

# PUESTA AL DÍA EN **Clínica**



ENCUESTA TELEFÓNICA

## Supuestos médicos reciben asesoramiento defectuoso

Según un estudio pequeño pero novedoso promovido por el U.S. Department of Health and Human Services y por la RAND Corporation, muchas agencias de salud pública no están preparadas para responder a los actos de bioterrorismo o a los brotes naturales de enfermedades infecciosas peligrosas. Actuando como médicos, los investigadores llamaron a 19 instituciones de salud pública en 18 estados para comunicar casos ficticios de enfermedades como el botulismo, el ántrax, la viruela y la peste bubónica. Los resultados fueron desalentadores. Sólo 2 de las 19 instituciones cumplieron con los estándares gubernamentales al responder a todas las llamadas en 30 min.

Los investigadores llevaron a cabo varias llamadas a cada una de las instituciones para evaluar su actuación. Aunque el 91% de las llamadas obtuvieron respuesta dentro de los 30 min, algunas no la tuvieron hasta pasados varios días. Los retrasos eran más

probables cuando las llamadas se efectuaban hacia el final de la jornada laboral, por la tarde o durante el fin de semana. Tres instituciones no respondieron a ninguna de las 5 primeras preguntas. Algunos trabajadores de la institución parecían indiferentes ante la información que sugería bioterrorismo o brotes de enfermedades infecciosas. En un caso, a un investigador que describió los síntomas clásicos de peste bubónica se le recomendó que “volviera a la cama” porque no se habían comunicado otros casos. Nadie de ninguna de las instituciones encuestadas sugirió aislar a un paciente que presentaba los signos clásicos de viruela. Los directivos de las instituciones de salud pública acordaron previamente participar en el estudio, pero no informaron al personal. En el informe no se identificaron las instituciones.

Patrick M. Libery, director ejecutivo de la National Association of County and City Health Officials, se queja del “excesivo sesgo negativo” en el informe del estudio. Observando que el 91% de las llamadas se respondieron en 30 min, dijo: “Consideramos que se trata de un buen registro”.

No hay estándares gubernamentales que indiquen cómo las 2.800 clínicas de salud pública de la nación deben transmitir las recomendaciones médicas, pero los Centers for Disease Control and Prevention ponen a disposición de los directivos de salud pública una guía para responder a las emergencias que se puede consultar accediendo a

<http://www.bt.cdc.gov/planning/responseguide.asp>.

Un manual de operaciones, para que los empleados de salud pública puedan evaluar a las instituciones, está disponible en <http://www.rand.org/publications/TR/TR260>.

Fuente: Public health response to urgent case reports, *Health Affairs* e-letters, [Web Exclusive], DJ Dausey, et al., pp. W5-412-W5-419. 30 de agosto de 2005, <http://content.healthaffairs.org/cgi/eletters/hlthaff.w5.412v1>.

FALTA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

## ¿Qué hace que los profesionales de enfermería sigan trabajando?

El College of Nursing de la New York University recibió una beca para 5 años, de 1,96 millones de dólares, para seguir los cambios en las carreras profesionales de

los profesionales de enfermería recién graduadas. Los investigadores tienen previsto encuestar de forma periódica a 5.000 nuevos profesionales de enfermería durante los primeros 4 años de su carrera para estudiar por qué permanecen o abandonan su posición. Esperan que los resultados alivien la falta de profesionales de enfermería y ayuden a los empleadores a mejorar el entorno de trabajo y fomentar la retención de los profesionales de enfermería.

Christine Kovner, RN, PhD, FAAN e investigadora principal del estudio, quiere explorar el motivo por el que parece que los profesionales de enfermería recién graduadas abandonan su posición en el hospital con más frecuencia que las que tienen más experiencia. Espera que su estudio revele si los profesionales de enfermería simplemente abandonan un lugar de trabajo concreto o si abandonan del todo la enfermería.

La beca la otorgó la Robert Wood Johnson Foundation.

CULTURA HOSPITALARIA

### Órdenes de no reanimación: ¿antes o después?

Según un estudio reciente, ciertas características hospitalarias influyen en la utilización de la no reanimación (NR) temprana. Se definió como "orden temprana de reanimación" la suscrita dentro de las primeras 24 h del ingreso. La probabilidad de presentar una "orden temprana de NR" era significativamente menor en los grandes hospitales universitarios privados que en los hospitales pequeños no universitarios sin ánimo de lucro.

El estudio implicó a 819.686 pacientes de 50 o más años de edad ingresados en 836 hospitales de agudos en California durante el año 2000. Las órdenes tempranas de NR variaban desde el 2% en pacientes de edad comprendida entre

los 50 y los 59 años, hasta el 17% en pacientes de 80 o más años de edad.

