



# HIGA PROF. DR. RODOLFO ROSSI

XXXVI Jornadas Científicas  
"Dr. Juan Fraguela"

**/// Boletín nº 5**





## **AUTORIDADES**

### **Directora Ejecutiva**

Dra. María Cecilia Jaschek

### **Directores Asociados**

Lic. Cecilia Fasano

Dr. Guillermo Marti

Dra. Violeta Hernández

Cra. Gladys Cárdenas

### **Producción y diseño editorial**

CS. Débora Villalba

Lic. Emiliano Cabana Bezpálov

### **Docencia e Investigación**

Dra. María Celina Méndez

Dra. Gabriela Ranchilio

Sra. Silvina Bruzzone

### **Jurado Externo**

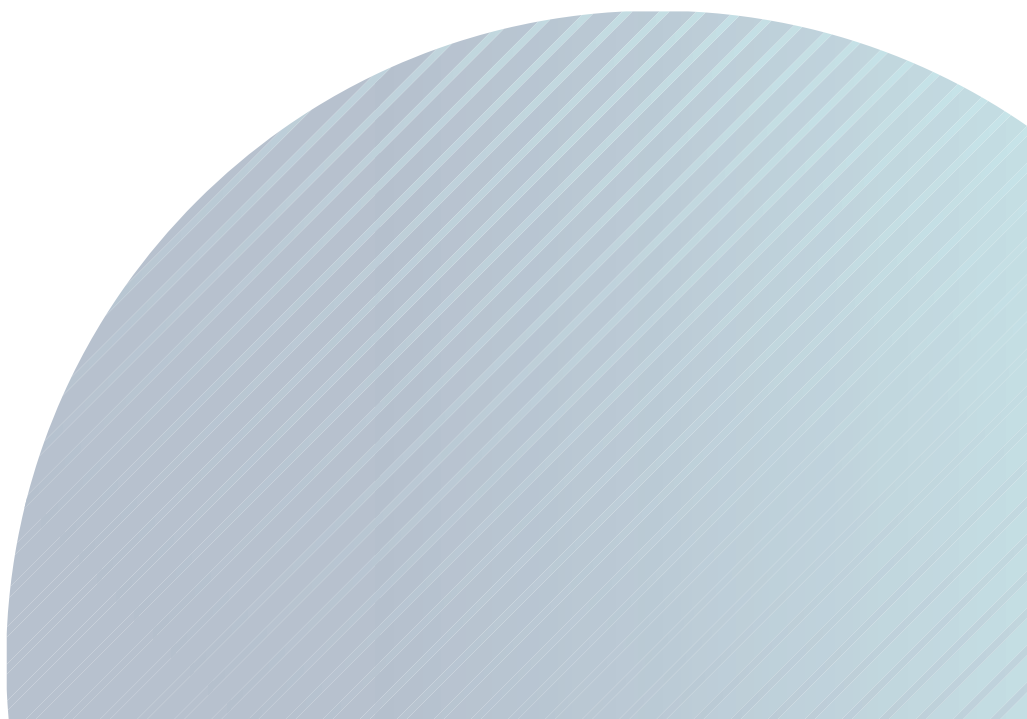
Dra. María González Arzac

Dr. Carlos Feller

Dra. Alicia De Falco

# Índice

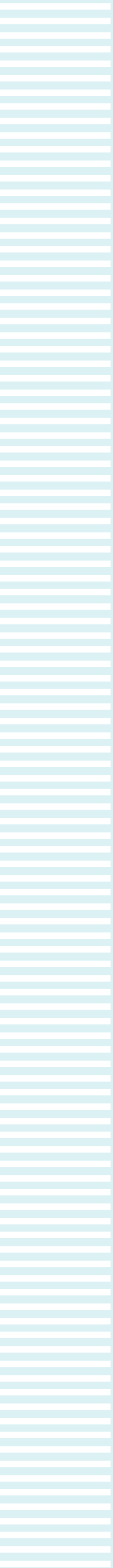
- p.4 **Editorial.**
- p. 6 **Conferencia: “Estrategias de cuidados progresivos de pacientes. Experiencia del Hospital Belgrano de San Martín”.  
Dr. Nicolás Rodríguez.**
- p. 9 **Mejor trabajo.**
- p. 11 **Menciones especiales.**
- p. 33 **Relato de experiencia**



# EDITORIAL

Desde 1986, el Servicio de Docencia e Investigación ha organizado las Jornadas Científicas del HIGA Rossi, con el compromiso de dar a conocer anualmente una parte significativa de la producción científica e intelectual de los trabajadores del Hospital. Las Jornadas Científicas implican el encuentro e intercambio sobre temas relevantes de salud entre profesionales de diversas disciplinas que de otro modo no sería posible debido a las responsabilidades y tareas cotidianas. De las XXXVI Jornadas participaron más de 150 profesionales, se presentaron 49 trabajos y se expusieron 17 disertaciones. En este marco y a través del análisis de los resúmenes recibidos, surgió una nueva categoría de presentación, el relato de experiencia. Este describe aquellas experiencias que nos interpelan y nos hace reflexionar, que no podemos enmarcar en una metodología científica, pero enriquecen las perspectivas, discusiones y prácticas profesionales. La escritura del relato contribuye a reconstruir y dar significado a la tarea diaria, reconfigurando su sentido y generando otros nuevos. También nos ayuda a distanciarnos de ella como oportunidad para la reflexión y la imaginación. Agradecemos y felicitamos a los participantes y renovamos nuestra expectativa de superación para la próxima Jornada Científica.

El tema que nos convocó para la apertura de las XXXVI Jornadas fue la internación por cuidados progresivos, con la presencia del Dr. Nicolás Rodríguez, Director Ejecutivo del Hospital Belgrano de San Martín, y su presentación: “Estrategias de cuidados progresivos de pacientes”. Implementar



un sistema de cuidados progresivos significa un desafío para el Hospital, ya que implica una organización y disposición del personal (tanto médico como de enfermería) e instalaciones, alrededor de las necesidades de cuidado de los pacientes, independientemente de las especialidades. Es un cambio de paradigma que requiere, no sólo modificaciones de tipo organizacional sino, y por sobre todo, un abordaje integrador interdisciplinario, a fin de lograr los mejores niveles de calidad y seguridad del paciente. Esta primera aproximación nos convoca a revisar nuestras prácticas y abrir las conversaciones necesarias para avanzar sobre esta temática.

Por último, consideramos que la investigación en salud es una herramienta fundamental para identificar problemas de salud complejos, plantear estrategias innovadoras, comprender los aspectos económicos y la mecánica de los sistemas de salud, y así mejorar la calidad de vida de las personas que conforman nuestra comunidad.

**Gabriela Ranchilio**



# Conferencia

*“Estrategias de cuidados progresivos de pacientes. Experiencia del Hospital Belgrano de San Martín”*

**Dr. Nicolás Rodríguez. Médico especialista en Diagnóstico por Imágenes, Médico especialista en Medicina Social y Comunitaria, Diplomado en Economía Política de la Salud y Director Ejecutivo del Hospital Belgrano.**

La Organización Panamericana de Salud (OPS) define a los cuidados progresivos del paciente como la atención en el momento más oportuno y en el área física del hospital más apropiada para el estado del paciente, cualquiera sea la especialidad por la que concurre. La progresión de esos cuidados es simple y sencilla. El grado de cuidados está dado por la internación en el sector intensivo, intermedio o de cuidado mínimo, que será determinado por el trabajador de la salud.

En 1966 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró al sistema de cuidados progresivos del paciente como la evolución natural de la organización hospitalaria. En 1967 la OPS promociona la terapia intensiva en América Latina. Ese mismo año, en Bariloche se recomienda la aplicación del sistema de cuidados progresivos y en 1986 nuestro hospital Belgrano adoptó el modelo de internación por cuidado progresivo del paciente, siendo el primer hospital público que tomara esta estrategia.

Yo lo defino como una **“estrategia en cuidados progresivos del paciente”** porque creo que es más abarcativo y tiene otro tipo de implicancias. La estrategia es un plan que intenta llegar a una meta, a un objetivo, por tanto los efectores públicos siempre tienen que preservar, conservar, retomar la salud y prevenir las enfermedades. En virtud de esto nos preguntamos entonces **qué hospital construimos para la sociedad que ha-**

**bitamos.**

A partir de ello voy a contar la experiencia del Hospital Belgrano y quiero empezar citando una frase de un gran médico sanitarista, **Floreal Ferrara**, que dice que **“la solución de la salud es la lucha por la resolución de los conflictos”**, por ende siempre hay que ser dinámico, no quedarse quieto, adaptarse a las coyunturas que se nos van presentando, como nos pasó en el último tiempo cuando nos tocó enfrentar la crisis sanitaria más grande de la historia. Ahí mostramos la posibilidad de adaptarnos a los diferentes escenarios que tiene el sistema de salud público.

**¿Qué desafíos nos presenta hoy el modelo de organización hospitalaria?** ¿Qué significa en este contexto no quedarse quieto? Esas preguntas son las que nos tienen que interpelar. El objetivo siempre es buscar una solución para el cuidado de la salud del pueblo. Los desafíos de gestión, cuando se intenta establecer la estrategia de cuidado progresivo de los pacientes, es la aceptación política de los cambios que esto conlleva.

**Existen una serie de desafíos claves en esta estrategia que debemos tener en cuenta:**

- Poder medir el grado de productividad, luego se verá si esa productividad está relacionada con la cantidad de pacientes o con la calidad de atención al paciente.
- La hospitalización innecesaria de pacientes.
- Pacientes internados en forma prolongada.
- Pacientes internados en lugares inadecuados para su cuidado.
- El flujo de fondo presupuestario, para racionalizar los recursos e insumos.

**¿Cuáles son las cosas que nos conviene modificar en virtud de tener en el centro de nuestra actividad al paciente, a la comunidad y a nues-**



# Conferencia

## tro pueblo?

- El privilegio de la oferta de servicios por sobre la demanda y/o necesidad de los usuarios. Es maravilloso que tengamos excelentes servicios, con alta calidad científica pero también tenemos que poder interpretar cuál es la necesidad de la gente que viene al hospital. Eso tiene que ver con la demanda oculta que únicamente la podemos conocer si abrimos las puertas del hospital y nos metemos en el territorio que lo rodea.

- La gestión de camas tramitadas por servicios, donde el modelo clásico prevalece estableciendo pabellones. Esto muchas veces plantea una distribución desigual en la ocupación de las camas. Las camas que se encuentran disponibles deben poder ser utilizadas independientemente del servicio.

- Muchos hospitales dentro de un mismo hospital. Los servicios no pueden funcionar cada uno de manera individual y con un protocolo diferente, sin tener en cuenta que la mayoría de los pacientes tienen diferentes patologías concomitantes. Esto debe ser entendido desde el punto de vista de gestión y organizacional, que nos ayude a tener una mirada más abarcativa e interdisciplinaria.

- Proceso médico asistencial centrado en los productos finales. La intervención del hospital no se acaba cuando se soluciona la patología por la que entró el paciente, siendo que muchas veces pasa que tiene aún otras patologías concomitantes. Aquí radica la importancia de la intervención interdisciplinaria, donde todos los servicios puedan interactuar para volver a poner en el eje central el cuidado del pueblo, de la comunidad y del paciente.

- Recursos duplicados en los distintos servicios del hospital. Esto se debe a que en el modelo clásico hay hospitales dentro del hospital. La estrategia de cuidados progresivos del paciente se basa en el trabajo de Clínica Médica y de Enfermería, sobre todo de enfermería porque justamente la

estrategia habla de cuidados y si hay un sector que trabaja con el cuidado del paciente, son los enfermeros. Lo que se pretende con la estrategia de cuidados progresivos del paciente y lo que se pretende desde el sistema nacional, que es al que tratamos de ir en la gestión actual de nuestros ministros y todos los directores ejecutivos que estamos encuadrados en esta mirada, es ir hacia un sistema nacional integrado de salud que permita un cuidado integral de nuestra comunidad.

Es sumamente importante, para adoptar este modelo, abrir el hospital, meterlo en el territorio y así **lograr un diálogo fluido con la comunidad para caracterizar e identificar sus necesidades**, para saber para qué la comunidad necesita al hospital. También es clave mantener una red de articulación interinstitucional, que nos permita estar en diálogo con diferentes instituciones de nuestra área de influencia. Esto nos da la posibilidad de conocer e identificar distintas dificultades que tiene nuestra comunidad. **La clave es sentarnos, escuchar y articular con la comunidad. El hospital es un espacio que tiene que volver a ser de la comunidad.**

## **Los cuidados progresivos son mucho más que un dispositivo de internación:**

- Se trata de una estrategia de abordaje interdisciplinario, con el objetivo de poder darle una mejor atención al paciente y a la comunidad.

