BAONA/ISTOCK

NEUMONÍA

Vinculación de los altos índices de admisión en la UCI con los cuidados pobres

> En un estudio de 2812 hospitales de Estados Unidos, aquellos centros que contaban con unos índices superiores de ingresos por neumonía en la UCI prestaron unos cuidados de menor calidad a los ancianos. Los investigadores dividieron los hospitales en quintiles, basándose en los ingresos por neumonía en la UCI. Tras controlar diversos factores, descubrieron que aquellos hospitales con mayores ingresos por neumonía en la UCI "fallaban a menudo en cuanto a la aportación de medidas durante el proceso de la enfermedad, incluyendo los antibióticos adecuados... y la vacuna neumocócica". Dichos hospitales reflejaban también unos índices superiores en cuanto a mortalidad a 30 días, readmisiones y costes por paciente. Los investigadores concluyeron que "los elevados índices de ingreso por neumonía en la UCI, específicos para adultos, identifican a un grupo de hospitales que pueden prestar unos cuidados ineficaces y de mala calidad asociados a la enfermedad, y pueden beneficiarse de las intervenciones para mejorar la prestación de cuidados".

Fuente: Sjoding MW, Prescott HC, Wunsch H, Iwashyna TJ, Cooke CR. Hospitals with the highest intensive care utilization provide lower quality pneumonia care to the elderly. Crit Care Med. [e-pub Mar. 10, 2015]

FRACTURA DE CADERA

Las estancias hospitalarias breves elevan el índice de mortalidad

> Para los mayores, una estancia hospitalaria de 10 días o menos tras una fractura de cadera se asocia a un incremento del riesgo de muerte tras el alta hospitalaria, de acuerdo con un nuevo estudio que incluye a 116 111 pacientes suecos, de 50 años o más, que habían estado hospitalizados por fractura de cadera entre 2006 y 2012. Los investigadores analizaron la duración de la estancia hospitalaria y los fallecimientos durante y tras la estancia hospitalaria, y ajustaron por diversas variables, como la situación sanitaria, las medicaciones, la situación socioeconómica, el tipo de fractura de cadera y la cirugía.

Los resultados reflejaron que para los pacientes que habían estado hospitalizados durante 10 días o menos, cada día de reducción de la duración de la estancia incrementaba las probabilidades de fallecimiento, dentro de los 30 días siguientes al alta, en un 8% en 2006 y en un 16% en 2012. Para pacientes con una estancia de 11 días o más, la reducción en un día de la duración de la estancia no se asociaba a un incremento del riesgo de muerte tras el alta durante ninguno de los años de seguimiento. La edad constituía el mayor factor predictivo del riesgo de mortalidad en el plazo de un año desde el ingreso hospitalario.

Los investigadores determinaron que "las cortas estancias hospitalarias tras una fractura de cadera están asociadas a un incremento del riesgo de muerte tras el alta hospitalaria, aunque únicamente entre los pacientes con una duración de la estancia de 10 días o menos. La solidez de dicha asociación se mantuvo durante los años consecutivos".

Las estancias hospitalarias breves pueden reducir las oportunidades de rehabilitación y limitar el acceso a las valoraciones adicionales y los cuidados adecuados, según los autores. Ellos instan a los médicos a sopesar con cuidado los pros y los contras de las altas tempranas, de manera individual.

Fuentes: Nordström P, Gustafson Y, Michaëlsson K, Nordström A. Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: a total cohort study in Sweden. BMJ. 2015;350:h696. "Short hospital stay linked to increased risk of death following hip fracture," BMJ. News release. February 25, 2015.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La toma de decisión compartida estimula las calificaciones

> Los pacientes que comparten la toma de decisiones con los profesionales sanitarios, ¿tienen una mayor opinión acerca de la calidad de sus cuidados? Para explorar esta cuestión, los investigadores reunieron los datos de una encuesta con más de 5300 pacientes con cáncer de pulmón o colon, que formaban parte del estudio realizado por el Cancer Care Outcomes Research and Surveillance Consortium. Se solicitaba a los pacientes su opinión acerca de sus roles reales y preferidos en cerca de 11 000 decisiones sobre tratamiento. Las variables de resultado fueron la calidad de los cuidados comunicada por los pacientes y las calificaciones máximas dentro de una escala de comunicación con el médico.

