

SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA EN UCI PEDIÁTRICA: EL VALOR DE NO HACER

Introducción

La atención sanitaria eficaz no consiste únicamente en proporcionar las intervenciones médicas necesarias; también implica la gestión responsable de las prácticas médicas. En los últimos años, ha habido un énfasis creciente en la necesidad de identificar y eliminar procedimientos médicos innecesarios o de bajo valor. Este enfoque en la eliminación de prácticas que ofrecen pocos beneficios clínicos se alinea con esfuerzos más amplios para mejorar la calidad y la eficiencia de la prestación de atención médica.

Los modelos conceptuales asociados a la mejora de la calidad en la atención sanitaria, como el modelo de Donabedian¹, subrayan la evaluación y mejora de los procesos de atención para alcanzar resultados óptimos en los pacientes. En este contexto, identificar y reducir prácticas de valía reducida puede constituir un aporte considerable hacia la realización de tales objetivos. Una parte significativa de las intervenciones médicas carece de una base científica sólida, llegando a alcanzar un 25% (Graham²). Esta falta de evidencia científica puede dar lugar a un aumento de los costes innecesarios de hasta un 33% (Berwick³). Es precisamente debido a esta problemática que en la última década ha habido un esfuerzo colectivo a nivel global para mejorar la calidad de la atención clínica en la práctica diaria.

A nivel internacional, se destacan estrategias como "Choosing Wisely" y "Less is More" de Estados Unidos, así como las recomendaciones "Do not do" del Instituto Nacional para la Calidad de la Salud y Atención Clínica del Reino Unido (NICE). A nivel nacional, en 2013, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España lanzó el proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España". En este proyecto,

diversas sociedades e instituciones científicas trabajan juntas con un objetivo común: reducir las intervenciones sanitarias innecesarias^{4,5}. Estas intervenciones se definen como aquellas que carecen de evidencia de eficacia, tienen una efectividad limitada o nula, no son coste-efectivas y no son prioritarias.

Adicionalmente, la teoría de la Difusión de Innovaciones de Everett Rogers⁶ resulta aplicable para comprender la adopción de nuevas prácticas por parte de los profesionales de la salud. Dicha teoría sugiere que el proceso de adopción se ve influido por aspectos como la conciencia, el conocimiento, las actitudes y el respaldo externo. Esta teoría puede proporcionar información sobre por qué algunos profesionales pueden estar más inclinados a aceptar recomendaciones de no hacer (RNH), mientras que otros pueden resistirse al cambio. En nuestro análisis basado en el conocimiento actual, la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría (UCIP) se erige como un contexto propicio para impulsar un proyecto de esta naturaleza.

Objetivo

El objetivo principal es adquirir una comprensión completa del nivel de conocimiento del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría (UCIP) en relación con las RNH y determinar su capacidad para aplicar estas prácticas de manera efectiva.

Materiales y métodos

El proyecto engloba tres fases claramente definidas:

Fase I. Análisis situacional: En esta fase se realiza la selección de las RNH, un estudio del conocimiento y situación sobre las RNH y percepción, conocimiento específico y área de mejor área de intervención.

Para la selección de las RNH se configuró un grupo de trabajo formado por siete participantes; la coordinadora de la Unidad de Calidad del Hospital Clínico San

Carlos (HCSC), la supervisora de enfermería de la UCIP, cuatro facultativos especialistas de área incluyendo a la jefa de sección de la UCIP y un MIR de 3er año de medicina preventiva como metodólogo. Utilizando las RNH publicadas por la SECIP⁷ cada participante propuso un total de 5 RNH de las 26 seleccionadas. Se desarrolló al mismo tiempo una herramienta de consenso y priorización en base a la prevalencia de la RNH, la gravedad de las consecuencias y facilidad de (des)implementación. Las RNH propuestas se enmarcarían dentro de tres áreas: humanización, comunicación y práctica clínica.

Una vez consensuadas las RNH según la herramienta de priorización, se llevó a cabo un estudio del conocimiento de los profesionales de la UCIP mediante encuestas y otro de recogida de datos en historia clínica retrospectivo en las que se auditaron las RNH en un total de 199 historias clínicas. Este tamaño muestral se calcula mediante muestreo aleatorio para estimar (con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales) un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 95%. En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 0%.

Para conocer la percepción de los profesionales de la UCIP sobre las RNH, se implementó un cuestionario diseñado por la Unidad de Calidad del Hospital Clínico San Carlos (HCSC), el cual fue auto-administrado por el personal de la UCIP de dicho hospital. Este cuestionario consta de 20 preguntas que abordan aspectos sociodemográficos de los encuestados, así como el nivel de conocimiento y las percepciones de los profesionales de la salud respecto a prácticas médicas de escaso valor. Además, indaga acerca de la familiaridad de los encuestados con recomendaciones específicas de no hacer y explora sus puntos de vista acerca de los obstáculos y los impulsores para la implementación de RNH. En esta cohorte particular, participaron 48 profesionales.

Posteriormente, se procedió a realizar un análisis descriptivo de los datos mediante el uso del software estadístico SPSS versión 26.

Fase II. Implementación. A partir de los datos recopilados en la primera fase, se procederá a implementar las estrategias más efectivas y apropiadas, garantizando una alta participación de los profesionales involucrados. Con base en este análisis, se elaborará un plan de acción diseñado para desarrollar y ejecutar estrategias óptimas destinadas a la formación y al proceso de (des)aprendizaje.

Además, se determinarán los puntos de corte basándonos en la revisión bibliográfica, identificando las áreas que se están ejecutando parcial o completamente.

Fase III. Análisis y evaluación final. Seis meses después de la implementación de las prácticas, se realizará una revisión de la situación utilizando los mismos métodos empleados en la **Fase I**.

Con ese fin, se diseñará una herramienta de evaluación que considerará un porcentaje específico de mejora en los conocimientos según las respuestas en las encuestas en comparación con las previas, además de un porcentaje de mejora en la aplicación de las prácticas "de no hacer" en la historia clínica y en el estudio observacional. Esta herramienta también evaluará la mayor concienciación de los profesionales respecto a la problemática de evitar prácticas innecesarias.

Resultados

Selección de las recomendaciones de no hacer

Las recomendaciones resultantes de la elección realizada por los miembros del grupo de trabajo suman un total de 13. Estas se dividen en tres categorías: humanización, comunicación con el equipo y elementos clínicos (Tabla 1).