- El desarrollo de una mirada integral de la salud pública que acompañe al paciente en todo su itinerario de cuidado de la salud.

- La adecuación de los servicios e instalaciones hospitalarias a las necesidades integrales de los pacientes.

- y la práctica interdisciplinaria que promueve una concepción holística del paciente como sujeto individual y social.



# Conferencia

*“Estrategias de cuidados progresivos de pacientes. Experiencia del Hospital Belgrano de San Martín”*

## **Fortalezas de la estrategia de cuidados progresivos de los pacientes:**

- Accesibilidad al sistema de salud.
- Flexibilidad en la utilización de los recursos.
- Adaptación a escenarios adversos.
- Promoción del trabajo en equipo.
- Fortalecimiento de la calidad de atención.
- Optimización del desempeño profesional.
- Mirada integral del paciente.
- Confianza en el sistema de salud.
- Favorece el uso adecuado de la tecnología.
- Incrementa la comunicación con la comunidad.

## **Impacto institucional de la estrategia de cuidados progresivos del paciente:**

- Mayor democratización.
- Gestión participativa y estratégica.
- Mayor accesibilidad.
- Trabajo en el territorio.
- Mayor funcionalidad.
- Mejor utilización de los recursos, tanto del humano como de los insumos.

## **Recomendaciones para la transformación del hospital a un modelo de cuidados progresivos:**

- Capacitación del recurso humano, como eje de gestión.
- Fortalecer el campo de la docencia e investigación.
- Fortalecer las áreas de turnos y facturación.
- Fortalecer las herramientas de informática y digitalización, para optimizar la toma de decisiones
- Rescate de la capacidad instalada.
- Desarrollo de estrategias de atención primaria.
- Internación por cuidados progresivos.
- Incorporación de tecnología apropiada.
- Sistema integrado de salud.

El hospital debe adaptarse a las necesidades de cada paciente. **Los cuidados progresivos del paciente son un desafío y una invitación a pensar la realidad hospitalaria.** Cada hospital decide o protocoliza sobre esta estrategia con una mirada que tenga que ver con sus objetivos, con una mirada interdisciplinaria. Entendiendo, como dijo Floreal Ferrara que “la salud es un asunto ético y político, una dimensión esencial de la vida social y del orden político”; y que **no hay salud sin medicina social y no hay medicina social sin políticas públicas que lo permitan.**





# Mejor Trabajo

*“Procedimientos definidos, resultados visibles. Nueva propuesta de gestión del Servicio de Cardiología”.*

**Autores:** Defeo, Magdalena M.; Parola Franco; Villarruel Pérez Paula; Zarate Karina Andrea; Cid, María Guadalupe; Orsini, María Paula; Vaquero Sánchez, Danisa; Lanzellotta, Florencia; Chiappini, Ciro; Pereyra Sofía; Cárdenas Castro, Gladys.

**Mail de referencia:** magdedefeo@gmail.com

**Servicios:** Cardiología - Economía y Gestión

## INTRODUCCIÓN

El H.I.G.A. “Prof. Dr. Rodolfo Rossi” es un Hospital Público de Gestión Descentralizada y como tal debe promover acciones tendientes a incrementar su presupuesto a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud (Decreto 939/2020).

El Servicio de Cardiología viene promoviendo un reordenamiento en sus procesos de gestión administrativa para mejorar los procesos finales de su facturación con el objetivo de generar recursos que lo conduzcan a optimizar su tecnología. Para ésto, se comenzó hace varios años a trabajar sobre los procesos de registro de atención de pacientes y de las prácticas realizadas al advertir un déficit importante en su estadística. El Servicio debió acudir a su personal técnico y médico para trabajar sobre los registros de datos, por lo que terminó elaborando un sistema propio que se denominó SEISCar (Sistema Estadístico Integrado del Servicio de Cardiología). La optimización del registro de los datos permite al Servicio cuantificar de manera exacta su productividad y también evaluar el nivel de facturación de las prestaciones (consultas y prácticas).

## OBJETIVOS

- 1- Optimizar la cuantificación de la productividad del Servicio de Cardiología mediante el empleo del SEISCar.
- 2- Comparar información de la productividad real del Servicio de Cardiología con las estadísticas institucionales.
- 3- Evaluar el impacto positivo en el recupero de costos del Plan Sumar luego de la optimización en la presentación de información necesaria al servicio de Economía y Gestión.
- 4- Valorizar las prestaciones efectuadas del Servicio de Cardiología y compararlas con lo realmente facturado en el área de facturación.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo – observacional. Se evalúa la totalidad de atenciones ambulatorias tanto consultas como prácticas del Servicio de Cardiología realizadas durante el período 01/07/2021 al 30/06/2022 (fraccionado en dos tramos de seis meses, para mantener un hilo conductor entre cambios de sistema y de actualizaciones de nomenclador). Estos datos provienen de los registros internos del Servicio obtenidos a través del SEISCar, como del sistema informático institucional (SISC) y del sistema de facturación SAMO y SUMAR. La población estudiada fue de 13.370 prestaciones realizadas en el Servicio de Cardiología en dicho período.

## RESULTADOS

Se comprueba que los registros del sistema SISC se condicen con el total de 13.370 prestaciones realmente efectuadas registradas en el SEISCar. Sin embargo, se observan falencias en la captación de ambos períodos, tales como falta de asignación a la asistencia al turno y de la verificación de los datos personales y de cobertura.

Se verifica que a partir de la optimización de los registros internos al utilizar el SEISCar a partir de



# Mejor Trabajo

enero 2022 y de su correcta presentación al servicio de Economía y Gestión para la facturación de Plan Sumar, se aumentó en un 129% las prestaciones facturadas, reflejándose en un incremento de \$532.444,00 en el segundo semestre analizado, siendo la facturación de Plan Sumar de \$220.250 en el período Julio-Diciembre 2021, con un total de prestaciones reales de 4.219 y 1.060 facturadas y \$752.690,00 en el período Enero-Junio 2022, siendo 4.015 las prestaciones reales contra 2426 facturadas. En el primer periodo Julio-Diciembre 2021, se determina que de un total de 2.627 de atenciones realizadas a pacientes con cobertura médica privada, sólo se facturaron 176 de ellas, lo que repercute en una pérdida de \$1.583.414,89. En el segundo periodo Enero-Junio 2022, de un total de 2.509 de atenciones, se facturaron 993 de ellas, lo que repercute en una pérdida de \$1.752.847,68. Cabe aclarar que de las 993 atenciones a pacientes con obras sociales, 769 corresponden a facturaciones realizadas a pacientes de PAMI a través de la Orden Médica Electrónica, procedimiento incorporado en Enero 2022, logrando mayor recupero debido a que el precio unitario por prestación de PAMI es significativamente mayor con respecto a las demás obras sociales.

## DISCUSIONES

Para llegar a un óptimo de captación y facturación, el Servicio de Cardiología debió utilizar recursos materiales y humanos propios, afectando la actividad de personal técnico y médico al elaborar y concretar meticulosos procesos administrativos que condujeran a sanear la estadística de sus registros y lograr un impacto en la facturación y recupero de costos. Se demostró que a través de claros procedimientos de registro de prestaciones se logró cuantificar de manera exacta la productividad real, impactando estos resultados en estadísticas de calidad, tan necesarias para la obtención de información epidemiológica y de vital importancia para la toma de decisiones de

asignación de recursos materiales y humanos, como así también para el seguimiento y control en el recupero de costos a través de obras sociales y del plan Sumar. Del análisis de los resultados se desprende la importancia de generar meticulosos procesos de registro estadístico dentro de los Servicios y mejorar los procesos administrativos y de facturación en las áreas específicas de nuestra Institución.

Se considera que este modelo podría replicarse en el resto de los Servicios para mejorar drásticamente el recupero de costos para nuestra Institución.

## CONCLUSIÓN

El desarrollo del sistema SEISCar permitió cuantificar con exactitud la productividad del Servicio de Cardiología, (13.370 prestaciones en el último año). Este dato se condice con las estadísticas institucionales.

La optimización de los registros de las prestaciones permitió mejorar la facturación del plan SUMAR en un 129%. Esta estrategia evidenció además la falencia en el total de prestaciones facturadas a las obras sociales varias lo cual se traduce en una pérdida económica relevante.



# Mención especial

*“Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial: análisis estadístico-descriptivo de la población evaluada en el Hospital Rossi de La Plata”*

**Autores:** Mascia Mariana I, Parola Franco, Lanzellotta María Florencia, Chiappini Ciro Nicolás, Pereyra Sofía Erica, Defeo Magdalena María.

**Mail de referencia:** marianamas2004@yahoo.com.ar

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV). Afecta a unos 1400 millones de adultos, causa más de 10 millones de muertes cada año, contribuye a aumentar los costos en salud en términos de ECV, accidente cerebro vascular (ACV) e insuficiencia renal crónica (IRC). Su prevalencia a nivel mundial es elevada (1)(2).

Pese a la aparente sencillez de su diagnóstico, el grado de control sigue siendo muy bajo. La presión arterial de consultorio (PAC) sólo permite clasificar al paciente en 2 grupos: normotensos o hipertensos. La utilización simultánea de Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA) amplía la visión, agregando escenarios clínicos donde la PAC y el MAPA son discordantes, como la hipertensión de guardapolvo blanco (HTGB) y la hipertensión oculta (HTO) (3). En relación a este último grupo, el uso de MAPA permite detectar pacientes que presentan elevación exclusiva de la presión arterial nocturna (HTA nocturna aislada), que es una condición de elevado riesgo cardiovascular y que se asocia con mayor número de eventos (4). La HTO está presente en un alto porcentaje de pacientes no tratados y en un grupo aún mayor de pacientes con diagnóstico de HTA no controlada.

## OBJETIVOS

1) Caracterizar a la población estudiada con MAPA en el servicio de cardiología del Hospital Rossi de la ciudad de La Plata; 2) Evaluar los motivos de

solicitud del método (diagnóstico o control de tratamiento); 3) Estimar la prevalencia de HTA de nuevo diagnóstico y de HTA no controlada con el tratamiento; 4) Estimar la prevalencia de HTA nocturna aislada; 5) Conocer la proporción de pacientes que han controlado la HTA según el número de drogas antihipertensivas utilizadas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis estadístico-descriptivo de los datos obtenidos de los estudios de MAPA de los pacientes derivados al servicio de cardiología entre julio de 2021 y junio de 2022. Los datos fueron extraídos del software de análisis de MAPA (Eccosur) y fueron analizados con el software Microsoft Excel. Los estudios se realizaron con 2 equipos validados de MAPA (Eccosur) con 2 tamaños diferentes de brazaletes. Se programaron mediciones durante 24 horas, cada 15 minutos en periodo diurno y cada 20-30 minutos en periodo nocturno. Los periodos de vigilia y sueño se definieron por el diario del paciente (planillas preimpresas). El equipo profesional encargado de la conexión, desconexión y análisis de los resultados estuvo compuesto por 4 técnicos en cardiología y 1 médico cardiólogo. Se tomaron como válidos los estudios con un mínimo de 20 mediciones diurnas y 7 mediciones nocturnas.

## RESULTADOS

Se analizaron 180 estudios, de los cuales 33 fueron excluidos por no cumplir los criterios de validez. De las 147 evaluaciones válidas, 49 fueron solicitadas para fines diagnósticos (33.3%) y 98 para control de tratamiento (66.7%) (Tabla 1) (Figura 1). La población estuvo compuesta por un 61.9% de mujeres ( $56 \pm 13$  años de edad) y un 38.1% de hombres ( $55 \pm 16$  años de edad) (Figura 4); 74.5% del total tenían sobrepeso u obesidad (Figura 5). En las evaluaciones diagnósticas un 61.2% arrojó HTA y en las evaluaciones terapéuticas un 55.1%



# Mención especial

presentó HTA no controlada (Figuras 2 y 3) (Tabla 2). Del total de evaluaciones válidas, un 15% presentó HTA nocturna aislada (Figura 6). Del grupo de pacientes para control de tratamiento, el 40.3% logró cifras de normotensión con 1 droga, el 52.2% con 2 drogas y el 54.5% con 3 drogas (Figura 7) (Tabla 3).

## DISCUSIÓN

La PA medida por MAPA ha demostrado tener un valor pronóstico superior a la PAC tanto en lo que se refiere a daño a órgano blanco como a eventos cardiovasculares y mortalidad (4). Permite evaluar la PA nocturna y es el único método para detectar HTA nocturna aislada. Es un método simple y económico para obtener un elevado número de mediciones, pero que se encuentra subutilizado pese a su gran aporte para el diagnóstico y control de tratamiento de la HTA.

