

AUTORES

Jesús Antonio Fernández Fernández ¹

¹ Enfermero. Unidad de Oncología. Complejo Asistencial Universitario de León. SACYL.

EVIDENCIAS



KONISHI U, HATACHI T, IKEBE R, INATA Y, TAKEMORI K, TAKEUCHI M. INCIDENCE AND RISK FACTORS FOR READMISSION TO A PAEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT. *NURS CRIT CARE*. 2020;25:149–155. DOI: 10.1111/NICC.12471

El reingreso no programado en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) puede conllevar resultados desfavorables para el paciente. Los estudios previos de incidencia y factores de riesgo se centraron en el reingreso no programado dentro de las 48 horas posteriores al alta; sin embargo, el 60% de los reingresos ocurren después de 48 horas. Siendo los factores de riesgo informados previamente la demografía del paciente y el tipo de enfermedad, los cuales son factores de riesgo no modificables.

Por ello los investigadores se plantearon el objetivo de identificar la incidencia y los factores de riesgo

de reingreso no programado a una UCIP dentro de los 7 días posteriores al alta. Para conseguirlo llevaron a cabo estudio observacional retrospectivo, siendo la población a estudio los pacientes ingresados en la UCIP de un hospital terciario en Japón en 2012 a 2016, mediante el análisis de regresión logística multivariable.

Se analizaron 2432 ingresos (de 1472 pacientes), de ellos un 2,5% reingresó de forma no programada en 1 o más ocasiones, y siendo el tiempo medio de reingreso de 3,5 días. Las causas más comunes de reingreso fueron problemas respiratorios y síntomas cardiovasculares. Siendo factores de riesgo significativos: el haber ingre-

sado la primera vez de forma no programada, el haber ingresado en la UCIP desde la planta de hospitalización, y el padecer síndrome de abstinencia durante el primer ingreso.

Los autores concluyeron que el juicio cuidadoso al alta y el seguimiento posterior al alta de las UCIPs para pacientes de alto riesgo puede ser beneficioso. Además, el síndrome de abstinencia se identificó como un factor de riesgo modificable para el reingreso no programado dentro de los primeros 7 días, pudiéndose reducir la incidencia y mejorar los resultados del paciente mediante la prevención y el tratamiento del síndrome de abstinencia antes del alta de la UCIP.



ALHARBI J, JACKSON D, USHER K. PERSONAL CHARACTERISTICS, COPING STRATEGIES, AND RESILIENCE IMPACT ON COMPASSION FATIGUE IN CRITICAL CARE NURSES: A CROSSSECTIONAL STUDY. *NURS HEALTH SCI*. 2020;22:20–27. [HTTPS://DOI.ORG/10.1111/NHS.12650](https://doi.org/10.1111/NHS.12650)

La fatiga por compasión (FC) es una condición caracterizada por el agotamiento emocional y físico que conduce a una capacidad disminuida para empatizar o sentir compasión por los demás; se sabe que la FC afecta el bienestar de las enfermeras y a los resultados de seguridad en el paciente. En la actualidad, existe un conocimiento limitado del papel que presentan los factores demográficos en contribuir a la FC de las enfermeras en cuidados críticos.

Debido a esto, los investigadores se plantearon el objetivo de examinar la relación entre las características demográficas de las enfermeras y el desarrollo de la FC, así como el nivel de agotamiento y la satisfacción de las enfermeras de cuidados críticos. El diseño del estudio observacional transversal, incluyó la administración de tres cuestionarios: la escala ProQOL-5 de 30 ítems, sobre calidad

de vida profesional; el inventario de estrategias de afrontamiento (CIS) formado por 33 ítems; y el cuestionario Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) compuesto por 25 ítems, que mide el estrés y la capacidad de afrontamiento.

Se obtuvieron 321 cuestionarios válidos (de los 516 recogidos) de enfermeras de cuidados críticos, de cuatro hospitales públicos de Arabia Saudí, de los cuales se examinaron las variables demográficas en relación con la FC, las estrategias de afrontamiento y la resiliencia de las enfermeras. Los cuestionarios válidos fueron completados por un 88,2% de mujeres, siendo el 63,9% enfermeras extranjeras; la edad de la muestra osciló entre los 20 y los 56 años, con entre 12 meses y 25 años de experiencia como enfermeras. El servicio especial que más cuestionarios completó fue el servicio de urgencias seguido del servicio de UCI, y UCI neonata; la mayoría de enfermeras informaron que su

jornada laboral era de 48 horas semanales (que es lo establecido por la Ley del Trabajo de Arabia Saudita).

Los resultados muestran que los elementos demográfico, el puesto de trabajo, la duración del turno de trabajo, el nivel educativo y la nacionalidad, fueron factores significativos en la resistencia a la FC entre las enfermeras de cuidados críticos sauditas, mientras que los factores de edad y sexo no fueron significativos. Este estudio concluye que las características demográficas de las enfermeras de cuidados críticos permiten la identificación de los niveles de fatiga y satisfacción de la compasión, y su resistencia a los efectos de la FC. Sin embargo, la FC no se puede colocar en el mismo contexto que un lugar de trabajo occidental tradicional, debido a las altas tasas de pago, la segregación de género como política estatal y el reclutamiento internacional entre otros factores.