Tabla 1. RNH seleccionadas para ser valoradas en la UCIP del HCSC

Categoría	N	Recomendación
Humanización	1	No impedir la presencia de padres ni la participación en sus cuidados.
	2	No impedir de forma rutinaria la presencia de padres durante procedimientos.
	3	No impedir la presencia de padres durante la RCP.
Comunicación	4	No realizar el pase de visita separado médico/enfermera.
	5	No transmitir información al traslado de forma improvisada (SBAR).
Clínicos	6	No administrar oxigenoterapia en sedación si no hay desaturación.
	7	No dar de alta sin supervisión a un paciente que ha recibido sedación.
	8	No mantener en VMNI al paciente con SDRA con cocientes P/F<150 ó S/F <200.
	9	No retrasar más de 3 horas ac. tranexámico en traumas con hemorragia significativa.
	10	No retrasar más de 48 h valoración nutricional.
	11	No medir el volumen gástrico residual como indicador de la tolerancia digestiva ni de riesgo de aspiración.
	12	No demorar el inicio de NE.
	13	No mantener ATB de amplio espectro si es posible la desescalada.

Estas RNH que se han seleccionado para su estudio en las fases subsiguientes y, posteriormente, para su implementación. La elección del equipo se fundamentó en la aplicación de la herramienta de priorización basada en la frecuencia (prevalencia), gravedad de las consecuencias y factibilidad y en la concordancia con las evaluaciones realizadas por los demás integrantes del equipo.

Estudio del conocimiento y situación sobre las RNH

El análisis de los marcadores de la historia clínica se midió las RNH del 6-10, relacionadas con los elementos clínicos.

Tabla 2. Cumplimiento de las RNH en la revisión de las historias clínicas (%)

Categoría	N	Recomendación	%
Clínicos	6	No administrar oxigenoterapia en sedación si no hay desaturación.	92
	7	No dar de alta sin supervisión a un paciente que ha recibido sedación.	73
	8	No mantener en VMNI al paciente con SDRA con cocientes P/F<150 ó S/F <200.	46
	9	No retrasar más de 3 horas ac. tranexámico en traumas con hemorragia significativa.	37
	10	No retrasar más de 48 h valoración nutricional.	21
	11	No medir el volumen gástrico residual como indicador de la tolerancia digestiva ni de riesgo de aspiración.	72
	12	No demorar el inicio de NE.	100
	13	No mantener ATB de amplio espectro si es posible la desescalada.	88

Como puede observarse hay 3 ítems que superan el 85% del cumplimiento mientras que 5 de ellos no llegan a ese corte. El retraso de la valoración nutricional es la recomendación con peor cumplimiento.

En cuanto a los resultados de la evaluación que se realizó para conocer el conocimiento sobre las RNH, presentamos los hallazgos principales por categoría profesional. El porcentaje muestra la proporción de aciertos sobre el total.

Tabla 3. Proporción de aciertos por tipo de RNH (%) en facultativos (residentes y FEA); N=6

Categoría	N	Recomendación	%
-----------	---	---------------	---

Clínicos	6	No administrar oxigenoterapia en sedación si no hay desaturación.	83
	7	No dar de alta sin supervisión a un paciente que ha recibido sedación.	83
	8	No mantener en VMNI al paciente con SDRA con cocientes P/F<150 ó S/F <200.	100
	9	No retrasar más de 3 horas ac. tranexámico en traumas con hemorragia significativa.	67
	10	No retrasar más de 48 h valoración nutricional.	100
	11	No medir el volumen gástrico residual como indicador de la tolerancia digestiva ni de riesgo de aspiración.	100
	12	No demorar el inicio de NE.	100
	13	No mantener ATB de amplio espectro si es posible la desescalada.	100

Tabla 4. Proporción de aciertos por tipo de RNH (%) en personal de enfermería; N=19

Categoría	N	Recomendación	%
Clínicos	6	No administrar oxigenoterapia en sedación si no hay desaturación.	58
	7	No dar de alta sin supervisión a un paciente que ha recibido sedación.	74
	8	No mantener en VMNI al paciente con SDRA con cocientes P/F<150 ó S/F <200.	32
	10	No retrasar más de 48 h valoración nutricional.	89
	11	No medir el volumen gástrico residual como indicador de la tolerancia digestiva ni de riesgo de aspiración.	53
	13	No mantener ATB de amplio espectro si es posible la desescalada.	84

Tabla 5. Proporción de aciertos por tipo de RNH (%) en TCAEs; N=17

Categoría	N	Recomendación	%
Clínicos	6	No administrar oxigenoterapia en sedación si no hay desaturación.	59
	7	No dar de alta sin supervisión a un paciente que ha recibido sedación.	41
	11	No medir el volumen gástrico residual como indicador de la tolerancia digestiva ni de riesgo de aspiración.	47

En conjunto, se obtuvo un porcentaje de acierto del 92% entre los facultativos, del 65% para el personal de enfermería y del 49% para el grupo de TCAE. Lo que hace que en total el porcentaje de acierto sea del 67%.

Entre las recomendaciones 6, 7 y 11, marcadas en color azul (véase Tablas 3, 4 y 5), se observa que estas tres se repiten en todos los grupos. La recomendación 6, referente a la administración de oxigenoterapia, fue respondida correctamente por el 83% de los facultativos, el 58% del personal de enfermería y el 59% de los TCAE. En cuanto a la RNH número 7, relacionada con el alta de pacientes que han recibido sedación, se evidencia que el 83% de los facultativos respondió correctamente, en el grupo de enfermería fue del 74%, y en el grupo de TCAE solo alcanzó el 41%. Por último, la última RNH que se repite en los tres grupos, referente a la medición del volumen gástrico residual, fue respondida de manera correcta por el 100% de los facultativos, el 53% del personal de enfermería y el 47% de los TCAE.

Destaca por su bajo porcentaje de respuestas correctas la recomendación que indica no mantener al paciente con SDRA con cocientes $P/F < 150$ o $S/F < 200$ (Número 8), la cual fue acertada únicamente por el 32% del personal de enfermería. Además, las recomendaciones previamente mencionadas (Número 7 y 11) también presentaron un bajo porcentaje de respuestas correctas en los grupos de enfermería y TCAE.

