura y estandarización al traslado, de manera de garantizar con ello la reducción de las complicaciones.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se pudo visualizar que la literatura hizo posible identificar que las fuentes documentales aún presentan vacíos en cuanto a las prácticas seguras que el personal de enfermería implementa para el traslado intrahospitalario del paciente crítico. Además, la búsqueda de información se vio condicionada por la temporalidad de los estudios encontrados, los cuales en su gran mayoría eran superiores a 5 años, además, el déficit de investigación con validez científica referente al tema, dificultó la obtención de estudios, lo que plantea un reto para obtener una visión más amplia e integral.

Respecto a los factores asociados a las condiciones de los pacientes que influyen en el TIH de pacientes críticos emergió la gravedad de los pacientes, especialmente aquellos bajo ventilación mecánica, como un factor determinante, y la evaluación exhaustiva de sus condiciones previas al traslado se revela como una práctica fundamental. La inestabilidad hemodinámica y la ventilación son condiciones críticas asociadas a complicaciones, subrayando la importancia de la selección cuidadosa del personal y la implementación de listas de chequeo para garantizar la seguridad.

En términos de prácticas seguras, la coordinación previa, la preparación del equipo y la comunicación efectiva se erigen como pilares cruciales para un traslado exitoso. La aplicación de listas de chequeo y protocolos estandarizados demuestra ser efectiva en mejorar la seguridad y eficacia del proceso. Asimismo, la capacitación del personal, la administración cuidadosa de medicamentos y la atención a la estabilización hemodinámica son aspectos clave que requieren especial atención.

En cuanto a los factores relacionados con complicaciones, destacan la inestabilidad hemodinámica, la falta de oxígeno, la escasa comunicación y

la administración inadecuada de medicamentos. La desaturación, la hipotensión, y problemas respiratorios son complicaciones frecuentes, a menudo vinculadas a errores humanos y falta de preparación del equipo de transporte. Estos desafíos subrayan la necesidad crítica de enfoques mejorados en la gestión de riesgos, capacitación del personal y la implementación de protocolos y prácticas seguras para garantizar un transporte intrahospitalario más seguro y efectivo.

No obstante, a pesar de los esfuerzos por mejorar la seguridad durante el traslado, las complicaciones persisten, destacando la necesidad de una mejora continua en las prácticas y la investigación en este ámbito. La comunicación deficiente y la falta de seguimiento de protocolos emergen como desafíos persistentes que deben abordarse para reducir eventos adversos.

Por consiguiente, la implementación de protocolos adecuados, la capacitación del personal de enfermería, el fomento de una cultura de seguridad son elementos esenciales para prevenir complicaciones durante el transporte intrahospitalario.

Por lo tanto, dentro de las instituciones de salud, el traslado del paciente crítico debe ser un ámbito sobre el cual se debe trabajar de manera continua para que el personal de enfermería cuente con la formación necesaria y de esta manera evitar posibles complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente. Más allá de la existencia de protocolos de movilización de pacientes, lo fundamental es asegurarse que enfermeros y enfermeras comprendan la importancia del rol que cumplen para que los pacientes reciban la atención y cuidado que requieren al momento de ser transportados a nivel intrahospitalario.

Profundizar la efectividad de los protocolos, los aspectos que se deben tomar en cuenta al momento de capacitar al equipo multidisciplinario de salud, y sentar las bases para asegurar que dentro de las instituciones de salud se instaure una cultura de seguridad, de esta manera se garantiza el bienestar integral de los pacientes cuando, por diversas razones, deben ser trasladados a otros departamentos dentro del mismo hospital.

Fomentar el estricto cumplimiento de normas, guías y protocolos de alta experiencia científica, para garantizar una atención de calidad y prevenir posibles complicaciones.

Proponer a las entidades de salud cumplir con las prácticas seguras lle-

vando a cabo una investigación primaria en el área de seguridad del paciente en el TIH basado en la realidad nacional, es decir, con respecto a la aplicación de una lista de verificación (check list).

Implementar en investigaciones futuras para mejorar estos hallazgos expuestas en este estudio.

Referencias

1. Melgarejo et al. Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación. Enfermería Intensiva. 2014; 25(2): p. 58-64.
2. Murata et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. Am J Emerg Med. 2022; 52: p. 13-19.
3. Brunsveld et al. A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. Crit Care. 2015; 19(1): p. 1-10.
4. Canellas et al. Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. Enfermería Global. 2020; 19(4): p. 525-572.
5. Jia et al. High incidence of adverse events during intra- hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multi-center study in China. Crit Care. 2016; 18(20): p. 1-13.
6. Cordeiro et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. Rev Bras Ter Intensiva. 2019; 31(1): p. 15-20.
7. Ling et al. Effectiveness of the graded transport mode for the intrahospital transport of critically ill patients: A retrospective study. Front Public Health. 2023; 13: p. 1-6.
8. Parmentier et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. Ann Intensive Care. 2013; 3(1): p. 1-10.
9. Lyphout et al. Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. Int Emerg Nurs. 2018; 36: p. 22-26.

-
10. Koyfman et al. Clinical Outcomes of Critically Ill Patients Using Inhaled Nitric Oxide (iNO) during Intrahospital Transport. Crit Care Res Pract. 2021; 5: p. 1-6.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Unidad 3

Humanización de la enfermería



3. Humanización de la enfermería

La aplicación de la humanización en la atención de enfermería está estrechamente vinculada a una comprensión holística de los pacientes como individuos únicos con derechos y valores distintos, lo que enfatiza la necesidad de un enfoque centrado en el ser humano. Este enfoque fomenta un intercambio mutuo de experiencias y conocimientos entre la enfermera y el paciente, lo cual es esencial para desarrollar una relación terapéutica sólida que se alinee con las necesidades específicas del individuo.

Sin embargo, lograr esta humanización requiere cambios significativos a nivel personal, profesional e institucional, asegurando que el entorno de atención médica apoye el fomento de estos vínculos humanos.

En la práctica, esto significa ir más allá de la visión reduccionista de los pacientes como meros casos clínicos y abrazar su esencia humana completa, reconociendo su valor intrínseco y sus derechos, la humanización de la atención reconoce la complejidad y la multidimensionalidad de la atención médica, especialmente en entornos de alta presión como los servicios de emergencia, donde un modelo holístico centrado en el paciente y su familia es fundamental para abordar de manera efectiva sus necesidades integrales. En general, la esencia de la humanización en la atención de enfermería consiste en comprender y atender las necesidades diversas y dinámicas de las personas, lo que no solo mejora la calidad de la atención, sino que también refuerza las dimensiones éticas y humanísticas fundamentales de la profesión de enfermería.

Un componente integral de las prácticas de enfermería humanizada es la relación enfermera-paciente, que constituye la piedra angular de la prestación de cuidados eficaces, con un 65% de cuidados calificados como promedio y un 20% como alto, esta relación no se trata solo de interacciones clínicas, sino que también implica respetar la confidencialidad y exhibir actitudes como la tolerancia, la empatía y el respeto, que son cruciales para lograr una atención humanizada, en particular en campos especializados como la salud ocupacional.

Los aspectos espirituales de la atención desempeñan un papel vital, con un 87% de cuidados calificados como promedio y un 4% bajo, lo que indica una necesidad de sensibilidad hacia las necesidades espirituales de los pacientes como parte de la atención humanizada integral.

El autocuidado de los profesionales de enfermería también contribuye significativamente a las prácticas humanizadas; con un 57% de cuidados

considerados regulares y un 24% bajos, destaca la necesidad de que las enfermeras mantengan su bienestar para apoyar eficazmente a sus pacientes, estas interconexiones en la relación enfermera-paciente, las consideraciones espirituales y el autocuidado de las enfermeras ilustran la naturaleza multifacética de las prácticas de enfermería humanizada, lo que pone de relieve la importancia de la mejora continua y la formación para optimizar la calidad de la atención. Por tanto, el compromiso institucional de fomentar un entorno propicio para la atención humanizada es esencial, garantizando que los profesionales de enfermería estén bien equipados para satisfacer las necesidades holísticas de sus pacientes.

Partiendo de la necesidad de un perfil profesional adaptado y capacitado para humanizar la atención, es igualmente importante reconocer el papel fundamental de la dignidad del paciente y el bienestar emocional en la mejora de los resultados del paciente.

Reconocer y respetar la dignidad de los pacientes fomenta la confianza y la cooperación, que son esenciales para una atención y una recuperación eficaces. Este enfoque se vuelve aún más vital en campos especializados como la oncología, donde abordar la vulnerabilidad del paciente puede conducir a intervenciones personalizadas que mejoren significativamente los procesos de atención y recuperación; garantizar la comodidad del paciente a través de acciones de atención adecuadas crea un entorno curativo que promueve mejores resultados de salud.

Al incorporar estos aspectos en las prácticas de atención médica, los profesionales pueden mejorar significativamente las experiencias de los pacientes, lo que subraya la importancia de integrar la humanización en la cultura de la atención al paciente.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 14

Acompañamiento familiar en el
período de hospitalización en la
unidad de cuidados intensivos:
revisión sistemática narrativa

AUTORES: Ana Gabriela Checa Checa; Venus Elizabeth Medina Maldonado,



Protocolos humanizantes del ejercicio de la enfermería

Para la elaboración de esta investigación se realizó un proceso de identificación y análisis de las necesidades de los familiares durante el periodo de hospitalización en la unidad de Cuidados intensivos, se clasificaron en tres categorías: comunicación, toma de decisiones y apego. Para dar solución a las preguntas PICO de este estudio incluimos 17 artículos. Adicionalmente, las intervenciones seleccionadas las categorizamos en grupos: características sociodemográficas de la población en estudio, uso de herramientas web, apoyo familiar y toma de decisiones, rondas y visitas abiertas, apego y participación de la familia en el cuidado.

Características sociodemográficas de la población en estudio

Se observó que las mujeres tenían mayor predisposición para ser parte de los estudios con edad superior a 40 años y de etnia blanca, los autores concuerdan en que las mujeres son la población que están más cercanas y se encuentran al cuidado en cuanto a enfermedad se refiere, la mayoría de las participantes fueron madres o pareja sentimental, se observó como información destacada en los estudios que sigue el papel de la mujer predominando en las actividades de cuidado (1). Vale la pena destacar que en la totalidad de los estudios realizados como criterio de inclusión para acceder a las intervenciones eran hospitalización mayor a 48 horas y debían tener acceso a un consentimiento informado.

Uso de herramientas web

Como resultado inicial podemos mencionar que el uso de un sitio web utilizado con cualquier dispositivo personal diseñado para mejorar la calidad de la comunicación y la toma de decisiones compartidas, maximizó la utilidad de las reuniones del familiar principal con el equipo de salud, las intervenciones incluyeron videos breves y preguntas interactivas sobre la experiencia de los familiares al tener a alguien cercano en la unidad de cuidados intensivos. Esta preparación ayudó a los familiares de los participantes a establecer una comunicación más efectiva sobre temas en torno al paciente como las creencias, valores, preferencias, expectativas, pronósticos y orientación sobre el tratamiento. Se consideró, para medir la efectividad, resultados de usabilidad y aceptación de la herramienta en comparación con otros dispositivos de su tipo (2).

En la siguiente intervención se completaron una serie de cuestionarios relacionados con estrés ansiedad y depresión antes y después de una intervención educativa, esta consistía en proporcionar apoyo psicológico con el

uso de tabletas electrónicas, los resultados comprueban que el uso de la educación incluyó en su primera fase información general sobre el entorno que rodea una unidad de cuidados intensivos y en la segunda fase explicaciones en base a la patología y el cuidado del paciente para que las enfermeras de cuidados intensivos proporcionen apoyo psicológico adecuado y satisfacer las necesidades de información a los miembros de la familia. Este estudio arrojó a la luz que enfermeras de la unidad de cuidados intensivos pueden apoyar mejor psicológicamente a los familiares de los pacientes en estado crítico a través de la provisión de información y la educación con la tecnología móvil interactiva (3).

Otro estudio analizado, desarrolló una herramienta con intervenciones a partir de un sitio web en función de Framework Groovy, el que contenía información sobre la unidad de cuidados intensivos como descripción del servicio, horarios de visita y contactos. El plus que incluyeron en este estudio fue conferencias grabadas por expertos, videos educativos relacionados con la atención al paciente, soporte ante el estrés y ansiedad e historias de pacientes y familias que ya experimentaron una hospitalización en la unidad de cuidados intensivos. Los usuarios de la herramienta estuvieron de acuerdo con su usabilidad, ya que incrementó tres veces más el ingreso de los participantes al sitio web de intervención por encontrar información relevante con lenguaje sencillo para ellos, teniendo muchas ventajas como el fácil acceso, el nivel de contenido y los bajos costos (4).

Las intervenciones incluyeron métodos como videoconferencias entre el familiar y el personal de salud una vez al día mediante la aplicación WeChat que utiliza como medio tecnológico teléfonos inteligentes, esta incluye servicios de videoconferencia, mensajería, chat en línea. Enfermería tuvo el papel de estar como soporte técnico en el inicio de la videoconferencia mientras que la enfermera de cabecera se encargó de cuidar la privacidad y seguridad del paciente durante la intervención. El estudio demostró que las necesidades de los pacientes y la familia se resolvieron en tiempo real incrementando las puntuaciones en la satisfacción en cuanto a la atención (5).

Apoyo familiar y toma de decisiones

El primer estudio seleccionado se enfoca en la comunicación entre la familia y el personal de salud como intervención de apoyo, enfocándose en la educación, desarrollo y práctica de habilidades de comunicación y retroalimentación con reuniones diarias. Haciendo hincapié que la capacitación del personal de enfermería es primordial para fomentar las habilidades dentro de

una comunicación efectiva, reflejándolo en las reuniones que el familiar tuvo con las enfermeras PARTNER, quedó demostrado que las intervenciones mitigaron los síntomas psicológicos a los seis meses de intervención resultando además de bajo costo por incluir a enfermeras del servicio (6). Además, de la misma manera corrobora el siguiente estudio, que es imprescindible contar con entrevistas y con enfermeras capacitadas en comunicación para brindar apoyo, demostrando que la comunicación ayudó a sobrellevar conflictos y mejorar las necesidades familiares disminuyendo así la depresión y ansiedad experimentada (1).

Por otro lado, incluyeron un facilitador de la comunicación para llevar a cabo entrevistas y conferencias para captar preocupaciones y necesidades de la familia y proveer apoyo emocional según el nivel de apego del cuidador, generando como resultado que el contacto diario disminuye la ansiedad y depresión a largo plazo ya que no se encontraron cambios significativos a los 3 meses. Sin embargo, este estudio corrobora que el apoyo familiar redujo la estancia hospitalaria y, por defecto, la intervención también redujo los costos (7).

El estudio presenta apoyo informativo y emocional con contacto diario por cinco días a la semana en el que se comunicó el estado del paciente, los objetivos de atención y el plan de cuidado diario, adicionalmente proporcionaron al familiar un folleto de apoyo emocional. También se realizaron entrevistas extras para monitorizar, escuchar y facilitar la comprensión de la información si la condición del paciente empeoraba, obteniendo como resultado disminución en la frustración del team y proporcionando mayor confort y afrontamiento en los familiares ayudando a comprender con mayor sencillez la condición del paciente (8).

En otro estudio observamos que la toma de decisiones son mejor aceptadas cuando existen encuentros con la familia, utilizando como intervención una entrevista estructurada enfocada en una comunicación consultiva que gira en torno al estado del paciente, los pro y contras del tratamiento, necesidad y preguntas de los familiares, intercambio de opiniones entre la familias y los integrantes del team, además, las entrevistas estuvieron enfocadas en las preferencias, deseos y creencias de los pacientes promoviendo la escucha activa y la empatía. Lo que generó un impacto positivo en la satisfacción de las necesidades de los familiares, liberando tensiones en el intercambio de opiniones (9).

Ademas, las intervenciones relacionadas con psicoeducación llevadas a cabo por enfermeras y médicos realizando conversaciones terapéuticas y lla-

madras de seguimiento con los familiares durante el tiempo de hospitalización dan como resultado un incremento en la satisfacción en la toma de decisiones, las principales razones fueron que los familiares se sintieron más informados, cuidados y apoyados para sobrellevar el estado de salud de su familiar (10).

Rondas y visitas

Las enfermeras iniciaron la visita en el website por las tardes, el 70% de los participantes concluyó que era una intervención que iba de adecuada a muy adecuada a pesar de que el tiempo de duración y el horario no eran apropiados, la satisfacción de los familiares con este método aumento (5).

En este estudio se implementó como intervención diaria una comunicación mediante notas escritas para identificar problemas potenciales y visitas sin restricción, esto ayudó a que las familias identifiquen correctamente de tres a seis problemas comunes de la unidad de cuidados intensivos, además estas medidas permiten a las familias entender y recordar la información al enfocar la atención en los problemas principales del paciente, con léxico sencillo durante toda la estadía en la unidad de cuidados intensivos, demostrando que la comunicación escrita mejora el entendimiento entre el personal de salud y las familias (11).

Las rondas de información al familiar realizadas por el personal médico y de enfermería consistían en orientación y conversaciones de forma presencial. Aquí se informó el plan de tratamiento diario y si en los miembros de la familia existían dudas las rondas y conversaciones se prolongaron. Además, se implementó como intervención rondas de forma virtual por medio de Microsoft teams con un enlace personalizado para cada familiar. En las rondas los médicos residentes expusieron el motivo de ingreso y las novedades durante la noche, la enfermera de cabecera se encargó de informar el estado actual más los resultados de los exámenes, el farmacéutico expuso la lista de medicamentos usados y realizó recomendaciones y el médico tratante se encargó del examen físico y desarrolló el plan de cuidado diario, todo a la cabecera del paciente, incluyendo al familiar en las actividades. Como resultado principal de la intervención la satisfacción del familiar aumentó constantemente hasta el alta de la unidad de cuidados intensivos (12).

Por otra parte, en este estudio se implementa como intervención rondas familiares en la tarde los martes y jueves, previo a que los familiares asistan a las rondas en la mañana, seguido se proporcionó a las familias folletos entregados por las enfermeras capacitadas del servicio, las entrevistas se centraron en informar el plan de cuidado, responder preguntas y acatar sugerencias de

las familias para potenciar la atención del paciente, si las dudas en los familiares persistían al terminar las rondas el personal de salud capacitado accedía a tener un nuevo encuentro después de la ronda programada. A pesar de las intervenciones, este estudio presenta como resultado que implementar rondas extras durante la tarde no aumenta el grado de satisfacción familiar en su población muestra, debido a que no tomaron en cuenta la disponibilidad de tiempo de los familiares (13).

Apego y participación de la familia en el cuidado

Incluir en el cuidado a la familia en sesiones diarias de estimulación auditiva y visual por treinta minutos durante siete días durante la hospitalización generó como resultado mayor satisfacción con los cuidados, mitigó los síntomas depresivos y de ansiedad en los familiares, mientras tanto en los pacientes disminuyó los recuerdos delirantes a corto plazo (14).

Además, la participación de la familia en el cuidado con intervenciones como brindar orientación del entorno, fortalecimiento de la memoria y sesiones visuales con fotografías familiares, sesiones auditivas con audífonos y hablar de la familia a diario tuvieron aceptabilidad y ayudó aumentar el nivel de satisfacción familiar con el cuidado brindado durante la hospitalización (15).

Promover la participación de la familia en fisioterapia en pacientes que puedan movilizarse con o sin sedación sometidos a ventilación mecánica con ejercicios en cama con intervenciones como ejercicios de respiración, ejercicios de resistencia y marcha y movimientos de extremidades superiores o inferiores en sesiones de treinta minutos dieron como resultado aceptabilidad por los familiares y los pacientes generando en los participantes mayor nivel de satisfacción por el disfrute del paciente de la fisioterapia y además por ser un procedimiento beneficioso y necesario para la recuperación (16).

Del mismo modo, contar con la presencia de la familia en el cuidado nutricional con intervenciones como OPTimal nutrition, diseñada para ayudar a las familias a participar en la toma de decisiones compartidas, supervisar y apoyar en la nutrición durante la recuperación del paciente, dieron como resultado que la aceptación aumentara con el pasar del tiempo y generara compromiso durante el transcurso de la enfermedad (17).

En primera instancia, de los estudios incluidos sobre programas de intervención dirigido a familiares se pudo evidenciar que un 58% de los estudios utilizó el acceso tecnológico con plataformas diseñadas para la implementación del programa de intervención o plataformas existentes que se incorporaron como complemento para establecer una comunicación cercana con el

familiar. Estas estrategias, sin duda traer muchos beneficios para aumentar la satisfacción familiar, la calidad de información, comunicación, confianza y apego, además muestran que los cuidados que se están prestando en el servicio son de calidad. El familiar está incluido en el cuidado que se presta al paciente que está hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos en tiempo real, además los familiares se sienten más motivados a ser parte de la atención y tratamiento del paciente durante el periodo de hospitalización, brindando información sobre sus creencias y preferencias creando una comunicación constante y fluida (18).

Estos hallazgos responden a necesidades exploradas en los familiares con pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos determinadas a través de estudios donde se evidencia el estrés a partir de las 48 horas hasta los 12 meses después del alta de la unidad de cuidados intensivos que se relaciona con la edad, la relación con el paciente y las patologías asociadas al ingreso del paciente (19). Ansiedad manifestada con mayor frecuencia al ingreso del paciente, lo cual disminuye la capacidad de apoyar al paciente, aumentando el nivel con hospitalizaciones prolongadas y tratamientos difíciles (20). Falta de confianza asociados a una comunicación negativa por no ser clara, además el familiar percibía que el personal de salud lo ignoraba y no podía expresar sus preocupaciones (21). Falta de información caracterizada por ser confusa y contradictoria que crea barreras para que el familiar perciba que el personal de salud se encuentra muy ocupado (22). No participación en la toma de decisiones en torno al paciente hospitalizado, ya que implican decisiones difíciles sobre tratamientos que involucran riesgos y beneficios (23).

Los hallazgos obtenidos en esta revisión sistemática son compatibles con estudios que se han desarrollado anterior al periodo de búsqueda de la evidencia. Al respecto un estudio similar indica la efectividad de las intervenciones que las agrupa en categorías educación e información, implicación y presencia del familiar, comunicación con los miembros de la familia e intervenciones agrupadas. Las intervenciones con similitud incluidas en este estudio son la entrega de folletos educativos, mensajes telefónicos cortos brindando información sobre el estado actual del paciente, invitar e involucrar a la familia en el cuidado para generar mayor oportunidad para la comunicación y educación, conversaciones que promueven la salud, rondas familiares, reuniones dirigidas por enfermeras e implementación de un coordinador de apoyo familiar en el cuidado. Los resultados obtenidos en este estudio llegaron a la conclusión que las intervenciones dirigidas por enfermeras tuvieron un impacto positivo en el apoyo familiar, la satisfacción familiar con la atención y

aliviaron los temores entre los familiares que visitaban las unidades de cuidados intensivos de adultos (24).

Basándonos en lo expuesto previamente, es indispensable que las/los enfermeras/os por ser las personas más cercanas al paciente se encuentren capacitados para dar información y generar empatía con el familiar, despejando interrogantes de manera realista con lenguaje claro y sencillo. Sin embargo, es crucial que se incluya la tecnología con precaución considerando implicaciones éticas, legales y de privacidad protegiendo los datos con rigurosidad. Todo esto, sin perder el contacto humano y la calidez que debe caracterizar el cuidado de enfermería dirigido a la familia, individuo y comunidad (25).

Las intervenciones evaluadas en esta revisión sistemática demostraron ser de gran aceptación y efectividad para erradicar la angustia, ansiedad y estrés en los familiares, ayudando al familiar a tener soporte emocional y una visión más amplia sobre el plan de tratamiento empoderándolo en la toma de decisiones. Es fundamental incluir al familiar en rondas extras para educarlos y que entiendan el progreso o la magnitud de la gravedad del paciente. En cuanto a las visitas extendidas, contribuyen a fomentar la humanización en un sitio tan hostil como la unidad de cuidados intensivos, reduciendo los síntomas psicológicos experimentados por el familiar por el apego existente, generando consuelo beneficioso para el paciente y el familiar. Sin embargo, debemos tener en cuenta que el implementar estas actividades trae desafíos para el personal de salud, el principal, disminuir la angustia del familiar experimentada mientras se realizan procedimientos de soporte vital en el paciente. Además, es crucial que los familiares se encuentren en constante educación para que no interfieran con preguntas, limitando el espacio físico y la calidad de los procedimientos ya que podrían poner en riesgo la vida del paciente.

Adicionalmente, los estudios fueron valorados rigurosamente utilizando herramientas de lectura crítica ampliamente probadas y la incorporación de un panel de expertos para seleccionar cada una de las intervenciones recomendadas en esta investigación a profesionales que laboren en la unidad de cuidados intensivos y que estén interesados en brindar un cuidado integral tanto al paciente como a su entorno más próximo que es la familia.

Esta investigación presenta limitaciones sustanciales, la más significativa la carencia de estudios previos respaldados por intervenciones con resultados consistentes y probados que sean aplicables de forma real en la unidad de cuidados intensivos. En primer lugar, por el tamaño disminuido de la muestra en la cadena de búsqueda y los enfoques no aleatorizados controlados oca-

sionaron que la fiabilidad de los hallazgos obtenidos estén comprometidos por la restricción de estudios fundamentados con intervenciones evidenciadas. En segundo lugar, la aplicabilidad de los resultados se ve afectada ya que la efectividad de intervenciones no garantizadas puede disminuir la calidad de atención al ser llevados a la práctica. Además, no se realizó un metaanálisis para ver reflejados los hallazgos con cálculo matemático, lo que no permite analizar estadísticamente el efecto de las intervenciones.

Estas limitaciones subrayan la necesidad urgente de futuras investigaciones llevadas a cabo por enfermeras/os, que se enfoquen en crear, desarrollar y evaluar intervenciones probadas y de calidad para generar recomendaciones aplicables y generalizables en un contexto real en la atención dentro de las unidades de cuidados intensivos.

En esta investigación, una vez obtenidos los datos y realizado el análisis de la literatura científica se llega a la conclusión de que existe homogeneidad por la similitud de las recomendaciones de intervenciones aplicadas y probadas en estudios realizados con anterioridad a la búsqueda. Hallazgos que se observaron en las discusiones de los resultados de los estudios incluidos en esta investigación, los cuales recomiendan incluir en el cuidado la aplicación de herramientas web, apoyo familiar y toma de decisiones, rondas y visitas abiertas, apego y participación de la familia en el cuidado.

Los estudios de intervención de enfermería dirigidos al familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos nos llevan a la conclusión de que las intervenciones son efectivas y aplicables para lograr satisfacer las necesidades familiares dando solución a los problemas y síntomas psicológicos en tiempo real, además de ser intervenciones que generan bajo costo económico por incluir al personal del mismo servicio en la aplicabilidad en la práctica.

Por otra parte, también existe la necesidad de implementar en el campo investigativo de la enfermería nuevos estudios que utilicen el enfoque mixto, ensayo clínico controlado, estudios cuasiexperimentales que favorezcan la comprobación de la efectividad del cuidado dirigido a la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos ya que continúan existiendo limitantes por la falta de información. Especialmente, en Latinoamérica no se evidenciaron estudios realizados para el periodo de la búsqueda.

Referencias

1. Azoulay et al. Questions to improve family–staff communication in the ICU: a randomized controlled trial. *Intensive Care Medicine*. 2018; 44(11): p. 1879-1887.
2. Suen et al. A Pilot Randomized Trial of an Interactive Web-based Tool to Support Surrogate Decision Makers in the Intensive Care Unit. , 18(7), 1191– 1201. *Annals of the American Thoracic Society*. 2021; 18(7): p. 1191-1201.
3. Chiang et al. Fulfilling the psychological and information need of the family members of critically ill patients using interactive mobile technology: A randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017; 41: p. 77-83.
4. Hoffmann et al. Effects of an online information tool on post-traumatic stress disorder in relatives of intensive care unit patients: a multicenter double-blind, randomized, placebo-controlled trial (ICU-Families-Study. *Intensive Care Medicine*. 2023; 49(11): p. 1317-1326.
5. Yuan et al. The effect of video visitation on intensive care unit patients and family members outcomes during the COVID-19 pandemic: A randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023; 76: p. 103394.
6. White et al. A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. *New England Journal of Medicine*. 2018; 378(25): p. 2365-2375.
7. Curtis et al. Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2016; 193(2): p. 154-162.
8. Torke et al. The Family Navigator: A Pilot Intervention to Support Intensive Care Unit Family Surrogates. *American Journal of Critical Care*. 2016; 25(6): p. 498-507.
9. Liu et al. Family-clinician shared decision making in intensive care units: Cluster randomized trial in China. *Patient Education and Counseling*. 2022; 105(6): p. 1532-1538.
10. Naef et al. Impact of a nurse-led family support intervention on family members' satisfaction with intensive care and psychological wellbeing: A mixed-methods evaluation. *Australian Critical Care*. 2023; 34(6): p. 594-603.

11. Thinnes et al. Written Communication, Visitation Policies, and Awareness of Medical Issues Among Intensive Care Unit Families. *American Journal of Critical Care*. 2023; 32(4): p. 302-306.
12. Debay et al. Family Participation in Cardiovascular Intensive Care Unit Rounds: A Pilot Randomized Controlled Trial. *CJC Open*. 2023; 5(8): p. 619-625.
13. Weber et al. Dedicated Afternoon Rounds for ICU Patients' Families and Family Satisfaction With Care. *Critical Care Medicine*. 2018; 46(4): p. 602-611.
14. Liang et al. The effects of a sensory stimulation intervention on psychosocial and clinical outcomes of critically ill patients and their families: A randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023; 75: p. 103369.
15. Mitchell et al. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017; 40: p. 77-84.
16. Sottile et al. Patient and family perceptions of physical therapy in the medical intensive care unit. *Journal of Critical Care*. 2015; 30(5): p. 891-895.
17. Marshall et al. A ramdomised controlled trial of a nutrition and a decision support intervention to enable partnerships with families of critically ill patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2023; 32(17-18): p. 6723-6742.
18. Cox J. Risk Factors for Pressure Injury Development Among Critical Care Patients. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020; p. 473-88.
19. Wendlandt et al. Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Surrogate Decision-Makers of Patients with Chronic Critical Illness. *Annals of the American Thoracic Society*. 2018; 15(12): p. 1451-1458.
20. Alfheim et al. Multiple Symptoms in Family Caregivers of Intensive Care Unit Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018; 55(2): p. 387-394.
21. Hirshberg et al. Persistence of patient and family experiences of critical illness. *BMJ Open*. 2020; 10(4): p. e035213.
22. Bell et al. Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. *BMJ Quality & Safety*. 2018; 27(11): p. 928-936.

-
23. Kiwanuka et al. Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. *Nursing Open*. 2019; 6(3): p. 676-684.
 24. Kiwanuka et al. The evidence base of nurse-led family interventions for improving family outcomes in adult critical care settings: A mixed method systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2022; 125: p. 104100.
 25. Cuenca et al. Humanizing the intensive care unit experience in a comprehensive cancer center: A patient- and family-centered improvement study. *Palliative and Supportive Care*. 2022; 20(6): p. 794-800.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 15

Beneficios de la aplicación de
medicina alternativa en pacientes
ingresados en cuidados intensivos:
una revisión narrativa de la literatura
científica

AUTORES: Jessica Fernanda Allasiche Patiño; Narcisa de Jesús Jiménez Juela



Para el desarrollo de este artículo se encontraron 105 artículos científicos a través de los motores de búsquedas (MEDLINE y Virtual Health Library) y otras bases de datos, mediante el uso de operadores booleanos, los cuales fueron analizados y descartados por duplicidad, con un total de 85 artículos científicos seleccionados. De esta selección se eliminaron 28 artículos, ya que el título y/o resumen no estaban en concordancia con el contenido, obteniendo un total 57 artículos, de los cuales, a través de la aplicación de criterios de exclusión, se descartaron 45 por ser artículos incompletos, trabajos de grados, manuales y/o protocolos. Se incluyeron 12 artículos científicos de tipos experimentales, cuasiexperimentales y pilotos que se obtuvieron en Google académico: 1 (Colombia), Pubmed: 6 (EEUU, Colombia, Inglaterra, Irán, Austria, Hong Kong), Scielo: 3 (Chile, Portugal, Cuba), Elsevier: 1 (España).

Estos estudios se caracterizaron por ser realizados en pacientes con ventilación mecánica y en proceso de destete, pacientes oncológicos, grupos focales como pacientes egresados de UCI, familiares y profesionales de enfermería que participaron de la aplicación de terapias alternativas (musicoterapia, aromaterapia, masaje terapéutico), en la unidad de cuidados intensivos, permitiendo comparar cuan beneficioso es la implementación de terapias alternativas en la medicina convencional, a nivel físico, psicológico, espiritual y cultural en los pacientes, familiares y profesionales de esta área crítica.

Considerando el nivel de calidad y evidencias científicas en la aplicación de musicoterapia, aromaterapia y masajes aplicados solos o combinados que cumplieron con el criterio de inclusión, a través de los apéndices Johns Hopkins: Apéndice G y E, el cual es una herramienta de resumen de evidencia científica individual.

Con el fin de entender la influencia que tiene el área de cuidados intensivos en los pacientes, se analizó un estudio realizado en el 2020 donde participaron 11 adultos egresados de UCI, el cual concuerda con el estudio de Silva (1) enfocado en evaluar el confort de los pacientes en cuidados críticos, donde se pudo identificar que la unidad de cuidados intensivos les representa un espacio donde experimentan sentimientos inesperados que generan situaciones desesperantes, temerosas y no deseadas, expresado así: “Bueno..., esa experiencia no se la deseo a nadie”, otro sentimiento expresado por otro adulto fue la desesperación, una emoción asociada al aislamiento, soledad y miedo, el dolor, la ansiedad, la frustración, la pérdida de autonomía, y la ventilación mecánica (2). Tomando en cuenta estos aspectos, podemos mencionar que en la actualidad el cuidado de enfermería se enfoca en controlar los factores que generan estrés en los pacientes, contribuyendo al alivio y la tranquilidad de éstos.

Actualmente hay más usuarios que se orientan a ser partícipes, ya sea por curiosidad o entendiendo los beneficios de la medicina alternativa como tratamiento complementario a la medicina convencional. Así lo evidenció una investigación en la cual se aplicó el método de la entrevista a 46 personas en donde se caracterizaron los tratamientos alternativos como diferentes a los de la medicina convencional, percibiendo en los tratamientos alternativos un enfoque más personal, con énfasis en el individuo más que en los síntomas que permitió identificar las causas o “la raíz” de un problema; consultas más participativas, involucradas y amenas; enfoques más “naturales” o restaurativos; y una falta comparativa de efectos secundarios desagradables (3).

La presente investigación se pudo realizar mediante el análisis de la mejor evidencia científica en relación con los beneficios de la medicina alternativa aplicada en pacientes que se encuentran ingresados en la unidad de cuidados intensivos, mediante la aplicación de instrumentos de evaluación que permitieron seleccionar la mejor literatura, la cual ayudó a identificar de forma puntual las ventajas terapéuticas que ofrecen las terapias alternativas (musicoterapia, aromaterapia y masaje terapéutico) como complemento a la medicina convencional, las cuales pueden ser aplicables a esta área crítica y permiten dar un nuevo aporte al cuidado integral de los pacientes por parte de los profesionales de enfermería.

En el desarrollo de esta revisión sistemática, se pudo analizar y definir las características de los pacientes que formaron parte de las investigaciones primarias, realizadas exclusivamente en la unidad de cuidados intensivos, que en su mayoría fueron pacientes adultos entre 18 y 60 años de edad, los cuales estuvieron con ventilación mecánica o en proceso de destete, al menos de 4 a 6 días de permanencia en esta área crítica, donde se aplicó musicoterapia, aromaterapia, masaje terapéutico, lo que permitió obtener resultados concretos respecto a la identificación de los beneficios de la medicina alternativa en la unidad de cuidados intensivos.

En cuanto a la evaluación de programas estructurados basados en entrenamiento a profesionales de enfermería, sobre la aplicación de medicina alternativa, no se pudo identificar programas que se estén desarrollando de forma específica como parte de los servicios de atención en los sistemas de salud de segundo y tercer nivel. Si bien es cierto, las políticas mundiales hacen énfasis en la implementación de terapias alternativas, aún no se encuentran implementadas de manera formal en la cartera de servicios a nivel hospitalario por falta de entrenamiento de los profesionales de enfermería.

Se evaluaron las intervenciones realizadas a los pacientes de la unidad de cuidados intensivos a quienes se aplicó musicoterapia, aromaterapia, masaje terapéutico, en los cuales se pudo identificar la disminución notable de estrés, ansiedad, mejor acople al ventilador mecánico, control de dolor, conciliación del sueño, y disminución de efectos secundarios farmacológicos, lo que permitió contribuir a su recuperación a través de la aplicación de terapias alternativas, innovando el cuidado integral de enfermería.

La aplicación de terapia alternativa y/o complementaria ha demostrado tener grandes beneficios en la atención sanitaria para pacientes de la unidad de cuidados intensivos. El análisis de los resultados posteriores a la aplicación de terapias alternativas, ya sea de forma individual o combinada, han permitido mejorar el control del dolor, así como el patrón del sueño y confort, respondiendo a las necesidades de los pacientes de la UCI, mediante la atención integral y humanizada centrada en el paciente.

Si bien es cierto que el desarrollo global, tecnológico y científico han permitido mejorar la atención en salud, tomando en cuenta que cada vez buscamos mejorar la calidad de los servicios a través de un plan de mejoras continuas, tengo la certeza de que la implementación de terapias alternativas a nivel hospitalario, más aún en áreas críticas como la unidad de cuidados intensivos, en donde los pacientes son dependientes del cuidado del personal de salud, permitirá responder de forma óptima a las necesidades de los pacientes críticos, ofreciendo un cuidado integral de alta calidad, calidez, y respetando su interculturalidad.

Referencias

1. Silva A, Oliveira A. Impact of the bundles implementation on the reduction of bloodstream infections: an integrative review. *Texto Contexto - Enferm.* 2018; p. 27.
2. Maslach et al. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: p. 397-422.
3. Felicity et al. Treat or Treatment: A Qualitative Study Analyzing Patients' Use of Complementary and Alternative Medicine. *Am J Public Health.* 2011; 98(9).

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 16

Análisis de los estudios sobre la
prevalencia del síndrome de
burnout en el personal de enfermería

AUTORES: Diana Nataly Vega Vega; Erika Alexandra Guerra Díaz



Cultura organizacional para la humanización de la enfermería

Para la realización de este artículo los trabajos que se examinaron fueron escritos por diversos autores, muchos de los cuales eran profesionales de enfermería de diferentes países como España, México y Brasil con distintos sistemas sanitarios y culturas. Esto indica la universalidad del problema del burnout en enfermería. Aunque los objetivos de los estudios diferían, la mayoría de ellos determinaron la tasa de prevalencia del síndrome en estos profesionales y las características asociadas a este fenómeno. En total, se estudiaron más de treinta mil enfermeras, lo que proporciona una muestra significativa y representativa de la profesión a nivel global.

Muchas de las investigaciones adoptaron un enfoque cuantitativo en su diseño, recopilando datos de forma objetiva mediante el uso de cuestionarios estandarizados. Estos instrumentos ofrecieron un conocimiento exhaustivo de las opiniones de los enfermeros en relación con el burnout. Los profesionales de enfermería, tanto enfermeras tituladas como técnicos de enfermería, constituyeron la mayoría de los participantes en estos estudios. Debido a la gran tensión emocional y física a la que se ven sometidos, muchos profesionales sanitarios son especialmente susceptibles al burnout.

Tabla 1.

Hallazgos científicos determinados en las bases científicas.

Autores/año/ país	Objetivos	Diseño metodológico	Resultados
Möller, Oliveira, Dal Pai, Azzolin, & Magalhães, 2021 Brasil	Evaluar y comparar los ambientes de práctica de enfermería en UCI de un hospital público y privado y la prevalencia de Burnout.	Estudio transversal, descriptivo con un enfoque cuantitativo de los datos. 296 profesionales de enfermería. Instrumento aplicado MBI	En el personal de enfermería, el burnout era más frecuente en el hospital privado (9,1%) que en el público (2,5%), pero los técnicos de enfermería presentaban tasas comparables en ambos. Se destacaron 3 áreas como críticas: apoyo, autonomía y control del entorno. (1)

Rendón et al., 2020 México	Determinar la frecuencia del síndrome de burnout y qué aspectos del mismo afectan a las enfermeras que trabajan en unidades de hospitalización y cuidados críticos.	Investigación transversal, observacional y descriptiva. Noventa enfermeras. Se utilizó la herramienta MBI.	Se encontró una prevalencia media del síndrome de burnout, del 82,2%. Se observaron prevalencias bajas del 62,2%, 57,8% y 40% para los aspectos de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, respectivamente. Estas cifras se relacionaron significativamente con factores como el turno de trabajo, la carga laboral, el tipo de servicio y la contratación (2).
Vidotti, Trevisan, Quina Maria, Perfeito, & Cruz, 2019 Brasil	Investigar la prevalencia del síndrome de burnout y su relación con la calidad de vida y el estrés laboral de los profesionales de enfermería.	Estudio descriptivo y transversal en 502 profesionales del ámbito de la enfermería, utilizando como herramienta de evaluación el Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS).	El síndrome de burnout era frecuente (20,9%), y se asociaba a expectativas laborales elevadas, falta de control y de apoyo social en el trabajo, y opiniones desfavorables sobre la propia calidad de vida en diversos ámbitos (3).

Galanis, Vrika, Fragkou, Bilali, & Kaitelidou, 2021 Grecia	Evaluar la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería y los elementos de riesgo vinculados durante la crisis sanitaria provocada por el COVID-19	Revisión sistemática y metaanálisis de acuerdo con los criterios PRISMA y Cochrane. 18.935 enfermeros.	En las enfermeras, la despersonalización estaba presente en el 12,6% de los casos, el cansancio emocional en el 34,1% y la falta de realización personal en el 15,2% (4).
Gómez Urquiza, Vargas, De la Fuente, Fernández Castillo, & Cañadas De la Fuente, 2018 España	Establecer la frecuencia con la que se presentan elevados índices de cansancio emocional y despersonalización, así como una disminución en la sensación de realización profesional, entre los profesionales de enfermería que trabajan en oncología.	Estudio metaanalítico. Población: 9.959 enfermeras. Instrumento aplicado MBI.	Entre las enfermeras oncológicas, el desgaste emocional fue prevalente en el 30% de los casos, la despersonalización en el 15% y el rendimiento personal insatisfactorio en el 35% de los casos (5).

Gómez et al., 2017 España	Determinar la prevalencia de Burnout (basado en el Maslach Burnout Inventory en las 3 dimensiones de alto Agotamiento Emocional, alta Despersonalización y bajo Logro Personal) entre enfermeras de emergencia.	Meta-análisis. 1566 enfermeras de emergencia. Instrumento aplicado Maslach Burnout Inventory (IBM).	La prevalencia de agotamiento emocional en enfermeras de emergencia fue del 31%, despersonalización del 36% y bajo logro personal del 29%. Aproximadamente el 30% experimentó síntomas en al menos una subescala del (IBM) (6).
---------------------------------	---	---	---

***Elaboración propia, 2023.**

El síndrome de burnout es frecuente entre los enfermeros, sobre todo en campos especializados como la atención de urgencias y la oncología. Según los estudios, los profesionales de enfermería experimentan burnout en un porcentaje considerable. Por ejemplo, el estudio de Rendón (2) en el 2020, señaló que el 82,2% de los trabajadores de enfermería declararon tener un nivel medio de síndrome de burnout. Lo mismo, estableció un estudio de Möller et al. (1). Igualmente, Gómez-Urquiza et al. (6), descubrieron que casi el 30% de los enfermeros de urgencias tenían al menos una subescala del Maslach Burnout Inventory afectada.

Las investigaciones variaron en la forma de presentar los elementos del burnout, como el cansancio emocional, la despersonalización y la pérdida de realización personal. En el 62,2% de los sujetos del estudio de Rendón Montoya et al (2) en el 2020, se observó un bajo cansancio emocional. Por otro lado, el 31% de los participantes en el estudio de Gómez-Urquiza et al. (7) en el 2018, manifestaron tener cansancio emocional. Estas características reflejan el estrés del trabajo, así como la sensación de no poder influir positivamente en el tratamiento de los pacientes y la falta de conexión con ellos.

Diferentes estudios han señalado factores de riesgo concretos relacionados con el burnout. El estudio de Galanis et al. (4), reveló variables de riesgo

como trabajar en un entorno de alto riesgo, tener una carga de trabajo elevada y carecer de formación específica relacionada con el COVID-19. Estos factores de riesgo ponen de relieve lo crucial que es dar a los enfermeros los recursos y la formación que necesitan para afrontar circunstancias difíciles. Las diferencias institucionales también jugaron un papel en la prevalencia del burnout. Möller y sus colaboradores destacaron las diferencias entre los hospitales públicos y privados en términos de prevalencia de burnout, con mayores tasas en el sector privado (1). Estas diferencias pueden atribuirse a variaciones en las políticas de gestión, las condiciones de trabajo y el apoyo disponible para el personal en diferentes tipos de instituciones.