Los investigadores examinaron los casos en estudio para ver si ciertas características hospitalarias influenciaban en el tiempo de suscripción de las órdenes de NR. Observaron que los mayores ratios de suscripción de NR temprana afectaban a pacientes de zonas rurales. La población del condado, la disponibilidad de camas hospitalarias y la densidad de población no afectaban a la prescripción de NR temprana. Los resultados permanecieron estables incluso después de contabilizar las diferencias en las características de los pacientes.

Los investigadores observaron que la utilización de la orden de NR temprana parece estar asociada a la cultura hospitalaria, a la tendencia tecnológica y a los patrones de la práctica clínica. Concluyeron que "en caso de que estos factores no coincidan con las preferencias de los pacientes, entonces se precisa mejorar el cuidado".



CONTROL DE INFECCIONES

### Los hospitales no se pueden deshacer del *S. aureus*

Según investigaciones recientes, las infecciones por *Staphylococcus aureus* matan al año aproximadamente a 12.000 pacientes ingresados y suponen una gran carga para

los hospitales estadounidenses. La investigación no diferenciaba entre las infecciones nosocomiales y aquellas que los pacientes presentaban antes de ingresar. Tampoco contabilizaba las muertes ocurridas después del alta, de manera que el resultado de mortalidad probablemente subestima el número de muertes relacionadas con el *S. aureus* en los 33 estados.

Los investigadores analizaron los datos de las altas de 994 hospitales de 28 estados durante el año 2000 y 986 hospitales de 33 estados en 2001. Los datos incluían alrededor de 14 millones de estancias hospitalarias de pacientes. Para determinar la carga de las infecciones por *S. aureus* en los hospitales, los investigadores buscaron la asociación entre las infecciones por *S. aureus* y la duración de la estancia, los costes totales y la mortalidad hospitalaria.

La infección por *S. aureus* era uno de los diagnósticos al alta en más del 1% de los pacientes. Comparado con los pacientes sin infección por *S. aureus*, los que presentaban la infección tenían una media de duración del ingreso 3 veces mayor (14,3 días frente a 4,5 días), unos costes totales 3 veces mayores (48.824 dólares frente a 14.141) y 5 veces más riesgo de mortalidad hospitalaria (11,2% frente al 2,3%).

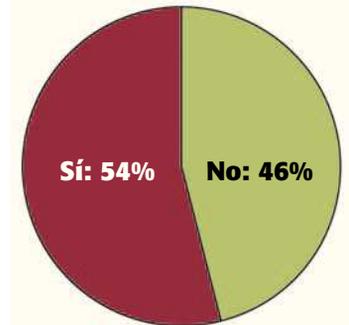
Los investigadores dicen que los esfuerzos para prevenir las infecciones por *S. aureus* podrían ser rentables en términos de bienestar de los pacientes, de ahorro de costes y de reducción del consumo de recursos.

Fuente: The burden of *Staphylococcus aureus* infections on hospitals in the United States, *Archives of Internal Medicine*, GA Noskin, et al., 8-22 de agosto de 2005.

LA ENCUESTA DE LA WEB

### ¿Se siente valorado en su lugar de trabajo?

He aquí las respuestas a la pregunta: ¿Se siente valorado en su posición actual de profesional de enfermería?



Respuestas totales: 801

TRATAMIENTO TARDÍO

### Fuera del horario habitual, el tratamiento cardíaco se retrasa

Según un estudio con una muestra de más de 68.000 pacientes, los que presentan infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST) y acuden al hospital fuera del horario habitual de visitas (entre las 17 y las 19 horas de los días entre semana o durante los fines de semana) esperan más tiempo a que se les practique una intervención coronaria percutánea (ICP) o a la administración de tratamiento fibrinolítico que los pacientes que llegan durante las horas habituales de visita. El retraso en la atención podría ser fatal.

Los pacientes IMEST que llegan al hospital fuera del horario habitual esperaron una media de 116 min para la ICP y una media de 34 min para el tratamiento fibrinolítico. Los pacientes que visitaron el hospital durante el horario regular de trabajo esperaron alrededor de 95 min para la ICP y 33 min para el tratamiento fibrinolítico.

Según las guías de la American Heart Association, el intervalo de tiempo transcurrido entre la llegada a urgencias y la realización del ICP (tiempo desde la entrada por la puerta de urgencias hasta la colocación del balón) debería ser inferior a 90 min. El intervalo de tiempo transcurrido



## DONACIÓN DE ÓRGANOS EN VIVO

### Emparejar riñones compatibles

La New York Organ Donor Network ha lanzado un programa de intercambio de donantes vivos de riñón. Siga los pasos de programas similares llevados a cabo en algunos centros de trasplante de Estados Unidos y europeos.

Denominados como intercambios de pareja, estos programas de donantes vivos implican una manera innovadora de emparejar a un receptor con un donante no emparentado pero compatible. Un programa de intercambio de donantes de riñón combina una pareja con otro par de personas que tienen el mismo problema. El donante prospectivo del segundo par es compatible con el paciente, y el receptor prospectivo del segundo par es compatible con la mujer del paciente.

