

AEQUALIS

Actualización, análisis y comunicación en salud

N 20

diciembre 2013 - enero - febrero 2014 | año 7



Una publicación de



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

“En algún lugar, algo increíble está esperando ser conocido”
Carl Sagan

Estimado lector

En este último número del año, tenemos el agrado de publicar dos trabajos de investigación realizados por equipos de profesionales de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina y del Sanatorio De los Arcos. Estas valiosas colaboraciones, propiciaron que reflexionáramos sobre qué significa investigar y cuáles son las condiciones necesarias para llevarlo a cabo.

La etimología es de gran ayuda: la palabra “investigar” proviene del latín “investigare”: “in” (en) y “vestigare” (adquirir, hallar, indagar), la cual a su vez deriva de “vestigium”, que significa “en pos de la huella” o “ir en busca de la pista”. Originalmente “vestigium” se refería a la planta o suela del pie, a la marca que deja el pie sobre la tierra, y a la indicación de que alguien había caminado por allí. Así, investigar conlleva la acción de **indagar según la pista de la huella**. Entonces, se podría pensar que cuando alguien investiga, de alguna manera, está revisando huellas para encontrar una verdad.

Pero ¿qué cualidades se ponen en marcha cuando un profesional de la salud trabaja para encontrar respuestas a sus preguntas? ¿cuáles serían las condiciones ineludibles de un investigador?

Pensamos que, en primer lugar, como toda indagación comienza por una pregunta (el tema a investigar) un buen investigador requiere de capacidad intelectual, por supuesto, pero fundamentalmente de un **espíritu inquieto** y **capacidad de imaginación**. Debe también, ser constante en el trabajo emprendido, y estar dispuesto a reformular sus propias hipótesis, es decir, tener **paciencia y humildad**.

Luego, para poder conceptualizar las condiciones y formas, es necesaria la **creatividad**, y para expresar los resultados en respeto a la pregunta, **honestidad, generosidad y buena fe**, ya que la verdad es un patrimonio de todos los seres humanos. Por eso mismo, los descubrimientos que realice, no deberían utilizarse sino en beneficio de éstos. Un buen investigador debe ser **competente** en su saber, pero alejarse de la competitividad y de cualquier tipo de disputa en torno a la investigación y presentación de los resultados.

Los investigadores no pueden tener subordinación a ningún elemento que no esté relacionado con el hecho en sí a investigar, es decir, deberían ejercitar en su práctica -tanto en la elección del tema como en la metodología a desarrollar- **la libertad y la independencia**.

Finalmente, creemos que es muy importante que no extrapole sus afirmaciones más allá de los límites de su propia ciencia, evitando hacer reduccionismos en las concepciones del hombre y del mundo.

En suma, la tarea fundamental de un investigador no puede ser ajena a los valores y las virtudes humanas, vale decir, a humanizar la ciencia. Y esto implica, indefectiblemente, establecer una determinada relación con la verdad.

Consejo Editorial *Æqualis*

Swiss Medical Medicina Privada

SUMARIO

- 3 Editorial
 - Presidente: Dr. Claudio Belocoppitt.
- 5 Comentario de artículos
 - Gerente General: Dr. Miguel Blanco.
- 6 Artículo original
 - Director Médico: Dr. Gabriel Novick.
- 10 Información Swiss Medical Group (noticias institucionales)
 - Editora: Lic. Alma Vanina Estrella.
- 14 Evaluación de Tecnologías sanitarias
 - Consejo editorial: Dra. María Virginia Meza, Dra. Mercedes Manzoni, Dra. Edna Bradichansky, Dr. Ricardo Watman.
- 15 Alerta farmacológica
 - Colaboran en este número: Dr. Raúl Boracci, Dr. Carlos Bruno, Dr. María Claudia Bruno, Dr. Pablo Dimitroff, Lic. Patricia Eibelman, Dr. Alberto García Fernández, Dr. Julio Gastiaburu, Dr. Juan Medrano, Dr. Arnaldo Milano, Cont. Dora Nannini, Lic. Marisa Paniagua, Dr. Silvio Payaslián, Dra. Verónica Paz, Dr. Norberto Peñaloza, Dr. Luis Prudent, Dra. Melina Raffanelli, Dr. Félix Ramirez, Lic. Analia Santillán, Dra. Florencia Scattini, Dr. Darío Scublinsky.
- 16 Enfermería
- 17 Programas médicos
- 18 Medicina Legal
 - La imagen de tapa de este Nro. corresponde a Pablo Cosentino.
- 20 Eventos
 - Versión descargable on-line en: www.prestadores.swissmedical.com.ar.
- 22 Sección cultural
 - Correo de lectores: 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 Swiss Medical Medicina Privada 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 diciembre de 2013 en los talleres gráficos de LASER UNO Campana 1.547, C.A.B.A. CP: C1416BGM. Tirada de esta edición: 2.500 ejemplares.

Artista de tapa *

Pablo Cosentino

Nació en Buenos Aires en 1960. Cursó estudios de Filosofía y Artes (U.B.A.) y es diseñador gráfico. Realizó cursos de Arte Moderno y de apreciación artística con el Prof. Jorge Romero Brest, y de Fotografía en Fotoclub Buenos Aires, con Horacio Clemente y con Julio Robiró. Se especializó en edición tradicional con Julio Colombo.

En 1985, creó y dirigió la Editorial El Caldero, especializada en poesía, filosofía y arte, y la revista Buenos Ayres-Buenos Ayres. Trabajó como diseñador gráfico, fotógrafo e ilustrador digital en diversos estudios privados y en el propio. Entre 2007 y 2010 fue secretario técnico de la Model Academy of Mountain View (California, EE. UU.). Actualmente reside en Argentina, donde trabaja como diseñador gráfico y forma parte del equipo de investigación del Departamento de Artes Visuales Prilidiano Pueyrredón / IUNA.

La imagen de tapa de este número es parte de uno de los 36 módulos de la obra titulada "Consideraciones acerca de una obra de Holbein" (técnica mixta, 32 cm x 47 cm) y corresponde al año 2012. Sus producciones artísticas han sido exhibidas en Patricia Quel-Wilson Gallery y en William A. Magosian Fine

Art (EE. UU). A nivel nacional, ha participado de salones y muestras colectivas: XXVIII

Salón de Escultura y Pintura-Premio Mauricio Algieri San Isidro, 5ta. a 8va. edición "Puertas Abiertas" de San Isidro, "Rastros del Comic" IUNA San Fernando, entre otras.

Su obra se compone de pinturas, esculturas y producciones digitales. Utiliza como técnica la pintura con esmalte sintético, tintas gráficas, barnices y óleo sobre cartón, papel reciclado o paneles. En sus producciones toma como punto de partida temas clásicos de la literatura, la filosofía, los grabados antiguos, las enciclopedias, la gráfica publicitaria, el cine o el cómic.

La intervención y la apropiación de fragmentos de imágenes constituyen un procedimiento privilegiado de su producción, a través del cual logra una original síntesis plástica y estética.

Para ver más:

<http://pablocosentino.com.ar>

<http://pablosjournal.blogspot.com.ar/>



Futilidad de los chequeos médicos generales

General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis.

BMJ 2012;345:e7191

DOI: 10.1136/bmj.e7191

Dr. Silvio Payaslián

Médico especialista en

Medicina Interna

Especialista en Gestión

y Dirección de Instituciones de Salud

Dirección Médica

Centros Médicos Ambulatorios

Swiss Medical Group

“La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano...” (Aldous Huxley)

El cuidado de la salud abarca dos esferas distintas pero complementarias, íntimamente relacionadas en la mayoría de los actos médicos: el tratamiento de las dolencias o enfermedades actuales de los pacientes (o “medicina curativa”), y el cuidado preventivo de dolencias o enfermedades futuras. En este último ámbito, a su vez, existen cuatro acciones distintas: la vacunación, el screening o rastreo de enfermedades o condiciones, el consejo médico sobre estilo de vida y la quimioprofilaxis.

Desde hace algunos años se está evaluando en distintos ensayos la utilidad de los chequeos médicos generales considerando su impacto en la morbi-mortalidad de la población. El estudio que aquí comentamos fue realizado por la Colaboración Cochrane.

Diseño y objetivo del estudio

Se trata de una revisión sistemática y meta-análisis de ensayos aleatorizados tomados de fuentes como Medline y Biblioteca Cochrane, entre otros; complementada con búsquedas manuales de las listas de referencias de los estudios incluidos, seguimiento de citación y contactos con los investigadores. “Chequeo médico general” fue definido como aquel en el cual se evalúa más de una condición o factor de riesgo en más de un sistema orgánico.

El objetivo fue cuantificar los beneficios y riesgos de los chequeos generales en adultos, haciendo énfasis en outcomes primarios como morbilidad y mortalidad, descartando resultados alternativos tales como la modificación de valores de laboratorio u otros registros médicos.

Principales resultados

Los datos fueron obtenidos de 14 estudios (que incluyeron 182.880 participantes). La mortalidad global de la población chequeada (11.940 muertes) no mostró diferencias con la de la población no chequeada, riesgo relativo (RR) 0.99 (95% IC 0.95-1.03). Lo mismo sucedió

con la mortalidad cardiovascular (4.567 muertes), RR 1.03 (95% IC 0.91-1.17) y la mortalidad por cáncer (3.663 muertes), RR 1.01 (95% IC 0.92-1.12). Tampoco se encontraron diferencias en morbilidad, hospitalización, discapacidad, visitas médicas adicionales o ausentismo laboral.

