

# AEqualis

Actualización, análisis y comunicación en salud

N 10

junio - julio - agosto 2011 | año 5



Una publicación de



SWISS MEDICAL  
MEDICINA PRIVADA





# Editorial \*

*“No podemos resolver los problemas de hoy pensando de la forma que lo hacíamos cuando los creamos.”*

*Albert Einstein*

## **Estimado lector**

En este número de *Æqualis* presentamos diferentes perspectivas sobre un tema que nos preocupa especialmente, como es la seguridad del paciente.

Mi sensación es que vivimos en una realidad en que la que el concepto de seguridad no tiene la misma prioridad que en otras sociedades. Tengo la impresión de que hablamos con cierta ligereza sobre errores que conducen a fatalidades, como si lo hiciéramos sobre “víctimas de guerra” o “daño colateral”. Otras sociedades toman mucho más en serio el problema. Quizás por tener resueltos problemas estructurales básicos de la comunidad es que pueden poner el foco en esto. Quizás sea nuestra arrogancia la que nos impide entender nuestra fragilidad. Quizás nuestro individualismo el que nos hace ignorar el dolor ajeno.

Cada tanto un evento indeseado toma estado público y alguna medida reactiva y cortoplacista se pone en práctica. Pronto lo olvidamos, hasta el próximo evento centinela. Tendemos a confundir consecuencia con causa, o síntoma con enfermedad, y nos disponemos a matar al mensajero sin entender el mensaje. No creo que sea un tema de desarrollo económico. Es cierto que hay medidas preventivas que implican redundancia, y eso significa mayores costos, pero también existen muchas medidas simples de implementar que no seguimos. Me pregunto si esto se debe a que somos simplemente indisciplinados, nos sentimos indestructibles o creemos que dichas medidas son demasiado naïve para nosotros. También nos pasa que tenemos problemas mundanos pero en nuestra agenda priorizan los problemas astrales, con lo que siempre nos queda chico el horizonte.

Creo que necesitamos un debate educado y profundo en el seno de la sociedad para ponernos de acuerdo sobre qué sociedad queremos construir. Debemos empezar bien desde el principio, construyendo fuertes cimientos de valores antes que sofisticados penthouses.

Los bloques fundacionales de esos cimientos deberían incluir valores como respeto, seguridad, humildad, colaboración y solidaridad.

Cordialmente,

***Dr. Pablo Bonelli***

*Director Médico*

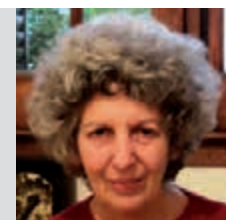
*Swiss Medical Medicina Privada*

# SUMARIO

- 3 Editorial
  - 5 Novedades en Medicina
  - 6 Comentario de artículos
  - 12 Caso clínico
  - 13 Evaluación de tecnologías sanitarias
  - 14 Eventos
  - 15 Alerta farmacológica
  - 16 Noticias institucionales
  - 18 Programas médicos
  - 20 Medicina legal
  - 22 Sección cultural
- Presidente: Dr. Claudio Belocoppitt
  - Gerente General: Dr. Miguel Blanco
  - Director Médico: Dr. Pablo Bonelli
  - Editora: Lic. Alma Vanina Estrella
  - Consejo editorial: Dra. Maria Virginia Meza, Dra. Mercedes Manzoni, Dra. Edna Bradichansky, Dr. Ricardo Watman.
  - Colaboran en este número: Lic. Romina Alculumbre, Farm. Laura Cittadino, Dr. Eduardo Epstein, Lic. Romina Galdós, Dra. Melina Huerin, Lic. Liliana Kitay, Dr. Sebastián Rossi Lopez, Dr. Hober Massieri, Lic. Yesica Mastrodonato, Dr. Santiago Moreno, Dra. Adriana Roussos, Farm. Mariela Suarez, Lic. Luciana Tromba, Dr. Ricardo Watman, Dr. Claudio Zutelman.
  - La imagen de tapa de este Nro. se titula "Calypso" y corresponde a Dina Cusnir.
  - Versión descargable on-line en: [www.prestadores.swissmedical.com.ar](http://www.prestadores.swissmedical.com.ar)
  - Correo de lectores: [aequalis@swissmedical.com.ar](mailto:aequalis@swissmedical.com.ar)
  - La correspondencia puede enviarse a 25 de Mayo 264, 4to. Piso (1002) C.A.B.A.

Æqualis es una publicación trimestral de SMMP para su red de prestadores y colaboradores. Derechos reservados. La difusión y reproducción del presente material escrito o sus imágenes no podrán realizarse sin la autorización correspondiente. Las notas firmadas representan la opinión de los autores y son de su responsabilidad. Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que marca la ley. Impresa en junio de 2011 en los talleres gráficos de Master Printers S.A. Caboto 1129, (1157), Capital Federal. Tirada de esta edición: 2.000 ejemplares.

## Artista de tapa \*



### *Dina Cusnir*

Nació en San Juan en 1944 y reside en Buenos Aires desde 1959. Es licenciada en Ciencias de la Educación por la Universidad de Buenos Aires. Concurrió a diversos talleres de escultura, dibujo y pintura. La imagen de tapa de este número se titula "Calypso" (collage sobre papel, 31,5 cm x 25 cm) y corresponde a 2006.

Se ha dedicado a la educación y terapia por el arte, ejerciendo esta actividad especialmente con niños y realizando simultáneamente su trabajo plástico.

Desde 1994, ha participado en exposiciones colectivas, la mayoría de ellas en Buenos Aires, así como también en Uruguay, Islas Baleares y Palma de Mallorca. Por mencionar algunas: "Salón del Pequeño Formato" en la Sociedad Argentina de Artistas Plásticos (1996); "Objetos de Artistas" en Centro Cultural Recoleta (1999); "Juegos de Artistas" en Museo de los Niños, Abasto (2004-2005); "Los papiros arden y las letras florecen" en Espacio de Arte AMIA (2007), Bienal XI de Arte Sacro de la Universidad Católica (2008).

Entre sus exposiciones individuales en Buenos Aires, se destacan "Serie del Villicum" en Asociación Cultural Pestalozzi (1997); "Sueños y ensueños" en Casal de Catalunya y "Pinturas y Collages" en Centro Cultural Recoleta (2009).

Sus obras forman parte de diversas colecciones privadas.

Su producción se compone de collage y pinturas. La técnica que utiliza combina acrílico con papeles fabricados y teñidos por ella misma. Ocasionalmente incorpora materiales no convencionales, tales como arena o hilos con los que puede coser partes de sus collage. Por medio de estos recursos, explora texturas y contrastes.

Para ver más: <http://dinacusnir.blogspot.com/>

## Cirugía laparoscópica de avanzada: sistema 3DHD

**Dr. Claudio Zutelman**  
Médico cirujano  
Coordinador de Cirugía  
Sanatorio de los Arcos

El pasado 11/04/2011 tuvo lugar en el Sanatorio de Los Arcos (DLA) la primera colecistectomía 3D full HD en Buenos Aires y la segunda en Sudamérica.

Hasta la aparición del sistema 3D la imagen de la que disponíamos para operar por vía laparoscópica era bidimensional (ancho y alto). Esta nueva tecnología permite restaurar la visión natural, es decir, percibir la profundidad, lo cual al brindar una orientación espacial precisa, impacta directamente sobre la coordinación mano-ojo, contribuyendo a una mayor precisión quirúrgica. El cirujano se siente más seguro y dicha seguridad se traslada al paciente. A su vez, los tiempos quirúrgicos se reducen hasta en un 35% aproximadamente y esto se traduce en un menor tiempo de anestesia, con la consecuente mejora de los resultados clínicos.

Hasta la actualidad, la imagen tridimensional se podía obtener por medio del robot (Da Vinci) o con el uso de cascos informatizados cuyos visores transmiten la imagen. Este último método requiere que todos los integrantes del equipo utilicen un casco para obtener la visión.

El robot además de proporcionar la visión 3D, permite una mayor precisión, sólo apreciable en escasos procedimientos, pero es 15 veces más caro.

La empresa Viking ubicada en Boston, creó este sistema con una cámara y ópticas que sumadas a un monitor HD, permite la visión estereoscópica en la cirugía laparoscópica. Es importante destacar que este equipo ya cuenta con la aprobación de la FDA y que fue puesto a prueba en DLA gracias a la gentileza del importador. Es esperable que en el futuro podamos contar con su adquisición.

La tecnología que utilizamos nos permite ver la tercera dimensión con lentes similares a los que se utilizan en los cines. Y además, esta posibilidad se extiende a todo el equipo quirúrgico, vale decir, cualquier persona que entra a un quirófano y utiliza los mismos puede ver en 3D. La laparoscopia 3D es aplicable en urología, ginecología y cirugía general, por ejemplo en cirugía de vesícula, colon, hernias hiales, glándula suprarrenal,

bazo, páncreas y obesidad mórbida (by pass gástrico). Se trata de una tecnología muy moderna y con el transcurso del tiempo conoceremos mejor sus beneficios, ya que es muy probable que los tiempos de los procedimientos se reduzcan aún más, sobre todo en las cirugías más complejas.

### Comentario

Creo que este desarrollo resultará muy útil en el futuro para los cirujanos que comienzan a operar laparoscopías, ya que verán reducida su curva de aprendizaje al poder contar con la profundidad en la imagen. Y para los pacientes, ya que la solvencia que adquirirán los cirujanos con este método, sin dudas redundará en su beneficio.

Para leer una introducción a la mecánica de visión 2D y 3D, se puede visitar: <http://www.vikingsystems.com/>

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

*The Effect of Depth Perception on Visual-Motor Compensation in Minimal Invasive Surgery.* Nicolaou M, Atallah L, James A, Leong J, Darzi A, Yang GZ. MIAR 2006, LNCS 4091, PPg. 156-163, 2006.