Estos programas optimizan al máximo la reserva de donantes vivos disponibles.

Para consultar más información sobre el programa, visite la web en <http://www.donatelifeny.org>. Para saber más sobre programas similares, visite la web de la United Network for Organ Sharing en <http://www.transplantliving.org/livingdonation/types/pairedexchange.aspx>.

desde la llegada hasta la administración del tratamiento fibrinolítico (tiempo desde la entrada por la puerta de urgencias hasta la administración del fármaco) debería ser menor de 30 min. Menos del 26% de los pacientes tratados fuera del horario habitual cumplieron el estándar de los 90 min para ICP, frente al 47% de los que cumplieron el estándar durante el horario habitual. Los retrasos aumentaron el riesgo de muerte en alrededor del 7%.

A los pacientes que necesitaban tratamiento fibrinolítico les fue mejor –los que llegaron a urgencias fuera del horario habitual esperaron sólo 1 min más al tratamiento fibrinolítico que los pacientes visitados durante el horario habitual–. Probablemente esto se debe a que los fármacos fibrinolíticos son fáciles de administrar en el servicio de urgencias, en el que siempre hay personal. En contraste, la mayoría de hospitales no tienen personal presente las 24 h del día en los laboratorios de ICP.

Los hospitales que presentaban los tiempos de espera más cortos en la atención fuera del horario habitual requerían que el personal de ICP viviera cerca del hospital y respondiese con rapidez a los buscas. Además, al final del horario regular de trabajo, el personal prepara el laboratorio para los próximos pacientes. Un hospital permitía a los médicos de urgencias llamar a los equipos de ICP sin necesidad de aprobación previa de un cardiólogo, que ahorra alrededor de 30 min.

Dos tercios de los pacientes con ataque al corazón llegan a urgencias fuera del horario habitual de visitas. Los investigadores concluyen que la presencia

continuada de personal en los laboratorios de ICP, aunque cara, podría salvar vidas.

Fuente: Relationship between time of day, day of week, timeliness of reperfusion, and in-hospital mortality for patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction. *JAMA*, DJ Magid, et al., 17 de agosto del 2005.

## ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR GARRAPATAS

### La fiebre papulosa viene de los perros

En 2004 se alcanzó el máximo de casos comunicados de fiebre papulosa de las Montañas Rocosas. En la actualidad los científicos ya han realizado el seguimiento de algunos casos identificados en el este de Arizona, atribuidos a un nuevo vector descubierto recientemente: la garrapata marrón, común en los perros domésticos.

Previamente, se asociaron de forma primaria a la transmisión de la enfermedad, causada por la bacteria *Rickettsia rickettsii*, 2 tipos menos comunes de garrapatas. Aunque hasta el momento sólo se han encontrado garrapatas de perro infectadas en Arizona, este tipo de garrapatas es muy común.

A pesar de su nombre, la fiebre papulosa de las Montañas Rocosas se encuentra en todos los Estados Unidos –más de la mitad de los casos ocurren en el este–. Aunque si se diagnostica de forma precoz se puede tratar fácilmente con doxiciclina, es extremadamente peligrosa si no se trata.

Se precisa que todos los médicos pregunten a sus pacientes con signos y

síntomas sospechosos sobre viajes recientes y picaduras de garrapata. Los signos y síntomas iniciales incluyen fiebre, náuseas, vómitos, dolor muscular, pérdida de apetito y cefalea intensa. Los signos tardíos incluyen exantema con puntos rojos (petequias), dolor abdominal y articular, y diarrea.

Fuente: Rocky Mountain Spotted Fever – Changing ecology and a persisting virulence. *The New England Journal of Medicine*, JS Dumpler, DH Walter, 11 de agosto de 2005.

## Lo último...

### La JCAHO quiere preparar a las comunidades pequeñas frente a los desastres naturales

Tras el paso del huracán Katrina, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) publicó la guía *Standing Together: An Emergency Planning Guide for America's Communities* (Permanecer juntos: Una guía para la planificación de emergencia para las comunidades de América). Diseñada para los pueblos pequeños y comunidades rurales, la guía proporciona un anteproyecto para responder a las emergencias de catástrofes de salud pública como huracanes, inundaciones, ataques terroristas, vertidos tóxicos y brotes de enfermedades.

Dennis S. O'Leary, MD, presidente de la JCAHO, dice que "las comunidades necesitan entender la realidad de que ante un desastre mayor pueden encontrarse solas durante varios días".

La guía completa detalla 13 pasos esenciales que los dirigentes de los gobiernos y de la salud pública locales pueden utilizar para la planificación de desastres. También incluye recomendaciones reales basadas en las experiencias de otras comunidades del país. **11**