

Evidencias frente a los recortes en las plantillas de Enfermería

En un ambiente de preocupación creciente por la seguridad de la atención sanitaria, numerosos estudios han analizado la relación entre la dotación de enfermeras y los resultados obtenidos. Basándose en ellos, diferentes sociedades científicas se han pronunciado sobre la repercusión sanitaria que produce un déficit en la relación enfermera/paciente (E/P). La BACCN (British Association of Critical Care Nurses) expuso en su informe de 2005 que una reducción de los ratios E/P está relacionado con:

- Aumento de las complicaciones iatrogénicas.
- Aumento de los errores humanos.
- Retraso en el destete de la ventilación mecánica.
- Y aumento de las tasas de infección.

Según un informe de esta misma sociedad¹:

1. Cuando la relación enfermera/paciente (E/P) disminuye, existe un aumento considerable en los tiempos de los procesos críticos como consecuencia del aumento de: infección nosocomial, aumento de errores de medicación, complicaciones, infecciones de heridas.
2. Los pacientes sometidos a cirugía en hospitales con bajas relaciones E/P corren un mayor riesgo de desarrollar complicaciones evitables como por ejemplo, infecciones urinarias, neumonías, trombosis, y otras complicaciones pulmonares.
3. Los pacientes sometidos a ventilación mecánica precisan de mayor tiempo para su destete (desconexión del ventilador) cuando la relación E/P disminuye.

Un gran número de estudios, con amplias muestras y publicados en revistas de gran impacto, alertan de igual manera sobre las consecuencias de una inadecuada planificación de las plantillas de enfermería y sobre la relación entre eventos adversos, muerte, costes y el número de enfermeras. Por resaltar alguno de los más importantes:

Needleman et al² hallaron una asociación importante entre el mayor número de horas de atención por la

enfermera y una disminución de la incidencia de 5 efectos adversos –infección urinaria, hemorragia digestiva alta, neumonía nosocomial, choque o paro cardíaco y “fallo en el rescate” (muerte de un paciente asociada a una complicación)– y de la estancia hospitalaria.

Cho et al³, en un estudio retrospectivo que incluyó a 124.204 pacientes, concluyeron que la sobrecarga de trabajo para el equipo de enfermería contribuye a que se presenten errores en las medidas de control de infecciones, como la desinfección de las manos y el aislamiento de pacientes infectados por organismos multiresistentes.

Otros autores han estudiado en profundidad la repercusión de las cargas de trabajo en los resultados de la atención poniendo de manifiesto que la reducción de personal tampoco resulta ser una medida costo efectiva plasmando sus resultados en documentos que ya son considerados clásicos en cuanto al estudio de la seguridad clínica se refiere^{4,5,6,7,8,9}.

En base a estos informes puede afirmarse que una buena relación cualitativa y cuantitativa de enfermeras disminuye las tasas de mortalidad y de morbilidad, disminuyendo también la estancia media, la tasa de readmisión y consecuentemente los costes de la atención.

Existe consenso en que el dimensionamiento de las plantillas de enfermería debe basarse, por un lado en la formación adecuada de los profesionales y por otro en el mantenimiento de unas ratios adecuadas de atención.

Históricamente se han venido usando índices o escalas de medición de cargas de trabajo como instrumentos aceptados para adecuar las previsiones de recursos humanos de enfermería. Algunos de los más reconocidos y utilizados internacionalmente, sobre todo en la atención a pacientes críticos, son TISS (therapeutic intervention scoring system), NEMS (nine equivalents of nursing manpower use score) y NAS (Nursing activity score)¹⁰. Cada uno tiene unas ventajas y limitaciones pero han ido mejorándose progresivamente y pueden resultar útiles en la estimación de los recursos asistenciales más idóneos para cada situación concreta¹¹.

La Foundation for Research on Intensive Care in Europe realizó un proyecto de investigación a gran escala de las unidades de cuidados críticos europeas. Este proyecto fue dividido en varias fases siendo la primera de ellas, el

*Enfermero Unidad de Recuperación del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Profesor de “Práctica de Cuidados Basados en la Evidencia” de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Excma. Diputación de Málaga.

EURICUS-1², referente al efecto de la organización y la gestión sobre la eficacia y la eficiencia en las unidades de críticos. En dicho estudio participaron 100 unidades de 12 países europeos analizándose: cargas de trabajo, niveles de cuidados, relaciones enfermera-paciente y eficiencia del uso de los recursos humanos enfermeros. En base a los resultados de estos estudios y a las estimaciones realizadas con los instrumentos señalados anteriormente, diferentes expertos y organizaciones han publicado unos estándares de requerimientos para cada nivel de atención. En base a la pertenencia a uno u otro nivel, se estiman unas necesidades de provisión de personal que distintas organizaciones o instituciones han expuesto en sus recomendaciones^{13,14}.