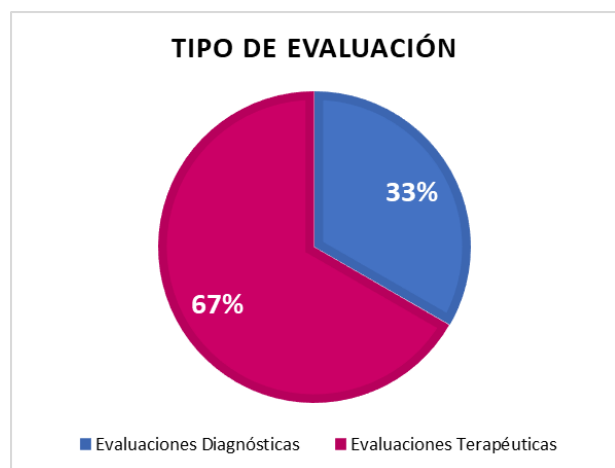
## CONCLUSIÓN

En nuestro hospital, el MAPA fue utilizado mayormente para realizar control de tratamiento, siendo subutilizado para fines diagnósticos. La prevalencia calculada de HTA nocturna aislada (15%) se correlaciona con la obtenida en otro centro de la región (12,9%) (5)(6), enfatizando que los pacientes con este tipo de HTA no se hubieran detectado sin el aporte del MAPA. En relación a la cantidad de drogas utilizadas para el control de la HTA, se observa una baja proporción de pacientes controlados en el grupo con 1 droga y que no hubo una franca deferencia entre los grupos con 2 y 3 drogas, a pesar de la expectativa que se tiene sobre este último grupo respecto a lograr un mejor control de la HTA. Consideramos importante aumentar la utilización del método para detectar casos de HTO (como la HTA nocturna aislada), HTGB y adecuar el tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente hipertenso con el fin de lograr un mayor porcentaje de pacientes que alcancen los estándares de tensión arterial deseados.

Tipo de Evaluación/Resultado	Cantidad Absoluta	Cantidad Relativa
<b>Evaluaciones Diagnósticas</b>	<b>49</b>	<b>33,3%</b>
HTA	30	61,2%
No-HTA	19	38,8%
<b>Evaluaciones Terapéuticas</b>	<b>98</b>	<b>66,7%</b>
HTA NO Control.	54	55,1%
HTA Control.	44	44,9%
<b>Evaluaciones Totales Válidas</b>	<b>147</b>	<b>100,0%</b>

Evaluaciones No Válidas	33	18,3%
Evaluaciones Totales (Válidas + No Válidas)	180	100,0%

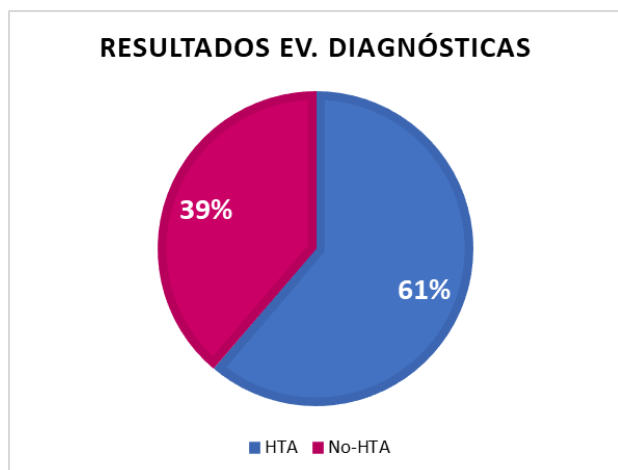
**Tabla 1:** Resultados generales de los estudios de MAPA (análisis de las evaluaciones diagnósticas, terapéuticas y no válidas).



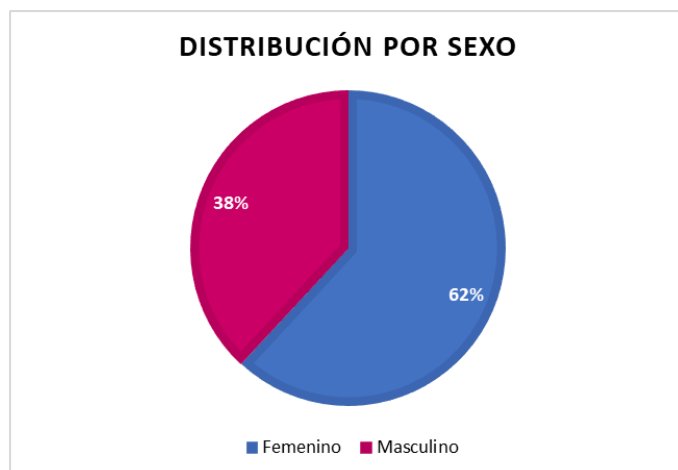
**Figura 1:** Distribución de la población estudiada según la indicación del MAPA.



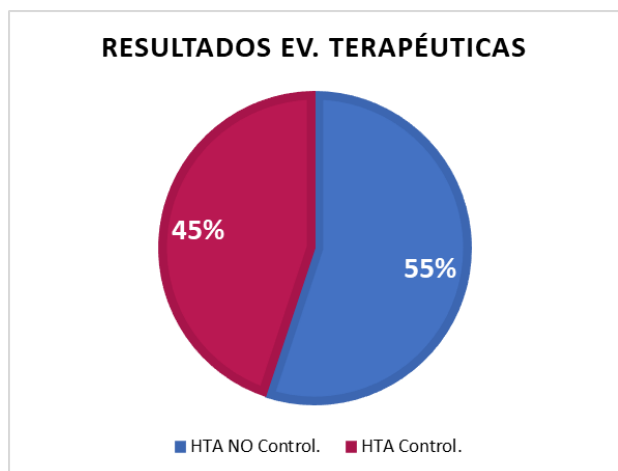
# Mención especial



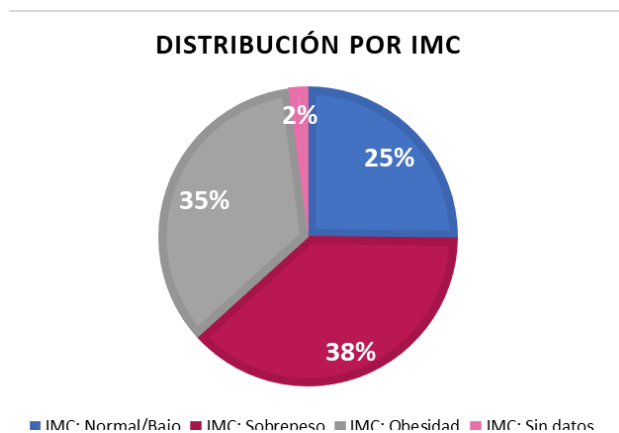
**Figura 2:** Distribución de la población con evaluaciones diagnósticas según la presencia o no de HTA.



**Figura 4:** Distribución de la población estudiada según el sexo.



**Figura 3:** Distribución de la población con evaluaciones terapéuticas según la presencia o no de HTA controlada.



**Figura 5:** Distribución de la población estudiada según el IMC (Índice de Masa Corporal).



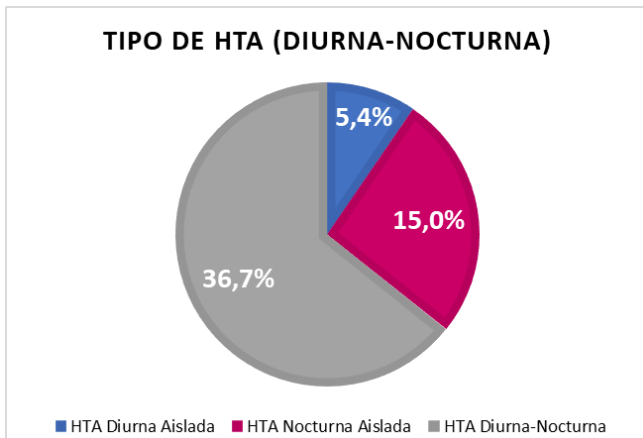
# Mención especial

Población	Ev. Diagnóstica (49)			Ev. Terapéutica (98)			Ev. Totales (147)
	HTA (30)	No-HTA (19)	Total (49)	HTA NO Control. (54)	HTA Control. (44)	Total (98)	
<b>Femenino</b>	40,0%	57,9%	46,9%	61,1%	79,5%	69,4%	61,9%
<b>Masculino</b>	60,0%	16,3%	53,1%	38,9%	20,5%	30,6%	38,1%
<b>&lt; 30 años</b>	10,0%	10,5%	10,2%	3,7%	2,3%	3,1%	5,4%
<b>30-44 años</b>	26,7%	36,8%	30,6%	7,4%	9,1%	8,2%	15,6%
<b>45-59 años</b>	30,0%	31,6%	30,6%	44,4%	36,4%	40,8%	37,4%
<b>60-74 años</b>	30,0%	15,8%	24,5%	33,3%	38,6%	35,7%	32,0%
<b>≥ 75 años</b>	3,3%	5,3%	4,1%	11,1%	13,6%	12,2%	9,5%
<b>IMC: Normal/Bajo</b>	20,0%	15,8%	18,4%	24,1%	34,1%	28,6%	25,2%
<b>IMC: Sobrepeso</b>	43,3%	47,4%	44,9%	33,3%	36,4%	34,7%	38,1%
<b>IMC: Obesidad</b>	33,3%	36,8%	34,7%	40,7%	27,3%	34,7%	34,7%
<b>IMC: Sin datos</b>	3,3%	0,0%	2,0%	1,9%	2,3%	2,0%	2,0%
<b>HTA Sistólica Aislada</b>	10,0%	NC	NC	9,3%	NC	NC	5,4%
<b>HTA Diastólica Aislada</b>	20,0%	NC	NC	20,4%	NC	NC	11,6%
<b>HTA Sisto-Diastólica</b>	70,0%	NC	NC	70,4%	NC	NC	40,1%
<b>HTA Diurna Aislada</b>	10,0%	NC	NC	9,3%	NC	NC	5,4%
<b>HTA Nocturna Aislada</b>	30,0%	NC	NC	24,1%	NC	NC	15,0%
<b>HTA Diurna-Nocturna</b>	60,0%	NC	NC	66,7%	NC	NC	36,7%
<b>RC PAS Dipper</b>	20,0%	63,2%	36,7%	37,0%	43,2%	39,8%	38,8%
<b>RC PAS Non Dipper</b>	50,0%	21,1%	38,8%	44,4%	50,0%	46,9%	44,2%
<b>RC PAS Riser</b>	23,3%	5,3%	16,3%	18,5%	0,0%	10,2%	12,2%
<b>RC PAS Hiper Dipper</b>	6,7%	10,5%	8,2%	0,0%	6,8%	3,1%	4,8%
<b>RC PAD Dipper</b>	36,7%	31,6%	34,7%	42,6%	52,3%	46,9%	42,9%
<b>RC PAD Non Dipper</b>	40,0%	31,6%	36,7%	29,6%	27,3%	28,6%	31,3%
<b>RC PAD Riser</b>	6,7%	5,3%	6,1%	7,4%	2,3%	5,1%	5,4%
<b>RC PAD Hiper Dipper</b>	16,7%	31,6%	22,4%	20,4%	18,2%	19,4%	20,4%

**Tabla 2:** Resultados analizados en base al sexo, la edad, el Índice de Masa Corporal (IMC), el tipo de HTA y el ritmo circadiano (RC) de la presión.



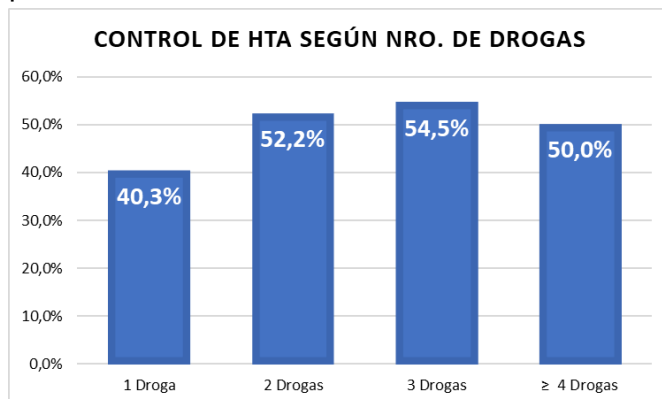
# Mención especial



**Figura 6:** Distribución de la población estudiada según el tipo de HTA (diurna-nocturna).

N° de drogas utilizadas	Ev. Terapéutica	
	HTA NO Control.	HTA Control.
1 Droga	59,7%	40,3%
2 Drogas	47,8%	52,2%
3 Drogas	45,5%	54,5%
≥ 4 Drogas	50,0%	50,0%

**Tabla 3:** Resultados de las evaluaciones terapéuticas analizadas según el número de drogas antihipertensivas utilizadas.