Conclusión

El estudio concluye que los chequeos médicos generales no reducen la morbi-mortalidad o mortalidad de la población. Su realización no conlleva ningún beneficio a la población estudiada e incluso podría generarle un perjuicio. Para entender esto, debemos tener claro que TODA intervención médica tiene potencialidad de daño, que en el caso de los chequeos médicos generales puede manifestarse en:

- Sobrediagnóstico (uno de los trabajos demostró que los chequeos llevaron a un 20% de incremento de nuevos diagnósticos).
- Sobretratamiento.
- Daño y/o estrés por indicación de test invasivos en el seguimiento.
- Falsa seguridad dada por falsos negativos.
- Estrés por falsos positivos.
- Posible continuación de conductas insalubres por falsos negativos.
- Etiquetamiento temprano de la población con consecuente afectación psicosocial.
- Dificultad para conseguir seguro o cobertura médica.

A todo ello se suma que los programas de chequeos médicos generales habitualmente acarrearán un alto costo, generando pérdida de oportunidades en otras áreas de la salud.

Comentario

Estamos, probablemente, ante un cambio de paradigma: de la medicina preventiva como panacea absoluta y generadora de “nuevos enfermos”, a una medicina criteriosa, fundamentada en la evidencia científica y enfocada al paciente que tengo delante, considerándolo como individuo único, irreplicable e indivisible, con problemas que le son propios y que ameritan una mirada y una dedicación específicas.

Resultados hospitalarios y a mediano plazo de la cirugía cardíaca en la Clínica y Maternidad Suizo Argentina

Dr. Félix Ramirez
Dr. Raúl Boracci
Dr. Juan Medrano
Dr. María Claudia Bruno
Dr. Norberto Peñaloza
Dra. Florencia Scattini
Dr. Julio Gastiaburu
Dr. Arnaldo Milano
Dr. Carlos Bruno

Médicos especialistas en Cardiología
y Cirugía Cardiovascular
Centro Quirúrgico
Clínica y Maternidad Suizo
Argentina
Swiss Medical Group

La cirugía cardíaca es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes y complejos en la asistencia médica actual. Su desarrollo involucra tanto al cirujano como a cardiólogos, recuperadores, intervencionistas, terapeutas, enfermeros y kinesiólogos, y una variedad de técnicas y prácticas que le confieren la característica del trabajo en equipo por autonomía. La calidad de la atención médica se define como el grado en que un servicio de salud es capaz de alcanzar los resultados esperados, de acuerdo con el conocimiento profesional del momento¹.

Asimismo, la calidad puede medirse en términos de estructura, procesos y resultados. Los procesos, en particular, refieren a la forma en que los recursos físicos y humanos son empleados, y también a la incorporación y empleo de terapéuticas reconocidas, como es el caso del uso de conductos arteriales para la revascularización miocárdica o la prevención del *mismatch valvular* en el reemplazo aórtico. Finalmente, la evaluación de los resultados considera las tasas de morbilidad y mortalidad específicas y los recursos consumidos, siendo la mortalidad analizada con mayor frecuencia, dada su definición clara y la accesibilidad al dato.

En especial, la mortalidad ajustada por riesgo se usa como un indicador de calidad en cirugía cardíaca, aunque en realidad no exista una evidencia definitiva sobre este tema. Los consensos incluyen la mortalidad hospitalaria y a 30 días como un indicador de calidad, y un conjunto más extenso de variables que abarca también las tasas de complicaciones separadas por eventos, el tiempo de internación, el consumo de hemoderivados y la necesidad de asistencia respiratoria mecánica, entre otros^{2,3}.

El propósito de este trabajo es presentar los resultados de morbilidad hospitalaria y a mediano plazo de la cirugía cardíaca de adultos en la Clínica y Maternidad Suizo Argentina.

Pacientes y métodos

Se analizaron los resultados hospitalarios a 30 días y alejados de 131 pacientes adultos sometidos a cirugía cardíaca en forma consecutiva en el Servicio, entre agosto de 2008 y diciembre de 2012. Se incluyeron:

cirugías coronarias aisladas, reemplazos y plásticas valvulares, cirugías combinadas y misceláneas. Se definió como cirugía combinada a las cirugías simultáneas de reemplazo valvular y revascularización coronaria o doble reemplazo valvular. En el preoperatorio se estimó el riesgo de mortalidad esperada para cada uno de los pacientes de acuerdo al sistema de estratificación por riesgo EuroSCORE logístico⁴. Se recabó información demográfica y sobre las complicaciones posquirúrgicas. Todos los pacientes tuvieron seguimiento en postoperatorio de 2 a 54 meses (promedio 28 meses) desde la fecha de su operación. Se estimó la supervivencia con el método de Kaplan-Meier, teniendo en cuenta la mortalidad por toda causa y según tipo de cirugía. Adicionalmente, se expresó el riesgo de muerte por toda causa como la incidencia acumulativa de eventos por 100 pacientes-años de seguimiento. La comparación estadística entre los gráficos de Kaplan-Meier se realizó con logrank χ^2 . Finalmente, se construyó un gráfico con la técnica CUSUM (*Cumulative Sum*) que permitió monitorizar en forma secuencial los resultados de mortalidad a través del tiempo⁵. Los gráficos CUSUM indican la diferencia entre la mortalidad esperada calculada con el EuroSCORE y la observada en forma acumulada y consecutiva, mostrando si los resultados se ajustan a lo predicho. Los intervalos de confianza del 95% se calcularon con el método de Grunkemeier GL⁶. La normalidad de las variables continuas se analizó con la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. Las distribuciones normales se expresaron como media y desvío estándar (DE) y las no normales, como mediana, rango y cuartiles. Todos los gráficos y el análisis estadístico se realizaron con el *software* SPSS versión 17.0 (SPSS Inc, Chicago, IL).

Resultados

El 76% (n=99) de los pacientes fueron varones y la edad promedio del conjunto fue 65.7 \pm 11.8 años (rango: 31-88 años). En la Fig. 1 se muestra el histograma de distribución por edad de los pacientes operados. En la Fig. 2 se observa la distribución de riesgos esperados calculados con el EuroSCORE logístico. La mortalidad hospitalaria global de la serie fue 4.6% (n=6), mientras que el riesgo o mortalidad promedio esperada fue 4.15 \pm 2.98

($p=0.758$). Cuando se consideró la asimetría de la distribución de los riesgos esperados, la mediana del riesgo fue 4 (1º cuartil: 2; 3º cuartil: 6). El 61% ($n=81$) fueron cirugías de revascularización miocárdica aisladas y el 35% ($n=46$) correspondió a cirugías valvulares solas o combinadas (Fig. 3). En la Fig. 4 se muestra el número de puentes coronarios por pacientes, calculado sobre el total de cirugías coronarias aisladas y combinadas con reemplazo valvular (mediana: 3 puentes, 1º cuartil: 2; 3º cuartil: 3). Con respecto al tipo de válvula implantada, el 58% fueron biológicas y el resto mecánicas. En la Fig. 5 se resumen las tasas de mortalidad global y complicaciones de toda la serie. En el seguimiento alejado hasta 54 meses (promedio 28 meses) se observó una tasa de supervivencia de Kaplan-Meier 93.1% ($n=121$) para toda la serie en conjunto (Fig.

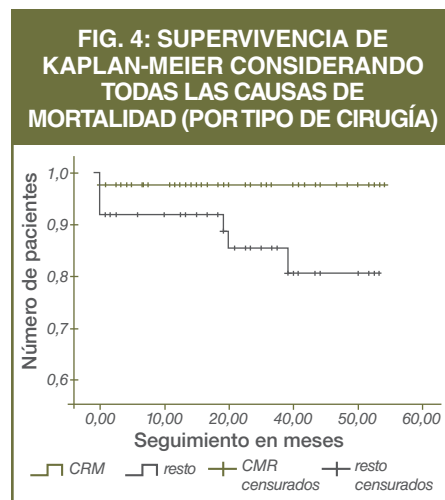
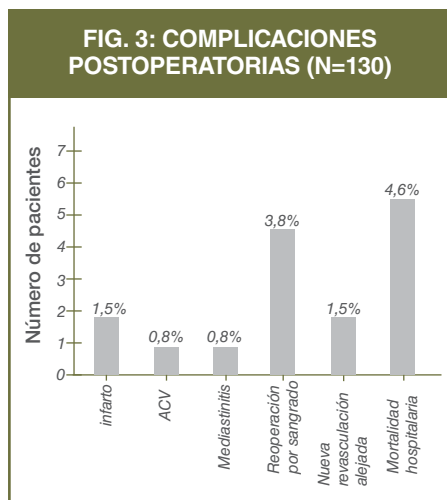
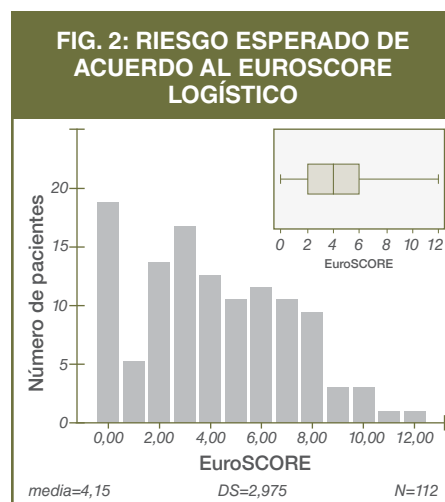
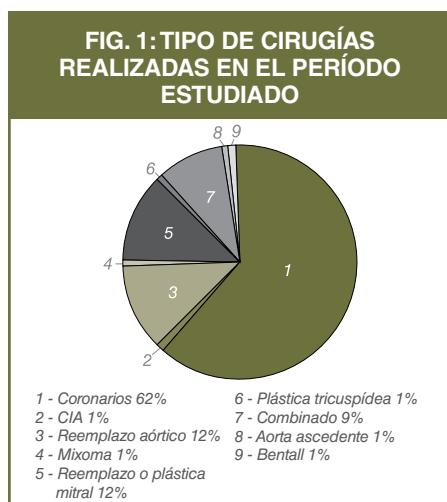
6). Por su parte y en el mismo período, la supervivencia observada en los pacientes coronarios fue 97.5% ($n=79$), mientras que en el resto de las cirugías fue menor: 85.7% ($n=42$) ($\logrank \chi^2 6.355, p=0.012$). El riesgo de muerte por toda causa y para toda la población estudiada fue 3.1 fallecidos por 100 pacientes-años. La Fig. 7 muestra la evolución de la curva CUSUM en el tiempo desde el primero hasta el último paciente operado, considerando la diferencia entre la aparición del evento muerte y el riesgo de mortalidad esperado calculado con el EuroSCORE. Se observa que la serie se mantuvo en el tiempo dentro de los límites de confianza del 95%, lo que implica que los resultados se hallaron dentro de lo esperado para ese modelo de estratificación por riesgo (vida neta ganada final cercana a cero).