Una de estas instituciones, por poner un ejemplo, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en un amplio informe titulado *“Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones”* publicado por el Ministerio de Sanidad Y Política Social en 2010¹⁴ establece los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios del SNS. En dicho documento se especifica textualmente que:

43. La valoración de necesidades de enfermería deben tener en cuenta, al menos, los siguientes factores: Carga de trabajo y competencias para satisfacer las necesidades del paciente (incluyendo el nivel de dependencia); las funciones de la enfermera de la UCI; las categorías profesionales y perfil de competencias del equipo multiprofesional; la contribución del personal auxiliar de enfermería; la presencia de la responsable de enfermería de la UCI; otras actividades distintas a la atención directa al paciente y patrones de organización de la UCI. Se debe tomar en consideración el solapamiento de tiempo necesario para hacer el traslado de responsabilidad en cada cambio de turno.

Inexplicablemente, e inmersos en una crisis económica que todo lo justifica, venimos observando a diario importantes reducciones en las dotaciones de profesionales enfermeros. Y digo inexplicablemente porque habitualmente nadie se expone a explicar con datos los motivos por los cuales se toman estas decisiones antes de ejecutarlas. Y porque resultan inexplicables desde cualquier punto de vista, tanto científico, económico, como de sentido común.

Si en ausencia de otros argumentos, los motivos para justificar esa reducción son exclusivamente económicos y quienes toman esas decisiones piensan que la reducción de personal de enfermería va a suponer un ahorro, resulta un deber lanzar una advertencia del error que ello supone, en base a la abundante bibliografía que documenta este hecho.

Muñoz Camargo¹⁵ realiza una interesante reflexión al respecto con datos puntuales sobre la repercusión económica de planificaciones inadecuadas de dotación de plantillas de enfermería.

Aunque en estos tiempos de crisis la gestión de los recursos es más compleja, los responsables de los servicios deben tener en cuenta que garantizar un entorno favorable para poder implementar cuidados enfermeros de calidad sigue siendo el principal objetivo estratégico de cualquier equipo de enfermería¹⁶.

Las enfermeras, en un ambiente de contradicción ética importante *«Nurses love their work and hate her job»*¹⁷ no pueden asumir la responsabilidad añadida de superar unas ratios contrarias a las recomendaciones de organismos como el Ministerio de Sanidad y Política social, así como de las sociedades científicas nacionales e internacionales competentes en estos asuntos. Debe recaer, por tanto, esta responsabilidad en los que toman estas decisiones, contrarias a los resultados de la investigación.

No hace mucho planteaba Martínez Ques¹⁸ una interesante pregunta: ¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? Afirmando que *“Las instituciones sanitarias deben analizar, identificar, evaluar y dar tratamiento a los riesgos conocidos susceptibles de producir eventos adversos, ya sean infecciones por la práctica médica, errores de medicación o úlceras por presión.”* Sin embargo, con frecuencia, nuestros gestores elaboran programas y marcos de actuación que promueven la atención integral y la defensa de los derechos del paciente, pero no dotan las unidades con los medios necesarios para que esto pueda darse¹⁹.

Alerta igualmente Martínez Ques en el artículo citado anteriormente que *“la provisión de personal apropiado permite que las enfermeras maximicen su vigilancia profesional con los pacientes que tienen asignados.”* La falta de vigilancia, puede conducir al evento adverso, o al fenómeno conocido como fallo de rescate, que ha recibido gran atención en la literatura científica enfermera,²⁰ definiéndose como “el deterioro en la condición de un paciente que hubiera podido ser evitado mediante la precoz intervención de una enfermera que actuara de forma apropiada²¹”.

En otra reciente reflexión afirma García que la gran virtud del movimiento de la Enfermería Basada en la Evidencia ha sido poner sobre la mesa algo que ya sabíamos: “que las cosas pueden hacerse mejor”²² si contamos con los resultados de la investigación en la toma de decisiones. Pero lógicamente no basta con poner esos datos sobre la mesa. Resulta lamentable, comprobar como esas evidencias son frecuentemente obviadas desde distintas posturas también descritas por el autor. En ese mismo editorial define García varios tipos

de posicionamientos ante el movimiento de la Enfermería Basada en Evidencias entre los que sitúa a los “evidencio-escépticos”. Posicionamiento del que se derivan otros tipos de práctica que el mismo autor define como “práctica basada en la pela” y como último recurso la “práctica basada en las gónadas”.

