

SALUD MILITAR

Volumen 23 Nº 1 - Setiembre 2001



PUBLICACION

de la

**DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD
DE LAS FUERZAS ARMADAS**

CONTENIDO

EDITORIAL

HOMENAJE: Tte.Cnel.(M) Luis E. Bergalli

ARTICULOS ORIGINALES

- Utilización de Antiinteciosos en Salas del H.C.FF.AA.
- Valor predictivo del APTT en pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes orales.
- Características de la Natalidad en el H.C.FF.AA.
- Propuestas para el fortalecimiento del rol de la Licenciada en Enfermería de los Servicios de Medicina.
- Necesidad y Viabilidad de un Servicio de Psicogeriatría en la D.N.S.FF.AA.
- Calidad de Vida en Hemodiálisis.

ACTUALIZACIONES

- Normatización de Procedimientos de Bioseguridad en la consulta Odontológica.
- Imágenes Panorámicas: Convencionales-Digitales

INFORMACION

- Departamento de Psicología del H.C.FF.AA.



PUBLICACION
de la
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD
DE LAS FUERZAS ARMADAS

SALUD MILITAR

Vol. 23 N°1 - Setiembre 2001

Director Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas
GENERAL WALTER DIAZ TITO

Sub Director Nacional de S.F.F.AA.
CORONEL (Av.) Juan Carlos Rodríguez

Director Técnico de la D.N.S.F.F. AA.
Director de la Publicación
"SALUD MILITAR"
CORONEL (M) GUILLERMO FROCHT

Coordinador de Publicaciones
EQ.TTE. 1° (M) TERESA PUPPO

Comité Editorial
CORONEL (M) GUILLERMO FROCHT
EQ.CNEL. (M) NELLY MURILLO
MAY. (M) CARLOS HEUGUEROT
EQ.TTE.1° (M) TERESA PUPPO

Secretaria Gráfica y Editorial
CBO. 2° ADRIANA ARANCO

www.dnsffaa.gub.uy/revista

Las opiniones expresadas por los autores
son de su exclusiva responsabilidad.
Autorizada la reproducción parcial o total
de los artículos publicados
indicando su procedencia.

Avda. 8 de octubre 3050 / Telefax.: (5982) - 487 44 09
Código Postal 11600 - Montevideo-Uruguay

ISSN 0378 - 2379

CONTENTS

EDITORIAL HOMAGE

Lt.Col.(M.D.) Luis E. Bergalli



JUAN MANUEL BLANES

"Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires, 1871"

Perpetuó en un cuadro de extraordinario valor artístico el clima de tragedia que creó la fiebre amarilla en Buenos Aires. Rinde su homenaje al Dr. Roque Pérez, viejo y venerable y al todavía joven, Dr. Argerich, que murieron de esta enfermedad, adquirida en el desempeño de su profesión. En Montevideo, falleció en la misma época y por la misma causa, el Dr. Teodoro Vilardebó.

(DR. FEDERICO SALVERAGLIO)

EDITORIAL HOMENAJE

Al Tte.Cnel.(M) Luis E. Bergalli

ORIGINAL ARTICLES

Use of Anti-infecton Agents
in H.C.FF.AA. wards

First Prize - 2000

Chemistry Area

8

Predictive value of APTT in
patients under treatment with
oral anticoagulants...

Mention - 2000

Medicine Area

20

Birthrate characteristics at the
Armed Forces Central Hospital

Second Prize - 2000

Public Health and Administration Area

27

Suggestions to strengthen the
role of Licensed Nurses in
Medicine Services

First Prize - 2000

Nursing Area

35

Need and Viability of a
Psychogeriatric Service at the
Armed Forces National
Health Direction

First Prize - 1999

Public Health and Administration Area

51

Quality of Life in Hemodialysis

First Prize and Special Mention

Medicine Area - 1999

64

ACTUALIZATION

Standardization of procedures
for biosafety in dental
consultation

72

Panoramic Images:
Conventional - Digital

83

INFORMATION

H.C.FF.AA
Psychology Department

88

ARTICULOS ORIGINALES

Utilización de Antiinfecciosos en Salas del H.C.FF.AA.

Primer Premio Año 2000 - Area Química

Tte.1º(QF) Jacqueline Ballesteros

Tte.2º (QF) Verónica Díaz

Valor predictivo del APTT en pacientes bajo
tratamiento con anticoagulantes orales...

Mención Año 2000 - Area Medicina

Tte.1º(M) Virginia Costa

Tte.2º (QF) Eliana Ribeiro

Eq.S.O.M. (TL) Humberto Lima

Características de la Natalidad en el H.C.FF.AA.

Segundo Premio Año 2000 - Area Salud Pública y Adm.

Eq.Tte.1º(M) Teresa Puppo

Propuestas para el fortalecimiento del Rol de la
Licenciada en Enfermería de los Servicios de Medicina.

Primer Premio Año 2000 - Area Enfermería

Alf.(N) Marcela Acuña

Alf.(N) Mónica Castro

Tte.2º(N) Eduardo Schmitd

Alf.(N) Rosa Sangiovanni

Necesidad y Viabilidad de un Servicio de
Psicogeriatría en la D.N.S.FF.AA.

Primer Premio Año 1999 - Area Salud Pública y Adm.

Eq.S.O.M. David Karp

Eq.Cap. Andrés Giacoia

Eq.Tte.1º María Olga Alvez

Calidad de Vida en Hemodiálisis

Primer Premio y Mención Especial Año 1999

Area Medicina

May.(M) Juan Nin Ferrari

ACTUALIZACIONES

Normatización de Procedimientos
de Bioseguridad en la Consulta Odontológica

Departamento Sanitario del Estado Mayor del Ejército

Imágenes Panorámicas: Convencionales - Digitales

Eq.Cap.(O) Marisa Schultze

INFORMACION

Departamento de Psicología del H.C.FF.AA.

Eq.Tte.1º(Ps) Anna Mintz

Sgto.1º(Ing.Civ.) Fernando Garcia

EDITORIAL

En la aurora del Tercer Milenio, son muchos los desafíos que enfrenta la Epidemiología, pues la globalización económica ha sido acompañada de la globalización de los factores de riesgo para la Salud, de estilos de vida no saludables y de la caída de las fronteras para las enfermedades.

Ante tal abrumadora perspectiva, muchas veces nos encontramos ante los simples dilemas: *“salud colectiva-salud individual”*, *“programas preventivos - alta tecnología”* y es cuando nos asaltan las interrogantes: **¿Por qué?** y **¿Para qué?** un Departamento de Epidemiología dentro de la organización de la D.N.S.FF.AA.. Es una interrogante que nos hemos planteado en muchas oportunidades cuando el desafío de la duda colectiva nos agobia.

Pero cuando levantamos la mirada y escudriñamos nuestro horizonte descubrimos el por qué de nuestra presencia: promover la Salud de la población militar, entendiendo como tal al militar y su familia, y que este objetivo trasciende a la organización e impacta en la Salud Nacional.

Del análisis de lo anterior surge la respuesta a la segunda pregunta *¿Para qué?*: cuando se realiza un programa preventivo para un contingente que sale del país hacia un destino remoto a contribuir con la paz del mundo, se está actuando en tres instancias del proceso Salud-enfermedad, en forma secuencial:

- En la Salud individual, al proteger al efectivo de las enfermedades prevalentes de la zona donde concurre.

- A nivel de la Salud Nacional, al impedir con las acciones preventivas que nuestros efectivos que integran los contingentes de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la Paz al regresar, introduzcan al país enfermedades exóticas o erradicadas.

- En la Salud internacional, al desplegar un conjunto de personas inmunes que no determinarán un brote epidémico de enfermedades frecuentes en la zona o las diseminarán al no estar inmunizados o protegidos por otras acciones epidemiológicas.

Si bien la Epidemiología nació de la mano de las epidemias, hoy se ha convertido en un “sistema de inteligencia epidemiológica”, su acción se extiende a través de la promoción de la Salud, de la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo determinantes de las enfermedades y de la gestión y administración de los Servicios de Salud, aportando información obtenida a través de procedimientos metodológicos científicos.

La D.N.S.FF.AA. por intermedio de su Departamento de Epidemiología coadyuva a enfrentar el desafío de contar con Fuerzas Armadas en un estado de salud tal, que le permitan cumplir con la misión asignada.

EDITORIAL

In the dawn of the Third Millennium, Epidemiology is facing various challenges, since economic globalization has been accompanied by the globalization of risk factors related to health, unhealthy lifestyles and the fall of frontiers for diseases.

Before such an overwhelming perspective, many times we find ourselves facing simple dilemmas: “collective health – individual health”, “preventive programmes – high technology” and the following questions arise: **Why, to what end** should there be an Epidemiology Department within the organization of the Armed Forces National Health Direction? These are questions we have made to ourselves frequently when the challenge of the collective doubt is overwhelming.

But when we lift our eyes and examine our horizon, we find out the reason for our existence: to promote Health within the military population, and by such we take into account the member of the Armed Forces and his family; this objective goes beyond the organization and achieves an impact on National Health.

From the analysis of the previous text, there appears the answer for the second question, To what end?: when a preventive program is carried out for a contingent leaving the country to a far away destination, in order to make a contribution for peace in the world, we are acting in a sequenced order, in three instances of the Health-Disease process:

- as to individual health, when we protect the Armed Forces member from prevailing diseases in his destination zone.
- as to international health, when we deploy a group of immune people who shall neither determine an epidemiological outbreak of diseases which are frequent in the zone, nor spread these diseases for not being vaccinated or protected by other epidemiological actions.
- and, at an national health level, by taking preventive measures, we prevent exotic or eradicated disorders from being introduced to the country by these contingent members.