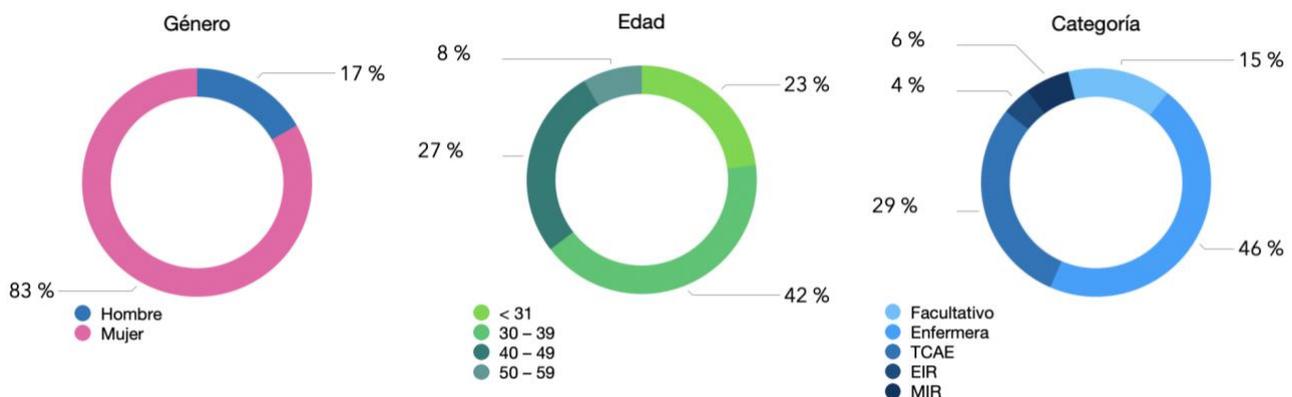
Estudio de percepción sobre las RNH y la mejor área de intervención

1. Variables socio-demográficas

Entre los participantes de la encuesta, el 83% correspondía al género femenino, mientras que el 17% era del género masculino (Figura 1, Gráfico 1). En términos de la distribución por categoría de edad principal, la mayoría se encontraba en el rango de 30-39 años (42%), seguido por los grupos de 40-49 años (27%) y menores de 31 años

(23%) (Figura 1, Gráfico 2). En relación a la categoría profesional, la mayor proporción de participantes eran personal de enfermería (46%), seguidos por los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) (29%) y los facultativos (15%). El restante 10% estaba compuesto por residentes de enfermería (EIR) y medicina (MIR) (Figura 1, Gráfico

Figura 1. Variables socio-demográficas (%)



En la figura, se aprecia la distribución de la muestra según el género (Gráfico 1), la edad (Gráfico 2) y la categoría profesional (Gráfico 3).

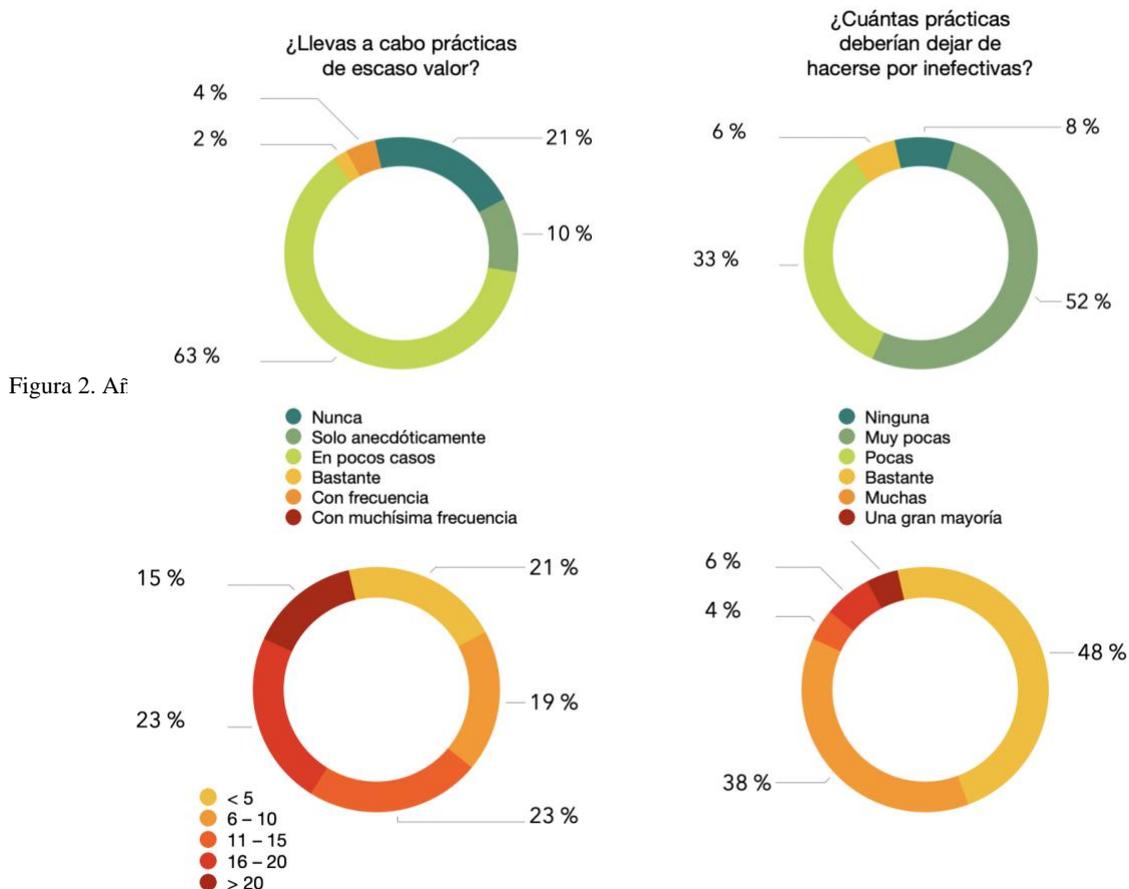
3). Por último, la distribución de años de experiencia total es notablemente uniforme, siendo la categoría de > 20 años la menos representada (15%) (Figura 2, Gráfico 1). Al traducir este gráfico a años de experiencia específicamente en la UCIP, se revela otro patrón, donde las categorías de menos de 5 años (48%) y de 6 a 11 años (38%) son

predominantes, mientras que las demás categorías muestran una menor presencia (14%) (Figura 2, Gráfico 2).

