

Recuerde que muchos SU en todo el país afrontan los mismos retos y van desarrollando soluciones creativas. Revise la literatura científica enfermera, eche una hojeda a los estudios de investigación, y busque prácticas basadas en la evidencia para elaborar y aportar las soluciones que mejor se ajusten a la realidad de su SU. Un ejemplo para reducir el tiempo de espera es el uso de un sistema rápido de triaje con una enfermera de práctica avanzada que distribuya a los pacientes de baja y alta agudeza; esta enfermera puede ocuparse de los pacientes con dolencias en un área de “fast-track” o pronta atención. Otra posible solución es crear un proceso de evaluación prioritaria del dolor torácico en el SU para garantizar que los pacientes con sintomatología indicadora reciben atención inmediata.

La Agency for Healthcare Research and Quality ofrece múltiples estrategias prácticas para mejorar los flujos de pacientes y reducir las aglomeraciones en los SU¹. Por ejemplo, consideren la creación de un equipo de mejora del flujo de pacientes específico para evitar congestiones en su centro.

¿El funcionamiento del laboratorio o las interconsultas afectan a los tiempos de espera del SU? ¿Los pacientes tienen largas esperas en urgencias hasta que se les asigna una cama de hospitalización? Estas situaciones pueden estar contribuyendo negativamente en los tiempos de espera para triaje y atención urgente por el bloqueo en el flujo de hospitalización.

Identifique los factores que entorpecen el flujo de pacientes en su SU y emplee esta información para proponer soluciones factibles. Trabajando en equipo, las enfermeras pueden liderar una mejor gestión de personas (no necesariamente más), mejores ubicaciones para los pacientes, y resolver de forma creativa y genuina estos problemas de forma que todos los pacientes puedan recibir en tiempo y forma la atención que precisan. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. McHugh M, van Dyke K, McClelland M, Moss D. Improving Patient Flow and Reducing Emergency Department Crowding: A Guide for Hospitals. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 11(12)-0094; 2011. www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ptfl_owguide.pdf

Susan A. Salladay es enfermera docente especializada en bioética y enfermería psiquiátrica y de salud mental. Es profesora asociada de Enfermería en la Colorado Christian University, en Lakewood, Colorado.

CÁNCER DE PÁNCREAS

El consumo regular de aspirina reduce el riesgo a la mitad

En un estudio de base poblacional con 761 casos y 794 controles, los investigadores preguntaron a los participantes sobre el consumo habitual de aspirina, comprimidos al día o a la semana, y edades en las que empezaron o dejaron de tomar aspirina. Se realizó un ajuste por edad, sexo, formación académica, índice de masa corporal, años de consumo de cigarrillos, cigarrillos consumidos a diario, seropositividad del gen A asociado a citotoxina de *Helicobacter pylori* (CagA), grupo ABO y antecedentes de diabetes mellitus. Los resultados evidenciaron que el consumo regular de aspirina “parece reducir el riesgo de cáncer de páncreas casi a la mitad”. Concluyen que las personas que toman aspirina para reducir el riesgo cardiovascular también parecen reducir el riesgo de cáncer de páncreas, aunque advierten que el consumo de aspirina a largo plazo “conlleva algunos riesgos de complicaciones hemorrágicas, por lo que se necesitan análisis de riesgo-beneficio para dar soporte a la toma de decisiones individual acerca del consumo de este fármaco”.

Fuente: Risch HA, Lu L, Streicher SA, et al. Aspirin use and reduced risk of pancreatic cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. [e-pub December 20, 2016.]