**Figura 7:** Proporción de pacientes con HTA controlada según el número de drogas antihipertensivas utilizadas.

## REFERENCIAS

1- Medición de la presión arterial fuera del consultorio: MA-PA-MDPA. Toma de posición de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (2014).

2- Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *J Hypertens.* 2020;38(6):982-1004.

3- Mediciones ambulatorias de la presión arterial. Grupo de Trabajo de Mediciones Ambulatorias de Presión Arterial y Telemedicina. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. 2020

4- Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Rev Argentina de Cardiología.* Vol 86 suplemento 2 Agosto 218

5- Salazar MR, Espeche WG, Balbin E, Leiva Sisnieguez CE, Minnetto J, Leiva Sisnieguez BC, Maciel PM, Stavile RN, Carbajal HA. Prevalence of isolated nocturnal hypertension according to 2018 European Society of Cardiology and European Society of Hypertension office blood pressure categories. *J Hypertens.* 2020;38:434-440.

6- Seong Hwan Kim, MD, PhD\*; Chol Shin, MD, PhD\*; Sunwon Kim, MD PhD; Jin-Seok Kim, MD, PhD; Sang Yup Lim, MD, PhD; Hyeong-Seok Seo, MD, PhD; Hong Euy Lim, MD, PhD; Ki-Chul Sun, MD, PhD; Goo-Yeong Cho, MD, PhD; Seung Ku Lee, PhD; Yong-Hyun Kim, MD, PhD Prevalence of Isolated Nocturnal Hypertension and Development of Arterial Stiffness, Left Ventricular Hypertrophy, and Silent Cerebrovascular Lesions: The KoGES (Korean Genome and Epidemiology Study) *J Am Heart Assoc.* 2022;11:e025641.



# Mención especial

*“Impacto de una herramienta educativa en el conocimiento y el cumplimiento de la terapia nutricional en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemo diálisis en un hospital general de agudos”.*

**Autores:** Albanesi, M.; Fernández, PC.; Busse Chius, I.; Valenzuela, MA.; Baleani, AS.; Vidotto, LM.; Romero, PN.; Butti, F.; Rose Cash Rasch, M. y Ruscitti, PL.

Por este motivo, el propósito de este trabajo fue evaluar el conocimiento y el cumplimiento de la terapia nutricional antes y después de la implementación de tres talleres de alimentación en HD en los pacientes que realizan este tratamiento.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye una importante carga de costos para los sistemas de salud en todo el mundo; su prevalencia global se encuentra entre 11-13% y estaría en aumento (1,2).

La ERC se define como la presencia durante al menos tres meses de un filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, o una lesión renal definida por la presencia de anormalidades estructurales y/o funcionales del riñón que puedan provocar potencialmente un descenso del FG (3,4).

Cuando el FG disminuye por debajo de 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup> es necesario recurrir a tratamientos de reemplazo renal, entre los cuales se encuentran la terapia de hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal y el trasplante renal (5,6). La modalidad de tratamiento más utilizada en Argentina es la HD en el 92,5% de los casos (7,8). Estos procedimientos deben acompañarse de un régimen dietético adecuado a la patología de base y comorbilidades asociadas, restricciones en la ingesta hídrica y diferentes terapias farmacológicas (3,9).

Diferentes estudios demuestran que una buena adherencia al régimen terapéutico mejora la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes que llevan a cabo terapia de HD, retrasando la aparición de complicaciones (3,10,11). En estos pacientes, la educación alimentaria influye positivamente en una mayor adherencia al tratamiento y una menor transgresión de la dieta (12,13).

## OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de la herramienta educativa en el conocimiento y cumplimiento del tratamiento nutricional en pacientes con ERC en tratamiento de HD en un hospital general de agudos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Con el propósito de valorar el conocimiento y el cumplimiento al tratamiento nutricional de los pacientes en HD, se llevó a cabo un estudio pre-experimental durante los meses de mayo a agosto de 2022 en un hospital de agudos de la localidad de La Plata, Buenos Aires. Se realizó una encuesta (pretest y postest) validada y diseñada por Darss Bouaouda (9) adaptada (Anexo 1). La misma está constituida por cinco secciones: datos sociodemográficos, régimen dietético, sodio y líquidos, potasio y fósforo. En cada apartado se evaluaron tanto el conocimiento como el cumplimiento del tratamiento nutricional de los participantes. Previo a su utilización en el trabajo, se realizó una prueba piloto con el objetivo de evaluar la comprensión del cuestionario.

Se establecieron los siguientes puntos de corte para valorar tanto conocimiento como cumplimiento: “óptimo o alto” cuando el resultado fue  $\geq 70$  puntos, “bueno o medio” cuando se encontró entre 69 y 50 puntos y “malo o bajo” cuando fue  $\leq 49$  puntos.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que reciben tratamiento de HD en la institución, que aceptaron participar del estudio, firmaron el con-





# Mención especial

sentimiento informado (Anexo 2), asistieron a la totalidad de los talleres y respondieron las encuestas antes y después de la intervención educativa. Se eliminaron aquellos participantes que obitaron durante el trabajo y aquellos derivados a otros centros de HD.

Una vez finalizadas la totalidad de las encuestas pretest, se llevaron a cabo tres talleres de educación alimentaria y nutricional, abordando las temáticas de sodio y líquidos, potasio y fósforo.

Luego de la intervención educativa, se realizó la encuesta postest a los participantes que asistieron a los tres talleres. Las respuestas obtenidas de ambas encuestas fueron registradas en la planilla individual de cada participante y, posteriormente, integradas a una Hoja de Cálculo de Google para su posterior procesamiento y análisis.

El estudio fue aprobado por el comité de ética del H.I.G.A. Prof. Dr. R. Rossi.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida se integró en una Hoja de Cálculo de Google. Se analizaron los datos mediante el Software para Windows IBM SPSS Statistics 25. Para las variables cualitativas se calcularon los porcentajes de frecuencia de cada categoría. Las variables cuantitativas se analizaron mediante el cálculo de la media para las variables con distribución normal y de la mediana para las que tuvieron distribución diferente a la normal.

## RESULTADOS

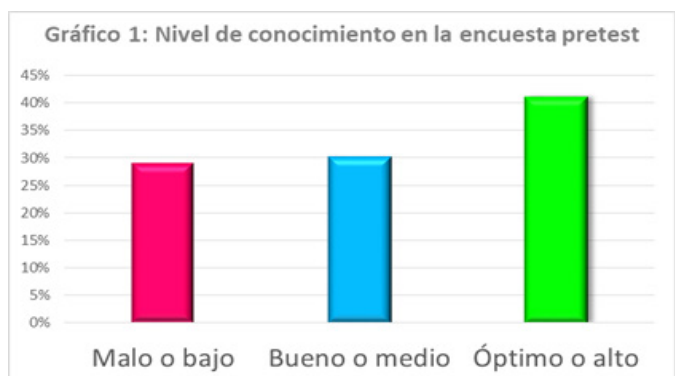
Se estudiaron en total 31 pacientes, de los cuales 4 fueron eliminados (1 por óbito y 3 por derivación a otro centro de HD). Del total de la muestra final, 21 (77,8%) eran hombres, con una edad media de  $50 \pm 14$  años y un tiempo medio en HD de  $3,5 \pm 3,6$  años. En cuanto al nivel educativo alcanzado, el 40,7% de los casos contaba con secundario com-

pleto (Tabla 1).

Característica	n	Porcentaje
<b>Género</b>		
Masculino	21	77,80%
Femenino	6	22,20%
Edad (años)	50,19 ( $\pm$ 13,95)	
Tiempo en hemodiálisis (años)	3,52 ( $\pm$ 3,6)	
<b>Nivel educativo alcanzado</b>		
Primaria completa	5	18,50%
Primaria incompleta	7	25,90%
Secundaria completa	9	33,30%
Secundaria incompleta	4	14,80%
Terciario completo	0	0,00%
Terciario incompleto	1	3,70%
Universitario completo	0	0,00%
Universitario incompleto	1	3,70%

## PRETEST

El grado de conocimiento resultó ser malo o bajo en el 29,63%; bueno o medio en el 29,63% y óptimo en el 40,74% de los casos (Gráfico 1). En cuanto al cumplimiento, el 14,8% manifestaba mala o baja adherencia a las recomendaciones nutricionales; el 25,9% buena o media y el 59,3% óptima o alta (Gráfico 2)..





# Mención especial



En lo que respecta al conocimiento, entre las preguntas que presentaron más respuestas incorrectas en la encuesta pretest se encontraron en el apartado destinado al potasio y las preguntas sobre la ingesta de líquidos y ganancia de peso, entre las que se destacan: ¿Sabe cómo debe comer la fruta para disminuir su nivel de potasio? con sólo 3 respuestas correctas; ¿Sabe qué debe hacer para disminuir el nivel de potasio de las verduras? con 12 respuestas correctas; ¿Sabe cómo se debe cocinar las verduras para disminuir el nivel de potasio? con 10 respuestas correctas, ¿Sabe hasta cuántos Kg puede ganar entre dos sesiones de diálisis? con 14 respuestas correctas y ¿Conoce las consecuencias de abusar de la ingesta de líquidos? con 12 respuestas correctas.

En cuanto a las preguntas que evaluaban cumplimiento, la que mostró menor adherencia fue: ¿Utiliza técnicas que le hayan explicado para controlar la ingesta de líquidos? con 12 respuestas correctas. Por otro lado, en las preguntas ¿Usted orina? y ¿Controla la cantidad que orina? Se observó que de los 20 pacientes que orinaban sólo 8 controlaban la cantidad diaria.

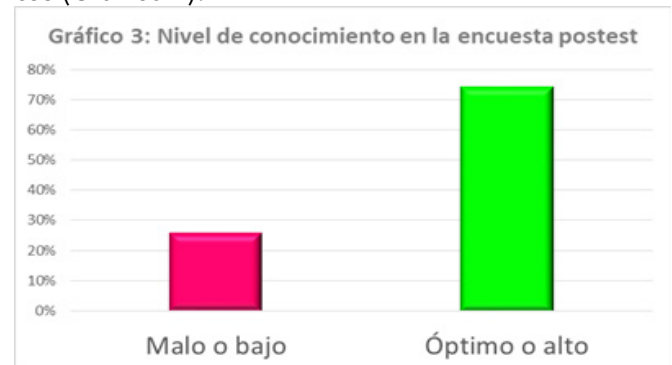
Con respecto al cumplimiento del plan de alimentación se registró que el 74,1% intenta consumir alimentos hiposódicos y el 74,1% lleva una dieta baja en potasio. Llama la atención que sólo el 14,8% no añade ningún tipo de sal a los alimen-

tos y que el 88,9% consume más de dos veces a la semana alimentos ultraprocesados con alta concentración de sodio y fósforo.

En relación a los líquidos, el 70,4% controla los líquidos que ingiere entre las sesiones de HD midiendo el volumen de alguna manera y abundan las infusiones, sopas y caldos en el 66,7% de los participantes. A su vez, únicamente el 44,4% utiliza técnicas que se le hayan explicado para controlar la ingesta de líquidos. Vale aclarar que el 74% de los participantes refirió orinar sin especificar volumen de diuresis.

## POSTEST

Luego de la realización de la intervención educativa, el conocimiento óptimo o alto aumentó a un 74,1%; siendo malo o bajo el 25,9%. No se registraron participantes en el nivel de conocimiento bueno o medio (Gráfico 3). En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones nutricionales, fue malo o bajo en el 18,5%, bueno o medio en el 18,5% y óptimo o alto en el 63% de los participantes (Gráfico 4).





# Mención especial

Grupo etario	Malo o bajo	Óptimo o alto	Total
20 a 40 años	2 (40%)	3 (60%)	5
40 a 60 años	3 (21,4%)	11 (78,6%)	14
60 a 90 años	2 (25%)	6 (75%)	8
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>27</b>

Grupo etario	Malo o bajo	Bueno o medio	Óptimo o alto	Total
20 a 40 años	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	5
40 a 60 años	1 (7,14%)	3 (21,43%)	10 (71,43%)	14
60 a 90 años	2 (25%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	8
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>27</b>

Las respuestas correctas aumentaron en todas las preguntas. Sin embargo, la pregunta: ¿Sabe cómo debe comer la fruta para disminuir su nivel de potasio?, se mantuvo con un bajo número de aciertos.

En relación al cumplimiento del régimen dietético, se observó que el 92,6% intenta consumir alimentos hiposódicos y el 81,5% lleva una dieta baja en potasio. Sólo el 22,2% no añade ningún tipo de sal a los alimentos y el 85,2% consume más de dos veces a la semana alimentos ultraprocesados con alta concentración de sodio y fósforo.