2. Conocimiento y percepción de las prácticas de poco valor

En las preguntas diseñadas para explorar en mayor profundidad el conocimiento y la percepción sobre prácticas de escaso valor, se destacan las valoraciones positivas (Figura 3), indicadas mediante una gradación de tonalidades verdes. El 63% de los participantes opina que las prácticas de escaso valor se llevan a cabo en contadas ocasiones, mientras que el 21% afirma que nunca ocurren (Figura 3, Gráfico 1).

Figura 3. Conocimiento y percepción de las prácticas de poco valor I (%)

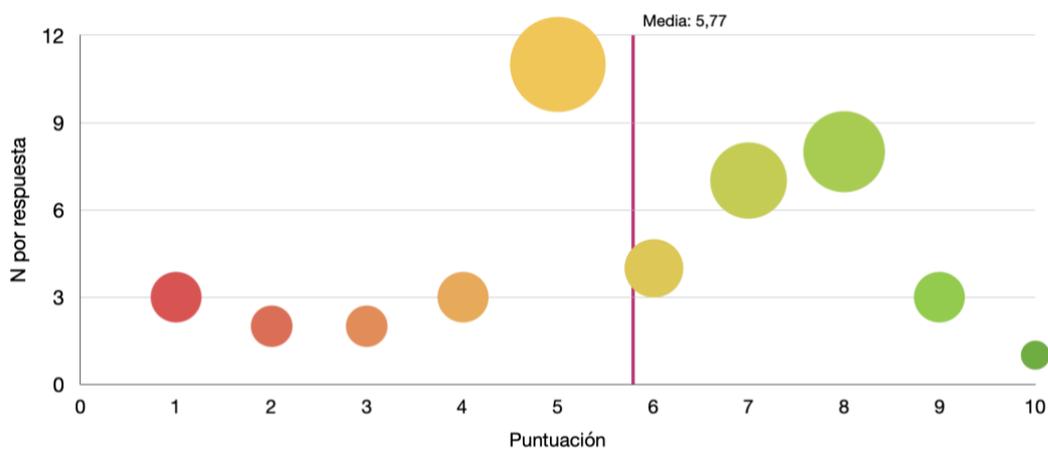


Distribución de la muestra por años de experiencia total (Gráfico 1) y específicamente en la UCIP (Gráfico 2) por grupos de edad.

Este hallazgo guarda cierta correlación con los resultados presentados en el siguiente gráfico (Figura 3, Gráfico 2), donde el 33% de los encuestados sostiene que hay pocas prácticas que deberían ser evitadas, y un considerable 52% cree que muy pocas. No obstante, resulta relevante señalar que, en este último gráfico, el porcentaje de quienes opinan que no existen prácticas que deban ser completamente evitadas es bastante bajo (8%).

En lo que respecta a la magnitud del problema que representan estas prácticas, la calificación media alcanza 5,77. La mayoría de los votos se concentra en el valor 5, con una significativa proporción de la muestra adhiriendo a esta opinión. Aunque la distribución es bastante variada, se observa una leve inclinación hacia la percepción de que las utilidades de prácticas ineficaces son de cierta importancia.

Figura 4. Importancia como problema de la utilización de prácticas inefectivas en la UCIP.

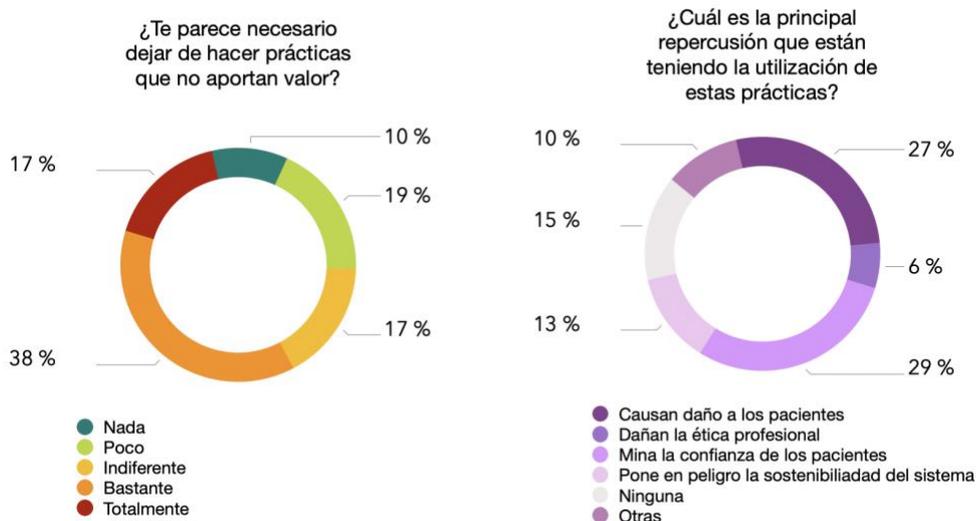


En el eje horizontal se observan las puntuaciones y en el eje vertical, el número de personas que ha votado por esa puntuación. La dimensión de la esfera corresponde al porcentaje de número de votos frente al total de participantes.

Cuando se pregunta acerca de la necesidad de dejar de prácticas que carecen de aportación de valor, se observa una distribución bastante uniforme, aunque se percibe una inclinación hacia valoraciones más afirmativas representadas por tonalidades más cálidas (Figura 5, Gráfico 1), un contraste notable con lo mencionado previamente

(Figura 3). El 38% de la muestra opina que es bastante necesario abandonar prácticas

Figura 5. Conocimiento y percepción de las prácticas de poco valor II (%)

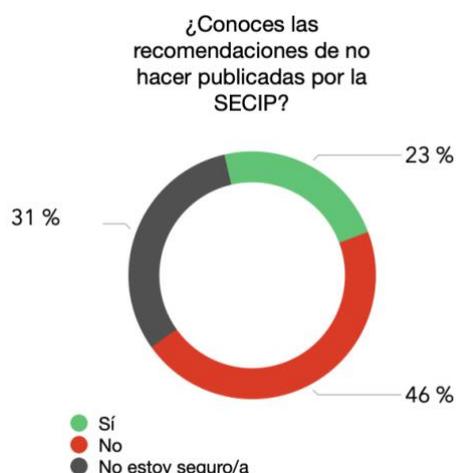


que no añaden valor, seguido por aquellos que creen que es totalmente esencial (17%), así como los que expresan indiferencia (17%). Por ende, un 55% de los participantes coinciden en la necesidad de cesar estas prácticas (Figura 5, Gráfico 1).