*Advantages of 3D visual effects in laparoscopic surgery.* van Velthoven R, Badani KK, Bhandari A, Tewari A, Menon M. Available at [http://www.websurg.com/editorial/3D\\_visual\\_effects\\_in\\_laparoscopic\\_surgery.php](http://www.websurg.com/editorial/3D_visual_effects_in_laparoscopic_surgery.php). J Endourol. 2005 Dec; 19(10):1212-5. Accessed August 2006.





# Comentario de artículos

## Impacto de la pérdida de peso, el ejercicio o ambos en la capacidad física de adultos mayores obesos

*Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults, N Engl J Med 2011;364:1218-29.*

**Dr. Eduardo Epstein**

Médico

Director Estratégico

**Dra. Melina Huerin**

Médica cardióloga

Jefa de Cardiología Adultos

Instituto Cardiovascular Lezica  
<http://www.lezicacardio.com/>

La obesidad es un problema de salud creciente en los adultos mayores. Su prevalencia va en aumento: se estima que en EEUU más del 20% de los mayores de 65 años son obesos. En esta población, la obesidad está asociada a numerosas co-morbilidades, tales como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión arterial y cáncer, así como a un aumento de la fragilidad física.

La dieta y el ejercicio son indicaciones habituales para el tratamiento de la obesidad, pero en los adultos mayores los datos son contradictorios y las guías son aún poco claras. En parte porque existen algunas evidencias de que el aumento de peso reduce ciertos factores de riesgo en esa franja etaria y porque su reducción aumenta el riesgo de eventos asociados. Asimismo, se ha reportado descenso de la masa magra y de la densidad ósea en estos pacientes sujetos a dieta, lo cual resulta indeseable desde el punto de vista de la capacidad funcional y riesgo de fracturas.

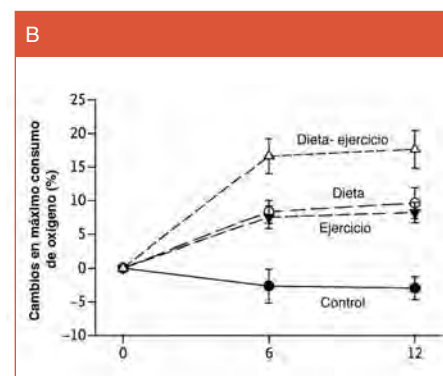
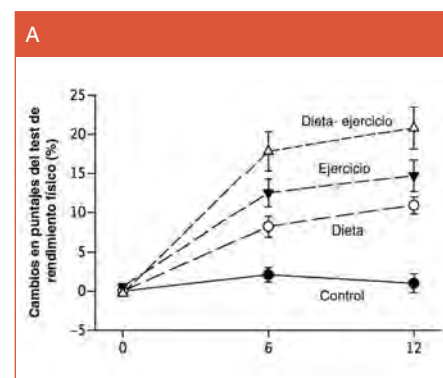
### Diseño del estudio

Se evaluó el impacto de la pérdida de peso y del ejercicio en 107 adultos obesos  $\geq 65$  años en un formato randomizado y controlado. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a 4 grupos diferentes en un diseño 2 x 2: un **grupo dieta** (programa de reducción de 500 – 750 calorías respecto de su dieta previa), un **grupo ejercicio** (programa de 3 sesiones semanales de 90 minutos de ejercicios aeróbicos, de resistencia y de flexibilidad y balance), un **grupo dieta + ejercicio** (ambos programas) y un **grupo control**. El punto final primario fue el cambio en la evaluación de fragilidad física, establecida en base a un **test de rendimiento físico** (TRF) que evalúa funcionalmente a los individuos a través de 7 actividades estandarizadas de la vida cotidiana (caminar aprox. 15 metros, subir un piso de escalera, sacarse y

ponerse el abrigo, levantarse de la silla, etc.). Los puntos finales secundarios incluyeron **máximo consumo de oxígeno** (MaxVO<sub>2</sub>), medidas de composición corporal, densidad mineral ósea y calidad de vida, entre otros. La intervención tuvo una duración de 1 año.

### Principales resultados

Un total de 93 participantes (87%) completó el estudio. El TRF (punto final primario) mejoró más en el grupo dieta-ejercicio que en el grupo dieta o en el grupo de ejercicio (aumento del valor inicial de 21% vs. 12% y 15%, respectivamente; el grupo control aumentó sólo 1%,  $p < 0,001$ ). Similares resultados ocurrieron con el MaxVO<sub>2</sub>, que mejoró más en el grupo dieta-ejercicio que en el grupo de la dieta o el grupo de ejercicio (aumento del 17% vs 10% y 8%, respectivamente,  $p < 0,001$ ).



El peso corporal disminuyó en un 10% en el grupo de dieta y un 9% en el grupo dieta-ejercicio, pero no disminuyó en el grupo de ejercicio solo ni en el grupo de control ( $P < 0,001$ ). La masa corporal magra y la densidad mineral ósea disminuyeron en los grupos con dieta, pero mucho menos en el que tiene asociado el ejercicio ( $p < 0,01$ ). El grupo de ejercicio solo, es el único que incrementó estos dos parámetros. Variables como la fuerza, el equilibrio y la marcha mejoraron en el grupo dieta (ejercicio ( $p < 0.05$ ) vs. el resto de los grupos).

Los eventos adversos incluyeron un pequeño número de lesiones musculoesqueléticas asociadas con el ejercicio.

### Conclusión

Estos hallazgos sugieren que una combinación de dieta y ejercicio en adultos mayores obesos, proporciona un beneficio adicional en términos de rendimiento físico y capacidad funcional, comparada con cualquiera de las intervenciones en forma aislada. Como eventos adversos ocurrieron algunas lesiones osteoarticulares relacionadas con el ejercicio.

### Comentario

La obesidad, además de asociarse a síndrome metabólico, diabetes, hipertensión arterial y cáncer, en los adultos mayores se vincula a una mayor fragilidad, que se manifiesta a través de la pérdida de la independencia, aumento de admisiones a geriátricos y mayor morbimortalidad.

Sin embargo, la pérdida de peso en este tipo de pacientes -así como en cardiopatas- resulta controversial: algunas publicaciones reportaron un incremento del riesgo de eventos

en ellos. En estos trabajos, no debe pasar desapercibido el posible efecto de confusión que puede generar el descenso de peso en adultos mayores con patologías graves o con estadios avanzados de enfermedad, presentes en las poblaciones donde se observó dicho incremento.

Existen muy pocos estudios controlados y randomizados que hayan explorado el efecto de la pérdida de peso en el rendimiento físico, todos ellos muy cortos o muy limitados en cuanto a las características de los pacientes. Por otro lado, sabemos que la tolerancia al ejercicio es una de las variables clínicas asociadas a sobrevida, de manera que individuos con mejor capacidad, tienen mayor sobrevida. La capacidad de ejercicio se reduce con la edad y la obesidad acentúa esta reducción.

Este estudio es particularmente interesante ya que demuestra en un diseño sencillo 2 x 2, la seguridad y superioridad de la doble intervención dieta-ejercicio sobre el grupo control y sobre los grupos que recibieron ejercicio o dieta en forma aislada. Esta superioridad se pudo demostrar en términos de rendimiento físico, capacidad funcional (TRF), MaxVO<sub>2</sub>, y calidad de vida. Por otra parte, si bien el único grupo que tuvo incremento en los valores de masa magra y de densidad ósea fue el de ejercicio, la asociación de ejercicio a la dieta, redujo la pérdida de estas dos variables respecto de los sujetos que hicieron solamente dieta. La prescripción de dieta deberá adicionalmente considerar el control de la densidad ósea y eventuales intervenciones para evitar su descenso. La práctica del ejercicio deberá realizarse en un entorno seguro que evite la ocurrencia de lesiones.

Una de las limitaciones del estudio es el escaso número de pacientes, que si bien fue suficiente para encontrar

diferencias entre grupos, resulta pequeño para aseverar la indicación de estas estrategias a grandes poblaciones. Además, la población incluida fue compuesta principalmente por mujeres de 70 años, con Índice de Masa Corporal cercano a 35. Tratándose de un grupo tan homogéneo y seleccionado, resulta difícil que los resultados sean extrapolables a toda la población en su conjunto. Por otra parte, los puntos finales son subrogantes de eventos clínicos mayores; es decir, el estudio no fue diseñado para probar el impacto de la pérdida de peso y/o el ejercicio en morbimortalidad de los individuos, que es en realidad lo que va a permitir contestar definitivamente la pregunta de si la dieta y/o el ejercicio tiene un impacto favorable en la salud de este grupo etario. Aun así, los resultados de este trabajo en cuanto a la mejoría que la dieta y el ejercicio muestran en indicadores de capacidad funcional y calidad de vida, nos permiten considerar estas intervenciones como positivas. Futuros estudios deberán incluir poblaciones más amplias, tener seguimientos más largos y buscar puntos finales más duros (eventos y mortalidad) para confirmar el alcance de estos resultados.

## Nacional Health Service (NHS) extiende su lista de “Never Events”

*NHS extends never events list and introduces cost penalties, BMJ 2011; 342:d1263.*

### **Dr. Ricardo Watman**

*Médico*

*Jefe de Departamento de Políticas*

*Médicas*

*Dirección Médica*

*Swiss Medical Medicina Privada*

Tanto en Europa como en los Estados Unidos, existe una preocupación creciente respecto de la seguridad de los pacientes y del gasto innecesario generado por la falta de medidas preventivas, especialmente durante la internación.