MAGALLÓN-PEDRERA I, PÉREZ-ALTOZANO J, VIRIZUELA ECHABURU JA ET AL. ECO-SEOM-SEEO SAFETY RECOMMENDATIONS GUIDELINE FOR CANCER PATIENTS RECEIVING INTRAVENOUS THERAPY. CLIN TRANSL ONCOL. 2020. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S12094-020-02347-1](https://doi.org/10.1007/S12094-020-02347-1)



Los pacientes con cáncer requieren la implantación de dispositivos de acceso venoso para satisfacer sus necesidades terapéuticas, que a menudo son complejas debido a la naturaleza de la medicación y el estado de su enfermedad. Por lo tanto, es esencial contar con protocolos estandarizados que garanticen los mejores resultados en salud y seguridad del paciente.

Para conocer la disponibilidad de protocolos y aspectos relacionados con la seguridad en la práctica clínica y detectar posibles oportunidades de mejora, los autores realizaron una encuesta a 178 enfermeras de

98 hospitales españoles, además de una revisión de la evidencia sobre los diversos dispositivos disponibles y las complicaciones asociadas con la administración de quimioterapia.

Respecto al resultado de la encuesta, observaron: Ausencia de registro de los eventos adversos asociados con la terapia de cáncer intravenoso; ausencia de equipos específicos para administrar quimioterapia intravenosa; ausencia de un protocolo/algoritmo de selección de acceso venoso para la administración de quimioterapia; falta de información entre los profesionales de la salud sobre la competencia profesional del perso-

nal de enfermería para la inserción de los PICC y la falta de capacitación específica de dicho personal

Como resultado de ambos análisis y para facilitar el proceso de toma de decisiones clínicas (optimizando el uso de los recursos de salud disponibles con la más alta seguridad y calidad de vida para el paciente), se desarrolló un algoritmo para la selección de catéteres, basado en las características del paciente y en el tipo de tratamiento. Con ello, se ofrecen un criterio de acción homogéneo en beneficio de los pacientes con cáncer que requieran acceso venoso.

SANDVIK RK, OLSEN BF, RYGH L-J, MOI AL. PAIN RELIEF FROM NONPHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE INTENSIVE CARE UNIT: A SCOPING REVIEW. J CLIN NURS. 2020;29:1488-1498. [HTTPS://DOI.ORG/10.1111/JOCN.15194](https://doi.org/10.1111/JOCN.15194)



Los pacientes que reciben cuidados intensivos de enfermería están expuestos a una amplia gama de dolores provocados por daño tisular, enfermedades, cirugías y otros procedimientos médicos además del dolor causado por los propios procedimientos enfermeros. La mayoría de los pacientes de la UCI no pueden verbalizar su sufrimiento debido a estados inconscientes, delirio, daño cerebral, a la presencia de patologías cognitivas previas (como demencia o deterioro intelectual). El cambio actual a la sedación ligera para mejorar resultados de salud, subraya la necesidad de un tratamiento eficaz del dolor. Los opioides son el pilar principal para tratar el dolor en las UCI, mientras que los tratamientos no farmacológicos están poco estudiados y posiblemente subutilizados.

Debido a esto, los autores se plantearon el objetivo de analizar y describir la literatura existente sobre intervenciones no farmacológicas

dirigidas a disminuir el dolor de los pacientes ingresados en la UCI, llevando a cabo una revisión sistemática utilizando cinco de los seis pasos de la metodología de Arksey y O'Malley: identificación de la pregunta de investigación, identificación de los estudios relevantes, selección de los estudios, análisis de los datos y co-tejar, resumir e divulgar los resultados. Las bases de datos consultadas fueron: CINAHL, MEDLINE, PubMed, BMJ Best Practice, British Nursing Index y AMED.

La búsqueda inicial encontró 10.985 artículos de los cuales se seleccionaron 12 trabajos para su análisis. Las herramientas para valorar el nivel de dolor fueron: VAS, NRS, ESAS y BPS. Siendo utilizadas las siguientes intervenciones para disminuir el dolor: hipnosis, masaje simple, distracción, relajación, cuidado espiritual, música de arpa, musicoterapia, escucha de sonidos naturales, ejercicio pasivo, acupuntura, compresas de hielo y apoyo emocional.

La reducción de la intensidad del dolor se validó con la hipnosis, la acupuntura y los sonidos naturales. Este hallazgo sugiere según los investigadores, el uso de intervenciones multimodales e integrales para investigar los efectos de los protocolos de tratamiento no farmacológicos sobre la intensidad del dolor y el impacto sobre el consumo de opioides y los requisitos de sedación.

Los autores concluyeron que las intervenciones no farmacológicas reducen el dolor significativamente; que el tratamiento del dolor debe adaptarse a cada individuo y a cada situación; que las intervenciones no farmacológicas son seguras de usar junto con los analgésicos; y que se necesitan estudios robustos más grandes sobre las intervenciones no farmacológicas en la UCI.