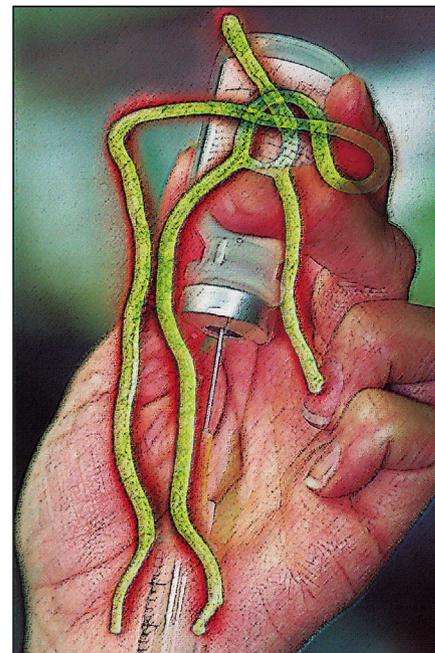
ÉBOLA

Una nueva vacuna es totalmente eficaz en ensayos clínicos

r-VSV-ZEBOV, descrita como vacuna candidata recombinante, competente para la replicación con virus de la estomatitis vesicular genéticamente modificado para la expresión en su superficie de una glicoproteína del Ebolavirus del Zaire, fue probada en un ensayo con una muestra grande de 11 841 participantes en Guinea, África Occidental, durante el año 2015. La vacuna fue administrada a 5837 personas que habían estado en contacto con pacientes con ébola o a personas que habían estado en contacto con allegados de los pacientes, incluyendo niños. Se realizó un seguimiento de los participantes durante 84 días.

Ninguno de los participantes que recibieron la vacuna desarrolló la enfermedad durante los 10 primeros días o más allá después de la vacunación, comparado con los 23 casos de ébola entre aquellos que no fueron vacunados. Alrededor de un 54% de los participantes vacunados refirieron algún efecto adverso durante las 2 semanas siguientes a la vacunación; habitualmente fueron efectos secundarios moderados, entre ellos cefalea, fatiga y dolor muscular.

La investigación en la eficacia y seguridad de la vacuna, especialmente entre las



poblaciones más vulnerables, como las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, está en curso. Antes de la aprobación formal, la vacuna estará disponible en caso de brotes de ébola, a través del procedimiento de “uso compasivo” que incluye un consentimiento informado.

Fuente: Henao-Restrepo AM, Camacho A, Longini IM, et al. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine in preventing Ebola virus disease: final results from the Guinea ring vaccination, open-label, cluster-randomised trial (Ebola Ça Suffit!). *Lancet*. [e-pub Dec. 23, 2016.] Final trial results confirm Ebola vaccine provides high protection against disease. World Health Organization. News release. December 23, 2016.

PENICILINA

Las pruebas de alergia reducen el uso de otros medicamentos opcionales

Muchos pacientes hospitalizados con antecedentes de alergia a la penicilina reciben prescripciones de otros antibióticos, a pesar de que la mayoría de los pacientes a los que se les realizan pruebas de alergia pueden tolerar la penicilina. El uso innecesario de alternativas a la penicilina contribuye a aumentar las resistencias a los antibióticos e incrementa los costes.

En una unidad de hospitalización de un hospital universitario se puso en marcha un programa de pruebas de alergia a los pacientes con antecedentes de alergia a la penicilina, con el objetivo de minimizar la imprecisión diagnóstica, reducir el uso de alternativas a la penicilina y formar a pacientes y profesionales en el valor de las pruebas de alergia. Un farmacéutico hospitalario realizó las pruebas cutáneas e identificó a los pacientes candidatos a diario a través de la historia clínica electrónica (HCE). En total, se identificaron 1203 registros de HCE relevantes y se realizaron 252 evaluaciones directas en un periodo de 18 meses. Más del 90% (228) de los pacientes fueron identificados mediante las pruebas y se hallaron cinco más mediante identificación de tolerancia previa a la penicilina. Un 38% de pacientes (N = 85) recibieron penicilina u otro antibiótico betalactámico, lo que supuso un ahorro de 504 días de estancia y 648 días de atención ambulatoria, en relación con los que usaron otros antibióticos.