Inicialmente los Institutos de Salud de estos países crearon comisiones de calidad de cuidados de pacientes con el fin de aumentar el control de la seguridad mediante la capacitación del personal de salud y la auditoría de mejoras. Viendo que estas medidas resultaron muy beneficiosas pero insuficientes, en Estados Unidos y en Gran Bretaña se diagramó una lista de complicaciones evitables a los que designó como “Never Events” (NE). La intención fue comunicar a los equipos de salud que su ocurrencia les generaría un perjuicio económico.

Son NE aquellos eventos prevenibles que nunca deberían ocurrir en el cuidado de los pacientes.

Recientemente, el NHS extendió la lista de NE e introdujo medidas económicas que penalizan a los proveedores de servicio cuando estos ocurren. El nuevo listado contiene 25 eventos, casi tres veces más que el original. Estos son definidos como muy graves y fácilmente prevenibles si los efectores de salud implementaran las medidas preventivas correspondientes.

Los nuevos eventos incluidos son aquellos que produjeron daños serios o la muerte a pacientes, y que podrían haberse prevenido mediante la utilización de procesos estándar de identificación -por ej. pulsera identificatoria-, evitando transfusiones incompatibles o quemaduras graves. Asimismo, algunos de ellos se refieren a la incorrecta utilización de medicamentos.

### **Algunas repercusiones**

Un punto crucial es cómo estos eventos serían denunciados e investigados y cómo se aprende de ellos para evitar repetirlos.

La noticia reproduce comentarios de un piloto de avión, del jefe de una ONG ocupada en emprender acciones contra los accidentes médicos y del propio director médico del NHS, Bruce Keogh. Estos focalizaron en estimular a que además de la penalización económica, se haga saber a los médicos que los NE serán investigados y que los informes deberán llegar a los involucrados para que puedan aprender de lo sucedido. Asimismo, se sugirió que las reparticiones gubernamentales tomen un rol proactivo en el control del cumplimiento del listado y en el emprendimiento de acciones correctivas. Desde el Departamento de Salud de NHS se destacó la importancia de llegar a un acuerdo sobre el proceso de recuperación de costos, sugiriéndose un tope equivalente a la hospitalización de un mes.

Por último, se detalla que durante 2009-2010, fueron registrados un total de 111 NE, siendo estos en su mayoría causados por cirugía del sitio equivocado y error en la colocación de la sonda nasogástrica.

El National Health Service (NHS) es un organismo de salud pública del Reino Unido, encargado de la medicina preventiva y curativa de la mayoría de la población de ese país. Su financiamiento proviene del pago de impuestos y del presupuesto nacional.

Funciona desde 1948 bajo la premisa de que la atención médica se hace sobre la necesidad y no sobre la capacidad de pago.



# Comentario de artículos

## Comentario

Lo antedicho informa acerca del incremento de eventos incluidos en la lista en Gran Bretaña. Si bien en nuestro país no se ha establecido una lista similar, distintos foros y redes de profesionales trabajan sobre los aspectos de Seguridad del Paciente y Error en Medicina, sin olvidar el trabajo pionero emprendido por el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina. En la práctica, un ejemplo es la incorporación por parte de muchas instituciones de enfermeras en el control de infecciones hospitalarias. También es notorio que los profesionales de la salud tenemos un

mayor interés por estos temas. Sin embargo, aún no contamos con un registro unificado que permita encontrar y revisar las fallas del sistema de atención.

Creemos que hay un importante campo de trabajo a este respecto. Pacientes operados de sitio incorrecto, administración de medicamentos por vía incorrecta, objetos olvidados involuntariamente en sitios de cirugía, falta de profilaxis para trombosis venosa profunda en cirugías programadas, entre otros, nos recuerdan la necesidad de reflexionar respecto de nuestro diario actuar en los equipos de salud. Estas complicaciones generan riesgos de vida o secuelas a los pacientes,

a la vez que generan al sistema de salud un gasto que podría ser evitado. Las penalidades económicas que se aplican en otros países impresionan como una medida extrema cuando no se logra una corrección del actuar y la concientización de los profesionales.

De ello se desprende que si se llevaran a cabo las medidas preventivas necesarias ganaría el sistema de salud en su conjunto, en primer lugar porque una persona no padeció un problema potencialmente evitable, pero también porque un menor gasto en salud redundará, sin dudas, en beneficio de todos los actores del sistema.

### Eventos en la lista anterior

- Cirugía de sitio equivocado.
- Vía incorrecta de administración de la quimioterapia.
- Suicidio de pacientes psiquiátricos internados en Hospitales Generales.
- Cuerpo extraño retenido post operatorio.
- Fuga de un preso transferido.

### Eventos en la lista anterior ahora modificados

- Soluciones de Potasio mal administradas.
- Sondas nasogástricas o nasoenterales mal colocadas.

### Nuevos eventos añadidos a la lista

- Mal implante o prótesis.
- Medicamentos inyectables de alto riesgo mal preparados.
- Administración incorrecta en tratamiento por vía oral o enteral.
- Administración intravenosa de la medicación epidural.
- Mala administración de la insulina.
- Sobredosis de midazolam en la sedación consciente.
- Sobredosis de opiáceos en pacientes vírgenes de opioides.
- Administración de metotrexato oral diario inadecuada.
- Caídas desde ventanas desprotegidas.
- Caídas por mal ajuste de barandas.
- Transfusión de componentes sanguíneos ABO incompatibles.
- Trasplante de órganos ABO o HLA incompatibles.
- Mala administración de gas.
- Falta de monitoreo y respuesta a la saturación de oxígeno.
- Embolia gaseosa.
- Errores en la identificación de los pacientes.
- Quemaduras severas de los pacientes.
- Muerte de la madre por hemorragia post parto después de cesárea electiva.

• Sitio web de Seguridad del Paciente y Error en Medicina, del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina:  
<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/>

• Sitio web del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS):  
<http://www.iecs.org.ar>



## Actualización sobre tromboembolismo pulmonar agudo

*Current Concepts: Acute Pulmonary Embolism, N Engl J Med 2010;363:266-74.*

### **Dr. Santiago Moreno**

*Médico cardiólogo*

*Coordinador de Programas Médicos*

*Dirección Médica*

*Swiss Medical Medicina Privada*

La presentación clínica del tromboembolismo de pulmón (TEP) oscila desde el shock o hipotensión sostenida hasta una leve disnea o incluso ser asintomática. Por lo tanto, dependiendo de esta, su mortalidad puede estar cerca del 60% o ser menor al 1%. Este artículo de revisión se focaliza en una óptima estrategia de diagnóstico y tratamiento, en base a la presentación clínica y al riesgo estimado de eventos adversos.

### **Diagnóstico**

La embolia de pulmón debe sospecharse en todo paciente con disnea de reciente comienzo o progresiva, dolor de pecho, o hipotensión sostenida sin causa conocida. El proceso diagnóstico deberá basarse en la presentación clínica, es decir, si el paciente se encuentra estable o no hemodinámicamente.

En pacientes estables se deberá seguir un proceso diagnóstico secuencial que comience con el riesgo clínico de desarrollar TEP, dímero-D, y si es necesario, tomografía computada helicoidal o centellograma V/Q.

La utilidad del dímero-D (por método de ELISA) en pacientes con alta probabilidad clínica de TEP, es limitada. Su especificidad disminuye en pacientes añosos, con cáncer, internados y embarazadas. Se recomienda no efectuarlo en pacientes ya internados con cuadro clínico sospechoso de embolia de pulmón.

Categorizar a los pacientes según su riesgo clínico y presentación pretest ayuda a desarrollar una secuencia de diagnóstico racional.

Ante pacientes con probabilidad clínica de TEP baja o intermedia con un valor de dímero-D negativo se evitaría continuar con otros estudios diagnósticos.

En pacientes estables con alta probabilidad clínica de TEP y dímero-D positivo deberá realizarse una TAC helicoidal. Esta tecnología también presenta un alto valor predictivo negativo (VPN), por lo que un resultado negativo interrumpiría el proceso diagnóstico.

La resonancia magnética nuclear no demostró suficiente sensibilidad y presenta un alto índice de imágenes técnicamente no adecuadas.

En el caso de no disponer de una TAC helicoidal, o en presencia de insuficiencia renal o alergia al contraste, el centellograma V/Q es una buena alternativa. Este método presenta un VPN del 97 %.

En pacientes estables y con alta sospecha de TEP, el eco doppler color venoso de miembros inferiores evita en un 10% el uso de otro método diagnóstico. Este estudio debe preceder a la TAC helicoidal o centellograma V/Q en embarazadas o pacientes con contraindicaciones para estos métodos.

En pacientes inestables hemodinámicamente la TAC helicoidal presenta una sensibilidad del 97%. Si no se dispone de TAC helicoidal o el paciente se encontrara en estado crítico, deberá realizarse ecocardiograma doppler para confirmar sobrecarga del ventrículo derecho.

### **Tratamiento**

En pacientes estables hemodinámicamente, el tratamiento inicial es una rápida anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular, fondaparinux o heparina no fraccionada, seguido de terapia con antagonistas de la vitamina K durante tres meses -aunque en pacientes con alto riesgo de reincidencia el mismo debe extenderse-. Asimismo, se recomienda iniciar con los antagonistas de la vitamina K el día 1 de tratamiento.

En pacientes con alto riesgo de TEP, debe iniciarse la anticoagulación, mientras se continúa con la realización de los estudios diagnósticos para confirmar la patología. Siempre es preferible el uso de heparinas de bajo peso molecular o fondaparinux por su facilidad de aplicación, pero en pacientes con clearance de creatinina menor a 30 ml/min se recomienda

# Comentario de artículos

heparina no fraccionada. En aquellos casos con contraindicación para la anticoagulación, se indicará el filtro en vena cava inferior.