El Maslach Burnout Inventory se empleó con mayor frecuencia en la investigación para medir el burnout. Esta herramienta ofrece una forma comúnmente reconocida y estandarizada de comparar los resultados entre diversos proyectos de investigación y situaciones. Sin embargo, es importante ser consciente de las limitaciones de la investigación, que incluyen variaciones en el tamaño de las muestras, los enfoques y los grupos examinados. La mayoría de las investigaciones son transversales, lo que dificulta la identificación de relaciones de causalidad. Dado que el síndrome de burnout afecta directamente a la calidad de la atención al paciente y al bienestar del personal sanitario, ha sido objeto de gran atención en la bibliografía, especialmente en el ámbito de la enfermería (2). La incidencia de esta afección varía, lo que puede atribuirse tanto a influencias externas como al carácter fundamentalmente difícil de la profesión de enfermería (8). Este fenómeno refleja la diversidad de los entornos culturales y ocupacionales presentes en los distintos hospitales y regiones.

Los análisis sistemáticos han revelado que la prevalencia del burnout en enfermería oscila significativamente entre el 2.5% y el 36%, dependiendo del contexto y las subescalas del Maslach Burnout Inventory (8). Estos hallazgos son particularmente reveladores cuando se contrastan con estudios anteriores que indican una mayor frecuencia de burnout en hospitales privados en comparación con los públicos. La diferencia subraya cómo los factores intrínsecos, como el entorno laboral, las demandas del trabajo, el apoyo social y las percepciones individuales sobre la calidad de vida, influyen en la experiencia del burnout (9). La presión en los hospitales privados por alcanzar resultados y garantizar la satisfacción del cliente agrega una capa adicional de complejidad a la ya de por sí pesada carga de trabajo en enfermería.

Al comparar estos hallazgos se evidencia un patrón emergente: mientras que algunos estudios sugieren que el burnout es más prevalente en contextos de alta presión, como los hospitales privados, otros indican que factores como

el apoyo social pueden jugar un papel igualmente crucial en su desarrollo. Sullivan en el 2022 señaló que el impacto del burnout en la satisfacción del paciente y la calidad del tratamiento requiere un abordaje tanto organizativo como individual (10). Esta perspectiva destaca un contraste importante con otros hallazgos que sugieren que el burnout es principalmente una respuesta a las condiciones laborales externas. Sugiere que la cultura y estructura organizativas, así como las respuestas individuales al estrés, desempeñan roles fundamentales en el desarrollo del burnout, transformándolo en una cuestión que trasciende lo puramente individual o laboral (11).

Este contraste se vuelve más significativo al observar que, a pesar de las variaciones en la prevalencia del burnout reportadas en diferentes estudios, existe un consenso sobre la necesidad de abordar factores tanto organizacionales como personales. La variabilidad en la prevalencia del burnout, junto con la identificación de factores de riesgo clave, pone de relieve la complejidad de este síndrome y subraya la importancia de estrategias de intervención multifacéticas que consideren tanto el ambiente de trabajo como el bienestar individual del personal de enfermería. Al resaltar estos contrastes, se clarifica que la lucha contra el burnout en la enfermería no puede limitarse a una sola dimensión. La necesidad de un enfoque holístico que contemple tanto los aspectos organizacionales como los personales es evidente, lo que reitera la importancia de una comprensión integral del síndrome para desarrollar intervenciones efectivas y mejorar tanto el bienestar del personal sanitario como la calidad de la atención al paciente.

La consideración de factores externos, particularmente la pandemia de COVID-19, ha sido crucial en el reciente aumento de los niveles de burnout, especialmente entre el personal de enfermería. El estudio de Galanis es ilustrativo en este contexto, revelando que durante la pandemia, un considerable 34,1% de las enfermeras reportaron sentirse emocionalmente agotadas (4). Este fenómeno refleja cómo la crisis sanitaria global ha exacerbado la presión sobre el personal de salud, no solo debido al incremento de la carga laboral, sino también al temor persistente a la infección y la angustia emocional causada por el sufrimiento de los pacientes.

Esta situación se ve contrastada por los hallazgos de Möller, quien señaló una prevalencia más alta de burnout en los hospitales privados (1), sugiriendo que elementos organizacionales como la autonomía, el control y el apoyo tienen un impacto significativo en la experiencia del burnout (12). Esto sugiere que la rigidez de las jerarquías y la limitada autonomía en la toma de decisiones son factores cruciales que afectan el bienestar del personal.

Por otro lado, el estudio realizado por Vidotti en 2019 añade otra dimensión al análisis del burnout, identificando variables de riesgo como las expectativas laborales excesivas, un sistema de apoyo social deficiente y una percepción negativa de la calidad de vida personal (13). Estos elementos destacan la complejidad inherente al burnout, influenciado no solo por condiciones laborales adversas, sino también por aspectos psicosociales y la percepción individual de bienestar.

Estos contrastes entre los estudios subrayan la multifacetidad del burnout y la necesidad de un enfoque holístico en su manejo. Mientras que Galanis pone de relieve el impacto agudo de crisis sanitarias globales como la pandemia de COVID-19 en el bienestar emocional del personal de enfermería, Möller y Vidotti resaltan cómo la estructura organizacional y los factores psicosociales conforman la experiencia del burnout a largo plazo. Juntos, estos estudios resaltan la importancia de abordar tanto los desafíos inmediatos impuestos por emergencias sanitarias como las condiciones laborales y factores personales que contribuyen al burnout.

Esta visión integral es esencial para desarrollar estrategias efectivas que protejan el bienestar del personal de enfermería, reconociendo que las soluciones deben ser tan diversas y complejas como los factores que contribuyen al Burnout.

La consideración de factores externos, particularmente la pandemia de COVID-19, ha sido crucial en el reciente aumento de los niveles de burnout, especialmente entre el personal de enfermería. El estudio de Galanis es ilustrativo en este contexto, revelando que, durante la pandemia, un considerable 34,1% de las enfermeras reportaron sentirse emocionalmente agotadas (4). Este fenómeno refleja cómo la crisis sanitaria global ha exacerbado la presión sobre el personal de salud, no solo debido al incremento de la carga laboral, sino también al temor persistente a la infección y la angustia emocional causada por el sufrimiento de los pacientes.

Esta situación se ve contrastada por los hallazgos de Möller, quien señaló una prevalencia más alta de burnout en los hospitales privados (1), sugiriendo que elementos organizacionales como la autonomía, el control y el apoyo tienen un impacto significativo en la experiencia del burnout (12). Esto sugiere que la rigidez de las jerarquías y la limitada autonomía en la toma de decisiones son factores cruciales que afectan el bienestar del personal.

Por otro lado, el estudio realizado por Vidotti en 2019 añade otra dimensión al análisis del burnout, identificando variables de riesgo como las expectativas

laborales excesivas, un sistema de apoyo social deficiente y una percepción negativa de la calidad de vida personal (13). Estos elementos destacan la complejidad inherente al burnout, influenciado no solo por condiciones laborales adversas, sino también por aspectos psicosociales y la percepción individual de bienestar (14).

Estos contrastes entre los estudios subrayan lo multifacético que puede ser el burnout y la necesidad de un enfoque holístico en su manejo. Mientras que Galanis pone de relieve el impacto agudo de crisis sanitarias globales como la pandemia de COVID-19 en el bienestar emocional del personal de enfermería, Möller y Vidotti resaltan cómo la estructura organizacional y los factores psicosociales conforman la experiencia del burnout a largo plazo. Juntos, estos estudios resaltan la importancia de abordar tanto los desafíos inmediatos impuestos por emergencias sanitarias como las condiciones laborales y factores personales que contribuyen al burnout.

La comprensión integral del síndrome de burnout es crucial para formular estrategias efectivas destinadas a salvaguardar el bienestar del personal de enfermería, abogando por soluciones tan variadas y profundas como las causas que lo originan. La consideración de factores externos, como el impacto de la pandemia de COVID-19, ha evidenciado un incremento significativo en los niveles de burnout. Estudios como el de Galanis exponen que, durante la crisis sanitaria, un 34,1% de las enfermeras experimentaron una fatiga emocional intensa (4). La pandemia ha impuesto un nivel de estrés sin precedentes en el personal sanitario, exacerbado por una carga de trabajo aumentada y el miedo constante a la infección, además del dolor de presenciar el sufrimiento de los pacientes.

En contraste, el análisis realizado por Möller señala una prevalencia elevada de burnout en el ámbito de los hospitales privados (1), insinuando que elementos como la autonomía laboral, el control y el respaldo organizacional juegan un papel significativo en la incidencia de este síndrome (12). Esto sugiere que las estructuras jerárquicas estrictas y la limitada autonomía en la toma de decisiones son aspectos críticos a considerar.

Adicionalmente, Vidotti identificó en 2019 múltiples factores de riesgo asociados al burnout, incluyendo expectativas laborales desmedidas, un soporte social deficiente y una percepción negativa sobre la calidad de vida personal (3). Estos elementos subrayan la complejidad del burnout, el cual es influenciado no solo por el entorno laboral, sino también por la percepción personal y la calidad de vida, enfatizando la importancia de un enfoque holístico

en su manejo que contemple tanto los aspectos sociales y psicológicos como los laborales (14).

La prevalencia alarmante del burnout entre las enfermeras, especialmente en contextos donde el estrés laboral es intensificado por la escasez de recursos o excesivas cargas de trabajo, es motivo de gran preocupación. Gómez-Urquiza subrayó que la intensa presión y la imprevisibilidad característica de la enfermería son factores determinantes en la elevada incidencia de Burnout en este colectivo (12). Estos hallazgos colectivos evidencian la necesidad imperante de abordar el burnout desde múltiples frentes, reconociendo tanto las presiones inmediatas impuestas por crisis como la COVID-19 como las condiciones laborales y factores personales subyacentes. Solo mediante una estrategia comprensiva que atienda a la diversidad de causas podremos esperar mitigar efectivamente el impacto del burnout en el personal de enfermería, promoviendo un entorno de trabajo más saludable y sustentable.

Esta visión integral es esencial para desarrollar estrategias efectivas que protejan el bienestar del personal de enfermería, reconociendo que las soluciones deben ser tan diversas y complejas como los factores que contribuyen al Burnout. Es esencial considerar factores externos, como el contagio de COVID-19, que han intensificado los niveles de burnout. Por ejemplo, el estudio de Galanis reveló que, durante la pandemia, el 34,1% de las enfermeras declararon sentirse emocionalmente agotadas (4). La pandemia ha añadido una presión sin precedentes al personal de salud, no solo por el aumento de la carga laboral, sino también por el miedo constante a la infección y la angustia de ver a pacientes sufrir.

Por otro lado, Möller, indicó una mayor prevalencia de burnout en hospitales privados (1), lo que sugiere que factores como la autonomía, el control y el apoyo organizacional pueden influir en la experiencia del burnout (12). Esto puede sugerir que los marcos jerárquicos rigurosos y la escasez de autonomía en las medidas tomadas son variables relevantes.

Vidotti en el 2019 encontró una serie de variables de riesgo, entre las que se incluyen las expectativas laborales excesivas, un sistema de apoyo social inestable y las opiniones bajas sobre la propia calidad de vida (13). Estos hallazgos resaltan la complejidad del burnout, que no solo está influenciado por factores laborales, sino también por la percepción individual y la calidad de vida. Esto subraya la necesidad de gestionar el burnout de forma holística, teniendo en cuenta las cuestiones sociales y psicológicas, además de las relacionadas con el trabajo (14).

Es preocupante que el burnout sea tan común entre las enfermeras, sobre todo en entornos en los que los niveles de estrés ya son elevados y pueden verse agravados por recursos insuficientes o una carga de trabajo excesiva. Gómez-Urquiza, destacó que la alta presión y la imprevisibilidad del trabajo de enfermería son la razón de la elevada tasa de burnout entre las enfermeras (5).

Para abordar este problema, las organizaciones deben desarrollar estrategias de reducción del burnout que incluyan prácticas como la relajación y la meditación. Suleiman-Martos sugirieron que el entrenamiento en mindfulness puede ser una estrategia efectiva para reducir el burnout en enfermería (15). Una estrategia útil para gestionar el estrés y la ansiedad que conlleva su trabajo es la atención plena, que hace hincapié en la aceptación y en el momento presente sin emitir juicios, siendo esto beneficioso para las enfermeras.

Es crucial subrayar que el agotamiento va más allá de la simple fatiga del trabajo e influye en la salud mental y física del personal de enfermería, así como en el nivel general de los cuidados que ofrecen a los pacientes (16). Un profesional fatigado puede tener un funcionamiento cognitivo, emocional y físico disminuido, lo que puede dar lugar a juicios precipitados, un juicio deficiente y, en última instancia, una atención inadecuada al paciente. En este caso, se pone en peligro la salud del paciente y también puede verse afectada la confianza del usuario en el sistema sanitario.

Por ello, es importante que las instituciones de salud, junto con los responsables políticos y administrativos, reconozcan la gravedad de este problema y se comprometan activamente en la implementación de estrategias y programas de bienestar dirigidos específicamente a las enfermeras. Además, es esencial que las investigaciones futuras no solo se centren en identificar intervenciones efectivas para combatir el burnout, sino también en comprender a fondo las experiencias individuales y colectivas de las enfermeras, para así poder diseñar soluciones más personalizadas y adaptadas a las realidades y desafíos que enfrentan en su día a día (17).

Finalmente, este estudio enfrenta limitaciones inherentes que merecen una consideración detallada para contextualizar adecuadamente sus hallazgos y orientar investigaciones futuras. Primero, la selección de fuentes de información se limitó a bases de datos específicas y a estudios publicados en inglés y español.

Esta restricción implica la posible exclusión de investigaciones relevantes realizadas en otros idiomas o publicadas en bases de datos no contempladas en este análisis. Tal omisión podría llevar a un sesgo de publicación,

limitando la generalización de los resultados obtenidos y potencialmente omitiendo perspectivas valiosas sobre el síndrome de burnout en diferentes culturas y contextos sanitarios.

Además, la heterogeneidad en el diseño y la metodología de los estudios revisados plantea desafíos significativos para la comparabilidad de los hallazgos. Variaciones en la definición operativa de burnout, las escalas de medición utilizadas, y las poblaciones de estudio pueden haber influido en los resultados reportados, complicando así la síntesis de datos y la extrapolación de conclusiones universales sobre la prevalencia y los factores de riesgo asociados con el burnout en el personal de enfermería.

Otra limitación clave radica en los diferentes contextos y condiciones laborales dentro del ámbito de la enfermería, que varían ampliamente entre y dentro de los países. Estas diferencias pueden afectar la aplicabilidad directa de los resultados a todos los sistemas de salud y entornos de trabajo.

Por ejemplo, las condiciones laborales, políticas institucionales y el apoyo organizacional en hospitales de alta tecnología en áreas urbanas pueden diferir sustancialmente de aquellos en instalaciones rurales o de recursos limitados. Tales discrepancias sugieren que los factores contribuyentes al burnout y las estrategias efectivas para su manejo pueden necesitar ser adaptados a cada entorno específico.

Además, aunque este estudio se esfuerza por abordar el fenómeno del burnout desde una perspectiva amplia, la variabilidad en las respuestas individuales al estrés y al agotamiento no se puede capturar completamente a través de la revisión de literatura. Los factores personales, como las estrategias de afrontamiento, la resiliencia psicológica y las redes de apoyo social, juegan un papel crucial en la experiencia del burnout, pero pueden ser difíciles de medir y comparar a través de estudios heterogéneos.

Por lo tanto, aunque este estudio proporciona resultados valiosos sobre el síndrome de burnout en el personal de enfermería, es crucial que futuras investigaciones expandan la diversidad de fuentes y enfoques metodológicos. Esto incluiría la exploración de estudios en una gama más amplia de idiomas y bases de datos, el empleo de diseños metodológicos que permitan comparaciones más directas entre estudios, y la consideración cuidadosa de los contextos específicos de la enfermería para enriquecer nuestra comprensión del burnout y desarrollar intervenciones más efectivas y contextualizadas.

A través de la revisión sistemática realizada, se ha evidenciado que el burnout prevalece en enfermería desde niveles bajos hasta altos. Esta varia-

ción refleja la diversidad de factores contextuales, del entorno laboral y personales que influyen en la experiencia del burnout.

Las investigaciones sobre el síndrome de burnout van en aumento y han trascendido al ser un aspecto clave en enfermería. La naturaleza intrínsecamente desafiante de la profesión enfermera, unida a factores externos y organizativos, ha dado lugar a variaciones en la prevalencia de este síndrome.

La investigación ha destacado con regularidad los factores de riesgo del síndrome de desgaste profesional, entre los que se incluyen la falta de un sistema de apoyo social, la escasa valoración de la propia vida y los horarios de trabajo exigentes. Estos factores tienen un impacto inmediato en la calidad de la atención al paciente, así como en la salud general de los profesionales sanitarios, además de influir en la experiencia individual del síndrome de Burnout.

Los hallazgos del estudio sugieren la necesidad de implementar programas integrales de bienestar y resiliencia para el personal de enfermería. Estos programas deberían incluir estrategias de manejo del estrés, formación en resiliencia y apoyo psicológico.

Dada la variabilidad en la prevalencia del burnout entre diferentes países y entornos hospitalarios, se recomienda realizar más investigaciones que exploren cómo los factores culturales y organizativos influyen en el síndrome. Esto puede incluir estudios comparativos entre hospitales públicos y privados, así como investigaciones en distintos sistemas sanitarios a nivel mundial para obtener una comprensión más matizada de las dinámicas del burnout.

Es crucial incorporar la información sobre el síndrome de burnout y su prevención en los programas de educación para el personal de enfermería. La sensibilización y el conocimiento temprano sobre los signos, síntomas y estrategias de prevención del burnout pueden capacitar a los futuros profesionales para manejar mejor el estrés y reducir el riesgo de agotamiento en su carrera profesional.

Referencias

1. Möller et al. Nursing practice environment in intensive care unit and professional burnout* | Entorno de la práctica enfermera en cuidados intensivos y el síndrome de desgaste ocupacional o burnout profesional. *Rev da Esc Enferm.* 2021; 55: p. 1-8.
2. Rendón et al. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Glob.* 2020; 19(59): p. 479-92.
3. Vidotti et al. Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enferm Glob.* 2019; 18(3): p. 344-54.
4. Galanis et al. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2021; 77(8): p. 3286-302.
5. Cañadas et al. Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. *Psychooncology.* 2018; 27(5): p. 1426-33.
6. Gómez et al. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Crit Care Nurse.* 2017; 37(5): p. e1-9.
7. Castellà et al. Intervention to reduce the incidence of surgical site infection in spine surgery. [Online].; 2018. Available from: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/149298>.
8. Maslach et al. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: p. 397-422.
9. Yuan et al. Analyzing the Impact of Practice Environment on Nurse Burnout Using Conventional and Multilevel Logistic Regression Models. *Work Heal Saf.* 2020; 68(7): p. 325-36.
10. Sullivan V, Hughes V. Nursing Burnout and It's Impact on Health H. *Nurs Clin North Am.* 2022; 57: p. 37211.
11. Tham L, Mucci S. Síndrome de burnout en profesionales sanitarios: revisión integradora. *Rev Bioética.* 2021; 29(1): p. 162-73.
12. Cañadas et al. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(1): p. 240-9.
13. Vidotti et al. Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global.* 2019; p. 344-354.

14. Harrad R, Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed.* 2018; 89(7S): p. 60-9.
15. Suleiman-Martos et al. The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2020; 76(5): p. 1124-40.
16. Bogue R. Extinguish Burnout in Critical Care Nursing. *Crit Care Nurs Clin.* 2020; 32: p. 451-63.
17. Friganoviü et al. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: A literature review. *Psychiatr Danub.* 2019; 31(1): p. 21-31.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 17

Clima de seguridad del paciente en
servicios de emergencia y
hospitalización desde la visión de
profesionales de enfermería: revisión
sistemática

AUTORES: Yessenia Vanesa Enríquez Monar; Venus Elizabeth Medina Maldonado



Para la realización de este artículo de investigación se seleccionaron un total de 24 estudios que abordan el clima de seguridad del paciente en hospitalización o emergencias desde la perspectiva de enfermería y/o, bien, evalúan estrategias para la gestión de la seguridad del paciente. De los 24 estudios, 15 correspondan diseños descriptivos transversales, 3 son estudios cualitativos y 3 son revisiones sistemáticas (1+ estudio de caso). Los 3 estudios restantes corresponden a diseños observacional analítico, prospectivo y revisión de alcance. Los estudios fueron obtenidos de PubMed (11) y Science Direct (13), y ninguno fue seleccionado en BVS.

Clima de seguridad del paciente

El clima de seguridad del paciente tiene relación directa con el entorno laboral y con la cultura organizacional, dos dimensiones que inciden directamente en las capacidades del personal de enfermería en el proceso de atención y cuidado que deben brindar a los pacientes para así cumplir con los más altos estándares de calidad. En el caso de los servicios de urgencias, debido a la complejidad de la situación de cada paciente, el clima de seguridad se ve afectado, ya que aquí intervienen diferentes factores que alteran el normal cumplimiento de las funciones (1).

Con relación al clima de seguridad se pudo identificar que los principales factores que influyen negativamente son clima de trabajo, estrés y condiciones laborales (1), situación que pone en riesgo el adecuado cumplimiento de las responsabilidades del personal de enfermería en las unidades de emergencia y hospitalización. De igual forma, la realización de trabajos en clínica médica o quirúrgica o en urgencias durante los turnos de la noche inciden de manera desfavorable, además de mostrar interés en abandonar la enfermería (2).

Sumado a esto, dentro de los factores que afectan negativamente en el clima de la seguridad del paciente se encuentran la edad de los profesionales de enfermería y quienes deben ejercer funciones en los turnos nocturnos (2). A fin de mejorar el clima de seguridad de los pacientes se requiere la realización de cambios a nivel organizacional, de tal manera que exista un mejor ambiente laboral, mecanismos para la atención del estrés, mejor definición de turnos, en este sentido se observan resultados positivos en las respuestas de los profesionales de enfermería. Se crea un entorno de trabajo en el que sienten que tienen la oportunidad de mejorar las actitudes en el desempeño de sus funciones, así como la percepción respecto a la institución, sus compañeros, mandos directivos y las responsabilidades que deben cumplir en la atención de emergencias (3).

Cumplimiento de precauciones y cultura de seguridad

En general, las precauciones que se toman no alcanzan el nivel de las definiciones estándar, lo cual influye de manera directa en la prevención de infecciones relacionadas con los procesos de atención médica, repercutiendo en el bienestar del paciente y en la misma seguridad de los trabajadores. En este sentido, es claro que, a medida que mejoran los aspectos relacionados con el clima de seguridad del paciente, se observan beneficios en el desempeño de los trabajadores sanitarios al momento de cumplir con las responsabilidades que les han asignado (4).

La evidencia muestra que el cumplimiento del clima de seguridad del paciente influye en el cumplimiento de las precauciones estándar. Por tanto, conforme las condiciones de seguridad del paciente mejoran, la atención y la prevención de posibles complicaciones en la atención disminuyen, por esto es fundamental que se implementen acciones de apoyo que nazcan a partir de procesos de liderazgo y gestión organizacional (4).

Durante la pandemia del COVID-19 se presentaron grandes desafíos relacionados con la seguridad del paciente principalmente por aspectos como: desequilibrio en los productos y equipos de protección, cambios en las políticas públicas de atención en salud, ausencia de pautas para la aplicación de tratamientos y escasa supervisión de procedimientos como consecuencia de la falta de personal, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones y eventos adversos. Esta situación dificultó el cumplimiento de las precauciones y la formación de una verdadera cultura de seguridad (5).

Sin embargo, durante la postpandemia la actitud del personal de enfermería en relación al clima de seguridad y satisfacción laboral cambió significativamente, tomando medidas con el apoyo y liderazgo de todos aquellos que son parte del proceso de atención de salud. Al mitigarse, en cierta medida, la situación de crisis sanitaria, se hace evidente la necesidad de implementar programas de respuesta de atención a condiciones críticas, como la experimentada durante la pandemia, para que los profesionales de atención y cuidado en salud cuenten con las condiciones para cumplir con sus funciones de manera segura (5).

Percepción y actitudes de seguridad del paciente

La percepción y actitud del personal de salud hacia el paciente es un aspecto importante que hace posible la toma de decisiones y la formulación de estrategias relacionadas con el clima de seguridad, para de esta manera reducir la recurrencia de eventos adversos y así garantizar la seguridad de los pa-

cientes. Este clima de seguridad está determinado tanto por los diferentes espacios clínicos dentro de los hospitales (como emergencias u hospitalización) como por el propio tipo de hospital. Desde la visión del personal de enfermería al detectar condiciones deficientes la intervención se realiza de manera más cuidadosa con el fin de mitigar el cometimiento de posibles errores y de esta manera brindar una mejor atención (6).

Entre los principales factores que inciden en la percepción y actitudes de seguridad del paciente en el personal de enfermería se encuentran el trabajo en equipo y el clima de seguridad. Asimismo quienes trabajan en hospitales públicos presentan mayores niveles de seguridad que los que laboran en entidades de salud privadas (6). Es decir, quienes poseen menos recursos se encuentran más pendientes de estos elementos debido a que existe una mayor probabilidad de enfrentarse a eventos adversos que pueden afectar el bienestar del paciente.

Otros estudios demuestran que la actitud del personal de enfermería frente a la seguridad del paciente se presenta de manera neutral y se encuentra directamente relacionada con el nivel académico, el tiempo de experiencia y la participación en temas de seguridad del paciente. La razón de esta situación se encuentra vinculada a los niveles de satisfacción con elementos como las condiciones laborales, trabajo en equipo, clima de seguridad, gestión e identificación de estrés (7). Al ser una dimensión determinada por esta serie de factores es fundamental la programación e implementación de capacitaciones sobre el tema, de tal manera que los profesionales de enfermería y los pacientes interactúen en un ambiente de seguridad que los beneficie de manera equilibrada.

Administración segura de medicamentos

El clima de seguridad del paciente puede incidir en la administración de medicamentos, los errores que se pueden cometer en este campo ocasionan riesgo en la salud de los pacientes. En contextos hospitalarios existen tres factores que incrementan la probabilidad de administrar medicamentos de manera equivocada, estas son: personales, laborales y los relacionados con la organización, dentro de estos los más frecuentes son la carga de trabajo, el clima de seguridad del paciente y la fatiga.

De igual manera, influye en la administración segura de medicamentos el conocimiento del personal de enfermería respecto a aspectos como exposición, barreras para el uso de equipo de protección y conflictos de intereses. También se debe considerar elementos como la autoeficacia, el riesgo percibido, el clima de seguridad y el número de pacientes atendidos por día. Todos los factores se-

ñalados tienen relación con aspectos de tipo personal, laboral y organizacional, los que deben ser valorados de manera frecuente para la implementación de medidas que aporten en el desempeño de los profesionales de enfermería bajo condiciones adecuadas (9).

Además, entre las causas más frecuentes que generan los errores de administración de medicamentos se encuentran: factores de comunicación, factores humanos, condiciones ambientales, carga de trabajo, problemas de inventario y recetas ilegibles. En este sentido, se establece que la solución para evitar que se cometan errores en la administración de medicamentos debe enfocarse principalmente en la identificación de las causas. Entre las medidas que se pueden tomar se encuentran: trabajo multidisciplinar, apoyo a la labor del área de enfermería, adecuada definición de procedimientos, mejoras en la gestión de recursos y desarrollo de capacitaciones en farmacología para que los medicamentos sean administrados de forma segura (10).

El personal de enfermería tiene conocimiento de los errores que se cometen en la administración de medicamentos, diferentes de las causas se mencionan la confusión en los nombres, así como el aumento de pacientes por enfermera. Si bien los profesionales de enfermería conocen las pautas para la aplicación segura de medicina, esto debe estar acompañado por procesos de gestión adecuados en relación a las dimensiones que hacen parte del clima de seguridad del paciente (11).

Trabajo en equipo y seguridad del paciente

El trabajo en equipo y seguridad del paciente se presentan de forma variable entre los profesionales que atienden en hospitalización, quienes presentan mejores resultados son profesionales de enfermería y asistentes de enfermería, pues se ha demostrado que la falta de una valoración y manejo adecuado de la salud del paciente puede provocar eventos adversos, incluso la aplicación oportuna de los principios básicos en la calidad de atención se verifica en la práctica diaria, según la experiencia del profesional. Por lo tanto, se debe implementar capacitaciones respecto a normas y prácticas adecuadas en la atención y cuidado del paciente.

Otro factor que incide en el trabajo en equipo y seguridad del paciente se trata de los comportamientos disruptivos en salas de COVID-19 (emergencia) por parte de los directores de enfermería y compañeros de trabajo. De igual manera, no se tuvo una comunicación abierta ni colaboración adecuada, lo cual afectó a la seguridad del paciente, debido a que al existir una comunicación inadecuada no se puede expresar con claridad las necesidades para

contar con equipos e implementos para la atención. De igual modo, esta situación que tiene mayor prevalencia en salas de COVID-19 pudo deberse al miedo a contagiarse o desconocimiento sobre la pandemia (12).

Calidad de atención y prevención de infecciones

La calidad de atención hospitalaria se relaciona con el factor de comportamiento y percepciones del personal de enfermería. Cuando estos factores son positivos se reflejan en el cuidado con una disminución en la ocurrencia de eventos adversos. Esto significa que el personal de enfermería muestra una atención de calidad, pues monitorea y hace seguimiento oportuno al paciente, manteniendo una relación de confianza. Por lo tanto, resulta importante que el personal de salud maneje adecuadamente las relaciones interpersonales, cuidado, comunicación, entre otros. Es así que la ausencia de enfermeras en la atención puede ser percibido por los pacientes como un servicio de calidad mala o baja tanto para la prevención, como para el cuidado y tratamiento de infecciones (13).

De igual modo, el trabajo de enfermería desatendido afecta negativamente en la atención y prevención de infecciones. Los factores que influyen en esta situación son la organización del personal, recursos de enfermería, ambiente de trabajo, atención de enfermería, relaciones gerenciales e interprofesionales y factores individuales; pues inciden en el incremento del nivel de mortalidad e infecciones adquiridas en el hospital; incluyendo el incumplimiento de las pautas de prevención y control de los mismos. Para mejorar esta situación surge la necesidad de que las enfermeras mantengan comunicación efectiva, proporcionar cuidados, coordinar con el resto del equipo y actuar siempre con principios éticos.

Bienestar laboral y liderazgo

El papel moderador del compromiso de la gerencia con la seguridad aporta significativamente en el bienestar laboral, es decir, que un liderazgo oportuno influye en el desempeño del personal de salud. Es así que en la literatura investigada se evidenció que el comportamiento de seguridad del gerente no afectó en la presión de trabajo del personal de enfermería, mientras que el clima laboral, comunicación, sistema de seguridad y capacitación que se maneja en la institución permitió que se cumplan con las reglas y procedimientos. De tal forma que, un ambiente laboral oportuno derivado del liderazgo adecuado considera factores relacionados con la comunicación, seguridad, clima y capacitación, por lo tanto, el administrador debe contar con la idoneidad de evaluar las capacidades de las personas, asignando responsabilidades y

cargas de trabajo según su aptitud, evitando sobrecargas. Sin embargo, para facilitar la implementación de estos aspectos, el gerente de hospitales necesita consultar a expertos como los psicólogos industriales.

Por otra parte, las enfermeras desde su experiencia en juntas han mostrado que hay falta de apoyo y comprensión deficiente respecto a la seguridad, calidad y papel del personal que participa de las reuniones. Para ello, las enfermeras han establecido estrategias discursivas e interrelaciones que garanticen la seguridad del paciente, es decir, tácticas de sintonía relacionado con la planificación y esfuerzo constante para informar aspectos que impiden el desempeño adecuado de las actividades, pues se empeña en construir relaciones tanto con los directivos como con los compañeros de trabajo, incluyendo el cuidado de los pacientes.

Desarrollo de habilidades y aprendizaje

El desarrollo de las habilidades de seguridad y aprendizaje representan elementos importantes que deben tener los profesionales de la salud, lo cual garantiza una práctica segura. Es así que en la literatura consultada se destaca que el personal de salud es hábil en el análisis de errores para impedir amenazas de seguridad. No obstante, es necesario aplicar el uso de tecnologías de apoyo en la toma de decisiones para brindar una mejor calidad de atención ya que la salud enfrenta cada día nuevos desafíos. Es por esto que, para mejorar las habilidades y aprendizaje, se necesita el apoyo de la gerencia y demás compañeros de trabajo. Además, la diferencia de mejores habilidades se asocia con el nivel de formación del personal; es decir, las personas que estudiaron en la escuela de medicina muestran mayores destrezas prácticas, y tienen la capacidad de manejar situaciones con gran número de pacientes. En este contexto, un ambiente de trabajo de apoyo permite que los profesionales puedan consultar a sus colegas cuando lo crean conveniente.

Asimismo, abarca dominios de calidad realistas y basados en la práctica que son específicos de la disciplina y alcanzables, que representan las amplias responsabilidades que tienen las enfermeras para mejorar la calidad de la atención médica en lugar de limitarse a resultados, medidas y características de calidad. Los participantes discutieron las estrategias adoptadas para mejorar la comunicación, incluidos los trasposos multidisciplinarios dirigidos por enfermeras, que incluyeron la contribución del paciente y la familia, así como el uso de herramientas para promover la comunicación. El cuidado del paciente es como un todo, en lugar de centrarse únicamente en satisfacer las necesidades físicas de los pacientes.

En el presente trabajo investigativo se tomaron en cuenta un total de 24 estudios relacionados al clima de seguridad del paciente en hospitalización o emergencias desde el punto de vista de la enfermería. De estos, 15 fueron diseños descriptivos transversales, 3 investigaciones cualitativas, 2 revisiones sistemáticas, 1 observacional, 1 prospectivo y 1 revisión de alcance, los mismos que fueron obtenidos en PubMed (11) y Science Direct (13).

Al analizar la información relacionada con el clima de seguridad del paciente se pudo identificar que existen factores de tipo personal, laboral y organizacional que influyen en este ámbito. Aspectos como la sobrecarga laboral, la falta de capacitación, la ausencia de medidas claras, el escaso personal, la inexistencia de manuales de procedimientos son algunos de los factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de cuidado relacionados con el clima de seguridad.

Es así que la adecuada implementación del clima de seguridad es necesaria para garantizar que los pacientes reciban una adecuada atención en un contexto de emergencias médicas y hospitalización, evitando así que se cometan errores que puedan afectar tanto en el desempeño de los profesionales de enfermería como en la salud y bienestar de los pacientes. Por esta razón, resulta fundamental que dentro de las estrategias para mitigar los potenciales errores se tomen acciones de carácter organizativo a fin de que los profesionales de enfermería cuenten con los elementos necesarios que les motiven a cumplir sus funciones de la manera esperada, en beneficio de su desarrollo profesional su bienestar y de la seguridad de los pacientes.

El cumplimiento de las precauciones y la cultura de seguridad son esenciales para prevenir infecciones asociadas a la atención médica. Durante la pandemia de COVID-19, factores como el desequilibrio en suministros, cambios en políticas de atención y falta de personal crearon desafíos significativos. Sin embargo, en la postpandemia se observó una mejora en la actitud del personal de enfermería evidenciando la necesidad de implementar programas de respuesta a condiciones críticas. La relación entre el clima de seguridad y el cumplimiento de precauciones destaca la importancia de condiciones laborales y organizacionales sólidas para garantizar una atención segura.

La percepción y actitud del personal de enfermería juegan un papel crucial en la toma de decisiones y estrategias para reducir eventos adversos. La conexión positiva entre el trabajo en equipo y el clima de seguridad subraya la importancia de un entorno colaborativo. Factores como el trabajo en hospitales públicos y la neutralidad en la actitud del personal están directamente

relacionados con el nivel académico, la experiencia y la participación en temas de seguridad. Lacapacitación continua se presenta como una necesidad para mejorar la percepción y actitudes en la seguridad del paciente, abordando específicamente las condiciones laborales, el trabajo en equipo y el clima organizacional.

Otro de los factores que influyen negativamente en el clima de seguridad se trata de malos entendidos y comportamientos disruptivos en el trabajo en equipo, lo cual afecta el cuidado de los pacientes. Los comportamientos disruptivos se presentan principalmente en salas de emergencia. Además, del comportamiento, percepción del personal, organización del personal, recursos de enfermería, ambiente de trabajo, atención de enfermería, relaciones gerenciales e interprofesionales, comunicación, seguridad, capacitación y factores individuales, por lo que el rol oportuno de la gerencia es esencial para lograr un clima de seguridad del paciente.

Por otro lado, se identificaron las principales estrategias utilizado por los profesionales de enfermería, aplicando mecanismos discursivos e interrelaciones que garanticen la seguridad del paciente basados en la planificación y comunicación de la situación presentada en la unidad; así como análisis de errores, evitar amenazas de seguridad, gestión de medio ambiente, promoción de seguridad, práctica basada en evidencia, competencia médica y técnica, cuidado centrado en la persona: brindar atención holística con la finalidad de proteger a los pacientes, comportamientos interpersonales positivos, liderazgo clínico. Pero es importante mejorar el clima de seguridad mediante capacitación para la actualización de conocimientos y su implementación de manera práctica.

La administración segura de medicamentos es esencial para la atención de calidad, y el clima de seguridad del paciente juega un papel crucial en este aspecto. Factores personales, laborales y organizacionales, como la carga de trabajo y el clima de seguridad, influyen en la probabilidad de cometer errores en la administración de medicamentos. Identificar las causas fundamentales de los errores, promover el trabajo multidisciplinario y proporcionar apoyo a las funciones de enfermería son estrategias clave para mejorar la seguridad en la administración de medicamentos.

El desarrollo de habilidades y el aprendizaje continuo son componentes esenciales para garantizar una práctica segura. La relación entre el nivel de formación y la prevalencia de habilidades prácticas subraya la importancia de la educación continua y la capacitación en el entorno de trabajo. La imple-

mentación de medidas de apoyo por parte de la gerencia y los compañeros de trabajo es crucial para mejorar las habilidades y el aprendizaje de los profesionales de enfermería.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se identificaron principalmente complicaciones al momento de buscar la literatura, es decir, los documentos derivados de revistas científicas. Se presentaron demoras en la recolección de información para generar la base de datos de las investigaciones relacionadas con el tema, debido a la extensa cantidad de información existente.

Cabe destacar que la revisión sistemática corresponde a una síntesis cualitativa de la literatura más reciente sobre el clima de seguridad y la enfermería, de modo que es preciso que los lectores realicen un análisis crítico de las fuentes del estudio y sus conclusiones.

Dado que no se han realizado estudios estadísticos o metaanálisis se recomienda continuar profundizando en determinados aspectos de la práctica en enfermería y las diferencias entre las distintas instancias hospitalarias para mejorarlas condiciones de experiencia clínica del personal de salud, con base en la evidencia más reciente.

La revisión sistemática tuvo como resultado el análisis de 24 estudios centrados en el clima de seguridad del paciente desde la perspectiva de la enfermería. Se identificó una red compleja de factores que afectan en la atención de enfermería. La interconexión de elementos personales, laborales y organizacionales destaca la necesidad de un enfoque integral para mejorar el clima de seguridad y, por ende, la tranquilidad del paciente.

Es claro que el clima de seguridad del paciente no es un concepto aislado, sino que está intrínsecamente vinculado con el entorno laboral y la cultura organizacional. La carga de trabajo, la falta de capacitación, la escasez de personal y la ausencia de manuales de procedimientos son factores que afectan la capacidad de los profesionales de enfermería para cumplir con los estándares de cuidado. La importancia de cambios organizacionales, como una mejor definición de turnos y la implementación de mecanismos para gestionar el estrés, se destaca como estrategias cruciales para mejorar el clima de seguridad.

Los desafíos en la atención de salud cada vez son más exigentes, los métodos asistenciales de salud están integrados por una serie de actuaciones, tecnologías e interacciones de un gran número de profesionales. Motivo por el cual se recomienda fomentar la investigación en temas relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales, trabajadores, administrativos y

personal de salud en general, incorporando al paciente y su familia, los mismos que deben ser enfocados en los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas en función de las prácticas seguras que permitan garantizar un clima de seguridad adecuado en los pacientes aplicando técnicas estandarizadas en todos los niveles de salud.

Referencias

1. Leal et al. Patient safety climate from the nursing perspective. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73.
2. Milton et al. Safety attitudes and working climate after organizational change in a major emergency department in Sweden. *International Emergency Nursing.* 2020;(100830).
3. Hessels A, Larson E. The relationship between patient safety climate and standard precaution adherence: a systematic review of the literature. *J Hosp Infect.* 2016; 92(4).
4. Wang et al. Effects of high-quality nursing care on quality of life, survival, and recurrence in patients with advanced nonsmall cell lung cancer. *Medicine.* 2022;; p. e30569.
5. Ningrum et al. Perception of safety climate among Indonesian nurses: A cross-sectional survey. *J Public Health Res.* 2021; 10(2).
6. Salih et al. Patient safety attitude and associated factors among nurses at Mansoura University Hospital: A cross sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences.* 2021; 14.
7. Ghasemi et al. A comprehensive method for the quantification of medication error probability based on fuzzy SLIM. *PLoS One.* 2022; 17(2).
8. Callahan et al. Factors Influencing Nurses' Use of Hazardous Drug Safe-Handling Precautions. *Oncol Nurs Forum.* 2016; 43(3).
9. Blignaut et al. Perceptions of medication administration safety in public hospitals in the Gauteng Province: A mixed method study. *International Journal of Africa Nursing Sciences.* 2022; 17.
10. Ayorinde M, Alabi P. Perception and contributing factors to medication administration errors among nurses in Nigeria. *International Journal of Africa Nursing Sciences.* 2019; 11.

11. Drekonja et al. Teamwork and safety climate affect antimicrobial stewardship for asymptomatic bacteriuria. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2019; 40(9).
12. Alanazi et al. Safety culture, quality of care, missed care, nurse staffing and their impact on pressure injuries: A cross-sectional multi-source study. *International Journal of Nursing Studies Advances*. 2023; 5.
13. Pfeiffer et al. Are cross-sectional safety climate survey results in operating room staff associated with the surgical site infection rates in Swiss hospitals? *BMJ Open*. 2023; 13(4).
14. Jones et al. Giving voice to quality and safety matters at board level: A qualitative study of the experiences of executive nurses working in England and Wales. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 59.
15. Brasaité et al. Health care professionals' skills regarding patient safety. *Medicina*. 2016; 52(4).
16. Yang et al. A systematic review and meta-analysis of risk factors for intensive care unit acquired weakness. *Medicine*. 2022; 101(43).

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 18

Percepción del profesional de
enfermería sobre la seguridad del
paciente en una unidad de cuidados
intensivos

AUTORES: Johana Elizabeth Chariguaman Chimbo; Judith Inmaculada Francisco Pérez



En esta investigación, que derivó en artículo se recopilaron 17 códigos, agrupados en las dos categorías preestablecidas de primer nivel “Fortalezas de la seguridad del paciente” y “Debilidades de la seguridad del paciente” y siete categorías emergentes de segundo nivel.

El árbol se construyó de la siguiente manera:

A partir de las respuestas de los entrevistados se identificaron categorías de segundo nivel con el propósito de sistematizar los códigos relacionados con las fortalezas y debilidades de la seguridad del paciente. Esto facilitó la extracción de información relevante y la identificación de conexiones entre dichos códigos, a partir de lo cual emergieron subcategorías o categorías de segundo nivel.

Este proceso en la construcción del árbol de códigos permitió visualizar una estructura jerárquica, desde las categorías de primer nivel, pasando por las categorías de segundo nivel hasta los códigos. Por otra parte, facilitó la organización clara de las diversas expresiones de las fortalezas y debilidades de la seguridad del paciente. Asimismo, permitió la navegación y la comprensión de los datos por parte de las investigadoras, agrupando los conceptos relacionados.

Dentro de la categoría “Fortalezas de la seguridad del paciente” se identificaron tres categorías de segundo nivel denominadas: a) Valoración de la seguridad del paciente, b) Aplicación de normativas, y c) Acciones de prevención. Estos resultados se visualizan en la tabla 1.

Tabla 1.

Percepciones de los profesionales de enfermería acerca de las fortalezas de la seguridad del paciente en UCI.