En general, el 58% de los pacientes dijo que prefería la toma de decisión compartida con sus médicos, aunque el 36% de los pacientes prefería una toma de decisión controlada por el médico, y el 6% deseaba que sus médicos tomaran todas las decisiones de tratamiento. Los pacientes que comunicaron la toma de decisión real o preferían que esta fuera controlada por el médico eran menos propensos a notificar una calidad excelente de los cuidados. Además, en comparación con los pacientes que preferían una toma de decisión compartida, estos pacientes eran menos propensos a otorgar una elevada puntuación sobre comunicación a su médico. Los investigadores afirman que sus hallazgos refuerzan "la importancia de tratar de que los pacientes se involucren en la toma de decisiones con relación a su tratamiento".

Fuente: Kehl KL, Landrum MB, Arora NK, et al. Association of actual and preferred decision roles with patient-reported quality of care shared decision making in cancer care. JAMA Oncol. [e-pub Feb. 12, 2015].

CONSUMO ILÍCITO DE DROGAS

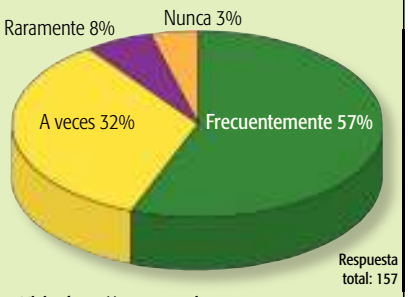
Tome aliento para detectar el abuso de sustancias

> Los investigadores suecos han desarrollado una prueba de aliento para la detección de drogas ilícitas. Como alternativa al análisis de orina, la prueba implica una técnica de alta sensibilidad, conocida como espectrometría de masas-cromatografía de líquidos. La prueba puede detectar diversas sustancias, entre ellas anfetaminas, metanfetaminas, 6-acetilmorfina, morfina, cocaína, benzoilecgonina, diazepam, oxazepam y tetrahidrocannabiol.

RESPUESTAS A LA ENCUESTA

Términos cariñosos

Las enfermeras que visitaron recientemente nuestro sitio web respondieron a esta cuestión: En su experiencia, ¿con qué frecuencia las enfermeras de su centro sanitario utilizan términos cariñosos con los pacientes como "cariño", "querido/a" o "cielo", en lugar del nombre preferido por el paciente?

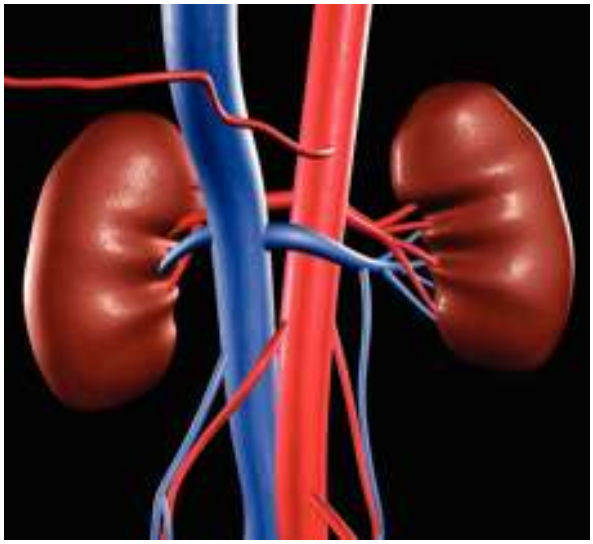


Visite http://www.nursing2015.com para responder a las preguntas de nuestra encuesta mensual y ver los resultados.

TRASPLANTE RENAL

Los ancianos fallecidos donantes pueden ayudar a otros ancianos

> Muchos riñones de pacientes mayores de 65 años que han fallecido se descartan en lugar de hacerlos órganos viables para trasplante. Un nuevo estudio indica que aunque estos riñones no pueden proporcionar una función renal adecuada de por vida a pacientes jóvenes, pueden ser beneficiosos para adultos maduros con una expectativa de vida más corta. Viabilizar estos órganos para trasplante podría contribuir a reducir las listas de espera.