En lo que respecta al principal impacto de estas prácticas, la mayoría de los votos se inclinan hacia el paciente. Los profesionales consideran que estas prácticas minan la confianza de los pacientes (29%) y les ocasionan daño (27%) (Figura 5, Gráfico 2).

3. Conocimiento y percepción sobre las recomendaciones de no hacer

Con respecto al entendimiento y percepción de las recomendaciones de no hacer (RNH), resulta significativo que el 46% de los encuestados admitió no tener conocimiento acerca de las RNH publicadas por la SECIP, mientras que el 31% manifestó incertidumbre al respecto, sumando así un total del 77%. En contraste, el 23% afirmó estar familiarizado con dichas recomendaciones (Figura 6).



En esta sección, se examinaron las recomendaciones restantes (N1-5) que están categorizadas dentro de los ámbitos de humanización y comunicación. Estas no fueron objeto de análisis en la evaluación de conocimientos anterior, la cual se centró en la categoría clínica (véase Tabla 2). Los ítems que se evaluaron se pueden visualizar en la siguiente tabla (Tabla 6).

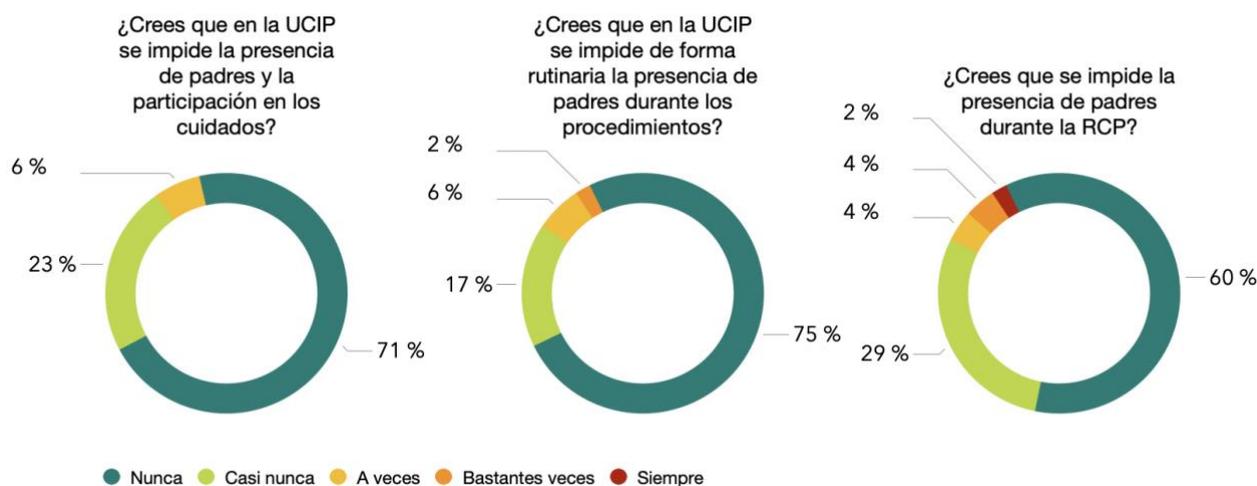
Tabla 6. RNH analizadas mediante la encuesta para conocer la percepción de los profesionales

Categoría	N	Recomendación
Humanización	1	No impedir la presencia de padres ni la participación en sus cuidados.
	2	No impedir de forma rutinaria la presencia de padres durante procedimientos.
	3	No impedir la presencia de padres durante la RCP.
Comunicación	4	No realizar el pase de visita separado médico/enfermera.
	5	No transmitir información al traslado de forma improvisada (SBAR).

Aquí resaltan nuevamente la predominancia de tonalidades verdes en las respuestas. Un impresionante 94% de los encuestados opinó que nunca o casi nunca se restringe la presencia de los padres en la UCIP y su participación en los cuidados (Figura 7, Gráfico 1), mientras que un notable 92% consideró que nunca o casi nunca se limita de manera

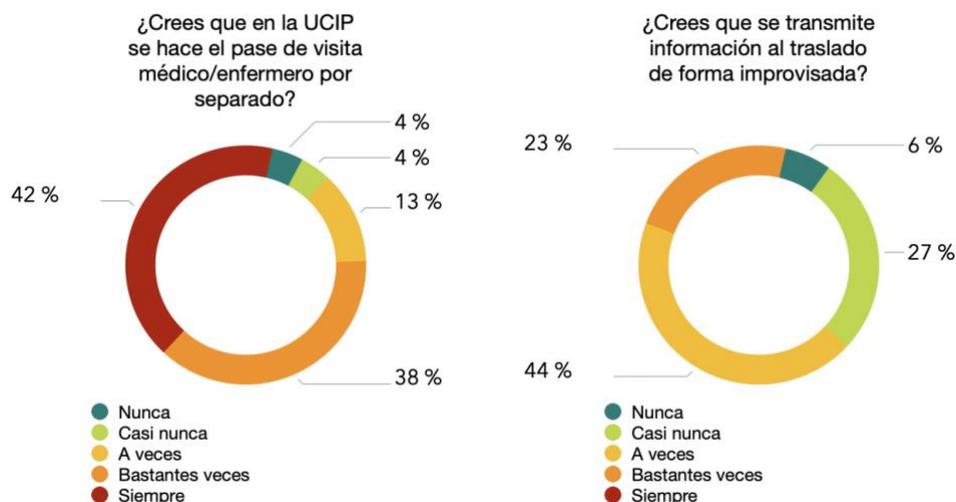
habitual la presencia de los padres durante los procedimientos (Figura 7, Gráfico 2). Asimismo, un 89% expresó que nunca o casi nunca se les impide estar presentes durante maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) (Figura 7, Gráfico 3).

Figura 7. Presencia de los padres en la UCIP (%)



Los resultados obtenidos muestran una diferencia notable con respecto a los datos presentados a continuación. Al preguntar sobre si se realizaba el pase de visita médica y de personal de enfermería por separado, el 42% indicó que esto ocurría siempre, y el 38% señaló que sucedía con bastante frecuencia, sumando así un total del 80% de la muestra (Figura 8, Gráfico 1). Si agregamos aquellos que consideraron que esto sucedía en ocasiones (13%), el porcentaje alcanza el 93%. Finalmente, al consultar acerca de si la información era transmitida de forma improvisada al traslado, el 44% de los participantes indicó que sucedía con bastante regularidad, mientras que el 23% afirmó que ocurría a veces, representando así el 67% de la muestra (Figura 8, Gráfico 2). Estos resultados indican que la transmisión improvisada de información es bastante común en este contexto.