SUB CATEO-GRÍAS	CÓDIGOS	EXPRESIONES
Valoración de la seguridad del paciente	Administración segura de medicamentos	Es importante aplicar los 15, nosotros tenemos un lugar donde preparamos la medicación, nos colocamos los guantes, la bata y cuidamos las normas de bioseguridad. (P2) Usamos la bomba de infusión para pasar la medicación en el tiempo exacto y evitar complicaciones. (P3)

Importancia de la seguridad del paciente en UCI		Desde el 2011 hemos venido cumpliendo con la seguridad del paciente. (P1) Es importante aplicarlas todos los días (las normas) para evitar un evento centinela, o complicaciones en los pacientes... como personal de enfermería debemos brindar cuidados seguros. (P2) Es importante llevar un cuidado adecuado y evitar complicaciones en estos pacientes de UCI. (P3)
Trabajo en equipo		Trabajar en equipo, siempre estar comunicados ante cualquier novedad o evento adverso. (P1) Siempre se debe trabajar en forma conjunta, y esto permite conseguir el bienestar y la salud del paciente. (P2)
Aplicación de normativas	Uso de manilla de identificación	Siempre debe tener su manilla de identificación. (P1) Es importante el uso de la manilla con el nombre del paciente para poder administrar la medicación, especialmente cuando están inconscientes porque sabemos qué paciente necesita el procedimiento. (P2)
Aplicación de protocolos		Cumplo con los protocolos aplicando las escalas de morse y colocando los barandales. (P1) Se usa el protocolo de prevención de caídas. (P2)
Manejo de eventos adversos		Reportar inmediatamente para resolver ese daño y evitar que suceda de nuevo. (P1) Llenamos un formulario y no es motivo de sanción, sino como una forma de mejorar como hospital y evitar que ocurra nuevamente (P2) Siempre notifico a lo compañeros de turno y al jefe inmediato para evitar volverlo hacer (P3)
Acciones de prevención	Prevención de caídas	Se coloca rótulos con bajo riesgo, o alto riesgo de caídas, también usamos medidas de sujeción (P1) Aplicamos las normas, evaluamos el tamaño y peso del paciente para poder trasladarlo (P2) Estar pendiente en pacientes despiertos. (P3)
Prevención de infecciones		Prevención y control de infecciones, saber aplicarlas para evitar una IAAS (P1) Medidas asépticas para realizar algún procedimiento (P2) Me lavo las manos (P3)

Prevención de lesiones por presión	Se aplica el protocolo, cambio de posición cada dos horas, masajes, hidratación de la piel. (P1) Cambio de posición, masajes, con anti escaras, hidratación de la piel. (P2) Baño del paciente en la cama, hidratación en la piel, masajes, cambios de posición. (P3)
------------------------------------	---

Dentro de la categoría principal de “Debilidades de la seguridad del paciente” emergieron cuatro categorías de segundo nivel denominadas: dificultades propias de la atención, barreras culturales, barreras estructurales, y barreras de gestión administrativa.

Tabla 2.

Percepciones de los profesionales de enfermería acerca de las debilidades de la seguridad del paciente en UCI.

SUB CATEGORÍAS Dificultades

CÓDIGOS EXPRESIONES

Incidencia en la administración de medicamentos si ha habido eventos adversos.

propias de la atención	eventos adversos	(P2) ...ocurren lesiones de la piel por el tiempo prolongado del paciente en UCI. (P3) En UCI ocurre con frecuencia extracción accidental de otros medios invasivos. (P4)
Complejidad del paciente		Algunos están sumamente críticos y no podemos cumplir con todos los cuidados necesarios no porque no se quiera, sino por el tiempo. (P1) La demanda de pacientes no nos permite realizar los cambios de posición al paciente ya que no solo implica cambios, sino baño del paciente, cambio de equipos, administración de medicación y aún más si son niños implica mucho tiempo. (P2) No se puede cumplir a cabalidad con los cuidados. (P3)
Barreras culturales	Comunicación inefectiva	Los enfermeros nuevos no reportan, pero es necesario comunicar y notificar. (P1) A veces se nos olvida. (P2) Hay temor de que le puedan sancionar y no se reporta. (P3)

No valoración de la seguridad del paciente		<i>El personal no se acopla a las normas seguridad. (P1)</i> <i>Los protocolos son adecuados, pero no lo aplicamos de forma consciente y no se cumplen a cabalidad. (P2)</i> <i>No colocar la medicación a la hora. (P3)</i> <i>No existe tanta cultura de seguridad del paciente. (P4)</i>
Barreras estructurales	Inexistencia de lavabo	<i>Si no se puede salir a lavar las manos tenemos alcohol gel en el pie de la cama para colocarnos. (P1)</i> <i>No tenemos lavado de manos dentro de la UCI. (P2)</i> <i>El lavado de manos es sumamente importante y no lo aplicamos correctamente. (P3)</i>
Inmobiliario inseguro.		<i>Hacemos lo que podemos ya que la unidad no es adecuada para la UCI. (P1)</i> <i>Las camas, algunas no son adecuadas para evitar las caídas. (P2)</i> <i>No se cuenta con las camas adecuadas, entonces no hay seguridad adecuada para el paciente. (P3)</i>
Barreras de gestión administrativas	Falta de personal	<i>Cuando estén despertando de sedación y no podemos estar pendientes. (P1)</i> <i>No se puede estar con un paciente y otro a la vez por lo que puede tener un evento adverso o generarse alguna complicación. (P2)</i> <i>A veces no se puede hacer el cambio de posición al paciente debido al tiempo y al poco personal. (P3)</i>
Falta de educación continua		<i>Siento que debemos tener más capacitaciones para poder realizar de mejor forma la prevención de estas infecciones. (P1)</i> <i>Actualizarse en los protocolos para evitar estas IAAS. (P2)</i> <i>Falta capacitaciones. (P3)</i>

* Elaboración propia

Los informantes valoraron la importancia de la SP en UCI, con énfasis en la administración segura de medicamentos y el trabajo en equipo. En este sentido, coincide con estudios previos que consideran importante conocer las reglas en la administración segura de medicamentos, revisar los medicamentos antes de su administración y saber actuar con prudencia para asegurar la efectividad y seguridad del tratamiento (1). Igualmente, sobre el trabajo en equipo, una investigación anterior resalta la necesidad de colaborar y comunicarse eficazmente en el equipo de salud, especialmente en UCI, para intercambiar información completa y precisa y garantizar el bienestar y la calidad de atención del paciente (2). Esto permite una respuesta coordinada y oportuna ante cualquier eventualidad.

Los participantes resaltaron la importancia de utilizar de manera consistente y precisa las manillas de identificación como una medida esencial para garantizar la correcta identificación de los pacientes, contribuyendo así a la seguridad y evitando posibles errores. Coincidiendo con un estudio previo, el cual consideró que el uso riguroso de la manilla de identificación del paciente es indispensable para garantizar la seguridad en la administración de medicamentos y procedimientos en la UCI (3). Esto previene errores potencialmente graves por confusión en la identidad de los pacientes, especialmente cuando se encuentran inconscientes.

Igualmente se enfatiza la aplicación sistemática de protocolos establecidos para diversas intervenciones y procedimientos en la UCI. Estos protocolos sirven como guías estándar para asegurar la coherencia y la calidad en la atención, minimizando riesgos potenciales, en línea con lo planteado por otros autores, quienes reiteran la aplicación consistente de protocolos y escalas de valoración con el fin de reducir los riesgos y reforzar la seguridad del paciente crítico (2). El seguimiento de guías para la prevención de caídas y otras complicaciones es esencial en este contexto.

Con relación al manejo de eventos adversos, los resultados evidencian que los informantes tienen interés por apegarse al cumplimiento de normativas establecidas y reconocen la importancia de abordar de manera estructurada y documentada cualquier evento adverso que pueda surgir durante la atención al paciente. A este respecto, algunos estudios enfatizan en la importancia de reportar inmediatamente cualquier incidente para gestionarlo adecuadamente y prevenir su recurrencia (4). Esto denota un enfoque proactivo y de mejora continua, que puede apoyar la implementación de mejoras organizativas.

Por otra parte, los resultados revelaron un marcado enfoque preventivo del personal de enfermería frente a tres de los principales riesgos para la seguridad de los pacientes en UCI: caídas, infecciones intrahospitalarias y lesiones por presión. Entre las medidas específicas mencionadas para prevenir caídas se encuentran: la vigilancia activa, la evaluación de riesgos, sujeciones, y aseguramiento del traslado seguro. Aquí los hallazgos coinciden con Méndez et al. (5), quienes enfatizan en medidas como la vigilancia activa, la evaluación de riesgos y el uso de dispositivos de sujeción cuando sea necesario, para garantizar la seguridad del paciente y evitar accidentes.

Para prevenir infecciones se destaca el cumplimiento de normas de asepsia y el énfasis en el lavado de manos. Otros estudios igualmente resaltan la importancia crítica de seguir rigurosamente los protocolos de asepsia, higiene de manos y otras medidas para prevenir la transmisión de microorganismos entre pacientes (6). Estos hallazgos reflejan la conciencia sobre estas prácticas para la prevención de IAAS.

Finalmente, para la prevención de úlceras por presión se resaltan estrategias como la movilización frecuente del paciente, masajes, uso de cremas protectoras y cuidado integral de la piel. Los resultados denotan una consistente aplicación de buenas prácticas preventivas frente a complicaciones frecuentes en el contexto del cuidado intensivo. Al respecto, en la prevención de lesiones por presión algunos estudios enfatizan en estrategias similares a las encontradas en este estudio, como la movilización frecuente del paciente, masajes, uso de productos para hidratación y protección de la piel (7). La coincidencia en estos hallazgos denota la aplicación de buenas prácticas para la prevención.

Los resultados relacionados con la incidencia de eventos adversos y la complejidad de los pacientes en UCI revelaron las dificultades asociadas a la atención en la unidad de cuidados intensivos debido a la extrema gravedad de algunos pacientes. Los profesionales de la salud enfrentan desafíos para proporcionar todos los cuidados necesarios debido a limitaciones de tiempo y recursos. La complejidad de los casos, que puede incluir cambios de posición, baños, administración de medicamentos y cuidados adicionales, a menudo dificulta la atención integral que les gustaría brindar. A pesar del deseo de cumplir plenamente con los cuidados, la alta demanda de pacientes y la intensidad de su estado de salud pueden dificultar la realización de todas las intervenciones.

En este orden de ideas, una investigación anterior señala que una proporción considerable de eventos adversos en contextos de cuidado crítico están vinculados a fallas y descuidos del personal de enfermería en aspectos fundamentales del cuidado debido a la sobrecarga laboral.

Por otra parte, otras investigaciones señalan que la criticidad y complejidades propias de los pacientes en UCI implican retos importantes para garantizar consistentemente su seguridad y la calidad de la atención (2).

Los hallazgos revelaron barreras culturales relacionadas con fallas en la comunicación efectiva y debilidades en la valoración de la seguridad como un aspecto prioritario del cuidado. Se encontró que los profesionales nuevos pueden omitir el reporte de situaciones relevantes por factores como el temor a consecuencias negativas o simples descuidos. Aunque existen protocolos adecuados de seguridad, a veces no se aplican plenamente de forma consciente y rigurosa, evidenciando falta de una sólida cultura que interiorice estos valores entre todo el personal de las UCI. Entre los problemas específicos por estas deficiencias se mencionan la administración inoportuna de medicamentos. En resumen, persisten retos importantes para consolidar una cultura organizacional proactiva hacia la seguridad del paciente.

Estos resultados tienen puntos de conexión con lo planteado por otros estudios donde se consideró que la omisión en el reporte de situaciones relevantes por parte de personal nuevo puede deberse a factores como el temor a consecuencias negativas (8). Es por ello que una investigación previa, resalta la necesidad de fomentar ambientes de confianza donde se incentive la comunicación abierta sobre cualquier incidente que pueda afectar al paciente (9). Existen barreras estructurales en las UCI, relacionadas con deficiencias en aspectos de infraestructura y dotación que podrían limitar la capacidad del personal de brindar una atención segura. Entre estas se destacan la falta de acceso a lavabos dentro de las unidades, lo cual puede afectar la adecuada higiene de manos. Aunque se dispone de gel desinfectante, se resalta la importancia de un lavado riguroso. Adicionalmente, se hallaron problemas con las dotaciones hospitalarias, mencionando camas y equipos que no cumplen estándares de seguridad ante riesgos como caídas de pacientes. Estas barreras estructurales imponen desafíos al personal de enfermería en su labor de garantizar la protección integral de los pacientes.

Esta parte de los resultados coincide con lo descrito en un estudio previo, en el cual se enfatiza que las limitaciones en la disponibilidad de recurso físicos y de infraestructura adecuados pueden afectar negativamente la segu-

ridad en las UCI. Este mismo estudio encontró acceso insuficiente a lavabos y problemas con equipos hospitalarios obsoletos que no brindan garantías de funcionalidad e integridad. Esos hallazgos son importantes y superar estas barreras estructurales exige inversiones para la renovación tecnológica y la actualización de la infraestructura de las unidades de cuidado intensivo.

Finalmente, se evidenciaron barreras de gestión administrativa en las UCI que pueden afectar la seguridad de la atención. En primera instancia, se halló que la dotación insuficiente de personal compromete la capacidad para garantizar una supervisión y cuidado adecuados de los pacientes, especialmente en momentos críticos como la recuperación de sedación o los cambios posturales. Adicionalmente, se encontró que existe una limitada educación continua del talento humano que labora en estas unidades, lo cual se percibe como un impedimento para la actualización de conocimientos y el afianzamiento de buenas prácticas para prevenir infecciones intrahospitalarias y mejorar integralmente la calidad del servicio.

Estos últimos resultados se encuentran en línea con los planteamientos de otros estudios, en donde se consideró que el déficit de personal y de programas de entrenamiento continuo en servicio, pueden debilitar la capacidad de respuesta segura y efectiva ante las complejidades del cuidado intensivo (2). La falta de personal suficiente compromete la adecuada vigilancia y atención que requieren pacientes críticos, facilitando eventos adversos. Asimismo, la ausencia de educación permanente limita la incorporación de nuevos protocolos y estándares para la prevención de riesgos y mejora de la calidad, coincidiendo también con este estudio.

Se puede mencionar una limitación de la investigación en cuanto al tamaño y composición de la muestra, con posibles sesgos en las respuestas. La muestra de 12 informantes, seleccionada de manera no probabilística, basada en la voluntariedad y disponibilidad de los profesionales, pudo causar que los individuos que eligieron participar tengan experiencias o percepciones distintas a las de aquellos que no aceptaron. El estudio proporciona una base más sólida para futuras investigaciones en el tema, sin embargo, reconoce que se debe tener en cuenta esta limitación al discutir los resultados con estudios más amplios o de enfoque distinto.

Los participantes subrayaron la importancia de la seguridad del paciente dada la naturaleza crítica de las condiciones tratadas en la UCI por lo cual se adhieren al cumplimiento de normativas y procedimientos diseñados para minimizar esos riesgos y optimizar la atención. Resalta la conciencia y el com-

promiso de los profesionales de la salud en la UCI con la seguridad del paciente, destacando la necesidad de medidas específicas y protocolos para abordar los desafíos particulares de este entorno crítico. La comprensión de la importancia de la seguridad del paciente en la UCI es esencial para garantizar la entrega de atención de alta calidad y la prevención de posibles complicaciones.

Los hallazgos de la investigación denotan una clara conciencia sobre la relevancia de cumplir rigurosamente con las normativas de seguridad farmacológica y del paciente en UCI. Asimismo, se evidencia el compromiso con el trabajo en equipo como un elemento indispensable para brindar una atención de calidad y prevenir complicaciones en estos pacientes críticos.

Referencias

1. Otero et al. Assessment of the implementation of safe medication practices in Intensive Medicine Units. *Medicina Intensiva (English Edition)*. 2022; 46(12).
2. de Oliveira et al. Instruments for measuring incidents related to patient safety in the context of paediatric intensive care—protocol for a scoping review. *Syst Rev*. 2022; 11(1).
3. Augusto et al. Avaliação da conformidade de utilização de um protocolo para identificação de pacientes. *Rev Cubana Enferm*. 2020; 36(2).
4. Silva et al. Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. *Enferm Clin*. 2020; 31(2): p. 128-9.
5. Mendes et al. Adherence of the nursing team to patient safety actions in neonatal units. *Rev Bras Enferm*. 2021; 74(2).
6. Novák et al. Impact of hand hygiene knowledge on the hand hygiene compliance. *Med Glas (Zenica)*. 2020; 17(1).
7. Martínez et al. Tema de revisión: Movilización temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos. Early mobilization in the Intensive Care Unit Mobilização precoce na Unidade de Terapia Intensiva. *Cuidados Intensivos Med Crit*. 2021; p. 89.
8. Ghezeljeh et al. Factors affecting nursing error communication in intensive care units: A qualitative study. *Nurs Ethics*. 2020; 28(1).

9. Dittman K, Hughes S. Increased Nursing Participation in Multidisciplinary Rounds to Enhance Communication, Patient Safety, and Parent Satisfaction. Crit Care Nurs Clin North Am. 2018; 30(4).

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 19

Violencia en el lugar de trabajo en
un servicio de emergencia pediátrica
de un hospital público, desde la
percepción de profesionales de
enfermería, período 2023

AUTORES: Katherine Lisbeth Almeida Cisneros; Venus Elizabeth Medina Maldonado



En este artículo se estudia el tema de la violencia laboral, esto se realiza mediante una recopilación los datos aplicando entrevistas de grupos focales cada participante se identificará mediante la letra “E” de INFORMANTE con su respectivo número para diferenciar a cada uno de los participantes. Para la identificación de cada grupo focal compuesto por 8 participantes en cada caso, se asigna la sigla GF con el número respectivo.

El número y sigla colocadas al lado izquierdo muestra la cita vinculada en cada expresión verbal de los participantes.

Para identificación de género de los participantes se ha colocado la sigla M de masculino y F de grupo femenino al final de la cita.

De acuerdo con los datos, el primer grupo focal y el tercer grupo focal entrevistados, mostraron menos intervención, el segundo grupo focal y el cuarto fueron más colaboradores, participativos, más abiertos al momento de expresar sus ideas y discutir sobre los aspectos que generan violencia laboral.

En el tema expuesto sobre violencia laboral en el servicio de Emergencia Pediátrica se asignaron 3 categorías con 8 subcategorías de dos documentos. Con mayor frecuencia estuvo presente esta respuesta en la que se evidencia que los agresores más comunes hacia el equipo de enfermería suelen ser los familiares, quienes tienden a manifestar agresiones verbales al utilizar palabras inapropiadas, elevar la voz y faltar al respeto, incluyendo ofensas hacia el profesional de enfermería.

Hay violencia por parte de los pacientes que levantan la mano de forma inconsciente debido a su edad y falta de madurez para afrontar su situación de salud, pacientes psiquiátricos o con autismo no muy frecuente.

Entre algunos colegas al dar malos comentarios verbales contra la otra persona, personal de salud con ciertos roces no muy frecuentes.

Esto se consiguió por medio del software libre QCMap v.1.2.0 con la determinación de categorías y subcategorías.

1. Violencia en el lugar de trabajo en un servicio de emergencia pediátrica

De acuerdo con este tema se muestran resultados sobre la percepción de profesionales de enfermería, en donde se representa que la mayoría de los participantes del GF1 y GF2 expresan que se debe mantener la calma ante una situación de agresión por parte del familiar hacia el profesional

de enfermería, entender la situación de los familiares y, al mismo tiempo, no dejarse faltar al respeto, el GF3 y GF4 mencionan que se debe reportar a nuestros superiores.

C1: Violencia laboral

En esta primera categoría los participantes abordan el significado de la violencia y sus diversas formas de manifestación en el entorno laboral, según su percepción. Entre las expresiones que destacan se encuentran:

"La violencia es una agresión ya sea de forma física o forma verbal".

"Factor negativo que puede afectar o causar daño a la otra persona".

GF-1EFGF2 2EF

"Puede ser algún tipo de agresión que puede presentarse, no solamente la física, sino también la psicológica, en lo verbal, en lo emocional".

GF3-E10F

"La palabra violencia para mí abarca no solo violencia física, sino psicológica. Por ende, si hay violencia no puede ser verbal, pero sí psicológica en el ambiente de trabajo de manera indirecta".

GF4-E11F

La violencia laboral puede adoptar diversas formas, como verbal, física, sexual y psicológica. Durante el proceso de aplicación de grupos focales, identificamos expresiones de violencia verbal, las cuales fueron descritas de acuerdo con la percepción de los profesionales. A continuación, se detallan dichas manifestaciones.

"Los gestos"

"Falta de respeto"

"Palabras inapropiadas"

"Levantando la voz"

"Reacciones verbales por parte de los familiares que se dirijan a uno".

"Amenazas directas".

"Más verbalmente"

"Los pacientes nos van mandando un manazo".

"Amenazas".

GF3-E10FGF3-E12F GF3- E13FGF3E-14F GF4-E15M

GF3-E17M

GF4-E15MGF3-E17FGF4-E19F

"Entre compañeras, hablando por detrás, diciendo que no haces bien las cosas, malponiéndote o quitándote autoridad".

GF3-E17M

Como primera subcategoría mencionamos Fuentes de Violencia, estas indican el origen de la violencia. En este estudio se observa que la violencia laboral, con mayor frecuencia, proviene de familiares. Los participantes expresan:

"Familiares que vienen buscando un tipo de atención".

GF2 -3EF

"Familiares generalmente".

GRUPOS GF1-GF2

"Hacia el personal de enfermería en la forma de pedir que hagamos cualquier cosa por parte de los médicos".

"Las mismas compañeras".

GF2-4EF

GF3-E17M

"Ofensas que emiten los padres de familia cuando vienen a recibir la atención de los pacientes en el área de triaje específicamente".

GF3-E11F

"Los médicos a veces lo toman de una mala manera cuando algo cometen mal y se corrige. Son pocas las personas que aceptan los errores y dicen, bueno, gracias, pero otras lo toman de mal".

GF4-E11F

"Aquí los pacientes en sí son niños, aquí si viene la violencia sería por parte de los padres hacia el personal de salud o el acompañante".

GF4-E16F

"Entre colegas tienen envidia profesional".

GF3-E17M

"Pueden ser las mismas compañeras al tener problemas entre sí, existe una ofensa entre ellas, por ocasiones, otras, el personal también que labora con nosotros sea médicos, terapistas auxiliares. A veces existe una confrontación de parte y parte, puede ser".

GF4-E15 M

Al analizar la categoría principal de "Violencia Laboral", se observó que la mayoría de los participantes tienen un entendimiento del concepto y de sus diferentes manifestaciones, que incluyen el uso de palabras inapropiadas y elevar la voz. En cuanto a la subcategoría de Fuentes de Violencia, se concluyó que gran parte de la violencia proviene de familiares y acompañantes de pacientes que acuden al hospital debido a su ansiedad y preocupación por el estado de los pacientes. Por otro lado, se notó que, aunque existen ciertos desacuerdos entre colegas y otros profesionales, estos no son muy frecuentes.

En la segunda subcategoría, titulada Causas que desencadenan la violencia, los participantes del segundo grupo focal señalan que los familiares, motivados por la preocupación y ansiedad por la salud de su hijo, a veces interactúan de manera negativa con el profesional de enfermería. Esto puede llevar a situaciones de conflicto. Entre las expresiones destacadas por los participantes, se encuentran:

"Caen tal vez en la fatiga y la ansiedad de ver a su familiar que está mal y tienden a reaccionar de esa manera sin saber que ocasiona un tipo de maltrato hacia el personal de salud que esta por atender a su familiar".

GF2 -3EF

"Uno mismo se acerca a avisar, doctor, el papito está un poco molesto, presenta un poco de ansiedad irritabilidad al decir que aquí no le han hecho nada; ahí en esa manera la comunicación sí creo que falta un poco para que el padre pueda estar un poco más tranquilo en cuanto a la evolución de su niño".

GF2-E3F

En la tercera subcategoría, titulada Normalización de la violencia, se destaca que algunos participantes perciben la violencia como algo normalizado, sin reflexionar sobre el impacto emocional que puede tener en la víctima con tan solo una palabra o un gesto. Es importante reconocer que incluso las acciones aparentemente pequeñas pueden tener un efecto negativo en la persona afectada.

“Se puede determinar cómo, puede ser hiriendo el tipo de susceptibilidad de la otra persona porque a veces no se lo puede considerar, mi forma de decir o expresar las cosas, a como lo recepta la otra persona, creo que tiene que intervenir para poder recibir bien un mensaje en términos laborales, pero la otra persona no la recepta así y lo capta como una forma de maltrato, entonces ahí también se lleva una mala comunicación con la recepción del mensaje”.

GF2-3EF

“Estamos hablando de usuarios que todavía no son maduros como para afrontar la situación de salud en la que está y la posición que estamos nosotros, que no es para causarle un daño, sino para ayudarlo, porque la canalización de una vía o ponerle oxígeno, ponerle una cánula nasal no es para hacerles daño, sino para ayudar a su salud, pero ellos por su estado de inmadurez, todavía no lo comprenden de esa forma”.

GF3-E17F

Cuarta subcategoría, Desestimación de la autonomía profesional, se destaca que en este contexto los profesionales experimentan restricciones en su libertad, independencia y discreción al tomar decisiones. Es importante reconocer que esta limitación puede afectar al familiar en cuanto a la obtención de información.

“Nosotros conocemos del paciente, pero no estamos, no tenemos autoridad para poder hablar con los familiares”.

GF2 E3F

“Los papitos vienen y se quejan generalmente con el personal de enfermería. Lo que se les dice: papá tranquilo vaya a conversar con el doctor que está a su cargo él le va a explicar”.

GF2 E3F

En la quinta subcategoría, titulada Experiencias de violencia en el lugar de trabajo, se observa que las situaciones de abuso de poder por parte de los familiares pueden estar influenciadas por el nivel de educación que proviene del hogar. En muchas ocasiones, los familiares reaccionan de manera negativa debido a la desesperación que sienten por la situación de emergencia de su hijo. Esto puede ocurrir incluso cuando la atención que necesita es solo primer nivel, los familiares no están familiarizados con el sistema de triaje, priorizando la situación como una emergencia sin conocer los protocolos establecidos.

"En el triaje por ejemplo hay personas que vienen con abuso de poder, como que yo trabajo en otrolado o yo soy familiar de tal persona que trabaja aquí y por ende me tienen que atender y tienen que atender, a la voz de ya, como quien dice, eso por el abuso de poder a veces vienen personas actuar con agresividad".

GF2 7EF

"Bueno, yo últimamente en el área de triaje, tuve un problema con una mamá venezolana. No es por discriminar ni nada por el estilo, no, pero eso es, o sea, desde el momento que pisan la emergencia quieren que ya ellos. Quieren que ya les atienda inmediatamente. La mamita ingresó, dijo que ya los niños tenían como una semana con un cuadro respiratorio, pero las constantes vitales de los dos niños estaban estables, pero como nosotros somos encargadas de triaje se valoró y se le informó a la mamá que no ameritaba una valoración, una atención de tercer nivel, para que se queden aquí, a lo que se le informó esto a la mamá emitió un vocabulario grotesco. Súper mal la señora, palabras que digo, ni en mi casa me tratan así y ellos vienen y tratan de una manera déspota".

GF3-E23F

C2 Consecuencias de salud

En la segunda categoría, se identifican las consecuencias de salud que afectan de manera psicológica y emocional al profesional de enfermería. Estas incluyen el estrés, la frustración, sentimientos de ofensa, deseo de renunciar, depresión y la contemplación de cambiar de servicio debido a los conflictos tanto con familiares como con colegas en el servicio de emergencia. Estos factores tienen un impacto significativo en la salud mental y el bienestar emocional del profesional. Entre las siguientes expresiones mencionamos:

"El estrés, hay ciertas situaciones que sí ponen estrés"

"Mal humor todo el tiempo"

"Frustración, inseguridad miedo, incomodidad"

"Ganas de renunciar"

GF2-4EFGF2-8EFGF2-3EFGF2-9EF

"Puede afectar lo que es, no solo la relación personal de salud con las mamás de los pacientes"

GF4-E11F

"Estrés"

"Estrés laboral"

"Ponerse en un plano de que se despecha del trabajo más o menos"

GF4-E22F GF4-E15M

"Cambios de humor"

"Ira"

"Normalmente, enojo hacia la persona que está ofendiendo"

GF3-E11F GF3-E11F GF3-GF4

GF4-E15

"Obviamente nos afecta, o sea, trato de evitar discutir con esa persona o con el paciente o con el familiar. Si me está insultando, me retiro, pido ayuda a otra persona porque yo no lo voy a hacer, pido ayuda para que canalice una vía".

GF3 E11F

"A veces pagan justos por pecadores; los otros pacientes también se ven afectados porque ya cambiamos de ánimo no, ya no lo atendemos de la misma manera".

GF4 E22

"El trabajador no quiere venir a trabajar, se deprime, se aísla, se viene a trabajar a la defensiva".

GF3-E17M

"Ya no tienes ganas de venir, faltas, ya no hay motivación de ir al trabajo, trabajas cuidando tus espaldas".

GF3-E17M

"Se deprime, se quiere salir corriendo, se quiere escapar del ambiente laboral".

GF3-E17M

C3 Normativas para la prevención de violencia

Como 6ta subcategoría encontramos Estrategias para el manejo de la violencia en el lugar de trabajo. La prevención de la violencia en el entorno laboral es esencial para crear un ambiente seguro, es importante fomentar un ambiente de respeto y empatía, comprender y ser compasivo, pero al mismo tiempo, no se debe permitir que la persona falte al respeto, mantener la calma al brindar ayuda.

“Sería una parte entenderle sí, pero también no dejar que también le falte al respeto, mantener la calma porque se le está ayudando y se le va a ayudar a su niño, pero también el mismo nivel de respeto, porque si él empieza con otro tipo de agresión o a alzarme la voz entonces ahí sí también es una forma de violencia hacia nosotros”.

GF2-3EF

7ma subcategoría, Propuestas de mejora, los participantes sugieren que es fundamental establecer una comunicación efectiva entre colegas para prevenir conflictos. También proponen la implementación de señaléticas informativas dirigidas a los familiares, las cuales brinden apoyo y protección al personal de enfermería en casos de violencia.

“ Buena comunicación”

GF1-GF2

“Un ambiente laboral cómodo seguro donde uno se sienta bien para poder desempeñar sus funciones”.

GF2-E3F

“Yo pienso que debe existir una ley o un artículo donde diga o que sea visible, donde que vean el artículo o la pena, más claro, que no vengan ellos a faltar el respeto o a tratarnos mal porque nosotros también tenemos derecho, pero aquí, prácticamente, en el hospital, no hay una señalética que diga, si es que usted me trata mal o le falta el respeto al personal de salud, está sujeta a sanción. Pienso que debe haber, porque sí hay, cuando es agresión”.

GF4-E11F

“Que se difunda el artículo que hay en el código penal, sí hay un artículo que defiende, sin embargo, que nos permitan a nosotros difundir ese artículo, hacerlo conocer al usuario externo que viene acá hacerse atender, que por a o b razón se sale de nuestras manos que no se lo pueda atender”.

“Charlas y señaléticas”.

GF3 -E24F

GF3-E25F

“Las charlas, muchas de las veces las mamás dicen, en vez de estar perdiendo el tiempo atiende pronto”.

GF4-E11F

Mejor, informativa, el artículo debe estar así visible ahí, como cartelera del Ministerio de Salud, tiene que estar visible para que todo usuario que entre tenga conocimiento”.

“Dar comunicación entre compañeros para prevenir esos roces”

GF3-E25F GF3E17M

“Disminuir este tipo de chismes que generan”.

FG3-E17M

8va subcategoría Políticas institucionales para la prevención de la violencia en el lugar de trabajo. Los participantes mencionan recurrir al guardia de seguridad o incluso a la propia capacidad de escapar de la situación. Otros proponen reportar el incidente a superiores, como el jefe de guardia, incluso llegar a involucrar a la policía en casos más graves, estas son medidas mencionadas como defensa ante la violencia en el entorno de trabajo de un profesional de enfermería.

Expresiones por parte de los participantes:

“El guardia”

“Nadie ”

“Uno mismo tiene que salir corriendo con todo y guardia”.

Grupos GF1-GF2 GF3 Y GF4 GF4-E21F

“Reportar a nuestro superior o al jefe de guardia, a líder, sobre lo que se suscitó con algún familiar de algún paciente, reportar a nuestro líder y hacer un informe de que se tuvo un tipo de agresión del familiar hacia el personal de salud”.

GF4 -E20F

“Al jefe de guardia, es el que está aquí, permanente en la emergencia y trata de solucionar ese problema, llamar a la policía”.

GF4-E20F

De acuerdo con mi objetivo planteado al explorar la percepción de profesionales de enfermería sobre la violencia laboral en el desempeño y ejecución de actividades orientadas al cuidado de salud de enfermería. La evidencia encontrada al realizar la investigación con método cualitativo de diseño fenomenológico responde a la pregunta de percepción de los profesionales de enfermería sobre la situación de la violencia en el lugar de trabajo durante el desempeño de actividades orientadas al cuidado de enfermería.

La colaboración de los participantes en grupos focales está determinada por las edades, desde 28 a 55 años, en el género se evidencia más mujeres que hombres.

En la primera categoría, "Violencia laboral", se observaron expresiones de violencia verbal según la percepción de las profesionales. Estas expresiones provienen principalmente de familiares que acuden al servicio de emergencia pediátrica, manifestándose a través de gestos, palabras inapropiadas, elevación de tono de voz y ofensas. Entre colegas se registraron amenazas directas y problemas interpersonales, aunque estas situaciones no son muy frecuentes. Asimismo, algunos pacientes, los infantes, pueden levantar la mano de manera inconsciente debido a su edad y falta de madurez para comprender la situación. Mientras que un estudio de diseño cualitativo realizado en tres hospitales públicos del estado de Veracruz, México, menciona la violencia hacia los profesionales de enfermería, se inculpa a factores como el aumento de carga de usuarios. La violencia psicológica, expresada a través de gritos e insultos, es el tipo más reportado por parte de relaciones interpersonales entre colegas, familiares, enfermeros (1).

En la segunda categoría, "Consecuencias de salud", se destaca que la violencia laboral afecta de manera significativa al profesional de enfermería, generando repercusiones tanto psicológicas como emocionales. Esto se manifiesta en síntomas como "estrés", "mal humor", "frustración", "inseguridad", "miedo", "incomodidad", "deseo de renunciar", "ira", "depresión" y "falta de motivación". Mientras tanto en un estudio de revisión integrativa se encontró que la salud mental de los profesionales de enfermería fue la más afectada debido a la violencia en el trabajo. Se indicaron síntomas como "recuerdos molestos", "sentimientos de evitación", "ansiedad", "estrés" y "agotamiento emocional", lo que finalmente llevó al desarrollo del síndrome de burnout (2).

Y como tercera y última categoría se indican Normativas para la prevención de violencia en donde se sugieren establecer una comunicación entre colegas para prevenir conflictos. Se propone la implementación de señaléticas informativas dirigidas a los familiares, reportar el incidente a superiores como el jefe de guardia, realizar un informe sobre el evento suscitado. En cuanto al artículo de la revista *Enfermería clínica* titulado "Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario" señala que una apropiada comunicación es considerada como la práctica primordial, en la prevención de la violencia (3).

En síntesis, la violencia en el sector salud se ha visto como un problema a nivel público hacia el profesional, puesto que causa problemas de salud mental, evidentemente de acuerdo con los hallazgos encontrados.

La recopilación de datos cualitativos en este proyecto de investigación fue un componente para obtener una comprensión profunda de la percepción de violencia hacia los profesionales de enfermería buscando variedad de perspectivas y experiencias relevantes. Se creó un entorno propicio para el diálogo y la expresión libre de opiniones, fomentando la interacción entre los participantes. Se utilizaron herramientas de análisis cualitativo como la codificación y categorización temática. Los testimonios y narrativas recabadas a través de estos métodos brindaron una perspectiva rica y detallada sobre las experiencias de los profesionales de enfermería con la violencia percibida.

El proyecto de investigación fue de gran relevancia, se logró evidenciar falta de instrucción y asesoramiento a los familiares sobre la atención de pacientes y protocolos de triaje en el servicio de Emergencia pediátrica. Es crucial reconocer que esta deficiencia puede llevar a situaciones de tensión y conflicto entre el profesional de enfermería y los familiares de los pacientes. Una mayor orientación contribuirá a un ambiente más colaborativo y empático, donde los familiares se sientan apoyados y comprendidos. Esto, en última instancia, resultará en una atención óptima y segura para los pacientes pediátricos.

Una comunicación efectiva entre colegas es esencial para prevenir la violencia y promover un entorno de trabajo respetuoso y colaborativo. Evitar el menosprecio profesional y abstenerse de difundir rumores sobre los colegas son prácticas clave en este sentido. Al fomentar la empatía, el respeto y la transparencia en la comunicación, se fortalecen las relaciones entre el equipo de profesionales y a nivel personal evita problemas de salud mental.

Una comunicación respetuosa y constructiva contribuye significativamente a la construcción de un ambiente laboral positivo y seguro, en el que los profesionales de enfermería pueden trabajar de manera efectiva y enfocarse en brindar la mejor atención posible a los pacientes.

La educación en casa dirigida a los niños es una herramienta poderosa para prevenir la violencia hacia los profesionales de enfermería. Al enseñarles desde temprana edad el valor del respeto, la empatía y la comprensión, se fomenta una cultura de aprecio por el esfuerzo y dedicación que estos profesionales brindan en la atención de la salud. Esta formación contribuye a

la creación de una sociedad más consciente y respetuosa, donde se valora y se protege la integridad física y emocional de los profesionales de enfermería en beneficio de la calidad de atención y el bienestar.

Se sugiere la creación de un marco normativo que permita la implementación de políticas de prevención. Esto incluiría la realización de campañas, seminarios y cursos dirigidos al personal directivo, con el objetivo de concienciarlos sobre la importancia de gestionar los riesgos asociados a la violencia en el ámbito profesional. Además, se busca proporcionarles las herramientas necesarias para identificar, prevenir y abordar adecuadamente situaciones de violencia cuando se presenten.

Referencias

1. Enríquez et al. Violencia hacia el profesional de enfermería: una etnografía focalizada. *Ciencia y enfermería*. 2021; 27.
2. Contreras et al. Workplace violence against emergency service nurses: An integrative review. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2020; 44.
3. Altemir M, Arteaga A. Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. *Enferm Clin*. 2018; 28(2).

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 20

Fatiga y gestión del cuidado en profesionales de enfermería que laboran en el servicio de neonatología de un hospital de la ciudad de Quito, período 2023-2024”.

AUTORES: Katherine Yesenia Matailo Pozo; Inés Patricia Urgilés Vallejo



Para la realización de este artículo se analizaron en total 10 documentos, que comprendieron diez entrevistas grabadas y posteriormente transcritas. Durante la fase de análisis de datos se desarrollaron inicialmente tres categorías deductivas, las cuales se basaron en teorías existentes y en los objetivos de investigación. De estas categorías deductivas, surgieron un total de ocho subcategorías inductivas, distribuidas en cuatro para la primera categoría, dos para la segunda y dos para la tercera. Cada testimonio fue meticulosamente revisado, identificando patrones emergentes y conceptos clave. Se implementó un sistema de codificación abierto para asignar etiquetas a segmentos específicos de texto, lo que facilitó la creación de las subcategorías inductivas.

El análisis de contenido aplicado a la información sobre la percepción de la fatiga y el desempeño laboral reveló tres categorías principales identificadas de manera deductiva: Fatiga, Clima Laboral y Desempeño Laboral. Cada una de estas categorías se compone de diversas subcategorías, que emergieron de manera inductiva durante el proceso de análisis.

La primera categoría, Fatiga, se refiere a la respuesta del cuerpo ante situaciones de esfuerzo excesivo, estrés emocional o agotamiento, tanto físico como mental, que enfrentan las enfermeras durante la prestación de sus servicios. De esta categoría principal se desprenden las siguientes 4 subcategorías inductivas: Carga de trabajo, Cansancio Físico, Cansancio Emocional y Cansancio Mental.

Al indagar sobre la carga de trabajo que experimentan, la mayoría de las participantes resaltó la presencia constante de una carga laboral excesiva. Una de las entrevistadas compartió:

“En el servicio, en ocasiones, es excesivo, ya que se juntan las tres esferas mencionadas. No es constante, ya que varía. Por ejemplo, aquí no tenemos un número fijo de camas y estas siempre están ocupadas. No sucede siempre, pero cuando los doctores no se organizan bien y nuestra jefa no asume el liderazgo en nuestra área, todo se complica aún más” (Entrevistada 03).

Otra enfermera expresó:

“Estamos muy sobrecargadas, trabajamos más del 100% y nos exigen aún más, incluso con actividades que considero más administrativas...” (Entrevistada 06).

Además, se destacó la presencia constante de malestar debido a la sobrecarga laboral, como se refleja en las palabras de otra entrevistada:

“...a veces hay algún malestar por la sobrecarga laboral, porque no hay un día en que no estemos sobrecargados.... A veces sí se vuelve pesado por el ambiente, pero hay veces que no, sin embargo, la sobrecarga laboral siempre está presente” (Entrevistada 01).

En cuanto al cansancio físico, las enfermeras señalan que trabajar en el área de neonatología, al ser un entorno crítico, implica un desgaste físico considerable, cuyo grado de agotamiento varía según el turno en el que se encuentren. Una de las participantes compartió:

“Sí es agotadora. Porque obviamente estamos en un área crítica, pasamos más tiempo de pie que sentadas. Estamos constantemente con el paciente, a veces durante 8 a 10 horas seguidas. Entonces, sí es cansado, lo físico es realmente agotador...” (Entrevistada 02).

El efecto del agotamiento físico se evidencia mediante sintomatología musculoesquelética, cefalea, molestias en las extremidades inferiores y, desde una perspectiva emocional, se refleja en episodios de astenia: “Y físicamente, el cansancio se nota con dolores musculares, dolor de cabeza, dolor en las piernas. A veces me he sentido tan agobiada que he llegado a llorar fácilmente. En muchas ocasiones, he considerado la posibilidad de renunciar debido a las relaciones tensas que percibo, pero en realidad se deben a la sobrecarga de trabajo” (Entrevistada 07).

“En cuanto a un esfuerzo físico en el trabajo, sí existe. Hay momentos en los que llegas agotada a casa, con fuertes dolores de cabeza o incluso trabajando con cefalea. A pesar de ello tienes que seguir hasta completar el turno y al llegar a casa, sientes que todo te duele...” (Entrevistada 10).

Un testimonio adicional subrayó la variabilidad en la intensidad del trabajo en el área de neonatología:

“Como en todos los pisos, hay épocas en las que el trabajo es fuerte y desafiante, tanto física como mentalmente. Hay momentos de desgaste, pero también hay periodos más tranquilos. Esto depende del turno y de la actitud con la que uno se presenta al trabajo” (Entrevistada 09).

En lo que concierne a la subcategoría de cansancio mental, las profesionales de la enfermería manifiestan que este tipo de fatiga está constantemente presente en su labor:

“Dado que trabajamos en un área crítica, el cansancio mental siempre está presente. No se trata de una ausencia ocasional, sino que su intensidad varía según las jornadas. La atención a pacientes críticos y las demandas que impone resultan agotadoras tanto a nivel mental como físico” (Entrevistada 01).

“Creo que también experimentamos cansancio mental. Es un agotamiento que no te recuperas, ya que debemos seguir trabajando. A nivel físico y mental, resulta extenuante hasta el punto de sentir que no podemos avanzar más. El cuerpo experimenta síntomas como sueño, debilidad y hasta imágenes borrosas” (Entrevistada 05).

Otra perspectiva enfatiza el aspecto mental y psicológico, y así lo expresa:

“...lo veo más en el estado mental y psicológico, porque aquí se van acumulando las experiencias de vida y el dolor de los niños. Esto tiene más impacto a nivel físico” (Entrevistada 08).

En relación con la subcategoría de cansancio emocional, se refiere a situaciones en las que se presentan complicaciones o incluso fallecimientos de pacientes. Las enfermeras expresan haber experimentado sentimientos de tristeza, frustración, impotencia, dolor y culpabilidad: “A veces uno se culpa de que hiciste mal. En ocasiones ocurre algo con un niño que no debería haber sucedido, y te llevas esa carga a casa. Incluso cuando no estás en el hospital, sigues pensando en ello. Al principio, cuando comencé en neonatología, llegaba a escuchar los sonidos de los monitores en mi casa. El estrés era tan abrumador que llegaba a pensar que estaba de turno y que olvidé a un bebé” (Entrevistada 04).

“...y emocionalmente también, porque en mi caso, si te encariñas con los niños y algo les sucede o fallecen debido a las patologías que padecen, definitivamente, sí da tristeza” (Entrevistada 10).

El clima laboral constituye la segunda categoría, haciendo referencia al entorno psicológico, organizacional y humano donde se desarrolla la actividad laboral. De esta categoría surgen las subcategorías de relación interpersonal y comunicación.

En cuanto a la relación interpersonal, se identificaron casos de contradicciones con los doctores o jefas de área, y en muchas ocasiones, las enfermeras expresan sentirse sin valor en su trabajo, lo que genera tensiones entre el personal. También se señala la escasa colaboración y compañerismo al solicitar ayuda.

“Considero que es regular, ya que hay personas que no trabajan de manera adecuada. A pesar de ser profesionales competentes, a veces dejan de ser

empáticos o humanos, y se creen superiores, cuando en realidad todos deberíamos ser un equipo. Además, siento que el trato en el servicio se rige por la jerarquía” (Entrevistada 03).

“El nivel relación médico-enfermera, es muy tenso, sobre todo con lo que es tratantes, específicamente con ciertos compañeros. Sí es un poco difícil porque hay una manera de tratarte muy déspota, se creen que aquí solo hay eminencias y los demás, pues tienen que agacharse y no decir nada” (Entrevistada 06).

Además, se destacaron situaciones de conflicto entre médicos y enfermeras debido al exceso de trabajo, como mencionó otra entrevistada:

“Sí, hay médicos con los que hay bastante fricción, ya sea por el exceso de trabajo que nos imponen, obligándonos a recibir pacientes incluso cuando el servicio no cuenta con las condiciones adecuadas” (Entrevistada 05).