Although Epidemiology was born because of epidemics, today it has become an “epidemiological intelligence system”, its action comprises health promotion, epidemiological surveillance for risk factors that determine diseases, procedures and administration of Health Services, providing information obtained with scientific methodological procedures.

The Armed Forces National Health Direction, through its Epidemiology Department, cooperates to face the challenge of having Armed Forces in such a health condition that they shall be fit to accomplish the assigned mission.

HOMENAJE

Tte.Cnel. (M) Don LUIS E. BERGALLI **1939 - 2000**

Luis Eduardo Bergalli Campomar nació en Montevideo el 15 de noviembre de 1939.

Obtuvo el título de Doctor en medicina luego de una brillante carrera en 1966.

Dos años más tarde su innata vocación quirúrgica lo lleva a concursar y ganar la jefatura de clínica quirúrgica en el Servicio que dirigía en esos entonces el Profesor Walter Suiffet en el Hospital Pasteur.

Ingresó al Servicio de Sanidad de las FF.AA mediante un concurso de oposición y méritos realizado en Septiembre de 1967, con el cargo de Cirujano de guardia y Sala de nuestro Hospital Central.

Su vocación de trabajo y su capacidad profesional le permitieron acceder a la Jefatura del Dpto. de Emergencia en 1972 y suceder luego a su querido amigo el Dr. Juan Carlos Castiglioni como Jefe del Dpto. de Cirugía en febrero de 1994, cargo que ostentó hasta su retiro.

Ocupó también, dentro de sus múltiples quehaceres, la Presidencia de la Sociedad de Cirugía del Uruguay en 1991, durante el conflicto desatado entre el mutualismo y las Sociedades Anestésico Quirúrgicas, mostrando siempre la firmeza y determinación de un líder como pocos, ya que en él se con juntaron un gran prestigio científico profesional y una conducta ética que no conoció claudicaciones.

Yo lo conocí como estudiante de Medicina en sus famosas clases de los Sábados a las 8 de la mañana en donde desarrollaba un tema exhaustivamente y lo admiré de inmediato.



Su espíritu se liberaba de una personalidad sobria, equilibrada y hasta tímida para convertirse en un formidable transmisor de conocimientos médicos y humanos.

Aparecía el maestro en todo su esplendor educando, en el más justo significado del término, a muchas generaciones de estudiantes que siempre lo recordarán.

Al ingresar al Dpto. de Cirugía del Hospital Central de las FF. AA. en 1985 tuve el privilegio de recibir

directamente sus enseñanzas, la transmisión de sus secretos quirúrgicos y, lo que es más importante aún, el poder gozar de su amistad y la de su familia, lo que me honrará para siempre.

Su brillante carrera universitaria, desarrollada paralelamente a su intensa actividad quirúrgica, culminó con el justo nombramiento de Profesor titular de la Clínica Quirúrgica II de su querido Hospital Maciel.

Ya limitado por su enfermedad, trabajó intensamente durante dos años hasta su voluntaria renuncia a fines de 1998.

Don Luis Bergalli fue un eximio Cirujano y un docente sin par que generosamente ayudó a formar varias generaciones de colegas que, como José Pedro Perrier y Alfredo Peyroulou, dirigen hoy los destinos de la cirugía de nuestro Hospital y deberán continuar con el pesado legado que sus predecesores los dejaron.

El "Coco" fue un verdadero Maestro, ya que este término heredado del latín "*magíster*", se utiliza para designar al que enseña una ciencia, arte u oficio y la cirugía es una compleja comunión de estas tres actividades humanas.

Pero también Maestro es un término que, en la construcción, se usa para nombrar "*al listón principal de madera que se coloca como guía para construir una pared*".

Una vez más, como me enseñó mi padre, el diccionario es la fuente correcta para aprender el verdadero significado de las palabras y los conceptos primordiales.

Hasta siempre Maestro.

Capitán (M) Alfredo PREGO
Departamento de Cirugía del H.C.FF.AA.

EDITORIAL

HOMAGE

**Lt.Col. (M.D.) LUIS E. BERGALLI
1939 - 2000**

Luis Eduardo Bergalli Campomar was born in Montevideo, in November 15, 1939.

He obtained his title of Medical Doctor in 1966, after a brilliant career.

Two years later his innate surgical vocation lead him to pass an examination and become Chief of the Surgical Clinic in the service headed in that period by Professor Walter Suiffet at the Hospital Pasteur.

He entered the Armed Forces Health Service through an examination and merit acknowledgment in September 1967, as Surgeon on duty and Ward Surgeon in our Central Hospital.

His vocation as a worker and his professional capacity allowed him to reach the position of Chief of the Emergency Department in 1972, and then he succeeded his dear friend Dr. Juan Carlos Castiglioni as Chief of the Surgery Department in February 1994. He held this position until his retirement.

Among his varied activities, he held the position of President of the Uruguayan Surgery Society in 1991, during a conflict between the pre-paid medical services and the Anesthetic-Surgical Societies. In that moment he showed the firmness and determination of a unique leader, since a great professional and scientific prestige and an unparalleled ethical conduct were joined in him.

I met him when I was a medical student in his famous Saturday classes at 8 A.M., where topics were fully developed, and I admired him immediately.

His spirit, freed from a sober, balanced and even shy personality, became an outstanding source of medical and human knowledge. The teacher appeared in all its splendor whenever he taught, in the precise meaning of the term, to many generations of students who will always remember him.

When I entered the Surgery Department of the Armed Forces Central Hospital in 1985, I had the privilege of directly receiving his lessons; more importantly, I could enjoy his friendship and that of his family as well, something that will always be an honor for me.

His brilliant university career, developed together with an intense surgical activity, reached his peak when he was fairly appointed as regular Professor of Surgical Clinic II at his beloved Hospital Maciel. Already limited by the disease, he worked intensely for two years until 1998, when he resigned voluntarily.

Dr. Luis Bergalli was an outstanding surgeon and a unique teacher, he generously assisted in the formation of many generations of colleagues who, like Drs. José Pedro Perrier and Alfredo Peyroulou, today lead the surgical destiny of our Hospital and inherited this legacy from their predecessors.

“Coco” was a true Master, since that term coming from the Latin “magister”, is applied to designate a person who teaches a science, art or craft, and surgery is a complex union of these three human activities. But Master is also a term that, used in the field of construction, is the definition for “the main wood plank placed as a guide to build a wall”.

Once more, as my father taught me, the dictionary is the right source in order to learn the true meaning of fundamental words and concepts.

Farewell, Master.

Captain (M.D.) Alfredo PREGO

Member of the Surgery Department of the Armed Forces Central Hospital



PREMIOS ANUALES DE LA D.N.S.FF.AA. AÑO 2000
AREA QUIMICA: “PRIMER PREMIO”

<https://doi.org/10.35954/SM2001.23.1.2>

**Utilización de Antiinfecciosos
en Salas del H.C.FF.AA.**

Tte.1º (QF) Jacqueline Ballesteros
Tte. 2º (QF) Verónica Díaz

RESUMEN

PALABRAS CLAVE: *Antiinfecciosos*
Utilización de medicamentos
Dosis Diaria Definida

Los estudios de utilización de medicamentos constituyen una estrategia útil para mejorar la calidad de la prescripción así como para lograr la racionalización del uso de los mismos.

En el presente trabajo se exponen los resultados obtenidos en un estudio de utilización de antiinfecciosos en las salas de internación del H.C.FF.AA. atendidas por el sistema de dispensación de medicamentos por Dosis Unitaria en el período Mayo – Julio de 2000.

Se utiliza como unidad técnica de medida el Nº de Dosis Diarias Definidas/100 camas/día, definiendo 12 grupos de antiinfecciosos y agrupando las salas en 8 especialidades diferentes.

El consumo total de antiinfecciosos es de 51.49 DDD/100 camas/día, siendo los grupos de mayor consumo las cefalosporinas, penicilinas y quinolonas.

En relación a las camas atendidas, los mayores consumos los presentan las salas de Infectología, Cirugía y Traumatología.

SUMMARY

PALABRAS CLAVE: *Anti-Infections Agents*
Use of Drugs
Daily Defined Dose

Studies about the use of drugs are a useful strategy in order to improve quality of prescriptions as well as to achieve the rationalization of their use.

This paper shows results obtained in a study about the use of anti-infection agents in hospitalization wards of the H.C.FF.AA. which are attended with the Unit Dose system in the period comprising the months of May – July, 2000.

As a technical measurement unit, it was applied the number of Daily Defined Doses/100 beds/day, defining 12 groups of anti-infection agents and wards were grouped in 8 different specialties.

Total consumption of anti-infection agents is 51.49 DDD/100 beds/day, where cephalosporins, penicillins and quinolones formed the most used groups. With reference to attended beds, the greatest consumptions were shown by the Infection, Surgery and Trauma wards.

I. INTRODUCCION

I.1 GENERALIDADES

Desde el aislamiento de la morfina por Serturmer en 1803, ha habido un crecimiento exponencial en el desarrollo de nuevos agentes terapéuticos. El número de productos patentados creció lentamente hasta mediados de la década del 40 y es a partir del primer uso clínico de la penicilina, en 1941, que comienza la fase de crecimiento rápido de nuevas patentes.