La estrategia es más agresiva -ya sea farmacológica o mecánica- en pacientes inestables hemodinámicamente. Para este grupo, la mortalidad del TEP sin tratamiento ronda el 60% y es aun mayor si hay presencia de trombo en ventrículo derecho. Con tratamiento, el riesgo desciende hasta el 30%.

Un metanálisis publicado en 2004 <sup>(1)</sup> evidenció que la trombólisis intravenosa disminuye la mortalidad en pacientes con TEP hemodinámicamente inestables. Aunque no existen datos concluyentes comparando entre diferentes trombolíticos, se recomienda la infusión rápida (2 hs.) vs. la corta, ya que logra una rápida trombólisis y una menor probabilidad de sangrado.

La heparina no fraccionada es la única recomendada para utilizar en conjunto con los trombolíticos, y debe iniciarse una vez tomada la decisión de esta estrategia.

La trombectomía percutánea y la embolectomía quirúrgica deben reservarse para pacientes de alto riesgo, con contraindicación absoluta para administrar trombolíticos, o en aquellos pacientes que el trombolítico no haya mejorado el estado hemodinámico.

El filtro en vena cava inferior debe indicarse solo en aquellos pacientes que presentan contraindicación de anticoagulación.

## Tratamiento a largo plazo

El riesgo de presentar nuevo TEP es menor del 1% mientras el paciente se encuentra anticoagulado, pero asciende del 2 al 10 % por año una vez Zdiscontinuado el tratamiento. Los factores de riesgo de recurrencia son: sexo masculino, edad avanzada y TEP sin causa aparente (sin factor de riesgo para TEP).

La continuidad del tratamiento anticoagulante deberá considerarse según el riesgo de recurrencia, riesgo de sangrado y preferencia del paciente. El tiempo recomendado del tratamiento anticoagulante para TEP con factor de riesgo temporario y reversible es de 3 meses, mientras que en pacientes con TEP sin causa aparente, recurrente o cáncer, habrá que considerar continuar indefinidamente valorando siempre el riesgo-beneficio. Asimismo, en pacientes con cáncer, considerar continuar el tratamiento con heparinas de bajo peso molecular.

El tratamiento convencional con antagonistas de la vitamina K debe ser con RIN (International Normalized Ratio) de entre 2-3.

Por último, se destaca la importancia de monitorear a futuro la posibilidad de que el paciente desarrolle hipertensión pulmonar crónica tromboembólica.

## Comentario

El TEP es una patología con un amplio espectro clínico y pronóstico por lo que es importante su prevención, sospecha y un diagnóstico rápido.

En relación al proceso diagnóstico, es importante categorizar a los pacientes según la presentación clínica y el riesgo de desarrollar TEP, ya que permite desarrollar un plan racional de estudios.

Debe considerarse siempre qué tomógrafo tenemos en la institución que trabajamos ya que los estudios informan de la utilidad de la TAC helicoidal. Si no se dispone de esta tecnología, debe considerarse la utilización del centellograma V/Q. Asimismo, debe destacarse la utilidad en la guardia médica del ecocardiograma transtorácico y transesofágico en pacientes inestables hemodinámicamente. Recordar que nunca debe demorarse el inicio del tratamiento por no disponer de métodos diagnósticos en pacientes con alta sospecha de TEP.

Una vez resuelto el cuadro agudo, debe evaluarse el tiempo de tratamiento anticoagulante.

Finalmente, en pacientes que hayan padecido TEP agudo, se recomienda monitorear durante el seguimiento posterior, la posibilidad de desarrollo de hipertensión pulmonar crónica tromboembólica.

## REFERENCIA

<sup>(1)</sup> "Low-molecular-weight heparin compared with intravenous unfractionated heparin for treatment of pulmonary embolism: a meta-analysis of randomized, controlled trials" *Ann Intern Med* 2004; 140:175-83

### Tratamiento del Tromboembolismo Pulmonar Agudo

Tratamiento inicial	Tratamiento a largo plazo	Tratamiento extendido
Heparina no fraccionada Heparina de bajo peso molecular Fondaparinux Trombólisis Embolectomía percutánea Embolectomía quirúrgica Antagonistas de vitamina K	Antagonistas de vitamina K (RIN 2.0-3.0)	Antagonistas de vitamina K (RIN 2.0-3.0 o 1.5 – 1.9)
≥5 días	≥3 días	indefinido

# Caso clínico

## Feocromocitoma

**Dr. Sebastián Rossi Lopez**

Médico

Servicio de Internación

Sanatorio de los Arcos

### Caso Clínico

Mujer de 45 años que presenta antecedentes de hipotiroidismo, diabetes tipo 2 tratada con hipoglucemiantes orales, sobrepeso e hipertensión arterial (HTA) medicada con tres drogas. Tres semanas antes de su internación consultó por precordialgia atípica.

Consulta a emergencias por cefalea, HTA (180/100) y náuseas. La TAC de SNC y el ecocardiograma no muestran datos de relevancia. El laboratorio objetiva TGO: 56, TGP: 209, siendo el resto de los datos normales. Evoluciona con hipotensión que requiere de drogas vasoactivas, leucocitosis y fiebre. Se realiza diagnóstico presuntivo de sepsis severa de la comunidad.

Se solicita TAC abdominal a fin de descartar foco infeccioso intraabdominal, objetivándose masa suprarrenal derecha e imagen compatible con infarto esplénico. Presenta nuevamente HTA severa sostenida que requiere de tratamiento con nitroprusiato de sodio endovenoso, por lo que se sospecha que la masa suprarrenal corresponde a un feocromocitoma. Inicia tratamiento combinado alfa y betabloqueante con Doxazosina y Atenolol. Se confirma el diagnóstico bioquímico de feocromocitoma (ver tabla). La RMN de tórax y abdomen no evidencia presencia de paragangliomas.

Se realizó adrenalectomía derecha y colecistectomía por vía laparoscópica, con marcadas y severas oscilaciones de la presión arterial (PA) intraoperatoria. En el postoperatorio mediato, la paciente evolucionó en forma estable, siendo dada de alta sin medicación antihipertensiva y sin hipoglucemiantes orales.

### Discusión y conclusiones

El feocromocitoma es un tumor de las células cromafines que se localizan en su mayor parte en la médula adrenal. Los feocromocitomas surgen en tejidos cromafines del Sistema Nervioso Simpático. La tríada sintomática se compone de cefalea (90 %), sudoración generalizada

(60-70%) y taquicardia. Es más prevalente en mujeres de mediana edad.

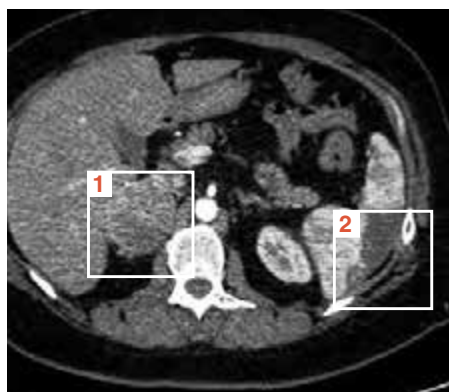
En el 50% de los casos la hipertensión es sostenida, mientras que es intermitente en el resto, existiendo entre un 5-15% pacientes sin HTA.

El uso de la TAC de abdomen ha aumentado el diagnóstico en pacientes asintomáticos (incidentalomas). Según datos publicados por Mayo Clinic (1) 15 de cada 150 pacientes con un feocromocitoma fueron diagnosticados casualmente mediante TAC abdominal.

El 95% de los tumores se encuentra en el abdomen y los restantes son extra-adrenales o "paragangliomas". El 10% son malignos, aunque histológica y bioquímicamente iguales a los benignos. La invasión local o a distancia son signos de malignidad y pueden ocurrir hasta 20 años después de la resección.

El **diagnóstico bioquímico** se confirma por cuantificación de NA y adrenalina en sangre u orina y sus metabolitos: AVM y normetanefrina - metanefrina. No está definido cuál de ellos es el mejor test y su utilización varía según la experiencia de cada centro. Las metanefrinas plasmáticas serían el test de primera elección en los casos de alta sospecha clínica de feocromocitoma, en tanto que si fuera baja, es preferible la determinación de metanefrina y catecolaminas urinarias. En cuanto a las **pruebas radiológicas**, tanto TAC como RNM son estudios adecuados para evaluar al paciente con diagnóstico bioquímico confirmado. La TAC es más económica y con mejor resolución espacial de las imágenes y la administración de contraste yodado de baja osmolaridad no es riesgosa en los pacientes. La RNM es más cara, evita la exposición a la radiación y facilita la diferenciación entre el feocromocitoma y otras masas suprarrenales. La **gammagrafía** o el PET son útiles en el estudio de tumores de difícil ubicación por TAC o RNM y ante sospecha de metástasis.

El **tratamiento** consiste en la extirpación del tumor. Se debe alfa y beta bloquear



1. Tumor  
2. Infarto Esplénico

#### Exámenes complementarios:

Adrenalina U: 555 (hasta 20); NA U:

2411 (hasta 80)

Adrenalina plasmática 2.860 ; NA

plasmática 24.950

Ácido Vainillín Mandélico (AVM): 25

(hasta 9.5)

NA: noradrenalina

U: urinaria

al paciente antes de la cirugía y es indispensable realizar un estricto monitoreo de la PA y de la frecuencia cardíaca durante el procedimiento.

### Recomendaciones

Se debe descartar la presencia de un feocromocitoma en aquellos pacientes que presenten estados hiperadrenérgicos, HTA resistente al tratamiento o de inicio a edad temprana, antecedentes genéticos (síndrome de MEN II, Von Hippel-Lindau, etc) o familiares de feocromocitoma o alguna enfermedad relacionada con el mismo, incidentaloma suprarrenal, y en aquellos que presenten respuesta presora inadecuada durante la anestesia, la

cirugía, la angiografía o la ingesta de IMAO o alimentos que contengan tiramina. Se debe tener presente que los pacientes pueden presentar intolerancia a los carbohidratos como manifestación del incremento en la producción de catecolaminas.

### BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

(1) Kudva YC, Young WF Jr, Thompson GB, et al. Adrenal Incidentaloma: An Important Component of the Clinical Presentation Spectrum of Benign Sporadic Adrenal Pheochromocytoma. *Endocrinologist*. 1999; 9(2):77-80.  
William F Young, Jr, MD, MSc; Norman M Kaplan, MD. Up To Date versión 19.1. *Clinical presentation and diagnosis of*

*pheochromocytoma*. 2011.  
Plouin, Pierre F, Ducloux Jean M, Soppelsa F, Boublil G, Chatellier G. Factors Associated with Perioperative Morbidity and Mortality in Patients with Pheochromocytoma: Analysis of 165 Operations at a Single Center. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 2001; 86: 1480-1486.  
Carles J, Guegan H, Crozat T, Janvier G, Riant T, Videau J. Spontaneous rupture of the spleen disclosing pheochromocytoma. *J Chir (Paris)*. 1990;127(10):464-7.  
Pruszczik P, Januszewicz W, Feltynowski T, Chodakowska J, Wocial V, Pachocki R, Nielubowicz J, Szostek L. Long term follow-up after surgical removal of pheochromocytoma-observations in 61 patients. *Clin Exp Hypertens A*. 1991;13(6-7):1179-94.

# Evaluación de tecnologías sanitarias

## Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Swiss Medical Medicina Privada

*Continuando con la difusión de los análisis y definiciones de las normas de cobertura que realiza periódicamente el Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Swiss Medical, en esta oportunidad compartiremos información sobre:*

### Ondas de choque extracorpóreas

#### Descripción

Las ondas de choque extracorpóreas son ondas acústicas de alta frecuencia dirigidas a áreas específicas del cuerpo. Generan gradientes de presión transitorios en estructuras con algún componente cálcico, facilitando su desintegración y posterior absorción por el organismo. Se administran en sesiones de 15-20 minutos sin analgesia o con analgesia leve. Han sido propuestas para el tratamiento de afecciones músculo-esqueléticas como la fascitis

plantar, la epicondilitis, la epitrocanteritis y el hombro doloroso.

#### Evidencia disponible

Un análisis de tecnología publicado en el año 2004 por el Instituto de Efectividad Clínica (IECS) concluye que no hay evidencia de que esta prestación confiera beneficios en patología músculo-esquelética, siendo los resultados publicados hasta ese momento contradictorios. Estudios posteriores no han ayudado a resolver este punto: son en su mayoría metodológicamente pobres, muchos de ellos con un número reducido de pacientes y con resultados que continúan siendo contradictorios. Por su adecuada calidad metodológica merece ser resaltada una revisión de Cochrane publicada en el año 2005 sobre la utilización de ondas de choque en codo de tenista. La misma concluye

que las mismas proveerían poco o ningún beneficio en términos de funcionalidad y dolor en esta patología, siendo superiores las inyecciones con corticoides.

Hasta el momento no se dispone de evidencia suficiente que justifique su empleo en patología músculo-esquelética. Estudios metodológicamente adecuados deberán definir si esta prestación tiene algún lugar en el tratamiento de estas patologías y/o en algún subgrupo especial de pacientes, o si finalmente, deberá ser dejada de lado.

#### Políticas de cobertura

Varias aseguradoras internacionales no contemplan esta prestación dentro de su cobertura por considerarla investigacional. A nivel nacional, no encuadra en el P.M.O. y SMMP no la incluye en su cobertura por ambos motivos.



### **VI Jornadas Patagónicas Materno Infantiles San Lucas**

2 y 3 de septiembre de 2011

Espacio DUAM, ciudad de Neuquén (acceso al aeropuerto)  
Organizadas por: Comité de Docencia e Investigación de  
Clínica San Lucas (Presidente: Dr. Carlos Bâncora.  
Vicepresidente: Dr. Carlos Achaval)

VI JORNADAS PATAGONICAS  
MATERNO INFANTILES



INFORMES: [info@sanlucassalud.com.ar](mailto:info@sanlucassalud.com.ar)  
INSCRIPCIÓN: a partir del 1º de agosto llamando al (0299) 4425965  
o a través del formulario que hallará en: [www.sanlucassalud.com.ar/jornadassanlucas2011](http://www.sanlucassalud.com.ar/jornadassanlucas2011)

Las temáticas y especialidades sobre las que se tratará en las Jornadas, serán las siguientes: Neonatología, Neumonología Infantil, Hemato Oncología Pediátrica, Cirugía Infante Juvenil, Otorrinolaringología Infantil, Radiología Pediátrica, Lactancia Materna, Enfermería, Ginecología y Obstetricia y Auditoría Médica, entre otros.

#### **SORTEO DE BECAS**

Estaremos sorteando becas entre los primeros 5 lectores de *Æqualis* que nos envíen un correo electrónico expresando que desean participar del evento, así como un breve comentario sobre la revista.

Deberán colocar en el asunto: "Beca Jornadas Patagónicas" e incluir los siguientes datos: Nombre y apellido, DNI, profesión/especialidad, domicilio y teléfonos de contacto.

### **XIX Congreso de Medicina Interna General**

**"Los desafíos del clínico en la era actual"**

15 y 16 de septiembre de 2011

Hotel Sheraton Libertador: Av. Cordoba 690, Buenos Aires.  
Organizado por: Sociedad Argentina de Medicina Interna General.



INFORMES: <http://www.congresosamig.com.ar/>

El Congreso se realiza desde hace 20 años y reúne a los profesionales que trabajan principalmente en atención primaria, internación y seguimiento domiciliario.

En palabras del presidente del congreso, Dr. Ricardo Watman: "Este año proponemos centrar las actividades en el paciente y a partir de él generar la discusión entre los asistentes. Para ello se repartirán casos clínicos para ser primero evaluados individualmente en las instituciones participantes conociendo la resolución final en el Congreso y se dispondrá de un sistema de pulsadores en las salas para cada uno de los participantes, a través de los cuales podrán emitir su opinión en forma anónima. Introduciremos como tema la evaluación de tecnologías sanitarias, tan necesaria en nuestros días para tomar decisiones tanto individuales como globales (hospitalarias, de los financiadores y autoridades de la salud). Abordaremos los aspectos que componen la atención médica centrada en el paciente y no dejaremos de lado la gestión clínica, indispensable para la práctica diaria.

Sumaremos actividades destinadas principalmente a médicos residentes, las que serán interactivas abordando temas como por ej. cuánto conocemos a los fármacos que utilizamos a diario, se discutirán casos clínicos y promoverá la lectura crítica de artículos."

# Alerta farmacológica

## *Incorporación de la vacuna contra el neumococo al Calendario Nacional Oficial*

**Farmacéutica Laura Cittadino**  
Coordinadora Técnica Experta de Farmacia  
Centro de Autorizaciones  
Gerencia de Gestión de Prestaciones  
Swiss Medical Medicina Privada

El pasado mes de abril, por decisión del Gobierno Nacional quedó incorporada al Calendario Oficial de Vacunación la **vacuna conjugada contra el neumococo**. Se vacunará con tres dosis, una a los 2 meses, otra a los 4 y la última a los 12 meses de vida. Según información brindada por el Ministerio de Salud de la Nación, la implementación se hará en todo el país a partir del segundo semestre del corriente año.

Se trata de una medida destinada a disminuir el riesgo de contraer neumonías, meningitis e infecciones generalizadas (sepsis) originadas por la acción de la bacteria.

La Enfermedad Invasiva por Neumococo (EIN) es una importante causa de muerte y discapacidad en los países en vías de desarrollo, que afecta principalmente a niños menores de 2 años y adultos mayores de 65 años. En Argentina, según las cifras publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, 22.000 niños por año contraen neumonía por neumococo, de los cuales fallecen 483, y presentan sepsis a causa de la bacteria otros 1.750, entre los que fallecen 26. En tanto, 122 niños contraen meningitis por neumococo, provocando 17 muertes, mientras que un alto porcentaje manifiesta secuelas auditivas o neurológicas.

La responsable del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud, Dra. Carla Vizotti, precisó que *“con la incorporación al calendario, la vacuna será gratuita para todos los niños menores de un año”* y destacó que *“esto es muy importante si se considera que tener menos de dos años es un factor de riesgo para contraer la enfermedad invasiva por neumococo (neumonía, meningitis o bacteremia)”*.

Según el consenso publicado por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)

las infecciones neumocócicas son comúnmente endémicas y episódicas. Las formas de expresión más comunes en los pacientes pediátricos son la otitis media aguda, la neumonía y la bacteriemia con foco clínico o sin él, la meningitis y la sinusitis. La mortalidad está asociada con enfermedad fulminante y si bien cualquier paciente puede padecerla, estas formas ocurren más frecuentemente en pacientes con inmunocompromiso -como asplenia o anemia de células falciformes- o con inmunodeficiencias congénitas o adquiridas. Actualmente y a pesar de los nuevos antibióticos, las infecciones neumocócicas siguen teniendo una alta mortalidad, en meningitis o secuelas. La prevención se logra a través de las vacunas.

Cabe destacar que la literatura actualmente revisada, indica que el esquema recomendado de vacunación es a los 2, 4, 6 meses con una dosis de refuerzo entre los 12 y 15 meses de edad.

La vacuna Prevenar 13® aplicada en forma simultánea con otras vacunas, puede manifestar las siguientes reacciones adversas, entre otras:  
*Muy frecuentes:* Disminución del apetito, irritabilidad, somnolencia, fiebre, insomnio, sueño inquieto, eritema, induración/inflamación o dolor/hiperestesia en el sitio de inyección.  
*Frecuentes:* diarrea, vómitos.  
*Infrecuentes:* convulsiones, urticaria, broncoespasmo.