Con respecto a la ingesta de líquidos, llamativamente el 59,3% de los participantes controla los líquidos que ingiere entre las sesiones de HD, midiendo el volumen de alguna manera y se mantuvo el porcentaje (66,7%) del consumo de infusiones, sopas y caldos. Por otra parte, se observó un aumento del 25% en los participantes que utilizan técnicas que se le hayan explicado para controlar

la ingesta de líquidos.

Al dividir los participantes del trabajo por edad (Tabla 2), se observó que el rango etario de 40 a 60 años presentó una mayor proporción (78,8%) de puntaje óptimo o alto, mientras que el rango etario de 20 a 40 años se destacó por presentar un 40% con nivel de conocimiento malo o bajo en la encuesta posttest. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones dietéticas (Tabla 3), también se encontró que el grupo etario de 40 a 60 años fue el que obtuvo mayor porcentaje de participantes con un nivel óptimo o alto, en el 71,4% de los casos.

En cuanto al nivel educativo, del total de participantes con conocimiento alto, únicamente el 50% contaba con secundario completo.

Del total de participantes con menos de 5 años en la terapia de HD, el 77,8% presentó un puntaje de conocimiento óptimo o alto (Tabla 4) y un 66,7%



# Mención especial

Tiempo en HD	Malo o bajo	Optimo o alto	Total
0 a 5 años	4 (22,2%)	14 (77,8%)	18
5 a 14 años	3 (33,3%)	6 (66,7%)	9
Total	7	20	27

Tiempo en HD	Malo o bajo	Buena o medio	Optimo o alto	Total
0 a 5 años	3 (16,7%)	3 (16,7%)	12 (66,7%)	18
5 a 14 años	2 (22,2%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	9
Total	5	5	17	27

un puntaje de cumplimiento óptimo o alto (Tabla 5). Con respecto a los pacientes con más de 5 años en HD, los resultados fueron similares, siendo un 66,7% para conocimiento óptimo o alto y un 55,6% cumplimiento óptimo o alto.

## DISCUSIÓN

Los estudios publicados comprobaron que la educación proporciona una amplia base de conocimientos y habilidades para lograr cambios de conductas, aunque el nivel de conocimientos no siempre se asocia con una mejor adherencia al tratamiento. La adherencia al cumplimiento del régimen terapéutico en los pacientes en tratamiento de HD es sumamente importante, cabe destacar que la falta de ésta se asocia con una mayor morbilidad (3,6,11,14).

En nuestro estudio el grado de conocimiento obtenido en la encuesta pretest sobre el tratamiento nutricional de los pacientes en HD demostró ser bajo en el 29,63%; medio en el 29,63% y alto en el 40,74% de los casos. Observándose que luego de los talleres de educación alimentaria y nutricional

el grado de conocimiento alto postest aumentó a un 74,1%; siendo bajo el 25,9%. Estos datos son similares a los reportados por el estudio transversal de Sánchez-González y colaboradores(15), obtenidos mediante una encuesta elaborada por los miembros del equipo, basada en una revisión de la literatura. En el estudio descriptivo analítico de Montazeri y Sharifi (16), que evaluó el nivel de conocimientos nutricionales de los pacientes mediante un cuestionario denominado "Cuestionario de evaluación de conocimientos nutricionales para hemodiálisis", se encontró que el 26% de los sujetos tenía un conocimiento pobre en nutrición, el 58% tenía un nivel intermedio y sólo el 16% tenía un buen nivel de conocimiento.

Al comparar los resultados con el estudio descriptivo de corte transversal de Bouaouda (9), se encontró que el porcentaje de los participantes con nivel de conocimiento alto fue superior en nuestro trabajo luego de haber realizado la intervención educativa. Casares-Cid y colaboradores (17) en su estudio transversal, obtuvieron una adherencia subóptima al tratamiento nutricional al realizar una encuesta de elaboración propia, que



# Mención especial

incluyó tres apartados de conocimientos sobre cuidados generales, cuidados del acceso vascular y conocimientos de dieta. Un aspecto que se destaca en su trabajo es el bajo nivel de conocimientos, especialmente, los referidos a la dieta y la restricción de líquidos.

Con respecto a la edad y el grado de conocimiento, en nuestro trabajo, el rango etario de 40-60 años fue el que presentó mejores puntuaciones con un 78,8% de puntaje alto. Estos datos son similares a los reportados por Sánchez-González y colaboradores (15).

En cuanto al nivel de formación, en nuestro trabajo solo la mitad de los participantes que obtuvieron puntaje alto en conocimiento luego de los talleres contaba con secundario completo lo cual nos hace suponer que en nuestra muestra un mayor nivel educativo no necesariamente se relaciona con un mayor conocimiento. Datos similares reportaron Casares-Cid y colaboradores (17), en el que no encontraron asociación entre el nivel de conocimientos y el nivel de estudios. En cambio, en los trabajos de Rahman (14) y de Montazeri y Sharifi (16) hallaron que el nivel de conocimiento nutricional fue significativamente mayor en pacientes con mayor nivel educativo que aquellos con educación primaria o inferior.

Antes de la intervención educativa, las preguntas asociadas al conocimiento sobre la disminución del potasio mediante estrategias culinarias ¿Sabe qué debe hacer para disminuir el nivel de potasio de las verduras? ¿Sabe cómo se debe cocinar las verduras para disminuir el nivel de potasio? presentaron mayor número de respuestas incorrectas. Sin embargo, luego de los talleres de educación alimentaria y nutricional las respuestas a estas preguntas presentaron mejores resultados. Estos datos coinciden con los hallados por Sánchez-González y colaboradores (15), quienes ade-

más informan que los participantes que refieren cocinar siempre o a veces su comida tienen más posibilidad de tener un grado de conocimiento mayor sobre su dieta. Los mismos concluyen que la educación continua no sólo permite que aumenten sus conocimientos, sino que mejoren su calidad de vida, haciéndolos partícipe de su tratamiento y mejorando la adherencia al mismo.

Con respecto al grado de cumplimiento de las recomendaciones nutricionales, se vió que el 74,1% de la muestra refirió un cumplimiento óptimo en la encuesta postest siendo este valor muy superior al hallado en el trabajo de Bouaouda (21,2%) (9), quien describe que el 63,8% de los participantes intenta mantener una dieta hiposódica y el 74,4% baja en potasio. Al comparar estos datos con nuestro trabajo, se observó que luego de la intervención educativa el 92,6% intenta consumir alimentos hiposódicos y el 81,5% lleva una dieta baja en potasio. El porcentaje de participantes que no añade ningún tipo de sal a los alimentos fue similar al reportado por este mismo autor. Es de destacar que según Bouaouda el 31,9% evita los alimentos ultraprocesados mientras que en nuestro estudio el 85,2% consume más de dos veces por semana alimentos ultraprocesados con alta concentración de sodio y fósforo.

Con respecto a la ingesta de líquidos, en nuestro trabajo se reportó que el 59,3% controla los líquidos que ingiere entre las sesiones de HD, similar a lo obtenido en el trabajo de Bouaouda (57,4%) (9). Cabe recordar que en el mencionado trabajo no se realiza una intervención educativa sino que es un diseño transversal.

En cuanto al cumplimiento del tratamiento, el estudio realizado por de las Heras-Mayoral (13), comparó los años en tratamiento de HD y el grado de adhesión a las pautas nutricionales prescritas, no observándose diferencias significativas. En



# Mención especial

nuestro trabajo el 66,7% de los participantes con menos de 5 años en HD y el 55,6% de aquellos con más de 5 años en HD obtuvo un nivel de cumplimiento óptimo o alto.

En un estudio cuasiexperimental realizado por Duzalan y Pakyuz (18), se evaluó el grado de conocimiento dietético y comportamiento previo y posterior a una intervención de educación nutricional a pacientes de cinco centros de diálisis, donde se observó que los puntajes posteriores a la prueba de conocimientos y comportamientos dietéticos aumentaron significativamente en comparación con los puntajes previos a la prueba. Estos datos son similares a los obtenidos en nuestro estudio.

Rahman y colaboradores (14), en un estudio piloto cuyo objetivo fue determinar si la provisión de conocimientos a través de un material informativo para pacientes en HD podría mejorar su alimentación, concluye que dicha intervención debería involucrar a un equipo multidisciplinario y además realizar talleres de educación nutricional para favorecer el cumplimiento de las pautas dietéticas, lo que nos plantea una nueva alternativa al momento de realizar y reforzar la educación nutricional en los pacientes en HD.

Para finalizar, cabe destacar que en el presente estudio no se incluyeron valores bioquímicos que permitan confirmar los resultados obtenidos. No obstante, resulta imprescindible la educación alimentaria continua en pos de mejorar su calidad de vida y favorecer un rol activo en el cuidado de su salud.

## CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la herramienta educativa utilizada en este estudio mejoró satisfactoriamente el grado de conocimiento respecto a la terapia nutricional de pacientes con insuficiencia renal en HD. El grado de cumplimiento aumentó, sin em-

bargo no fue el esperado.

Es posible que, tal como se plantea en algunos trabajos, los talleres realizados deban ser acompañados por material informativo impreso que permita recordar y reforzar la información brindada.

La mayoría de los estudios publicados comprobaron que la educación proporciona una amplia base de conocimientos y habilidades para conseguir cambios de conductas, que son necesarios para adaptarse exitosamente a la nueva situación. Es de suma importancia que los pacientes asuman un rol activo en la modificación de sus conductas y comportamientos, con el objetivo primordial de fomentar el autocuidado y la modificación de las prácticas que repercuten directamente en su salud. La educación no sólo permite a los pacientes aumentar sus conocimientos e ideas acerca de la enfermedad, sino también mejorar su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016 Jul 6;11(7):e0158765.
2. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of Chronic Kidney Disease in the United States [Internet]. Vol. 298, *JAMA*. 2007. p. 2038. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.298.17.2038>
3. García-Maseta R, Bovera J, de la Morena J S, Goicoechea DM, del Hoyo J C, Escalada SMJ, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet]. 2021 Oct 10 [cited 2022 Jan 14]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.010>
4. Kidney International Supplements. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Official Journal of the International Society of Nephrology* [Internet]. 2013 Jan;3(1). Available from: [https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO\\_2012\\_CKD\\_GL.pdf](https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf)



# Mención especial

5. Suárez R, Piaggio N, Simesen G, Bearzi L, Lejtman N, Chávez C, et al. Estudio multicéntrico de prevalencia de Enfermedad renal crónica. *Revista Nefrología Argentina* [Internet]. 2019 Mar;17(1). Available from: <https://alac.com.ar/wp-content/uploads/ALAC-Estudio-multice%CC%81ntrico-de-prevalencia.pdf>
6. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*. 2006;5(3):487–99.
7. INCUCAI - Sistema nacional de información [Internet]. Central de Reportes y Estadísticas del SINTRA. [cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://cresi.incucai.gov.ar/Iniciar-CresiFromSintra.do>
8. Marinovich S, Bisigniano L, Hansen KD, Celia E, Tagliafichi V, Rosa DG, et al. Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2018. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante [Internet]. 2019; Available from: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/registro-argentino-dialisis-2018\\_0.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/registro-argentino-dialisis-2018_0.pdf)
9. Bouaouda ND. Adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis [Internet]. Force L, editor. Universitat Pompeu Fabra; 2014. Available from: [https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25185/Darss\\_Bouaouda\\_2014.pdf](https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25185/Darss_Bouaouda_2014.pdf)
10. Idier L, Untas A, Koleck M, Chauveau P, Rasclé N. Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2011 Dec;48(12):1570–86.
11. Aghakhani N, Samadzadeh S, Mafi TM, Rahbar N. The impact of education on nutrition on the quality of life in patients on hemodialysis: A comparative study from teaching hospitals. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2012;23(1):26–30.
12. Ahís Tomás P, Peris Ambou IC, Meneu Oset M, Pérez Baylach CM, Bonilla Culebras B, Panizo González N. Impacto subjetivo de las estrategias no farmacológicas de mejora de la calidad de vida y el cumplimiento terapéutico en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2017;20(1):22–7.
13. Heras Mayoral MT de las, Martínez Rincón C. Conocimiento y percepción nutricional en diálisis: su influencia en la transgresión y adherencia: estudio inicial. *Nutr Hosp*. 2015;31(3):1366–75.
14. Rahman T, Ahmed S, Kabir R, Akhtaruzzaman M, Mitali EJ, Rashid HU, Mat Daud Z, Khor BH, Kaur D, Khosla P. Provision of renal-specific nutrition knowledge for changing dietary practice in Bangladeshi hemodialysis patients. *PEC Innovation*. 2022 Dec 1;1:100028.
15. Sánchez-González JC, Martínez-Martínez C, Bethencourt-Fernández D, Pablos-López M. The assessment of knowledge about treatment in hemodialysis patients. *Enferm Nefrol*. 2015;18(1):23–30.
16. Montazeri RS, Sharifi N. Evaluation of nutritional knowledge in terms of dietary sources of protein, phosphorous, potassium and fluids restriction in hemodialysis patients. *Jentashapir J Health Res* [Internet]. 2014 Aug 6 [cited 2022 Sep 12];5(4). Available from: <https://brief.land/jjhr/articles/21832.html>
17. Casares-Cid S, Goncalves-Vázquez PN, Alonso-González A, Remigio-Lorenzo MJ, Vázquez-Rivera J, Martínez-Ques AA. Relación entre calidad de vida, adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2022 Jun 30;25(2):140–8.
18. Duzalan OB, Pakyuz SC. Educational interventions for improved diet and fluid management in haemodialysis patients: An interventional study. *J Pak Med Assoc*. 2018 Apr;68(4):532–7.