Desde la década del 40 hasta la del 70 aparecieron la mayoría de los fármacos que constituyeron los grupos terapéuticos innovadores que conocemos hoy. Pero a partir de la década del 80 cambió la estrategia de la industria farmacéutica pasando de la investigación y desarrollo de moléculas realmente innovadoras, a modificar las existentes buscando alguna mejoría del balance riesgo-beneficio, ventajas farmacocinéticas o simplemente innovando en la presentación farmacotécnica de antiguas moléculas de probada eficacia.

Esta explosión farmacológica determina la situación actual, en que la "polución" de fármacos hace difícil mantener un nivel de información adecuado para poder elegir racionalmente un medicamento.

En este contexto, es importante entender por qué debe lograrse un uso racional de los medicamentos:

- Porque contribuye al bienestar del individuo y al de la sociedad.
- Porque el uso inapropiado repercute negativamente en las condiciones de salud así como en los presupuestos familiares e institucionales; máxime con las limitaciones en los recursos económicos.
- Porque existen abundantes interacciones y efectos adversos debido al uso incorrecto o inadecuado de los medicamentos.
- Porque existe un alto nivel de automedicación.
- Porque está demostrado la pérdida en salud y de recursos por incumplimiento. (1)

El uso racional de medicamentos implica entonces obtener el mejor efecto terapéutico, con el menor número de fármacos, durante el lapso más corto posible y con un costo razonable.

Aunque parece fácil lograrlo, la práctica ha demostrado que rara vez los medicamentos se usan racionalmente. Para esto las acciones competen a todo el equipo de salud destacándose:

- Acciones del médico:
 - ✧ Diagnóstico correcto
 - ✧ Prescripción adecuada: (selección del medicamento de eficacia comprobada, con pocos efectos adversos, de fácil administración, en dosis, frecuencia y períodos de administración adecuados y de costo razonable)
 - ✧ Instrucciones y educación al paciente.
- Acciones del Químico Farmacéutico:
 - ✧ Dispensación correcta, abarcando en este concepto elementos de apoyo para el cumplimiento de la prescripción con información sobre el uso correcto, la importancia del tratamiento y de su cumplimiento.
 - ✧ Educación e información a la población y al equipo de salud.
- Acciones del usuario y/o personal de enfermería:
 - ✧ Administración correcta con total cumplimiento de las instrucciones para lograrlo según cada medicamento. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido, desde hace tiempo, la necesidad de establecer una política nacional de medicamentos y la importancia de una estrategia asociada de investigación que incluya estudios de utilización de medicamentos. (3)

Una política nacional de medicamentos tiene como objetivo permitir la existencia de medicamentos efectivos, seguros, de bajo costo que estén disponibles y sean accesibles, para satisfacer las necesidades de toda la población y asegurar que los medicamentos sean de buena calidad y se usen racionalmente.

Los estudios adecuados de utilización de medicamentos han demostrado que son herramientas valiosas para observar el uso de fármacos a través del tiempo, identificar problemas potenciales asociados al uso de medicamentos y evaluar los efectos de las intervenciones reguladoras y educacionales. Tales estudios implican la recolección de los datos relevantes sobre uso de fármacos, su organización y análisis y finalmente la toma de decisiones adecuadas destinadas a lograr un uso racional de medicamentos. El próximo paso es la implementación y la re-evaluación de las decisiones. (3)

En 1969, en Oslo, en el Simposio de la Organización Mundial de la Salud sobre utilización de medicamentos, se estableció el Grupo de Investigación de la Utilización de Medicamentos de la OMS (DURG). Dicho grupo, en conjunto con el Nordic Council on Medicines, estableció una medida de utilización de medicamentos en unidades internacionalmente reconocidas.

Esta unidad, la Dosis Diaria Definida, (DDD), sirve de base para comparar datos y es independiente de las diferencias internacionales en los precios, y en las formas farmacéuticas.

La DDD, se define como “la dosis promedio diaria de mantenimiento de un medicamento, usado para su indicación principal en el adulto”.

Es una unidad técnica de medida que expresada por 1000 habitantes / día, por 100 camas/día, etc., permite varios tipos de estadísticas sobre utilización de medicamentos con datos comparables, incluso entre países. (3)

De todo lo expuesto anteriormente, surge la imperiosa necesidad de realizar estudios que revelen datos sobre la utilización de medicamentos para apuntar al uso racional de los mismos. Este tema cobra aún mas importancia en los medios

hospitalarios, tanto desde el punto de vista de la recuperación efectiva de la salud y la disminución de los períodos de internación, como para optimizar gastos apuntando a la fármaco economía. (4)

En este sentido, los antiinfecciosos representan uno de los grupos de medicamentos de mayor uso a nivel hospitalario. Sus indicaciones incluyen el uso en profilaxis y el tratamiento de infecciones incluso aquellas asociadas a las propias farmacoterapias aplicadas, (por ejemplo asociadas a los mismos antimicrobianos, antineoplásicos, inmunosupresores, corticoides, etc.).

Por otro lado, el uso frecuente o incorrecto de un antimicrobiano determinado podría propiciar la aparición de microorganismos resistentes a ese fármaco y a veces a otros. Asimismo, las cepas resistentes podrían ser más capaces que las cepas no resistentes de causar infecciones nuevas. (5)

El análisis sistemático de la utilización de antibióticos es una estrategia útil para mejorar la calidad de la prescripción pudiéndose con esta metodología detectar desviaciones en la prescripción de algunos antibióticos así como lograr indicadores de calidad del grado de adaptación a la jerarquización de antibióticos, marcada por la política de antiinfecciosos de un hospital. (6)

En el siguiente trabajo se presenta un estudio de utilización de antiinfecciosos durante el período mayo - julio de 2000 en las salas del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (H.C.FF.AA.) que cuentan con el sistema de dispensación de medicamentos de Dosis Unitaria (D.U.).

II. OBJETIVOS

II.1 Estudiar el consumo total de los distintos grupos de antiinfecciosos durante el período mayo - julio de 2000, en las salas del H.C.FF.AA. que cuentan con el sistema de dispensación de D.U.

II.2 Estudiar la distribución del consumo de los distintos grupos de antiinfecciosos durante el período mayo - julio de 2000, en las salas del H.C.FF.AA. que cuentan con el sistema de dispensación de D.U., agrupadas de acuerdo a su especialidad.

III. MATERIALES Y METODOLOGÍA

III.1 POBLACIÓN

Salas del H.C.FF.AA. que cuentan con el sistema de dispensación de medicamentos de D.U. Este sistema se encuentra actualmente implementado en diecisiete salas del hospital las cuales, en el presente estudio se agruparon de acuerdo a su especialidad en ocho grupos (Tabla N° 1).

Tabla N° 1

Agrupación de salas atendidas por el sistema de D.U. en el H.C.FF.AA según su especialidad

POLIVA- LENTES	MEDI- CINA	CIRUGÍA	GINECO- LOGÍA	UROLO- GÍA	TRAUMA- TOLOGÍA	NEURO- LOGÍA	INFECTO- LOGÍA
Jefes 2 PB	1EP 1PA 5SS 6(1) 9EP 9PA 14	3 PB 15	12 6 (2)	1 PB	2 PA	5 EP	10

III.2 MATERIALES

Recursos Humanos: Dos Químicos Farmacéuticos del Servicio de Farmacia Clínica.

Recursos materiales: Listados de consumos de medicamentos de las salas y un ordenador P.C.

III.3 METODOLOGÍA DE TRABAJO

III.3.1 Estudio del consumo total de los distintos grupos de antiinfecciosos

Se realizó un estudio retrospectivo para analizar el consumo total de antiinfecciosos en las salas del H.C.FF.AA. atendidas por el sistema de D.U., durante el período mayo-julio de 2000. Los mismos fueron clasificados en 12 grupos ajustándose básicamente a la clasificación ATC (Anatomical Therapeutical Classification) (Anexo 1). Se incluyeron en el estudio los antibacterianos, antimicóticos y antituberculosos, excluyéndose los antivirales.

Se calculó en primer lugar el consumo total de cada antiinfeccioso en dichas salas y en el mencionado período, luego el de cada grupo de antiinfecciosos en iguales condiciones, para por último calcular el del total de antiinfecciosos.

- Para calcular el consumo de cada antiinfeccioso en la población definida y en el período considerado, se tomó como unidad el N° DDD/100 camas/día calculado según la fórmula siguiente:

N°DDD/100 camas/día



unidades consumidas x dosis x 100

DDD x camas ocupadas

- ◇ “**Unidades consumidas**”: surge de los listados de consumos, se expresan en ampollas o comprimidos según corresponda, y son las consumidas en el total del período mayo-julio de 2000.
- ◇ “**Dosis**”: es la cantidad en gramos del principio activo al que se refiere la DDD, contenida en la forma farmacéutica y en la presentación considerada.
- ◇ “**DDD**”: Para cada antiinfeccioso se utilizaron las expuestas en la tabla del Anexo1. Para confeccionar la misma se tuvieron en cuenta las dosis diarias promedio utilizadas en el H.C.FF.AA, si las mismas coincidían con las determinadas por organismos internacionales, se expresan en

la tabla con estas referencias; de lo contrario se especifica que se tomó la DDD prescripta mas comúnmente en el H.C.FF.AA. (denominada DDR: dosis diaria referida).