Conclusión

El presente estudio evaluó los resultados inmediatos y a mediano plazo de la cirugía cardíaca bajo una detallada evaluación prospectiva de la población y un estricto seguimiento de la morbimortalidad. Es importante destacar que los resultados observados se hallan dentro de los límites de confianza de parámetro internacionales, según los modelos de ajuste por riesgo utilizados.

REFERENCIAS

- (1) Continuous Monitoring of Cardiac Surgery Quality Indicators. Arch Cardiol Mex 2077; 77:275-83.
- (2) The identification and development of Canadian coronary artery bypass graft surgery quality indicators. J Thorac Cardiovasc Surg 2005; 130: 1257-64.
- (3) National Quality Forum. National voluntary consensus standards for cardiac surgery (National Quality Forum). Washington, DC: National Quality Forum; 2004. www.qualityforum.org
- (4) European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). Eur J Cardiothorac Surg 1999;16:9-13.
- (5) Monitoring the results of cardiac surgery by variable life-adjusted display. Lancet 1997; 350:1128-30.
- (6) Cumulative sum techniques for assessing surgical results. Ann Thorac Surg 2003;76:663-7.



Microorganismos multirresistentes: impacto en las instituciones de salud

Lic. Marisa Paniagua
Dra. Verónica Paz
Lic. Analía Santillán
Servicio de Infectología
y Control de Infecciones
Sanatorio de los Arcos

Se define como microorganismos multirresistentes (MOMR) a aquellos que presentan resistencia al menos a tres familias diferentes de antibióticos. Las infecciones producidas por estas bacterias han alcanzado niveles sin precedentes y se han transformado en un problema de la salud pública mundial. Se asocian a elevada morbi-mortalidad, mayor estadía hospitalaria, elevados costos y escasas o nulas opciones terapéuticas. La Organización Mundial de la Salud ya las considera "enfermedades emergentes". Las instituciones de salud son los principales reservorios a través de los pacientes que ingresan colonizados.

La evidencia científica recomienda efectuar vigilancia activa en pacientes internados para la detección precoz de los colonizados por MOMR e implementar precauciones de contacto (PC) para prevenir la transmisión de los mismos entre pacientes.

Diseño y objetivo del estudio

Se trata de un estudio prospectivo descriptivo realizado en un sanatorio polivalente de 150 camas (que se amplió a 270 camas en septiembre de 2012) en el que se realizó vigilancia activa desde enero de 2008. Entre junio y agosto de 2013 se investigaron las indicaciones de PC y los factores de riesgo (FR) de los pacientes que fueron hisopados de acuerdo a los criterios para búsqueda de MOMR al ingreso.

Los mismos fueron: 1) proveniencia de geriátricos, centros de rehabilitación u otra institución de salud con 48 hs. o más de internación; 2) antecedentes de colonización/infección por cualquiera de los siguientes en los últimos 6 meses: *Staphylococcus aureus* metilicina resistente (SAMR), *Enterococcus vancomicina* resistente (EVR), enterobacterias productoras de beta lactamasas de espectro extendido (BLEE), bacterias productoras de carbapenemasas (KPC), *Acinetobacter* multirresistente; 3) internación en cualquier institución de salud por más de 48 hs. en los últimos 6 meses; 4) hemodiálisis crónica o diálisis peritoneal y 5) escaras grado II, III y IV.

Se implementaron PC al ingreso, ante presencia de FR para MOMR o sospecha/confirmación de infección transmisible por contacto, y durante la internación, ante hallazgo de MOMR en muestras clínicas/hisopados.

Se definió paciente colonizado a aquel que es portador de uno o más MOMR y que no presenta una infección asociada a los mismos. Y reinternación al antecedente de internación por más de 48 hs. en cualquier institución de salud en los últimos 6 meses.

El objetivo fue conocer la frecuencia y tipos de MOMR que colonizan a los pacientes que ingresan al sanatorio, así como las indicaciones de PC.

Principales resultados

Desde 2008 se incrementó un 508 % el número de MOMR al ingreso (111 en 2008 vs. 675 en 2013). Como muestra el gráfico 1, entre 2012 y agosto 2013, el incremento fue del 40% (486 en 2012 vs. 675 en 2013).

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN ANUAL DEL NÚMERO DE MOMR DETECTADOS AL INGRESO



En la Unidad de Cuidados Intensivos de pacientes Adultos (UCI) y Unidad Coronaria (UCO) entre junio-agosto 2013 se realizaron hisopados a 382 pacientes, de los cuales el 42% (159/382) fue aislado por presentar FR. De este grupo, el 29% (46/159) fue positivo para MOMR, mientras que el 11% de los pacientes sin FR también fue positivo para MOMR.

La re internación fue identificada como el mayor FR (38%) de los pacientes con MOMR, mientras que el 35% (25/71) no tuvo FR identificado (Gráfico 2).

El 68% de los MOMR aislados fueron BLEE y 14% (12/88) SAMR (Gráfico 3).

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON MOMR SEGÚN FACTORES DE RIESGO EN UCI/UCO

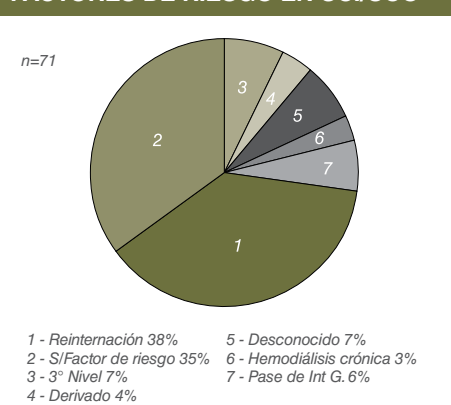


GRÁFICO 3. FRECUENCIA DE MICROORGANISMOS AISLADOS AL INGRESO EN UCI/UCO

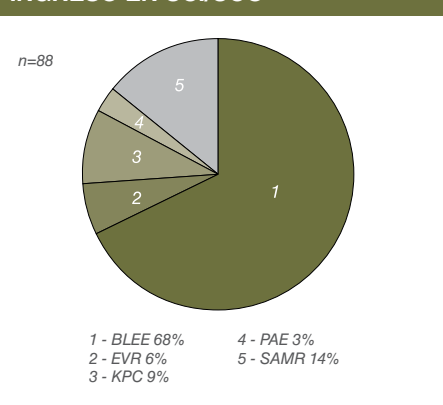
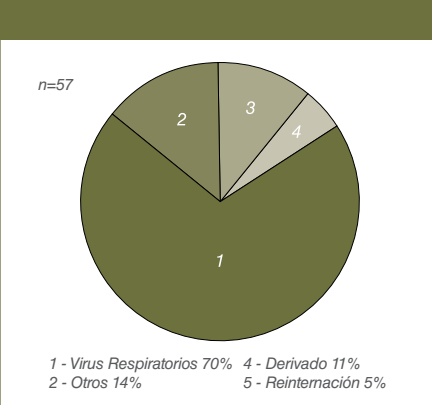


GRÁFICO 7. MOTIVO DE AISLAMIENTO EN NEONATOLOGÍA



En Neonatología, el 70% (40/57) de los pacientes se aislaron por infecciones producidas por virus respiratorios (Gráfico 7). Se realizaron hisopados de ingreso a 14 pacientes con FR, siendo el 14% de ellos (2) positivo para MOMR.

Durante el mismo período, en los *Servicios de Internación General, Emergencias y Shock Room* se realizaron hisopados a 280 pacientes, resultando el 34% positivo para MOMR. El 64% (61/95) de estos pacientes presentó como FR la reinternación y el 18% (17/95) provenía de instituciones de tercer nivel (Gráfico 4). El 74% (82/111) de los MOMR aislados fueron BLEE (Gráfico 5).

GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON MOMR SEGÚN FACTORES DE RIESGO.

