

# Puesta al Día en Clínica

NOTICIAS | ACTUALIZACIONES | INVESTIGACIONES

ATENCIÓN POSOPERATORIA

## Formación de enfermeras asociada a una menor mortalidad

En los hospitales que contaban con más enfermeras poseedoras de como mínimo un grado en Ciencias de la Enfermería (GCE), los investigadores hallaron menos mortalidad en pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas (ADRD, *Alzheimer disease and related dementias*) sometidos a cirugía. El estudio consistió en un análisis transversal de conjuntos de datos vinculados procedentes de hospitales de cuidados intensivos, no federales y para adultos, de California, Florida, Nueva Jersey y Pennsylvania (N = 531). Los participantes en el estudio eran beneficiarios de Medicare de más de 64 años con y sin ADRD y a los que se practicó cirugía general, ortopédica o vascular (N = 353.333; ADRD, n = 46.163; no ADRD, n = 307.170). Las mediciones de los resultados fueron mortalidad a los 30 días y fallo en el rescate (muerte después de una complicación).

Tal como redactaron los investigadores, “observamos que, aunque todos los participantes habían sido atendidos en hospitales con más enfermeras graduadas en Ciencias de la Enfermería, el efecto fue mayor para los que tenían ADRD. Para la mortalidad a los 30 días y el fallo en el rescate, los pacientes con ADRD a los que se había practicado cirugía tuvieron una mayor reducción de las probabilidades de cada resultado con cada 10% adicional de enfermeras graduadas que los pacientes sin ADRD”. Afirman que su estudio se suma a las pruebas que abogan por la transición a una plantilla de enfermería en su mayor parte graduada en Ciencias de la Enfermería, tal como recomienda el informe sobre el futuro de la enfermería publicado en 2010 por el Institute of Medicine, ahora denominado Health and Medicine Division of the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine.

Fuente: White EM, Smith JG, Trotta RL, McHugh MD. Lower postsurgical mortality for individuals with dementia with better-educated hospital workforce. *J Am Geriatr Soc.* [e-pub March 20, 2018].



MATT BENOT / SHUTTERSTOCK

ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS

## Imaginar una atención hospitalaria en casa

En un estudio piloto controlado y aleatorizado, un sistema hospitalario mejoró la atención y redujo los costes ofreciendo atención hospitalaria a pacientes seleccionados de urgencias con infecciones o exacerbaciones de insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma. Nueve pacientes recibieron atención en casa, y un grupo de control de 11 pacientes recibió atención estándar en el hospital. Los pacientes del grupo de atención domiciliaria recibieron visitas diarias de un médico y dos visitas diarias de una enfermera. La atención también incluía cobertura médica de 24 horas, fármacos i.v. si eran necesarios y conectividad electrónica para la monitorización continua, la comunicación por vídeo, los mensajes de texto y las pruebas en el punto de atención. Se interrogó a los pacientes de los dos

grupos sobre sus experiencias antes del tratamiento y 30 días después de recibir el alta.

Los resultados no mostraron diferencias significativas en las experiencias, la calidad de la atención o la seguridad notificadas por los pacientes. Ninguno de los pacientes del grupo de atención domiciliaria sufrió acontecimientos adversos, frente a un paciente del grupo control. A continuación, detallamos otros hallazgos.

- La media del coste directo de los cuidados intensivos fue un 52% inferior para los pacientes tratados en sus casas respecto al grupo de control.
- La media del coste directo de los cuidados intensivos más el periodo de 30 días posteriores al alta fue un 67% inferior para los pacientes tratados en domicilio, con tendencias hacia un menor uso el servicio de atención en casa.
- Los pacientes tratados en casa requirieron menos análisis y consultas.
- Los pacientes tratados en casa estaban físicamente más activos, con tendencia a dormir más.



La conclusión de los autores fue que “el uso sustitutivo de la hospitalización en casa en comparación con la atención habitual en el hospital redujo el coste y la frecuencia de uso y mejoró la actividad física... Reimaginar el mejor lugar para cuidar de adultos seleccionados con enfermedades graves ofrece un potencial enorme”.

Fuentes: Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, et al. Hospital-level care at home for acutely ill adults: a pilot randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* [e-pub Feb. 6, 2018]. Pecci AW. “Home hospital” pilot halves acute care episode costs. *MedPage Today.* March 4, 2018.