- ✧ “**Camas ocupadas**”: Es la suma de las camas ocupadas en la población definida (17 salas) durante los tres meses de estudio, lo que asciende a 23217 camas.
- Para calcular el consumo de cada grupo de antiinfecciosos durante el período mayo-julio de 2000 en las salas del estudio, se sumó el Nº de DDD/100camas/día de cada antiinfeccioso integrante del grupo.
- Para calcular el consumo total de antiinfecciosos durante el período mayo-julio de 2000 en las salas del estudio, se sumó el Nº DDD/100camas/día de cada grupo de antiinfecciosos calculadas como se explicó en el punto anterior.

III.3.2 Estudio de la distribución del consumo de los distintos grupos de antiinfecciosos según la especialidad de las salas de internación.

Se realizó un estudio retrospectivo para expresar la distribución del consumo de los distintos grupos de antiinfecciosos en el período mayo-julio de 2000, en las salas del H.C.FF.AA que cuentan con el sistema de dispensación por D.U., agrupadas de acuerdo a su especialidad.

Tabla Nº 2

Datos de estudios de utilización de antiinfecciosos publicados

PAÍS	PERÍODO DE ESTUDIO	Nº HOSPITALES DEL ESTUDIO	Nº DDD/100 CAMAS/ DÍA	REFERENCIA
España	1995	27	73.67	(7)
España	1996	31	75.17	(7)
España	1997	31	97.52	(8)
España	1998	55	90.06	(9)
Holanda	1991	54	37.20	(10)
Holanda	1996	54	42.50	(10)
Estonia	1992	1	41.00	(11)
España	1992	1	51.00	(11)
Suiza	1992	1	47.00	(11)

La metodología de trabajo fue igual a la descrita en el punto anterior excepto que en este caso se analizaron los consumos en cada uno de los 8 grupos definidos de salas (según su especialidad) por lo que:

- ✧ “**Unidades consumidas** “: Surge de los listados de consumos de las salas integrantes de cada grupo, se expresan en ampollas o comprimidos según corresponda, y son las consumidas en el total del período mayo – julio de 2000.
- ✧ “**Camas ocupadas**”: Es la suma de las camas ocupadas de las salas que integran cada especialidad durante los tres meses de estudio.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV.1 ESTUDIO DEL CONSUMO TOTAL DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE ANTIINFECCIOSOS

Los resultados obtenidos se presentan en los Anexos 2 y 3.

El total de DDD/100 camas/día de antiinfecciosos es de 51.49. La comparabilidad de los resultados con otros trabajos publicados es compleja debido a la diversidad de metodologías utilizadas en los mismos, las diferencias en las DDD utilizadas, el tipo de hospital de los estudios así como los grupos de antiinfecciosos incluidos, entre otras variantes. No obstante, se exponen a continuación los datos de diversos trabajos publicados en cuanto al consumo total de antiinfecciosos en diferentes medios hospitalarios.

En cuanto a la distribución del consumo de los distintos grupos de antiinfecciosos se destacan las cefalosporinas con un consumo de 16.59 DDD/100 camas/día, lo que representa aproximadamente el 32% del consumo total de antiinfecciosos, seguidas por las penicilinas (12.67 DDD/100 camas/día equivalente a un 25% del consumo total) y las quinolonas (10.24 DDD/100 camas/día equivalente a un 20% del consumo total).

Dentro del grupo de las cefalosporinas el mayor consumo se obtuvo en las de primera generación, seguida de la ceftriazona (cefalosporina de tercera generación), pudiéndose observar bajos consumos de las de segunda generación.

Respecto al grupo de las penicilinas, las penicilinas semisintéticas con sulbactam constituyen prácticamente la totalidad del consumo del grupo. Similar situación se observa en el grupo de las quinolonas, donde el consumo de ciprofloxacina es notoriamente predominante.

IV.2 ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE ANTIINFECCIOSOS SEGÚN LA ESPECIALIDAD DE LAS SALAS DE INTERNACIÓN

Los resultados obtenidos se presentan en los Anexos 4 y 5.

El mayor número de DDD/100 camas/día se observa en la sala de Infectología (174.13), seguido en orden decreciente por las salas de Cirugía (64.75), Traumatología (61.35), Polivalentes (51.87), Medicina (47.81), Urología (41.56), Ginecología (35.85) y finalmente Neurología (31.41) lo que concuerda con el tipo de patologías atendidas en cada especialidad.

En las salas Polivalentes y de Urología el mayor consumo corresponde a las cefalosporinas, seguido de las quinolonas y las penicilinas.

En las salas de Medicina y Cirugía el grupo de mayor consumo es también el de las cefalosporinas, seguido en este caso, por las penicilinas y luego las quinolonas. El consumo de macrólidos en Medicina es mayor con relación al observado en las salas de otras especialidades; observándose una situación similar con los nitroimidazoles en Cirugía.

En las salas de Ginecología el mayor consumo corresponde notoriamente a las penicilinas, seguido por las cefalosporinas.

En Traumatología las cefalosporinas son el grupo de mayor consumo, seguido de penicilinas y aminoglucósidos.

En Neurología, las cefalosporinas también constituyen el grupo de mayor consumo, seguido de los macrólidos. En este caso se observan menores consumos de la mayoría del resto de los grupos de antiinfecciosos.

En Infectología, los antituberculosos predominan notoriamente, seguidos de las sulfonamidas y los antimicóticos, presentando además, únicamente consumos de penicilinas y cefalosporinas.

En términos generales, de lo discutido anteriormente, se puede destacar que los consumos de cefalosporinas predominan en las salas Polivalentes, Medicina, Cirugía, Urología, Traumatología y Neurología. En Ginecología, en cambio, predomina el consumo de penicilinas mientras que en Infectología se destaca el de antituberculosos.

V. CONCLUSIONES

- El total de DDD/100 camas/día de antiinfecciosos en las salas atendidas por el sistema de Dosis Unitaria en el H.C.F.F.AA es de 51.49 y aunque la comparabilidad de los resultados con otros trabajos publicados es compleja, esta cifra se encuentra en el rango de los resultados obtenidos en estudios de utilización de antiinfecciosos publicados.
- El 77 % del consumo de los antiinfecciosos incluidos en el estudio del período Mayo – Julio de 2000 corresponden a cefalosporinas, penicilinas y quinolonas. En cada uno de estos grupos se destacan cefalosporinas de 1ª generación, penicilinas semisintéticas con sulbactam y ciprofloxacina respectivamente.
- El nivel de consumo dentro de cada especialidad, así como la distribución del mismo en los distintos grupos de antiinfecciosos es concordante con las

características de las patologías y etiologías predominantes en cada una de ellas.

- Por lo expuesto anteriormente, puede concluirse que el grado de racionalización del uso de antiinfecciosos en las salas atendidas por el sistema de D.U. del H.C.FF.AA. es adecuado, tanto en su conjunto como en forma individual en cada una de las especialidades.
- El estudio realizado constituye una buena aproximación para conocer el perfil de utilización de los antiinfecciosos en las salas del H.C.FF.AA. atendidas por el sistema de dispensación de medicamentos por D.U.
- La realización periódica de estudios de este tipo permitirá analizar la evolución y tendencias de utilización siendo a la vez una herramienta útil para promover el uso racional de los medicamentos.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- (1) ESTEVEZ F. Uso racional del medicamento en las entidades médicas del interior. Bol. Federación Médica del Interior. 1996; Año 6 Nº 7: 9.
- (2) RUIZ ALVAREZ I. Utilización racional de medicamentos. Facultad de Química Curso de educación permanente. 1995
- (3) Organización Panamericana de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de OMS. Métodos de Farmacología Clínica. 1992.
- (4) ESCRIVÁ MUÑOZ J. CERCÓS LLETÍ AC. Farmacoeconomía: estudio de la eficacia en profilaxis antibiótica en cirugía Análisis de costes. Rev. O.F.I.L. 1993; 3(2): 130-136
- (5) DAVIES DM. Los medicamentos y las infecciones. Adverse Drug Reaction Bulletin. 1995; 170
- (6) LOPEZ CABEZAS MC, HOMS PEIPOCH E, VITALES FERRERO MT. Análisis sistemático de la utilización de antibióticos como estrategia útil para mejorar la calidad de la prescripción. Farm. Hosp. 1999; 23(90):9101-9106
- (7) COBOS GARCÍA M, CAMEÁN FERNÁNDEZ B, SANTOS RAMOS FJ, BAUTISTA PALOMA MJ, TARIÑ REMOHÍ N, MUÑOZ MUÑOZ R. et al Utilización de antimicrobianos en hospitales públicos de Andalucía:1995-1996. Farm. Hosp. 1997; 21(5): 272-282
- (8) Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Estudio de utilización de medicamentos. SEFH. 1999; 23(87): 11-15
- (9) Sociedad Española de farmacia Hospitalaria. DDD's: Resultados del año 1998. SEFH. 2000; 24 (91): 21-29
- (10) JANKNEGT R, OUDE LASHOF A, GOULD IM, VAN DER MEER JW. Antibiotic use in Dutch hospitals 1991-1996. J Antimicrob Chemother. 2000; 45(2):251-256
- (11) KIIVET RA, DAHL ML, LLERENA A, MAIMETS M, WETTERMARK B, BEREZ R. Antibiotic use in 3 European university hospitals. Scand J Infect Dis. 1998; 30(3): 277-280.