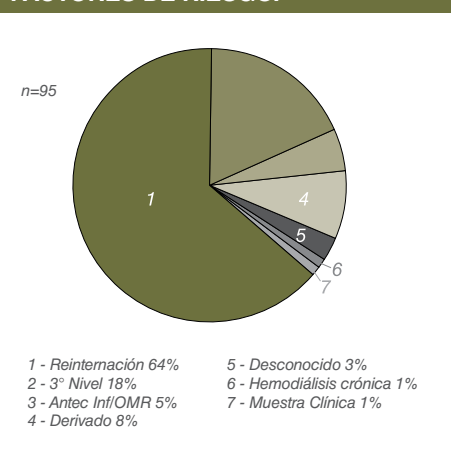
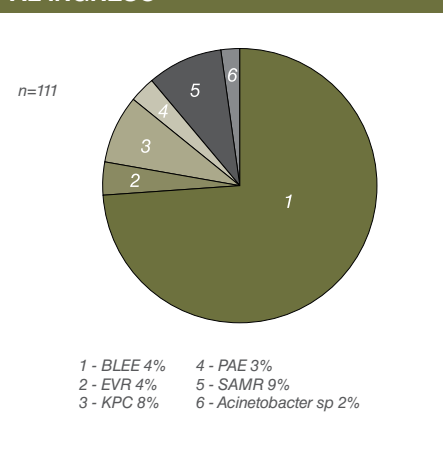


GRÁFICO 5. FRECUENCIA DE MICROORGANISMOS AISLADOS AL INGRESO

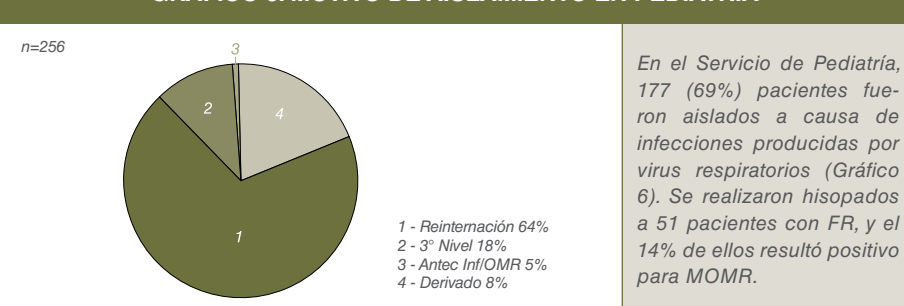


Conclusiones:

La vigilancia activa debe ser uno de los objetivos centrales de los programas de control de infecciones, ya que el número de MOMR al ingreso de los pacientes sufrió un considerable aumento en los últimos cinco años. Esta población requiere PC, presentando mayormente como FR la reinternación. Se debe considerar, además, que un alto porcentaje de los pacientes en UCI/UCO que al ingreso no presentan FR, también resultan positivos para MOMR y que en la población pediátrica y neonatos, las infecciones producidas por virus respiratorios son la primera causa para la implementación de PC al ingreso.

Por todo lo antedicho, se concluye que la implementación de políticas de vigilancia está ampliamente justificada. Los esfuerzos por detectar y disminuir las tasas de infecciones impactarían en la disminución de la morbimortalidad, en la consiguiente reducción de costos y en general, en una mejor calidad de la atención sanitaria.

GRÁFICO 6. MOTIVO DE AISLAMIENTO EN PEDIATRÍA



Clínica Olivos: concluyendo el plan de remodelación integral



Dr. Pablo Dimitroff
Médico clínico
Director Médico



Dora Nannini
Contadora
Gerente General

Clínica Olivos
Swiss Medical Medicina Privada

Tras la adquisición de la Clínica Olivos y Clio Medicina Privada en 2008 por parte de Swiss Medical Group, entraron en su última etapa las obras de remodelación y modernización de las instalaciones, iniciadas en aquel momento.

Æqualis entrevistó a su director médico, el Dr. Pablo Dimitroff y a su gerente general, la Cont. Dora Nannini.

¿Por qué se hizo la remodelación y en qué consistió?

La Clínica Olivos "original" contaba con capacidad de atención y calidad profesional, pero su tecnología instalada y espacios eran obsoletos, por eso necesitaba atravesar una profunda transformación. Se hicieron a nuevo todos los pisos de Internación General y Pediátrica, la Unidad Coronaria, Hemodinamia, Ecografía, el hall central, los quirófanos y consultorios de la Guardia externa. Se renovó toda la estructura para la provisión de gases médicos, sistemas de refrigeración y calefacción, grupos eléctricos, ascensores, los equipamientos del Laboratorio, Hemoterapia, Imágenes, Hemodinamia, monitores e instrumental de Quirófano. Se acondicionaron los vestuarios, el archivo de historias clínicas y el sector de esterilización, entre otros. Se aprovisionó la farmacia en insumos y bancos de prótesis, stents y suturas. Dicho de otra manera: cambiamos todo aquello que se ve, pero además, todo aquello que no se ve y resulta clave para que cada cosa funcione bien, en el confort y la seguridad médica de los pacientes.

¿Cómo fue el proceso?

Nuestra primera estrategia fue optimizar el espacio físico, por eso redistribuimos toda el área administrativa y de Dirección Médica que ocupaba por completo el 3er. piso del edificio, construyendo un piso de internación con 14 habitaciones y una suite. A eso le siguió, en 2010, la reubicación de los 22 consultorios que funcionaban en el 1er. piso, y que pasaron a integrar el Swiss Medical Center Olivos en el edificio de enfrente. En su lugar, pasó a haber 15 camas de internación que se sumaron a las del 3er. piso. Con lo cual, hacia octubre de 2010, la Clínica ya contaba con 75 camas. En 2011 continuamos con la obra. Se

renovó integralmente la planta del 2do piso, lo que nos dio otras 15 camas de internación y reconvertimos el 6to. piso otrora de internación en una extensión del Servicio de Cuidados Intensivos y Unidad Coronaria, al que le sumamos 7 camas.

En 2012 fue el turno del Servicio de Internación Pediátrica, con 7 camas de internación con complejidad reversible según se requiera cuidados de alta complejidad del paciente crítico o internación general. Y este año, se abordaron el 5to. piso de Internación General y se amplió la estructura de internación del 1er. piso con otras 6 camas. Entonces, resumiendo: crecimos en camas de terapia e internación general, con un nivel de confort que mejora nuestro nivel de servicio, invirtiendo en equipamiento y reformando quirófanos. Esto nos permite ofertar una institución renovada tanto a los pacientes habituales como a todos aquellos de la zona norte que busquen seriedad y profesionalismo en la atención.

¿Cómo es el modelo de atención de la Clínica Olivos en la actualidad?

Seguimos teniendo un modelo hospitalario de Servicios de Internación de Medicina General, con una jefatura que los recorre diariamente, y con continuación de esta supervisión médica por los staff durante el fin de semana. Con gran capacidad de atención en guardia (alrededor de 12.000 consultas por mes) y con fuerte énfasis en las especialidades de Gastroenterología, Traumatología, Cirugía General y Laparoscopia, Cardiología, Hemodinamia y Cuidados Intensivos en adultos y pediátricos.

¿Cómo se reorganizaron los Servicios de Laboratorio y Ecografía?

El Laboratorio pasó de estar tercerizado a conformar un verdadero Centro de Análisis Clínicos, con un laboratorio de alta complejidad que funciona las 24 horas en las áreas de Hematología, Química Clínica, Endocrinología, Microbiología, Inmunología y marcadores virales y tumorales, entre otros. Tiene un equipamiento de última generación y en marzo pasado fue certificado ISO 9001.

En cuanto al Servicio de Diagnóstico por Imágenes en Ultrasonido, también seguimos incorporando equipamiento, y se

realizan todo tipo de ecografías, estudios cardíacos, estudios vasculares periféricos, y por supuesto, procedimientos intervencionistas guiados por ecografía.

Trabajamos asociados a Diagnóstico Maipú en forma permanente para la realización de tomografía computada, tomografía por emisión de positrones (PET CT) y resonancia nuclear magnética para nuestros pacientes de guardia e internados.

¿Cómo están funcionando los Servicios de Hemodinamia y Cardiología intervencionista actualmente?

El Servicio de Hemodinamia está activo las 24 horas del día, de los 365 días del año. Al ser un factor clave para la evolución de los pacientes, el equipo médico en Cardioimágenes y Neuroimágenes está on call en forma permanente.

¿Cómo quedó conformado el Servicio de Guardia?

Nuestra guardia cuenta con las cinco especialidades principales (Clínica Médica, Traumatología, Ginecología-Obstetricia, Pediatría y Cirugía) y se encuentra activa las 24 hs. todos los días del año. Trabaja integrada con todos los servicios de Internación. Actúa también como centro de demanda espontánea, y junto al staff funciona un equipo de especialistas interconsultores que intervienen en caso de ser necesario.

¿El Centro Quirúrgico también tuvo cambios?

El centro tiene cuatro quirófanos amplios y una sala de procedimientos, que se renovaron no sólo a nivel edilicio, sino también de la aparatología e instrumental. La planta física tiene ahora aire acondicionado central y columna de gases (oxígeno, óxido nitroso, aire comprimido y vacío) y posee su propio equipamiento de esterilización.

¿Y las áreas de Internación y Terapia Intensiva?

La Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad Coronaria quedaron en dos pisos exclusivos para pacientes de alta complejidad general, politraumatizados y cardiológicos. Hay monitoreo central en las habitaciones individuales que permite el control absoluto, permanente y cercano del paciente crítico.

¿La Clínica cuenta con actividades de formación de profesionales?

Sí, desde junio de este año estamos afiliados a la U.B.A., por lo que, inicialmente, participaremos en la capacitación de cirujanos de programas de postgrado en nuestros servicios de Cardiocirugía Central y Cirugía Vascul Periférica. También trabajamos con la modalidad de becarios en el Servicio de Medicina Interna formando parte del programa de becas de Swiss Medical Group.

LA CLÍNICA OLIVOS EN NÚMEROS

- 6.500 m²
- 86 camas de internación en habitación individual
- 4 quirófanos + sala de procedimientos
- 8 consultorios de guardia
- 7 boxes de observación de guardia
- 1 shock room
- 5 servicios de atención ambulatoria:
 - Laboratorio
 - Radiología
 - Ecografía general
 - Ecografía cardíaca
 - Ergometría



Premio Konex - Diploma al Mérito 2013 para el Dr. Luis Prudent



Dr. Luis Prudent

Médico Neonatólogo

Consultor de los Servicios de Neonatología

Clínica y Maternidad Suizo Argentina Sanatorio de los Arcos

El pasado 17 de septiembre tuvo lugar en Buenos Aires la ceremonia de entrega de los premios Konex 2013. Allí fue distinguido el Dr. Luis Prudent como una de las cinco personalidades de mayor relevancia de la última década en la disciplina de Medicina Interna.

AEqualis conversó con él en ocasión de dicho reconocimiento.

¿Qué significa para usted este premio?

Más que un reconocimiento personal, lo es a todo un grupo de trabajo, porque yo no hubiera podido desarrollar proyectos asistenciales, docentes ni de investigación si no hubiera sido trabajando con un grupo de excelencia y sin el apoyo de instituciones como CyMSA (Clínica y Maternidad Suizo Argentina) y Fundasamin (Fundación para la Salud Materno Infantil).