Los investigadores concluyen que “la proactividad en la realización de las pruebas de alergia reduce de forma sustancial el uso de antibióticos betalactámicos alternativos a la penicilina en pacientes ingresados y ambulatorios, que no podrían ser tratados de otro modo”. ■

Fuente: Chen JR, Tarver SA, Alvarez KS, Tran T, Khan DA. Proactive approach to penicillin allergy testing in hospitalized patients. *J Allergy Clin Immunol Pract.* [e-pub Nov. 22, 2016]

Prevención de los reingresos a través de la atención transicional

Beth Fahlberg, PhD, RN, CHPN

LOS REINGRESOS FRECUENTES de pacientes con insuficiencia cardíaca y otras enfermedades crónicas y avanzadas no son aceptables en el contexto sanitario actual. No solo son un indicador de la atención subóptima, sino que también generan gastos innecesarios porque los hospitales tienen penalizaciones por reingresos “evitables”. En el caso práctico siguiente se ilustran algunas de las dificultades que contribuyen a este tipo de reingresos.

Harold, de 91 años, vive solo en la casa en la que crió a sus tres hijos. Estos y sus descendientes viven en diferentes puntos del país.

El pasado enero, Harold empezó a notar que ya no tenía energía. Pensando que la edad ya le empezaba a pasar factura, llamó a la consulta de su médico de cabecera para concertar una visita. Cuando llegó el momento de la cita, 2 semanas después, Harold se sentía mucho peor. Comunicó que tenía “mucha dificultad para respirar”, sobre todo a la hora de dormir por la noche y con cualquier actividad. Su médico diagnosticó insuficiencia cardíaca y mandó ingresarlo en el hospital.

Pasados 3 días, el médico internista dijo que ya se le podía dar el alta, pero la enfermera temía que estuviera demasiado débil para volver solo a su casa. La enfermera se puso en contacto con un asistente social, que se encargó de buscarle sitio en un centro de enfermería cualificado (CEC) para llevar a cabo su rehabilitación.

Dos días después de recibir el alta del hospital, Harold tenía mucha dificultad respiratoria y la enfermera del CEC llamó al teléfono de urgencias. En urgencias le administraron diuréticos por vía intravenosa y luego volvió al CEC. Harold se sentía un poco mejor y puso todo su empeño en la rehabilitación, aunque a

pesar de que los terapeutas le alentaban a esforzarse más, no presentó mucho progreso.

Tres semanas después del alta del hospital, Harold fue a una visita de seguimiento con su médico de cabecera, que observó que volvía a tener sobrecarga de líquidos asociada a su insuficiencia cardíaca. Volvieron a ingresarlo en el hospital para controlar la diuresis y para ajustarle la medicación.

Después de 4 días en el hospital, Harold había perdido 9,1 kg de líquidos. Ya se paseaba por los pasillos y se encontraba mucho mejor. Tenía muchas ganas de volver a rehabilitación para poder reemprender el trabajo y así volver a casa.

¿Se podían haber prevenido la visita a urgencias y los reingresos en el hospital para Harold? Con una atención transicional bien coordinada, sí.

Definición de la atención transicional

La American Nurses Association (ANA) considera que la coordinación de la atención centrada en el paciente es un estándar y una capacidad profesional fundamental para enfermeras. De acuerdo con la declaración de posicionamiento de la ANA de 2012, “la falta de una atención eficaz y la incapacidad de coordinar la atención al paciente en todos los ámbitos aumentan los costes y el riesgo de complicaciones debido a interacciones farmacológicas, errores médicos y duplicación innecesaria de pruebas y servicios. Estos problemas son especialmente probables cuando un paciente tiene una enfermedad crónica, o compleja, o difícil de diagnosticar, y cuando su atención pasa por diferentes profesionales”¹.

En los últimos años, la promulgación de la ley de Asistencia Médica Asequible y del reembolso a los organismos sanitarios