ANEXO 1

DOSIS DIARIAS DEFINIDAS (DDD) DE ANTIINFECCIOSOS

	CLASIFICACIÓN ATC	GENÉRICO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DDD	DDR
PENICILINAS	J01C2A	PENICILINA G	PARENTERAL		20 MU
	J01C2A	PENICILINA BENZATÍNICA	PARENTERAL		2.4 MU
	J01C1A	AMOXICILINA	ORAL	1.5 g *	
	J01C1A	AMPICILINA	ORAL	2 g ***	
	J01C1A	AMPICILINA	PARENTERAL	2 g **	
	J01C1R	PENICILINAS C/SULBACTAM (en g de penicilina)	ORAL		0.5 g
			PARENTERAL		3 g
CEFALOSPORINAS	J01D1A	CEFALOSPORINAS 1º GENERAC.	ORAL	2 g ***	
			PARENTERAL		2 g
	J01D1C	CEFUROXIME	ORAL	1 g ***	
			PARENTERAL		2.25 g
	J01D1C	CEFOPERAZONA	PARENTERAL		2 g
	J01D1C	CEFOPERAZONA C/SULBACTAM (en g de Cefoperazona)	PARENTERAL		2 g
	J01D1C	CEFOTAXIME	PARENTERAL	3 g *	
J01D1D	CEFTAZIDIME	PARENTERAL	3 g *		
J01D1C	CEFTRIAZONA	PARENTERAL	2 g **		
CARBAPENEMS	J01E1A	IMIPENEM	PARENTERAL	2 g ***	
	J01E1A	MEROPENEM	PARENTERAL	2 g **	
AMINOGLUCOSIDOS	J01K1A	AMICACINA	PARENTERAL	1 g **	
	J01K1A	ESTREPTOMICINA	PARENTERAL	1 g **	
	J01K1A	GENTAMICINA	PARENTERAL	0.24 g **	
MACROLIDOS	J01F1A	AZITROMICINA	ORAL		0.5 g
	J01F1A	CLARITROMICINA	ORAL	0.5 g **	
	J01F1A	ERITROMICINA	ORAL	2 g **	
			PARENTERAL		4 g
J01F1A	ROXITROMICINA	ORAL	0.3 g **		
OTROS	J01F2A	CLINDAMICINA	PARENTERAL	1.8 g **	
	J01B1A	CLORANFENICOL	ORAL	3 g **	
			PARENTERAL		3 g **
	J01A1A	DOXICILINA	ORAL	0.1 g **	
J01N1A	VANCOMICINA	PARENTERAL	2 g ***		
SULFONAMIDAS	J03A1A	SULFADIAZINA	ORAL	0.6 g **	
	J03A2A	TRIMETROPIN C/SULFAS (en g de Sulfas)	ORAL		1.6 g
QUINOLONAS	J03B2A	CIPROFLOXACINA	ORAL	1 g **	
			PARENTERAL		0.4 g
	G04A1B	NALIDÍXICO ACIDO	ORAL		4 g
	J03B2A	PEFLOXACINA	PARENTERAL		0.8 g
	G04A1B	PIPEMÍDICO ACIDO	ORAL		0.8 g
NITROFURANOS	G04A1C	NITROFURANTOÍNA	ORAL		0.3 g
NITROIMIDAZÓLICOS	J03B3A	METRONIDAZOL	ORAL	1.5 g **	
			PARENTERAL		1.5 g **
ANTI-MICÓTICOS	J02A1A	ANFOTERICINA	PARENTERAL		0.05 g
	J02A1A	FLUCONAZOL	ORAL	0.2 g **	
			PARENTERAL		0.2 g
	J02A1A	ITRACONAZOL	ORAL	0.2 g **	
	J02A1A	KETOCONAZOL	ORAL	0.2 g **	
	NISTATINA	ORAL		1.5 MU	
ANTI-TUBERCULOSOS	J04A1A	ETAMBUTOL	ORAL	1.2 g **	
	J04A1A	ISONIAZIDA	ORAL	0.3 g **	
	J04A1A	PIRAZINAMIDA	ORAL	1.5 g **	
	J01M1A	RIFAMPICINA	ORAL	0.6 g **	

* DDD coincidente con Proyecto ICARE, EE.UU., 1998

** DDD coincidente con Estudio de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), 1999

*** DDD coincidente con Proyecto ICARE y de la SEFH

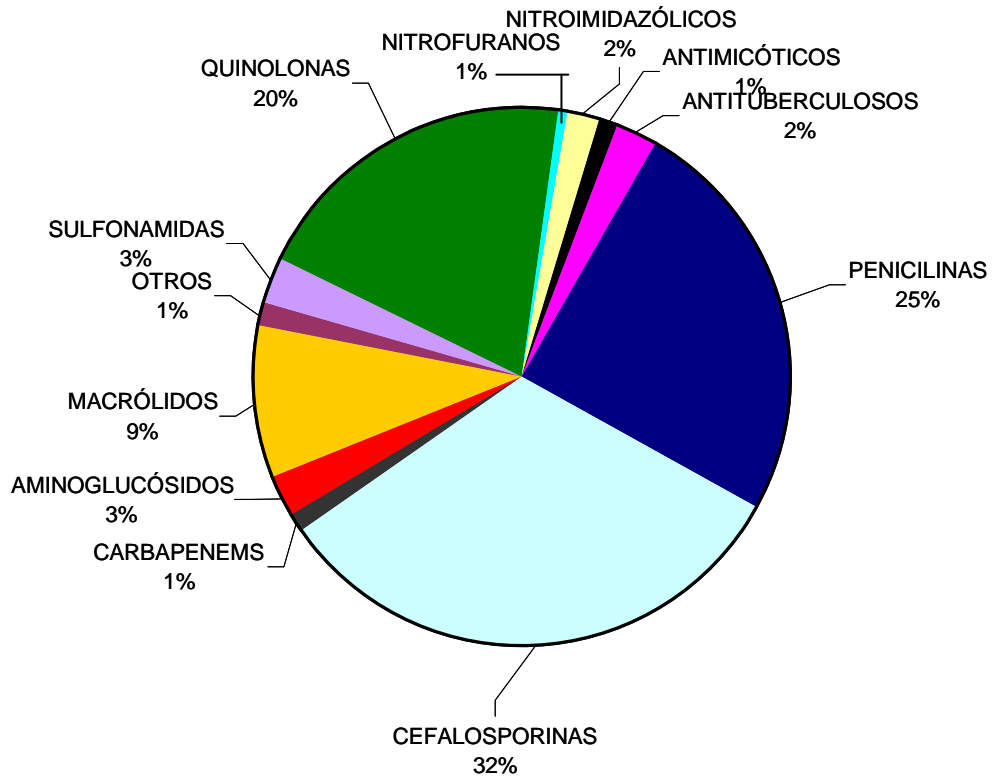
ANEXO 2

**Nº DE DDD/100 CAMAS/DIA DE ANTIINFECCIOSOS EN LAS SALAS ATENDIDAS
POR EL SISTEMA DE DOSIS UNITARIA DEL H.C.FF.AA. EN EL PERIODO MAYO-JULIO DE 2000**

	CLASIFICACIÓN ATC	GENÉRICO	VÍA DE ADMINIS TRACIÓN	DDD/100 CAMAS/DÍA	DDD/100 CAMAS/DÍA
PENI CILINAS	J01C2A	PENICILINA G	PARENTERAL	1,46	12,67
	J01C2A	PENICILINA BENZATINICA	PARENTERAL	0,05	
	J01C1A	AMOXICILINA	ORAL	0,49	
	J01C1A	AMPICILINA	ORAL	0,37	
	J01C1R	PENICILINAS C/SULBACTAM (en g de penicilina)	ORAL	4,21	
			PARENTERAL	5,94	
CEFALOS PORINAS	J01D1A	CEFALOSPORINAS 1º GENERAC.	ORAL	2,46	16,59
			PARENTERAL	6,31	
	J01D1C	CEFUROXIME	ORAL	1,46	
			PARENTERAL	0,66	
	J01D1C	CEFOPERAZONA	PARENTERAL	0,31	
	J01D1C	CEFOPERAZONA C/SULBACTAM (en g de Cefoperazona)	PARENTERAL	0,01	
	J01D1C	CEFOTAXIME	PARENTERAL	0,06	
J01D1D	CEFTAZIDIME	PARENTERAL	0,69		
J01D1C	CEFTRIAZONA	PARENTERAL	4,63		
CARBA PENEMS	J01E1A	IMIPENEM	PARENTERAL	0,62	0,62
	J01E1A	MEROPENEM	PARENTERAL	0	
AMINO GLUCÓ SIDOS	J01K1A	AMICACINA	PARENTERAL	0,43	1,33
	J01K1A	ESTREPTOMICINA	PARENTERAL	0	
	J01K1A	GENTAMICINA	PARENTERAL	0,9	
MACRÓ LIDOS	J01F1A	AZITROMICINA	ORAL	0,63	4,73
	J01F1A	CLARITROMICINA	ORAL	3,81	
			PARENTERAL	0,12	
	J01F1A	ERITROMICINA	PARENTERAL	0,17	
J01F1A	ROXITROMICINA	ORAL	0		
OTROS	J01F2A	CLINDAMICINA	PARENTERAL	0,18	0,62
	J01B1A	CLORANFENICOL	ORAL	0	
			PARENTERAL	0	
	J01A1A	DOXICILINA	ORAL	0	
J01N1A	VANCOMICINA	PARENTERAL	0,44		
SULFONA MIDAS	J03A1A	SULFADIAZINA	ORAL	0	1,49
	J03A2A	TRIMETROPIN C/SULFAS (en g de Sulfas)	ORAL	1,38	
PARENTERAL			0,11		
QUINOLO NAS	J03B2A	CIPROFLOXACINA	ORAL	4,07	10,24
			PARENTERAL	5,94	
	G04A1B	NALIDIXICO ACIDO	ORAL	0,02	
	J03B2A	PEFLOXACINA	PARENTERAL	0	
G04A1B	PIPEMÍDICO ACIDO	ORAL	0,21		
NITRO FURANOS	G04A1C	NITROFURANTOÍNA	ORAL	0,35	0,35
NITROIMI DAZÓLICOS	J03B3A	METRONIDAZOL	ORAL	0,12	0,95
			PARENTERAL	0,83	
ANTI MICÓTICOS	J02A1A	ANFOTERICINA	PARENTERAL	0	0,64
	J02A1A	FLUCONAZOL	ORAL	0,07	
			PARENTERAL	0,12	
	J02A1A	ITRACONAZOL	ORAL	0	
	J02A1A	KETOCONAZOL	ORAL	0,44	
J02A1A	NISTATINA	ORAL	0,01		
ANTI TUBERCULO SOS	J04A1A	ETAMBUTOL	ORAL	0	1,26
	J04A1A	ISONIAZIDA	ORAL	0,54	
	J04A1A	PIRAZINAMIDA	ORAL	0,55	
	J01M1A	RIFAMPICINA	ORAL	0,17	
TOTAL					51,49