## IMEST EN LA HOSPITALIZACIÓN

### Los expertos aseguran que se requieren protocolos de tratamiento

El infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST) durante la hospitalización es un cuadro clínico único con desenlaces claramente peores que los del IMEST fuera del hospital, y sin embargo

no hay ninguna definición ni protocolo de tratamiento estandarizados. En un informe reciente, los investigadores mencionan que los pacientes con IMEST durante la hospitalización suelen ser mayores, tienen más comorbilidades y más probabilidades de sufrir coagulopatías y contraindicaciones para tratamiento fibrinolítico y anticoagulante. Además, los pacientes sedados para la cirugía tal vez no puedan comunicar el dolor torácico. Los pacientes con IMEST durante la hospitalización tienen menos probabilidades de desarrollar síntomas típicos de angina, que causan mortalidad a un elevado porcentaje de ellos, del 31% al 42% según algunos informes.

Las tres limitaciones más significativas en el tratamiento del IMEST durante la hospitalización son la tardanza en la obtención de un electrocardiograma (ECG), en la interpretación de los ECG y en la activación del sistema de atención del IMEST. Para mejorar el diagnóstico, el triaje

y el tratamiento, el equipo investigador propone un protocolo de mejora de la calidad basado en estos elementos:

- Un umbral de sospecha bajo sobre el IMEST en todo el hospital para hacer que los médicos efectúen ECG más rápidamente cuando los pacientes desarrollen descompensación hemodinámica u otros signos de infarto de miocardio.
- Un proceso de interpretación inmediata de los hallazgos del ECG.
- Un proceso de activación formal para el IMEST durante la hospitalización. En opinión del grupo, “el proceso de activación del laboratorio de cateterismo o del equipo de IMEST para un IMEST ocurrido durante la hospitalización debería reproducirlo tan fielmente como sea posible para pacientes que acuden a la consulta de urgencias y que reciben un diagnóstico de IMEST”. ■

Fuentes: Levine GN, Dai X, Henry TD, et al. In-hospital ST-segment elevation myocardial infarction: improving diagnosis, triage, and treatment. *JAMA Cardiol.* [e-pub Feb. 21, 2018]. Lou N. In-hospital STEMI still neglected, group says. *MedPage Today.* February 21, 2018.

## ESTUDIO DE ÁMBITO NACIONAL

### Obstetricia asociada con mejores resultados

En un importante estudio, un equipo multidisciplinario creó un sistema de puntuación de integración de la obstetricia (MISS, *Midwifery Integration Scoring System*) basado en elementos clave que describían la práctica obstétrica y la colaboración interprofesional en los 50 estados de Estados Unidos y en el distrito de Columbia. Basándose en esos datos, puntuaron cada estado según factores como ámbito de la práctica, autonomía, gobernanza y autoridad para recetar. Las puntuaciones más elevadas indicaban un mayor nivel de integración de las comadronas en todos los ámbitos. Las puntuaciones fueron de 17 (Carolina del Norte) a 61 (Washington).

La investigación demostró que las puntuaciones MISS más altas se asociaban con “un acceso significativamente mayor a las comadronas, índices significativamente más altos de resultados de parto fisiológico, índices más bajos de intervenciones obstétricas y menos resultados neonatales adversos. También puso de relieve la amplia variedad de leyes estatales que regulan la obstetricia. En muchos estados, por ejemplo, las comadronas pueden estar acreditadas para la práctica sin ningún título en Enfermería. Este es el caso de Washington, que obtuvo la puntuación MISS más alta.

Los autores declaran que “el sistema de incentivar el parto en centros de salud y la gestión del embarazo saludable por médicos ha incrementado la brecha entre la demanda y los recursos humanos sanitarios disponibles... Las comadronas capacitadas pueden ayudar a una mujer a valorar sus opciones de lugares para dar a luz... Idealmente, deberían trabajar en un entorno legal que les permitiera hacerlo plenamente, y colaborar de manera fluida con otros profesionales sanitarios del ámbito obstétrico.

Fuente: Vedam S, Stoll K, MacDorman M, et al. Mapping integration of midwives across the United States: Impact on access, equity, and outcomes. *PLoS One.* 2018;13(2):e0192523.



NEWMAN STUDIO / SHUTTERSTOCK