Una enfermera expresó su experiencia con el ambiente laboral:

“Me siento realizada como enfermera, pero también se vive en un ambiente un tanto tenso cuando hay maltrato entre profesionales” (Entrevistada 06).

Otra participante añadió:

“Realmente, el ambiente laboral es muy pesado. En primer lugar, porque a menudo te toca trabajar con compañeras que no colaboran o no te apoyan. Creo que esta falta de colaboración contribuye al cansancio que experimentamos al tener que sobrecargarnos de trabajo” (Entrevistada 05).

En lo que respecta a la interacción entre el personal, las enfermeras observan una falta de comunicación efectiva entre los médicos, los jefes de enfermería y entre ellas mismas al llevar a cabo alguna actividad, generando un ambiente laboral tenso que incluso puede afectar a los pacientes, siendo esta problemática agravada por la sobrecarga de trabajo.

Una enfermera señaló:

“Es buena, pero cuando hay sobrecarga, surgen inconvenientes. Por ejemplo, uno no quiere este paciente, el otro no quiere un paciente ventilado, y ahí es cuando surgen fricciones y actitudes de resentimiento” (Entrevistada 07).

Otra participante expresó la dualidad en la comunicación:

“Hay personal que se lleva bien y trata de crear un ambiente laboral estable para convivir. Sin embargo, hay personas que se dejan llevar por chismes u otros problemas, lo que crea un ambiente pesado y dificulta trabajar en ese sentido” (Entrevistada 10).

Además, se señaló la carencia de una comunicación efectiva dentro del liderazgo de la jefa de enfermería, lo que impacta en la comprensión del significado del cuidado del paciente. Esto genera conflictos que, aunque no son irreparables, sí afectan el ambiente laboral.

“Cuando no hay comunicación entre el liderazgo de enfermería, en lo que respecta a la comprensión del significado del cuidado del paciente, se generan conflictos que no son insuperables, pero sí afectan el clima laboral” (Entrevistada 01).

La última categoría explorada es el desempeño laboral, que se refiere al rendimiento demostrado por un trabajador al llevar a cabo las actividades correspondientes al servicio. Las subcategorías identificadas dentro de este ámbito son las actividades y la calidad de servicio.

En lo que respecta a la subcategoría de actividades, se refiere al concepto o percepción que tienen las entrevistadas sobre el desempeño laboral, obteniendo distintas nociones al respecto.

Una participante describe el desempeño laboral como:

“Las actitudes y las aptitudes que uno manifiesta durante su jornada laboral, tanto en sus habilidades como en sus destrezas, y también su actitud en la forma de colaboración o de buena actitud o de mala actitud. Eso facilita el desempeño y la verdad que va a influir en las actividades que hagas y en el resultado de tu cuidado directo” (Entrevistada 01).

Otra entrevistada enfatiza que para ella es:

“El resultado del trabajo que hace el personal en el servicio. En el cual no solo implica la cantidad, sino la calidad de la atención que uno se le da a los pacientes y la satisfacción también que uno se tiene al realizar la actividad” (Entrevistada 08).

Asimismo, otra entrevistada aporta su perspectiva, definiendo el desempeño laboral como “todas las acciones de actividades que nosotros realizamos en nuestro trabajo todos los días en el manejo de los pacientes” (Entrevistada 03).

Estas definiciones resaltan la complejidad y diversidad del desempeño laboral, destacando tanto aspectos cuantitativos como cualitativos. Además, subrayan la relevancia de la actitud y la satisfacción personal en el contexto de la práctica laboral de las entrevistadas.

Es esencial resaltar que la calidad de cuidado proporcionado por las enfermeras está intrínsecamente vinculada con las categorías previamente mencionadas de fatiga y clima laboral.

Las enfermeras compartieron sus percepciones sobre la calidad del servicio en relación con la carga de trabajo y el ambiente laboral. Una participante reflexionó:

“En el servicio, en ocasiones, la carga es excesiva ya que se combinan las tres esferas mencionadas. Cuando esto sucede, es malo, ya que no podemos trabajar de manera cómoda ni brindar una atención de calidad al paciente” (Entrevistada 03). “La calidad de mis actividades es buena, porque cuando vienes del descanso, se viene con todas las ganas de trabajar y lo haces bien. Creo que va decayendo y puede resultar este conflictivo o hasta en un mal cuidado por el exceso de trabajo cuando hacemos doble turno, generando fatiga y convirtiéndose en un problema” (Entrevistada 07).

La sobrecarga laboral también impacta la percepción de eficacia y eficiencia en el trabajo, según señaló otra enfermera:

“Considero que las actividades que realizo tienen buena calidad y calidez, pero a veces no son eficientes debido a la sobrecarga laboral” (Entrevistada 01).

Además, se destacó la influencia del clima laboral tenso en el desempeño laboral, como expresó una participante:

“...tener un clima tan hostil o pesado afecta mi desempeño y mi deseo de permanecer en el trabajo. Creo que el ambiente laboral interfiere significativamente en el desempeño” (Entrevistada 05).

“Por la afinidad, por el estado de ánimo, tal vez hay personas que también tienen cansancio físico, también hay gente que al estar en el servicio, quizás ya estén cansadas de estar aquí, entonces sí influye en la calidad de la atención que usted da” (Entrevistada 08).

Otra enfermera compartió la importancia de un ambiente propicio para brindar atención de calidad:

“La mayoría tratamos de dar lo máximo para que el bebé reciba la mejor atención posible. Sin embargo, un ambiente tenso o la presión constante afectan negativamente la calidad del trabajo y disminuyen nuestro rendimiento” (Entrevistada 03).

Esta investigación profundiza las experiencias de los profesionales de enfermería, focalizándose en la fatiga, el clima laboral y el desempeño. La diversidad de la muestra, que incluye desde enfermeras novatas hasta veteranas, con casi tres décadas de experiencia, enriquece la comprensión de las complejidades de la profesión y subraya la importancia de tener en cuenta la variabilidad de estas experiencias a lo largo del tiempo.

La categoría de fatiga se destaca como un elemento central en el ámbito de neonatología, abordando no solo el agotamiento físico, sino también el emocional y mental. La carga de trabajo excesiva se presenta como un desafío común, impactando tanto la calidad del servicio brindado como la salud mental de las enfermeras (1). Subraya que las labores en diversas áreas hospitalarias se caracterizan por la exigencia mental y el esfuerzo físico, derivados de la variedad de tareas y el procesamiento de información.

En relación con el cansancio físico, las enfermeras de neonatología describen un desgaste considerable debido a la naturaleza crítica de su entorno. Este agotamiento físico, como señalan los testimonios, se vincula directamente con la calidad del servicio, afectando la capacidad de las enfermeras para brindar atención de manera óptima. Además, el estudio evidencia la relevancia de abordar no solo el aspecto físico de la fatiga, sino también el componente emocional y mental para garantizar un cuidado de calidad.

En lo referente al cansancio mental, se destaca la naturaleza constante de esta fatiga en un entorno crítico. Los testimonios revelan la carga emocional asociada al cuidado de neonatos críticos, subrayando la necesidad de estrategias y apoyo psicológico para gestionar el agotamiento mental constante. Es esencial reconocer que, además de la fatiga física, la carga emocional puede tener repercusiones significativas en el bienestar general de las enfermeras.

Las cargas laborales excesivas, como indica Oliveira y su grupo, pueden tener consecuencias negativas progresivas en los profesionales de enfermería, incluyendo cansancio, bajo rendimiento, fatiga e insatisfacción laboral (2). Estos factores contribuyen al aumento del riesgo de cometer errores, subrayando la importancia de abordar eficazmente las condiciones laborales para mantener la seguridad y la calidad en la atención al paciente.

La exploración del clima laboral revela tensiones y conflictos significativos en las subcategorías de relación interpersonal y comunicación. La percepción de una jerarquía rígida y la falta de empatía contribuyen a un ambiente laboral tenso, una dinámica que refleja las conclusiones de García et al., quienes también destacan la influencia negativa de las relaciones entre compañeros de trabajo (3).

La deficiencia en la comunicación, agravada por la sobrecarga de trabajo, resalta la necesidad apremiante de implementar estrategias que mejoren la comunicación interna en el equipo de salud. La efectividad de la comunicación es crucial para garantizar una coordinación adecuada y proporcionar un entorno donde los profesionales puedan expresar abiertamente sus preocupaciones y necesidades. Este hallazgo subraya la importancia de abordar no solo la carga de trabajo, sino también los elementos sistémicos que impactan la comunicación efectiva en el entorno laboral.

Las entrevistadas enfatizaron la importancia de actividades y el respaldo del equipo de trabajo como herramientas fundamentales para abordar y mejorar las relaciones interpersonales. Este enfoque coincide con la investigación de Powell y su grupo, que destaca la relevancia de la expresión de emociones en el lugar de trabajo como un medio para mejorar el ambiente laboral (4). Además, se aboga por la creación de un espacio físico y temporal dedicado para expresar y abordar las necesidades colectivas, reflejando la necesidad de una aproximación integral para abordar las dinámicas laborales.

En la categoría de desempeño laboral, la subcategoría fundamental de calidad del servicio emerge como un aspecto clave que conecta directamente con las categorías previas de fatiga y clima laboral. Esta interrelación pone de manifiesto la complejidad de los desafíos que enfrentan las enfermeras en su entorno laboral, evidenciando que la calidad de la atención al paciente no solo depende de las habilidades técnicas, sino también de factores intrínsecos como la fatiga y el clima laboral.

El estudio de Méndez (5) respalda esta conexión al identificar una relación significativa entre la sobrecarga y la fatiga laboral. La investigación sugiere que, a pesar de la presencia de circunstancias estresantes, la sobrecarga laboral impulsa a las enfermeras a continuar desempeñando sus funciones, lo que podría resultar en enfermedades ocupacionales. Este hallazgo subraya la necesidad crítica de abordar la sobrecarga y la fatiga para preservar la salud y el bienestar de los profesionales de enfermería.

Por otro lado, Santana y su grupo aportan una perspectiva valiosa al señalar que la sobrecarga laboral obstaculiza la prestación de un cuidado de calidad (6). Este análisis destaca los diversos factores que impactan negativamente en las actividades de enfermería, haciendo hincapié en la importancia de abordar la sobrecarga para garantizar una atención de calidad y segura para los pacientes.

En consecuencia, la conexión entre fatiga, clima laboral y calidad del servicio subraya la necesidad de enfoques holísticos en la gestión del entorno laboral de enfermería. No basta con simplemente mejorar las habilidades técnicas; es imperativo abordar los aspectos sistémicos que afectan la calidad de la atención y el bienestar de los profesionales de enfermería. La implementación de estrategias que reduzcan la sobrecarga, promuevan un clima laboral saludable y prioricen la calidad del servicio se presenta como una necesidad imperante para fortalecer la profesión de enfermería y, en última instancia, mejorar la atención al paciente.

Las limitaciones de este estudio cualitativo incluyen el tamaño reducido de la muestra y posibles sesgos en la selección de participantes al centrarse en un solo hospital en Quito. La metodología fenomenológica, aunque valiosa, plantea desafíos en términos de generalización. Se sugiere para futuras investigaciones ampliar la muestra, incluir múltiples centros y considerar enfoques mixtos para abordar estas limitaciones y fortalecer la aplicabilidad de los resultados.

Este estudio cualitativo ha proporcionado una visión detallada de la complejidad de los desafíos que enfrentan las enfermeras en neonatología, enfocándose en la fatiga, el clima laboral y el desempeño laboral. La fatiga, ya sea física, mental o emocional, se revela como un elemento constante en este entorno crítico, intensificada por la carga laboral abrumadora y la responsabilidad de cuidar a pacientes frágiles. El clima laboral hostil, caracterizado por tensiones interpersonales y deficiencias comunicativas, agrega una carga de complejidad que afecta no solo la salud mental de las enfermeras, sino también la calidad del servicio proporcionado a los neonatos. La interconexión de estos factores destaca la necesidad urgente de estrategias integrales que aborden la fatiga y mejoren el entorno laboral para optimizar la atención brindada. Las implicaciones prácticas incluyen la implementación de estrategias específicas para gestionar la fatiga y mejorar el clima laboral. Además, futuras investigaciones podrían enfocarse en evaluar directamente el impacto de intervenciones específicas en el desempeño laboral y la calidad del servicio, sentando así las bases para el diseño de prácticas efectivas que beneficien tanto a las enfermeras como a los neonatos que dependen de su cuidado especializado.

Referencias

1. Rubio et al. Carga mental como factor de riesgo psicosocial: diferencias por baja laboral. Consejo General de la Psicología de España. 2011; 16(2).
2. Oliveira et al. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(4).
3. García et al. Implicación de las enfermeras en su profesión. Un estudio cualitativo sobre el engagement. Enfermería Clínica. 2017; 23(3).
4. Powell T, Yuma P. Supporting Community Health Workers After a Disaster: Findings From a Mixed-Methods Pilot Evaluation Study of a Psychoeducational Intervention. Disaster Med Public Health Prep. 2016; 10(5).
5. Méndez A. Sobrecarga laboral y desempeño profesional en el personal de enfermería de un hospital de Guayaquil. [Online].; 2022. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94157/Toledo_MAE-%20SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
6. Santana et al. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014; 22(3).

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Unidad 4

Innovación y tecnología en las
prácticas de enfermería



Innovación y tecnología en las prácticas de enfermería

El papel de la tecnología en las prácticas de enfermería modernas

La tecnología ha transformado fundamentalmente la atención al paciente en enfermería, lo que ha llevado a una mayor eficiencia y mejores resultados, uno de los avances más significativos es la implementación de registros médicos electrónicos (EHRs), que facilitan el intercambio sin problemas de información de los pacientes entre los proveedores de atención médica, mejorando así la colaboración y la coordinación de la atención.

Los sistemas de monitoreo avanzados permiten el seguimiento en tiempo real de las métricas de salud del paciente, lo que permite intervenciones oportunas que pueden ser fundamentales para la seguridad del paciente. La reducción de las demandas físicas en las enfermeras es otro beneficio notable, ya que la tecnología ha agilizado los flujos de trabajo y minimizado el tiempo dedicado a las tareas administrativas, lo que permite al personal de enfermería centrarse más en la atención y el cuidado directo del paciente.

Este cambio se refleja en el auge de los servicios de telesalud, que no solo amplían el acceso a la atención, sino que también permiten a las enfermeras brindar servicios de forma remota, mejorando así los resultados y la satisfacción de los pacientes, la integración de aplicaciones de salud móviles y dispositivos portátiles ha alentado a los pacientes a asumir un papel activo en la gestión de su salud, mejorando aún más la experiencia general de atención.

Como resultado, el propósito esencial de la enfermería, que se centra en brindar atención de calidad, se enriquece significativamente con estos avances tecnológicos, lo que en última instancia conduce a una transformación sistemática en la forma en que los pacientes brindan y experimentan la atención.

En el cambiante panorama de las prácticas de enfermería, han surgido varias herramientas tecnológicas clave que son esenciales para facilitar una atención al paciente eficiente y eficaz. Entre estas herramientas, los teléfonos inteligentes han ganado prominencia como el dispositivo de tecnología de la información y la comunicación (TIC) más utilizado entre los profesionales de enfermería, lo que permite un acceso rápido a información vital en el punto de atención, Sorprendentemente, más del 80% de las enfermeras informan que utilizan sus teléfonos celulares para buscar información relacionada con la enfermería durante las horas de trabajo, lo que destaca su dependencia de la tecnología móvil para mejorar la toma de decisiones clínicas.

A pesar de esta dependencia, sigue habiendo una brecha preocupante en el conocimiento sobre las plataformas de acceso electrónico que brindan información científica pertinente a las prácticas de enfermería, que podrían empoderar aún más a las enfermeras en sus funciones.

La integración de la tecnología en los entornos sanitarios tiene el potencial de mejorar significativamente la comunicación y la colaboración entre los equipos sanitarios, en particular en la práctica de enfermería, por ejemplo, la colaboración interdisciplinaria es cada vez más común debido a los avances tecnológicos que facilitan el intercambio de información en tiempo real y los procesos de toma de decisiones conjunta.

Las tecnologías ,como los registros médicos electrónicos (EHR), permiten una comunicación fluida entre el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios, lo que es crucial en los entornos hospitalarios, especialmente en las unidades de cuidados intensivos, donde el acceso oportuno a los datos de los pacientes puede salvar vidas, además, la gestión eficaz de estas tecnologías no solo optimiza la atención médica, sino que también mejora la eficiencia general de la prestación de la atención sanitaria, lo que garantiza que los profesionales de enfermería estén bien equipados para proporcionar una atención de alta calidad, sin embargo, para obtener estos beneficios, es esencial que los equipos sanitarios reciban una formación adecuada sobre las herramientas tecnológicas disponibles, así como fomentar una cultura que promueva el uso de la tecnología en la atención de enfermería, la integración de la ciencia y la práctica de enfermería a través de la tecnología puede fortalecer los canales de comunicación tanto a nivel local como regional, mejorando en última instancia los resultados de los pacientes y los esfuerzos de colaboración de los equipos sanitarios.

A medida que la tecnología evoluciona, la educación de enfermería debe adaptarse para incorporar estas herramientas, preparando así a los futuros profesionales de enfermería para trabajar eficazmente dentro de un entorno de atención médica impulsado por la tecnología.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 21

Intervenciones de enfermería en la
identificación del paciente: revisión
sistemática

AUTORES: Karla Mikaela Castillo Siranaula; Narcisa de Jesús Jiménez Juela



En este artículo se realizó una revisión sistemática, en el que se analizaron un total de 20 hallazgos científicos, de los cuales 10 provenían de fuentes internacionales y 10 de fuentes nacionales. Estos hallazgos se enfocaron en identificar las principales acciones de enfermería para lograr una correcta identificación del paciente, determinar los factores que el personal de enfermería puede omitir en dicho proceso y explorar las consecuencias de una identificación incorrecta del paciente por parte de los profesionales de enfermería.

Entre las fuentes de datos más relevantes utilizadas, se identificaron 11 provenientes de Scholar, de las cuales 10 fueron especialmente utilizadas en estudios nacionales. Para las investigaciones internacionales, se encontraron 2 fuentes en PubMed, 2 en SciELO, 1 en Elsevier, 2 en BMC, 1 en Scientific Research y 1 en ScienceDirect. Estas bases de información proporcionaron una amplia gama de perspectivas y evidencia científica que respaldaron los hallazgos obtenidos en la revisión sistemática.

La síntesis de resultados de los 20 estudios seleccionados reveló hallazgos significativos en relación con los efectos relativos (RR) en la identificación del paciente y las acciones de enfermería correspondientes. Al analizar los efectos relativos (RR) en los estudios, se encontró que 15 de ellos presentaron un valor menor a 0.5. Esto indica que la implementación de las intervenciones de enfermería examinadas en estos estudios estuvo asociada con una disminución significativa de los errores y factores de confusión en la identificación del paciente. Estos resultados resaltan la importancia de las acciones de enfermería para lograr una correcta identificación y asegurar la seguridad del paciente.

Por otro lado, se observó que en 5 estudios los efectos relativos (RR) fueron > 5 . Esto indica que la correcta identificación del paciente, respaldada por las intervenciones de enfermería evaluadas en estos estudios sin problemas de sesgo, se asoció positivamente con una mejora significativa en la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud. Estos hallazgos refuerzan aún más la importancia de implementar intervenciones específicas de enfermería para garantizar una identificación precisa del paciente y prevenir errores.

Los hallazgos sugieren una asociación significativa entre las acciones de enfermería en la identificación del paciente y la reducción de errores, así como una mejora en la seguridad del paciente. Estos resultados respaldan la importancia de promover y adoptar prácticas basadas en la evidencia para mejorar la identificación del paciente en el entorno de atención de salud.

Se presentarán el análisis de los científicos internacionales

El estudio de Mulac et al. (1) reveló que los errores de medicación aún persisten a pesar de los esfuerzos globales. Se enfocaron en los errores en hospitales noruegos, encontrando que la mayoría ocurrió durante la administración y la prescripción, siendo los errores de dosificación y omisiones más comunes. Más de la mitad de los errores causaron daños, algunos graves y fatales.

Mohanaa (2) exploró innovaciones para mejorar la seguridad del paciente, destacando la efectividad de tecnologías como el sistema de administración de medicamentos con código de barras (BCMA) y el sistema electrónico de administración de medicamentos (e-MAR).

El estudio de Barakat y Dean (3) evaluó el impacto del BCMA en el flujo de trabajo de enfermería en hospitales del Reino Unido, demostrando mejoras en la identificación de pacientes y la verificación de medicamentos.

Knop et al. (4) se centraron en el papel de las enfermeras de enlace en la continuidad del cuidado post-alta hospitalaria, resaltando su importancia en la coordinación y educación de los pacientes.

Escobar et al. (5) evaluaron la identificación de pacientes con alergias, resaltando la necesidad de un protocolo efectivo para prevenir riesgos.

Figueira et al. (6) analizaron la calidad de los registros de enfermería, encontrando un cumplimiento mínimo de los requisitos de calidad en los registros clínicos.

El estudio de Asmirajanti et al. (7) reveló deficiencias en las actividades de enfermería en el cuidado de pacientes, sugiriendo la necesidad de mejorar el cumplimiento de los estándares de atención.

Laudiosa et al. (8) describieron la implementación exitosa de un sistema de identificación por colores en una unidad de cuidados intensivos de oncología pediátrica para mejorar la seguridad del paciente.

Schroers et al. (9) analizaron las percepciones de las enfermeras sobre las causas de los errores de administración de medicamentos, identificando factores contextuales y personales basados en el conocimiento como principales contribuyentes.

Wondmieneh et al. (10) evaluaron los factores que contribuyen a los errores en la administración de medicamentos entre enfermeras en hospitales de Etiopía. Encontraron que la falta de formación, la falta de guías, la

experiencia laboral inadecuada y las interrupciones estaban relacionadas con un mayor riesgo de errores.

Estos estudios destacaron la importancia de implementar tecnologías, mejorar la comunicación, la formación y la calidad de los registros para prevenir errores de medicación y mejorar la seguridad del paciente en entornos hospitalarios.

Se presentará el análisis de los científicos nacionales

El estudio de Faride et al. (11) se enfocó en la preparación de medicación parenteral en un hospital pediátrico en Ecuador, revelando preocupaciones sobre la falta de protocolos y lugares específicos para la preparación, lo que podría afectar la seguridad y calidad de las preparaciones.

Castro et al. (12) describieron la aplicación y manejo de acciones seguras en medicina interna, señalando que aproximadamente la mitad del personal de enfermería cumplía con prácticas seguras y asistenciales, pero la dotación insuficiente dificultaba su implementación adecuada.

Nazate et al. (13) involucraron a estudiantes de enfermería en la identificación de pacientes durante sus prácticas, enfatizando la importancia de la colaboración entre la universidad y los centros de salud para mejorar la atención médica y preparar a los estudiantes para su futura carrera.

Falcones y González (14) evaluaron el conocimiento y la percepción del personal de enfermería sobre herramientas tecnológicas en teleenfermería, encontrando cierta aceptación, pero también preocupaciones sobre la despersonalización de la atención.

Rodríguez et al. (15) revisaron historias clínicas de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, destacando deficiencias en la anamnesis y la revisión de tratamientos farmacológicos, lo que puede contribuir a errores de medicación.

Robles et al. (16) analizaron la percepción del personal de enfermería en UCI sobre errores y motivación, mostrando una preocupación general por la frecuencia de errores y la importancia de la motivación en el rendimiento laboral.

Vera et al. (24) observaron el uso del modelo de plan de cuidados estandarizado (SOAPIE) entre profesionales de enfermería, encontrando que su implementación no era uniforme y señalando la necesidad de mejorar su uso.

Del Valle (17) evaluó las condiciones de trabajo y sobrecarga laboral en profesionales de enfermería en neonatología, identificando factores como la presión temporal y la falta de personal como fuentes principales de sobrecarga.

Chamba et al. (18) exploraron el conocimiento del proceso de atención de enfermería en el área materno infantil, encontrando que la mayoría del personal tenía conocimiento sobre el proceso y sus etapas.

Estos estudios resaltan la importancia de la formación continua, el cumplimiento de protocolos y la gestión adecuada de recursos para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en entornos hospitalarios.

En relación con el conocimiento sobre la correcta identificación del paciente, varios estudios han abordado acciones específicas de enfermería. Figueira et al. (6) identificaron acciones importantes como la colocación del nombre y apellido del paciente, la edad gestacional al nacer, la fecha actual, la cantidad de días de vida del paciente y la fecha de nacimiento del menor. Sin embargo, se observó un menor cumplimiento en acciones como la fecha de ingreso del paciente y la colocación de la primera y segunda pulsera identificativa.

En cuanto a estrategias efectivas, Escobar et al. (5) demostraron la eficacia de un procedimiento de identificación de pacientes mediante el uso de pegatinas en las pulseras identificativas, lo cual ayudó a prevenir incidentes reales al identificar adecuadamente a los pacientes. Además, Laudiosa et al. (8) implementaron la distribución sistemática de colores y etiquetas de identificación en diferentes elementos utilizados en la administración de medicamentos, lo que contribuyó significativamente a mejorar la identificación del paciente.

Por otro lado, Nazate et al. (13) identificaron varios factores que afectan negativamente el proceso de identificación de pacientes, incluyendo deficiente capacitación del personal de enfermería, falta de medios informáticos para el registro de información, insuficiencia de pulseras y etiquetas de identificación, y la falta de procedimientos o manuales estandarizados. Asimismo, Rodríguez et al. (15) revelaron que una gran cantidad de historias clínicas carecían de anamnesis, una etapa crucial en la valoración del paciente, lo cual puede afectar la prescripción y administración adecuada de medicamentos. Además, Robles et al. (22) mencionaron que factores del entorno y causas exógenas también pueden contribuir a errores o fallos en la identificación del paciente.

En cuanto a las consecuencias de una incorrecta identificación del paciente por parte del profesional de enfermería, Mulac et al. (1) encontraron que más de la mitad de los errores de medicación resultaron en daño, incluyendo daños graves y fatales. Falcones y González (14) revelaron que el 30.5% de los pacientes experimentaron eventos adversos, como flebitis y retraso en la aplicación de tratamientos médicos. Por su parte, Mohanaa (19) destacó que la implementación del sistema BCMA (Bar Code Medication Administration) mejoró significativamente la eficiencia en la administración de medicamentos, lo que sugiere que una incorrecta identificación del paciente puede resultar en errores de medicación y, por ende, en eventos adversos.

Knop et al. (4) resaltaron el papel de las enfermeras de enlace en la identificación de pacientes que necesitan cuidados post-alta hospitalaria. Su labor incluye mantener una comunicación fluida con colegas y profesionales, revisar el historial del paciente, identificar sus necesidades clínicas y no clínicas, y actuar como educadoras y coordinadoras de los servicios de atención médica. La falta de una correcta identificación del paciente por parte de estas enfermeras puede dificultar la coordinación y continuidad de los cuidados, lo que podría tener consecuencias negativas para el paciente.

El estudio realizado por Wondmienen et al. (10) se centra en los errores en la administración de medicamentos y cómo ciertos factores, como la falta de formación adecuada, la indisponibilidad de guías y las interrupciones durante la administración pueden tener consecuencias negativas en la seguridad del paciente. Este estudio destaca la importancia de proporcionar una formación adecuada al personal de enfermería y garantizar un entorno de trabajo adecuado para evitar errores en la administración de medicamentos. Por otro lado, el estudio de Faride et al. (20) se enfoca en la preparación de medicamentos parenterales y cómo la falta de conocimiento de protocolos y la ausencia de un lugar específico para esta tarea por parte del personal de enfermería pueden aumentar el riesgo de errores y retrasos en la administración de tratamientos médicos. Este estudio subraya la necesidad de contar con protocolos claros y un entorno adecuado para la preparación de medicamentos parenterales, lo que contribuirá a mejorar la seguridad del paciente.

En tal sentido, es crucial garantizar la correcta identificación del paciente para asegurar la seguridad y calidad de la atención de enfermería. Acciones como la colocación adecuada de pulseras identificativas, el uso de tecnología de código de barras y la implementación de procedimientos estandarizados pueden contribuir a mejorar la identificación del paciente. Por otro lado, es fundamental abordar factores como la falta de capacitación, la ausencia de me-

dios adecuados y la falta de adhesión a protocolos, los cuales pueden llevar a una incorrecta identificación del paciente, aumentando el riesgo de errores de medicación y eventos adversos. Promover prácticas seguras en la identificación del paciente es esencial para mejorar la atención de enfermería y reducir los riesgos asociados.

La correcta identificación del paciente requiere la implementación de acciones específicas por parte del personal de enfermería. Estos incluyen el uso de pulseras identificativas con información precisa, la colocación adecuada del nombre y apellido del paciente, la edad gestacional al nacer, la fecha actual, y la fecha de nacimiento del paciente. Además, es importante garantizar que las acciones de identificación se realicen de manera consistente y que se sigan los procedimientos estandarizados. Estas acciones pueden contribuir a mejorar el registro del paciente y reducir los riesgos asociados a la incorrecta identificación.

Varios factores pueden contribuir a la omisión de acciones de identificación del paciente por parte del personal de enfermería. Estos incluyen la falta de capacitación adecuada, la carencia de medios informáticos para el registro de información, la insuficiencia de pulseras y etiquetas de identificación, y la falta de procedimientos o manuales estandarizados. Además, las condiciones del entorno y las interrupciones también pueden afectar negativamente la identificación precisa del paciente.

Una incorrecta identificación del paciente por parte del personal de enfermería puede tener consecuencias graves, incluyendo errores de medicación, eventos adversos e impactos negativos en la seguridad y calidad de la atención. Los estudios revisados revelaron que los errores de medicación resultaron en daño, incluyendo daños graves y fatales. Además, se observaron eventos adversos, como flebitis, retrasos en la administración de tratamientos y caídas, que pueden estar relacionados con una incorrecta identificación del paciente.

Referencias

1. Mulac et al. Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. *Eur J Hosp Pharm.* 2020; p. e56–61.
2. Naidu M, Alicia Y. Impact of Bar-Code Medication Administration and Electronic Medication Administration Record System in Clinical Practice for

- an Effective Medication Administration Process. *Health* (Irvine Calif). 2019; p. 511–26.
3. Barakat S, Franklin B. An Evaluation of the Impact of Barcode Patient and Medication Scanning on Nursing Workflow at a UK Teaching Hospital. *Pharmacy*. 2020; p. 148.
 4. Aued et al. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;;p. 1–8.
 5. Escobar et al. Evaluación de la efectividad de un procedimiento de identificación de pacientes con alergia en urgencias pediátricas. *J Healthc Qual Res*. 2021; p. 186–90.
 6. Figueira et al. Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal. *Enfermería Glob*. 2022;; p. 464–87.
 7. Asmirajanti et al. Nursing care activities based on documentation. *BMC Nurs*. 2019; p. 32.
 8. Motta et al. Implementação de um sistema de cores como estratégia para segurança do paciente em uma UTI pediátrica: relato de experiência. *Res Soc Dev*. 2021; p. e441101220465.
 9. Schroers et al. Nurses' Perceived Causes of Medication Administration Errors: A Qualitative Systematic Review. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2021; p. 38–53.
 10. Wondmienieh et al. Medication administration errors and contributing factors among nurses: a cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nurs*. 2020; p. 4.
 11. Iza et al. Análisis de la preparación de medicación parenteral en Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez en Riobamba, Ecuador. *QhaliKay Rev Ciencias la Salud*. 2021; p. 23.
 12. Castro et al. Acciones seguras y oportunas que favorecen la seguridad del paciente, en el área de medicina interna del Hospital Provincial General de Segundo Nivel, Quito–Ecuador. *Pro Sci Rev Prod Ciencias e Investig*. 2020; p. 62–71.
 13. Nazate et al. Valoración del proceso e identificación de pacientes por estudio antes de la carrera de Licenciatura en Enfermería. *Rev Conrado*. 2022; p. 537–46.

14. Falcones M, González J. Seguridad del paciente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres. *Rev Científica Hallazgos*. 2019; p. 31–40.
15. Rodríguez et al. Identificación de errores de medicación en los tratamientos farmacológicos establecidos para los pacientes del área de emergencia y hospitalización de una unidad de salud de la ciudad de Riobamba. *Polo del Conoc*. 2023; p. 320–38.
16. Robles et al. Aplicación de normas de seguridad e higiene: error humano en profesionales de enfermería de una institución hospitalaria pública. *J Am Heal*. 2022; p. 1–12.
17. Vera et al. Manejo del Soapie en los reportes de enfermería en un hospital general del Ecuador. *Polo del Conoc*. 2022; p. 1292–308.
18. Chamba et al. Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería en un Hospital Obstétrico. *Domino las Ciencias*. 2021; p. 638–47.
19. Naidu M, Alicia Y. Impact of Bar-Code Medication Administration and Electronic Medication Administration Record System in Clinical Practice for an Effective Medication Administration Process. *Health (Irvine Calif)*. 2019; p. 511–26.
20. Faride et al. Preparación de medicación parenteral en Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez en Riobamba, Ecuador. *Revista de Ciencias de la Salud*. 2021.
21. Marqués et al. Infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. *Rev Enferm UFPE Line*. 2019; p. 1-11.
22. Quadros et al. Adherence to central venous catheter maintenance bundle in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2022.
23. Musu et al. Controlling catheter-related bloodstream infections through a multi-centre educational programme for intensive care units. *J Hosp Infect*.. 2017; p. 275-81.
24. SEMICYUC A. Proyecto Neumonía ZERO. [Online]. 2024. Available from: <https://semicyuc.org/proyecto-neumonia-zero/>.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 22

Herramientas tecnológicas para la
gestión del cuidado en enfermería:
revisión narrativa de literatura

AUTORES: Jeanneth Silvana Armijos Paladines; Judith Inmaculada Francisco Pérez



En este artículo se diserta sobre las herramientas tecnológicas y su uso en la gestión del cuidado en el área de la enfermería. De acuerdo con los resultados de los estudios la carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados intensivos medida con la escala TISS 28 es alta. En el estudio de Nazan Turan (1) se obtuvo una puntuación TISS 28 promedio de 65, lo que refleja una alta carga de trabajo de enfermería, a pesar de tener una relación enfermera-paciente teórica de 2:1. La escasez de personal a veces conduce a una relación de 3:1, agravando más la situación. Asimismo, presenciar sufrimiento y la muerte generan un alto estrés emocional en las enfermeras, aumentando su carga laboral.

En el estudio de Öztürk y Beduk (2), se observó que el delirio y riesgo de delirio en los pacientes, incrementaba 60 minutos la carga de trabajo de enfermería, especialmente cuando requerían contención física, o se colocaban catéteres o sondas. Esta investigación utilizó la escala de TISS 28 y concluyó que el delirio aumenta morbilidad, mortalidad y costos sanitarios, al demandar mayor tiempo de atención de enfermería.

En el estudio de Guenther U, Koegl (3) se halló que la carga de trabajo fue más alta el día de ingreso en pacientes que desarrollaron delirio. También en aquellos sedados, comatosos y con ventilación mecánica prolongada, el delirio en sí no aumentó la carga de trabajo, sino que los días con ventilación mecánica fueron un fuerte determinante para incrementar el trabajo de enfermería.

En el mismo orden de las investigaciones que estudiaron la carga de trabajo, pero utilizando la escala NAS, se obtuvieron los siguientes resultados:

Al medir la carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados intensivos, se evidencia que existe una alta demanda que excede la capacidad del personal disponible. En el estudio de Gerasimou (4), se encontró que a mayor porcentaje en la escala NAS, mayor fue la satisfacción familiar, lo que no compensa la falta de personal, pero resalta la sobrecarga. Goulart (4) encontró que pacientes obesos totalmente dependientes aumentan la carga de trabajo de enfermería.

Ferreira (5) concluyó que la atención a los pacientes compromete 139,6% del tiempo de la enfermera, siendo necesario más de un profesional. Camuci (6) también identificó alta carga de trabajo en una UCI de quemados y Siqueira (7) halló una correlación entre gravedad del paciente y carga laboral.

Cáceres (8) encontró que por cada punto de aumento en la probabilidad APACHE II, la carga NAS aumentó 3 puntos. Nogueira (9) señala que la alta carga de trabajo afecta indicadores como infecciones intrahospitalarias.

Finalmente, el estudio de Valls (10) determinó una relación enfermera/paciente de 1:2, siendo los recursos planificados insuficientes en 0,4 pacientes más por cada enfermera.

Para responder a la segunda pregunta de investigación, se describen los siguientes resultados:

Los estudios basados en las escalas TISS 28 y NAS coinciden en destacar las implicaciones adversas de una alta carga de trabajo en el personal de enfermería y en los pacientes de unidades de cuidados intensivos (UCI).

Con respecto a los estudios que utilizaron TISS 28, Nazan Turan (1), menciona que las condiciones de la UCI afectan negativamente el desempeño y el bienestar de las enfermeras ya que los participantes experimentaron estrés profesional debido a la alta carga de trabajo y presentaron cambios psicológicos; incluyendo ira, tensión, estrés, insensibilidad, retraimiento, problemas de adaptación y sentimientos de insuficiencia e infelicidad, por tanto recomienda que los factores y condiciones desfavorables deben ser minimizados. También aumenta el riesgo de ausentismo y deterioro de la salud de las enfermeras.

En los pacientes se asocia a mayor mortalidad, más eventos adversos y complicaciones. Los costos de atención se incrementan por más tiempo de estancia en UCI debido a complicaciones como delirio. Esta tensión emocional se vincula con la necesidad de evitar problemas como el deterioro cognitivo, la privación del sueño y otros factores identificados por Ozturk y Beduk (2) como desencadenantes del delirio, lo que, a su vez, aumenta la carga de trabajo del personal de enfermería. Además, Guenther U, Koegl (3) señala que estos costos se acumulan con el tiempo de estancia en UCI, reflejando un impacto prolongado en la atención y los costos asociados a la salud de los pacientes.

Por otro lado, los análisis basados en NAS proponen recomendaciones más específicas y variadas para mejorar la gestión de la carga laboral en las UCI.

Sugieren relaciones, enfermera/paciente, ideales de 1:1 (5) ya que una proporción inadecuada compromete la salud de las enfermeras y la calidad de atención. Gerasimou (4) subrayan la importancia de asignar personal acorde a la carga de trabajo. Además, Santos Nobre (8) evidenció que la carga laboral impacta directamente en la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, así como en tasas de eventos adversos y complicaciones mencionadas por Cáceres Rivera (11). A su vez, Do Altíssimo Nogueira (9) destaca la importancia de una dotación adecuada de personal para mejorar los indicadores clínicos y la gestión de calidad en la atención de la salud. Estos resultados

resaltan la relevancia de una correcta gestión del personal, no solo para garantizar cuidados seguros y de calidad, sino también para reducir costos asistenciales y mitigar repercusiones negativas en la salud del personal, como problemas psicológicos y las bajas laborales (10).

Ferreira PC, en su estudio manifestó que la mortalidad disminuye con proporciones más bajas de pacientes por enfermera (5). Además de un paciente a la carga de trabajo de enfermería aumenta la angustia emocional, reduce la satisfacción laboral y aumenta la mortalidad. En este sentido, el redimensionamiento de la plantilla de enfermería afecta a indicadores sanitarios como las infecciones hospitalarias y la extubación accidental (5).

Según Ferreira et al, un estudio ha señalado que más del 20% de los pacientes de la UCI han experimentado algún tipo de evento adverso. Estos indicadores incluyen eventos adversos relacionados con medicamentos, úlceras por presión, caídas, neumonía e infecciones nosocomiales, entre otros (5). Es imperativo que se lleve a cabo una evaluación organizacional, gerencial y operativa continua (incluidos los recursos humanos) de la UCI para garantizar mejores prácticas de atención de enfermería, capacitación continua del personal y excelencia en la prestación de atención.

En resumen, mientras los estudios basados en TISS 28 enfatizan los impactos psicológicos y de costos asociados, los análisis con NAS proponen recomendaciones más específicas y variadas para mejorar la gestión de la carga laboral en las UCI, priorizando la relación enfermera/paciente y la asignación adecuada de personal para garantizar una atención óptima y segura.

Los resultados obtenidos al comparar los estudios que utilizaron las escalas TISS 28 y NAS revelan el análisis de diversas variables de la carga de trabajo en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Mientras que los estudios basados en TISS 28, como lo demuestran Nazan Turan, Ozturk y Beduk, y Guenther U, Koegl (1,3), resaltaron una carga de trabajo elevada y específicamente relacionada con factores como delirio, ventilación mecánica prolongada y procedimientos médicos. Los análisis con NAS, como los estudios de Gerasimou, Goulart, Ferreira, y otros (4,5), se centraron en una gama más amplia de desafíos. NAS reveló que la sobrecarga laboral no solo estaba ligada a factores médicos, como la gravedad del paciente, sino también a aspectos más amplios como la satisfacción familiar, la atención a pacientes con necesidades especiales y la correlación con indicadores de salud más amplios. En este sentido, los estudios basados en NAS proporcionaron una comprensión más holística y contextualizada de la carga de trabajo, destacan-

do su impacto en múltiples dimensiones de la atención en UCI y en la salud y bienestar del personal de enfermería, como se evidenció en estudios como el de Cáceres Rivera y Do Altísimo (8,9).

Sin embargo, es esencial reconocer que ambas escalas tienen sus propias fortalezas y limitaciones. Mientras que la escala TISS 28 permite una evaluación más específica de ciertos aspectos médicos relacionados con la carga de trabajo, como el delirio y la ventilación mecánica prolongada, NAS ofrece una comprensión más amplia al considerar no solo la gravedad del paciente, sino también factores contextuales y su impacto emocional y social, como se ha evidenciado en los estudios revisados. La utilización combinada de ambas escalas podría ser beneficiosa para obtener una imagen más completa y precisa de la carga de trabajo en UCI, permitiendo así abordajes más integrados y eficientes para mejorar tanto la atención al paciente como el bienestar del personal de enfermería.

Con respecto a las repercusiones que tiene la carga de trabajo para los profesionales de enfermería y los pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI), los resultados obtenidos de los estudios que emplearon las escalas TISS 28 y NAS arrojan una perspectiva integral sobre dichas repercusiones. Los análisis con TISS 28 resaltan la carga emocional significativa experimentada por el personal, evidenciando consecuencias como estrés, ira y sentimientos de insuficiencia (1), mientras que identifican factores desencadenantes del delirio que aumentan la carga laboral, como la privación del sueño y el deterioro cognitivo (2). Estos hallazgos resaltan la carga psicológica y cognitiva en el personal, así como su relación directa con la atención a los pacientes, revelando la complejidad de gestionar la carga laboral en entornos de alta presión como las UCI.

Por otro lado, los resultados basados en la escala NAS ofrecen recomendaciones más específicas y detalladas para mitigar los impactos adversos de la sobrecarga laboral. Estos estudios señalan la importancia crítica de una asignación de personal acorde a la carga de trabajo para garantizar una atención de calidad y segura (4).

Además, subrayan la necesidad de mantener relaciones enfermera/pacientes óptimas, como la propuesta de una relación 1:1, para evitar comprometer la calidad del cuidado (5). Estos resultados enfatizan la relevancia de considerar tanto la carga emocional en el personal como las implicaciones directas en la calidad de la atención, proponiendo estrategias específicas para optimizar la gestión de la carga laboral en UCI y mejorar la experiencia tanto para los profesionales como para los pacientes.

Una limitación importante fue la escasez de estudios que hayan utilizado la escala TISS 28 para medir la carga de trabajo. Se considera oportuno realizar futuras investigaciones en donde se aplique esta escala a los pacientes críticos y se comparen los resultados de esta con la escala NAS, de tal manera que se pueda evidenciar claramente la carga de trabajo de enfermería según el estado de salud y las necesidades de atención de los pacientes atendidos.

Los estudios seleccionados estudiaron la carga de trabajo de los profesionales de enfermería en las unidades de cuidados intensivos, mostrando las consecuencias que esta pueden provocar a los pacientes y el personal de enfermería encargado del cuidado directo, así como los costos que las instituciones sanitarias pueden llegar a presentar. También se destaca que los cuidados de enfermería son imperiosos para la efectiva recuperación de los pacientes, los mismos que deben estar asignados según su necesidad de cuidado. Esta estimación de la carga de trabajo es ideal para ayudar a mejorar las condiciones laborales de enfermería y la seguridad del paciente.

Después de realizar la investigación que sustentó este artículo, se concluyó que, de los estudios seleccionados, la carga de enfermería es alta en relación al dimensionamiento adecuado enfermera/ paciente 1:2 y a la relación ideal 1:1. Es por ello que el mayor número de repercusiones sanitarias se desprende de una deficiente relación enfermera/paciente y se debe al incremento de los días de hospitalización, los que aumentan eventos adversos, añaden más infecciones intrahospitalarias y acrecientan la tasa de mortalidad. También tiene repercusión en el personal sanitario con un aumento en los problemas psicológicos que llegan a presentar y bajas laborales, por tanto, una correcta gestión del personal contribuye a dar cuidados seguros y de calidad, y ayuda a disminuir los costos asistenciales.