ANEXO 3

**Nº DE DDD/100 CAMAS/DIA DE ANTIINFECCIOSOS EN LAS SALAS ATENDIDAS
POR EL SISTEMA DE DOSIS UNITARIA EN EL H.C.F.F.AA. EN EL PERIODO MAYO-JULIO DE 2000**



ANEXO 4

Nº DE DDD DE ANTIINFECCIOSOS/100 CAMAS DE CADA ESPECIALIDAD /DIA EN LAS SALAS ATENDIDAS POR EL SISTEMA DE DOSIS UNITARIA EN EL H.C.F.F.AA. EN EL PERIODO MAYO-JULIO DE 2000

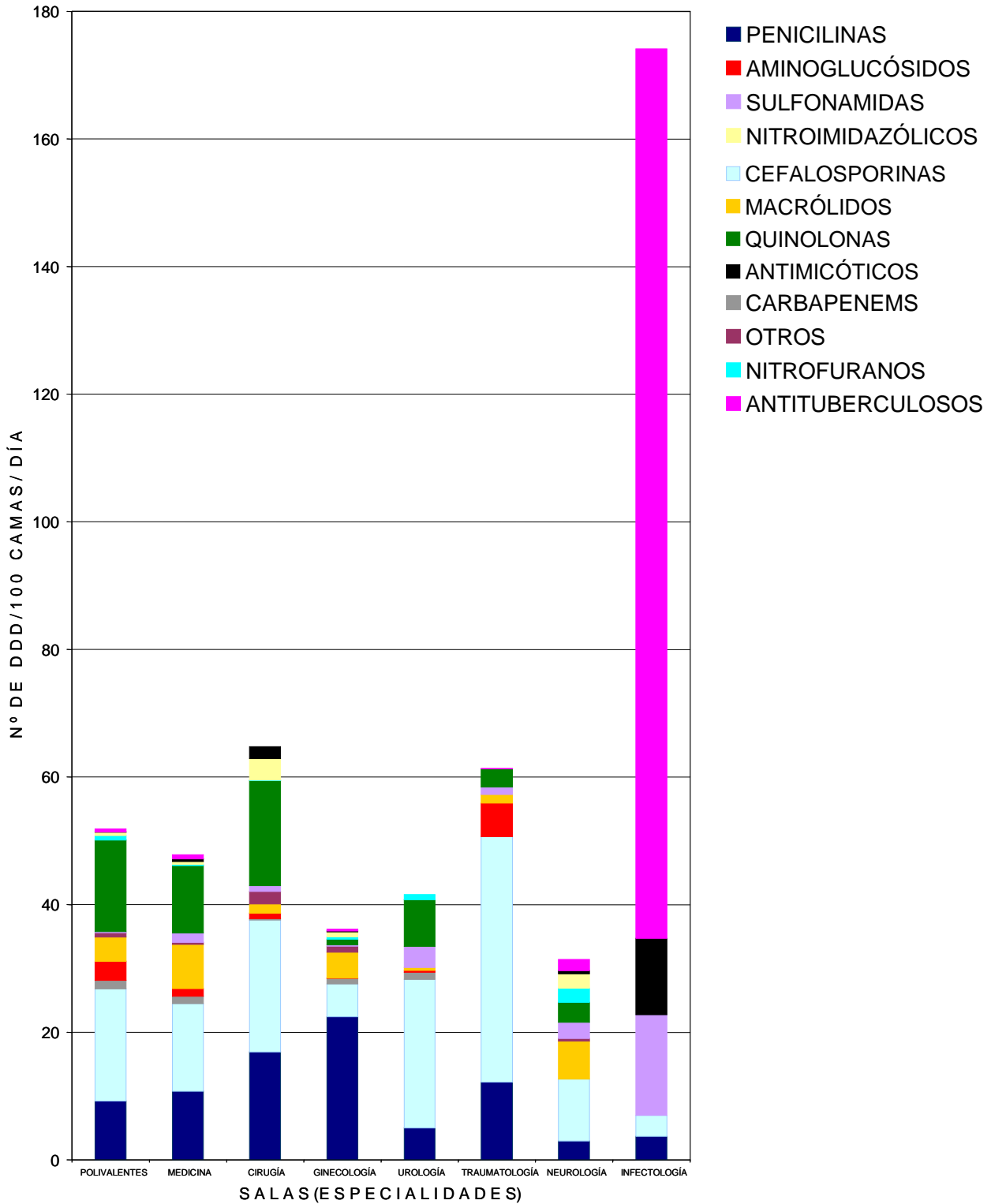
GENÉRICO		DDD/100 CAMAS POLIVA LENTES/DÍA	DDD/100 CAMAS MEDICINA/DÍA	DDD/100 CAMAS CIRUGÍA/DÍA	DDD/100 CAMAS GINECOLOGÍA/DÍA	DDD/100 CAMAS UROLOGÍA/DÍA	DDD/100 CAMAS TRAUMATOLOGÍA/DÍA	DDD/100 CAMAS NEUROLOGÍA/DÍA	DDD/100 CAMAS INFECTOLOGÍA/DÍA	
PENICILINAS	PENICILINA G	P 0,25	0,59	4,73	0,15	0,62	5,94	0,00	0,00	
	PEN.BENZATÍNICA	P 0,00	0,01	0,00	0,20	0,00	0,14	0,00	0,00	
	AMOXICILINA	O 0,15	0,60	0,46	0,42	0,38	1,14	0,74	0,00	
	AMPICILINA	O 0,00	0,15	0,00	2,09	22,47	0,00	5,00	0,00	12,18
		P 0,00	0,07	0,00	0,82	0,00	0,00	0,00	0,00	1,15
	PENICILINAS C/SULBACTAM	O 3,57	4,65	2,09	9,03	0,15	2,57	0,00	0,00	2,98
	P 5,26	4,69	9,62	9,76	3,85	2,39	1,09	0,41	0,00	
CEFALOSPORINAS	CEFALOSPORINAS 1º GENERAC.	O 3,44	1,79	2,36	0,77	3,11	9,22	0,48	2,45	
		P 4,37	2,74	10,47	2,22	11,03	27,43	2,16	0,00	
	CEFUROXIME	O 1,79	2,06	0,74	1,00	0,18	0,00	1,93	0,41	
		P 1,33	0,28	1,89	0,00	0,41	1,47	0,00	0,00	
	CEFOPERAZONA	P 0,00	0,09	1,71	0,00	5,10	0,00	23,30	0,00	38,48
	CEFOP.C/SULBACTAM	P 0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,67
	CEFOTAXIME	P 0,30	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	CEFTAZIDIME	P 0,11	0,81	0,99	0,00	0,21	0,00	3,91	0,00	0,00
CEFTRIAZONA	P 6,23	5,91	2,56	0,83	8,36	0,36	1,19	0,41	0,00	
CARBAPENEM	IMPENEM	P 1,31	1,18	0,18	0,18	0,89	0,89	1,12	1,12	0,00
	MEROPENEM	P 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AMINOGLUCOSIDOS	AMICACINA	P 1,66	0,42	0,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	ESTREPTOMICINA	P 0,00	0,00	0,00	0,86	0,03	0,27	0,00	5,27	
	GENTAMICINA	P 1,36	0,77	0,24	0,03	0,27	5,27	0,00	0,00	
MACRÓLIDOS	AZITROMICINA	O 0,06	0,44	0,00	3,06	0,00	0,00	0,00	0,00	
	CLARITROMICINA	O 3,31	6,12	1,40	0,48	0,46	1,30	5,79	0,00	
	ERITROMICINA	O 0,00	0,17	0,05	1,45	0,20	4,06	0,00	0,46	
		P 0,46	0,18	0,00	0,32	0,00	0,00	0,00	1,34	
	O 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,94	
OTROS	CLINDAMICINA	P 0,11	0,11	0,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	CLORANFENICOL	O 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
		P 0,00	0,00	0,00	1,96	0,65	0,00	0,00	0,00	
	DOXICICLINA	O 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45	
	VANCOMICINA	O 0,51	0,23	1,20	0,65	0,00	0,00	0,45	0,00	
SULFONAMIDAS	SULFADIAZINA	O 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	TRIMETROPIN C/SULFAS	O 0,20	1,46	1,46	0,90	0,90	0,09	0,20	3,32	
		P 0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	1,14	1,14	
QUINOLONAS	CIPROFLOXACINA	O 5,01	5,42	2,00	0,79	5,76	1,67	1,41	0,00	
		P 8,86	4,97	14,30	0,01	0,71	1,20	1,71	0,00	
	NALIDÍXICO ACIDO	O 0,00	0,00	0,11	16,49	0,00	0,87	0,00	7,28	
	PEFLOXACINA	P 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,87	
	PIPEMÍDICO ACIDO	O 0,50	0,17	0,08	0,07	0,81	0,00	0,00	0,00	
NITROFURANOS	NITROFURANTOÍNA	O 0,65	0,65	0,21	0,21	0,07	0,07	0,42	0,42	
		O 0,81	0,81	0,00	0,00	2,23	2,23	0,00	0,00	
NITROIMIDAZOLES	METRONIDAZOL	O 0,00	0,55	0,03	0,44	0,53	3,36	0,00	0,73	
		P 0,55	0,41	2,83	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00	
ANTIMICÓTICOS	ANFOTERICINA	P 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	FLUCONAZOL	O 0,04	0,05	0,14	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	
		P 0,00	0,08	0,38	0,07	0,16	0,00	0,00	0,00	
	ITRACONAZOL	O 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	KETOCONAZOL	O 0,00	0,25	1,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
NISTATINA	O 0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
ANTI TUBERCULOSOS	ETAMBUTOL	O 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	ISONIAZIDA	O 0,00	0,02	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00	0,07	
	PIRAZINAMIDA	O 0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	RIFAMPICINA	O 0,46	0,62	0,00	0,27	0,00	0,07	1,78	0,00	
TOTAL		51,85	47,81	64,75	35,85	41,56	61,35	31,41	174,13	