Los autores analizaron los datos de las tasas de supervivencia de pacientes trasplantados renales de Estados Unidos y Europa. Sus resultados indicaban que los mayores de 60 años tenían una mayor probabilidad de supervivencia a largo plazo si recibían un trasplante renal de un donante anciano, durante el primer año de su inclusión en la lista de espera, en lugar de esperar a la recepción de un órgano de un donante joven. Los datos también confirmaron que los riñones de los donantes ancianos no proporcionan una función renal de por vida en pacientes de 50 años o menos.

Los investigadores informaron que sus hallazgos deberían favorecer el trasplante renal de donantes ancianos en pacientes mayores de 60 años y que debería reflexionarse sobre la normativa estadounidense que permite a pacientes de menos de 50 años recibir un trasplante renal de un donante anciano.

Fuente: Rose C, Schaeffner E, Frei U, Gill J, Gill JS. A lifetime of allograft function with kidneys from older donors. *J Am Soc Nephrol*. [e-pub Mar. 26, 2015]. Preidt R. Kidneys from dead older donors may help seniors, study finds. HealthDay News. March 26, 2015.

Los científicos creen que los fluidos de las vías aéreas se contaminan con las drogas presentes en el cuerpo. Cuando las partículas de fluido se aerosolizan y exhalan, el filtro presente en el dispositivo las recoge en una prueba de filtro. Esta prueba no invasiva podría resultar útil en muchas situaciones, como los controles de carretera y los escenarios de accidentes. Podría confirmar también si los pacientes están tomando las medicaciones prescritas.

Fuentes: Stephanson N, Sandqvist S, Lambert MS, Beck O. Method validation and application of a liquid chromatography-tandem mass spectrometry method for drugs of abuse testing in exhaled breath. J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci. 2015;985:189-196. "Researchers Develop First Validated Method of Detecting Drugs of Abuse in Exhaled Breath," Elsevier. News release. March 6, 2015.

IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA

Resultados contradictorios para la implantación transcatéter

> Aprobada por la Food and Drug Administration en 2011, la implantación transcatéter de válvula aórtica es una alternativa crecientemente popular para pacientes de alto riesgo que no pueden optar a la cirugía convencional. Para explorar los resultados, los investigadores estudiaron los datos de 12182 pacientes a los que se realizó una implantación transcatéter de válvula aórtica entre noviembre de 2011 y junio de 2013, y evaluaron los resultados a un año en cuanto a mortalidad, ictus y rehospitalizaciones. La media de edad de los pacientes fue de 84 años, y el 52% de los pacientes eran mujeres.

El estudio reflejó que alrededor del 24% de los pacientes a los que se practicó esta intervención fallecían en el plazo de un año, y alrededor del 4% sufría un ictus. Pero casi el 50% de los pacientes que sobrevivían durante un año no eran rehospitalizados durante dicho período.

En una entrevista, el autor principal, David Holmes, Jr., advirtió que la implantación transcatéter de válvula aórtica facilitaba la implantación aórtica a muchos pacientes que no podían resistir una cirugía convencional. "Sí, la mortalidad fue del 24% en un año. Pero sin este procedimiento la mortalidad habría sido considerablemente superior."

En este estudio, los factores de riesgo para la mortalidad a un año incluían la edad avanzada (de 85 a 94 años), enfermedad renal terminal y enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave. En comparación con los hombres, las mujeres reflejaron una mayor incidencia de ictus. Aunque los motivos son inciertos, los profesionales podrían considerar este riesgo al asesorar a las pacientes.

Fuentes: Holmes DR Jr, Brennan JM, Rumsfeld JS, et al. Clinical outcomes at 1 year following transcatheter aortic valve replacement. JAMA. 2015;313(10):1019-1028. Outcomes vary with minimally invasive heart valve replacement. HealthDay News. March 10, 2015.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

Evitar el cribado cardíaco en pacientes de bajo riesgo

> Con base en un estudio de revisiones sistemáticas públicadas, el American College of Physicians (ACP) advierte a los clínicos que no deben realizarse pruebas de cribado cardíaco en pacientes adultos, asintomáticos, de bajo riesgo. Estas pruebas incluyen ECG en reposo o de esfuerzo, ecocardiografías de esfuerzo o imagen de la perfusión miocárdica.