• Noticia publicada por el Ministerio de Salud de la Nación 19/4/2011:  
[http://www.msal.gov.ar/html/site/Noticias\\_plantilla.asp?Id=2598](http://www.msal.gov.ar/html/site/Noticias_plantilla.asp?Id=2598)

• P.R. Vademécum 2011:  
<http://www.prvademecum.com/PRData/NEWProducto.asp?P=21229>

# Información Swiss Medical Group

## Inclusión del farmacéutico clínico en el equipo de salud



**Dra. Mariela Suarez**  
Jefa Farmacia  
Sanatorio De Los Arcos  
Swiss Medical Group

Miembro de Comisión Directiva  
de la Asociación Argentina de  
Farmacia Hospitalaria (AAFH)

### La Farmacia Clínica

Acordamos con las definiciones presentadas por el American College of Clinical Pharmacy (2004) para el cual es: *“aquella área de la farmacia interesada en la ciencia y la práctica del uso racional de medicamentos.”* Y con las del Committee on Clinical Pharmacy: *“ciencia de la salud cuya responsabilidad es asegurar, mediante la aplicación de conocimiento y funciones relacionados con el cuidado de pacientes, que el uso de los medicamentos sea seguro y apropiado, y necesita de educación especializada o entrenamiento estructurado.”*

### El sistema de utilización de los medicamentos

Fue definido en 1989 por un panel de expertos convocados por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHCO)* como el conjunto de procesos interrelacionados cuyo objetivo común es la utilización de los medicamentos de forma **segura, efectiva, apropiada y eficiente**.

Su finalidad es alcanzar los “cinco correctos”: **la dosis correcta del medicamento correcto, administrada al paciente correcto, a través de la vía correcta, en el momento correcto.**

### Por qué incluir al farmacéutico clínico en el equipo

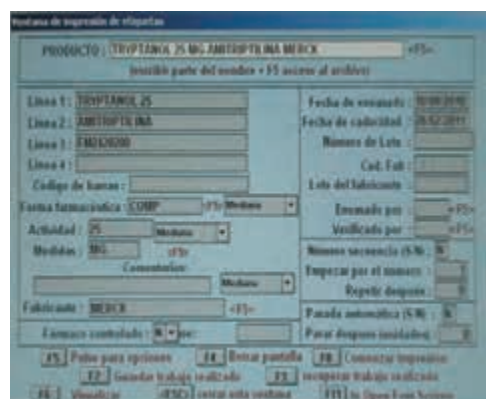
La incorporación al staff de un Farmacéutico Clínico nos permite implementar Atención Farmacéutica en nuestros pacientes, que es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar resultados concretos que mejoren su calidad de vida. De esta manera, el farmacéutico coopera con el paciente y otros profesionales mediante el diseño, ejecución y monitorización de un plan terapéutico que produzca resultados específicos. Este perfil farmacéutico incluye la selección de los fármacos adecuados colaborando con el médico en la prescripción (sustitución genérica y/o terapéutica), la recomendación y consejo a los pacientes sobre un uso racional de los mismos, administración, precauciones, monitorización, vigilancia del cumplimiento de los tratamientos y de las posibles reacciones adversas (RAM) e identificación de la presencia de problemas relacionados con medicamentos (PRM) antes de la dispensación y administración

de los medicamentos. En síntesis, colabora activamente en la disminución de los errores de medicación, interacciones y reacciones adversas (Farmacovigilancia).

### Nuestro proyecto piloto: método y materiales

El proyecto piloto inició en julio de 2010 en el Sanatorio De Los Arcos. Se asignó a una profesional a la tarea de validación farmacéutica de todas las prescripciones actualizadas (estableciéndose como punto de corte horario las 12 horas) de los pacientes afiliados a Swiss Medical Medicina Privada, en internación general.

Esta misma persona se encargó de solicitar mediante software integrado, los insumos para cubrir la dosis diaria de todos los pacientes, y luego realizó un **nuevo control** que consistió en analizar, evaluar, documentar y registrar los incidentes detectados. Entre otros recursos, se incorporaron un **carro de medicamentos** y una **reenvasadora de comprimidos** en dosis unitarias.



SOFTWARE

### Registro de intervenciones farmacéuticas

Se trata de un procedimiento normatizado que permite recoger fundamentalmente errores médicos que se producen en el proceso de prescripción, evitando que estos lleguen al paciente. Para poder implementarlo, es muy importante establecer un buen sistema de comunicación con todos los profesionales que intervienen.

### Las intervenciones farmacéuticas que realizamos

- Corrección de dosis, vía de administración y formas farmacéuticas.
- Información sobre administración de fármacos, estabilidad y conservación de medicamentos.
- Información sobre formas farmacéuticas para administrar por medio de sondas nasogástricas.
- Información sobre marcas comerciales disponibles en el mercado y sustitución terapéutica.

### Registro de errores de prescripción

Entendemos el error como un incidente prevenible, que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos.

### Registro de errores de preparación y dispensación

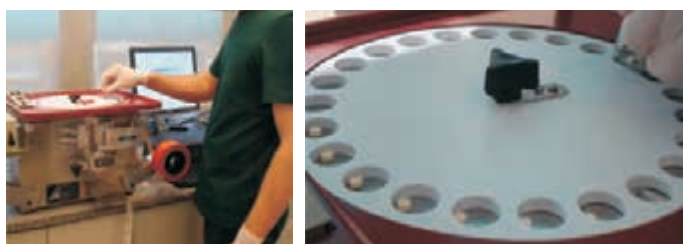
Las etapas de preparación y dispensación son propias del Servicio de Farmacia y requieren contar con procedimientos escritos, actualizados y supervisados. El personal técnico que prepare los medicamentos debe estar capacitado para la función y ser supervisado por un profesional farmacéutico que observará si cumple los procedimientos del servicio, evaluando las habilidades y conocimientos. En este proyecto registramos los errores de preparación para evitar que sean dispensados incorrectamente al paciente. El registro nos permitió detectar puntos de mejora e implementación de cambios dentro del sector.

### Tarjeta de Medicación Segura

Con respecto a la prescripción, los puntos a tener en cuenta para disminuir los errores están detallados en la Tarjeta de Medicación Segura. Esta ficha fue elaborada el año pasado, en conjunto con la Gerencia de Riesgo de SMG, con el fin de unificar criterios de la prescripción y la administración segura para todos los pacientes.

### La reenvasadora de medicamentos: cómo funciona

Es importante para la preparación de las dosis diarias, contar con los medicamentos envasados por unidad y con un rótulo claro que identifique: nombre del genérico, marca comercial, dosis, lote y vencimiento. La industria farmacéutica no provee la mayoría de los medicamentos identificados de esta manera, por lo que contar con una envasadora en unidosis permite disminuir los errores al momento de dispensar y especialmente durante la administración. Por otro lado, se logra conocer la trazabilidad del medicamento desde la adquisición hasta que llega al paciente.



REENVASADORA DE COMPRIMIDOS

### Algunos resultados

Para la **validación farmacéutica** se tuvo en cuenta la prescripción del día anterior, confirmando suspensiones, cambios de dosis o vía, sustituciones terapéuticas o alta del paciente.

En la primera etapa del proyecto la intervención farmacéutica se focalizó en la detección de **errores de dosis y de principios activos**.

Finalmente se hizo un relevamiento de los requerimientos y necesidades del sector y se informó sobre el alcance del proyecto al personal médico y de enfermería involucrado.



CARRO DE MEDICAMENTOS

### Conclusión

La incorporación del farmacéutico clínico en el equipo de salud promueve *la utilización de los medicamentos de forma segura, efectiva, apropiada y eficiente*, disminuyendo los errores que se producen en el circuito y mejorando la calidad de atención al paciente.

### Nuestros objetivos a futuro

Nos proponemos implementar el proyecto en el resto de las unidades de SMG, iniciando un programa de capacitación continua para médicos, enfermeros y farmacéuticos. La intervención farmacéutica se ampliaría a otros aspectos de la prescripción médica, tales como interacciones medicamentosas, efectos adversos o conciliación farmacéutica, agregando también la función de administrar los medicamentos.

Finalmente, en el mediano y largo plazo, proyectamos la publicación de guías de medicamentos.



# Programas Médicos

## Programas médicos para insuficiencia cardiaca, EPOC y diabetes tipo 2

En esta oportunidad, *Æqualis* conversó con las enfermeras integrantes del equipo de los Programas Médicos que coordina el Dr. Santiago Moreno. A continuación, se las presentamos y destacamos algunos de los temas tratados con ellas, con la intención de mostrarles cómo se realiza y qué función tiene el seguimiento telefónico de los pacientes.



**Lic. Romina Galdós**  
MN 46.679  
Unidad Académica  
Docente Escuela de  
Enfermería Hospital  
Británico de Bs. As.,  
U.B.A.

### Para qué llaman a los pacientes

Llamamos a los pacientes que se inscriben en los programas, para saber sobre la evolución de su estado de salud, para tratar de evitar complicaciones, teniendo presente que no se trata sólo de la reagudización de su patología, sino también de la angustia que se genera en el paciente y su familia ante la posibilidad de una internación.

### El rol de los programas en el marco de un tratamiento médico

El objetivo de los programas no es reemplazar a los médicos tratantes, entorpecer o cuestionar sus indicaciones. Si este concepto erróneo se presenta, puede dificultarse para nosotras el acceso y la comunicación con los cardiólogos, neumonólogos o diabetólogos que dirigen los tratamientos. A través de nuestra intervención, tratamos de volvernos colaboradoras de los profesionales, ayudando a reforzar y sostener las indicaciones de tratamiento que dan a sus pacientes.