# Mención especial

*Colonización rectal e infecciones hospitalarias por bacilos gram negativos productores de carbapenemasas: experiencia en un hospital general de agudos*

**Autores:** Berruezo Lorena, Juan Igancio Irigoitia, Eliseche Agustina, Yanina Castillo Arroyo, Mercedes LuzTarzia, Daniela Velo, Guillermo Bertoni, Nadia Baldoni, Ailen Fernandez, Florencia Otermin, Elisa Scaglione, Poggio Juan Manuel

**Mail de referencia:** infectohigarossi@gmail.com

**Servicio de Infectología Hospital HIGA Rossi de La Plata**

## INTRODUCCIÓN

La emergencia de organismos multirresistentes (OMR) representa un grave problema de salud pública. La misma se vio agravada por la pandemia de COVID-19. Dentro de los patógenos prioritarios para la vigilancia, la OMS considera de relevancia a los bacilos gram negativos productores de carbapenemasas (BGN-PC), entre otros.

La vigilancia activa de la colonización perianal y el seguimiento de la evolución de los perfiles de resistencia a los antibióticos (PRA) de las bacterias asociadas a infecciones son herramientas útiles para instaurar medidas de prevención destinadas a disminuir la diseminación de OMR.

## OBJETIVOS

Documentar el perfil colonización perianal y de las infecciones hospitalarias por BGN-PC en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y la Unidad de Trasplante de Médula Ósea (UTMO) desde mayo 2020 a agosto de 2021.

Describir la etiología de las infecciones y su PRA.  
Evaluar el impacto de los OMR en la sobrevivencia

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional realizado en un hospital general de agudos de la ciudad de La

Plata desde mayo de 2021 hasta mayo de 2022. Se incluyeron pacientes con colonización e infección por BGN-PC. Se compararon pacientes adultos internados en UTI (G1) vs UTMO (G2). Medidas de control epidemiológico: Se realizó vigilancia activa mediante hisopados rectales periódicos y se implementaron medidas de aislamiento de contacto preventivo en pacientes de riesgo, sea por colonización o infección documentada. Hisopados rectales en medio de stuart y siembra en medios selectivos (BLEE y KPC CHROMagar mSuperCarba bilis esculina ácida con vancomicina 6 microgramos/ml). Antibiograma por difusión (ATB). Infección: Procesamiento habitual según tipo de muestra. Identificación y sensibilidad por Bactalert BD y CPO Phoenix M50 BD. Resistencia a carbapenemes: Test BlueCarba, ATB con inhibidores (DCMBrit, Britania), confirmación molecular en cepas seleccionadas (PCR Malbran).

## RESULTADOS

Se incluyeron 70 pacientes de UTI y 106 pacientes de UTMO. (TABLA 1)

Dentro de los aislamientos documentados en UTI se hallaron: *P. aeruginosa* 33% (7), *Klebsiella pneumoniae* 33% (7), *A. baumannii* 14% (3), *E. cloacae* 14% (3) y *Citrobacter freundii* 5% (1) y en la UTMO se aislaron: *E. cloacae* 50% (2), *Klebsiella pneumoniae* 25% (1) y *E. coli* 25% (1)

Los PRA de BGN en UTI fueron: Amicacina 52,4%, Gentamicina 72%, Colistin 9,5%, Tigeciclina 43%, Fosfomicina 43% y CAZ-AVI 28,5%. Los PRA de BGN en UTMO fueron: Tigeciclina 25%, no presentando mecanismos de resistencia para Amicacina, Gentamicina, Fosfomicina y CAZ-AVI.





# Mención especial

	G1: UTI N: 70	G2: UTMO N: 106
Edad promedio (rango)	56 (21- 92 A)	45 (18- 87 A)
Sexo masculino	48 (69%)	59 (56%)
Hisopados	95	288
Positivos	50 (53%)	40 (14%)
Negativos	43 (45%)	214 (74%)
No desarrollo	2 (2%)	34 (12%)
Infección documentada	21 (42%)	4 (10%)
Focos clínicos	21	4
BAC	6 (29%)	3 (75%)
NAV	6 (29%)	-
ITU	3 (14%)	-
Bacteriemia 1°	3 (14%)	1 (25%)
Colangitis	1 (5%)	
Mortalidad		
Global	24 (48%)	23 (57, 5%)
Atribuible	5 (10%)	4 (5%)

**Tabla 1**

## CONCLUSIÓN

Se observó una elevada tasa de colonización e infección documentada en la UTI durante el periodo analizado. Esta tasa fue significativamente menor en la UTMO para el mismo periodo. El mayor uso de antibióticos durante la pandemia podría haber contribuido a su diseminación.



# Mención especial

*El rol del farmacéutico en la prevención de los potenciales errores de medicación*

**Autores:** Carloni Agustina; Gonzalez Patricia; Rubini Agustina; Sali Brenda.; Salvi Victoria; Vayo Micaela G.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es uno de los aspectos fundamentales de la calidad asistencial, motivo por el cual es importante diseñar y aplicar estrategias que reduzcan los errores de medicación que, además de generar un daño al paciente, producen un costo asistencial y económico que muchas veces es evitable.

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) define los errores de medicación (EM) como: “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos”. (1)

La definición de error contiene dos aspectos importantes a destacar. El primero es el carácter prevenible de los EM, de lo que deriva la necesidad de instaurar estrategias de prevención. El segundo es que no todos los errores causan daño y, de hecho, afortunadamente la mayoría de ellos no llega a producir efectos nocivos en los pacientes.

Los EM se pueden clasificar en errores reales y potenciales. Se denomina error real a aquel que efectivamente alcanza al paciente y causa un daño, cualquiera sea su gravedad. En cambio, el error potencial de medicación es aquel que podría

ocurrir y causar un nivel de daño en el paciente. Como consiste en un error que no llega a suceder, dicho daño asociado resulta de una estimación. (2, 3)

Las intervenciones farmacéuticas son aquellas actuaciones en las que el farmacéutico participa en la toma de decisiones, en el tratamiento de los pacientes y en el seguimiento clínico. El análisis y registro de dichas intervenciones constituye una herramienta fundamental para prevenir potenciales errores de medicación y detectar puntos críticos del proceso de utilización de los medicamentos. (4, 7, 10)

Con este trabajo se pretende analizar las intervenciones farmacéuticas y evaluar los potenciales errores de medicación.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal de las intervenciones farmacéuticas realizadas en el periodo comprendido entre julio del 2021 hasta julio del 2022. Las intervenciones se realizaron sobre las prescripciones médicas de todos los pacientes internados en el H.I.G.A. Prof. Dr. Rodolfo Rossi y se registraron diariamente en un formulario digital. Las mismas fueron analizadas según, tipo de error detectado, nivel de daño potencial de dicho error, resultado (aceptada/no aceptada con fundamento/no aceptada) y tipo de intervención activa/pasiva (activa si se realizó por la propia iniciativa del farmacéutico y pasiva si resultó a partir de la consulta de un profesional).

El tipo de error se clasificó utilizando la taxonomía española de errores de medicación según el grupo de trabajo Ruiz-Jarabo 2000 (Anexo 1). (5,6) Para la evaluación del daño potencial se realizó una adaptación de la clasificación de niveles de daños asociados a errores de medicación utilizando la herramienta Harm Associated with Me



# Mención especial

Tipo de Error	Porcentaje (%)
Dosis/Posología incorrecta	42,14
Omisión de dosis o medicamento	14,63
Duración del tratamiento incorrecta	13,66
Medicamento erróneo	9,34
Forma farmacéutica errónea	6,00
Otros	5,40
Vía de administración errónea	4,13
No evaluable	2,46
Hora de administración incorrecta	0,79
Transcripción/dispensación/administración de un medicamento diferente al prescrito	0,39
Error de preparación/manipulación/almacenamiento	0,39
Velocidad de administración errónea	0,39
Monitorización insuficiente del tratamiento	0,30

**Tabla 1**

dication Error Classification (HAMEC) (7) (anexo 2). Se efectuaron modificaciones en la descripción de cada categoría y se adoptaron criterios propios para la elaboración de los tipos de errores que conformaban cada nivel de daño.

En aquellos casos en los que la información recogida no estaba completa o dicha intervención no podía ser clasificada, se consideró no evaluable.

Las modificaciones mencionadas previamente fueron consensuadas y aprobadas entre los farmacéuticos del hospital.

## RESULTADOS

Durante el período de estudio, se registraron 1018 intervenciones farmacéuticas.

En cuanto al tipo de error, se observó que en un 42,14% de los casos se relacionó con la dosis o la posología del medicamento prescrito, mientras que el 14,63% fue debido a la omisión de algún medicamento. (Tabla 1)

Entre los medicamentos que presentaron una mayor frecuencia de errores en su prescripción se encontraron: Omeprazol (7%), seguido de Piperacilina/Tazobactam (5,01%), Heparina de bajo peso molecular (5,01%), Vancomicina (4,22%) y Diclofenac (3,83%).

En cuanto al grupo farmacológico, los antimicrobianos estuvieron presentes en el 38,9% de las intervenciones (tabla 2).



# Mención especial

Grupo Farmacológico	Porcentaje (%)
Antimicrobianos	38,90
Otros	12,18
IBP*/Antagonistas H2	10,90
Anticoagulantes	8,64
Analgésicos	6,97
Corticoides	5,69
Electrolitos	3,14
Antihipertensivos	2,75
Vitaminas	2,06
Psicotrópicos	2,06
Opioides	1,86
Diuréticos	1,57
Nutrición parenteral	1,37
Hipolipemiantes	0,88
No evaluables	0,58

Tabla 2: Distribución porcentual de los errores según grupo farmacológico.

\*Inhibidores de la bomba de protones.

Durante la evaluación del daño potencial, se observó que las intervenciones evitaron el 40,96%

de las veces un daño moderado, mientras que el 40,77% de las veces evitaron un daño serio en los pacientes. (Tabla 3)

Gravedad del daño evitado	Porcentaje %
Menor	9,23
Moderado	40,96
No evaluable	1,38
Serio	40,77
Severo	7,66

Tabla 3: Porcentaje de la gravedad del potencial daño evitado

Del total de las intervenciones, el 95% fueron aceptadas, el 4% no aceptadas con fundamento y el 1% resultaron sin aceptación. Por otro lado, el 99% de las intervenciones se realizaron activamente.

## DISCUSIÓN

Dentro de las limitaciones de este estudio se destacan la falta de infraestructura y el reducido personal farmacéutico en relación al número de camas ocupadas en el hospital, que en conjunto conllevan a infraestimar el número de intervenciones realizadas y registradas. En cuanto a la taxonomía elegida para clasificar los errores de medicación, es necesario mencionar que la subjetividad constituye una dificultad para dicha tarea, ya que durante el proceso de clasificación pueden surgir múltiples interpretaciones sobre una determinada situación. Los errores analizados, pueden generarse por diversos factores humanos que podrían verse potenciados por la ausencia de un sistema de prescripción electrónica asistida, distracciones y/o interrupciones durante la prescripción, sobrecarga de trabajo, etc.



# Mención especial

Al igual que en los trabajos de Arroyo Conde y Aquerreta desarrollado en Pamplona, y Martí Gil y Sanz llevado a cabo en Valencia, el grupo farmacológico con mayor porcentaje de errores fue el de antimicrobianos. Detectar y prevenir este tipo de errores es importante para evitar fracasos terapéuticos inmediatos o tardíos, además de un aumento de la resistencia antimicrobiana. (7,8)

Dentro de los medicamentos con mayor número de intervenciones se identifican el omeprazol y la heparina de bajo peso molecular, lo cual puede deberse a su elevada frecuencia de prescripción ya que suelen indicarse como profilaxis.

