

En cuanto a los ítems menos concordantes:

NORTON: Estado Físico: k: 0,348 (IC 95%;0,2390-0,4565) para HUVN y 0,514 (IC 95%;0,4304-0,5979) para HCSC muestran así, concordancias DÉBIL y MODERADA respectivamente .Para el ítem Incontinencia con K:0,500 (IC 95%; 0,3389-0,6595) para HUVN obtenemos concordancia MODERADA.

BRADEN: Riesgo de Lesiones: K: 0,197(IC 95%; 0,6564-0,8155) para HUVN lo que representa concordancia POBRE.

El resto de ítems de cada escala mostraron concordancias MUY BUENAS y BUENAS.

Obtenemos en UCI resultados similares a otros autores en diferentes contextos.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Una vez detectados los ítems que ofrecen más sesgo al profesional, nuestra propuesta iría encaminada a aumentar el entrenamiento, debatir en sesión clínica las definiciones y sus matices de dichos criterios y acordar puntos comunes, aclarando aspectos subjetivos e incorporando algún anexo con definiciones de ítems de las escalas que se estén usando en la unidad.

Los profesionales que usen la escala Braden disponen de una página de entrenamiento en Internet para hacer simulaciones de entrenamiento.

La mejor opción sería incorporar escalas de valoración de riesgo específicas para UCI, mejor cuanto más sencillas y mejor definidas estén.

En nuestra unidad, en la UCI del Hospital Santa Ana de Motril y en la UCI del Hospital Clínico San Cecilio de Granada, se han incorporado durante 2011 el Índice COMHON, recientemente validado por enfermeros de Granada, con 5 ítems, estudio de validez y fiabilidad, de claras y objetivas definiciones siendo una escala específica de UCI. Se está presentando en Sesiones Clínicas en ambos hospitales y comenzando a utilizar. Queda estudio de satisfacción de los profesionales.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

No siempre disponemos de las definiciones completas de los ítems (escalas de bolsillo, por ejemplo).

Algunas definiciones largas de ítems ó con cierta subjetividad en las escalas obligaron a redactarlas en el dorso de los registros para que fuesen consultadas por los observadores al realizar la valoración. El menor nivel de entrenamiento de los observadores con la escala que no usaban en su unidad fué otra dificultad.

La disponibilidad de tiempo y acuerdo de los observadores para realizar la valoración simultánea del paciente fue un proceso costoso.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

La valoración de riesgos siempre hace posible la aplicación correcta de las medidas de prevención adecuadas. Disponer de instrumentos de medida bien conocidos y si es posible específicos para el ámbito de trabajo mejora la planificación de dichas medidas para la prevención de problemas. La familia puede participar en dicha prevención, participando activamente en la aplicación del plan de cuidados diseñado y si está bien entrenada en la identificación de posibles nuevos riesgos a valorar.

» Propuestas de líneas de investigación.

La incorporación de herramientas específicas con suficiente validación y estudios de fiabilidad es fundamental. Documentos técnicos de GNEAUPP apuestan por validar escalas ya existentes en lugar de crear nuevas, puesto que supone un esfuerzo mucho mayor.

Nuestra propuesta va en esta línea de investigación. Validar herramientas sencillas, bien definidas, con criterios operativos y claros, específicas para Cuidados Críticos, de este modo podremos disponer de más instrumentos específicos, válidos y fiables para poder incorporar a nuestros servicios.