### Otras actividades organizadas desde los Programas Médicos

Se organizaron charlas orientadoras para pacientes con EPOC, insuficiencia cardiaca

y diabetes, y en esas ocasiones tuvimos oportunidad de conocer personalmente a algunos de los pacientes, a sus hijos o familiares.

Durante este año esperamos volver a organizar este tipo de actividades nuevamente y mantener informados a pacientes y médicos que estén interesados.



**Lic. Luciana S. Tromba**  
MN 51.210  
Unidad Académica  
Docente Escuela de  
Enfermería Hospital  
Británico de Bs. As.,  
U.B.A.

### Su función como enfermeras de los Programas Médicos

Buscamos ayudar a los pacientes a tomar conciencia de sus cuidados, hacemos prevención, educamos y promovemos cambios de hábito, brindando herramientas para que cada paciente, sus familiares o cuidadores, aprendan a detectar posibles complicaciones y estén preparados para actuar ante situaciones de emergencia.

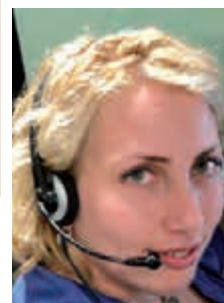
### Duración de los llamados

La duración de la llamada es variable y depende de la necesidad de la persona en el momento, en general son de unos minutos, y se extienden cuando surge alguna complicación.

### Lo que se puede hacer a través del teléfono

El alcance de un contacto telefónico tiene, por supuesto, sus limitaciones en el hecho de no ver a la persona. Pero luego de varios llamados, se va conociendo a los pacientes y se llega a detectar por ejemplo, a partir de un cambio en el tono de voz que "algo no anda tan bien". Allí entra en juego nuestra capacidad de empatía

y de ayuda. A lo largo del contacto sostenido, se va generando confianza y los pacientes nos cuentan sobre sus síntomas, pero también sobre sus vidas, problemas o situaciones familiares, que nos confían y guardamos el secreto profesional que corresponde. Nuestra tarea tiene una importante relación con lo psicológico y lo emocional, y podemos ver cómo estos aspectos inciden en los estados de salud y enfermedad.



**Lic. Yesica Mastrodonato**  
MN 69.458  
Universidad  
Nacional de  
Lanús.

### Educar en la prevención al paciente no es lo mismo que asistirlo

A partir de nuestra experiencia en el cuidado del paciente directo (en el ámbito asistencial) y como asesoras de los programas médicos, encontramos una diferencia importante en el tipo de intervención que puede realizarse a nivel de la prevención. Durante una internación, se los cuida con acciones, se los asiste y contiene, en cambio, en el contacto telefónico, el foco de la intervención se ubica en el "antes". Se educa a los pacientes crónicos en el reconocimiento de signos y síntomas de EPOC o de IC, se los ayuda a aceptar la enfermedad y a cuidarse según las indicaciones médicas, y si el paciente lo requiere, se los orienta sobre la opción de una interconsulta.

### El contacto con los familiares y cuidadores

A veces los familiares y cuidadores consultan por su cuenta, por ejemplo, sobre cómo curar escaras, o cómo administrar alimentos a los pacientes que no se valen por sus propios medios.



## El compromiso del paciente

Establecer una buena relación con el paciente es fundamental, a veces nos encontramos con que nos hablan como si fuéramos una hija o una nieta. Si se genera un vínculo de confianza, tratamos de sostenerlo para generar compromiso. Ya que si el paciente se compromete, contribuirá al éxito del programa.

Si Ud. desea orientar a sus pacientes al **Programa de atención médica para pacientes con insuficiencia cardíaca, EPOC o diabetes tipo 2**, puede brindarles nuestras vías de contacto: 0810-333-6800 Opción 4, de lunes a viernes de 9 a 20hs. o escribiendo a: [programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar](mailto:programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar)

## Programa interdisciplinario para niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad

**Dra. Adriana Roussos**  
Médica pediatra

**Lic. Liliana Kitay**  
Psicóloga

**Lic. Romina Alculumbre**  
Nutricionista

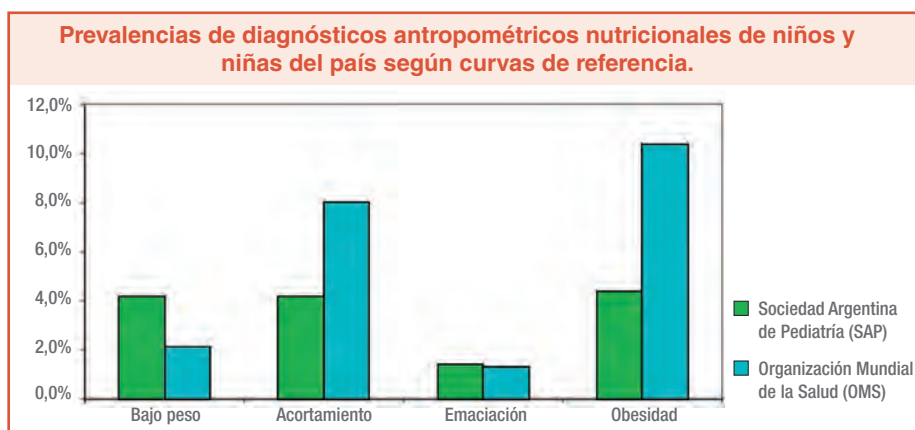
Programas Médicos Swiss Medical  
Medicina Privada

Las conductas obesogénicas se han incrementado en las dos últimas décadas debido al cambio de conductas alimentarias y los estilos de vida en la edad pediátrica, generando un aumento mundial en la prevalencia de la obesidad infantil.

En la Argentina los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2007) revelan el estado nutricional de niños de 6 meses a 5 años y mujeres de 10 a 49 años de edad. Se encontró alta prevalencia de anemia, acortamiento y obesidad en niños y mujeres.

La prevalencia de obesidad es 10,4%, es decir aproximadamente 1 de cada 10 niños y niñas del país son obesos.

La presentación en niños cada vez más pequeños, la severidad de la obesidad, así como el hallazgo de co-morbilidades asociadas (diabetes, hipertensión, dislipidemia, etc.) son muy preocupantes. El abordaje temprano e integral psicofísico y educacional contribuye



Si Ud. desea orientar a sus pacientes al Programa, puede brindarles nuestras vías de contacto: Tel.: 0810-333-6800, opción 5, de lunes a viernes de 9:30 a 20 hs. O escribiendo a: [programadereducacionalimentaria@swissmedical.com.ar](mailto:programadereducacionalimentaria@swissmedical.com.ar).

a mejorar esta condición y a prevenir futuras enfermedades. La participación del pediatra y de la familia son fundamentales para que el niño o adolescente logre cambiar su estilo de vida, tendiendo hacia una alimentación saludable y un incremento de la actividad física.

Para acompañar y orientar en ese proceso, se creó un **programa interdisciplinario**, coordinado por una psicóloga, una médica pediatra nutricionista y una licenciada en Nutrición.

A través de encuentros semanales grupales, se desarrollarán pautas para: educación alimentaria para el niño y sus padres, modificación del estilo

de alimentación, programar actividad física, modificar conductas, manejar la ansiedad, motivación y autoestima, cambios en el esquema corporal y desarrollo de la creatividad mental.

Recomendamos a los profesionales interesados en la promoción de estilos de vida y entornos saludables, visitar el nuevo sitio web del Ministerio de Salud de la Nación sobre **Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo**: [www.msal.gov.ar/ent](http://www.msal.gov.ar/ent). Allí encontrarán información sobre distribución y tendencias de los determinantes de las ENT y sus FR; poblaciones vulnerables; políticas de salud y planificación, entre otras.

## Relación médico paciente y riesgo profesional

**Dr. Hober Massieri**

*Médico especialista en Medicina*

*Legal*

*Gerencia de Administración de*

*Riesgo*

*Swiss Medical Group*

En muchos aspectos, la medicina que disponemos hoy en día es la mejor que alguna vez haya existido. El vertiginoso avance de la tecnología y los progresos continuos en el campo de la investigación, sumados a una creciente especialización en la práctica médica, han aumentado en forma fantástica los recursos disponibles para la atención de los pacientes.

Este impresionante y persistente desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud, que continuará con mayor profundidad y rapidez en los próximos años, ha producido un extraordinario progreso en el conocimiento de una enorme variedad de enfermedades, produciendo así el mayor impacto en la medicina en la segunda mitad del siglo XX.

Nadie puede negar los beneficios del progreso, sin embargo, la situación ideal de una medicina técnica y científicista, con capacidad de brindar siempre y a todas las personas la posibilidad de curar la enfermedad y restablecer la salud con la aplicación de un tratamiento simple y efectivo, parece estar muy lejos todavía. Esta imposibilidad de curar el 100% de las enfermedades, obliga a quienes ejercemos esta profesión a ofrecer a los pacientes todos los medios disponibles para su recuperación sin que esto implique con seguridad que se cumpla el fin último, es decir que se logre la cura.

En este sentido, siguen vigentes hoy las palabras del gran clínico francés Trousseau: la medicina debe algunas veces curar, a menudo aliviar, pero siempre consolar. Y surge de esta aseveración, que **no puede concebirse una práctica médica que cumpla estas premisas sin una adecuada relación médico paciente (RMP).**

Ante esta realidad de la medicina moderna, la RMP mantiene un lugar

preponderante, tanto a la hora de brindar una buena medicina asistencial como así también a la hora de prevenir demandas en reproche al accionar profesional. Pero paradójicamente, este desarrollo científico no ha favorecido una buena RMP. Por el contrario, dicha relación ha sufrido un deterioro progresivo producto de una serie de factores que vale la pena recordar, y que los médicos e instituciones deberán tener siempre presentes a la hora de intentar reducir el riesgo profesional.