Las tareas de investigación clínica son muy complejas y requieren de mucha gente. Muchos de nuestros estudios son multicéntricos e incluyen varios países, por lo cual, el premio puede ser un reconocimiento a mi persona por liderar los proyectos, pero en realidad el logro es de todo un grupo de profesionales de gran calidad y muy comprometidos.

¿Cómo se fue dando ese proceso de trabajo a lo largo de estos años?

Desde 1991, cuando CyMSA abrió sus puertas, tuvimos una primera etapa de organización del servicio desde el punto de vista asistencial y fuimos creciendo, llegando a tener en el último lustro más de 7.000 nacimientos por año.

Tenemos un Servicio de Neonatología con cuidados intensivos e intermedios, que comenzó cuidando 10 recién nacidos y ahora atiende permanentemente a más de 50. Se desarrollaron, simultáneamente, tareas de docencia e investigación y, como consecuencia de todo ello, la U.B.A. designó a CyMSA sede de la Carrera de Especialista en Neonatología. Los becarios y pos básicos en formación desarrollan sus propios proyectos de investigación, asesorados por el equipo de CyMSA y Fundasamin y con un gran apoyo del Comité de Docencia e Investigación de SMG. Todas estas acciones favorecieron el desarrollo de nuestro cuerpo profesio-

nal, que incluye al destacado equipo de Enfermería. Estamos convencidos y llevamos a la práctica el concepto de que enseñar y aprender es un mismo proceso que se retroalimenta permanentemente.

¿Sostienen la práctica de rotación hospitalaria?

Sí, hemos recibido profesionales de varios países de América Latina y de provincias de nuestro país. Este es el segundo año que recibimos residentes del hospital Garrahan, cuyos médicos en formación no tienen la posibilidad de atender a niños prematuros desde el nacimiento, por lo que sus autoridades consideraron que a través de la rotación con nosotros, podrían familiarizarse con el cuidado y seguimiento de embarazo de alto riesgo, recepción en sala de partos y cuidado de prematuros pequeños. De hecho, muchos de ellos hacen actualmente guardias en CyMSA y hemos establecido una relación institucional muy fluida.

¿Cómo está posicionado su grupo de trabajo a nivel mundial?

Es difícil ser objetivo, no pecar de soberbio y no ser excesivamente modesto. Creo que hemos logrado un lugar a través de muchos años de vinculación con miembros de las sociedades de investigación en EEUU y Europa, viajando y presentando nuestros trabajos, integrando comisiones, participando en revisiones de trabajos de investigación de las sociedades y de las publicaciones internacionales. Este año en Washington presentamos dos trabajos multicéntricos, uno con 1.250 pacientes y otro con casi 500 que fueron muy bien recibidos. Ambos trabajos, que requirieron años para ser completados, ya están en vías de publicación y recibieron primeros premios en el último Congreso Argentino de Neonatología.

A su criterio, ¿cuáles son las claves para que un Servicio funcione bien?

Que haya un balance entre asistencia, docencia e investigación, porque todo es parte de un mismo proceso, y esto es un permanente pero muy estimulante desa-

fío. Nosotros hemos tenido una intensa actividad asistencial y docente y una aceptable producción científica que se ha intensificado y hecho más sólida con el correr de los años.

¿Cuáles son las perspectivas en el campo de la investigación en Neonatología?

La investigación clínica y, en particular en Neonatología, está afectada por problemas de financiamiento. Lamentablemente hay pocas fuentes, y la industria farmacéutica no tiene mayor interés en nuestra disciplina. Como hecho auspicioso, desde hace unos años SMG está fomentando la investigación. Por ejemplo, nuestros becarios y pos básicos tienen, como parte esencial de su formación, un tiempo protegido para aprender a investigar y a desarrollar proyectos. Y a nivel del país, hay pocos grupos que investigan en Neonatología. Pero se necesita más investigación clínica, que indague las soluciones más adecuadas a los problemas locales de la salud materno infantil.

¿Qué temas son prioritarios a investigar?

El campo es amplísimo. Por ejemplo, se desconoce si la mejor alternativa para el cuidado de las madres y los niños en distintas poblaciones es la que se está utilizando en este momento. Por eso es importante conocer cómo utilizar los recursos para poder dar una atención médica de calidad que llegue a todos. Y eso no se puede hacer por “deducciones de escritorio”. Nosotros, desde FUNDASAMIN, tuvimos una experiencia en investigación

clínica aplicada muy interesante en Santiago del Estero. Se desarrolló un programa de atención de recién nacidos de bajo riesgo mejorando los cuidados localmente para evitar que fueran derivados al hospital central en la Capital, que está lejos y con sobreocupación de pacientes. Antes, se reacondicionaron los lugares físicos de atención y se capacitó a enfermeras y médicos. La realidad indicó que, si bien se puede alcanzar buena calidad asistencial, el gran desafío es asegurar la atención continua todo el año. Esta práctica resultaría en un avance enorme que, además, permitiría al niño continuar cerca de su madre y su familia, manteniendo la lactancia. Pero, todo esto tiene que ser probado de manera fehaciente a través de buenas investigaciones, que demuestren que no se agregan riesgos, que no surgen problemas imprevistos y que se puede hacer correctamente.

Según su visión, ¿hacia dónde se orienta la especialidad en los próximos años?

El campo es muy amplio y creciente, porque cada vez hay mayores posibilidades de realizar diagnósticos, cuidados prenatales y terapéuticos que permiten un mejor cuidado y sobrevida de bebés críticamente enfermos. Para esto hará falta personal altamente capacitado (médicos y enfermeros) así como una mejor distribución geográfica de los mismos. Por ello, profesionales con buena formación, vocación y entusiasmo tienen un gran desafío y un enorme futuro.

El Dr. Luis Prudent es médico (UBA) egresado con Medalla de Oro (1964). Realizó la residencia en Pediatría en el Hospital de Clínicas y en la Universidad de Nueva York. Siguió su formación de posgrado en Neonatología en las Universidades de Harvard y Columbia. En el área docente, fue instructor de Pediatría de la Universidad de Harvard, Profesor Adjunto de Pediatría de la Universidad del Estado de Pennsylvania, Prof. Titular de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires (de la cual fue Director del Departamento de Pediatría) y miembro del Consejo Superior y Profesor Titular Honorario del CEMIC. Es Director de la Carrera de Especialista en Neonatología de la UBA (sede CyMSA). Se desempeñó como Jefe de Neonatología del Hospital Posadas (Pcia. de Buenos Aires), del Sanatorio Otamendi y de CyMSA. Es Miembro Honorario Nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría, Miembro Titular de Society for Pediatric Research (EE.UU) y de otras asociaciones extranjeras. Actualmente preside FUNDASAMIN y es consultor de los servicios de Neonatología de CyMSA y del Sanatorio De Los Arcos.



LOS PREMIOS KONEX CIENCIA Y TECNOLOGÍA A LAS FIGURAS MÁS DESTACADAS DE LA ÚLTIMA DÉCADA (2003-2012)

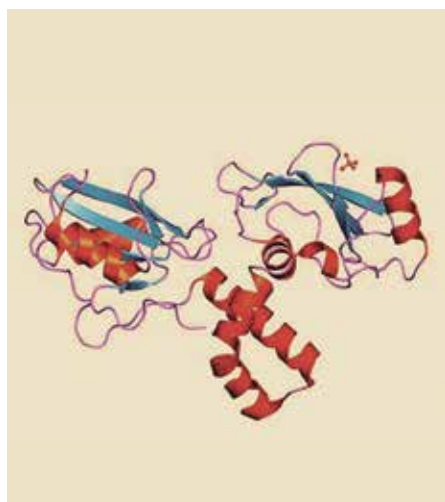
Desde 1980 distinguen a las personalidades e instituciones contemporáneas más valiosas en todas las ramas. En esta ocasión, se ha tratado de la 34° entrega de los Premios Konex y ha sido la cuarta destinada a la actividad de Ciencia y Tecnología (anteriormente considerada en 1983, 1993 y 2003).

El Gran Jurado fue presidido por el Dr. Mario A. J. Mariscotti e integrado por 20 personalidades, todas anteriormente premiadas Konex, quienes votaron a las 5 personalidades o instituciones que ostentaran las trayectorias más destacadas, por cada una de las 20 disciplinas de la actividad. Las 100 resultantes recibieron los Premios Konex-Diplomas al Mérito en un acto público celebrado en la Ciudad Cultural Konex.

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:

Ruxolitinib para mielofibrosis



Ruxolitinib contiene inhibidores JAK1 y JAK2.

Descripción

La mielofibrosis es un trastorno mieloproliferativo poco frecuente (0,5-1,5 casos cada 100.000 habitantes/año) que puede ser de causa primaria o secundaria. La mayoría de los pacientes son mayores de 60 años al momento del diagnóstico. Se manifiesta por recuentos de células sanguíneas anormales, esplenomegalia y síntomas debilitantes (fatiga, pérdida de peso, debilidad, dolor abdominal, caquexia, prurito, sudores nocturnos, dolor óseo). Muchos de los pacientes presentan mutado del gen JAK2, postulándose su rol en la patogenia de la enfermedad. La sobrevida oscila entre 2 y 11 años (mediana de 3,5 a 5,5 años) y se relaciona con la presencia o no de factores de riesgo tales como: edad mayor de 65 años, anemia, leucocitosis marcada y blastocitos circulantes $\geq 1\%$.

En la actualidad, no se ha demostrado que los tratamientos farmacológicos habitualmente utilizados alteren la evolución natural de la enfermedad o prolonguen la sobrevida, por lo que son considerados paliativos. La excepción es el trasplante de médula ósea, pero la mayoría de los pacientes no son candidatos a este tratamiento.