Considerando la presentación de los resultados, los hallazgos evidencian que la correcta aplicación del Nursing Activities Score (NAS) se posiciona como una herramienta fundamental para medir la carga de trabajo del personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos (UCI). El objetivo principal de esta escala es cuantificar las horas dedicadas por los profesionales de enfermería a la atención de los pacientes, abarcando tanto tareas asistenciales como actividades gerenciales de enfermería. Además, se incluye el tiempo destinado al apoyo a las familias de los pacientes. En consecuencia, la aplicación efectiva de la escala NAS contribuye al dimensionamiento adecuado del personal de enfermería en el entorno de la UCI.

Las escalas NAS y TISS 28 desempeñan un papel crucial en la adecuada planificación de la fuerza laboral de enfermería y en el ámbito de la seguridad del paciente. Su función primordial consiste en “prevenir y reducir los riesgos, errores y daños” que los pacientes puedan experimentar durante la atención brindada por este esencial gremio. Para lograr este propósito, resulta fundamental una distribución adecuada y una relación óptima entre enfermera y paciente.

Por medio de este estudio, se busca destacar la escala que mejor refleje la mayoría de las actividades asistenciales y gerenciales, incluyendo la carga administrativa, llevadas a cabo por las enfermeras de cuidado directo. En este contexto, se reconoce que la prestación de cuidados implica una perspectiva holística, enfatizando la importancia de comprender la dimensión biopsicosocial de los individuos. Por ende, se aboga por la administración de cuidados de enfermería especializados para facilitar la pronta recuperación de los pacientes que requieren atención.

Referencias

1. Kotsani et al. The role of telenursing in the management of Diabetes Type 1: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2018; p. 29–35.
2. Toffoletto et al. Telenursing in care, education and management in Latin America and the Caribbean: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020; p. 73.
3. Nguyen et al. Using the technology acceptance model to explore health provider and administrator perceptions of the usefulness and ease of using technology in palliative care. *BMC Palliat Care.* 2020.
4. Wood D. En primera línea: las enfermeras como innovadoras tecnológicas. *ENFERMERÍA +NURSING.* [Online].; 2019. Available from: <https://asis-tenciasanitaria.com.ar/2019/01/30/en-primera-linea-las-enfermeras-co-mo-innovadoras- tecnologicas/>.
5. Huang et al. A Smartphone App to Improve Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes in Asia: Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2019.

6. Shahabi et al. The effect of telenursing training based on family- centered empowerment pattern on compliance with diet regimen in patients with diabetes mellitus type 2: a randomized clinical trial. *BMC Endocr Disord.* 2022.
7. Page et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ Publishing Group.* 2021.
8. Reilly et al. Achieving integrated self- directed Cancer aftercare (ASICA) for melanoma: how a digital intervention to support total skin self- examination was used by people treated for cutaneous melanoma. *BMC Cancer.* 2021.
9. Díaz et al. *Enfermería Global.* 2016; p. 433–7.
10. Sanabria et al. Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2015; p. 48–55.
11. Howland et al. Primary Care Clinic Nurse Activities with a Telehealth Monitoring System. *West J Nurs Res.* 2020; p. 5–12.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 23

Conocimientos y actitudes hacia las
herramientas de salud digital en
profesionales de enfermería de Loja

AUTORES: Gabriela Elizabeth Suquilanda Oña; Judith Inmaculada Francisco Pérez



Para la realización de este artículo se seleccionó una muestra final encuestada que correspondió a 260 profesionales, cuyos datos se exponen en la tabla 1.

Tabla 1.

Datos generales de la población.

Variables	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	39	15,00%
Femenino	221	85,00%
Total	260	100%
Nivel de instrucción		
Licenciatura	179	68,85%
Maestría	79	30,38%
Especialidad	2	0,77%
Total	260	100%
Establecimientos de salud		
Público	190	73,08%
Privado	70	26,92%
Total	260	100%
Servicios que trabaja		
Centro de Salud	11	4,23%
Consulta Externa	12	5%
Cuidados intensivos	13	5%
Emergencias	31	11,91%
Hospitalización	99	38,08%
Maternidad	9	3,46%
Quimioterapia ambulatoria	10	3,85%
Quirófano	26	10%
Otro	49	18,85%
Total	260	100%
Descriptivo	Edad	Años de experiencia
Mínimo	24	1

Máximo	63	38
Media	37,25±9,724	11,76±9,334

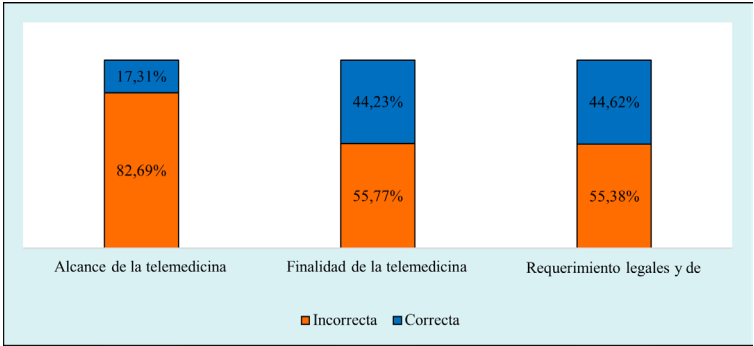
Como se observa en la tabla 1, la mayoría de las participantes (85%, n=221) corresponde al género femenino. Un 68,85% (n=179) tiene el máximo de instrucción de licenciatura, mientras que el 30,38% (n=79) tiene una maestría y solo el 1% (n=2) cuenta con una especialidad. En cuanto al tipo de institución en la que ejercen, la mayoría pertenece a establecimientos públicos, con el 73,08% (n=190).

Se les consultó a los profesionales por el servicio de salud en el que trabajan; el porcentaje mayoritario fue el 38,08% (n=99) que trabaja en hospitalización, seguido por el 18,85% que señaló “otro” (n=49), el 11,91% (n=31) en emergencias, 10% (n=26) en quirófano. Otros porcentajes menores se desempeñan en consulta externa y cuidados intensivos.

Respecto a la edad de los encuestados, estos tienen entre 24 y 63 años, con una media de 37,25±9,724. Por otra parte, los años de experiencia van de 1 a 38, con una media de 11,76±9,334.

Se investigaron los conocimientos sobre las herramientas digitales que tienen estos profesionales. En cuanto a telemedicina, los resultados se muestran en la figura 1.

Figura 1.
Conocimientos en telemedicina.



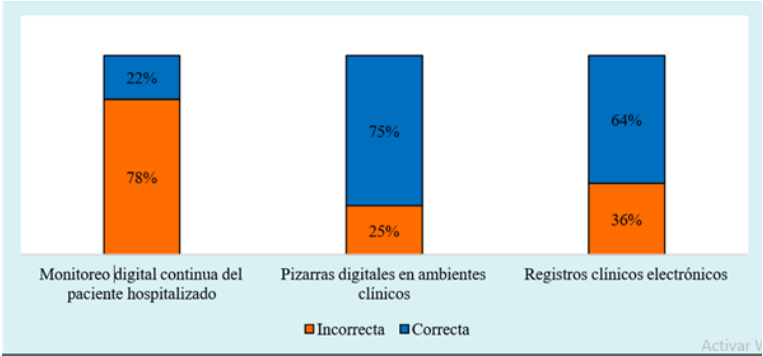
Como se observa en la figura 1, en los tres ítems de esta dimensión se tuvieron porcentajes mayoritariamente incorrectos. El 82,69% (n=215) de los encuestados desconoce el alcance de la telemedicina, el 55,77% (n=145) no acertó respecto a su finalidad y 55% (n=143) ignora los requerimientos lega-

les y de seguridad que se deben tener en cuenta en la implementación de servicios de telemedicina. Estos resultados dan cuenta de una falta de familiarización del personal de salud con los servicios de telemedicina, aun cuando estos fueron defundamental importancia durante la pandemia por COVID-19.

Posteriormente, se les consultó a los profesionales sobre las herramientas de registro y monitoreo, lo que arrojó los siguientes resultados ilustrados en la figura 2:

Monitoreo digital continuo del paciente hospitalizado.

Figura 2.
Conocimientos en herramientas de registro y monitoreo.

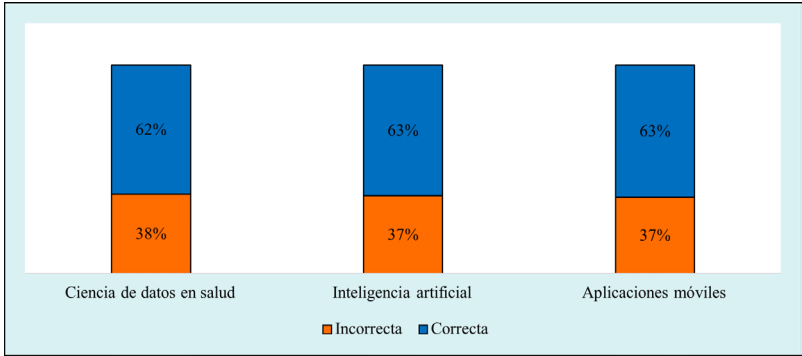


Como se observa en la Figura 2, los profesionales demuestran un mejor conocimiento en herramientas de registro y monitoreo en comparación con los servicios de telemedicina. En cuanto a las herramientas de monitoreo digital continuo en hospitalización, el 78% (n=203) contestó erróneamente. Por el contrario, el 75% (n=195) contestó adecuadamente cuando se les consultó por el uso de pizarras digitales en contextos clínicos, similar porcentaje al 64% (n=166) que contestó correctamente cuando se consultó por los registros clínicos electrónicos. Según estos resultados, los profesionales se encuentran más familiarizados con las herramientas que se utilizan directamente en contextos clínicos.

Más adelante se les consultó por las herramientas digitales para la toma de decisiones clínicas, tal como se muestra a continuación en la figura 3.

Figura 3.

Conocimientos en herramientas para toma de decisiones.

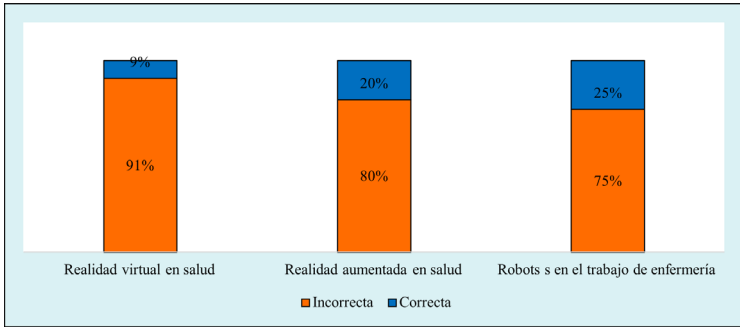


En esta parte del estudio la mayoría de los profesionales tiene conocimientos adecuados en cuanto a las herramientas digitales para toma de decisiones clínicas. Se consultó por la ciencia de datos en salud, a lo que 62% (n=161) contestó de forma adecuada. En cuanto al uso de inteligencia artificial, el 63% (n=164) también contestó correctamente, y finalmente en cuanto a aplicaciones móviles de salud, se tuvo el mismo porcentaje.

Posteriormente, se consultó por los conocimientos en herramientas de tratamiento y teleatención. Estos resultados se muestran en la figura 4.

Figura 4.

Conocimientos en herramientas de tratamiento y teleatención.



Se encontró que los conocimientos sobre las tecnologías asociadas a la teleatención son deficientes en los profesionales. El 91% (n=237) contestó equivocadamente ante el uso de la realidad virtual en salud. Con porcentajes similares de 80% (n=208) se encuentra el conocimiento en realidad aumentada y su

aplicación en salud. Finalmente, el 75% (n=195) de los encuestados desconoce en cuanto a la utilización de los robots en el trabajo de enfermería.

Por último, se presenta a continuación la estadística descriptiva obtenida para esta variable de conocimientos sobre herramientas de salud digital en los profesionales.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos de variable conocimiento.

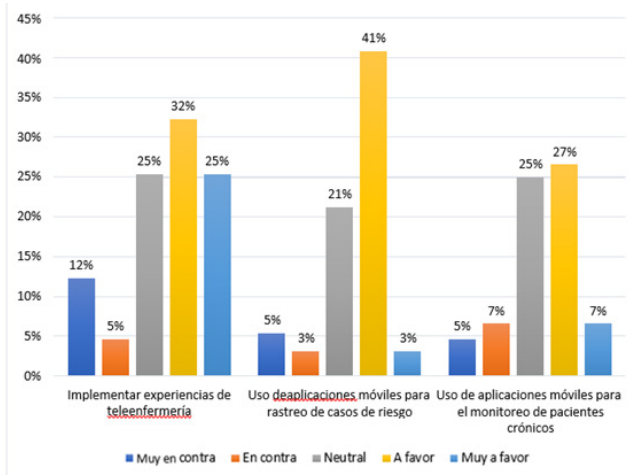
Descripción	n	Mínimo	Máximo	Media
Conocimiento total	260	1	9	5,10±1,871
Telemedicina	260	0	3	1,06±0,841
Herramientas de registro y monitoreo	260	0	3	1,61±0,834
Herramientas para toma de decisiones	260	0	3	1,88±0,955
Herramientas de tratamiento y teleatención	260	0	2	0,55±0,687

Como se observa en la tabla 2, los resultados sugieren un nivel medio de conocimiento sobre las herramientas de salud digital. Igualmente, un conocimiento limitado sobre telemedicina y sobre herramientas de tratamiento y teleatención, un conocimiento moderado sobre herramientas de registro y monitoreo de salud digital y un nivel medio-alto de conocimiento sobre las herramientas para la toma de decisiones en el contexto de la salud digital.

La siguiente variable investigada fue actitudes del personal hacia el uso de herramientas de salud digital (HSD). En primer lugar, se les consultó por HSD para la atención remota, en donde se obtuvieron los siguientes resultados (ver figura 5).

Figura 5.

Actitudes HSD hacia la atención remota y en tiempo real.



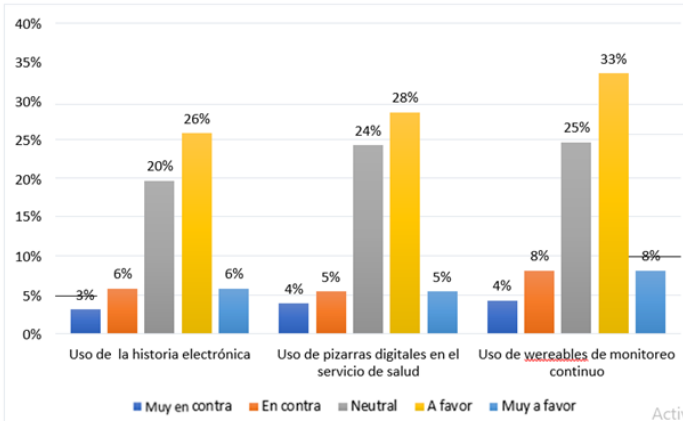
Se observa en la figura 5 que, en general, existen actitudes positivas frente a estas HSD para proporcionar atención de enfermería en forma remota y en tiempo real. Se consultó por la disposición a implementar teleenfermería, para lo cual el 32% ($n=83$) está a favor, mientras que un 25% ($n=65$) se siente muy a favor, no obstante, el mismo porcentaje es neutral. Solo el 12% ($n=31$) está muy en contra y un 5% ($n=13$) en contra.

Respecto al uso de aplicaciones móviles de rastreo de casos de riesgo, un 41% ($n=107$) está a favor y el 21% ($n=55$) es neutral. Porcentajes menores, menos representativos de la muestra, se consideran muy a favor o muy en contra. Finalmente, se preguntó por la disposición a utilizar aplicaciones para monitoreo de pacientes crónicos, ante lo cual los profesionales a favor fueron solo el 27% ($n=70$) y un 25% ($n=65$) fueron neutrales.

Más adelante, se consultó por las HSD y su uso para registro y procesamiento de datos (ver figura 6).

Figura 6.

Actitudes HSD para registro y procesamiento de datos.

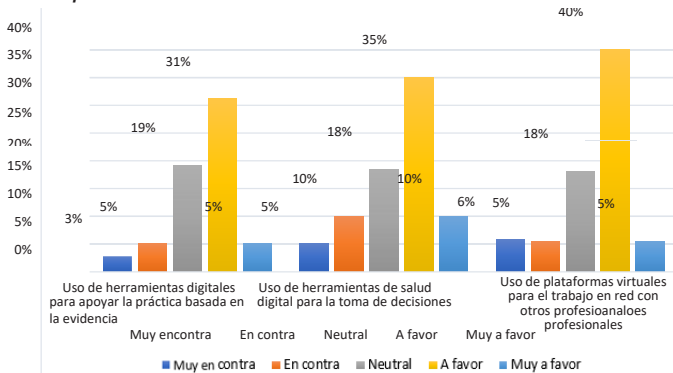


Como se observa en la figura 6, los porcentajes más importantes se encuentran con una disposición positiva hacia la tecnología y su uso en el registro y procesamiento de datos. En cuanto al uso de las historias electrónicas, el 26% (n=68) señala que está a favor, mientras que el 20% (n=52) señala que es neutral al respecto. Por otra parte, el 28% (n=73) está muy a favor con el uso de pizarras digitales, mientras que un 24% (n=62) es neutral. Finalmente, un 33% (n=86) está muy a favor de utilizar wearables de monitoreo continuo, y el 25% (n=65) es neutral al respecto.

Se consultó también por el uso de HSD para el cuidado directo, ante lo cual se registraron los siguientes resultados ilustrados en la figura 7.

Figura 7.

Actitudes HSD para el cuidado directo.

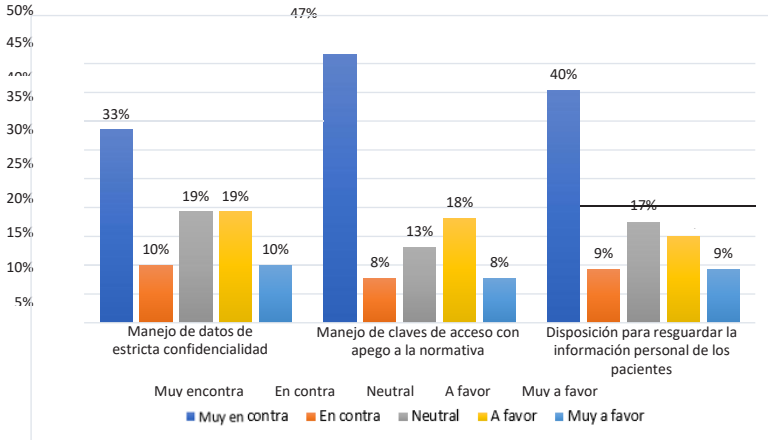


Como se observa en la figura 7, siguen predominando las actitudes favorables a las tecnologías en salud. Así, con respecto al uso de herramientas digitales que apoyen la práctica basada en la evidencia, el 31% (n=81) se considera a favor mientras que el 19% (n=49) se encuentra neutral; porcentajes menores tienen actitudes más extremas al respecto, ya sean positivas o negativas. Por otra parte, en cuanto a las herramientas para la toma de decisiones, un 35% (n=91) considera que está a favor, mientras que 18% señala estar neutral al respecto; porcentajes de 10% (n=26), por su parte, consideran que están o bien muy a favor o bien en contra. Finalmente, en cuanto al uso de plataformas virtuales para trabajar en red con otros profesionales, un 40% (n=104) de la muestra está a favor, un 18% (n=47) neutral y otros porcentajes menores con opiniones más extremas.

Por último, también se investigó sobre el compromiso de los profesionales con el manejo ético asociado a las HSD. Lo obtenido se detalla a continuación en la figura 8.

Figura 8.

Compromiso con el manejo ético de los datos generados en las HSD.



Como se observa en la figura 8, en cuanto al manejo de datos con estricta confidencialidad, se encontró que el 33% (n=86) se considera en contra de compartir la información de las historias clínicas con familiares o amigos de los pacientes, mientras que el 19% (n=49) considera que es neutral o a favor (mismoporcentaje) y el 10% (n=26) se encuentra o en contra o muy a favor. Respecto al manejo de claves de acceso con apego a las normativas, un 47% (n=122) se considera muy en contra de compartir dichas claves con terceras personas, aunque el 18% (n=47) considera que está a favor, el 13% (n=34)

está en contra y un 8% considera que está muy a favor o en contra (mismo porcentaje). Finalmente, respecto a acceder a información de pacientes que no están al cuidado de los profesionales (resguardo de la información personal), un 40% se mostró muy en contra, un 17% (n=44) neutral, un 15% (n=39) a favor y 9% (n=23) está muy a favor y en contra, respectivamente.

Estos resultados, en general, dan cuenta de una disposición positiva y/o neutral ante las HSD y se aprecian porcentajes altos de indecisiones con respecto al manejo ético de estas en determinados casos.

Finalmente, se calcularon los estadísticos descriptivos para esta variable:

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de variable actitudes hacia las HSD.

Descripción	N	Mínimo	Máximo	Media
Actitud general	260	1	5	3,62±0,946
Uso HSD para la atención remota	260	1	5	3,77±1,061
Uso HSD para registro y procesamiento de datos	260	1	5	3,92±0,965
Uso HSD para el cuidado directo	260	1	5	3,91±1,008
Compromiso con el manejo ético de los datos generados en las HSD	260	1	5	2,64±1,384

Como se aprecia en la tabla 3, las actitudes presentan, en general, una media de 3,62 con una desviación estándar de 0,946. Esto indica una actitud positiva general hacia las herramientas de salud digital entre los profesionales de enfermería encuestados, aunque no es extremadamente alta. Se observa una actitud relativamente positiva hacia el uso de HSD para la atención remota, una actitud bastante positiva hacia el uso de HSD para el registro y procesamiento de datos y una actitud positiva hacia el uso de HSD en el cuidado directo. En cuanto al manejo ético de los datos, esta dimensión obtuvo la puntuación más baja en comparación con las anteriores, indicando una actitud menos positiva o más reservada hacia el manejo ético de los datos que se generan mediante el uso de las HSD.

Se realizó el cálculo de las correlaciones entre las variables estudiadas, lo que arrojó los siguientes resultados reflejados en la tabla 4.

Correlaciones entre variables conocimientos y actitudes.

Variable	Dimensio- nes	Co- rrela- ción	Tele- medi- cina	Herra- mie- ntas de regis- tro y moni- toreo	Herra- mie- ntas para toma de decisio- nes	Herra- mie- ntas de tratamie- nto y telea- tención	Uso HSD para la atención remota	Uso HSD para registro y pro- cesamien- to de datos	Uso HSD para el cuidado directo	Compromiso con el manejo ético de los datos
CONOCIMIENTOS	Telemedicina	C.P	1							
		Sig.								
	Herramientas de registro y monitoreo	C.P	,161**	1						
		Sig.	0,009							
	Herramientas para toma de decisiones	C.P	0,053	,269**	1					
		Sig.	0,397	0,000						
	Herramientas de tratamiento o y teleatención	C.P	0,001	-0,046	0,021	1				
		Sig.	0,983	0,455	0,734					

ACTITUDES	Uso HSD para la atención remota	C.P	0,072	,253**	0,113	0,098	1			
		Sig.	0,247	0,000	0,068	0,116				
	Uso HSD para registro y procesamiento de datos	C.P	0,073	,244**	,228**	,184**	,728**	1		
		Sig.	0,242	0,000	0,000	0,003	0,000			
	Uso HSD para el cuidado directo	C.P	-0,012	,234**	,241**	,137*	,674**	,795**	1	
		Sig.	0,850	0,000	0,000	0,027	0,000	0,000		
	Compromiso con el manejo ético de los datos	C.P	-0,047	-0,120	-0,086	,173**	,283**	,351**	,378*	1
		Sig.	0,449	0,053	0,165	0,005	0,000	0,000	0,000	
	**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).									
	*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).									
DÉBIL	<0,30									
MODERADA	Entre 0,30 y 0,70									
ALTA	>0,70									

Como se observa en la tabla 4, la correlación entre actitudes y conocimientos es una correlación alta entre uso de HSD para la atención remota y uso de HSD para el cuidado directo; en cuanto a las correlaciones débiles, pero con significancia se aprecia resultados entre uso de HSD para la atención remota y herramientas de registro y monitoreo. Respecto a la correlación conocimientos con conocimiento se observa correlación débil entre herramientas para toma de decisiones y herramientas de registro y monitoreo. Finalmente, sobre la correlación entre la dimensión de actitudes se observa correlación alta entre uso de HSD para el cuidado directo y uso de HSD para registro y procesamiento de datos. Las relaciones son positivas, por tanto, se infiere que mientras mejoran las actitudes de unas, mejoran también las otras.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los conocimientos y actitudes que tienen los profesionales de enfermería del cantón Loja, en cuanto a

las herramientas de salud digital. Los resultados dan cuenta de estos objetivos, en donde se tiene que, en términos generales, el conocimiento de los profesionales se encuentra en una media de $5,10 \pm 1,871$ y las actitudes generales hacia la tecnología tienen una medida de $3,62 \pm 0,946$.

Los resultados demográficos de la muestra estudiada revelan un predominio de mujeres y la mayoría de los profesionales poseen una licenciatura. Además, la mayor proporción trabaja en instituciones de salud públicas. Estos datos proporcionan un contexto importante para interpretar las respuestas en relación con los conocimientos y actitudes hacia las herramientas digitales en salud.

La evaluación de los conocimientos en telemedicina indica una falta de familiarización entre los profesionales de la salud, lo que coincide con los resultados de Bashir et al. (1), quienes estudiaron una población de enfermeros de Arabia Saudí y tuvieron conocimientos limitados en un 63,7% de la muestra. Por otra parte, los resultados revelan que la mayoría de los encuestados tiene percepciones incorrectas sobre el alcance, finalidad y requisitos legales de la telemedicina. Estas deficiencias son preocupantes, especialmente en el contexto actual donde la telemedicina ha demostrado ser crucial. Estos hallazgos sugieren la necesidad de mejorar la formación y la conciencia sobre las herramientas digitales en el ámbito de la salud.

A diferencia de la telemedicina, los profesionales muestran un mejor conocimiento en herramientas de registro y monitoreo. Sin embargo, persisten ciertas áreas de desconocimiento, como la falta de comprensión sobre el monitoreo digital continuo en hospitalización. Aunque la familiaridad con las pizarras digitales y los registros clínicos electrónicos es mayor, estos resultados resaltan la importancia de una formación continua para garantizar un uso eficaz de estas tecnologías. Como mencionan Valdera et al. (2) y Ali et al. (3) es indispensable que se continúe capacitando al personal de enfermería en el uso de las tecnologías como un aporte a su rol de brindar cuidados de calidad.

En general, los profesionales muestran conocimientos adecuados en herramientas digitales para la toma de decisiones, incluyendo la ciencia de datos en salud y el uso de inteligencia artificial. Estos resultados indican una mayor familiaridad con tecnologías avanzadas que respaldan la toma de decisiones clínicas. Esto contrasta con lo expuesto por la OPS/OMS (4) quienes afirman que cada vez son más los profesionales de enfermería que tienen conocimientos sobre este tipo de herramientas las cuales les ayudan a actuar de mejor manera en el cumplimiento del rol que les corresponde.

Los conocimientos en herramientas asociadas a la teleatención son deficientes, especialmente en el caso de la realidad virtual y aumentada, lo que contrasta con el conocimiento y las actitudes positivas del personal de enfermería de Alemania en el estudio de Lange et al. (5). Estos resultados sugieren que los profesionales pueden no estar completamente preparados para adoptar tecnologías emergentes en el ámbito de la salud. Es esencial abordar estas carencias para garantizar una implementación efectiva y segura de estas herramientas. De igual manera, estos resultados contrastan con los conocimientos autopercebidos por la población de estudiantes de enfermería que investigaron Lekalakala et al. (6), quienes en un 58 % consideran que son adecuados.

Las actitudes hacia las herramientas digitales en salud son positivas en general, aunque se presentan más dispuestas en otras poblaciones, como las del estudio de Lekalakala et al. (6) o bien el de Bashir et al. (1), en donde la mayoría está muy de acuerdo y de acuerdo con la integración de la tecnología en la salud (71% y 3,26 puntos, respectivamente). Sin embargo, se observan ciertas reservas, especialmente en el ámbito ético. La disposición a compartir información sensible, como historias clínicas, con familiares o amigos, presenta opiniones divididas. Este hallazgo destaca la importancia de abordar cuestiones éticas y de privacidad al implementar tecnologías digitales en entornos de salud.

En cuanto a las correlaciones, se pudo observar que es alta en el caso de actitudes y conocimientos, específicamente en lo referente a uso de HSD para la atención remota y uso de HSD para el cuidado directo, también se identificó correlaciones débiles pero significativas entre uso de HSD para la atención remota y herramientas de registro y monitoreo. En cuanto a los conocimientos existe correlación débil entre herramientas para toma de decisiones y Herramientas de registro y monitoreo.

En la dimensión de actitudes se observó correlación alta entre uso de HSD para el cuidado directo y uso de HSD para registro y procesamiento de datos. A pesar de que la mayor parte de las correlaciones fueron débiles, se debe destacar que todas fueron positivas. Los datos se contrastan con lo expuesto por Bashir et al. (1) quien señala el aporte de la tecnología a la labor que cumplen los profesionales de enfermería, razón por la cual es importante continuar implementado estos recursos.

En definitiva, este estudio destaca la necesidad de intervenciones educativas y formativas para mejorar los conocimientos y actitudes del personal

de salud hacia las herramientas digitales, tal como se plantea en Morales (1). Además, enfocarse en aspectos éticos puede contribuir a una adopción más eficaz y ética de estas tecnologías en entornos de atención médica.

Una limitación importante de este estudio es el potencial sesgo de selección de participantes, inherente al método de muestreo no probabilístico por bola de nieve que se utilizó. Dado que no se disponía de un listado completo de enfermeras y enfermeros en el cantón Loja, la selección de los participantes dependió de las redes personales y profesionales de los individuos inicialmente contactados.

Este enfoque puede haber llevado a una muestra que no es plenamente representativa de la población total de profesionales de enfermería en el cantón. En particular, es probable que los participantes en este estudio estén más conectados entre sí dentro de ciertas redes sociales o profesionales, lo que podría resultar en opiniones y experiencias más homogéneas que no reflejan completamente la diversidad de perspectivas existentes en la comunidad de enfermería más amplia.

Los hallazgos de este estudio ofrecen una visión detallada de los conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería en el cantón Loja con respecto a las herramientas de salud digital.

Existen desafíos en cuanto al manejo de conocimientos sobre telemedicina, con una mayoría de profesionales mostrando percepciones incorrectas sobre su alcance, finalidad y requisitos legales. Estas deficiencias son especialmente relevantes en el contexto sanitario actual donde se está avanzando en procesos de transformación digital de los sistemas de salud. La mejora en la formación y conciencia sobre estas herramientas digitales es una necesidad indispensable.

Existen algunas fortalezas en el conocimiento de herramientas de registro y monitoreo, aunque persisten algunos vacíos, especialmente en el monitoreo digital continuo en hospitalización. La familiaridad con pizarras digitales y registros clínicos electrónicos sugiere cierto avance, pero la necesidad de formación continua destaca oportunidades para mejorar la competencia digital de los profesionales.

En términos de actitudes, existe una disposición relativamente positiva hacia las herramientas digitales, señalando una apertura general a la adopción de tecnologías digitales en la práctica de enfermería. No obstante, las reservas éticas, especialmente en la disposición a compartir información sensible, subrayan la importancia de abordar capacitaciones para el manejo de temas

éticos y de privacidad previo a la implementación de cualquier estrategia o sistema de registro digital.

Las correlaciones entre conocimientos y actitudes sugieren la presencia de otros factores influyentes en la aceptación de herramientas digitales. Sin embargo, la fuerte correlación entre actitudes éticas y actitudes hacia el uso de herramientas digitales destaca la relevancia de mejorar la conciencia ética para impulsar una adopción efectiva y ética de las tecnologías digitales en la práctica de enfermería.

En definitiva, este estudio subraya la necesidad de intervenciones educativas y formativas para mejorar los conocimientos y actitudes del personal de salud hacia las herramientas digitales. Además, resalta la importancia de abordar aspectos éticos para lograr una adopción efectiva y ética de las tecnologías digitales en el sistema de salud ecuatoriano.

Referencias

1. Bashir et al. Health care professionals' knowledge and attitudes toward telemedicine. *Front Public Health*. 2023; p. 957681.
2. Valdera E, Montenegro M. Competencias en la tecnología de información y comunicación del profesional de enfermería en instituciones del primer nivel de atención Chiclayo, 2020. ACC CIETNA. *Revista de la Escuela de Enfermería*. 2022; p. 18-28.
3. Ali et al. Compassionate nursing care and the use of digital health technologies: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2022; p. 104161.
4. OPS/OMS. CD59/6. Hoja de ruta para la transformación digital del sector de la salud en la Región de las Américas. [Online].; 2021. Available from: <https://acortar.link/PDzAi0>.
5. Lange et al. Learning With Virtual Reality in Nursing Education: Qualitative Interview Study Among Nursing Students Using the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology Model. *JMIR Nurs*. 2020; p. e20249.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Unidad 5

Bienestar del personal de enfermería



5- Bienestar del personal de enfermería

Para mejorar eficazmente el bienestar del personal de enfermería, es esencial reconocer la naturaleza generalizada del síndrome de burnout y sus efectos perjudiciales tanto a nivel personal como profesional (1).

El burnout no solo disminuye la calidad de la atención brindada a los pacientes, sino que también pone en peligro el bienestar del personal, lo que lo convierte en un punto focal crítico para la gestión de la atención médica (1), al comprender la alta prevalencia y los factores de riesgo asociados del burnout en enfermería, los entornos de atención médica pueden desarrollar estrategias preventivas y de intervención personalizadas que aborden estos desafíos específicos (1).

Implementar un enfoque holístico y personalizado para la atención, como se sugiere en una investigación reciente, puede respaldar la recuperación y la resiliencia de los profesionales de la salud, fomentando entornos donde se prioricen tanto la salud mental como la satisfacción profesional.

El modelo de marea de Barker ofrece estrategias estructuradas para mitigar el burnout, lo que subraya la necesidad de sistemas integrales de apoyo a la salud mental dentro de las instituciones de atención médica (1).

Es necesario que se formulen políticas, reconozcan estas interconexiones e implementen de manera proactiva medidas que promuevan la salud mental y el manejo del estrés del personal de enfermería, mejorando en última instancia la calidad general de la prestación de atención médica.

Bibliografía

1. Herrera et al. Síndrome de Burnout en enfermería y su influencia en la seguridad del paciente, según modelo de la marea en la recuperación de la salud mental de Phil Barker. [Online].; 2024. Available from: <http://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/103>.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 24

Afectación del desempeño laboral en
profesionales de enfermería: un
estudio fenomenológico

AUTORES: Erika Lizbeth Pinduisaca Torres; Inés Patricia Urgilés Vallejo

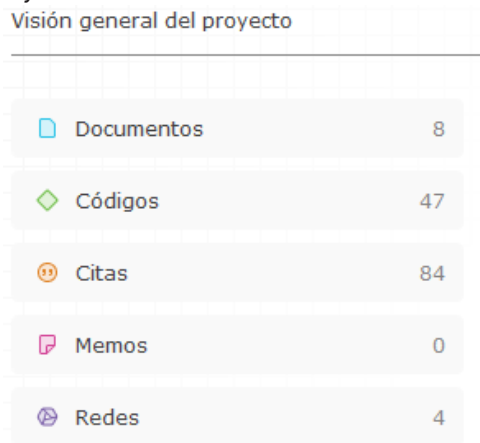


Para la elaboración de este artículo se realizaron 8 entrevistas al personal de enfermería del HGSQ que accedió a ello voluntariamente mediante firma de consentimiento informado. Estos datos fueron grabados y analizados empleando Atlas Ti, el cual se realizó mediante un proceso de categorización libre, en donde se buscaron distintas unidades de sentido a lo expresado por los profesionales.

Una síntesis general de los estudios se muestra en la Figura 1.

Figura 1.

Visión general del proyecto.



***Captura de síntesis en Atlas ti**

Como se observa en la figura 1, en las 8 entrevistas ingresadas (documentos), se obtuvieron 47 códigos, de los cuales 39 corresponden a categorías y subcategorías conceptuales presentes en las entrevistas y que tienen asociada al menos una cita; 3 categorías son conceptos generales en los que se clasifican las categorías antes mencionadas; y, finalmente, 5 códigos operativos que permitieron organizar los documentos por pregunta. En la tabla 1 se señalan estos códigos y la frecuencia de aparición en las entrevistas.

Tabla 1.

Frecuencia de categorías emergentes (códigos).

- 01 Carga laboral Gr=9	- 11 Falta de oportunidades de capacitación Gr=2	- 21 Estado de la familia Gr=2	- 31 Dificultades familiares Gr=1	- Desempeño laboral Gr=0
- 02 Demanda de pacientes Gr=6	- 12 Supervisión crítica negativa Gr=1	- 22 Competencia interprofesional Gr=2	- 32 Estrés del trabajo Gr=1	- Experiencia Gr=0
- 03 Factor objetivo Gr=18	- 13 Carga de pacientes Gr=3	- 23 Egoísmo profesional Gr=1	- 33 Retroalimentación estrés laboral-personal Gr=2	- Pregunta 1 Gr=4
- 04 Falta de personal Gr=6	- 14 Factor personal Gr=8	- 24 Rotación de liderazgos Gr=2	- 34 Condiciones de trabajo Gr=1	- Pregunta 2 Gr=4
- 05 Afectación psicológica Gr=7	- 15 Ausentismo del personal Gr=2	- 25 Falta de actividad lúdica Gr=1	- 35 Mala comunicación con colegas Gr=2	- Pregunta 3 Gr=4
- 06 Complejidad de pacientes Gr=10	- 16 Pandemia Gr=4	- 26 Descuido de pacientes Gr=3	- 36 Errores en el cuidado Gr=1	- Pregunta 4 Gr=4
- 07 Experiencia estresora Gr=9	- 17 Sensación de abandono Gr=3	- 27 Falta de concentración Gr=1	- 37 Mala comunicación con familias Gr=1	- Pregunta 5 Gr=3
- 08 Factores subjetivos Gr=24	- 18 Agotamiento Gr=3	- 28 Desequilibrio trabajo-vida Gr=4	- 38 Calidad de vida Gr=1	
- 09 Presión de médicos Gr=2	- 19 Falta de trabajo en equipo Gr=3	- 29 Factores estresantes Gr=1	- 39 Determinantes del desempeño laboral Gr=0	
- 10 Falta de apoyo institucional Gr=9	- 20 Estado psicológico Gr=1	- 30 Problemas personales Gr=1	- Clima laboral Gr=0	

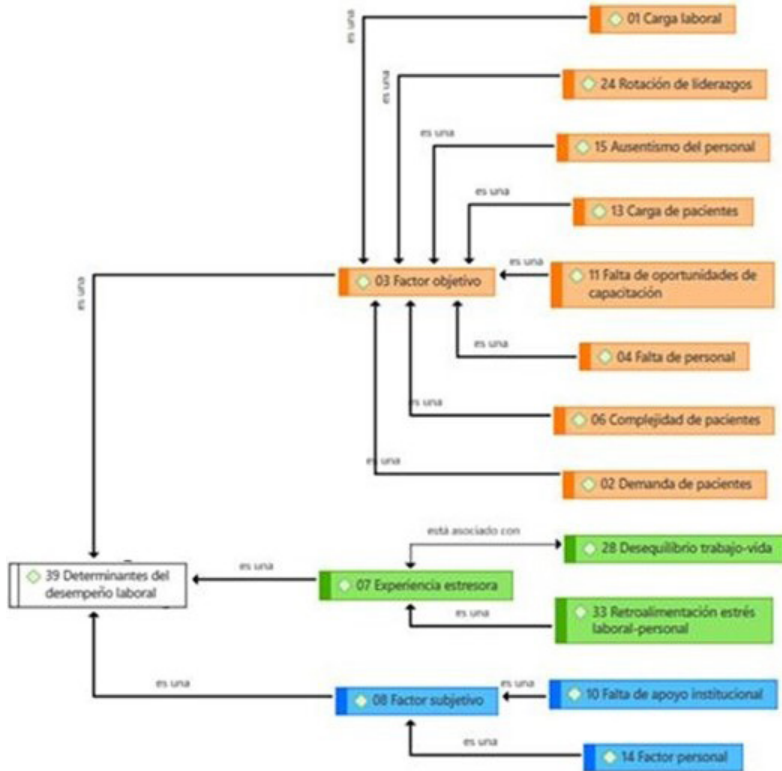
*Análisis de códigos y frecuencias arrojado por Atlas ti. Los códigos que se encuentran destacados en color rosa pálido son las categorías emergentes del estudio. Gr corresponde a la frecuencia de aparición en citas de las entrevistas.

A partir del análisis categorial realizado, se obtuvo el análisis general a continuación para cada objetivo de investigación.

La figura 2 muestra la información referente a las experiencias, factores objetivos y subjetivos que actúan como determinantes del desempeño laboral en profesionales de enfermería.

Figura 2.

Experiencias, factores objetivos y factores subjetivos.



*La figura muestra las experiencias, factores objetivos y factores subjetivos del desempeño laboral.

Los resultados, una vez ingresada la información de las entrevistas en el software Atlas Ti, permitieron explorar los aspectos que afectan al desempeño laboral en los profesionales de enfermería del área de UCI del HGSQ. Se identificaron factores objetivos, experiencias estresoras y factores subjetivos, que influyeron en el cumplimiento de las responsabilidades al interior de la institución de salud.

Entre los factores objetivos se encontraron la carga laboral, rotación de líderes, ausentismo del personal, carga de pacientes, falta de oportunidades de capacitación, falta de personal, complejidad de pacientes y demanda de pacientes. Como se puede observar existen una diversidad de aspectos que afectan directamente en el desempeño laboral de los profesionales de enfermería.

Enf. 1... “A mi criterio afecta la sobrecarga laboral, tenemos pacientes complejos que requieren mucho cuidado el tiempo no alcanza, trato de realizar mis funciones de la manera más rápida y efectiva, pero lamentablemente no se puede ser perfecta ya que la demanda de pacientes es alta y el personal es poco...”

Enf. 2 “...Mi desempeño laboral depende mucho de la carga de trabajo que tenemos en el área porque según el número de camas para cada enfermera aquí se sobrepasan, desde ahí inicia todo ya que al tener más pacientes a cargo hace que no demos la atención oportuna o de calidad como debe de ser a los pacientes, pasamos apuradas estresadas todo el tiempo...”

Enf. 3 “En su mayoría es la carga de trabajo, porque siempre hay muchos pacientes por enfermera y se complica trabajar, más aún cuando son pacientes complejos. También afecta el grado de estrés que uno tiene, ya que a veces a lo laboral se le suman problemas personales y todo eso afecta cuando se cuida a las personas críticas”.

Enf. 4 “Afecta la vida personal de uno y las condiciones en las que se trabaja. Para nosotras es complicado en enfermería ya que tenemos muchos pacientes, no hay suficiente personal y tenemos una demanda importante por eso. Además, también depende de si los pacientes son complejos. Creo que todo eso afecta a como uno lleva a cabo el cuidado”.

Enf. 5 “La carga de trabajo es el aspecto que afecta en mayor medida, sobre todo por el número de pacientes y por la complejidad de los casos. Esto provoca que se incrementen los niveles de estrés afectando también la vida familiar, social y personal”.

Enf. 6 “La cantidad de pacientes y la complejidad de sus condiciones son dos aspectos que afectan directamente el desempeño porque no tenemos el suficiente tiempo para brindar el cuidado y atención necesarios”.

Enf. 7 “La cantidad de trabajo y de pacientes que debo atender a veces sobrepasa mi capacidad, pienso que al no existir una adecuada planificación ni suficiente personal la sobrecarga de trabajo es demasiada. Esto incrementa los niveles de estrés lo cual afectan tanto a nivel laboral y también afecta la vida personal.”

Enf. 8 “Las condiciones de trabajo y los problemas que se pueden presentar en el campo de lo personal. La extremada carga de trabajo y atender varios pacientes al día, influye en la manera en que nos desempeñamos en el cumplimiento de nuestras funciones. Si los pacientes presenta cuadros clínicos complejos, esto también termina afectando”.

Con relación a las experiencias estresoras, estas se relacionan con el equilibrio trabajo-vida y con la retroalimentación estrés laboral-personal. Esta información revela la interrelación existente entre la vida laboral y la vida personal. La existencia de desequilibrios en alguna de estas afecta, el desempeño laboral directamente.

Los profesionales del área de enfermería deben ser entendidos en su totalidad, dando la importancia necesaria a la implementación de acciones que aseguren su equilibrio integral.

Enf. 1 “Los médicos están en todo momento presionándonos al personal de enfermería sin darse cuenta cuánto trabajo tenemos, dependiendo la complejidad del paciente, también en algunas ocasiones el mismo personal de enfermería pudiendo apoyar no lo hace y prefiere demostrar su egoísmo.”

Enf. 2 “Podría ser el daño psicológico que acarreamos desde que afrontamos la pandemia, no hemos recibido ni un gracias”.

Enf. 3 “La pandemia fue un estresor enorme, porque no solo aumentó mucho la cantidad de los pacientes y la complejidad; también afectó a nivel personal y psicológico, y no tuvimos un apoyo constante para resistir psicológicamente a toda la presión que eso significó”.