Figura 8. Información sobre el pase médico y la transmisión de información al traslado (%)

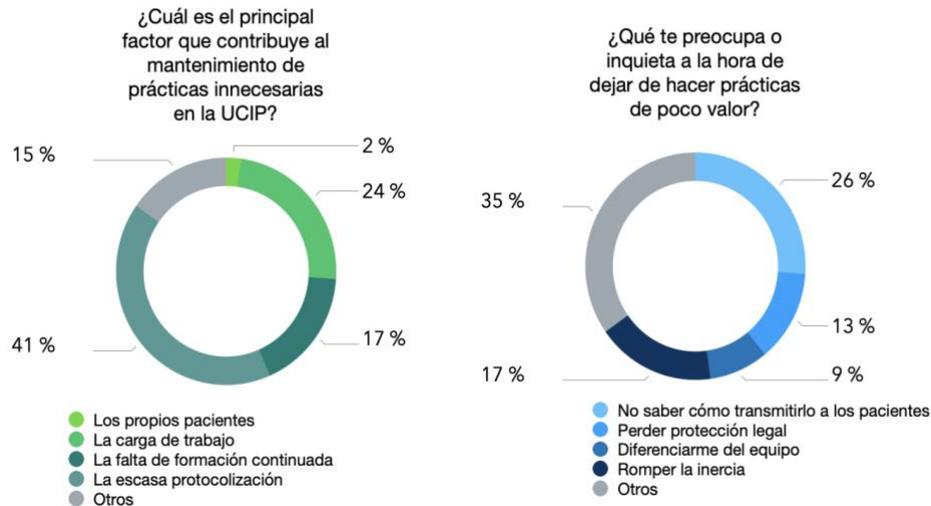


4. Análisis de barreras y facilitadores para implementar las RNH

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de las barreras y facilitadores en la implementación de las RNH. En primer lugar, se examinó el factor que contribuía al mantenimiento de prácticas innecesarias. La mayoría de los encuestados señalaron que la falta de protocolización era el principal obstáculo (41%), seguido por la carga de trabajo (24%) y la falta de formación continua (17%) (Figura 9, Gráfico 1).

Al preguntar sobre las preocupaciones que surgían al considerar la discontinuación de estas prácticas, no se pudo identificar la razón en la mayoría de los encuestados (35%). Sin embargo, entre las principales inquietudes que sí pudieron ser identificadas se encontraban la incertidumbre sobre cómo comunicárselo a los pacientes (26%) y la resistencia al cambio (17%) (Figura 9, Gráfico 2).

Figura 9. Barreras y facilitadores para implementar las RNH (%)



Finalmente, se observa una marcada inclinación hacia la consideración de que la elaboración de protocolos respaldados por evidencia (41%) constituye la medida más relevante para dejar de llevar a cabo estas prácticas, seguida de la promoción de la investigación, la docencia, la disponibilidad de información y la formación (26%) (Figura 10, Gráfico 1). Esto guarda estrecha relación con la percepción del grado de implicación posible por parte del personal; el 35% aboga por involucrarse en la creación y cumplimiento de protocolos, mientras que un 29% enfatiza la implicación en actividades formativas. Cabe resaltar que un significativo 26% considera fundamental abordar este cambio de manera colaborativa en equipo (Figura 10, Gráfico 2).

Figura 10. Barreras y facilitadores para implementar las RNH (%)



Discusión

Este estudio ha permitido comprender mejor el alcance y conocimiento de las principales recomendaciones de no hacer para proceder en una segunda fase a la implementación de las mismas.

1. Humanización

En cuanto a la humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría (UCIP), queremos destacar la importancia de asegurar que los pacientes pediátricos reciban atención médica que no solo se centre en la parte clínica, sino también en el bienestar emocional y psicológico⁸. Por ello se han incluido recomendaciones de no hacer (RNH) específicas para la UCIP, centrándonos en el área de humanización.

En particular, el grupo de trabajo ha identificado y seleccionado RNH que se relacionan con la presencia de los padres durante los procedimientos, los cuidados y la reanimación cardiopulmonar (RCP) (consulte la Tabla 1, N1-3). Es gratificante ver que estas recomendaciones se siguen en gran medida en la UCIP, lo que refleja un compromiso con la inclusión de los padres en el proceso de atención de sus hijos y en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.

Según nuestros hallazgos, es alentador observar que los profesionales en la UCIP tienen un buen entendimiento en el ámbito de la humanización. La percepción de incumplimiento de estas pautas es bastante baja, lo que indica un compromiso sólido por parte del equipo de atención médica en proporcionar un entorno de atención que tenga en cuenta no solo los aspectos clínicos, sino también las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes pediátricos y sus familias.

Sin embargo, es importante destacar que siempre hay margen para mejorar, y esto es especialmente relevante en el contexto de la presencia de los padres durante la RCP. La

RCP es un momento crítico en la atención médica de un paciente pediátrico, y garantizar la adecuada participación y apoyo de los padres en esta situación puede marcar una diferencia significativa tanto para la familia como para el propio paciente.

Por lo tanto, es fundamental continuar fomentando y fortaleciendo la implementación de estas RNH en la UCIP, brindando oportunidades de capacitación y concienciación a los profesionales de la salud y promoviendo una cultura de atención centrada en el paciente y la familia que abarque no solo la esfera clínica, sino también los aspectos humanos y emocionales de la atención médica pediátrica. De esta manera, podemos seguir avanzando hacia una atención médica pediátrica más completa y humanizada en la UCIP.

2. Comunicación

En contraste con los aspectos relacionados con la humanización (consulte la Tabla 1, N4-5) en UCIP, nos encontramos con un panorama que requiere mejoras significativas en el ámbito de la comunicación.