Ruxolitinib es un inhibidor de la proteína quinasa que actúa sobre la señalización de JAK2. Es propuesto como una nueva droga que podría mejorar la esplenome-

galia, los síntomas generales asociados y la sobrevida global. Se administra vía oral en dos tomas diarias. Fue aprobado a fines de 2011 por la FDA de EE.UU. y a mediados del año pasado en Europa. En el primer semestre de este año, la ANMAT lo aprobó para el tratamiento de pacientes con mielofibrosis primaria o secundaria a policitemia vera o trombocitopenia idiopática.

Evidencia disponible

La presente evaluación incluyó dos ensayos clínicos controlados aleatorizados, una evaluación de tecnología sanitaria y cuatro políticas de cobertura. Los ensayos son de buena calidad metodológica y demuestran que ruxolitinib vs. placebo o la mejor terapia disponible, mejora la esplenomegalia y la mayoría de los síntomas asociados a la enfermedad, aumentando la calidad de vida. Comparado con placebo, podría mejorar la sobrevida, pero esto no ha sido demostrado cuando se lo compara con la mejor terapia disponible. El perfil de seguridad es aceptable. Una Evaluación de Tecnología Sanitaria del NICE (Reino Unido) no recomienda su uso para estos pacientes.

Conclusiones

Aunque por el momento no ha demostrado mejorar la sobrevida cuando se lo compara con el tratamiento estándar, el ruxolitinib mejoraría los síntomas asociados a la mielofibrosis, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Se desconoce su eficacia y seguridad más allá de los seis meses de iniciado el tratamiento.

Políticas de cobertura

Todas las políticas de cobertura estadounidenses consultadas cubren esta droga en casos específicos de mielofibrosis. En nuestro país, el costo mensual de tratamiento es de aproximadamente \$20.000. Swiss Medical Medicina Privada brindará cobertura de esta medicación bajo criterio de auditoría médica, a pacientes con mielofibrosis de intermedio-alto riesgo, primaria o secundaria a policitemia vera o trombocitopenia idiopática, con esplenomegalia, resistente a tratamientos convencionales.

Alerta farmacológica

La FDA suspende la venta de ponatinib

Dr. Darío Scublinsky

Médico especialista en Reumatología y Farmacología

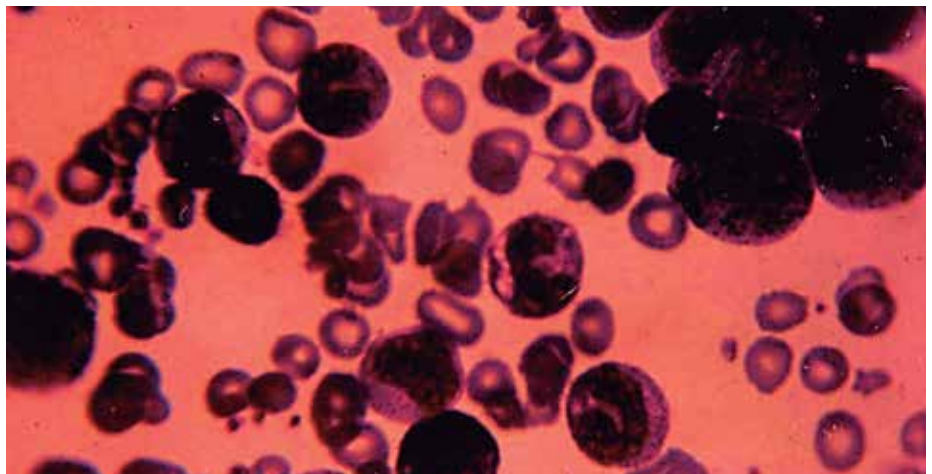
Docente Cátedra I de Farmacología

Facultad de Medicina (UBA)

Swiss Medical Group

Ponatinib es un inhibidor de la tirosina quinasa indicado para el tratamiento de los pacientes adultos crónicos con leucemia mieloide crónica (LMC) en fase acelerada o fase blástica que son resistentes o intolerantes a la terapia inhibidora tirosina quinasa previa o para el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+) resistente o intolerante a la terapia tirosina quinasa previa.

perfusión de extremidades, resultando en daño tisular y requiriendo procedimientos quirúrgicos urgentes para restaurar el flujo. En algunos pacientes, los eventos adversos fatales o serios ocurrieron a las dos semanas de comenzar la droga. Los estudios de fase 1 y 2 no incluyeron un grupo control, por lo que no es posible determinar la relación entre los eventos adversos y ponatinib. De todas maneras, la tasa de



Leucemia mieloide crónica

Recientemente, la U.S. Food and Drug Administration (FDA) suspendió la indicación y comercialización de ponatinib por el riesgo de trombosis arterial y venosa, y estrechamiento severo de vasos sanguíneos, desde su aprobación en diciembre de 2012. De modo que por el momento, no se deberán incluir nuevos pacientes bajo tratamiento con dicha droga. Aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento actual con ponatinib –por indicación de la autoridad regulatoria– deben discutir con sus médicos los riesgos y beneficios de la continuación del tratamiento con dicha droga y tomar la determinación de seguir el medicamento o suspenderlo en ese contexto.

De acuerdo a análisis recientes, el 24% de los pacientes en la fase 2 de investigación (con una media de duración de tratamiento de 1.3 años) y aproximadamente el 48% de los pacientes en la fase 1 (media de la duración de tratamiento de 2.7 años) experimentaron eventos adversos vasculares severos, incluyendo ataque cardíaco fatal y de riesgo vital, ACV, pérdida de la

aumento en los eventos sugiere fuertemente que muchos están relacionados a la droga. Al momento, la FDA no puede identificar un nivel de dosis o duración en la exposición que resulten seguros.



Ponatinib podría aumentar el riesgo de estrechamiento severo de los vasos sanguíneos y de trombosis arterial y venosa

Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería según la opinión del paciente y el enfermero

Primera mención "Trabajo Científico" en VIII Jornada de Enfermería de Swiss Medical 2013.

Lic. Daniel Chagallo
 Lic. Patricia Rebollo
 Lic. Elida Gamarra
 Lic. Ma. Esther Figueras
 Lic. Luján Nanio
 Lic. Adriana Scavone

Internación General
 Sanatorio de los Arcos
 Swiss Medical Group

En las clínicas que pertenecen a Swiss Medical Group, garantizar la calidad de atención es una prioridad fundamental. Por tal razón, constantemente se evalúan informes con el objetivo de implementar estrategias profesionales que aseguren no solo calidad técnica sino también calidad de contacto por parte de los equipos de salud. Son numerosos los estudios acerca del grado de satisfacción de los pacientes durante una internación. Como equipo de gestión de Enfermería de Internación General, nos propusimos relevar el grado de satisfacción de nuestros pacientes y correlacionarlo con el que tienen los profesionales de Enfermería que los asisten. Dicha información contribuiría a diseñar futuras estrategias de mejora en la calidad de atención, en caso de ser necesario.

Diseño y objetivos

Se trató de un estudio descriptivo cuantitativo correlacional de corte transversal realizado por medio de encuestas anónimas a pacientes (N=50) y profesionales de Enfermería (N=50) entre marzo y abril de 2013. El lugar del estudio fue el Servicio de Internación General del Sanatorio de los Arcos. El muestreo fue aleatorio al momento del egreso. Los criterios de inclusión para el grupo de pacientes fueron: mayores de edad, lúcidos y orientados témporo-espacialmente y que hubieran permanecido por más de tres días internados en el Servicio. Se excluyeron aquellos con padecimientos psiquiátricos, y pacientes terminales y crónicos desorientados en tiempo y espacio. El objetivo fue conocer la percepción de la calidad de atención de Enfermería desde la perspectiva del paciente y del personal de Enfermería.

Resultados

Los resultados obtenidos en las encuestas a pacientes muestran que la mayoría (68%) considera la calidad de atención recibida como "excelente", seguida de "muy buena" y "buena". Para el grupo de enfermeros, los resultados difieren, ya que el 61% considera que la atención que brinda a sus pacientes es "muy buena", seguida respectivamente por "buena", "excelente" y regular. Cabe mencionar que ninguno de los grupos utilizó la valoración "mala" al responder.

Los ítems buscaban medir 4 aspectos del cuidado: arte, calidad técnica, disponibilidad y continuidad. El resultado de las encuestas se muestra desagregado por cada categoría en tablas 1 y 2.

TABLA 1. VALORACIÓN DE ASPECTOS DEL CUIDADO SEGÚN PACIENTES

	excelente	muy bueno	bueno	regular
arte	66%	31%	3%	-
calidad técnica	68%	28%	4%	-
disponibilidad	73%	23%	4%	-
continuidad	69%	25%	3%	3%

TABLA 2. VALORACIÓN DE ASPECTOS DEL CUIDADO SEGÚN PROFESIONALES

	excelente	muy bueno	bueno	regular
arte	16%	67%	17%	-
calidad técnica	13%	58%	28%	1%
disponibilidad	17%	50%	32%	1%
continuidad	13%	66%	21%	-
resultado de la atención	17%	63%	20%	-

El grupo de profesionales respondió adicionalmente a ítems que midieron la categoría "resultado de la atención", mostrando cómo percibe la devolución que le hace el paciente sobre su cuidado.



Conclusiones

Los resultados del estudio permitieron identificar que el grupo de pacientes otorgó mayor puntuación a todas las dimensiones del cuidado de Enfermería evaluadas: disponibilidad de cuidado, artes del cuidado, calidad técnica y continuidad del cuidado. Por lo que es posible afirmar que los pacientes perciben mayor calidad en el cuidado de Enfermería que los profesionales.

Programas médicos

Aspectos psicológicos y educación terapéutica en diabetes mellitus

Lic. Patricia Eiberman

Psicóloga y Lic. en Ciencias de la Educación
Educatora Certificada en Diabetes (SAD)
Swiss Medical Medicina Privada
peiberman@hotmail.com

“Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores. Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos. Pero hay los que luchan toda la vida, esos son los imprescindibles” (Berthold Brecht).