"El cribado cardíaco no ha demostrado una mejora en los resultados de los pacientes" afirman los autores. "También se asocia con daños potenciales debido a los resultados falsos positivos debido a la baja prevalencia y valor predictivo de las pruebas en esta población y a las pocas probabilidades que un resultado positivo afectara las decisiones de tratamiento."

A pesar de la evidencia que las pruebas de cribado no son apropiadas para los pacientes asintomáticos de bajo riesgo, se emplea con frecuencia en la práctica clínica, según explican los autores. En una encuesta a una muestra de usuarios, más de la mitad de los encuestados respondieron que su médico les había recomendado realizar pruebas de cribado cardíaco como parte del seguimiento habitual.

CUIDADOS NEONATALES

Los bebés están mejor con *bodys*

> Tocarse a sí mismo es una forma que tiene el bebé de reducir el estrés y calmarse a sí mismo. ¿Es posible que la ropa que limita esta acción tenga consecuencias comportamentales y psicológicas?

Los investigadores se plantearon responder esta pregunta mediante la evaluación de la conducta de una muestra de neonatos, vestidos con dos tipos de prendas de bebé de uso habitual en las unidades de cuidados intensivos: prendas ligeras (*body* y cobertura ligera) o prendas pesadas (pijamas, chaquetillas y sacos de dormir).

El estudio se hizo en una muestra de neonatos sanos pretérmino, nacidos entre la semana 34 y 37 de gestación. Se observó su conducta durante los períodos de descanso, mientras no recibían ninguna intervención. Los porcentajes de tiempo que cada bebé pasaba en una posición determinada se cruzaron con el tipo de prenda.

El estudio demostró que los bebés que llevar prendas ligeras doblan más los brazos y acercan sus manos a la cabeza que aquellos que duermen en sacos. Los neonatos vestidos con *body* pasan más tiempo tocando su cuerpo o sus alrededores; los que llevan ropas pesadas no tocan nada. La investigación concluye que "las prendas pesadas pueden limitar las conductas de autotranquilización en neonatos pretérmino que no tienen otras formas de contacto". Recomiendan que se preste especial atención a las "decisiones aparentemente marginales y rutinarias, como la elección del vestido del bebé".

Fuente: Durier V, Henry S, Martin E, Dollion N, Hausberger M, Sizun J. Unexpected behavioural consequences of preterm newborns' clothing. *Sci Rep*. 2015;5:9177.

El ACP recomienda a los clínicos evitar realizar estas pruebas caras en estos pacientes y centrarse en los factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión, la dislipemia y el exceso de peso.

Fuente: Source: Chou R, for the High Value Care Task Force of the American College of Physicians. Cardiac screening with electrocardiography, stress echocardiography, or myocardial perfusion imaging: advice for high-value care from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2015;162(6):438-447.

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Cultivar una cultura de seguridad

> "Una enfermera advirtió que se le había prescrito paracetamol a un paciente. Después de hablar con el farmacéutico, la enfermera identificó que la prescripción se había hecho para otro paciente. El farmacéutico tenía dos registros abiertos de dos pacientes, fue interrumpido y posteriormente introdujo la prescripción al paciente incorrecto."

Tal como refiere la Joint Comission, este es un ejemplo de un evento adverso asociado a comunicación incorrecta o errónea introducida en una historia clínica electrónica (HCE). En una alerta de eventos centinela, la Joint Comission informa de 120 eventos centinela relacionados con HCE que fueron notificados a esta organización entre el 1 de enero de 2010 y el 30 de junio de 2013. Los tres factores principales que se asocian con eventos centinela de HCE son:

- La interfaz usuario-ordenador (33%), incluyendo los aspectos de ergonomía y usabilidad.
- Flujos de trabajo y de comunicación (24%), como el soporte de sistemas de información y el trabajo en equipo.
- El contenido clínico (23%), descrito como "el diseño de los datos relacionados con el contenido clínico o las herramientas de soporte a la toma de decisiones".