Una de las recomendaciones de no hacer (RNH) que hemos evaluado se refiere al "No realizar el pase de visita separado médico/enfermera". Los resultados revelan que, en un porcentaje alarmantemente alto, llegando incluso al 80% de los casos, el pase de visita médica y de enfermería se lleva a cabo de manera separada. Esto plantea preocupaciones significativas en cuanto a la coordinación de la atención y la comunicación efectiva entre los profesionales de la UCIP. La falta de un pase de visita conjunto puede dar lugar a la fragmentación de la información, la duplicación de esfuerzos y, potencialmente, a errores en la atención al paciente.

Otra RNH analizada se relaciona con "No transmitir información al traslado de forma improvisada (SBAR)". Los resultados indican que aproximadamente el 67% de los encuestados cree que la información se transmite de manera improvisada al momento del traslado en la UCIP, ya sea de manera regular o en ocasiones. Esto sugiere una falta

de estandarización en los procesos de comunicación, lo que puede poner en riesgo la seguridad del paciente durante el traslado. La comunicación improvisada puede resultar en la omisión de detalles críticos o malentendidos que podrían afectar negativamente la atención del paciente.

Por lo tanto, si bien se observa un sólido entendimiento en la esfera de la humanización en la UCIP, la comunicación entre los profesionales de la salud presenta áreas de mejora significativas. Es esencial abordar estas preocupaciones para garantizar una atención médica integral y segura para los pacientes pediátricos en la UCIP. Esto puede lograrse mediante la implementación de mejores prácticas en la comunicación, la promoción de un enfoque de trabajo en equipo y la estandarización de los procesos, lo que beneficiará tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud en esta unidad crítica.

3. Aspectos clínicos

En el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría (UCIP), es fundamental abordar de manera exhaustiva las recomendaciones de no hacer (RNH) que se relacionan con las prácticas clínicas, ya que estas juegan un papel crucial en la calidad de la atención proporcionada a los pacientes pediátricos. Hemos realizado una revisión de las historias clínicas y una evaluación de los conocimientos de los profesionales de la salud para comprender mejor el cumplimiento de estas RNH y cómo esto impacta en la atención médica en la UCIP.

Si establecemos un umbral arbitrario del 70% como punto de referencia para el cumplimiento de las RNH en este ámbito clínico específico (consulte Tabla 1, 6-13), es evidente que existen áreas que requieren mejoras. En particular, tres recomendaciones no alcanzan este umbral en la revisión retrospectiva de las historias clínicas:

1. "No mantener en VMNI al paciente con SDRA con cocientes P/F<150 ó S/F <200" (Tabla 2, N8; 46% de cumplimiento).

2. "No retrasar más de 3 horas la administración de ácido tranexámico en traumas con hemorragia significativa" (Tabla 2, N9; 37% de cumplimiento).
3. "No retrasar más de 48 horas la valoración nutricional" (Tabla 2, N8; 21% de cumplimiento).

Estos resultados obtenidos a partir de la revisión de historias clínicas señalan un área de mejora crítica en la implementación de estas RNH en la atención pediátrica en la UCIP. Es preocupante notar que, en algunos casos, el cumplimiento de estas pautas es significativamente inferior al umbral establecido.

Sin embargo, es importante destacar que la evaluación de conocimientos realizada entre los facultativos muestra un alto nivel de comprensión y conocimiento acerca de estas recomendaciones (Tabla 7). En particular, el 100% de los facultativos respondió correctamente a las preguntas relacionadas con la VMNI y la valoración nutricional, lo que sugiere que existe una base sólida de conocimientos entre este grupo de profesionales. Por otro lado, en el caso del uso del ácido tranexámico, la discrepancia entre el cumplimiento registrado en las historias clínicas (37%) y el conocimiento de los facultativos (67% de respuestas correctas) es notable. Esto indica que, aunque los facultativos pueden estar al tanto de las recomendaciones, la implementación en la práctica clínica aún presenta desafíos y situaciones contextuales locales que justificaría que la práctica clínica se aleje de la evidencia científica. Justo ese contexto es el que hay que explorar en profundidad para implementar las RNH.

Por último, en el ámbito de enfermería, los resultados de la evaluación de conocimientos reflejan un porcentaje menor de comprensión en estas RNH, con un 32% de conocimiento adecuado en el caso de la VMNI y un 89% en la valoración nutricional.

En resumen, estos hallazgos subrayan la importancia de abordar la brecha entre el conocimiento y la práctica en la UCIP. Es esencial implementar estrategias educativas y de mejora de procesos que promuevan un mayor cumplimiento de las RNH y una

atención pediátrica más segura y efectiva. La colaboración interdisciplinaria entre facultativos y enfermería, junto con la estandarización de las prácticas clínicas, puede desempeñar un papel clave en la mejora continua de la calidad de atención en la UCIP.

Tabla 7. Cumplimiento de las RNH en las HC y conocimiento en los profesionales evaluados (%)

Categoría	N	Recomendación	HC%	F	E	T
Clínicos	6	No administrar oxigenoterapia en sedación si no hay desaturación.	92	83	58	59
	7	No dar de alta sin supervisión a un paciente que ha recibido sedación.	73	83	74	41
	8	No mantener en VMNI al paciente con SDRA con cocientes P/F<150 ó S/F <200.	46	100	32	-
	9	No retrasar más de 3 horas ac. tranexámico en traumas con hemorragia significativa.	37	67	-	-
	10	No retrasar más de 48 h valoración nutricional.	21	100	89	-
	11	No medir el volumen gástrico residual como indicador de la tolerancia digestiva ni de riesgo de aspiración.	72	100	53	47
	12	No demorar el inicio de NE.	100	100	-	-
	13	No mantener ATB de amplio espectro si es posible la desescalada.	88	100	84	-

(HC%): porcentaje de cumplimiento de las RNH en la UCIP; F: facultativos; E: Enfermería; T: TCAE.

4. Barreras y facilitadores

Comprender las RNH en la UCIP y su estado de cumplimiento nos proporciona una visión valiosa sobre dónde debemos enfocar nuestros esfuerzos para mejorar la calidad de la atención médica en este entorno crítico.

Los profesionales creen de forma intuitiva que su práctica clínica es adecuada y lo que hacen aporta valor. Lo demuestra el hecho de que el 94% de los encuestados responden que nunca o en pocos casos llevan a cabo prácticas de escaso valor y el 93% cree que habría que dejar de hacer entre ninguna o pocas prácticas por ser inefectivas. Sin embargo, el 77% de profesionales no conocen las RNH de su propia sociedad científica.