Dados los cambios a los que tiene que avenirse la persona con diabetes a partir del diagnóstico, se produce un gran impacto emocional. Los procesos que se inician para adecuarse a la nueva situación de vida, generan emociones difíciles de tramitar, que se expresan tanto en el plano afectivo como cognitivo.

La condición de cronicidad requiere que el paciente asuma un rol pro-activo en el autocuidado. Así, a partir del diagnóstico, llevará adelante un conjunto de tareas organizadas en relación a los **pilares del tratamiento**: alimentación, medicación, ejercicio físico y automonitoreo y ajustadas de modo simultáneo, dada la dinámica particular de su interacción.

Aspectos emocionales y diabetes

La llegada de la enfermedad crónica, sumada a las complejas y específicas tareas que implica asumir su tratamiento, produce un *efecto traumático* a nivel emocional. Se trata de un *nuevo estado de situación vital*: llevar adelante el proyecto de vida con una enfermedad que aún no tiene cura, gerenciar y coordinar las tareas de autocuidado en cada asunto específico del tratamiento.

Este cambio imprevisto conlleva la emoción de pérdida de un estado de salud que se suponía “sin fecha de vencimiento”. Por eso, es frecuente escuchar: “¿cómo puede ser?”, “yo no tenía nada!”, “se deben haber equivocado” como muestras del fuerte impacto de la noticia diagnóstica y de la dificultad para elaborar su aceptación.

Por otro lado, aceptar cambios y límites, aprender la información necesaria sobre cada pilar del tratamiento, quizás bajar de peso y mantenerlo, ordenar el plan de tratamiento diario, auto-monitorearse en la frecuencia indicada, resolver situaciones problemáticas y especiales, son algunos de los hábitos y estrategias que requerirán aprendizaje, elaboración y atesoramiento de este caudal de recursos especializados. Lo que también implica aspectos emocionales.

Las etapas

Son conocidas las etapas a partir del diagnóstico y la posterior convivencia con la enfermedad: shock inicial, negación, rebeldía, negociación, tristeza-depresión, aceptación con recuperación de la esperanza de poder vivir bien aún con diabetes. Estas no se suceden en orden necesariamente cronológico, pudiendo convivir algunas simultáneamente. Asimismo, el paciente puede estar cursando una etapa y su entorno afectivo otra, lo que supondrá, afrontar dichos efectos.

Educación terapéutica

La educación terapéutica (ET) tiene por objetivo formar a los pacientes en la auto-gestión y la adaptación al tratamiento de su enfermedad, y ayudarlos a preservar la calidad de su vida cotidiana (OMS, 1998). Los últimos desarrollos especializados¹ proponen la formación del paciente y su entorno afectivo a fin de lograr su “empowerment” (fortalecimiento): que disponga de la información, habilidades y estrategias procedimentales y de resolución de problemas, convirtiéndose gradualmente en “su propio gestor”, comprometido con su tratamiento y autocuidado.

Asimismo, la ET debe prevenir las complicaciones y mantener o mejorar la *calidad de vida*, trabajando en la dirección de la participación activa a la vez que acoplando las limitaciones que impone la enfermedad. Será necesario también, trabajar en la *resolución de situaciones problemáticas específicas* de cada persona y en cada etapa.

Finalmente, la ET *evalúa los objetivos propuestos*, a fin de realizar los ajustes necesarios en acuerdo con el paciente (ej. mejorar el valor de la hemoglobina glicosilada y la variabilidad glucémica).

Las complicaciones de la diabetes y sus efectos negativos en lo individual, social y económico, pueden prevenirse en gran medida con el control de la hiperglucemia y de los factores de riesgo cardiovascular asociados. **La prevención de las complicaciones requiere de la participación comprometida del paciente en el control y tratamiento de su enfermedad.**

REFERENCIAS

1 - Manual de educación terapéutica en diabetes. Daniel Figuerola. Ediciones Díaz de Santos, España, 2011.

Algunas consideraciones sobre la Ley Nacional de Salud Mental y su reglamentación

Dra. Melina E. Rafanelli

Abogada

Coordinadora Gcia. Corporativa de Legales

Swiss Medical Medicina Privada



La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 entró en vigencia el día 3 de Diciembre de 2010 y fue reglamentada con posterioridad por Decreto 603/13 (Boletín Oficial, 29 de Mayo de 2013), otorgándole así, operatividad a sus disposiciones.

Su objetivo es la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimientos mentales que se encuentren en el territorio nacional. En esa línea, la Ley regula cuidadosamente el abordaje de la problemática por parte de los profesionales y servicios de atención del campo de la salud mental, a fin de avanzar en el reconocimiento y ampliación de derechos para los pacientes.

En el presente comentario, analizamos sus principales disposiciones, que establecen la modalidad de abordaje de atención para los profesionales e instituciones intervinientes.

Abordaje de atención de la salud mental a partir de la nueva Ley: disposiciones principales

Modalidad de atención por equipos interdisciplinarios

Se promueve la atención de la salud mental a cargo de equipos interdisciplinarios (EIN) integrados por profesionales y técnicos en las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas acreditadas por la autoridad competente, siendo dicha enumeración no taxativa.

El EIN deberá partir siempre de la presunción de capacidad de las personas. El diagnóstico de padecimiento mental no autoriza a presumir incapacidad o riesgo

de daño, debiendo ello surgir únicamente de la evaluación del caso particular en un momento determinado.

Consentimiento informado

Se deberá solicitar a la persona con padecimientos mentales, su consentimiento informado respecto de los tratamientos que se le indiquen (conf. Ley 26.529), debiendo el EIN brindar información sobre los mismos a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión y dejando constancia de ello en la historia clínica.

Resguardo de los derechos de las personas

Los profesionales y servicios de atención, deberán promover el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales, inclusive durante la internación del paciente. En tal sentido, las derivaciones fuera del ámbito comunitario del mismo, sólo corresponderán si se realizan a lugares donde cuente con mayor apoyo y contención social o familiar. En cuanto a la prescripción de medicamentos y de otras medidas terapéuticas, procederá cuando medien fines terapéuticos que respondan a las necesidades fundamentales del paciente, promoviendo tratamientos de abordaje interdisciplinario.

Internaciones voluntarias e involuntarias

Acorde con la finalidad de resguardar los derechos fundamentales de las personas con padecimientos mentales, entre ellos, el derecho a la libertad, las normas establecen que la internación será un recurso de carácter restrictivo, aplicable solo cuando aporte mayores beneficios

que las restantes alternativas terapéuticas. Debiendo ser lo más breve posible y no pudiendo utilizarse para resolver problemáticas sociales o de vivienda.

La internación puede ser voluntaria o involuntaria. En ambos supuestos, dentro de las 48 horas, toda disposición de internación deberá cumplir los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral con descripción de la situación particular de la persona y de las probables causas de su padecimiento, y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales de la institución donde se realice la internación, que deberán ser de distinta disciplina y uno de ellos necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; b) Búsqueda de datos sobre la identidad y el entorno familiar, que deberán asentarse en la historia clínica. Cuando la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución conjuntamente con los organismos públicos correspondientes deberán realizar averiguaciones para conseguir dichos datos, a fin de propiciar el retorno del paciente al marco familiar y comunitario lo antes posible; c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal. El mismo será válido cuando se preste en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante la internación dicho estado se perdiera, debiendo procederse en ese caso, como si se tratase de una internación involuntaria.

Las internaciones voluntarias son aquellas donde media consentimiento de la persona con padecimientos mentales, es decir que el consentimiento debe ser siempre personal. La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir el egreso de la internación, salvo si existiera riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, en cuyo caso deberá procederse conforme procedimiento para las internaciones involuntarias. Cuando las internaciones voluntarias se prolonguen por más de 60 días corridos, el EIN deberá comunicarlo al órgano de revisión de la Ley y al juez, quien deberá evaluar si la internación continúa con carácter voluntario o si debe considerársela involuntaria.

La internación involuntaria debe ser un recurso terapéutico excepcional cuando

no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo procederá cuando, a criterio del EIN, mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros -contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros-.

Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome sobre su tratamiento.

Además de los requisitos comunes de toda internación, deberán agregarse: a) Dictamen del servicio asistencial que realice la internación que determine la situación de riesgo cierto e inminente, con firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas.

La internación involuntaria debe notificarse en el plazo de 10 horas al órgano de revisión de la Ley y al juez competente, quien deberá autorizar, rechazar la internación o solicitar informes ampliatorios o peritajes para evaluar el caso.

El alta, externación o permisos de salida son facultad del EIN y no requieren autorización del juez, aunque debe informarse al mismo en caso de internación involuntaria. En tal sentido, el juez debe solicitar informes cada 30 días como máximo, a fin de reevaluar si persisten causales de internación, pasados los 90 días deberá solicitar al órgano de revisión una reevaluación con EIN no actuante anteriormente. El alta, externación o permisos de salida son facultad del EIN y no requieren autorización del juez, aunque debe informarse al mismo en caso de internación involuntaria.

Internaciones de personas menores de edad y/o incapaces

En estos casos, se deberá seguir el procedimiento de las internaciones involuntarias, ofreciendo al paciente alternativas terapéuticas de manera comprensible, recabando su opinión (y la de los padres

o representantes legales, según el caso) y consentimiento informado, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Situaciones de riesgo en las que intervienen las Fuerzas de Seguridad

Las Fuerzas de Seguridad que tomen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. En tal sentido, mediante Res. 506/2013 el Ministerio de Seguridad aprobó las pautas para la intervención de las mismas con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucren a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias.

Prohibición de crear nuevos manicomios

Se prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes públicas o privadas. Las existentes deberán adecuarse a los objetivos y principios de la nueva normativa. Las internaciones psiquiátricas deben realizarse en hospitales generales (públicos y privados), el rechazo de pacientes será considerado acto discriminatorio (Ley 23.592).