Enf. 4 “En el servicio en general creo que lo que más afecta es la complejidad de los pacientes y que al mismo tiempo son de alta demanda de estos; es decir, hay que brindar una atención muy especializada a muchas personas al mismo tiempo, como es en cuidados críticos. También algo que afecta normalmente es la comunicación y el trato entre el personal, los médicos suelen presionar mucho”.

Enf. 5 “La pandemia fue la experiencia más impactante que me ha tocado enfrentar, la escasa seguridad y preocupación por el personal de salud hizo que todo sea más difícil. A nivel psicológico la afectación fue grande porque no contamos con los medios para comprender y superar este hecho”.

Enf. 6 “La atención y cuidado a pacientes críticos es lo que afecta mayormente, ellos requieren de atenciones especializadas y a veces por la demanda de trabajo tendemos a estresarnos. Esto a veces hace que tengamos problemas de comunicación entre todo el equipo y no logramos tratarnos de la mejor manera”.

Enf. 7 “La pandemia fue una situación que no habíamos enfrentado antes, todo era algo desconocido, la cantidad de trabajo, pero sobre todo la presión psicológica hizo que esta etapa sea bastante compleja. Además, a

pesar de ser personal de atención primaria no tuvimos el apoyo ni los recursos suficientes para enfrentar esta situación”.

Enf.8 “El atender a pacientes críticos que requieren de cuidados y atenciones especializados, esto demanda mucho tiempo, y sobrepasa nuestra capacidad porque en ocasiones el número de pacientes son más de los que podemos atender. La poca comunicación entre el personal y la presión constante son también otras experiencias difíciles”.

Pese a las exigencias y demandas del área de UCI del HGSQ a los profesionales de enfermería, la institución no cumple en igual medida con acciones como el acceso a oportunidades de capacitación y formación, lo que desmotiva al personal. El nivel de requerimientos por parte de los directores de la entidad no se encuentra en línea con las posibilidades de desarrollo que ofrecen al personal.

Enf. 1 “Por parte de la institución no hemos tenido apoyo, siempre nos exigen, pero nunca nos reconocen, después de la pandemia muchos profesionales quedamos con daños psicológicos y no se ha preocupado por brindarnos ayuda también siento que no tenemos oportunidad de crecimiento y algo que perjudica es el cambio de personal constante”.

Enf. 2 “La falta de apoyo, la motivación personal, como le decía la pandemia nos dejó afectadas, durante la misma nos exigían mucho todo el tiempo y cuando terminó nunca nos reconocieron todo lo que dimos a la institución, pusimos nuestra vida en riesgo incluso a nuestras familias porque todo al inicio era desconocido”.

Enf. 3 “No tuvimos apoyo en tiempo de pandemia, por ejemplo. Le diría que la institución nos exigió mucho, pero sin brindarnos apoyo o seguimiento tampoco. Nosotros tuvimos que lidiar solos con todas las exigencias de la pandemia. Otra cosa sería también la falta de trabajo conjunto con los colegas, y que en muchos casos existen ausencias o se cambia permanentemente al personal”.

Enf. 4 “La institución tiene muchas exigencias, pero provee pocas herramientas para que nos desempeñemos mejor. No existen muchos planes o posibilidades para uno seguir estudiando o mejorando con magíster, doctorados o cursos. Igualmente creo que no se han implicado en nuestro bienestar integral, la parte psicológica siempre queda de lado”.

Enf. 5 “La falta de apoyo en la pandemia, el hecho de tener que afrontar los diferentes casos prácticamente solos, la falta de trabajo en equipo y la constante rotación del personal influyeron en nuestro desempeño”.

Enf. 6" El factor que afecta en mayor medida es que las exigencias de las instituciones y de los directores no están acorde con el apoyo que nos brindan. Si existiera mayor comprensión y apoyo seguramente podríamos rendir a un mejor nivel, porque nosotras también necesitamos continuar capacitándonos y formándonos para poder cumplir al nivel que esperan".

Enf. 7" El escaso apoyo durante la pandemia es un claro ejemplo. El nivel de exigencia no estuvo acorde con las medidas tomadas desde la dirección para protegernos, brindarnos apoyo, ni para dar seguimiento a cómo nos encontrábamos físicamente, psicológicamente y emocionalmente. Todo fue muy difícil".

Enf. 8" Las pocas oportunidades para continuar preparándonos que ofrece la institución son parte de los factores que afectan en el desempeño laboral. Así mismo, la ausencia de herramientas para agilizar y facilitar el trabajo incide en la manera en que nos desempeñamos. El aspecto psicológico es otro tema pendiente dentro de la institución".

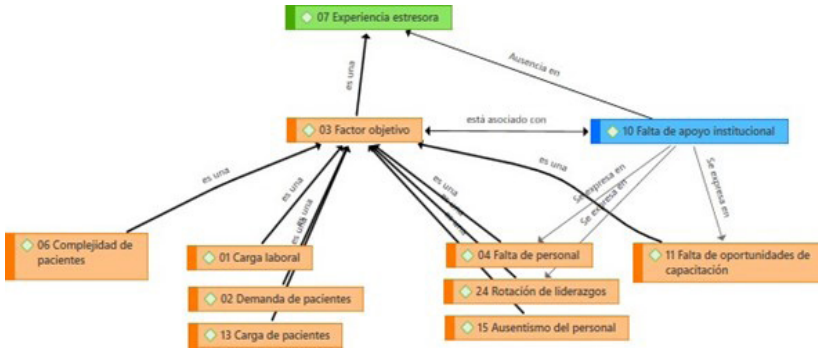
En relación a la carga laboral y demanda de pacientes, se pudo conocer que los profesionales de enfermería atienden a pacientes críticos, lo que demanda mayor tiempo de atención y cuidado. Al no existir suficiente personal se produce una sobre saturación de responsabilidades que conllevan elevados niveles de estrés. Sumado a esto, los profesionales perciben que la institución no dispone de un liderazgo claro, lo cual afecta en la organización de los turnos, actividades y responsabilidades que deben cumplir en la unidad de cuidado intensivos.

Los datos expuestos se relacionan con los factores objetivos, en donde se identificó que la falta de apoyo institucional y los factores personales afectan en el desempeño laboral. Tal como ya se mencionó, los profesionales de enfermería no pueden ser entendidos únicamente desde una visión laboral o personal, ellos atraviesan realidades complejas e incluso difíciles, tanto en el lugar de trabajo como en su vida cotidiana, que requieren ser atendidas para evitar el desarrollo de cuadros de estrés que los desmotivan en el cumplimiento de sus obligaciones.

La figura 3 muestra los datos acerca de los factores objetivos que ejercen como determinantes del desempeño laboral en profesionales de enfermería del área de UCI del HGSQ.

Figura 3.

Factores objetivos del desempeño laboral de los profesionales de enfermería.



***Elaboración propia utilizando el software Atlas Ti**

Los factores objetivos se relacionan con la complejidad de los pacientes, ya que el estar ingresados en UCI requieren de cuidado especializados que demandan mayor tiempo a los profesionales de enfermería. Sumado a esto, la carga laboral, la demanda de pacientes, la falta de personal y el ausentismo generan que el desempeño de trabajo se vea disminuido, principalmente porque no existen los recursos ni los medios necesarios para cumplir al 100% con las responsabilidades.

La percepción del cambio constante de jefaturas y liderazgos sumada a la percepción de una organización poco clara impacta en la atención de las necesidades de los pacientes. Esto se relaciona con la falta de apoyo institucional ya que no hay suficientes oportunidades de capacitación y, en consecuencia, no existe una real preocupación por asegurar que el personal posea los conocimientos, insumos y herramientas necesarias para cumplir con las responsabilidades que les corresponden.

Los profesionales, por tanto, perciben un abandono o falta de interés de parte de la institución de salud para la creación de condiciones apropiadas que los ayuden a lograr un adecuado desempeño laboral. Conforme los niveles de exigencia se incrementan, se ven reducidos sus derechos como profesionales de la salud a quienes se les debe brindar las garantías suficientes para que puedan cumplir con su rol de atención y cuidado a los pacientes críticos.

La figura 4 muestra los datos acerca de los factores subjetivos que ejercen como determinantes del desempeño laboral en profesionales de enferme-

Figura 4.

Diagrama de flujo que muestra la relación entre variables de estrés laboral y personal. El diagrama comienza con 'Clima laboral' (variable azul) que influye en 'Estrés del trabajo' (variable verde) y 'Factor personal' (variable azul). 'Estrés del trabajo' influye en 'Retroalimentación estrés laboral-personal' (variable verde) y 'Desdúo de pacientes' (variable verde). 'Factor personal' influye en 'Factor subjetivo' (variable azul) y 'Falta de apoyo institucional' (variable azul). 'Factor subjetivo' influye en 'Agotamiento' (variable verde). 'Falta de apoyo institucional' influye en 'Experiencia estresora' (variable verde) y 'Supervisión crítica negativa' (variable verde). 'Experiencia estresora' influye en 'Desequilibrio trabajo-vida' (variable verde). 'Supervisión crítica negativa' influye en 'Sensación de abandono' (variable verde). 'Sensación de abandono' influye en 'Falta de actividad lúdica' (variable verde). 'Falta de actividad lúdica' influye en 'Estado de la familia' (variable verde). 'Estado de la familia' influye en 'Dificultades familiares' (variable verde). 'Dificultades familiares' influye en 'Afectación psicológica' (variable verde). 'Afectación psicológica' influye en 'Problemas personales' (variable verde). 'Problemas personales' influye en 'Falta de comunicación con colegas' (variable verde). 'Falta de comunicación con colegas' influye en 'Egoismo profesional' (variable verde). 'Egoismo profesional' influye en 'Presión de médicos' (variable verde). 'Presión de médicos' influye en 'Falta de trabajo en equipo' (variable verde). 'Falta de trabajo en equipo' influye en 'Clima laboral'. 'Clima laboral' también influye en 'Factor personal' y 'Factor subjetivo'. 'Factor personal' también influye en 'Estrés del trabajo'. 'Factor subjetivo' también influye en 'Desdúo de pacientes'. 'Falta de apoyo institucional' también influye en 'Agotamiento'. 'Experiencia estresora' también influye en 'Desequilibrio trabajo-vida'. 'Supervisión crítica negativa' también influye en 'Sensación de abandono'. 'Sensación de abandono' también influye en 'Falta de actividad lúdica'. 'Falta de actividad lúdica' también influye en 'Estado de la familia'. 'Estado de la familia' también influye en 'Dificultades familiares'. 'Dificultades familiares' también influye en 'Afectación psicológica'. 'Afectación psicológica' también influye en 'Problemas personales'. 'Problemas personales' también influye en 'Falta de comunicación con colegas'. 'Falta de comunicación con colegas' también influye en 'Egoismo profesional'. 'Egoismo profesional' también influye en 'Presión de médicos'. 'Presión de médicos' también influye en 'Falta de trabajo en equipo'. 'Falta de trabajo en equipo' también influye en 'Clima laboral'.

Los factores subjetivos que afectan el desempeño laboral de los profesionales de enfermería son los personales y la falta de apoyo institucional. Dentro de los personales se identificaron las dificultades familiares, estado de la familia, afectaciones psicológicas, problemas personales y la falta de actividades lúdicas. Es fundamental tomar en cuenta que las enfermeras y enfermeros no pueden ser comprendidos únicamente en su dimensión laboral, ellos tienen una vida personal y familiar que influirá en su desempeño positiva o negativamente, como lo manifiestan las entrevistadas.

Enf. 1 “Mas bien pienso que los factores del hospital son los que afectan en nuestros hogares ya que salimos de los turnos muy cansadas solo llegamos a dormir a tratar de descansar y no tenemos tiempo para poder compartir con nuestra familia hijos, cumplir con nuestra función de madre. Y regresamos así mismo al turno y cada vez estamos más agotadas mental y físicamente”.

Enf. 2 “De mi parte trato de separar los problemas familiares con lo laboral, pero muchas de las veces el estrés que uno tiene en el área es el factor que desencadena de manera directa el desempeño de nosotros, no siento que factores personales como tal afecten el desempeño”.

Enf. 3 “Bueno, a veces el estrés del trabajo se transforma en dificultades familiares que afectan después al desempeño y la concentración, es como un círculo vicioso. Pero no solo eso, a veces son los problemas personales que uno tiene que nos afectan a la concentración o a la manera psicológica en la que afrontamos pacientes complejos.”

Enf. 4 “En lo personal creo que hay situaciones que afectan al trabajo, problemas de la familia y otras situaciones complicadas, todo eso afecta. También se da que la carga laboral es elevada y no existe el tiempo para compartir o bien arreglar esos mismos problemas”.

Enf. 5 “El aspecto familiar fue el más afectado debido a que, aunque no es correcto, es el espacio en el que descargamos todas nuestras frustraciones laborales y eso repercute en nuestros niveles de concentración y desempeño. No tener estabilidad en el trabajo y tener problemas en la familia disminuyeron las capacidades profesionales”.

Enf. 6 “Creo que cuando tenemos problemas a nivel familiar, esto indiscutiblemente repercute en nuestro desempeño. Cuando nuestros problemas personales no logran solucionarse de manera adecuada nos desconcentramos y podemos cometer errores”.

Enf. 7 “El no tener una estabilidad familiar afecta directamente en el desempeño de las actividades de cuidado y atención de los enfermos críticos. También estar constantemente estresados nos limita a rendir de manera idónea lo cual puede llevara cometer errores y muchos más en casos en donde los pacientes atraviesan cuadros críticos”.

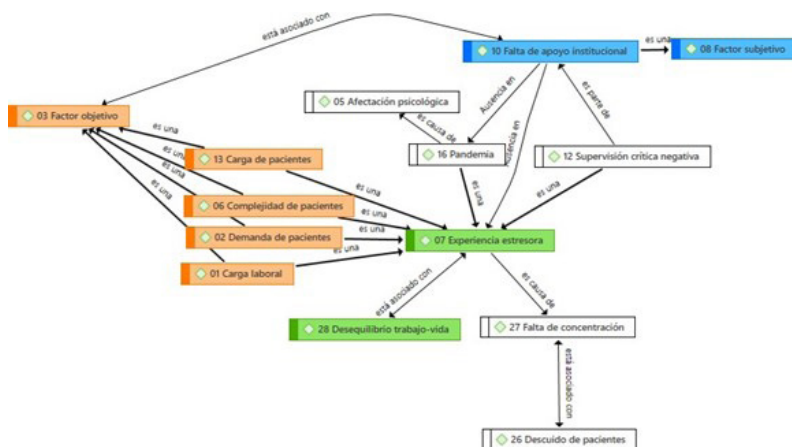
Enf. 8 “Los aspectos personales siempre influyen en el desempeño laboral, a veces nos enfrentamos a situaciones que superan nuestra capacidad para manejarlos, la familia es el principal elemento que nos afecta. La falta de espacios de descanso nos limita a poder desarrollarnos y cumplir nuestras responsabilidades de manera efectiva”.

En relación con la falta de apoyo institucional se identificó como aspectos relevantes la supervisión crítica negativa y la sensación de abandono. Las condiciones sanitarias provocadas por la pandemia demandaron mayor trabajo a los profesionales de enfermería, sin embargo, esto no se vio retribuido en la toma de acciones para mejorar sus condiciones laborales por parte de los estamentos directivos, generando agotamiento, desmotivación y estrés constante.

Los factores subjetivos por lo tanto mantienen una relación estrecha con la retroalimentación estrés laboral–personal y con el equilibrio trabajo–vida. El óptimo desempeño laboral de los profesionales de enfermería del área de UCI del HGSQ, requiere la comprensión de cada una de las dimensiones que integran al personal para asegurar que se tomen acciones que les permitan desempeñarse bajo mejores condiciones que aporten en su desarrollo integral.

Respecto a las experiencias estresoras que fueron planteadas por el personal de enfermería entrevistado, se obtuvo el siguiente diagrama de relaciones categoriales (ver figura 5).

Figura 5.
Experiencias estresoras, los vínculos categoriales de la categoría Experiencias estresora.



***Elaboración propia utilizando el software Atlas Ti**

Las experiencias estresoras por las que atraviesa el personal de enfermería son múltiples y tienen diversas determinantes. Como se observa en la figura, estas se deben en gran medida a factores objetivos del contexto laboral, como son los horarios laborales, la alta demanda de pacientes, los grados de

complejidad a los que se enfrentan en entornos críticos, entre otros, todos los cuales determinan en buena parte las experiencias del día a día que derivan en estrés y agotamiento en el personal manifestados por las entrevistadas.

Enf. 1 “En el trabajo uno termina agotado, la sobrecarga laboral puede afectar al punto de cometer algún error sobre el paciente, esto afecta a la calidad de vida porque sentirse estresada todo el tiempo no es vida y afecta de manera directa a nuestra vida familiar”.

Enf. 2 “El agotamiento, el estrés afectan de manera directa al paciente ya que no recibe atención de calidad en su totalidad, por ende, uno se siente mal porque no puede dar más por la sobrecarga laboral que existe, en mi calidad de vida también afecta de manera directa ya que aun estando en el día libre no podemos deslindarnos del hospital por completo y el sentirnos agotadas estresadas en todo momento desmotiva aún más”.

Enf. 3 “Afectan, como le mencioné, impactando en el cansancio y en el agotamiento que se traducen en falta de concentración o descuido. Hay pacientes que deben ser manejados con sumo cuidado y eso le genera a uno un enorme estrés que impacta también psicológicamente fuera del trabajo. La carga laboral es bastante, entonces cuesta desligarse del trabajo cuando no se está trabajando”.

Enf. 4 “Creo que en el trabajo uno se cansa demasiado y existe hasta la posibilidad mayor de cometer errores. También el estrés genera problemas de comunicación con los colegas o a veces con otros trabajadores o las mismas familias. Y claro, todo eso afecta a la calidad de vida por el estrés mismo, porque no existen distensiones o modos de sanar todo lo psicológico que se genera”.

Enf. 5 “Nos sentimos con cansancio, sin ganas de cumplir con los turnos, los niveles de agotamiento son permanentes y eso nos lleva a que no tengamos la total concentración en las responsabilidades que nos corresponde asumir. Al ser la carga de trabajo tan extrema la fatiga se acumula, lo que repercute también en nuestra calidad de vida tanto a nivel físico como emocional y mental”.

Enf. 6 “Afectan en su totalidad, la carga de trabajo nos mantiene cansados, fatigados y estresados, esto hace que no podamos dar el 100% de nuestro potencial. Así mismo, repercute negativamente en nuestra vida familiar porque se afecta la relación con nuestras parejas, hijos, padres. Todo se termina afectando”.

Enf. 7 “Los aspectos estresores afectan tanto en la concentración como en el normal desempeño. Al no estar totalmente concentrado el ambiente laboral se pone complicado y también a nivel personal se ve afectada la vida familiar, reduciendo la calidad en el nivel de vida”.

Enf. 8 “El estar constantemente cansados es un problema que enfrentamos todos los días lo que aumenta la posibilidad de que cometamos errores. Además, la poca comunicación entre colegas nos lleva a realizar acciones que tal vez no eran las indicadas. De igual manera, el constante estrés afecta negativamente en nuestra calidad de vida.

Un componente del contexto que fue de suma importancia y mencionado por todos los entrevistados fue la crisis sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19 y las dificultades objetivas que enfrentaron debido a ello. Esto, normalmente, estuvo, en la voz de las enfermeras, fuertemente asociado a su valoración del rol institucional en el cuidado de los profesionales, sobre lo que mencionaron un alto grado de abandono por parte de directivos de la institución.

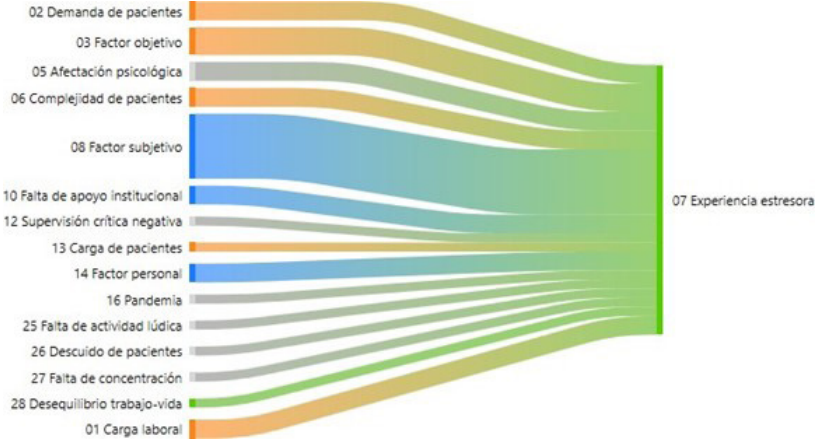
Al tiempo que los profesionales en enfermería se enfrentan a circunstancias objetivas que son agobiantes, deben lidiar con las exigencias institucionales que se imponen directa o indirectamente; en el primer caso, la crítica negativa y el clima laboral negativo persistente es un aspecto subjetivo que deviene de un actuar directo de la institución y sus liderazgos; en el segundo caso, la percepción que las enfermeras tienen de la institucionalidad es un abandono o descuido de los factores subjetivos y personales que determinan su desempeño, exigiendo al tiempo que se cuestiona el desempeño, pero sin ofrecer espacios de sanación y autocuidado.

Si bien el diagrama que muestra la figura 5 evidencia una gran cantidad de factores objetivos asociados con las experiencias estresoras, el diagrama Sankey a continuación, refleja la intensidad de los vínculos categoriales (ver figura 6).

Figura 6.

Experiencias estresoras: Sankey .

Intensidad de los vínculos de la categoría Experiencia estresora según el número de coocurrencias con las categorías emergentes restantes.



***Elaboración propia utilizando el software Atlas Ti**

Como se observa en el diagrama, son precisamente los factores objetivos los que se representan con una mayor intensidad en coocurrencia con las experiencias estresoras; esto quiere decir que, a pesar de que los factores objetivos son más numerosos, el peso que tienen estos en la subjetividad y percepciones del personal de enfermería es fuertemente determinante en lo que respecta a su sensación de estrés y agotamiento. Esto, además, como los propios entrevistados plantean, impacta en su capacidad de toma de decisiones, en la cantidad de errores que cometen, en su concentración y en otros aspectos de su práctica profesional.

Los profesionales de enfermería cumplen un rol fundamental en los procesos de atención y cuidado de pacientes en los diferentes establecimientos sanitarios. El papel que cumplen tanto en la asistencia a los pacientes como a sus familias es un aspecto fundamental para asegurar que todos los procedimientos se realicen de manera idónea (1). Sin embargo, el hecho de tener bajo su responsabilidad el cumplimiento de una diversidad de actividades incide en su desempeño, si no existen las condiciones tanto institucionales, como profesionales y personales idóneas.

La aplicación de las entrevistas a los profesionales de enfermería en el área de UCI del HGSQ permitió identificar las experiencias, factores objetivos y factores subjetivos que se convierten en determinantes del desempeño laboral. La información da cuenta de aspectos de tipo personal e institucional que influyen en el cumplimiento de sus responsabilidades en el área laboral. Estos datos contrastan con la información publicada por la OMS (2) y Frigano-viç et al. (3), quienes mencionan que la existencia de factores poco favorables en los ambientes de trabajo afecta a la salud física y psicológica de los profesionales y, en consecuencia, el nivel de desempeño disminuye.

Dentro de los factores objetivos que afectaron el desempeño laboral de los profesionales de enfermería se identificaron la carga de trabajo, la complejidad del estado de los pacientes, la falta de personal y el ausentismo. Estos aspectos generan dificultades para el cumplimiento de las responsabilidades, limitando las capacidades profesionales para asegurar adecuados procesos de atención y cuidado a todos los pacientes. En el estudio de Chen et al. (2) también se puede observar situaciones similares, ya que la sobrecarga de trabajo sin que existan periodos de descanso adecuados reduce la capacidad de los profesionales para garantizar la ejecución de sus actividades conforme a los estándares establecidos.

Dentro de los factores objetivos también se encuentran la rotación de li-derazgo y la ausencia de oportunidades de capacitación y formación para los profesionales de enfermería. Es decir, conforme el nivel de exigencia se incrementa, las condiciones laborales no mejoran, al contrario, se generan situaciones que elevan los niveles de estrés y limitan el desempeño profesional. Esto también se refleja en el estudio de Betancourt et al. (4) en donde se menciona que las presiones que se ejercen desde la dirección de las instituciones sanitarias afectan directamente a los profesionales de enfermería debido a que no existe relación entre los requerimientos y las motivaciones.

En relación con los factores subjetivos que afectan el desempeño laboral se identificaron los personales, la falta de apoyo institucional, el clima laboral y las condiciones familiares. Las dificultades experimentadas en este campo generaron elevados niveles de estrés en los profesionales de enfermería, produciendo desmotivación, falta de concentración, problemas de comunicación con los colegas y escaso trabajo en equipo. En contraste, estudios como los desarrollado por Mendoza (5), Harrad (6) y Jaracz (7) demuestran que los profesionales de enfermería se encuentran expuestos a niveles de estrés que alcanzan un promedio de entre el 44% y el 80%.

Respecto a las experiencias estresoras se evidenció que estas se relacionan directamente con los factores objetivos del lugar de trabajo, que son el horario, la alta demanda de pacientes, la complejidad del cuadro clínico y el abandono institucional, los cuales principalmente durante la etapa de la pandemia fueron los que afectaron en mayor medida. En cuanto a los factores subjetivos, los aspectos familiares y personales también representaron determinantes del desempeño laboral. Con relación a estos sucesos, la investigación de Vidotti et al. (8) refleja que el hecho de que los enfermeros y enfermeras tengan que convivir diariamente con el sufrimiento e incluso conviviendo con la muerte, así como la alta demanda de pacientes, la carga horaria y el escaso reconocimiento a su esfuerzo crean un ambiente de trabajo que disminuye sus capacidades profesionales lo que repercute en su desempeño laboral.

Por las limitaciones metodológicas en la investigación cualitativa, la selección de participantes a conveniencia del investigador, no se puede generalizar las conclusiones de este estudio debido a la cantidad de participantes obtenidos luego de la saturación de la información, lo que reduce la muestra a la prehensión de una realidad propia del grupo de estudio.

Tras realizar las entrevistas a profesionales de enfermería en el área de UCI del HGSQ, se ha logrado una profunda exploración de los aspectos que impactan en el desempeño laboral. Los resultados revelaron una suma de experiencias, factores objetivos y subjetivos, brindando una visión integral de los determinantes laborales. Esta investigación proporciona una comprensión detallada de los desafíos que enfrentan los enfermeros en su entorno laboral, destacando la complejidad de las interacciones entre factores objetivos y subjetivos.

Respecto a la identificación de experiencias laborales reconocidas como estresoras u obstáculos, los resultados revelaron una serie de factores objetivos, como carga laboral, rotación de liderazgos y falta de oportunidades de capacitación, que impactan negativamente en el desempeño. Además, las experiencias estresoras se vinculan directamente con la interacción entre vida laboral y personal, subrayando la importancia de abordar integralmente las condiciones que afectan a los profesionales de enfermería.

En cuanto a la identificación de elementos concretos que influyen en el rendimiento laboral, los hallazgos resaltan la complicación de los casos de los pacientes, la carga de trabajo, la demanda de pacientes y la escasez de personal como factores determinantes clave. Estos elementos concretos, cuando

no se manejan adecuadamente, tienen un impacto directo en la calidad de la atención brindada por los profesionales de enfermería. La falta de un liderazgo definido y la carencia de oportunidades de formación también surgen como inquietudes centrales que necesitan atención a nivel institucional.

Finalmente, se buscó conocer los factores subjetivos que afectan al desempeño laboral. Se identificaron aspectos personales, como dificultades familiares y afectaciones psicológicas, así como la falta de apoyo institucional y un clima laboral negativo. La percepción de abandono por parte de la institución, la supervisión crítica negativa y la competencia interprofesional son factores subjetivos que contribuyen al estrés laboral. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar tanto los aspectos personales como la cultura organizacional para mejorar el bienestar y el rendimiento de los profesionales de enfermería en el área de UCI del HGSQ.

Se recomienda que se realicen otras investigaciones cuasi experimentales a fin de tener un panorama más amplio de los factores objetivos y subjetivos que afectan al personal de enfermería en su desempeño laboral; así como también dar a conocer los resultados de la presente investigación para que se tomen los correctivos correspondientes.

Referencias

1. Medicina O. La situación de los profesionales de la enfermería en Ecuador. Océano Medicina. [Online].; 2022. Available from: <https://ec.oceano-medicina.com/magazine/enfermeria-ec/ecuador-todavia-no-alcanza-el-numero-de-profesionales-de-enfermeria-recomendado-por-la-oms/>.
2. Chen et al. Patient–Nurse Ratio is Related to Nurses' Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; p. 4801.
3. Friganovic et al. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatr Danub*. 2019; p. 21-31.
4. Betancourt et al. Estrés laboral en el personal de enfermería del área de UCI durante la pandemia del Covid 19. *UNESUM-Ciencias: Revista Científica Multidisciplinaria*. 2020; p. 41- 50.
5. Mendoza S, Márquez Y. El estrés y el trabajo de enfermería: factores influyentes: Stress and Nursing Work: Influential Factors. *Más Vita*. 2020; p. 51-9.
6. Harrad R, Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed*. 2018; p. 60-9.
7. Jaracz et al. Affective temperament, job stress and professional burnout in nurses and civil servants. *PLOS ONE*. 2017; p. e0176698.
8. Vidotti et al. Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*. 2019; p. 344-354.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 25

Estrés y calidad de vida en los
profesionales de enfermería que
laboran en los servicios críticos del
hospital Carlos Andrade Marín

AUTORES: Jair Alexander Trujillo Cruz; Venus Medina Maldonado



Para la elaboración de este artículo de investigación se recogió un total de 209 cuestionarios (80 de urgencias adultos, 25 de urgencias pediátricas, 86 de cuidados intensivos adultos y 18 de cuidados intensivos neonatales).

Mediante la tabla 1 se exponen las principales variables sociodemográficas, así como las pruebas de trascendencia estadística entre los servicios encuestados, en los cuales no se encontraron diferencias en los servicios con relación a las variables estudiadas, se observa que el profesional de enfermería mantiene una calidad de vida alta, reflejado en su mayoría por personal femenino de descendencia mestiza que pertenecen a un nivel económico medio, en su mayoría de nacionalidad ecuatoriana (ver tabla 1).

Tabla 1.
Características sociodemográficas y su distribución por percepción de la calidad devida (n=209).

Características sociodemográficas	Total	Calidad de Vida		Test estadístico				ES
		Baja	Alta	χ^2	gl	P valor	Phi / V de Cramer	
Género								
Femenino	183	64	119	,178	1	,673	,029	
Masculino	26	8	18					
Etnia								
Afro ecuatoriano	5	1	4	6,236	3	,101	,088	
Indígena	5	2	3					
Mestizo	191	63	128					
Montubio	8	6	2					
Nivel económico percibido								
Bajo	3	2	1	12,765	4	,012	,249	$\leq 0,2^*$
Medio Bajo	38	21	17					
Medio	150	43	107					
Medio Alto	17	5	12					
Alto	1	1	0					
Nacionalidad								
Ecuatoriana	207	71	136	2,978	2	,226	,108	
Colombiana	1	1	0					
Peruana	1	0	1					

*** Base de datos de la investigación. Elaborado por. Autores.**

***Se reporta el efecto en los datos que reporten asociación significativa**

En cuanto a los resultados obtenidos en la escala de estrés percibido para todos los profesionales (n=209), en el ítem de Control de situaciones encontramos que un 48,8% presentaba niveles de estrés leve y un 42,11% sin estrés; en el ítem del Autocontrol un 46,41% presentaba un nivel de estrés moderado, un 33,49% nivel severo y un 37,83% sin estrés, en el ítem de dimensión de Sensación sobre el curso de la situación un 44,98% presentaba un nivel moderado, un 12,44% nivel severo y un 10,53% sin estrés; en el ítem de Afrontamiento un 35,41% presentaba un nivel leve, un 10,05% nivel moderado y un 53,11% sin estrés. Se aplicó el test de asociación para cada ítem de la escala de estrés percibido y calidad de vida con resultados significantes (Control de las situaciones $p=<0.001$ Seguridad en el manejo de problemas, $p= <0.001$ Autocontrol, $p= <0.002$ y Afrontamiento $p= <0.001$).

Dando como resultado que el profesional de enfermería tolera el estrés acumulado en su servicio a pesar de que sobrepase sus capacidades y habilidades al estar en contacto directo con los usuarios o pacientes reflejándose en una calidad de vida alta (Ver tabla 2).

Tabla 2.

Asociación entre escala de estrés percibido y calidad de vida en los profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas del HECAM.

Escala de estrés percibido	Total	Calidad de vida		Test estadístico			
		Baja	Alta	χ^2	gl	P valor	V de Cramer
Controlar cosas importantes de tu vida							
Nunca	23	2	21	21,502	4	<,001	,321
Casi nunca	65	16	49				
De vez en cuando	102	41	61				
A menudo	15	11	4				
Muy a menudo	4	2	2				
Seguro de manejar tus problemas							
Nunca	3	2	1	29,097	4	<,001	,373
Casi nunca	5	3	2				

De vez en cuando	34	21	13				
A menudo	97	37	60				
Muy a menudo	70	9	61				
Las cosas iban a tu manera							
Nunca	7	3	4	16,586	4	,002	,282
Casi nunca	15	8	7				
De vez en cuando	67	33	34				
A menudo	94	24	70				
Muy a menudo	26	4	22				
Las dificultades se acumulan que no podías superarlas							
Nunca	23	3	20	24,426	4	<,001	,342
Casi nunca	88	20	68				
De vez en cuando	74	33	41				
A menudo	21	14	7				
Muy a menudo	3	2	1				

*** Base de datos de la investigación. Elaborado por autores.**

En el análisis de la escala total al buscar asociaciones entre el nivel de estrés y calidad de vida no se consiguió significancia estadística. El análisis de correlación entre la escala de estrés percibido y la calidad de vida global indicó que no existe asociación entre las variables analizadas. La mayoría de los sujetos reportaron experimentar niveles de estrés leve y moderado y estas puntuaciones se acumulan en los sujetos que tienen una alta calidad de vida (ver tabla 3).

Tabla 3.

Calidad de vida y nivel de estrés percibido por profesionales de enfermería de servicios críticos y urgencia en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín (n=209).

Ítems		Calidad de Vida		Test estadísticos			
		Alta	Baja	χ^2	gl	P valor	V de Cramer
Nivel de estrés	Sin estrés	1	0	,969	3	,809	,068
	Leve	55	28				
	Moderado	75	42				
	Severo	6	2				

*** Base de datos de la investigación. Elaborado por autores.**

La puntuación respecto a sobre la calidad de vida percibida, sobre una puntuación de 16, para los profesionales de todos los servicios (n =209) encontramos que un 65,55% mantiene una alta calidad de vida y 34,45% puntuaba una baja calidad de vida. Con relación a la valoración de las cinco dimensiones, la más alta se encuentra el “Desarrollo y realización personal” con una media de 69,9%, la “Recreación” con una media de 64,22%, “Las actividades sociales, comunitarias y cívicas” con una media de 59,07%, el “Bienestar físico y mental” con 56,7%, las “Relaciones con otras personas” con un 43,9%. No existendiscrepancias demostrativas entre la calidad de vida global y el sexo, la edad, así como la relación con otras variables sociodemográficas.

Este estudio se realizó en una institución de tercer nivel donde la mayoría fue personal femenino con un 87,6% y un 12,4% de personal masculino, para analizar la asociación entre el nivel de estrés y la calidad de vida con las determinadas variables sociodemográficas señaladas, se pudo obtener lo siguiente: Se acepta la H0: No existe asociación entre niveles de estrés y calidad de vida en los profesionales de enfermería que laboran en servicios críticos. Estos resultados podrían estar influenciados por los sesgos que se discuten al final de este apartado.

Varios estudios tanto a nivel nacional como internacional han demostrado que el estrés, como la ansiedad son factores que influyen directamente en los profesionales de enfermería, estos estudios han demostrado que en los países de primer mundo como Estados Unidos e incluso países subdesarrollados como el Ecuador los profesionales de la salud, en particular el personal de enfermería, padece ansiedad lo que acarrea al estrés laboral y por lo tanto se afectan sus condiciones personales en el trabajo. Núñez (1) considera vulnerable al personal de enfermería que se encuentra en contacto permanente con el paciente, debido a sus largas jornadas laborales en las que comparte el dolor y sus padecimientos. Los trabajadores de la salud están condicionados a los peligros laborales que también afectan su condición de salud, así, Contreras (2) define que el estado de ánimo del personal de enfermería dependería de su ambiente laboral. Si atendemos a la puntuación de estrés obtenida en esta investigación y calidad de vida reportada por parte de los profesionales de enfermería pertenecientes a servicios de alta complejidad podemos notar que porcentualmente muy pocas personas reportan niveles de estrés severo, similar al estudio de Zambrano (3) en donde se encontró niveles de estrés moderado en su investigación (43%) y en el de Enríquez (4) el (58%) del profesional de enfermería identificó como factor estresante su labor profesional. Un estudio basado en una unidad de cuidados intensivos de Sevilla, España sobre CV demostró que el personal de enfermería de prevalencia femenino percibe una buena calidad de vida a pesar de tener sobrecarga de trabajo (5). Cabe indicar que el trabajo con personas en estado crítico demanda una gran atención y un adecuado manejo del estrés, por lo tanto, está siendo manejado y compensado por una alta calidad de vida, por eso suponemos que afecta de manera indirecta e indiscutible la calidad del cuidado brindado.

Hoy en día varios estudios de diferentes autores han justificado que las conductas de riesgo no saludable como la alimentación, el sedentarismo, el consumo de alcohol, contribuyen a incrementar una mortalidad en el personal de enfermería (6). También hay que considerar que el profesional menor de 30 años realiza jornadas más largas y continuas, por lo que el tiempo libre es utilizado para descansar y consumir comidas rápidas preparadas y el profesional mayor de 30 años de edad es poco más consciente con su alimentación, pero tienen un índice más elevado de estrés debido al entorno familiar y laboral (7).

Nuestros resultados difieren de un estudio internacional donde se indica que el profesional de enfermería que trabaja en hospitales grandes presenta un rendimiento bajo al brindarlos cuidados de enfermería al usuario o pacien-

te, el cual está asociado al trabajo rotativo de los turnos, además de la edad, el tiempo que laboran en el servicio incrementa el nivel de estrés, pero estos se ven compensados por un estilo de vida acorde a sus ingresos (8). Por otra parte, un estudio sobre el síndrome de burnout influye mucho en la calidad de vida de un profesional de enfermería por las manifestaciones de agotamiento físico y emocional que inciden en la autoestima del profesional, además por las condiciones y entornos laborales desafiantes como son los cambios de turno, la proporción enfermera-paciente, y el trabajo en equipo son deficientes con otros trabajadores de la salud (9).

Al ser un estudio transversal, una de sus limitaciones fue el captar la veracidad del mismo, por tal motivo, sería más recomendable trabajar con estudios longitudinales, por otra parte, los horarios y la indiferencia que tiene el personal de enfermería para realizar la encuesta dejó un sesgo de selección en los individuos ya que la encuesta fue autoadministrada y de carácter anónima, por lo cual no se puede conocer la causa de fondo de manera específica en el personal de enfermería. También sería conveniente para futuras investigaciones ampliar la muestra a varios servicios del hospital ya que el personal tiene una demanda más amplia de pacientes con larga estancia hospitalaria en los diferentes servicios que transforman el trabajo en un sistema monótono en las diferentes jornadas de trabajo.

Aunque el estrés en el grupo analizado no es una variable que afecte de forma relevante la calidad de vida, es importante analizar para futuras investigaciones aspectos laborales que estén afectando el bienestar del equipo de enfermería que labora en servicios de alta complejidad. Los hallazgos de este estudio nos permiten establecer una asociación significativa entre los niveles moderados de estrés y una alta calidad de vida cuando se analizan cada una de las situaciones de la escala de estrés por separado. El presente estudio no halló variables demostrativas que permitan pronosticar un mayor nivel de estrés y una baja calidad de vida, tampoco existe asociación con las variables, sexo, género y edad. Por lo cual se propone que para una futura línea de investigación se incorporen variables ajenas al trabajador, como la sobrecarga y clima laboral, las cuales podrían estar afectando de manera más directa en el bienestar profesional.

Referencias

1. Núñez F. ¿En el personal de enfermería existe Burnout? Enfermería Investi- ga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2016; p. 20-25.
2. Contreras et al. Clima, ambiente y satisfacción laboral: un desafío para la enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2015.
3. Zambrano G. Estresores en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revista Aquichan. 2016; p. 156-169.
4. Enríquez et al. Estresores laborales en personal de enfermería identifica- dos mediante una escala de adaptación. Desarrollo Científico de Enfer- mería. -Méx. 2009; p. 110-112.
5. Cuadrado et al. Calidad de vida de los profesionales de la Unidad de Cuida- dos Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Valme, de Sevilla. [On- line].; 2020. Available from: https://revistacientificasanum.com/wp-con- tent/uploads/Vol4n3/Vol4n3-Articulos-PDF/sanum_v4_n3_a1.pdf.
6. Clúa et al. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la san- idad pública. Resultados de una encuesta. Atención Primaria. 1998; p. 308–13.
7. Wang et al. Effects of high-quality nursing care on quality of life, survival, and recurrence in patients with advanced nonsmall cell lung cancer. Medicine. 2022; p. e30569.
8. Khatatbeh et al. Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. Nursing open. 2022; p. 1564–1574.
9. Gökçen et al. Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. Anadolu Psikiyatri Derg. 2018; p. 122-2814.
1. Núñez F. ¿En el personal de enfermería existe Burnout? Enfermería Investi- ga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2016; p. 20-25.
2. Contreras et al. Clima, Ambiente y Satisfacción laboral: un desafío para la enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2015.
3. Zambrano G. Estresores en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revista Aquichan. 2016; p. 156-169.
4. Enríquez et al. Estresores laborales en personal de enfermería identifica- dos mediante una escala de adaptación. Desarrollo Científico de Enfer- mería. -Méx. 2009; p. 110-112.

5. Cuadrado et al. Calidad de vida de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Valme, de Sevilla. [Online].; 2020. Available from: https://revistacientificasanum.com/wp-content/uploads/Vol4n3/Vol4n3-Articulos-PDF/sanum_v4_n3_a1.pdf.
6. Clúa et al. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. Atención Primaria. 1998;; p. 308–13.
7. Wang et al. Effects of high-quality nursing care on quality of life, survival, and recurrence in patients with advanced nonsmall cell lung cancer. Medicine. 2022;; p. e30569.
8. Khatatbeh et al. Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. Nursing open. 2022;; p. 1564–1574.
9. Gökçen et al. Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. Anadolu Psikiyatri Derg. 2018;; p. 122-2814.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 26

Desempeño laboral y calidad de vida en profesionales de enfermería que laboran en unidades críticas UCI y emergencias del hospital Carlos Andrade Marín

AUTORES: Fanny Yolanda Sisa Guano; Venus Elizabeth Medina Maldonado



En la presente investigación se analiza la relación existente entre el desempeño laboral, la calidad de vida y otras variables demográficas en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de UCI y emergencia del hospital Carlos Andrade Marín (HCAM).

A continuación, se presentan las características sociodemográficas en una muestra de profesionales de enfermería del HCAM n=259 participantes tomando en consideración información personal y laboral (ver tabla 1).

Tabla 1.

Descripción sociodemográfica de los participantes en estudio.

Variables	Frecuencias	%	Total
Edad promedio 35,87 ± 7,903			
Sexo			
Hombre	55	21,2	259
Mujer	204	78,8	
Tipo de familia			
Nuclear	139	53,7	259
Monoparental	120	46,3	
Cantidad de empleos			
Un empleo	160	61,8	259
Dos o más empleos	99	38,2	
Años de experiencia laboral			
De 1 a 10 años	143	55,2	259
De 11 a 20 años	90	34,7	
De 21 a 37 años	26	10,0	

***Encuestas respondidas por los participantes en estudio. 2023.**

En el siguiente grupo de resultados observamos las respuestas distribuidas en frecuencias y proporciones considerando las asociaciones entre desempeño laboral en sus dimensiones desarrollo de la tarea, desenvolvimiento en el contexto, es decir, el comportamiento proactivo relacionado con actividades adicionales dentro del servicio y un desempeño laboral contraproducente

que es contrario al buen desempeño laboral debido a los comportamientos que hacen daño a la organización. En este particular, se observó que las personas con un buen desempeño laboral en la tarea tienen una mayor calidad de vida, este hecho con significancia estadística ($p=,004$). La dimensión denominada desempeño laboral en el contexto del servicio muestra que aquellos profesionales con un buen desempeño laboral tienen una mayor calidad de vida. De igual manera, este resultado se presenta con significancia estadística ($p=,006$). Finalmente, en el comportamiento contraproducente que es un aspecto negativo del desempeño laboral se obtuvo que los profesionales con un mayor desempeño contraproducente tendrán una menor calidad de vida, este resultado con un p valor $<,001$. Al obtener la significancia estadística con valores de $p \leq 0,05$ se rechaza la hipótesis nula para $H1$ (ver tabla 2).

Tabla 2.