Estos análisis nos brindan una guía sólida sobre la que intervenir, basada en tres esferas. Las percepciones ligadas por tanto a un ámbito emocional, los conocimientos ligados al ámbito intelectual y la práctica clínica influida por los dos anteriores, pero también por un contexto local que puede provocar comportamientos alejados de la evidencia científica, y todo ello nos aproxima de forma real a las áreas en las que podemos intervenir y cómo hacerlo de manera efectiva.

Una de las áreas más destacadas es la creación y adaptación de protocolos basados en evidencia en la UCIP. Los profesionales de la salud reconocen esto como un punto de mejora potencial, y lo que es aún más alentador es que un significativo 41% de ellos considera que es una tarea alcanzable y el 35% expresó su disposición para participar en la implementación de estos protocolos. Esto subraya la importancia de contar con pautas y directrices sólidas respaldadas por evidencia científica para guiar la práctica clínica en la UCIP.

La formación es otro aspecto crítico que se destaca como una vía para abordar las RNH. Un 26% de los profesionales considera que la formación es esencial, y un 29% está dispuesto a participar activamente en programas de capacitación. Esto demuestra un compromiso con la mejora continua de las habilidades y conocimientos necesarios para cumplir con las pautas y proporcionar una atención médica segura y efectiva.

Además, en consonancia con las conclusiones anteriores, es evidente que la comunicación y la coordinación entre los distintos profesionales de la UCIP desempeñan un papel crucial en la implementación exitosa de las RNH. Un notable 26% de los

encuestados considera que la creación de equipos y el trabajo colaborativo son esenciales. Esta colaboración interdisciplinaria puede mejorar significativamente la coherencia en la práctica clínica y garantizar que las RNH se apliquen de manera efectiva en el cuidado de los pacientes pediátricos.

En resumen, el análisis de las RNH y su relación con el conocimiento y la disposición de los profesionales de la salud nos indica claramente que la creación de protocolos basados en evidencia, la formación continua y el trabajo en equipo son pilares fundamentales para abordar y mejorar la implementación de estas pautas en la UCIP. Este enfoque integral no solo beneficiará a los pacientes pediátricos, sino que también fortalecerá la calidad de la atención médica en esta unidad crítica.

Conclusión

En conclusión, este estudio ha proporcionado una visión integral de la RNH en la UCIP del HCSC y las posibles áreas de intervención y los métodos multifactoriales más eficaces para que la intervención sea más eficaz.

Se ha destacado la importancia de la humanización en la atención médica pediátrica y se ha observado un sólido compromiso por parte del personal de la UCIP en este aspecto, aunque se han identificado áreas de mejora.

En cuanto a la comunicación, se ha señalado la necesidad de mejorar la coordinación entre los profesionales de la salud, especialmente en lo que respecta al pase de visita y la transmisión de información durante el traslado. Estas áreas requieren una mayor estandarización de procesos y enfoques de trabajo en equipo.

En el ámbito clínico, se ha evidenciado una brecha entre el conocimiento de las RNH y su implementación en la práctica clínica, destacando la importancia de estrategias

educativas y de mejora de procesos para garantizar una atención pediátrica segura y efectiva.

Los facilitadores identificados, como la creación de protocolos basados en evidencia, la formación continua y la colaboración interdisciplinaria, ofrecen oportunidades para abordar estas brechas y mejorar la calidad de la atención en la UCIP.

En última instancia, este estudio proporciona una guía valiosa para impulsar la implementación efectiva de las RNH en la UCIP, con el objetivo de brindar una atención médica pediátrica más completa, segura y humanizada en esta unidad crítica y a la vez una guía metodológica reproducible en cualquier contexto, que puede permitir la adopción de práctica de no hacer.

Este proyecto tiene continuidad para desarrollar las siguientes fases de despliegue de un plan de acción para abordar las RNH que hemos identificado como prioritarias y de evaluación del impacto en los profesionales y en la práctica clínica, de estas actuaciones.

Bibliografía

1. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Conceptual frameworks and their application to evaluating care coordination interventions. Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
2. Graham I, Logan J, Harrison M, Straus S, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map. *J Cont Educ Health Prof.* 2006; 26:13-4.
3. Berwick Donald M. Avoiding overuse-the next quality frontier. *Lancet.* 2017; 390:102-4, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32570-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3).
4. Asociación Española de Pediatría (AEP), Available in: Recomendaciones no hacer. Grupo de trabajo Pediatría. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas de España; 2014 <https://www.aeped.es/site>.

5. González de Molina Ortiz FJ, Gordo Vidal F, Estella García A, et al. Recomendaciones de “no hacer” en el tratamiento de los pacientes críticos de los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva. 2018; 42:425-43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.04.001>.
6. Rogers EM. Diffusion of Innovations, 4th Edition. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: Free Press; 2010.
7. Hernández Borges ÁA, Jiménez Sosa A, Pérez Hernández R, Ordóñez Sáez O, Aleo Luján E, Concha Torre A. Paediatric intensive care 'do not do' recommendations in Spain: Selection by Delphi method. An Pediatr (Engl Ed). 2023 Jan;98(1):28-40. doi: 10.1016/j.anpede.2022.08.014. Epub 2022 Dec 9. PMID: 36509646.
8. Tripodi M, Siano MA, Mandato C, De Anseris AGE, Quitadamo P, Guercio Nuzio S, et al. Humanization of pediatric care in the world: focus and review of existing models and measurement tools. Ital J Pediatr.

Autores del trabajo

- Esther Aleo Luján (esther.aleo@salud.madrid.org)
- David Ortega Martínez (david.ortega@salud.madrid.org)
- Elena Medina García (emedinagarcia@salud.madrid.org)
- M^a Ángeles Rivas Paterna (mangeles.rivas@salud.madrid.org)
- Claudia Olalla Pérez (claudia.olalla@salud.madrid.org)
- Alicia Gaitero Pérez (alicia.gaitero@salud.madrid.org)
- Belén Joyanes Abancens (belen.joyanes@salud.madrid.org)
- Cristina de Ángeles Fernández (cristinaanfer@gmail.com)
- Carmen Esteban Polonio (mestebanp@salud.madrid.org)
- Sonsoles Juana Moral García (sonsolesjuana.moral@salud.madrid.org)
- Ana Isabel Alguacil Pau (anaisabel.alguacil@salud.madrid.org)
- Rafael Gómez-Coronado Martín (rafael.gomezcoronado@salud.madrid.org)