Conclusiones

La nueva normativa propone un cambio de paradigma, donde la salud mental deja de ser considerada exclusivamente desde la óptica médica, propiciándose una mirada interdisciplinaria del tema, con el fin de garantizar a las personas con padecimientos mentales el pleno goce de sus derechos. Asimismo, el nuevo régimen pone en cabeza del paciente y del sector médico-asistencial la decisión sobre internaciones, reservando la actuación del juez para autorizar, rechazar y/o controlar las mismas. Estos cambios representan un desafío para toda la comunidad y en especial para el sistema de salud, que constituye un actor fundamental para que los objetivos propuestos por la nueva legislación puedan cumplirse.

Eventos

Curso teórico-práctico

Jefferson Ultrasound Institute - JUREI Argentina



Desde el 30 de agosto al 15 de noviembre de 2013

Auditorios de Clínica y Maternidad Suizo Argentina y Sanatorio de los Arcos

Organizado por: Swiss Medical Group, JUREI Argentina y revista "Diagnóstico".

El curso de este año fue dividido en cuatro sesiones, cada una de las cuales abordó temáticas particulares de gran vigencia en el campo: "actualización de doppler vascular", "ecografía pediátrica", "enfoque integral de ecografía 3D-4D" y "urgencias ecográficas de Obstetricia y Ginecología", contando con la dirección de los **Dres. Christian Schulte, Fernando Gentile, Adriana Cottini y Mabel Poncelas**, respectivamente.



4ta. Semana del Prematuro

30 de septiembre, 1 y 2 de octubre de 2013

Clínica y Maternidad Suizo Argentina y del Sanatorio de los Arcos, C.A.B.A.

Los Servicios de Neonatología invitaron a padres y niños prematuros que se encuentran dentro del "Programa de seguimiento de recién nacidos de alto riesgo", a participar de juegos, compartiendo bailes y canciones con médicos y enfermeras. El motivo fue la conmemoración de la Semana del prematuro, bajo consignas como: "La prematuridad se puede prevenir, en muchos casos, mediante un control adecuado del embarazo".



1er. Congreso Binacional Argentino-Chileno 23 Congreso Argentino de Terapia Intensiva

19 al 22 de septiembre de 2013

Hotel Intercontinental, Mendoza.

XXIV Congreso Interamericano de Cardiología

18 al 20 de octubre de 2013

Centro de Convenciones La Rural, C.A.B.A.

La **Lic. Mariela Quintana Honores**, Supervisora de turno en Neonatología del Sanatorio de los Arcos, participó como expositora en ambos eventos, disertando sobre "Cuidados de la piel de recién nacido" y "Comunicación interauricular y foramen oval permeable en el neonato" respectivamente.





13th International Congress of the International Federation of Infection Control

2 al 4 de octubre de 2013

Panamericano Hotel & Resort, C.A.B.A.

La **Lic. Marisa Paniagua**, Supervisora en Control de Infecciones del Sanatorio de los Arcos, participó como disertante y formó parte del Comité de certificación y recertificación de enfermeras en control de infecciones de Argentina, a través del tema "Modelos de educación en control de infecciones" junto a Bruce Gamage de Canadá, Craig Gilliam de EE.UU., Pola Brener de Chile y Laura Vernazzi de Argentina, quienes son exponentes de la temática a nivel mundial.

VIII Curso de Precongreso de Cardiología

"La cardiología a través del caso clínico"

17 de octubre de 2013

Auditorio de Clínica y Maternidad Suizo Argentina, C.A.B.A.

Como cada año, se realizó este encuentro que nuclea a destacados especialistas en la disciplina. En esta edición, hubo sesiones sobre Electrofisiología ("taquicardia ventricular en corazón sano") y cardiopatías congénitas del adulto ("defectos septales frecuentes"). Se hicieron presentaciones de pósters y se discutió acerca de temas de gran actualidad, como "estado actual de los nuevos anticoagulantes: dabigatrán y rivaroxaban" y "desde el consultorio a las guías de práctica clínica".



DISTINCIONES

Premio Raíces 2013

La **Lic. Graciela Rojas**, Jefa del Dpto. de Enfermería del Sanatorio de los Arcos, recibió la Medalla de Honor del "Premio Raíces 2013" a la Ciencia por su desempeño ejemplar en la especialidad de la Enfermería de la República Argentina. Este reconocimiento, que por primera vez se otorga a la disciplina, premia la trayectoria de aquellas personalidades que se considera están forjando un camino de excelencia en las diferentes áreas del ámbito científico.



Clínica Pediátrica San Lucas de Neuquén: residencia en Pediatría acreditada con categoría "A"



La residencia comenzó en el año 2002, siendo acreditada por la Asociación Argentina de Pediatría en el año 2005 y por la Facultad de Medicina del Comahue en el año 2007. En el mes de noviembre, ha recibido el certificado del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

El mismo certifica que la residencia Médica de Pediatría de la Clínica Pediátrica San Lucas de la Provincia de Neuquén ha sido acreditada en la categoría A, por un período de 5 años, por disposición de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud.

Caleidoscopio *

COLUMNISTA INVITADO: Dr. Alberto García Fernández
Médico especialista en Dermatología
Swiss Medical Medicina Privada



Mi relación con la música comienza en la infancia, cuando en la casa familiar se escuchaba frecuentemente tango, clásico, folklore, jazz, por la radio. Una actividad que compartíamos en familia era juntarnos a tocar y cantar. A mis siete 7 años habíamos armado un dúo folklórico con mi hermano, quena, bombo y canto.

Asistí al Collegium Musicum en su reciente comienzo, incorporé el estudio de guitarra clásica y más tarde bossa nova con Agustín Pereyra Lucena, ya combinando con el ejercicio de la medicina.

Progresivamente me fui volcando al canto y empecé a participar en un coro de música popular y clásica del colegio de mis hijos, bajo la dirección de Andrés Tolcachir. Estudié canto varios años con Amalia Estévez y actualmente continúo con Flora Gril, participando en coros de ópera en varias oportunidades.

Desde hace once años integro el **"Coro Cosa de Negros"**, que interpreta jazz como género principal y también sus derivados musicales más cercanos. Si bien la temática es elegida por su director Camilo Reiners, el proceso creativo se maneja grupalmente, generando una impronta propia. El trabajo en equipo y la complementariedad son algunas de nuestras

fortalezas, anteponiendo el desarrollo del proyecto musical a los personales.

Es un coro bastante atípico en su formato de presentación porque incluye partes de actuación y danza, un cuarteto o quinteto instrumental, integrando al público en cada puesta.

Algunos de nuestros espectáculos fueron también grabados, como "Porgy & Bess" y "Veladas a puro Cháss". Actualmente estamos presentando "Freedom", show escénico coral instrumental, que trata sobre la libertad desde diversas perspectivas relacionándolas con la esclavitud y la segregación racial de mediados del siglo XX, interpretando spirituals y soul, en un marco coreográfico con importante interacción entre nosotros.

La música ha sido y es para mí un refugio y me ha despertado siempre un sentido de pertenencia. El hecho de cantar es seguramente una manera de comunicarse, de transmitir y de poner en uno mismo, las diferentes sensaciones y sentimientos que la misma música provoca.

Cantar jazz grupalmente plantea diferentes complejidades comparado con cantar música clásica, pero ambas, al margen del desafío, me proveen un gran disfrute. Me exige tiempo y esfuerzo para compatibilizar con mi tarea asistencial, pero la gratificación es tal, que no hace más que retroalimentar la pasión.

<http://www.corocosadenegros.com.ar/>



Reseña de libro *

Por: Alma Vanina Estrella

Ayudar a morir

Dra. Iona Heath (con un prefacio y doce tesis de John Berger)

Katz Editores

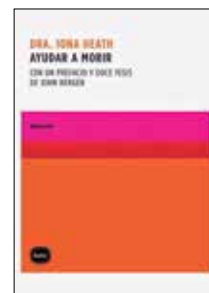
126 págs.

Este pequeño e intenso libro de bolsillo alberga un ambicioso proyecto. Su autora (médica generalista, ex presidente del Comité de Ética del *British Medical Journal*) lo define como su propia "cresomatía anotada para un lenguaje de la muerte". Con esa palabra, los antiguos griegos designaban un género literario que consiste en la selección de las mejores citas de una obra o literatura, destinada a ejercitar en el aprendizaje de

una lengua. De ese modo, Iona Heath combinó muchas citas literarias y filosóficas con reflexiones derivadas del propio ejercicio de la medicina a lo largo de su vida. Y, sirviéndose de un amplio acervo y de la complicidad intelectual del escritor John Berger, buscó instalar complejas preguntas entre los profesionales de la salud: ¿Cómo debería ser una "buena muerte"? ¿Cómo dialogar con quien está por morir? ¿Cómo evitar el ensañamiento terapéutico? ¿Cómo tomar decisiones que contemplen siempre la experiencia de vida y la dignidad de los pacientes?

Se trata de un llamado ético a recuperar el papel tradicional de los médicos como "compañeros-en-la-muerte", en una época de incansables avances científicos y tecnológicos que prolongan la vida. En suma: frente a más tecnociencia, más humanismo.

Vale como advertencia al lector, que será necesario disponerse a acoger conceptos que pueden resultar algo infrecuentes, tanto por su contenido como por el estilo con el que son presentados. Por citar algunos: que la muerte es parte de la vida, que existe más de un modo de morir para una misma persona, que la enfermedad, el dolor y la muerte son menos atemorizadores si se reflexiona sobre ellos, que la muerte puede ser una experiencia enriquecedora para quien está muriendo y quienes lo sobreviven, o que el médico ve en el moribundo el fantasma de su propia muerte. Un libro para seguir ampliando los límites del pensamiento y la clínica.





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