Asociación entre las variables desempeño laboral y calidad de vida $n=259$ profesionales de enfermería.

Variables		Calidad de Vida		χ^2	Phi	p
		Baja f (%)	Alta f (%)			
Desempeño laboral tarea	Bajo	6 (37,50)	29 (11,93)	8,395	0,18	0,004
	Alto	10 (62,50)	214 (88,07)			
	Total	16	243			
Desempeño laboral Contexto	Bajo	7 (43,75)	40 (16,46)	7,526	0,17	0,006
	Alto	9 (56,25)	203 (83,54)			
	Total	16	243			
Desempeño contraproducente	Bajo	2 (12,50)	149 (61,32)	14,715	-0,238	<,001
	Alto	14 (87,50)	94 (38,68)			
	Total	16	243			

*** Análisis de encuestas respondidas por los participantes en estudio. 2023.**

En cuanto a la cantidad de años de servicio, se encontró una asociación significativa con el desempeño laboral basado en la tarea. Destacó el grupo de 11 a 20 años de servicio con un 93,33%, quienes reportaron un alto desempeño laboral este hecho con un p valor de 0,018. Aunque se obtuvo la significancia estadística con valores de $p \leq 0,05$ en la dimensión desempeño

de la tarea no podría rechazarse la hipótesis nula para H2 ya que no hubo diferencias significativas entre los grupos de resultados para la variable calidad de vida y las dimensiones restantes del desempeño laboral (desempeño en el contexto y desempeño contraproducente) en los que no se observó significancia estadística.

Sin embargo, los valores porcentuales sitúan a los grupos entre 11 a 20 años y el grupo de 21 a 37 años de servicio con la mayor cantidad de respuestas en alto desempeño laboral (97,78% - 96,15%) en comparación con quienes tienen ≤ 10 años de servicio. Lo mismo sucede con la dimensión desempeño en el contexto laboral, este grupo de preguntas está orientado hacia la proactividad puesta de manifiesto en el servicio o a nivel institucional siendo el grupo de 21 a 37 años de antigüedad quienes agruparon más respuestas en la opción alto desempeño.

Al valorar la última dimensión referida al desempeño laboral el grupo de 21 a 37 años de antigüedad, es decir, quienes tienen más años en la institución, fueron quienes agruparon la mayor cantidad de respuestas para alto comportamiento contraproducente, el cual describe algunas conductas como la falta de compromiso o lealtad organizacional, esparcimiento de rumores con externos y el agravamiento de los conflictos.

Tabla 3.

Asociación entre variables cantidad de años de servicio, calidad de vida y desempeño laboral n=259 profesionales de enfermería.

Variables	Cantidad de años de servicio			χ^2	V de Cramer	p
	De 1 a 10 años f(%)	De 11 a 20 años f(%)	De 21 a 37 años f(%)			
Calidad de Vida	Baja	2 (2,22)	1 (3,85)	5,301	0,136	0,092
	Alta	88 (90,91)	25 (97,78)			
	Total	143	90			
Desempeño laboral tarea	Bajo	6 (15,38)	26 (26,92)	7,982	0,176	0,018
	Alto	121 (84,62)	88 (93,33)			
	Total	143	90			
Desempeño laboral Contexto	Bajo	14 (19,58)	21 (19,23)	0,637	0,049	0,732
	Alto	115 (80,42)	76 (84,44)			
	Total	143	90			
Desempeño contraproducente	Bajo	59 (41,26)	13 (50,00)	3,262	0,112	0,198
	Alto	84 (58,74)	31 (34,44)			
	Total	143	90			

***Análisis de encuestas respondidas por los participantes en estudio. 2023.**

En el siguiente grupo de resultados observamos las respuestas distribuidas en frecuencias y proporciones considerando las asociaciones entre tipo de familia con calidad de vida y desempeño laboral en sus dimensiones desarrollo de la tarea, desenvolvimiento en el contexto y el desempeño laboral contraproducente. En este particular, se observó que profesionales de enfermería que reportaron tener familias monoparentales presentan un mejor desempeño laboral cuando realizan las tareas en comparación con las/los profesionales de enfermería que son familias biparentales, este hecho con significancia estadística ($p=,009$). Este grupo de profesionales con familias monoparentales también mostraron un menor desempeño contraproducente en comparación con el grupo de profesionales con familias biparentales y los resultados reportan significancia estadística ($p < ,001$). Aunque en el resto de las variables no mostraron valores que revelaran significancia estadística, se observó un agrupamiento porcentual de las respuestas mayor en familias monoparentales y alta calidad de vida, así como, en familia monoparental y un alto desempeño laboral de contexto. La hipótesis inicial planteaba una asociación de variables que favorecía al grupo de profesionales de enfermería con familias biparentales ya que supone una mayor estabilidad emocional y económica por el apoyo que se recibe de la pareja. Sin embargo, la realidad en el grupo analizado mostró una situación distinta ya que las/los profesionales de enfermería que estuvieron en mejor situación para calidad de vida y desempeño laboral fue el grupo de profesionales con familias monoparentales. Se acepta la hipótesis nula para H3 (ver tabla 4).

Tabla 4.

Asociación entre variables calidad de vida, desempeño laboral y tipo de familia n=259 profesionales de enfermería.

Tipo de familia					
Variables	Biparental	Monoparental	X2	Phi	p
f (%)	f (%)				
Baja 10	6 0,535		0,045		0,465
Calidad de Vida	(7,19)	(5,00)			
Alta 129	114				
(92,81)	(95,00)				
Total 139	120				
Bajo 26	9		6,918	0,163	0,009
Desempeño	(18,71)	(7,50)			
laboral tarea	Alto	113	111		

(81,29)	(92,50)				
Total 139		120			
Bajo 28		19	0,806	0,056	0,369
Desempeño laboral Contexto Alto	(20,14)	(15,83)			
	111	101			
(79,86)	(84,17)				
Total 139		120			
Bajo 61		90	25,647	-0,315	<,001
Desempeño contraprodu- cente Alto	(43,88)	(75,00)			
	78	30			
(56,12)	(25,00)				
Total 139		120			

*** Análisis de encuestas respondidas por los participantes en estudio. 2023.**

El presente estudio analizó la relación existente entre el desempeño laboral, la calidad de vida y otras variables demográficas en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de UCI y emergencia del hospital Carlos Andrade Marín (HCAM). En el estudio se identificó que la mayoría corresponde a mujeres en edad promedio de 36 años, quienes forman parte de una familia nuclear con un empleo y de 1 a 10 años de experiencia.

En cuanto a la calidad de vida, en algunos estudios se ha encontrado que una mayor calidad de vida mejora el nivel de comportamiento de salud y que una buena situación material de las enfermeras repercute positivamente en su calidad de vida (1). Otro estudio, por el contrario, presentó cómo la mala calidad de vida afecta a las intenciones de permanecer o no en el trabajo de cuidado en enfermeros/as (2).

En este estudio se obtuvo que el 87,50% de los profesionales con un mayor desempeño contraproducente tienen una baja calidad de vida y presentó una significancia estadística de <,001. Aunque los antecedentes mencionados proporcionan evidencia indirecta porque solo hacen referencia a la calidad de vida y su relación con otras variables, permiten una visión del papel importante que tiene la calidad de vida en los aspectos laborales. Esto también se fundamenta en lo mencionado por Orszulak et al. (3), una mayor calidad de vida mejora el nivel de comportamiento de salud del personal de enfermería. Sin embargo, dentro de los resultados del estudio se encuentra que un buen desempeño laboral se asocia con alta calidad de vida.

Al abordar otras áreas del desempeño laboral que fueron evaluadas en este estudio, tales como el desempeño contextual, es decir, aquellos quienes realizan otras actividades que no forman parte de su función para cumplir con los objetivos de la organización y el desempeño laboral enfocado en la tarea, se pudo conocer que ambos fueron comportamientos mayormente reportados por aquellos profesionales que tienen una alta calidad de vida entre el 83,54% - 88,07%, respectivamente, y un p valor = (0,004 - 0,006). Como ya se mencionó anteriormente el desempeño contraproducente en los profesionales de enfermería con una alta calidad de vida fue significativamente menor al de los profesionales con baja calidad de vida.

Lo antes expuesto guarda relación con un estudio internacional donde se encontró que las percepciones de las enfermeras sobre las prácticas de recursos humanos en enfermería (HRP) tienen un efecto directo y positivo en su desempeño laboral. La explicación razonable es que cuando las enfermeras sienten que reciben apoyo de su entorno laboral a nivel profesional y personal, así como la valoración de su esfuerzo, se comprometen con sus organizaciones para lograr un mayor desempeño (4).

En relación con las variables desempeño laboral, calidad de vida y años de servicio, un estudio internacional muestra en los resultados de la regresión que los años de trabajo, el estado civil, el nivel educativo, el departamento, la razón principal para elegir la enfermería y la actitud familiar son factores de riesgo del desempeño laboral de los enfermeros (5). Además, otra investigación muestra que las percepciones de las enfermeras sobre las prácticas de recursos humanos en enfermería (HRP) tienen un efecto directo y positivo en su desempeño laboral. La explicación razonable es que cuando las enfermeras sienten que reciben apoyo de su entorno laboral a nivel profesional y personal, hacen todo lo mejor y se esfuerzan más por sus organizaciones (4).

Con respecto a la calidad de vida, se encontró un porcentaje de un nivel alto (97,78%). El estudio realizado por Araújo et al. (6) dio cuenta de que los dominios que se vieron más afectados en enfermeros y enfermeras de atención prehospitalaria fueron el bienestar físico y material, además de las actividades sociales. Otro estudio relevante es el de Ndlovu et al. (7), que buscó medir la calidad de vida de enfermeros/as con el cuestionario ProQol-5; se encontró que las variables sociodemográficas que más influyen en la calidad de vida son los años de experiencia laboral, su formación y la relación que establecen enfermero/a-paciente.

En el contexto del COVID-19 también se realizaron varios estudios para constatar el impacto de este en la calidad de vida de enfermeros/as. Age-el y Shbeer (8) encontraron que trabajar en hospitales públicos y en turnos nocturnos se vio afectado en el contexto de la pandemia. Similar situación se presentó en una población de enfermeros/as de cuidados críticos neonatales en el contexto de la pandemia (9).

En el desempeño laboral de la tarea, este estudio mostró una asociación significativa en el grupo de 1 a 10 años de servicio y el grupo de profesionales con familia monoparental, es decir, profesionales de enfermería con estas características cumplen las actividades en su puesto de trabajo. En contraste, con estos datos el estudio de Javanmardnejad et al. (10) muestra que la familia cumple un rol importante en el desempeño laboral de las enfermeras; de la calidad del relacionamiento y del apoyo que reciban depende la estabilidad en el puesto de trabajo, así como el adecuado cumplimiento de las responsabilidades que les son asignadas. Por su parte, otra investigación internacional muestra que cuando existen problemas familiares, los enfermeros contemplan la posibilidad de buscar otro empleo ya que no se sienten motivados para continuar ejerciendo en la institución en la que se encuentran (2).

Además, en una investigación internacional se identificó que los conflictos existentes entre los aspectos laborales y los aspectos familias generan impactos directos y significativos en el desempeño laboral (11). En un estudio anterior se encontró que el hecho de que la familia acompañara a la enfermera tuvo un impacto positivo en la calidad de vida del trabajo de la enfermera, ya que el 63,9% del total de enfermeras participantes en la QNWL con un alto número de enfermeras participantes contó con el acompañamiento de sus familias; valor p 0,001 (12). En este estudio se obtuvo como resultado que las familias monoparentales presentan una calidad de vida más alta, un mejor desempeño laboral y un menor desempeño contraproducente en comparación con las familias biparentales.

Así, la relación que se encontró en este estudio entre el buen desempeño laboral (tarea-contexto) y una alta calidad de vida fue estadísticamente significativa. Para este grupo de profesionales el desempeño laboral contraproducente fue bajo. Coincidentemente, un estudio en Arabia Saudita (13) encontró que tanto el desempeño laboral como la lealtad a la organización se relacionan positivamente con el desempeño laboral. Otros estudios muestran similar asociación con otros factores más específicos de la calidad de vida, como el agotamiento y la calidad del sueño, lo que se asoció indirectamente con el desempeño de una población de enfermeros/as (14).

En el presente estudio, se observa que los resultados obtenidos pueden tener importantes conclusiones para la muestra de profesionales de enfermería analizados, y en términos generales para profesionales de enfermería que laboran en cuidados críticos; las instituciones de salud y hacedores de políticas públicas pueden considerar la asociación encontrada para establecer políticas, programas y otorgar recursos que permitan mejorar las condiciones laborales de enfermeros y enfermeras afectados por la baja calidad de vida, esto favorecerá la recuperación de los pacientes en estado crítico.

En cuanto a las limitaciones, el estudio se centra exclusivamente en los profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de UCI y emergencia del hospital Carlos Andrade Marín (HCAM). Este aspecto dificulta tener una perspectiva general en lo referente a la relación existente entre el desempeño laboral, la calidad de vida y las variables sociodemográficas del personal de enfermería a nivel de ciudad o incluso a escala nacional. Por esta razón, los datos se encuentran parcializados a la realidad de un contexto específico.

En la presente investigación se identificó que la alta calidad de vida se asocia significativamente con un buen desempeño laboral en las dimensiones tarea y contexto. Los profesionales de enfermería con alta calidad de vida también tienen un menor desempeño contraproducente, esto implica que los profesionales tienen un mayor sentido de compromiso con la organización.

El desempeño laboral en su dimensión tarea se relaciona y tiene mejores resultados con el grupo de profesionales que tiene una antigüedad entre 1 y 10 años de servicio.

En este estudio se pudo evidenciar que el grupo de profesionales con familias biparentales presentan un mayor desempeño contraproducente y un bajo desempeño laboral en la tarea en comparación con el grupo de profesionales que se identificaron como familia monoparental, las razones deben estudiarse a profundidad en futuras investigaciones que utilicen la perspectiva de género.

Finalmente, una alta calidad de vida favorece el buen desempeño de los profesionales para el cumplimiento oportuno de sus actividades en áreas críticas de UCI y emergencia del HCAM, esto se corroboró en las asociaciones significativas de las variables en estudio.

Es fundamental que, para iniciar futuras investigaciones en esta área de interés para la enfermería de Ecuador, se preste mayor atención a los factores asociados con la calidad de vida del personal de enfermería. Así, se contará con la información necesaria para la definición de pautas que aporten en la creación de un ambiente de trabajo adecuado, ya que esto permite que las

dimensiones profesionales, familiares y personales interactúen de manera equilibrada. De esta manera se garantiza que existan las condiciones de apoyo y comprensión necesarias para que la labor que desempeñan los profesionales de enfermería, principalmente de aquellos que laboran en áreas críticas como UCI y emergencias, respondan a las necesidades de cada uno de los pacientes.

Se sugiere que se promuevan estrategias para mejorar ambientes laborales saludables y mejorar el desempeño profesional que garantice condiciones óptimas para que el trabajador desarrolle competencias laborales y por tanto se logre garantizar la calidad de atención a los pacientes en estas áreas críticas.

Referencias

1. Babapour et al. Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2022; p. 75.
2. Salahat M, Al-Hamdan Z. Quality of nursing work life, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses: A descriptive study. *Heliyon.* 2022; p. e09838.
3. Orszulak et al. Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022; p. 12927.
4. Zoromba M, El-Gazar H. Nursing Human Resource Practices and Hospitals' Performance Excellence: The Mediating Role of Nurses' Performance. *Acta Biomed.* 2021; p. e2021022-e2021022.
5. Shen et al. Male nurses' work performance: A cross sectional study. *Medicine.* 2022; p. e29977.
6. Araújo et al. Assessment of the quality of life of prehospital care nursing professionals. *Rev Bras Med Trab.* 2018; p. 312-7.
7. Ndlovu et al. Professional quality of life of nurses in critical care units: Influence of demographic characteristics. *South Afr J Crit Care.* 2022.
8. Ageel M, Shbeer A. Assessment of Professional Quality of Life Among Critical Care Nurses During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia. *J Healthc Leadersh.* 2022; p. 175-82.
9. Zahra et al. Association between burnout and nurses' quality of life in neonatal intensive care units: During the COVID-19 pandemic. *Journal of neonatal nursing : JNN.* 2023.

10. Javanmardnejad et al. Happiness, quality of working life, and job satisfaction among nurses working in emergency departments in Iran. *Health Qual Life Outcomes*. 2021; p. 112.
11. Eliyana M. Effect of work–family conflict on job performance through emotional exhaustion as a mediating variable on nurses in the Emergency Department of the Regional Public Hospital (RSUD). In Tulungagung DI. *Advances in Business, Management and Entrepreneurship*. CRC Press; 2020.
12. Al Mutair et al. Quality of Nursing Work Life among Nurses in Saudi Arabia: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Nurs Rep*. 2022; p. 1014- 22.
13. Al-Dossary R. The Relationship Between Nurses' Quality of Work-Life on Organizational Loyalty and Job Performance in Saudi Arabian Hospitals: A Cross- Sectional Study. *Front Public Health*. 2022; p. 918492.
14. Giorgi et al. Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2018; p. 698-708.
15. Marqués et al. Infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. *Rev Enferm UFPE Line*. 2019; p. 1-11.
16. Quadros et al. Adherence to central venous catheter maintenance bundle in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2022.
17. Musu et al. Controlling catheter-related bloodstream infections through a multi-centre educational programme for intensive care units. *J Hosp Infect.* 2017; p. 275-81.
18. SEMICYUC A. Proyecto Neumonía ZERO. [Online]. 2024. Available from: <https://semicyuc.org/proyecto-neumonia-zero/>.
19. Silva A, Oliveira A. Impact of the bundles implementation on the reduction of bloodstream infections: an integrative review. *Texto Contexto - Enferm*. 2018; p. 27.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 27

Impacto físico y mental en
profesionales de enfermería tras la
atención de pacientes COVID-19 en
unidades de cuidados intensivos:
revisión sistemática

AUTORES: Karla Mariela Morocho Arias; Narcisca de Jesús Jiménez Juela



Medición e impacto de estrés laboral

En el presente estudio se realizó una selección de artículos y finalmente se escogieron un total de 24, una vez que se aplicaron los correspondientes criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se presenta la caracterización general:

De los 24 artículos seleccionados, la mayoría corresponde a los años 2021 (9), y 2022 (9), siendo un número menos en el 2023 (6). En cuanto a los países de publicación, Estados Unidos (3), España (3) y Arabia Saudita (3) son los principales, los demás se localizan en naciones como Brasil, Canadá, Suecia, entre otros.

En lo referente al diseño metodológico de los estudios, doce son estudios transversales, ocho son estudios cualitativos, dos fueron investigaciones mixtas y dos revisiones sistemáticas.

Respecto a los artículos seleccionados, dieciocho estudios consideraron a personal de enfermería en UCI, tres a trabajadores UCI, uno a enfermeras de primera línea, uno a enfermería en COVID-19 y uno a enfermería en UCI durante la primera ola de la pandemia. Con relación a las categorías abordadas en los estudios, estas fueron: estresores, estrategias de afrontamiento, impacto mental e impacto físico.

La atención de pacientes COVID-19 representa un reto para el personal de salud, y principalmente para los profesionales de enfermería ya que se trató de un escenario en el cual se puso a prueba su capacidad tanto profesional como mental para hacer frente a esta situación. El impacto experimentado por la pandemia en el personal de enfermería provocó que experimenten procesos traumáticos y agotamiento que impactaron negativamente en su salud mental, generando miedo, estrés, ansiedad, obsesión y desolación (1).

La angustia psicológica experimentada por el personal de enfermería se manifestó de diversas maneras, además de los episodios depresivos y de ansiedad, se enfrentaron a emociones como la culpa y a síntomas relacionados con el estrés postraumático (TEPT), así como también el *Tsunami of Death*, como consecuencia de experimentar dolor y pérdida abrumadores (2). Además, la sobrecarga de trabajo y la organización en áreas de UCI intensificaron la sensación de estrés (3).

Con relación al nivel de estrés percibido en el estudio de Lee et al. se establece que el personal de enfermería lo cataloga como moderado (4). Respecto al grado de depresión, la investigación de Kandemir et al. refleja que el 65,5% es entre moderada a extremadamente severa, lo mismo sucede con dimensiones como la ansiedad (58,3%) y el estrés (72,3%) (5). Estos resultados son

consistentes con estudios que afirman que más de un tercio del personal de enfermería en la atención a pacientes COVID-19 experimentaron niveles de ansiedad y estrés severos (6).

De igual forma, Mehta et al (7) mencionan que las enfermeras presentaron mayores probabilidades de presentar TEPT y angustia psicológica que otros profesionales de asistencia en salud (8). Además, presentan condiciones como angustia moral (9), aislamiento social, miedo, impotencia, frustración por cuidado no efectivos, agotamiento mental y vulnerabilidad profesional (10). Como se puede observar el impacto mental en el personal de enfermería es evidente, ya que el COVID-19 desencadenó una emergencia sanitaria que puso a prueba el funcionamiento y la capacidad de todos quienes integran el sistema de salud.

El impacto físico ha sido mucho menos estudiado en la literatura con respecto a los efectos del COVID-19 en el personal de enfermería. Se ha documentado con claridad que el personal de atención de salud ha estado expuesto al virus de modo que es una de las poblaciones con mayores contagios (11).

Los impactos físicos observados en los estudios están estrechamente relacionados con los impactos mentales; por ejemplo, respecto a la reacción traumática documentada por Chen et al., se suman los respectivos trastornos del sueño que esto conlleva (5), muchos enfermeros(as) reportan sueños negativos (12) o terrores nocturnos (11), estado de nerviosismo físico, etc. Por ejemplo, el estudio de Foli et al (2) constató que un 39,7% del personal de enfermería en UCI presentó problemas de insomnio moderados o severos durante la etapa crítica de la pandemia.

El agotamiento también se presentó en su dimensión física (12), manifestándose con dolores de cabeza y musculares, además de síntomas respiratorios y desgaste (11). Esto se acrecentó fundamentalmente por las modificaciones y reordenamiento de las áreas hospitalarias y el distanciamiento social requerido; salas de descanso o similares (casinos, cafeterías) cerraron en muchos entornos hospitalarios (12). De igual manera, la naturaleza del cuidado de pacientes COVID-19 es exigente en sí misma; como mencionan los y las enfermeras en el estudio de Conz et al., el posicionamiento de los pacientes y las lesiones derivadas implicaban una mayor exigencia física (13).

En algunos casos se documentan impactos como el cambio de patrones alimentarios o bien el aumento de la necesidad de consumir sustancias como alcohol, tabaco u otras drogas recreativas (2). Los hábitos en general se modi-

ficaron en formas importantes, con los consecuentes efectos físicos, tal como documentan Xu et al (8), impactando por ejemplo en el patrón de sueño, lo que también se encontró en varios estudios (5).

Los elementos estresores a los cuales se enfrentó el personal de enfermería durante la pandemia del COVID-19 fueron constante riesgo de contagio por exposición al virus, largas jornadas de trabajo, demandas emocionales (11). Además, al ser una situación para la que el sistema sanitario no estaba preparado, se identificaron aspectos relacionados con inadecuados procesos de planificación, escaso personal, ausencia de protocolos y directrices a seguir, problemas de comunicación en el equipo, así como escasos materiales de protección personal y la responsabilidad de cuidar a pacientes críticos (1).

El personal de enfermería también identificó como elementos estresores el escaso apoyo institucional, la obligación de tomar decisiones complejas, el elevado número de muertes que enfrentaron, la alta rotación de turnos, lo que desencadenó problemas en el equipo de UCI (4,5). Estos factores se encuentran directamente relacionados con la gestión al interior de las instituciones de salud.

Sin embargo, también existieron factores estresores relacionados con el aspecto personal, así el temor a contagiar a sus familias, el escaso apoyo familiar, o la escasa experiencia en el área de enfermería también repercutieron de manera negativa, elevando los niveles de estrés (7). De igual forma el tener que separarse del entorno familiar, la muerte de familiares o colegas, e incluso los problemas conyugales influyeron significativamente en el bienestar del personal de enfermería (14).

Además, el estigma social al que se vieron enfrentados hizo que el personal de enfermería eleve sus niveles de estrés. En general los elementos estresores identificados en los estudios dan cuenta de la grave crisis a nivel de gestión institucional, profesional, personal y social que significó la pandemia, dificultando que quienes conformaron el área de enfermería en UCI durante la etapa más crítica del COVID-19 puedan desempeñarse en un ambiente seguro tanto a nivel mental como físico (15).

Para sortear estos estresores y disminuir los impactos negativos que ha tenido la pandemia por COVID-19 en enfermeros y enfermeras, se ha observado en los estudios que se adoptan diversas estrategias de afrontamiento, mientras que algunos estudios las valoran en términos de graduación, afrontamiento elevado, moderado o bajo; en este sentido, el estudio de Ali et al. identificó que en la población de su estudio más de la mitad de los y las en-

fermeras tiene un nivel bajo de afrontamiento, mientras que solo un cuarto de esta presentó niveles moderados (6).

Para estudiarlas, se identificarán aquellas que son adoptadas a nivel personal (interno) o a nivel interpersonal (externo); de igual manera, se señala cuando son adaptativas o desadaptativas.

En la literatura revisada se observan muchas estrategias adoptadas más o menos conscientemente por parte del personal de enfermería para afrontar la compleja situación vivida en UCI durante las etapas más críticas de la pandemia. Estas pueden observarse, en primer lugar, según el foco adoptado; es decir, según se orienta a nivel personal o interpersonal.

Así, entre las estrategias más evidenciadas cuentan autocuidado, descanso y ocio, humor, gratitud, atención plena, planificación, diálogo interno, ejercicio físico y relajación (14). Por otra parte, se adoptó de igual manera en muchos casos un tipo de pensamiento resiliente y positivo, de manera que también se presentaron estas estrategias internas de afrontamiento: resiliencia, afrontamiento optimista, reflexión personal, compartimentación mental, y aceptación (11,1). En el estudio de Romero et al. se identificó que todas estas estrategias estaban asociadas más fuertemente con niveles de angustia moral más bajos.

Este tipo de estrategias aparecen como herramientas para significar a las experiencias negativas y a la angustia derivada de ellas (16); estas se desarrollaron o bien informalmente (es decir, de forma voluntaria) o bien bajo la formalidad institucional; sin embargo, en el estudio de Boulton et al. se evidenciaron como más efectivas cuando fueron voluntarias y no impuestas institucionalmente (16). También se adoptó en algunos casos la supresión de pensamientos negativos de forma consciente como estrategia activa (14).

Otro grupo de estrategias muy relevantes a nivel interno fueron apoyo en la experiencia previa (2), promoción de las competencias y atributos personales (3), además del aprendizaje e investigación permanente sobre COVID-19 (6). En este sentido, mientras más formados y competentes se percibían a sí mismos los y las enfermeras en UCI, más adaptativo era su afrontamiento. En algunos casos fue necesario para enfermeros y enfermeras adoptar medicación como estrategia para solventar los estresores (14).

Respecto a las estrategias externas, se observó como predominante el apoyo social y de colegas, el apoyo relacional efectivo y el apoyo familiar (aquellos que tuvieron una crianza afectiva y competente tuvieron una percepción mayor de apoyo familiar y resiliencia) (2). Este afrontamiento fue evi-

dentemente necesario para el personal, aunque, como se comentó, fue precisamente difícil preservarlo en un contexto de necesidad de aislamiento social.

El estudio de Boulton et al. informó como adecuadas y efectivas todas las estrategias que se establecían de modo más o menos informal, como las charlas con pares en cafeterías u otras instancias laborales (16), sobre todo en comparación con las estrategias institucionales. En la misma línea, Jiménez et al. identificaron que cuando la carga laboral se compartía de forma colaborativa por colegas en UCI, mejoraba su afrontamiento a la situación vivida (17).

También se evidenció que enfermeros y enfermeras buscaron apoyo psicológico activo o bien evitaron la sobreexposición a las redes sociales (8). Ali et al. (6) encontraron que algunos hábitos diarios podían también mejorar el bienestar mental y físico de los y las enfermeras, como el viajar en transporte privado en soledad.

Finalmente, en algunos casos se presentaron estrategias desadaptativas con foco tanto interno como externo. Entre estas constó el consumo de sustancias (17), la desconexión conductual, la negación, la autoculpabilización. En algunos casos, el desahogo, o bien el apoyo instrumental fueron estrategias que se presentaron de forma importante en enfermeros y enfermeras, todas asociadas a niveles de angustia moral mayores (17).

El estudio llevado a cabo encontró varios temas relevantes respecto a los impactos mentales y físicos de la pandemia en profesionales de enfermería en UCI, además del tipo de estresores que enfrentaron y las estrategias que adoptaron para hacer frente a ellos. Los resultados obtenidos son relevantes, en primer lugar, porque refieren a la enfermería en UCI específicamente, población sobre la que no se suele puntualizar en la literatura, que más bien aborda al conjunto del personal de atención de salud en distintas unidades hospitalarias. Por otra parte, también son importantes, pues incluyen la literatura revisada más actual, en la que se ha extendido el plazo de observación de efectos del COVID-19.

Los enfermeros y enfermeras de UCI experimentaron procesos traumáticos y agotamiento que afectaron negativamente su salud mental. Experimentaron miedo, estrés, ansiedad, obsesión y desolación. Además, enfrentaron emociones como la culpa y síntomas relacionados con el estrés postraumático. Estos resultados son confirmados por varios estudios (18). La sobrecarga de trabajo y la organización en las áreas de UCI intensificaron la sensación de estrés.

Por otra parte, aunque se ha investigado menos, se observó que el personal de enfermería de UCI estuvo expuesto al virus y presentó impactos físicos

relacionados con los impactos mentales. Estos incluyen trastornos del sueño, dolores de cabeza y musculares, síntomas respiratorios y cambios en los patrones alimentarios. También se registró un aumento en el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y drogas recreativas. Esto también coincide con la revisión de Lin et al. (19), aunque no se limita al estudio de enfermeras de atención en UCI.

Los enfermeros y enfermeras enfrentaron diversos factores estresantes durante la pandemia, como el constante riesgo de contagio, largas jornadas de trabajo, demandas emocionales y la falta de preparación del sistema de salud. También experimentaron escaso apoyo institucional, toma de decisiones complejas, alto número de muertes, alta rotación de turnos, entre otros. El estigma social al que se enfrentaron también aumentó su nivel de estrés. Todos estos hallazgos están respaldados en otra serie de estudios (18).

Para hacer frente a estos estresores y reducir los impactos negativos, se adoptaron diversas estrategias de afrontamiento. A nivel personal, se utilizaron estrategias como el autocuidado, el descanso, el ocio, el humor, la gratitud, la atención plena, la planificación, el diálogo interno, el ejercicio físico y la relajación.

Además, el apoyo en la experiencia previa, la promoción de competencias y atributos personales, y el aprendizaje e investigación sobre el COVID-19 fueron estrategias utilizadas. A nivel interpersonal se buscó el apoyo social, el apoyo de colegas y el apoyo familiar. Sin embargo, también se observaron estrategias desadaptativas, como el consumo de sustancias, la desconexión conductual y la autoculpabilización. Estos resultados emergen de igual manera en otros estudios (18), aunque no necesariamente puntualizando al personal de enfermería en UCI.

Todas estas estrategias de afrontamiento son diversas, y dependen en buena medida del contexto en el que se encuentra el personal de enfermería. Con todo, en la mayoría de los casos en los que emergió, se observó que la capacitación y la confianza en los propios conocimientos y experiencia fue una estrategia de afrontamiento que mejoró significativamente el impacto de la pandemia, como también se encontró en Rohisha et al. (18). Algunas estrategias que se observaron en contextos particulares no estuvieron presentes en este estudio, como la influencia directa de una pareja o bien la influencia religiosa (20).

Es importante resaltar la necesidad de implementar medidas para apoyar la salud mental y física de los enfermeros y enfermeras de UCI, como el fortalecimiento de la salud mental y física de los enfermeros y enfermeras de UCI, como el fortalecimiento de la salud mental y física de los enfermeros y enfermeras de UCI.

lecimiento del apoyo institucional, la promoción de estrategias de autocuidado y la creación de espacios seguros para el diálogo y la expresión de emociones. Además, se deben considerar políticas y programas que aborden los factores estresantes identificados y promuevan estrategias de afrontamiento adaptativas (20). No obstante, destacó en los estudios analizados que el apoyo institucional, cuando no estuvo acompañado de un entono de trabajo colaborativo, no fue tan significativo como el acercamiento y charla informales entre pares; el apoyo entre enfermeros y enfermeras fue fundamental, sobre todo en un contexto en el que profesionales no experimentados en UCI debieron actuar en dichas unidades.

Las especificidades de la enfermería en UCI vuelven a esta área un sector altamente especializado; los cuidados intensivos deben incluir un constante control y monitoreo de los pacientes, además de brindar soporte fisiológico a cada uno de los órganos vitales que pueden estar comprometidos. Por ello, se espera que estas unidades tengan una alta dotación tecnológica de recursos humanos y de conocimientos y competencias técnicas (21). Los pacientes críticos están en riesgo permanente de desarrollar disfunciones orgánicas generalizadas, de manera que están expuestos a un riesgo vital elevado; los y las enfermeras encargados del cuidado de estos pacientes requieren de altas competencias y dominio técnico para desempeñarse de manera adecuada, sobre todo considerando que son entornos altamente exigentes (21).

En el contexto de la pandemia, la necesidad de reestructurar estas unidades y valerse de personal no capacitado en UCI tuvo un severo impacto; el trabajar con personal a quien se observaba permanentemente cometiendo errores involuntarios fue un estresor habitual, y la autopercepción de no ser competente agravó aún más los impactos psicológicos de la pandemia.

Por lo mencionado, es fundamental que las instituciones establezcan planes de contingencia y de capacitación permanente para enfermería, sobre todo en los entornos que se caracterizan por falencias en recursos materiales y humanos, usualmente localizados en países de bajos ingresos; con estos planes es posible prevenir con mayor eficacia los impactos de la reorganización sorpresiva de este tipo de unidades debido a factores como una pandemia.

La búsqueda realizada para la identificación de los artículos, una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, permitió seleccionar 24 artículos, entre los que constan investigaciones transversales, estudios cualitativos, de metodología mixta y revisiones sistemáticas.

El análisis de los estudios permitió identificar el impacto físico y emocional que experimentó el personal de enfermería como consecuencia de la atención de COVID-19 en la unidad de cuidados intensivos. Con relación a los impactos mentales, se pudo identificar como los más frecuentes la ansiedad, depresión, angustia, culpa, estrés postraumático, temor, obsesión, desolación y vulnerabilidad. Atravesar una pandemia y formar parte del personal de atención en UCI representó un reto que alteró el bienestar emocional de los profesionales de esta área, ya que de manera constante se enfrentaron situaciones críticas que pusieron en riesgo su propia integridad y la de sus familias.

Con relación a los impactos físicos se pudo identificar, en primer lugar, el riesgo de contagio debido a la interacción constante con paciente covid-19 positivo. Además, es importante señalar que las afectaciones físicas, dentro de los estudios analizados, se evaluaron en relación con los impactos mentales, es decir, la angustia y el temor derivaron en afectaciones en el sueño, terror nocturno e insomnio. De igual forma, el agotamiento físico fue otra de las dimensiones generando dolor de cabeza, dolor muscular, síntomas respiratorios, e incluso lesiones provocadas por la necesidad de movilizar a los pacientes.

En los estudios se pudo identificar que los impactos físicos y mentales fueron provocados por diferentes factores estresores, siendo los más frecuentes: riesgo constante de contagio, falta de medidas de seguridad, extensas jornadas laborales, elevado nivel de demandas emocionales, escaso personal, falta de protocolos de actuación e inadecuada comunicación en el equipo. De igual manera se definieron elementos de carácter personal como el aislamiento, el estigma social, o el temor a contagiar a sus familias. Por lo tanto, el grave contexto que significó la pandemia en el sistema sanitario hizo evidente la ausencia de medidas adecuadas para garantizar que el área de enfermería pueda desempeñarse de forma eficaz y segura, desencadenando situaciones estresantes que incidieron negativamente en su bienestar tanto a nivel personal como profesional.

Ante esta realidad, el personal de enfermería del área de UCI desarrolló diferentes estrategias de afrontamiento con el objeto de encontrar mecanismos que les ayuden a sobrellevar las circunstancias adversas en las cuales desempeñaban los roles y responsabilidades de atención y cuidado a pacientes COVID-19. Se identificaron tres tipos de estrategias: las primeras de foco interno, entre las que se encuentran el autocuidado, atención plena, ocio, planificación, diálogo interno, experiencia previa, reflexión personal y resiliencia. Las segundas tienen relación con el aspecto externo y refieren al apoyo social

y de colegas, apoyo relacional afectivo, apoyo familiar, carga laboral compartida, aunque en menor medida también se identificó el apoyo psicológico activo. El tercer grupo de estrategias fueron aquellas de carácter desadaptativo, como el consumo de sustancias, negación o autoculpabilización, la desconexión conductual, sobre todo en casos en donde los niveles de angustia eran muy elevados

En general, la pandemia significó un reto que impactó tanto en la salud física como emocional de enfermeros y enfermeras que brindaron atención a pacientes covid-19 positivos en las unidades de cuidados intensivos.

Referencias

1. Chegini et al. Experiences of critical care nurses fighting against COVID-19: A qualitative phenomenological study. *Nurs Forum*. 2021; p. 571-8.
2. Foli et al. Voices from the COVID-19 frontline: Nurses' trauma and coping. *J Adv Nurs*. 2021; p. 3853-66.
3. Zenani et al. Strategies to enhance resilience to cope with workplace adversities post-COVID-19 among ICU nurses. *Curationis*. 2022; p. e1-8.
4. Lee et al. Perceived Stress and Coping Behavior of Nurses Caring for Critical Patients with COVID-19 Outbreak in Taiwan: A Mixed-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; p. 4258.
5. Kandemir et al. Analysis of mental health symptoms and insomnia levels of intensive care nurses during the COVID-19 pandemic with a structural equation model. *J Clin Nurs*. 2022; p. 601-11.
6. Ali et al. Exploring the Psychological Stress, Anxiety Factors, and Coping Mechanisms of Critical Care Unit Nurses During the COVID-19 Outbreak in Saudi Arabia. *Front Public Health*. 2021; p. 767517.
7. Mehta et al. The impact of the COVID-19 pandemic on intensive care unit workers: a nationwide survey. *Can J Anaesth*. 2022; p. 472-84.
8. Xu et al. Psychosocial experiences of frontline nurses working in hospital-based settings during the COVID-19 pandemic - A qualitative systematic review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2021; p. 100037.
9. Nordin et al. Measuring moral distress in Swedish intensive care: Psychometric and descriptive results. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023; p. 103376.

10. Alonso et al. Estigmatización social de las enfermeras de cuidados intensivos al inicio de la pandemia por coronavirus. *Index de Enfermería*. 2022; p. 10-3.
11. Chen et al. A LargeScale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *Int J Ment Health Nurs*. 2021; p. 102-16.
12. Calkins et al. The early impact of COVID-19 on intensive care nurses' personal and professional well-being: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023; p. 103388.
13. Conz et al. Experiences of intensive care unit nurses with COVID-19 patients. *Rev esc enferm USP*. 2021; p. e20210194.
14. Alharthi et al. Lessons Learned from the COVID-19 Outbreak as Experienced by ICU Nurses: Manifest Qualitative Content Analysis. *Healthcare (Basel)*. 2023; p. 1269.
15. Li et al. Predictive Analysis of FactorsInfluencing Depression Status of Nurses in the COVID-19 Pandemic Intensive Care Unit. *Front Psychiatry*. 2021; p. 596428.
16. Boulton et al. Moral distress among intensive care unit professions in the UK: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2023; p. e068918.
17. Jimenez et al. Providing End-of-Life Care to COVID-19 Patients: The Lived Experiences of ICU Nurses in the Philippines. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; p. 12953.
18. Rohisha et al. Stressors and coping strategies among frontline nurses during COVID-19 pandemic. *J Educ Health Promot*. 2023; p. 109.
19. Lin et al. Reduced occurrence of ventilator-associated pneumonia after cardiac surgery using preoperative 0.2% chlorhexidine oral rinse: Results from a single-centre single-blinded randomized trial. *J Hosp Infect*. 2015; p. 362–6.
20. Abou et al. The Relationship Between Coping Strategies, Compassion Satisfaction, and Compassion Fatigue During the COVID-19 Pandemic. *SAGE Open Nurs*. 2023;;p. 23779608231160464.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 28

Carga de trabajo para
profesionales de enfermería
utilizando la puntuación TISS-28 en el
área de cuidados intensivos adultos:
una revisión sistemática de la
literatura

AUTORES: Mishelle Estefanía Díaz Vaca; María Teresa Benavides Borja



La exigencia laboral en el entorno de cuidados intensivos plantea un desafío fundamental para los enfermeros, quienes frecuentemente se ven confrontados con demandas agotadoras y situaciones altamente complejas que pueden afectar directamente tanto la calidad de la atención proporcionada al paciente como su propio bienestar. En este contexto, la escala TISS-28 monitorea la carga de trabajo y determina la asignación adecuada de enfermeras y pacientes.

Las puntuaciones cuantitativas, como el TISS-28, se fundamentan en la idea de que la atención en salud puede ser, hasta cierto punto, medible y comparable, permitiendo la identificación de áreas de mejora y la optimización de recursos (1). Por otra parte, la gestión y equilibrio de la carga laboral en el ámbito sanitario no es simplemente una cuestión logística, sino que se sustenta en principios éticos y de calidad (2). La teoría de administración en salud postula que un equilibrio adecuado entre las demandas laborales y los recursos disponibles no solo optimiza la atención al paciente, sino que también previene el agotamiento y desgaste del personal (3). En esencia, el cuidado de calidad requiere de profesionales de salud que estén bien atendidos, respaldados y cuya carga laboral sea manejable, permitiéndoles actuar con precisión, empatía y eficiencia en todo momento.

La sobrecarga laboral, también conocida como carga de trabajo, es un concepto que hace referencia a la desproporción entre las demandas y responsabilidades asignadas a un profesional y los recursos, ya sean temporales, físicos o emocionales, con los que cuenta para satisfacerlas (4). Este desequilibrio puede surgir por múltiples razones, como una planificación deficiente, escasez de personal, o un aumento inesperado en la demanda de servicios (4).

En el ámbito de la salud, especialmente en áreas críticas como los cuidados intensivos, la sobrecarga laboral no solo puede afectar la salud mental y física de los profesionales, llevándolos al agotamiento o al síndrome de burnout, sino que también puede comprometer la calidad del cuidado proporcionado al paciente (5). Es imperativo, por tanto, identificar y gestionar adecuadamente los factores predisponentes que inciden en la sobrecarga laboral, garantizando así la integridad y el bienestar tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes a su cargo.

El tiempo de estancia hospitalaria es un factor que afectan la carga laboral ya que todo depende de la evolución del paciente y la relación con la dinámica del mismo, ya que según su condición y patología este puede pro-

longarse o disminuir, siendo así que al ser evaluado cada 24 horas se analiza su mejoría y consigo su relación con la carga de trabajo que la enfermera va a realizar para satisfacer los cuidados del mismo, se debe tener en cuenta que hay factores que afectan dicha estancia, entre estos están incluidos la falta de recursos y herramientas adecuadas, que obliga a los trabajadores a invertir más tiempo y esfuerzo en cada tarea (6). Estos componentes, ya sea por separado o en conjunto, pueden contribuir al aumento de la carga laboral, impactando el rendimiento, la satisfacción en el trabajo y, en última instancia, la calidad de la atención proporcionada a los pacientes.

En total, se seleccionaron 19 estudios que evalúan diversos aspectos de la carga de trabajo para profesionales de enfermería en el área de cuidados intensivos, utilizando la puntuación TISS-28. Estos estudios abordan temas como la correlación entre la carga de trabajo y características sociodemográficas, clínicas, la calidad de atención, la seguridad del paciente, eventos adversos y la satisfacción laboral. Los artículos fueron escogidos de los siguientes países: dos de Portugal, dos de Brasil, Italia, Países Bajos, Alemania, Taiwán, China, dos de Chile, Grecia, Colombia, México, dos de Ecuador, Cuba, Venezuela y España completando 19 artículos, 47% pertenece al continente europeo, mientras que el 53% a estudios el continente americano.

Por otro lado, el texto a lectura completo se concretó de la siguiente forma: PubMed con 13 resultados, Sciencedirect con 3 resultados y Scielo con 3 resultados. En términos de metodología, la mayoría de los estudios son cuantitativos, y hay 5 estudios retrospectivos, 7 estudios transversales, 1 estudio longitudinal y 1 estudio de análisis de macrodatos. Además, se incluyen 4 estudios prospectivos y 1 revisión analítica.

El entorno clínico más investigado entre los 19 artículos es la unidad de cuidados intensivos (UCI). La mayoría de los estudios se dedican a evaluar la carga laboral del personal de enfermería en este entorno particular, empleando la puntuación TISS-28 como un instrumento de medición. Este enfoque subraya la UCI como un área crítica en la que la carga laboral y la intensidad de la atención son elementos esenciales para la investigación y la mejora continua en la práctica clínica.