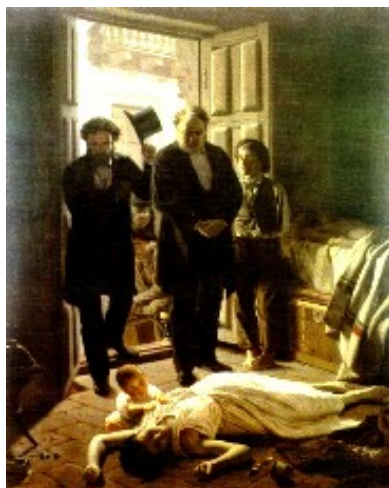
P: VIA PARENTERAL

O: VIA ORAL

ANEXO 5

Nº DE DDD DE ANTIINFECCIOSOS/100 CAMAS DE CADA ESPECIALIDAD /DIA EN LAS SALAS ATENDIDAS POR EL SISTEMA DE DOSIS UNITARIA EN EL H.C.FF.AA. EN EL PERIODO MAYO-JULIO DE 2000





PREMIOS ANUALES DE LA D.N.S.F.F.AA. AÑO 2000
AREA MEDICINA: “MENCION”

<https://doi.org/10.35954/SM2001.23.1.3>

Valor predictivo del APTT en pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes orales, condicionando la actitud terapéutica ante riesgo de sangrados

Tte. 1º(M) Virginia Costa

Tte.2º(QF) Eliana Ribeiro

Eq.S.O.M.(TL) Humberto Lima

RESUMEN

PALABRAS CLAVE: Anticoagulación oral

Sangrados

APTT

INR

Los autores demuestran la utilidad del APTT en la valoración de riesgo de sangrado en pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes orales, especialmente warfarina.

Se realizó un estudio de cohorte durante 3 meses, en pacientes (65% de hombres y 35% mujeres) bajo anticoagulación oral con warfarina en diferentes dosis.

Para ello se compararon los resultados de los siguientes tests de homeostasis: APTT, Razón o Ratio (R), Fibrinógeno, tiempo de Protrombina (TP), INR en dos poblaciones. La primera compuesta por 625 sujetos bajo tratamiento anticoagulante en controles de rutina y la segunda por 9 pacientes que presentaron complicaciones hemorrágicas con y sin disminución de la tasa de Protrombina.

Se valoró además la relación de resultados de estos tests citados con la cuantificación de Factores II; VII y IX coagulantes en 23 pacientes.

Para el 95% de los pacientes que presentan INR dentro de los valores 2.0 – 3.0 se observa que los valores la Razón se encuentra entre 0.9 y 1.7 considerándose como rango terapéutico para pacientes nuestra población de pacientes anticoagulados.

En un 12% de los casos se verificaron valores de $R > 1.7$ a pesar de estar los valores de INR comprendidos dentro del target buscado (2.3 y 3.0).

Para la población de paciente que presentaron sangrados se observaron en todos los casos valores de $R > 1.7$ a pesar de que en el 50% de los casos se encontraban dentro del INR Target (2.0 y 3.0).

La disminución de factor IX y su detección por medio de reactivos con cefalinas sensibles permite sugerir que el valor predictivo del APTT tiene valor al ser el único test de rutina en valorarlo; destacando que el Tiempo de Protrombina no lo hace.

Este test constituye una herramienta fundamental en la evaluación de riesgo de sangrados en los pacientes bajo anticoagulantes orales.

SUMMARY

KEY WORDS: *Oral anticoagulation*

Bleeding

APTT

INR

Authors show the benefits from the use of APTT in order to assess bleeding risk in patients under treatment with oral anticoagulants, specially warfarin.

It was performed a cohort study during 3 months, in patients (65% males and 35% females) with an oral anticoagulant, warfarin, in different doses.

To that end, results from the following hemostasis tests were compared: APTT, Ratio (R), Fibrinogen, Prothrombin Time (PT), INR in two populations. The first one comprised 625 subjects with an anticoagulant treatment and routine controls. The second one comprised 9 patients who showed hemorrhagic complications and no decrease in the Prothrombin rate.

In addition, the relationship between these tests and the quantification of Coagulation Factors II; VII and IX in 23 patients.

For 95% of patients showing INR between values of 2.0 – 3.0, it is observed that the values Ratio are between 0.9 and 1.7. This is considered as a therapeutic range for our population of anticoagulated patients.

In 12% of these cases we verified values of $R > 1.7$ although INR values were within the focused target (2.3 and 3.0).

In the patient population that showed bleeding, all the cases had values of $R > 1.7$, although in 50% they were within the INR Target (2.0 and 3.0).

The decrease of Factor IX and its detection by reagents with sensitive cephalins allowed us to predict that APTT predictive value is good since it is the only routine test assessing it; we emphasize that Prothrombin Time does not.

This test is an essential tool for bleeding risk assessment in patients with oral anticoagulant agents.

1. INTRODUCCIÓN

Los resultados de la terapia de anticoagulación oral dependen del éxito del clínico y del paciente en lograr y mantener los niveles de anticoagulación capaz de prevenir eventos tromboembólicos sin aumentar el riesgo de complicaciones hemorrágicas.

Concerniente al paciente la educación y cumplimiento son los mayores problemas.

Concerniente al clínico el manejo de terapia anticoagulante es una tarea compleja que requiere frecuentes tests de laboratorio, regulación de dosis, tratamiento de eventos tromboembólicos y hemorrágicos.

A pesar de que los anticoagulantes orales son muy efectivos en reducir el riesgo de trombosis, la ventana terapéutica es muy estrecha y requiere un monitoreo regular.

A diferencia de otras drogas donde se evalúa la concentración plasmática del principio activo o derivados como punto importante en la terapia, con anticoagulantes orales el efecto de la droga en el sistema coagulante es lo que se evalúa en forma de INR, dando por lo tanto una visión global que permite evaluar el sistema funcional con las infinitas influencias más que meramente la concentración plasmática de la droga activa.

La introducción del INR ha llevado a la estandarización de los Tiempos de Protrombina y ha aumentado la comparabilidad de la anticoagulación oral considerando los valores variables de ISI (International Sensitivity Index) de la trombotestinas, sin lo cual haría imposible establecer guías significativas de anticoagulación o conductas frente a sangrados.

A pesar de los avances en la estandarización de la anticoagulación oral, programas de anticoagulación, determinaciones Point of Care de TP/INR las complicaciones hemorrágicas constituyen un serio problema.

El conocimiento de la frecuencia de los efectos laterales relativos a la droga que le da al clínico acceso a la evaluación de riesgo beneficio muchas veces se hace difícil de evaluar únicamente con el TP/INR.

El riesgo de sangrado se relaciona a muchos factores como la anticoagulación excesiva, pero más frecuentemente a enfermedades y medicación concomitante, edad, alimentación, etc.

Los sangrados deben ser interpretados como eventos multifactoriales que carecen de clasificación absoluta universalmente aceptada. Los sangrados menores pueden representar un inicio de sangrados mayores y donde no se correlacionan bien con el TP/INR. El valor predictivo del laboratorio en el monitoreo de Anticoagulación oral es limitado porque se observan sangrados en pacientes que se asume que están correctamente anticoagulados.