Por todo lo expuesto anteriormente:

- Podría calificarse, cuando menos, de “arriesgado” el seguir adelante con las propuestas de disminución de plantilla de enfermeras por debajo de ratios contrarias a las recomendadas.
- No se entiende que misteriosas razones pueden llevar a alguien a pensar que recortar en enfermeras sea la medida de ahorro más indicada y que con esas ausencias pueda seguir ofreciéndose la misma atención a los pacientes, cuando las evidencias apuntan justo en sentido contrario.

- Igualmente se deduce que una reducción de personal atendiendo al mismo número de pacientes pone en grave riesgo la seguridad de los mismos.

Por todo ello, es necesario que los gestores realicen ejercicios de reflexión profundos ante la dotación de plantillas de enfermería, en su deber de velar por el bien de los pacientes que atendemos en el Sistema Sanitario Público Andaluz. Parafraseando a Juan Oliva, (Presidente de la Asociación de Economía de la Salud), podemos afirmar que se ha convertido en “*un lema repetido hasta el absurdo en los últimos tiempos que hay que tomar decisiones valientes. Y probablemente sea cierto. Pero no menos cierto es que ante todo deben primar las decisiones inteligentes e informadas previamente por el conocimiento científico y técnico disponible*”.

Bibliografía

1. British Association of Critical Care Nurses (BACCN). Position statement on nurse-patient ratios in critical care: Resourcing of Intensive Care Services (1997). Available from: http://www.baccn.org.uk/general/position_statement/PositionStatement.htm.
2. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002; 346:1715-22.
3. Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, Smith D.G. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nurs Res*. 2003; 52:71-9.
4. Carayon P, Gurses AP. A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs* 2005;21:284-301.
5. Tarnow-Mordi WO, Hau C, Warden A, Shearer AJ. Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit. *Lancet* 2000;356:185-9.
6. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *N Engl J Med*. 2011;364:1037-1045.
7. Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WTM, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med*. 2010;170:683-690.
8. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, et al Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care*. 2007;45:571-578.
9. Hugonnet S, Chevrolet JC, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Crit Care Med*. 2007;35:76-81.
10. Barroso DA, Fuente Juárez AI, López Cid JJ, Millán Vázquez FJ, Rosado MN, Simón García MJ et al. Analysis of the use of nursing personnel in a general intensive care unit. Situation in other European ICUs. *Enferm Intensiva* 2001;12:127-34.
11. Canabarro ST, Velozo KD, Eidt OR, Piva JP, Garcia PC. Nine Equivalent of Nursing Manpower Use Score (NEMS): a study of its historical process. *Rev Gaucha Enferm* 2010;31:584-90.
12. Moreno R, Reis Miranda D. Nursing Staff in Intensive Care in Europe. The Mismatch Between Planning and Practice. *Chest* 1998; 113(3): 752-758.
13. British Association of Critical Care Nurses. Position Statement On Nurse-Patient Ratios in Critical Care (Revision). http://www.baccn.org.uk/downloads/BACCN_Staffing_Standards.pdf . 2007. 27-8-2011. Ref Type: Electronic Citation.
14. Agencia de Calidad - Sistema Nacional de Salud. Unidades de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. 2010. Madrid (Spain), MSPS. 2010.
15. Muñoz Camargo JC, Personal de enfermería y resultados en salud. *NURE Inv. (Revista en Internet)* 2012 Nov-Dic. 9 (61):(aprox. 3 pant). Disponible en: http://www.fuden.es/firma_obj_cfm?id_firma=88&ID_FIRMA_INI=1
16. Falcó A. ¿Más conflictos éticos en tiempos de crisis económica? *Enferm Intensiva*. 2012;23:49-50.
17. Watson J. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nurs Adm Q*. 2006; 20:48-55.
18. Martínez Ques AA. ¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes? *Evidentia* 2007 ene-feb; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/304articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
19. Cumplido Corbacho, Rosario; Molina Venegas, Cesárea; Vargas Cuadrado, Encarnación. Participación de los familiares en el cuidado del paciente crítico: ¿para cuándo el cambio? *Evidentia*. 2009 abr-jun; 6(26). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n26/ev6932.php>.
20. Clarke, S.P., & Aiken, L.H. (2003). Failure to rescue. *American Journal of Nursing*, 103(1), 42-47.
21. Martínez Ques AA, Fernández Romero F. Fallo de rescate: la línea que traspasa el factor humano. *Evidentia* 2006 jul-ago; 3(10). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n10/230articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 12 de noviembre de 2006.
22. García-Fernández, Francisco Pedro. Enfermería basada en la evidencia ¿realidad o ficción?. *Evidentia*. 2012 jul-sep; 9(39). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n39/ev3901.php>.