Categorías temáticas:

Correlación entre la puntuación TISS-28 y la carga de trabajo de enfermería

La relación entre la puntuación TISS-28 y la carga laboral de enfermería representa un área esencial de investigación en el ámbito de la atención

médica, particularmente en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Comprender esta conexión resulta crucial para mejorar la gestión de recursos en enfermería y asegurar una atención eficiente y segura a los pacientes.

Diversos estudios han abordado esta temática desde diferentes perspectivas, arrojando luz sobre cómo la puntuación TISS-28 se relaciona con las demandas laborales en enfermería. Una de estas es la investigación realizada por Simões et al. (7), reveló que la puntuación media de TISS-28 al ingreso era alta, sugiriendo una considerable carga de trabajo inicial en enfermería. Esta puntuación disminuía progresivamente hacia el momento del alta. Interesantemente, se observó que la carga de trabajo era menor en pacientes más jóvenes y con estancias hospitalarias más cortas. Por otro lado, pacientes con ciertas características clínicas, como aquellos clasificados en la clase IV de Cullen, mostraron una mayor carga de trabajo.

Padilha et al. (8), en su investigación, observaron que la mayoría de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) eran hombres de mediana edad, con una puntuación TISS-28 promedio de 23 puntos.

Las discrepancias en las puntuaciones entre diversas UCIs indicaban variaciones en la gravedad de los pacientes y, por ende, en la carga laboral de enfermería. Este estudio también resaltó que los pacientes que fallecieron presentaban puntuaciones TISS-28 más elevadas, indicando así una conexión directa entre la gravedad del paciente y la carga de trabajo en enfermería.

En el estudio de dos Reis et al. (2), se encontró una relación significativa entre la frecuencia de cambio de apósitos y una mayor carga de trabajo de enfermería, tanto al ingreso como al alta. La edad también resultó ser un factor influyente, con una mayor carga de trabajo asociada a pacientes de mayor edad. Además, se observó que las actividades de enfermería, como la administración de medicamentos, la monitorización continua y la atención directa al paciente, contribuyeron de manera significativa a la carga laboral del personal de enfermería en el contexto del estudio.

Este hallazgo resalta cómo ciertas intervenciones características demográficas pueden influir en la demanda de cuidados de enfermería, proporcionando así una perspectiva más completa sobre la complejidad y diversidad de las responsabilidades del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes.

El trabajo de Altafin et al. (9) destacó una correlación moderada entre la media del *Nursing Activities Score* (NAS) y la puntuación de gravedad APACHE II ($r=0,329$), la media de la puntuación SOFA de disfunción orgánica

($r=0,506$) y la media de la puntuación TISS-28 ($r=0,600$), lo que subraya la complejidad y la heterogeneidad de la carga de trabajo de enfermería en las UCI. El estudio reveló que ciertas condiciones clínicas, como la urgencia quirúrgica y el estado de los pacientes al abandonar la UCI, eran factores determinantes en la carga de trabajo. Este hallazgo es esencial para la planificación del personal, pues sugiere que las necesidades de enfermería pueden variar significativamente según el perfil clínico del paciente. Ucchini et al. (8) se enfocaron en examinar las demandas específicas de cuidados en diferentes UCI. Los resultados mostraron que los cuidados mínimos requeridos variaban según la unidad, siendo influenciados por la gravedad clínica y la complejidad asistencial de los pacientes. Esto resalta la importancia de una asignación de personal de enfermería que tome en cuenta la diversidad de necesidades en diferentes entornos de UCI.

Margadant et al (10) introdujeron el modelo NOW (Nurse Operation Workload) con el objetivo de medir de manera más precisa la carga de trabajo de enfermería. Este modelo demostró ser más preciso y eficiente en comparación con los anteriores, ofreciendo una estimación más precisa del tiempo real de enfermería necesario por paciente. La adopción de estos modelos puede ser esencial para mejorar la asignación de recursos y elevar la calidad de la atención.

Por otro lado, el estudio de Guenther et al. (9) indicó que las puntuaciones estándar de carga de trabajo no reflejaban adecuadamente la mayor carga asociada a pacientes con condiciones específicas como el delirio. Este hallazgo es crucial, ya que subraya la necesidad de enfoques más personalizados en la evaluación de la carga de trabajo en enfermería, considerando no solo las puntuaciones estándar sino también las características individuales de los pacientes.

Chang et al. (11), en su investigación realizada en Taiwán, encontraron una correlación significativa entre la carga de trabajo de enfermería y la calidad de la atención. Este estudio destacó una carga excesiva de trabajo y un pago insuficiente en el contexto de las políticas de salud nacionales, lo que plantea preocupaciones sobre la sostenibilidad de los cuidados de enfermería en las UCI y la necesidad de revisar las políticas de dotación de personal y remuneración.

Öztürk Birge y Bedük (12), en su estudio, observaron una condición clínica como psicológica con la presencia de delirio y factores de riesgo relacionados, estos aumentaban significativamente con la carga de trabajo de

enfermería. Este hallazgo sugiere que condiciones particulares de los pacientes, como el delirio, deben ser consideradas cuidadosamente al evaluar y planificar las necesidades de personal en las UCI.

Finalmente, el trabajo de Gao et al. (13) y Wang et al. (14) proporcionó evidencia adicional sobre la utilidad de la puntuación TISS-28 como indicador de la carga de trabajo en enfermería, destacando su correlación con otras medidas clínicas y demostrando su fiabilidad y validez en diferentes contextos.

Influencia de factores clínicos y demográficos en la carga de trabajo, y el impacto de la carga de trabajo en la seguridad del paciente

El estudio de la influencia de factores clínicos y demográficos en la carga de trabajo de enfermería es un área de investigación crucial en la atención sanitaria. A través de diversos estudios se ha podido identificar cómo distintos aspectos clínicos y características de los pacientes impactan en las demandas laborales de los profesionales de enfermería.

En la investigación de Simões et al. (7), se observó que, al ingreso de los pacientes, la puntuación media del TISS-28 era de $34,2 \pm 6,9$, indicando una carga de trabajo de enfermería inicial considerable. No obstante, esta puntuación tendía a reducirse en evaluaciones realizadas en momentos posteriores. Se subrayó que las actividades básicas constituían la mayor proporción del tiempo dedicado por el personal de enfermería, seguidas por el soporte cardiovascular. Además, se identificó que la carga de trabajo era menor en pacientes más jóvenes (edad ≤ 44 años) y en aquellos con estancias hospitalarias más cortas. En contraste, se observó un aumento en la carga de trabajo en pacientes clasificados en la clase IV de Cullen y en aquellos con un peso en el percentil normal a superior.

El estudio de dos Reis et al. (2) evidenció que la frecuencia de cambio de apósitos estaba vinculada a una carga de trabajo de enfermería más elevada, tanto en el momento de ingreso como en el alta. Además, se observó que la edad constituía un factor significativo, con una carga de trabajo más intensa en pacientes de mayor edad. De manera interesante, se encontró que un aumento en la carga de trabajo al ingreso se correlacionaba con un incremento en la carga de trabajo al momento del alta. Este estudio también resaltó la relativa constancia de la carga de trabajo de enfermería a lo largo del tiempo.

En la investigación realizada por Guenther et al (9) se descubrió que el delirio, presente en el 36,2% de los pacientes examinados, no aumentaba las puntuaciones TISS-28, TISS-10 y NEMS cuando se ajustaban por la ventilación mecánica. Además, se observó una relación lineal entre TISS-10 y TISS-28, y se señaló que los costos financieros eran mayores en pacientes que experimentaban delirio. Por

otro lado, Öztürk Birge y Bedük (12) descubrieron que los pacientes con delirio, especialmente aquellos mayores de 65 años que necesitaban alimentación nasogástrica o nutrición parenteral total, mostraban una puntuación media de TISS-28 más elevada en comparación con aquellos sin delirio. Además, se identificó una relación positiva entre las puntuaciones promedio de APACHE II y TISS-28. Estos pacientes necesitaban aproximadamente 60 minutos más de atención de enfermería.

Finalmente, Argibay et al. (15) analizaron a un conjunto de pacientes sometidos a hipotermia terapéutica (HT) después de una parada cardiorrespiratoria fuera del entorno hospitalario. Descubrieron que, a pesar de la mayor prevalencia de tabaquismo y la necesidad de procedimientos como coronariografías en el grupo de HT, no se observaron diferencias significativas en la carga de trabajo evaluada mediante las escalas TISS-28, NAS o NEMS en comparación con el grupo que no recibió HT. Esto sugiere que la implementación de programas de HT no implica necesariamente un aumento en los recursos de enfermería en términos de carga laboral.

La relación entre la carga de trabajo en el sector sanitario y la calidad de la atención se ha investigado ampliamente, revelando hallazgos significativos. Carlesi et al. (16) descubrieron que la frecuencia de incidencias fue del 71,1%, resaltando una relación entre la carga laboral y la tasa de caídas, pero no con otros errores como los relacionados con la medicación. Oliveira et al. (17) comunicaron que la carga excesiva está vinculada a infecciones, úlceras por presión (UPP) y errores en la administración de medicamentos, señalando al instrumento NAS como un factor que protege contra las UPP. Cuadros et al. (18) igualmente, notaron una conexión entre la carga laboral excesiva y las caídas, pero no identificaron una relación directa con los errores en la administración de medicamentos o el uso de contención mecánica. Estos estudios destacan la relevancia de una gestión adecuada de la carga de trabajo para mejorar la seguridad del paciente y reducir los eventos adversos.

Relación entre la carga de trabajo y la asignación de actividades a la enfermera

La conexión entre la carga laboral de enfermería y la calidad de atención, así como la satisfacción laboral, constituye un campo crucial de investigación en el ámbito de la salud. Múltiples investigaciones han explorado esta relación, ofreciendo descubrimientos significativos que ilustran cómo la carga de trabajo afecta tanto la calidad del cuidado proporcionado a los pacientes como el bienestar y la satisfacción de los profesionales de enfermería.

En el estudio realizado por Chang et al. (19), se examinaron ocho unidades de cuidados intensivos, y se observó que el 61% de las horas de atención directa de enfermería en la UCI se categorizaron como TISS-28, mientras que el 39% se clasificaron como no TISS-28. Se determinó que la carga laboral de enfermería, expresada en el número de horas de atención directa, se correlacionaba de manera significativa con diversos indicadores de calidad asistencial, a excepción de la incidencia de caídas. Este estudio también resaltó una discrepancia entre el trabajo realizado por el personal de enfermería y la compensación recibida, evidenciando una carga laboral excesiva y una remuneración insuficiente por parte del programa de salud nacional de Taiwán.

Gouzou et al. (20) identificaron niveles reducidos de satisfacción laboral entre el personal de enfermería, directamente vinculados a la carga de trabajo. Los elementos más apreciados en relación con la satisfacción laboral abarcaban la remuneración y las demandas de la tarea. De manera interesante, el desempeño en turnos nocturnos se presentó como un indicador independiente de una menor satisfacción laboral.

Cáceres et al. (21) en su investigación, incorporaron 362 registros y notaron que el personal de enfermería dedicaba alrededor del 70% de su tiempo a un solo paciente, con una significativa porción destinada a labores administrativas. Factores como períodos prolongados de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, y diagnósticos relacionados con traumatología y urgencias estuvieron vinculados a una carga laboral elevada.

Por su parte, Acosta et al. (22) destacaron la falta de enfermeras, que oscilaba entre el 19% y el 35% en determinados turnos, lo que resultaba en un aumento de incidentes negativos y una disminución en la calidad del cuidado. Este déficit de personal también se asociaba con un incremento en la incidencia del síndrome de burnout entre los profesionales.

Saltos et al. (23) señalaron que la carga laboral experimentada por el equipo de enfermería podría afectar adversamente la atención al paciente. Utilizando el Score TISS-28, se evaluó la gravedad de los pacientes y la atención de enfermería necesaria para su recuperación. Los resultados mostraron una proporción desequilibrada entre enfermeras y pacientes, lo que tuvo un impacto negativo en la calidad del servicio.

Cuadros et al. (18) identificaron una correlación relevante entre la carga laboral excesiva y la frecuencia de caídas, aunque no se observó tal relación con otros incidentes, como errores en la administración de medicamentos. La carga de trabajo resultó ser elevada en todas las áreas, excepto en cuidados intermedios.

Bazán y Villavicencio (24) detectaron discrepancias en la relación enfermera-paciente según la puntuación TISS-28 en diversas unidades. En ciertos casos, a los pacientes con puntuaciones más altas se les asignaban más recursos de enfermería. Esta diversidad en la asignación de personal en función de la puntuación TISS-28 evidencia la complejidad de la gestión de recursos humanos basada en la gravedad y las necesidades individuales de los pacientes.

En relación con la utilización del TISS-28 para prever la situación y desarrollo de pacientes críticos durante su estadía hospitalaria, se concluye que este instrumento se ha demostrado eficaz para anticipar la condición y evolución de estos pacientes

Alarcón et al. (25) resaltaron su eficacia para establecer la duración del cuidado, especialmente en pacientes de grado II y III.

Chacón et al. (26) descubrieron que un puntaje elevado en el TISS-28 al inicio y al final se relaciona con la supervivencia, sin afectar la duración de la estancia hospitalaria. Un puntaje superior a 20 en el TISS-28 demostró ser un indicador confiable para distinguir entre supervivencia y mortalidad, mostrando una alta sensibilidad y una especificidad moderada.

Tabla 1.

Descripción de datos generales de los estudios revisados.

Título	Autores	Año	Revista	Idioma	País	Tipo de estudio
Nursing workload assessment in an intensive care unit: A 5- year retrospective analysis (26)	Simões JL, Sa- Couto P, Simões CJ, Oliveira C, Dos Santos NM, Mateus J, et al.	2021	Revista Cubana de Enfermería	Inglés	Portugal	Cuantitativo descriptivo de cohorte retrospectivo
Nursing workload in intensive care units: A study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) (27)	Padilha KG, Sousa RMC, Kimura M, Miyadahira AMK, da Cruz DALM, Vattimo M de F, et al.	2013	Intensive and Critical Care Nursing.	Inglés	Brasil	Cuantitativo exploratorio de cohorte prospectivo
Impact of Wound Dressing Changes on Nursing Workload in an Intensive Care Unit (10)	dos Reis JD, Sa- Couto P, Mateus J, Simões CJ, Rodrigues A, Sardo P, et al.	2023	International Journal of Environmental Research and Public Health	Inglés	Portugal	Cuantitativo descriptivo de cohorte retrospectivo

Nursing activities score: differences in nursing workload in three intensive care units (28)	Lucchini A, Elli S, Bambi S, Becattini G, Vanini S, Piantanica C, et al.	2015	Assistenza infermieristica e ricerca: AIR	Inglés	Italia	Cuantitativo exploratorio de cohorte retrospectivo
Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements (29)	Margadant CC, de Keizer NF, Hoogendoorn ME, Bosman RJ, Spijksstra JJ, Brinkman S.	2021	International Journal of Nursing Studies	Inglés	Países Bajos	Cualitativo exploratorio de cohorte retrospectivo
Nursing workload indices TISS- 10, TISS-28, and NEMS : Higher workload with agitation and delirium is not reflected (30)	Guenther U, Koegl F, Theuerkauf N, Maylahn J, Andorfer U, Weykam J, et al.	2016	Medizinische Klinik, Intensivmedizin Und Notfallmedizin	Inglés	Alemania	Cualitativo explicativo de cohorte retrospectivo
The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units (31)	Chang LY, Yu HH, Chao YFC.	2019	The Journal of Nursing Research: JNR	Inglés	Taiwán	Cualitativo descriptivo de cohorte retrospectivo
Value of APACHEII for predicting the nursing workload in EICU (33)	Gao Y, Zhu X, Ma Y, He N, Li D, Hu H.	2017	Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue	Inglés	China	Cualitativo explicativo de cohorte retrospectivo
Patient Safety Incidents and Nursing Workload (36)	Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Juan MAC.	2017	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Inglés	Chile	Cuantitativo, descriptivo de cohorte retrospectivo
Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review (37)	Oliveira AC de, Garcia PC, Nogueira L de S.	2016	Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P	Inglés	Brasil	Cualitativo explicativo de cohorte retrospectivo
Measuring professional satisfaction and nursing workload among nursing staff at a Greek Coronary Care Unit (39)	Gouzou M, Karanikola M, Lemonidou C, Papatheonassoglou E, Giannakopoulou M.	2015	Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P	Inglés	Grecia	Cualitativo descriptivo de cohorte transversal
Factors associated with nursing workload in three intensive care units (40)	Cáceres DI, Torres CC, Romero LAL.	2021	Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P	Inglés	Colombia	Cuantitativo Ddescriptivo de cohorte transversal

Análisis de la distribución del tiempo en materia de cuidado crítico por profesionales de enfermería mediante TISS-28 (42)	Alarcón E, Luna MCD, Flores- Padilla L, Jaramillo-Beltrán M, Gómez-Jurado LJ, Brito-Cerino MI.	2020	Enfermería universitaria	Español	México	Cuantitativo descriptivo de cohorte retrospectivo
Carga laboral en áreas críticas y "TISS 28" (3)	Acosta JM, Sandoval GM, Paredes MG, Supe FA.	2023	Salud, Ciencia y Tecnología	Español	Ecuador	Cualitativo descriptivo de cohorte transversal
Aplicación del sistema pronóstico TISS-28 en salas de atención al grave (44)	Reyes SMR, Parellada J, García ME, Martínez N.	2015	Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias	Español	Cuba	Cuantitativo descriptivo de cohorte transversal
Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente (1)	Salto M, Pérez CN, Suárez R, Linares SM.	2018	Revista Cubana de Enfermería	Español	Ecuador	Cualitativo descriptivo, de cohorte transversal
Ocurrencia de Incidentes de Seguridad del Paciente y	Cuadros K, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-	2017	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Español	Chile	Cuantitativo, explicativo de cohorte transversal
Carga de Trabajo de Enfermería (38)	Roldán C, Canales MA.					
Score Therapeutic Intervention Scoring System de ingreso a la unidad de cuidados intensivos como predictor de mortalidad intra- hospitalaria (43)	Chacón FJ, Delgado C, Castillo Y, Pacheco PA, Sánchez Narvaez MC.	2015	Acta Colombiana de Cuidado Intensivo	Español	Venezuela	Cualitativo exploratorio de cohorte retrospectivo
Valoración de la carga de trabajo de Enfermería en pacientes sometidos a hipotermia terapéutica (35)	Argibay A, Fernández-Rodríguez D, Ferrer-Sala N, Prieto-Robles C, Hernanz-del Río A, Castro-Rebollo P.	2014	Enfermería Clínica	Español	España	Cualitativo explicativo de cohorte retrospectivo

La presente investigación, centrada en la revisión de 19 estudios sobre la carga de trabajo para profesionales de enfermería en el área de cuidados intensivos adultos utilizando la puntuación TISS-28, proporciona una perspectiva detallada sobre la eficacia y las implicaciones de este instrumento en la

práctica clínica. A lo largo del análisis, se ha observado cómo la puntuación TISS-28 se convierte en un reflejo confiable y multifacético de la carga de trabajo real de los profesionales de enfermería, evidenciando su relevancia en varios aspectos críticos de la atención en cuidados intensivos.

Primordialmente, la puntuación TISS-28 se ha demostrado como un instrumento adaptable y sensible a las variaciones clínicas y demográficas de los pacientes. Esto significa que el TISS-28 no solo mide la carga de trabajo en términos cuantitativos, sino que también capta la complejidad y la intensidad del cuidado requerido. Este aspecto es crucial, ya que permite una asignación de recursos y personal más precisa y ajustada a las necesidades reales de cada unidad y paciente.

Por otra parte, la investigación indica que la carga laboral, medida a través del TISS-28, se asocia directamente con la calidad de la atención proporcionada y la satisfacción laboral del personal de enfermería. Esto destaca la importancia de mantener un equilibrio adecuado en la carga de trabajo para asegurar altos niveles de atención y prevenir el agotamiento profesional. Además, la relación entre una carga laboral más elevada y un aumento en la incidencia de eventos adversos subraya la necesidad de utilizar el TISS-28 como una herramienta preventiva en la gestión de la seguridad del paciente.

La implementación práctica del TISS-28 en la planificación de recursos y la asignación de personal también se presenta como una herramienta que no solo simplifica la distribución más efectiva del personal, sino que también facilita la identificación de áreas críticas donde la escasez de recursos podría afectar la atención al paciente. Además, se destaca que el TISS-28 puede ser un indicador significativo para la toma de decisiones administrativas y clínicas, influyendo en aspectos que van desde la organización del trabajo hasta la formulación de políticas de atención en salud.

En resumen, la puntuación TISS-28 se presenta como una herramienta completa para evaluar y gestionar la carga laboral en unidades de cuidados intensivos para adultos. Su capacidad para representar de manera precisa la intensidad y complejidad del cuidado requerido, su impacto en la calidad de la atención y la satisfacción laboral, así como su papel en la prevención de eventos adversos, lo convierten en un elemento esencial para mejorar continuamente la práctica de enfermería en cuidados intensivos. Este análisis destaca la importancia de integrar el TISS-28 no solo como un instrumento de medición, sino también como un componente fundamental en la planificación estratégica y la gestión de recursos en el ámbito de la salud crítica.

Los resultados de la revisión sistemática sobre la carga de trabajo para profesionales de enfermería mediante la puntuación TISS-28 en el ámbito de cuidados intensivos para adultos tienen una relevancia crucial en la práctica clínica. La evaluación de la carga de trabajo es fundamental para asegurar la calidad de la atención en contextos críticos. Estos hallazgos evidencian relaciones significativas entre la puntuación TISS-28 y la carga laboral del personal de enfermería, lo cual tiene implicaciones prácticas directas.

En la realidad, este conocimiento podría respaldar la introducción de estrategias específicas para mejorar la asignación de responsabilidades y aumentar la eficiencia del equipo de enfermería, aspectos esenciales para asegurar una atención segura y de alta calidad para los pacientes críticos. Este tipo de información puede tener un impacto directo en las políticas y prácticas clínicas, siendo valioso para la toma de decisiones en la prestación de cuidados intensivos.

En este estudio de revisión sistemática se tuvo como limitación la disponibilidad y calidad de los estudios primarios, ya que no contestaban a la pregunta de investigación. Conjuntamente con la poca accesibilidad a los artículos de investigación de mayor interés al no ser estos OPEN ACCESS.

En esta revisión sistemática se ha evidenciado que el TISS-28 no solo es una herramienta eficaz para medir la carga de trabajo de manera cuantitativa, sino que también refleja con precisión la complejidad y la intensidad del cuidado requerido por pacientes en estado crítico. Esta capacidad de adaptación y sensibilidad a las variaciones clínicas y demográficas de los pacientes permite una asignación de recursos y personal más ajustada a las necesidades reales de cada unidad y paciente.

Los hallazgos de esta revisión también destacan la correlación directa entre la carga de trabajo medida por el TISS-28 y aspectos críticos como la calidad de la atención brindada y la satisfacción laboral del personal de enfermería. Se subraya la importancia de mantener un equilibrio adecuado en la carga de trabajo para asegurar altos estándares de atención y prevenir el agotamiento profesional. Además, se ha observado que una mayor carga de trabajo genera la ocurrencia de eventos adversos, lo que pone de manifiesto la necesidad de emplear el TISS-28 como una herramienta preventiva en la gestión de la seguridad del paciente.

Tras analizar exhaustivamente la revisión sistemática sobre la relación entre la carga de trabajo y la utilización de la puntuación TISS-28 en el ámbito de cuidados intensivos adultos, se concluye que existe una clara influencia de la carga de trabajo en los profesionales de enfermería.

Mientras que bajo la observación la fatiga y el agotamiento resultantes de una carga salud mental y física de los enfermeros, aumentando el riesgo de errores y disminuyendo la capacidad de toma de decisiones informadas. Además, la carga de trabajo excesiva contribuye al agotamiento emocional y la pérdida de motivación, afectando la calidad de la interacción con los pacientes y la satisfacción laboral.

Para futuras investigaciones, se recomienda enfocarse en estudios longitudinales que monitoreen la carga de trabajo en cuidados intensivos y su impacto a largo plazo en la calidad del cuidado y el bienestar del personal. Sería valioso realizar análisis comparativos entre el TISS-28 y otras herramientas de evaluación de la carga de trabajo, para comprender mejor sus fortalezas y limitaciones. Además, expandir la investigación a diferentes contextos geográficos y tipos de unidades de cuidados intensivos podría ofrecer una visión más global de la aplicabilidad del TISS-28. Investigar cómo las intervenciones de gestión basadas en los resultados del TISS-28 afectan la calidad del cuidado y la satisfacción laboral proporcionaría datos valiosos para la toma de decisiones administrativas. Por último, estudios enfocados en los resultados de los pacientes, como la satisfacción y los resultados clínicos, ofrecerían una perspectiva centrada en el paciente, crucial para la mejora continua en la calidad de la atención en cuidados intensivos.

Con los resultados obtenidos se recomienda que el evitar la sobrecarga laboral en enfermería es fundamental para garantizar la salud y el bienestar tanto de los profesionales de enfermería como de los pacientes. Optimizando la asignación de personal, según la gravedad del paciente con la cual nos podemos basar con las escalas ya mencionadas, también a asegurar que haya un número adecuado de enfermeros/as asignados a cada turno y unidad, considerando la carga de trabajo y las necesidades de los pacientes. Evitar la asignación de tareas excesivas a un solo profesional con el apoyo de las demás especialidades y áreas.

Referencias

1. Cáceres et al. Métodos empleados para cuantificar la carga de trabajo en Enfermería en las unidades de cuidados intensivos: Una revisión de la literatura. *Revista Cuidarte*. 2022.
2. dos Reis et al. Impact of Wound Dressing Changes on Nursing Workload in an Intensive Care Unit. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; p. 5284.
3. Cedeño et al. La administración de la salud y la calidad del desempeño para los beneficiarios. *RECIMUNDO*. 2021; p. 160-88.
4. Del Valle K. Sobrecarga laboral por cantidad de pacientes atendidos que influye en la calidad de atención del profesional de enfermería. *Revista San Gregorio*. 2021.
5. Molina et al. Estrés laboral del Profesional de Enfermería en Unidades Críticas. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2019; p. 177-85.
6. Carrasco et al. Estresores laborales y satisfacción en enfermeras peruanas durante la pandemia de COVID-19. *SciELO Preprints*. 2020.
7. Simões et al. Nursing workload assessment in an intensive care unit: A 5-year retrospective analysis. *J Clin Nurs*. 2021; p. 528-40.
8. Padilha et al. Nursing workload in intensive care units: A study using the Therapeutic Intervention Scoring System- 28 (TISS-28). *Intensive and Critical Care Nursing*. 2013; p. 162-9.
9. Guenther et al. Nursing workload indices TISS-10, TISS- 28, and NEMS : Higher workload with agitation and delirium is not reflected. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2016; p. 57-64.
10. Margadant et al. Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. *Int J Nurs Stud*. 2021; p. 103780.
11. Chang et al. The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *J Nurs Res*. 2019; p. 1-9.
12. Öztürk A, Bedük T. The relationship of delirium and risk factors for cardiology intensive care unit patients with the nursing workload. *J Clin Nurs*. 2018; p. 2109-19.
13. Gao et al. Value of APACHEII for predicting the nursing workload in EICU. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*. 2017; p. 368-370.

14. Wang et al. Evaluation of the simplified therapeutic intervention scoring system: Chinese version. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018; p. 85-90.
15. Argibay et al. Valoración de la carga de trabajo de Enfermería en pacientes sometidos a hipotermia terapéutica. *Enferm Clin*. 2014; p. 323-9.
16. Carlesi et al. Patient Safety Incidents and Nursing Workload 1. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; p. e2841.
17. Oliveira et al. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; p. 683-94.
18. Cuadros et al. Ocurrencia de Incidentes de Seguridad del Paciente y Carga de Trabajo de Enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017; p. e2841.
19. Chang et al. The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *J Nurs Res*. 2019; p. 1-9.
20. Gouzou et al. Measuring professional satisfaction and nursing workload among nursing staff at a Greek Coronary Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; p. 15-21.
21. Cáceres et al. Factors associated with nursing workload in three intensive care units. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;; p. e20200272.
22. Acosta et al. Carga laboral en áreas críticas y "TISS 28". *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2023; p. 385-385.
23. Saltos et al. Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. *Revista Cubana de Enfermería*. 2018.
24. Bazán M, Villavicencio C. Aplicación del sistema de escala de intervención terapéutica 28 (TISS 28) en la Unidad de Cuidado Coronario. *Rev. Cient. de Enferm*. 2012; p. 17-24.
25. Alarcón et al. Análisis de la distribución del tiempo en materia de cuidado crítico por profesionales de enfermería mediante TISS-28. *Enfermería universitaria*. 2020; p. 162-72.
26. Chacón et al. Score Therapeutic Intervention Scoring System de ingreso a la unidad de cuidados intensivos como predictor de mortalidad intra-hospitalaria. *Acta colomb cuid intensiv*. 2015; p. 307-11.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística

Capítulo 29

Comparación de la aplicación de las escalas nursing activity score (NAS) y therapeutic intervention scoring system (TISS-28) en las intervenciones de enfermería en cuidados intensivos: revisión narrativa

AUTORES: Jenny Aydee Cabrera Ordóñez; Judith Inmaculada Francisco Pérez



El objetivo de este artículo es realizar un análisis de literaturas científicas para comparar el valor predictivo de las escalas Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) y Nursing Activity Score (NAS), con el propósito de identificar la escala que mejor establece la relación entre la carga laboral de las enfermeras y la atención al paciente.

De acuerdo con los resultados de los estudios presentados, la carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados intensivos medida con la escala TISS-28 es alta. En el estudio de Nazan Turan (1) se obtuvo una puntuación TISS-28 promedio de 65, lo que refleja una alta carga de trabajo de enfermería, a pesar de tener una relación enfermera-paciente teórica de 2:1. La escasez de personal a veces conduce a una relación de 3:1, agravando más la situación. Asimismo, presenciar el sufrimiento y la muerte generan un alto estrés emocional en las enfermeras, aumentando su carga laboral.

En el estudio de Öztürk y Beduk (2) se observó que el delirio y riesgo de delirio en los pacientes, incrementaba 60 minutos la carga de trabajo de enfermería, especialmente cuando requerían contención física, o se colocaban catéteres o sondas. Esta investigación utilizó la escala de TISS-28 y concluyó que el delirio aumenta morbilidad, mortalidad y costos sanitarios, al demandar mayor tiempo de atención de enfermería.

En el estudio de Guenther U, Koegl (3) se halló que la carga de trabajo fue más alta el día de ingreso en pacientes que desarrollaron delirio. También en aquellos sedados, comatosos y con ventilación mecánica prolongada, el delirio en sí no aumentó la carga de trabajo, sino que los días con ventilación mecánica fueron un fuerte determinante para incrementar el trabajo de enfermería.

En el mismo orden de las investigaciones que estudiaron la carga de trabajo, pero utilizando la escala NAS, se obtuvieron los siguientes resultados:

Al medir la carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados intensivos, se evidencia que existe una alta demanda que excede la capacidad del personal disponible. En el estudio de Gerasimou-Angelidi (4), se encontró que a mayor porcentaje en la escala NAS, mayor fue la satisfacción familiar, lo que no compensa la falta de personal, pero resalta la sobrecarga. Goulart (5) encontró que pacientes obesos totalmente dependientes aumentan la carga de trabajo de enfermería.

Ferreira (6) concluyó que la atención a los pacientes compromete 139,6% del tiempo de la enfermera, siendo necesario más de un profesional. Camuci (7) también identificó alta carga de trabajo en una UCI de quemados y Siqueira (8) halló una correlación entre gravedad del paciente y carga laboral.

Cáceres (9) encontró que por cada punto de aumento en la probabilidad APACHE II, la carga NAS aumentó 3 puntos. Nogueira (10) señala que la alta carga de trabajo afecta indicadores como infecciones intrahospitalarias.

Finalmente, el estudio de Valls-Matarín (11) determinó una relación enfermera/paciente de 1:2, siendo los recursos planificados insuficientes en 0,4 paciente más por cada enfermera.

Para responder a la segunda pregunta de investigación, se describen los siguientes resultados:

Los estudios basados en las escalas TISS- 28 y NAS coinciden en destacar las implicaciones adversas de una alta carga de trabajo en el personal de enfermería y en los pacientes de unidades de cuidados intensivos (UCI).

Con respecto a los estudios que utilizaron TISS 28, Nazan Turan (1) menciona que las condiciones de la UCI afectan negativamente el desempeño y el bienestar de las enfermeras ya que los participantes experimentaron estrés profesional debido a la alta carga de trabajo y presentaron cambios psicológicos; incluyendo ira, tensión, estrés, insensibilidad, retraimiento, problemas de adaptación y sentimientos de insuficiencia e infelicidad por tanto recomienda que los factores y condiciones desfavorables deben ser minimizados. También aumenta el riesgo de ausentismo y deterioro de la salud de las enfermeras.

En los pacientes se asocia a mayor mortalidad, más eventos adversos y complicaciones. Los costos de atención se incrementan por más tiempo de estancia en UCI debido a complicaciones como delirio. Esta tensión emocional se vincula con la necesidad de evitar problemas como el deterioro cognitivo, la privación del sueño y otros factores identificados por Ozturk y Beduk (2) como desencadenantes del delirio, lo que, a su vez, aumenta la carga de trabajo del personal de enfermería. Además, Guenther U, Koegl (12) señala que estos costos se acumulan con el tiempo de estancia en UCI, reflejando un impacto prolongado en la atención y los costos asociados a la salud de los pacientes.

Por otro lado, los análisis basados en NAS proponen recomendaciones más específicas y variadas para mejorar la gestión de la carga laboral en las UCI.

Sugieren relaciones, enfermera/paciente, ideales de 1:1 (6) ya que una proporción inadecuada compromete la salud de las enfermeras y la calidad de atención. Gerasimou-Angelidi S (4) subrayan la importancia de asignar personal acorde a la carga de trabajo. Además, Santos Nobre evidenció que la carga laboral impacta directamente en la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, así como en tasas de eventos adversos y complicaciones mencionada por Cáceres Rivera (9). A su vez, Do Altíssimo Nogueira (10) destaca la importancia de una dotación adecuada de personal para mejorar los indicadores clínicos y la gestión de calidad en la atención de la salud. Estos resultados resaltan la relevancia de una correcta gestión del personal, no solo para garantizar cuidados seguros y de calidad, sino también para reducir costos asistenciales y mitigar repercusiones negativas en la salud del personal, como problemas psicológicos y las bajas laborales (11).

Ferreira (6) en su estudio manifestó que la mortalidad disminuye con proporciones más bajas de pacientes por enfermera. Además de un paciente a la carga de trabajo de enfermería aumenta la angustia emocional, reduce la satisfacción laboral y aumenta la mortalidad. En este sentido, el redimensionamiento de la plantilla de enfermería afecta a indicadores sanitarios como las infecciones hospitalarias y la extubación accidental.

Según Ferreira et al. (6) un estudio ha señalado que más del 20% de los pacientes de la UCI han experimentado algún tipo de evento adverso. Estos indicadores incluyen eventos adversos relacionados con medicamentos, úlceras por presión, caídas, neumonía e infecciones nosocomiales, entre otros. Es imperativo que se lleve a cabo una evaluación organizacional, gerencial y operativa continua (incluidos los recursos humanos) de la UCI para garantizar mejores prácticas de atención de enfermería, capacitación continua del personal y excelencia en la prestación de atención.

En resumen, mientras los estudios basados en TISS-28 enfatizan los impactos psicológicos y de costos asociados, los análisis con NAS proponen recomendaciones más específicas y variadas para mejorar la gestión de la carga laboral en las UCI, priorizando la relación enfermera/paciente y la asignación adecuada de personal para garantizar una atención óptima y segura.

Los resultados obtenidos al comparar los estudios que utilizaron las escalas TISS-28 y NAS revelan el análisis de diversas variables de la carga de trabajo en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Mientras que los estudios basados en TISS-28, como lo demuestran Nazan Turan (1), Ozturk y Beduk (2), y Guenther U, Koegl (12) resaltaron una carga de trabajo elevada y

específicamente relacionada con factores como delirio, ventilación mecánica prolongada y procedimientos médicos. Los análisis con NAS, como los estudios de Gerasimou-Angelidi S (4), Goulart (5), Ferreira (6) y otros, se centraron en una gama más amplia de desafíos NAS reveló que la sobrecarga laboral no solo estaba ligada a factores médicos como la gravedad del paciente, sino también a aspectos más amplios como la satisfacción familiar, la atención a pacientes con necesidades especiales y la correlación con indicadores de salud más amplios. En este sentido, los estudios basados en NAS proporcionaron una comprensión más holística y contextualizada de la carga de trabajo, destacando su impacto en múltiples dimensiones de la atención en UCI y en la salud y bienestar del personal de enfermería, como se evidenció en estudios como el de Cáceres Rivera (13) y Do Altísimo Nogueira.

Sin embargo, es esencial reconocer que ambas escalas tienen sus propias fortalezas y limitaciones. Mientras que la escala TISS-28 permite una evaluación más específica de ciertos aspectos médicos relacionados con la carga de trabajo, como el delirio y la ventilación mecánica prolongada, NAS ofrece una comprensión más amplia al considerarlo solo la gravedad del paciente, sino también factores contextuales y su impacto emocional y social, como se ha evidenciado en los estudios revisados. La utilización combinada de ambas escalas podría ser beneficiosa para obtener una imagen más completa y precisa de la carga de trabajo en UCI, permitiendo así abordajes más integrados y eficientes para mejorar tanto la atención al paciente como el bienestar del personal de enfermería.

Con respecto a las repercusiones que tiene la carga de trabajo para los profesionales de enfermería y los pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI), los resultados obtenidos de los estudios que emplearon las escalas TISS-28 y NAS arrojan una perspectiva integral sobre dichas repercusiones. Los análisis con TISS-28 resaltan la carga emocional significativa experimentada por el personal, evidenciando consecuencias como estrés, ira y sentimientos de insuficiencia (1), mientras que identifican factores desencadenantes del delirio que aumentan la carga laboral, como la privación del sueño y el deterioro cognitivo (2). Estos hallazgos resaltan la carga psicológica y cognitiva en el personal, así como su relación directa con la atención a los pacientes, revelando la complejidad de gestionar la carga laboral en entornos de alta presión como las UCI.

Por otro lado, los resultados basados en la escala NAS ofrecen recomendaciones más específicas y detalladas para mitigar los impactos adversos de la sobrecarga laboral. Estos estudios señalan la importancia crítica de una

asignación de personal acorde a la carga de trabajo para garantizar una atención de calidad y segura (4).

Además, subrayan la necesidad de mantener relaciones enfermera/pacientes óptimas, como la propuesta de una relación 1:1, para evitar comprometer la calidad del cuidado (6). Estos resultados enfatizan la relevancia de considerar tanto la carga emocional en el personal como las implicaciones directas en la calidad de la atención, proponiendo estrategias específicas para optimizar la gestión de la carga laboral en UCI y mejorar la experiencia tanto para los profesionales como para los pacientes.

Una limitación importante fue la escasez de estudios que hayan utilizado la escala TISS-28 para medir la carga de trabajo. Se considera oportuno realizar futuras investigaciones en donde se aplique esta escala a los pacientes críticos y se comparen los resultados de esta con la escala NAS, de tal manera que se pueda evidenciar claramente la carga de trabajo de enfermería según el estado de salud y las necesidades de atención de los pacientes atendidos.

Los estudios seleccionados estudiaron la carga de trabajo de los profesionales de enfermería en las unidades de cuidados intensivos, mostrando las consecuencias que esta pueden provocar a los pacientes y el personal de enfermería encargado del cuidado directo, así como, los costos que las instituciones sanitarias pueden llegar a presentar. También se destaca que los cuidados de enfermería son imperiosos para la efectiva recuperación de los pacientes, los mismos que deben estar asignados según su necesidad de cuidado. Esta estimación de la carga de trabajo es ideal para ayudar a mejorar las condiciones laborales de enfermería y la seguridad del paciente.

Después de realizar la investigación que sustentó este artículo se concluyó que, de los estudios seleccionados, la carga de enfermería es alta en relación a dimensionamiento adecuado enfermera/ paciente 1:2 y a la relación ideal 1:1.

Es por ello que el mayor número de repercusiones sanitarias se desprenden de una deficiente relación enfermera/paciente y se debe al incremento de los días de hospitalización, los que aumentan eventos adversos, añaden más infecciones intrahospitalarias y acrecientan la tasa de mortalidad. También tiene repercusión en el personal sanitario con un aumento en los problemas psicológicos que llegan a presentar y bajas laborales, por tanto, una correcta gestión del personal contribuye a dar cuidados seguros y de calidad, y ayuda a disminuir los costos asistenciales.

Considerando la presentación de los resultados, los hallazgos evidencian que la correcta aplicación del Nursing Activities Score (NAS) se posiciona como una herramienta fundamental para medir la carga de trabajo del personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos (UCI). El objetivo principal de esta escala es cuantificar las horas dedicadas por los profesionales de enfermería en la atención a los pacientes, abarcando tanto tareas asistenciales como actividades gerenciales de enfermería. Además, se incluye el tiempo destinado al apoyo a las familias de los pacientes. En consecuencia, la aplicación efectiva de la escala NAS contribuye al dimensionamiento adecuado del personal de enfermería en el entorno de la UCI.

Las escalas NAS y TISS-28 desempeñan un papel crucial en la adecuada planificación de la fuerza laboral de enfermería y en el ámbito de la seguridad del paciente. Su función primordial consiste en “prevenir y reducir los riesgos, errores y daños” que los pacientes puedan experimentar durante la atención brindada por este esencial gremio. Para lograr este propósito, resulta fundamental una distribución adecuada y una relación óptima entre enfermera y paciente.

Por medio de este estudio se busca destacar la escala que mejor refleje la mayoría de las actividades asistenciales y gerenciales, incluyendo la carga administrativa, llevadas a cabo por las enfermeras de cuidado directo. En este contexto, se reconoce que la prestación de cuidados implica una perspectiva holística, enfatizando la importancia de comprender la dimensión biopsicosocial de los individuos. Por ende, se aboga por la administración de cuidados de enfermería especializados para facilitar la pronta recuperación de los pacientes que requieren atención.

Se sugiere implementar estrategias para gestionar la alta demanda y carga de trabajo en unidades de cuidados intensivos, considerando medidas como la revisión y ajuste de las asignaciones de personal, especialmente en situaciones de mayor complejidad como el cuidado de pacientes totalmente dependientes sean estos obesos con delirio, ventilación mecánica prolongada u otras. Además, se podría explorar la posibilidad de establecer equipos multidisciplinarios o reevaluar las proporciones de enfermeras por paciente. La atención a la carga de trabajo es crucial, ya que estudios indican que una carga excesiva puede afectar negativamente la satisfacción familiar, aumentar la probabilidad de infecciones intrahospitalarias, comprometer el tiempo disponible para una atención óptima a los pacientes, así también se puede ver afectado el personal de salud al presentar estrés emocional u otras afecciones psicológicas acabando con el objetivo de mejorar la calidad de atención y el bienestar mutuo del paciente y personal de enfermería.

Referencias

1. Turan N, Ançel G. Examination of the psychological changes in nurses due to workload in an intensive care unit: a mixed method study. *Contemp Nurse*. 2020; p. 171-84.
2. Öztürk A, Bedük T. The relationship of delirium and risk factors for cardiology intensive care unit patients with the nursing workload. *J Clin Nurs*. 2018; p. 2109-19.
3. Guenther et al. Nursing workload indices TISS-10, TISS-28, and NEMS: Higher workload with agitation and delirium is not reflected. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2016; p. 57-64.
4. Gerasimou et al. Nursing Activities Score as a predictor of family satisfaction in an adult Intensive Care Unit in Greece. *J Nurs Manag*. 2014; p. 151-8.
5. Goulart et al. Carga de trabalho de enfermagem relacionada ao índice de massa corporal de pacientes críticos. *Acta Paul Enferm*. 2017; p. 31-8.
6. Ferreira et al. Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: comparação entre instrumentos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017 .
7. Camuci et al. Nursing Activities Score: nursing work load in a burns Intensive Care Unit. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014; p. 325-31.
8. Siqueira et al. Correlation between work load of nursing and severity of critical general, neurological and cardiac patients. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. 2015.
9. Cáceres et al. Carga laboral de los profesionales de enfermería en unidad de cuidados intensivos. Estudio descriptivo: «CARETIME». *Acta Colomb Cuid Intensivo*. 2020; p. 92-7.
10. Nogueira et al. Effect of nursing care hours on the outcomes of Intensive Care assistance. *PLOS ONE*. 2017; p. e0188241.
11. Valls et al. Análisis de la carga de trabajo y uso de los recursos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2015; p. 72-81.
12. Guenther et al. Pflegeaufwandsindizes TISS-10, TISS-28 und NEMS: Erhöhter Arbeitsaufwand bei Agitation und Delir wird nicht erfasst. *Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin*. 2016; p. 57-64.

-
13. Cáceres et al. Factors associated with nursing workload in three intensive care units. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; p. e20200272.

Enfermería, Salud y Vida

Un aporte desde la perspectiva humanística



Publicado en Ecuador
Enero 2025

Edición realizada desde el mes de octubre del 2024 hasta
enero del año 2025, en los talleres editoriales de MAWIL
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 30. ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvética LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.