Para reducir los riesgos asociados a la HCE, la Joint Comission hace una serie de recomendaciones en tres áreas esenciales: cultura de seguridad, mejora de los procesos y liderazgo. Por ejemplo, para cultivar la cultura de seguridad, sugiere la creación de una "consciencia colectiva" sobre la identificación, la comunicación y el análisis de los errores o seudoerrores asociados al uso de la HCE. Para más información, http://www.jointcomission.org

Fuente: The Joint Commission. Safe use of health information technology. Sentinel Event Alert, Issue 54. March 31, 2015.

SALUD MENTAL

Suicidios de pacientes asociados a escasez de plantillas

> La asignación de enfermeras inexpertas o suplentes puede incrementar el riesgo de autólisis en pacientes bajo observación por riesgo de suicidio, según un informe global que analiza todos los casos de suicidio en pacientes en observación intensiva por riesgo de suicidio, durante un período de 7 años en el Reino Unido. El informe incorpora resultados de una encuesta *online*, a pacientes y personal, sobre su experiencia, y añade datos de seis grupos focales.

Los investigadores observaron que cada año 18 pacientes se quitaban la vida estando en observación, lo que implica que la enfermera valoraba el estado del paciente cada 10 o 15 minutos. Pero en un 9% de los casos los pacientes estaban en observación constante.

Los autores hallaron que la mitad de los suicidios se producían cuando estos cuidados de observación eran prestados por enfermeras con menos expertía o suplentes, que desconocían a los pacientes y los protocolos del centro. Otros factores que incrementaban el riesgo eran: las distracciones del personal, las interrupciones en la unidad, los períodos de alta intensidad de cuidados y los déficits de diseño de la unidad.

Entre otros resultados destacan:

- Muchas enfermeras tienen una comprensión baja de los protocolos de observación. Una de las enfermeras que participó en un grupo focal comentó que "muy pocas enfermeras entienden realmente lo que implica una observación. Creen que se trata de ir ahí, ver a la persona, volver al control y firmar el registro".
- Más que sentirse seguros y atendidos, muchos pacientes bajo observación sienten una pérdida de dignidad y de intimidad. Uno comentó: "te sientes como un preso… como si les produjeras una carga extra".
- Aunque la observación pretende ser una oportunidad para que el personal "pueda estar con" el paciente y no solo verle un momento, esto ocurre excepcionalmente.

Los investigadores recomiendan que el suicidio bajo observación debería ser un "evento cero", y que la observación psiquiátrica debería considerarse una intervención intensiva a la que se deberían asignar enfermeras con un adecuado nivel de pericia. Ello también implica una mayor colaboración con los pacientes para mantener un equilibrio entre la observación necesaria y el compromiso activo, y sugieren que se haga participar a los pacientes en la planificación de transición a la observación general.

Fuente: National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH). In-patient Suicide under Observation. Manchester: University of Manchester; 2015. Mental health report finds that staffing problems linked to ward suicides. University of Manchester. News release. March 2015.

SUPERVIVENCIA EN LA SEPSIS GRAVE

Los cuidados ambulatorios contribuyen a prevenir reingresos

> Muchos pacientes que sufren una sepsis grave son reingresados antes de los 90 días del alta. En un estudio diseñado para determinar las causas, se observó que un 40% de los reingresos podían haberse evitado si se hubieran detectado, prevenido y tratado a tiempo determinadas complicaciones.

El estudio se basó en datos del U.S. Health and Retirement Study, una muestra nacional de adultos mayores de 50 años, y los datos de Medicare de 1998 a 2010. De los 3494 pacientes hospitalizados por sepsis grave, el 81% sobrevivió y fue dado de alta, y un 43% fue reingresado en el hospital antes de los 90 días. Entre un 22% y un 42% de estos reingresos eran potencialmente evitables con unos cuidados ambulatorios adecuados. Las causas más comunes de reingreso fueron la sepsis, la insuficiencia cardíaca congestiva, la neumonía, la insuficiencia renal aguda y la rehabilitación.

Fuente: Prescott HC, Langa KM, Iwashyna TJ. Readmission diagnoses after hospitalization for severe sepsis and other acute medical conditions. *JAMA*. 2015;313(10):1055-1057. Barclay L." Hospital Readmissions after Severe Sepsis Often Preventable." Medscape. March 11, 2015.