Respecto a los tipos de errores, los más significativos son los relacionados a la posología, con dosis y frecuencias de administración incorrectas para la condición clínica del paciente. Esto genera como consecuencia dosis sub o supra terapéuticas en el tratamiento, que pueden afectar la efectividad y seguridad del mismo. Por otro lado, el alto porcentaje de omisión de la prescripción y la duración errónea de tratamientos podría ser una causa frecuente de fracasos terapéuticos.

Los porcentajes de gravedad de los errores son aproximadamente iguales entre moderado y serio, aunque este último representa mayor significancia ya que requiere una atención e instancia hospitalaria más prolongadas. Por otro lado, si bien la gravedad del daño severo fue en un menor porcentaje, este puede llegar a ser mortal o potencialmente mortal. La reducción en los días de internación conlleva a una disminución de los riesgos asociados al cuidado de la salud.

Este análisis se podría profundizar en estudios futuros mediante la inclusión de aspectos económicos en relación a las intervenciones farmacéuticas. La conformación de un Comité de Farmacia y Terapéutica podría implicar una mejora en el uso

racional de medicamentos.

## CONCLUSIÓN

En el presente trabajo, se observó que la participación activa por parte del farmacéutico en el equipo de salud contribuye a aumentar la seguridad y eficacia del tratamiento de los pacientes mediante la minimización o erradicación de los potenciales errores que afecten la calidad de vida de cada uno de los pacientes internados.

## Bibliografía

1. Peter J. Puertas, Melissa T. Baysari, Virginia Mumford, Magdalena Z. Rabán, Juana I. Westbrook. Estandarización de la clasificación de daños asociados con errores de medicación: la clasificación de daños asociados con errores de medicación (HAMEC). Centro de Investigación de Sistemas de Salud y Seguridad, Instituto Australiano de Innovación en Salud, Universidad Macquarie, Sydney Australia; 2019.
2. Gonzalo Rodríguez Torné, Beatriz García Esteban; Beatriz González Jogal; María del Carmen Iranzu Apertel; María Antonia Berrocal Javato; Milagros Gómez Serranillos Reus II. Impacto clínico y económico de las intervenciones farmacéuticas. Rev Cubana Farm v.45 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011
3. Romero Candell G, Tejada Cifuentes F, Escudero Jiménez A, Rodenas Herráez L. Intervenciones farmacéuticas errores de medicación y su gravedad en el área de observación de un hospital de tercer nivel. G.A.I. de Albacete. Servicio de Farmacia. Servicio de Urgencias (España); 2017.
4. Kevin Hiro Callata Encarnación Jéssica Elyzabeth Dulanto Lévano; "Impacto clínico de la intervención farmacéutica en la farmacoterapia de los pacientes hospitalizados en la División de Medicina del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz", en el año 2014"; Lima-Perú; 2015.
5. Otero López MJ, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, Pérez Encinas M, en representación del Grupo de Trabajo Ruiz Jarabo 2000. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la beca Ruíz-Jarabo 2000. Farm Hosp 2003; 27: 137-49.
6. Curso de Formación Continuada en Farmacoterapia de la SEFH, módulo 4 (p.111-151). Madrid, 2007.
7. Scolari MJ, Byró PS, Apestegui MJ, Primerano FA. Evaluación clínica y económica de las intervenciones farmacéuticas en un hospital de la comunidad. Hospital Británico de Buenos Aires, 2020.



# *Mención especial*

8.C. Martí Gil, María Jesús Sanz Ferrando, Julia Aznar Prats. Impacto de las actuaciones farmacéuticas realizadas en un servicio de farmacia hospitalaria. *Pharmaceutical care España*, ISSN 1139-6202, Vol. 13, N°. 2, 2011, págs. 66-73.

9.Arroyo Conde, C.; Aquerreta, A y col. Impacto clínico y económico de la incorporación del farmacéutico residente en el equipo asistencial. *Servicio de Farmacia. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona, 2006.*

10.Irene Aquerreta y col. Impacto clínico y económico de la integración del farmacéutico en el equipo asistencial en la proximidad del paciente. *Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, 2005.*



# Mención especial

*Videohisteroscopia (VH) de oficina, experiencia en nuestro hospital.*

**Autores:** Flaim, Daniela, Parisi Regina, Rego Mónica, Tapia Gisela.

**Servicio:** Ginecología

## INTRODUCCIÓN

La VH es un procedimiento endoscópico que ha evolucionado con el paso del tiempo. En sus inicios era clasificada como diagnóstica y operatoria, ya que se realizaban en forma separada, tanto en tiempo como en instrumental y ambiente. La misma era un procedimiento en el cual se dilataba el cuello uterino hasta 8-10 mm, además del espéculo y pinzas para lograr el acceso al canal y la cavidad uterina. Era un procedimiento invasivo que ameritaba el uso de anestesia o sedación (neuroleptoanalgesia o raquídea) por lo que era realizado en quirófano.

## Equipamiento

- Monitor
- Camara
- Fuente de luz
- Bomba de infusión



Stefano Bettocchi introduce un nuevo diseño de histeroscopio, basado en una camisa a la que le cambia su forma redonda a ovalada y su diámetro de 3,2 mm x 5,3 mm, con el fin de que permitiera la adaptación del instrumental a la anatomía del canal cervical, para facilitar el paso del VH. Así surge la modificación en la técnica convencional y se elimina el espéculo y la pinza Erina para abordar el útero y se incluye la vaginoscopia. Con el surgimiento de nuevas técnicas, sumado a la invención de instrumental de menor diámetro, la VH deja de ser un procedimiento invasivo. Esto ha permitido la realización del procedimiento en el consultorio, alcanzando el diagnóstico en un alto porcentaje (98 %), cuando se tiene una sólida formación. Bajo esta modalidad de trabajo se ha logrado la realización de diagnósticos y cirugías en consultorio, dejando solo aquellos casos de alta complejidad para ser resueltos en quirófano (ablación endometrial, pólipos y miomas medianos y grandes, istmocele, y malformación complejas).





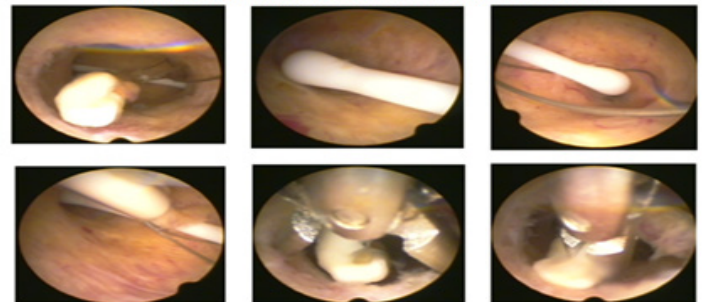
# Mención especial



Las indicaciones de la VH de Oficina son: • Sangrado uterino anormal. • Sangrado postmenopáusico. • Infertilidad primaria o secundaria. • Amenorrea primaria o secundaria. • Sospecha ecográfica de patología intrauterina. • Malformaciones. La VH terapéutica de consultorio abarca por ejemplo: oclusión o estenosis cervical (esto dependiendo del umbral de dolor de la paciente), pólipos endometriales o cervicales, toma de biopsia dirigida, extracción de cuerpos extraño y DIU, sinequias leves y moderadas. Las complicaciones descritas en la VH convencional han desaparecido casi totalmente, ya que eran ocasionados por el instrumental, la erina producía desgarros cervicales, sangrado, dolor e hipotensión. La dilatación a ciegas generaba falsas vías, perforación uterina, sangrado y dolor. Y no hay complicaciones anestésicas ya que no se usa en este procedimiento. La hemorragia y la perforación uterina son complicaciones que aún se pueden presentar con la VH de oficina, sin embargo es poco frecuente. Las complicaciones más frecuentes son, el dolor leve y la hipotensión, durante procedimientos laboriosos y, en aquellas pacientes con baja tolerancia al dolor. En esos casos existe la real indicación de realizarse bajo anestesia. Las complicaciones causadas por el medio de distensión son poco probables si se respeta el volumen promedio de líquido



**RETIRADA DIU MIRENA COM VÍDEOHISTEROSCOPIA**  
DIU NORMOINSERIDO COM FIO INTRA-ÚTERO



RETIRADA DO DIU COM PINÇA

a usar. Es muy raro que se presenten complicaciones de origen infeccioso.

## OBJETIVO PRINCIPAL

Hacer visible la importancia de la VH de oficina en nuestro Hospital para el diagnóstico de patologías del endometrio y resolución de una gran cantidad de patologías benignas del mismo.

## OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Evaluar el número de VH de Oficina realizadas en un periodo determinado por nuestro servicio.
- Obtener el total de las exitosas para diagnóstico y de las terapéuticas para patologías benignas del endometrio
- Mostrar el porcentaje en las que fue necesario realizar operatorias y su causa más habitual.
- Demostrar el ahorro de insumos de la Institución al disminuir la necesidad de instrumental y no necesitar anestesia.





# Mención especial

## MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajo retrospectivo, descriptivo. Se utilizó la historia clínica de VH especialmente confeccionada para este procedimiento. Se tomó el período de enero 2014 a junio 2022. Se evaluó, indicaciones, el porcentaje de VH de Oficina realizadas, el número de éxito de las mismas (diagnósticas y terapéuticas), las que pasaron a operatorias y su indicación, las complicaciones y el ahorro de insumos principalmente de anestesia.

## RESULTADOS

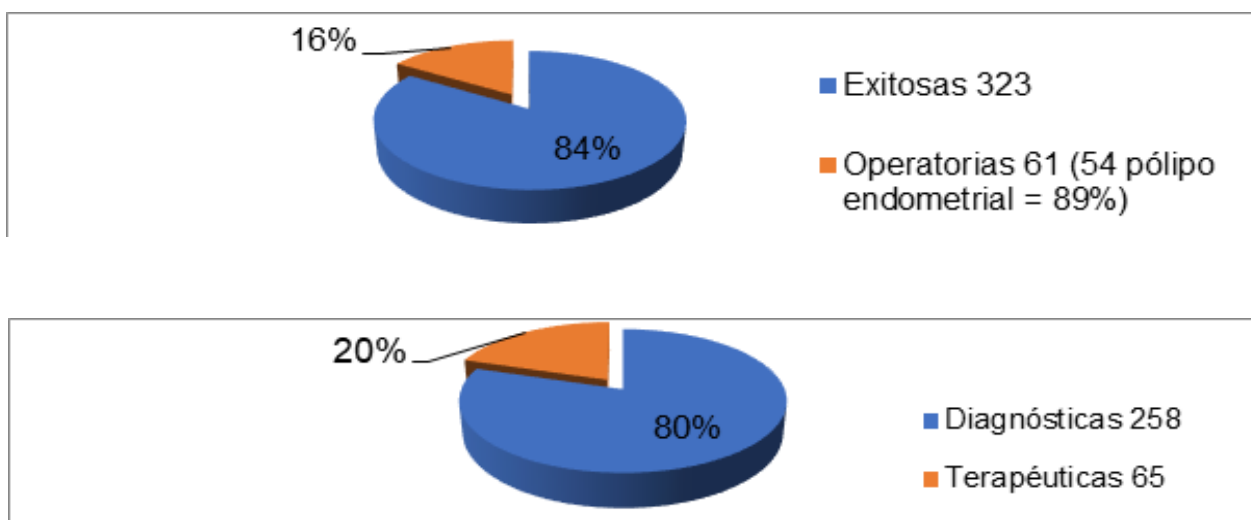
Se hallaron 384 VH de oficina. Exitosas 323 (84%); fueron diagnósticas 258 (80%) y de las cuales 14 (5%) fueron cáncer. Las terapéuticas en consultorio fueron 65 (20%). Del total de las de oficina pasaron a operatoria 61 (16) %. La causa principal fue pólipos endometrial 54 (89%).

## COMPLICACIONES

No se presentaron. Ahorro de insumo. Anestésicos 100%. Disminución del número de espéculos, menos uso de caja de instrumental y menos uso de ropa de quirófano.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Coincidimos con la literatura en los beneficios de la VH de oficina, en cuanto a poder obtener diagnósticos importantes y resolver ciertas patologías benignas del endometrio y endocervix. En nuestro trabajo se obtuvo un 84% de éxito en relación a la literatura que informa 98 %, esto a lo atribuimos, tal vez, a la preparación inadecuada de la paciente (falta de estrogenización en algunos casos) y curva de aprendizaje del equipo médico. Se coincide también en la importancia del ahorro de insumos médicos, especialmente en anestésicos. Ahorro en el uso de espéculos, caja de materiales y ropa de quirófano. La única complicación que podríamos manifestar es la suspensión del procedimiento por dolor, lo que aumentó claramente el porcentaje de operatorias en relación a la literatura.