1• Por un lado, los avasallantes adelantos científicos y tecnológicos han llevado a la especialización y superespecialización del médico, quien, incapaz de manejar tan abrumadora información, delimita su accionar en "partes" de ese gran todo que es el hombre, deshumanizando el acto médico. Esto motiva un manejo multidisciplinario del paciente, en especial durante su asistencia institucional con motivo de la internación, generando en ocasiones opiniones encontradas entre dichos profesionales con respecto a qué es lo mejor para el paciente, discrepancia que en ocasiones se filtra al paciente o su familia generando una conducta reprochable que deteriora la relación. Además, esta situación hace proclives a los profesionales actuantes a transferir, compartir y delegar funciones y responsabilidades en sus colegas, lo que muchas veces pone en riesgo la seguridad de los pacientes.

2• Por otro lado, los cambios en la organización asistencial producidos a lo largo del siglo XX, con la medicina hospitalaria, la consolidación de los seguros de salud y de los procesos de colectivización como la seguridad social, han modificado el modelo de la profesión médica y han favorecido la aparición de conflictos de interés tanto para el médico como para el paciente. Estos cambios en la organización de los

sistemas de salud, muchas veces limitan la posibilidad de elegir por parte de los pacientes, en especial en lo referente a su asistencia institucional durante la internación, lo que implica que el médico que atenderá al paciente es un desconocido para este y su familia hasta ese momento. Desconocido al cual se encomendará el paciente en un momento de suma tensión y angustia como lo es una internación. **Este escenario no es el más favorable para entablar una relación médico paciente.**

3• En igual contexto, el paciente y sus familiares, con acceso creciente a la información a través de los distintos medios de comunicación cuestionan y/o participan en las decisiones clínicas, confundiendo muchas veces información con conocimiento real, generando una sensación de desconfianza permanente hacia el accionar del profesional, lo que tampoco favorece una adecuada relación.

4• Las condiciones de trabajo profesional no siempre son las mejores, y circunstancias como falta de equipamiento, demoras en la realización de estudios, sobrecarga de trabajo (con el consiguiente aumento en las presiones y disminución del tiempo de contacto con el paciente) y en algunos casos remuneraciones insuficientes de los profesionales, generan una mala predisposición por parte del equipo de salud que muchas veces es percibida por los pacientes y sus familiares. Además, el temor por parte de los médicos a sufrir un juicio de mala praxis, los cuales han aumentado considerablemente, técnica aún más la RMP, la encarece, a veces con solicitudes exageradas, repetitivas y otras con conductas irracionales o desmedidas.

Por lo expuesto, la RMP muchas veces se desenvuelve en un marco de descontento, desconfianza y

presiones externas, tanto por parte del paciente como del médico. Pero pese a estos inconvenientes que plantea la medicina actual, es evidente que la atención médica no puede cumplir con un adecuado estándar de calidad si la interacción con el paciente es apresurada, fría, insensible y descortés. Además, la experiencia general aconseja y enseña sabiamente que donde hay una buena y adecuada RMP, disminuye sensiblemente la posibilidad de que exista un juicio o reclamo por responsabilidades, aunque éstas existan.

#### En resumen:

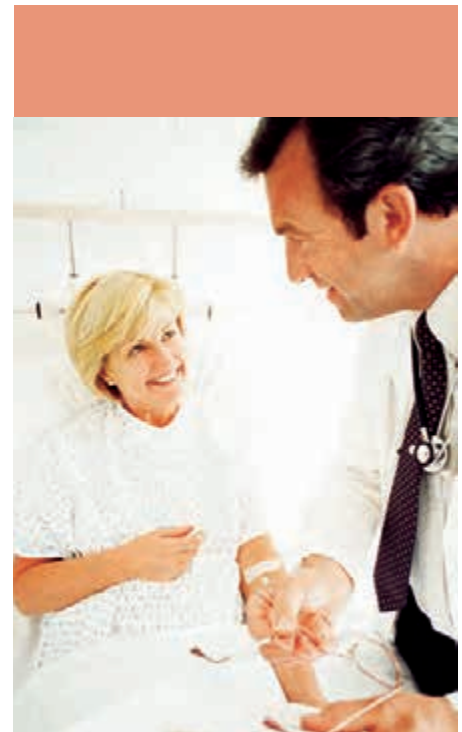
1• La RMP debe volver a jerarquizarse en la medicina actual, y sigue siendo una herramienta irremplazable para asegurar la calidad de la atención médica y disminuir el riesgo profesional, sobre todo a nivel institucional.

2• Un médico que brinda atención personal al paciente, es respetuoso, compasivo, competente y logra una buena comunicación con el paciente y su familia, constituye el tipo de profesional que todo paciente desea. Los propios médicos, las instituciones y la comunidad médica en su totalidad, tienen la labor y obligación de diseñar un sistema de atención donde los médicos puedan manifestar esas cualidades durante la consulta médica en beneficio del paciente, lo cual favorecerá la calidad en la RMP y reducirá el riesgo profesional.

3• El paciente debe ser escuchado, respetado, tratado sin enojo, enfado o conflicto por parte del médico frente a mutuas desavenencias, conservando éste su compromiso ético-moral. Lo ideal es que el paciente sienta que sus expectativas se vieron superadas.

4• Asistir a los enfermos; respetar la voluntad del paciente en cuanto a tratarse o internarse; informar de

manera suficiente y clara, adaptada al nivel cultural de cada paciente; señalar o advertir riesgos, secuelas, evolución previsible y limitaciones resultantes del tratamiento o intervención, son obligaciones éticas y legales del médico que éste debe cumplir inexorablemente, dejando en definitiva a la libre voluntad del paciente la decisión que corresponda adoptar. Brindando asesoramiento correcto y desinteresado sobre el caso, pero asegurándose que el paciente o sus familiares hayan comprendido el significado de la información suministrada.



## Sección Cultural

### Caleidoscopio \*

**COLUMNISTA INVITADA: Farmacéutica Laura Cittadino**

*Coordinadora técnica experta de Farmacia*

*Gerencia de Gestión de Prestaciones de Swiss Medical Medicina Privada*



Empecé a pintar hace 7 años, en medio de una situación curiosa: me estaba mudando y quería colgar cuadros en la nueva casa. Podría decir que comencé pintando para mí misma.. pero que aquellas primeras obras pronto ganaron su vida autónoma.

Asistí al taller de Horacio Rodríguez hasta el 2007, luego conocí al que es mi maestro actual, Pablo Suarez Olivera, quien me alentó a que expusiera por primera vez dentro de una muestra colectiva ("Serie Mujeres" en el Espacio Björk, Cap. Fed). Luego participé de otras muestras colectivas y en julio próximo presentaré la primera individual.

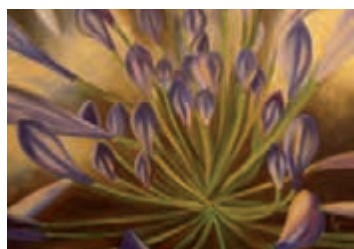
Pintar es para mí encontrar una satisfacción máxima, lograr un estado de introspección permanente. A su vez, el momento de colgar un cuadro es el más adrenalínico. Creo que las artes plásticas posibilitan el "hablar en otro idioma", porque se accede a un lenguaje de sensaciones, texturas, colores y emociones, muy diferente al de las palabras.

Admiro a **Renoir y Monet** por la forma en que pueden definir una naturaleza, por ejemplo una flor a partir de pinceladas sueltas. Dentro del post-impresionismo, a **Joaquín Sorolla y Bastida** por sus temas, los efectos de luz, la ausencia del negro y de los contornos, y sus pinceladas pequeñas y sueltas. Y entre los contemporáneos, recomiendo conocer la obra de Carlos Alonso, en especial por las expresiones y rostros que pinta.

En el trío "**Flores robadas**" se trata en verdad de la misma flor. Si bien comparten un origen, busqué que llegaran a lugares muy distintos entre sí, a partir de darles diferentes atmosferas. No me agrada pintar la flor como algo evidente, por eso elijo una parte de ella y juego con la luz, buscando que esas variaciones den un cuadro diferente.

[www.lauracittadino.blogspot.com](http://www.lauracittadino.blogspot.com)

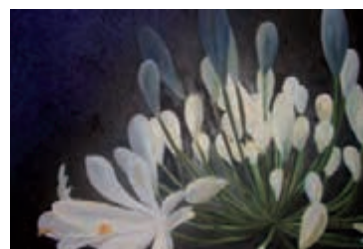
*A partir del 9/7 en se podrá visitar su muestra en la Sala de Exposiciones del Centro Universitario de Idiomas de la UBA: Junín 222, PB (9 a 21 hs.) Capital Federal.*



**Flores robadas I (2011)**  
Óleo s/ tela 50 x 60 cm.



**Flores robadas II (2011)**  
Óleo s/ tela 50 x 60 cm.



**Flores robadas III (2011)**  
Óleo s/ tela 50 x 80 cm.

## ! Concurso de artes plásticas para lectores de Æqualis

### ESTIMADOS LECTORES:

Tenemos el agrado de anunciarles que buscaremos entre ustedes la **obra de tapa del último número del año** (diciembre de 2011) de nuestra revista.

Próximamente los estaremos convocando a que presenten sus obras (pintura, dibujo y/o fotografía) enviándoles las bases del concurso. Un jurado compuesto por artistas tendrá la misión de elegir la ganadora.

Pueden enviarnos sus consultas a: [aequalis@swissmedical.com.ar](mailto:aequalis@swissmedical.com.ar)







**Correo de lectores**

Estimados lectores, ponemos a su disposición una casilla de correo electrónico para que nos hagan llegar comentarios, propuestas y/o novedades que deseen divulgar:  
[aequalis@swissmedical.com.ar](mailto:aequalis@swissmedical.com.ar)