# Experiencia destacada

*Proyecto del Programa de Redes Federal en la plataforma de Telesalud Nacional. Sala de Cuidados Paliativos HIGA Rossi.*

**Autores:** Mori, M. de los Ángeles; Sarlo Ana Julia; Ribeiro Ana;

**Servicio:** Sala de Cuidados Paliativos

**Email:** paliativarossi@hotmail.com

Como Equipo de Cuidados Paliativos del HIGA Rossi de la Ciudad de La Plata Prov. de Buenos Aires, nos propusimos desarrollar un Programa de Telemedicina orientado a establecer redes formales de intercambio, asistencia, educación e investigación en el campo de los Cuidados Paliativos. El mismo se enmarca en la plataforma de Telesalud de Nación, y apunta a conectar a los profesionales y Equipos de Cuidados Paliativos existentes en la República Argentina.

## RESUMEN

El Equipo de CP en nuestro hospital comenzó en el año 2001 con asistencia en internación domiciliaria. Desde entonces las modalidades de intervención se fueron amplificando, acorde a la complejización e integralidad del proceso salud-enfermedad. Actualmente el equipo está conformado por cinco médicas paliativistas, dos psicólogos, un psiquiatra, dos enfermeras, dos trabajadoras sociales, una terapeuta ocupacional, una nutricionista y una secretaria. Las modalidades de atención incluyen: asistencia por Consultorios Externos para pacientes ambulatorios, Interconsulta para pacientes internados por otros servicios del hospital, Internación hospitalaria en Cuidados Paliativos y la Internación domiciliaria. Esta última se efectiviza a partir de un móvil propio con el cual acudimos a los domicilios de los pacientes; y por otro lado, una Guardia Telefónica Pasiva abierta diariamente las 24 horas, que potencia las posibilidades de intervención y promueve un acompañamiento más efectivo.

La pandemia nos obligó a reinventarnos como

equipos y aceleró la integración de herramientas tecnológicas a la práctica sanitaria habitual; rompiendo con los clásicos paradigmas de atención. En medio de coyunturas tan adversas e imprevisibles las Nuevas Tecnologías Informáticas comenzaron a constituir posibles soluciones a algunas de las problemáticas que fueron emergiendo. Tal vez en otros contextos, jamás hubiésemos pensado que estas herramientas serían de tanta utilidad. La tecnología no sólo favoreció la continuidad de las tareas de cuidado y asistencia de los pacientes. También nos puso en contacto con un universo de agentes sanitarios mucho más amplio, y con colegas de distintas procedencias geográficas que a través del relato de sus experiencias fomentaban desde el entusiasmo una aptitud de aprendizaje permanente capaz de traspasar las pantallas.

Esta época de cambios permanentes, protocolos de aislamiento social y muchos temores, nos impulsó a crear Redes. Redes de contacto para conocernos, interactuar, consultarnos, contenernos, darnos ánimo. Redes de intercambio de experiencias similares y diversas, con saldos de saber que permitieron seguir avanzando.

La reciente sanción de la Ley Nacional de Cuidados Paliativos pone a los Cuidados Paliativos en agenda pública, y sobre todo, visibiliza socio-culturalmente la especialidad, incitando al compromiso y las nuevas oportunidades de continuar creciendo.

Como equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos nos encontramos continuamente en la búsqueda de nuevas modalidades de asistencia que complementen y mejoren nuestra manera de dar respuesta a las necesidades de quienes están a nuestro cuidado. Encontramos en las herramientas tecnológicas una posibilidad de cubrir vacancias desde lo asistencial que, por diversas



# Experiencia destacada

circunstancias no están cubiertas. Por eso creemos que debemos integrarlas a las modalidades de asistencia que llevamos a cabo.

En este contexto creemos que la plataforma de TELESALUD, nos permitirá desarrollar intervenciones desde redes formales, que faciliten el contacto, el apoyo, el intercambio de ideas y conocimiento. Un espacio de enseñanza y aprendizaje, de apertura a la comunidad, que acorta las distancias y los tiempos entre los distintos equipos de Cuidados Paliativos de todo el país.

TELESALUD constituye una oportunidad más para configurar un nuevo espacio de CUIDADO (de pacientes, referentes familiares y profesionales).

## **PROPUESTA Y FUNDAMENTOS DEL PROYECTO**

En el transcurso de la pandemia de covid.19 nos vimos obligados a ajustar nuestra modalidad de trabajo. El advenimiento de la virtualidad como herramienta fundamental para continuar con la dualidad de asistir y cuidar a nuestros pacientes y al mismo equipo de salud, resultó en la creación de un nuevo ESPACIO DE CUIDADO. La incorporación sumamente necesaria de herramientas tecnológicas, llamadas, videollamadas y otros medios virtuales a la práctica cotidiana para sostener el cuidado de nuestro paciente y sus referentes vinculares durante pandemia, habilitó también nuevas habilidades en la comunicación. Estos cambios se fueron integrando y enriquecieron la manera clásica de asistencia médica a la que estábamos habituados. Las nuevas tecnologías nos permitieron acortar distancias y tiempos. Pudimos comunicarnos, interactuar, asistir a través de distintos mecanismos tecnológicos. Particularmente fomentaron la creación de redes de comunicación y asistencia entre los diversos equipos de Cuidados paliativos. Los encuentros virtuales en pandemia con equipos y referentes de distintos países y provincias de nuestro país nos permitieron intercambiar opiniones, experiencias, buscar

soluciones, aprender y enseñar. Si bien nada sustituye la presencia cuerpo a cuerpo entre el equipo de salud y los usuarios, la práctica puede enriquecerse con estas modalidades que incorporan lo virtual a través de redes de asistencia y comunicación. De este modo, podemos transmitir y captar experiencia y conocimiento de otros profesionales, enriqueciendo nuestro propio quehacer cotidiano.

La Plataforma virtual de TELESALUD fue creada por el Ministerio de Salud de la Nación. Configura un conjunto de actividades relacionadas con la salud, los servicios y los métodos que se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y la comunicación. En nuestro país está integrada por instituciones creadas como nodos de Telesalud. Un nodo es la unidad mínima funcional de la red de Telesalud. Los nodos se conectan a través de un sistema de vínculos (individuales y grupales, organizacionales y tecnológicos) que permiten llevar a cabo las cuatro modalidades de prácticas que la conforman:

## **TELECONSULTAS**

Esta modalidad de trabajo se realiza entre dos o más profesionales de la salud o Equipos de salud, o entre equipo de salud y paciente, permitiendo la resolución de problemas a distancia. Pueden ser de primera opinión, que implican la atención del profesional al paciente en forma directa y sincrónica; o de segunda opinión a modo de ateneo o interconsulta, por ejemplo, realizadas en el momento (sincrónicas) o de manera asincrónica (escrito o a través de un encuentro virtual consensuado a posteriori entre profesionales). Tanto las consultas de primera como de segunda opinión pueden realizarse con integrantes de la misma jurisdicción como fuera de ella.

## **TELEGESTIÓN**

Conjunto de actividades que se realizan para diri-



# Experiencia destacada

gir, organizar o construir modelos y estrategias sanitarias entre instituciones, equipos de salud y/o comunidad.

## TELEDUCACIÓN

Uso de las tecnologías de la información y la comunicación para proveer educación a distancia a los equipos de salud y/o a la comunidad, en pos de disminuir las brechas existentes en términos de conocimiento y calidad de atención de la salud de las diferentes instituciones del país.

## TELEINVESTIGACIÓN

Es el uso de las TIC para compartir y difundir buenas prácticas, así como producir conocimiento.

De este modo, Telesalud supone una herramienta que nos permitirá seguir desarrollando nuevas estrategias para mejorar y sostener el cuidado; integrando la experiencia en la utilización de herramientas tecnológicas a la generación de redes formales de intercambio entre profesionales y equipos de Cuidados Paliativos a nivel Federal.

## ¿POR QUÉ INCLUIR TELESALUD EN LOS CP?

Asumimos que en la actualidad los cuidados paliativos no son un modelo de asistencia expandido, ni de fácil acceso para todos aquellos que los requieren. Tampoco están incorporados a la formación básica de grado en las distintas disciplinas concernidas; lo cual redundará en escasez de equipos y profesionales formados en el campo. Estas dificultades en la accesibilidad responden a múltiples razones, que esperamos sean saldadas a partir de la sanción de la Ley. No obstante, sostenemos la convicción de que un dispositivo virtual que permita romper barreras geográficas, habilitaría la llegada de intervenciones paliativistas más integrales y complejas en aquellos sectores donde por otro mecanismo no podrían llegar.

Este programa no tendría razón de ser si a él no

se sumaran la mayor cantidad posible de Equipos y profesionales que ejercen los Cuidados Paliativos, o están interesados en iniciarse en ellos. El mapa es variopinto: hay diversas composiciones y modalidades asistenciales, quienes llevan más tiempo como equipo pueden colaborar con quienes llevan menos tiempo, el intercambio y la renovación con quienes comienzan un camino siempre es inspirador y renovador para quien lo va recorriendo hace años; se van presentando nuevas oportunidades, desafíos, amenazas que en conjunto, en Red, se espera que sean más soportables de afrontar. Y es que en el ámbito de la TELESALUD, mucho hay por hacer e innovar.

## OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Potenciar el conocimiento que nos dio la virtualidad, integrando la Telemedicina a la propuesta asistencial INTERDISCIPLINARIA característica de nuestra Sala; dando lugar a la creación del PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA RED DE TELESALUD
- Sumar a los referentes provinciales de los Equipos de Cuidados Paliativos de todo el país, a través del Instituto Nacional del Cáncer al Programa.
- Poner en contacto a los mismos con los referentes de la red de Telesalud de sus lugares de asistencia para utilizar o generar nodos en sus lugares de asistencia.
- Desarrollar el programa en la modalidad Teleconsulta entre equipos de Cuidados Paliativos, como segunda opinión de manera sincrónica o asincrónica (diferida). Y Teleconsulta de primera opinión, previa solicitud de derivación por parte del Equipo o profesional que lo asiste.
- Utilizar la Teleducación para proveer educación e intercambio a distancia entre los equipos de salud o con la comunidad a través de charlas, talleres de intercambio de vivencias o capacitaciones para profesionales, pacientes, cuidadores. Talleres interdisciplinarios para la formación de profe-



# Experiencia destacada

sionales de la salud y estudiantes de las carreras afines, conjugando las prácticas con los contenidos académicos.

- Incorporar la Teleinvestigación como medio para desarrollar protocolos, proyectos de investigación y estudios multicéntricos.
- Planificar y ejecutar nuevos programas y proyectos de gestión federal asociados a los Cuidados Paliativos desde el eje de Telegestión.

## COMENTARIO FINAL

Nada puede reemplazar en el cuidado el contacto personal, la caricia, el abrazo, el hecho de tomar la mano de quien sufre.... Poco a poco fuimos retomando algunas “normalidades”, y otras se transformaron para siempre. Sin caer en un juicio de valor sobre los cambios que acarrió la situación de Pandemia en las lógicas sanitarias, nos resulta interesante enfatizar y precisar las nuevas modalidades de comunicación y de acompañamiento en el dolor que tuvieron origen en medio de la crisis; pudiendo dar respuesta al pedido de nuestra población no sólo en términos de una posición ética que humanice los cuidados, si no también respecto al cumplimiento de un derecho inalienable como es el del acceso a la salud y la asistencia.

Sin dudas lo vivido cambió nuestro entorno y la percepción sobre nosotros mismos. Las apariciones de nuevas estrategias de resolución ante los conflictos fueron útiles para resolver rápidamente algunas de las situaciones problemáticas que se iban generando. Muchas de ellas siguen a disposición; anexándose a prácticas instituidas de cuidado. Atentos a esta realidad, como Sala de Cuidados Paliativos y a partir de la inclusión de la Telemedicina, tenemos el propósito de conjugar la diversidad de saberes y prácticas aportadas por la virtualidad, con el proceso de atención sanitario. Para ello, las cuatro modalidades que oferta este nuevo dispositivo permiten vehiculizar este objetivo; potenciando los efectos y alcances de las

intervenciones y fomentando la construcción permanente de Redes de trabajo. Celebramos que Telesalud haya entrado en la escena, y deseamos que haya llegado para quedarse. Ninguna tecnología es la panacea ni está exenta de desventajas; siempre dependerá del uso que de ella pueda hacerse. En este caso, sería una herramienta más, entre otras, para mejorar la calidad de la atención y propiciar el cuidado tanto en la asistencia como en el acompañamiento inter e intraequipos de salud.