El objetivo de este trabajo es determinar si existe un aumento en la incidencia de sangrados en pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes orales con INR similares, cuyos APTT se encuentran prolongados; y en que medida este simple examen de laboratorio puede ser útil en el manejo clínico de los mismos.

El APTT evalúa las vías intrínseca y final común de la coagulación y es sensible a la disminución en la concentración de Factor IX. Este factor es el único Vitamina K- dependiente que no influye en la determinación del Tiempo de Protrombina y por lo tanto en el INR. Tiene una vida media de 18 a 24 horas, mientras que los otros Factores Vitamina K-

dependientes tienen una vida media desde 7-8 hs. para Factor VII hasta 72 horas para Factor II.

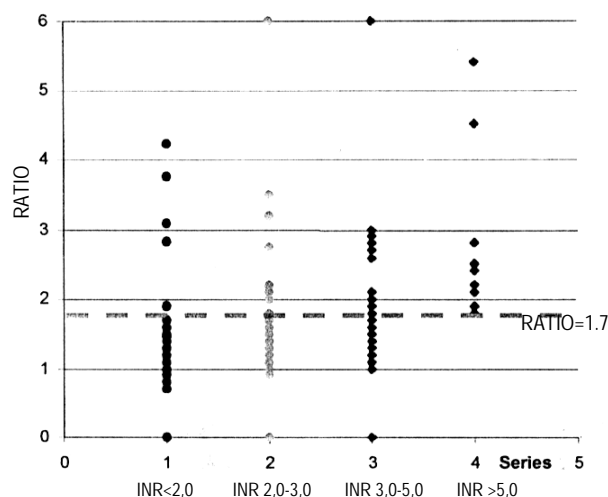
Cabe destacar que todas las técnicas se llevaron a cabo el mismo día de la extracción de sangre, para evitar la activación del factor VII "in vitro" por el frío.

2. RESULTADOS

En la siguiente gráfica se detallan los valores de Ratio obtenidos para la población de 625 pacientes bajo tratamiento con warfarina en sus controles de rutina.

GRAFICO Nº 1

VALORES DE RATIO PARA PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON WARFARINA PARA DISTINTOS RANGOS DE INR. HCFFAA – CASMU 2000



Los pacientes han sido clasificados en diferentes series de acuerdo a los valores de INR obtenidos.

En los 625 estudios, el 58% de los pacientes presenta valores de INR en un rango comprendido entre 2.0 y 3.0 (correspondientes a un 45 y 30% respectivamente); el 25% de los pacientes presentó valores por debajo de 2.0 y el 11% valores entre 3.0 y 5.0 y el resto (6%) valores de INR superiores a 5.0.

En la siguiente tabla se numeran aquellos pacientes que no presentaron sangrados pero que presentaron valores de Ratio superiores a 2.5 y superiores a 1.7 para las diferentes series en que se clasificaron los pacientes anteriormente.

Tabla N°1

FRECUENCIA DE VALORES DE RATIO SUPERIORES DE 2.5 Y SUPERIORES A 1.7
PARA LAS SERIES DE PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES
PARA LAS SERIES DE INR DEFINIDAS

INR	< 2.0	2.0 – 3.0	3.0 – 5.0	> 5.0
Ratio >2.5	2	8	8	13
% relativo	1.3 %	2.2%	11.4%	32.5%
Ratio > 1.7	20	49	39	37
% relativo	5%	15%	56%	100%

En el estudio de los 25 pacientes presentaron sangrados de diferentes características se detallan los siguientes valores de APTT, TP, INR. Ratio encontrados y la evolución luego del tratamiento sintomático.

Tabla N°2

VALORES DE TP, INR, APTT; RATIO Y DOSIS DE 9 PACIENTES QUE CONSULTAN EN EMERGENCIA
Y EN LOS QUE SE VERIFICÓ COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS,
ESTANDO TODOS ELLOS BAJO TRATAMIENTO CON WARFARINA
HCFFAA - CASMU 2000

Paciente	T Protomb %	INR	APTT seg	Ratio	Dosis
1	33	2.8	180	6	5 mg
2	27	3.4	50	1.7	5 mg
3	29	3.0	180	6	5 mg
4	37	2.4	80	2.6	2.5 mg
5	10	9.6	135	4.5	5 mg
6	41	2.1	100	3.2	5 mg
7	27	3.4	70	2.3	7 mg
8	15	6.5	75	4.58	2.5 mg
9	25	3.7	48	1.6	5 mg

A 23 pacientes de la población de 625 pacientes se le realizó además dosificación de factores II, VII y IX con el fin de establecer la relación entre Tiempo de Protrombina y APTT. En la Tabla 3 se detallan los resultados obtenidos.

Tabla N° 3

VALORES DE TP, INR, RATIO, FACTORES IX, II, VII; DOSIS DE WARFARINA/ DÍA
PARA UN GRUPO DE PACIENTES TOMADOS AL AZAR DE UNA POBLACIÓN DE 625 PACIENTES ANTICOAGULADOS

TP%	INR	APTT seg	R	FIX %	FII %	FVII %	Dosis mg
30	3	22	0.8	80	60	65	5
76	1.3	32	1	77	65	75	2.5
52	1.8	33	1.1	48	50	58	2.5
50	1.8	37	1.2	86	78	85	5
40	2.3	32	1.3	68	63	65	5
78	1.4	45	1.5	143	80	85	5
28	3.4	46	1.5	32	50	39	5
33	2.8	47	1.5	69	65	63	7.5
50	1.8	48	1.5	70	68	65	5
29	3.2	50	1.7	38	58	47	7.5
28	3.4	51	1.7	36	50	38	5
25	3.7	52	1.8	32	45	38	5
22	4	54	1.8	26	45	30	7.5
24	4	56	1.9	33	39	35	5
63	1.5	57	1.9	30	38	33	2.5
31	3	60	2	34	45	37	5
20	4.8	62	2.1	28	49	35	7.5
16	6.3	62	2.1	30	40	40	7.5
22	4.2	63	2.1	29	45	38	5
35	2.6	70	2.3	26	50	30	5
26	3.7	80	2.7	13	20	15	5
10	9.6	135	4.5	10	15	10	7.5
33	2.8	180	6	5	20	10	5

3. DISCUSION

De acuerdo a los valores hallados se encuentra que el Valor de R se sitúa entre 0.9 y 1.7 para el 95% de los pacientes bajo tratamiento con warfarina en los controles de rutina y que mantienen un INR entre 2.0 y 3.0. Aquellos pacientes que se encuentran fuera de este rango terapéutico debería evaluarse el aumento de riesgo de sangrado a pesar de estar dentro del rango INR buscado.

Es dable destacar que en todos los casos de pacientes en los que se verificó alguna complicación hemorrágica presentaron valores de R por encima de 1.7, por lo que este parámetro tuvo valor predictivo en la evolución clínica de los pacientes bajo tratamiento con warfarina. En este grupo de paciente se verificó que a pesar de encontrarse dentro del rango de INR target se observaron igual sangrados leves, lo que confirma con los valores de R y APTT por encima de 1.7.

De la relación entre el APTT, y Tiempo de Protrombina de los Factores II, VII y IX para los 9 pacientes anticoagulados con warfarina estudiados es posible observar claramente sensibilidad del APTT, con cefalina sensible a la disminución de factor IX.

Cabe destacar que el Tiempo de Protrombina no es sensible a la disminución de factor IX como lo es el caso del APTT siempre que se utilicen como se citó anteriormente cefalinas sensibles .

4. CONCLUSION

Si bien en el grupo de pacientes bajo tratamiento con dicumarínicos la valoración del INR constituye el test de referencia para ajustes terapéuticos, valoración de riesgos tromboticos o sangrados, es posible observar en el manejo clínico que la respuesta de los pacientes varía ampliamente.

La seguridad de los rangos terapéuticos generalmente establecidos para diferentes indicaciones no deben de ser absolutamente estrictos considerando solamente el Tiempo de

Protrombina/INR, ya que la valoración refleja el perfil individual de cada paciente que para el caso de los anticoagulantes orales es el punto fundamental.

Por lo general la Anticoagulación oral no es la mayor razón para las diatesis hemorrágicas, por ello no es la mayor causa de sangrado sino que actúa favoreciendo otras causas de hemorragias menores llevando a manifestaciones clínicas aparentes de sangrados.

Los datos presentados anteriormente sugieren que el APTT, usando cefalinas sensibles es de utilidad como herramienta para prevenir sangrados especialmente en aquellos casos donde se verifican valores de INR dentro de los límites esperados.

La explicación de este valor predictivo del APTT expresado en forma de razón R^{a} es atribuido a que el factor IX es el segundo vitamino-K dependiente, luego del VII, en ser inhibido por la warfarina, acorde con su vida media y el APTT es el tests de rutina que evalúa dicha disminución.

Adoptar el uso de APTT expresado en R, como la herramienta adicional es una estrategia accesible y confiable que alerta sobre posible complicaciones de sangrados.

Permite valorar el riesgo hemorrágico de los pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes orales que es sin duda una de las causas de mayor morbilidad y origen de complicaciones asociadas a estos tratamientos, cada vez más usados.

5. BIBLIOGRAFIA

- (1) SCHENIK, J, MORSDORF, MD. Análisis and Occurrence of Adverse Events with Oral Anticoagulant therapy. Thrombosis and Hemostasis – Vol.25; 1999(1)
- (2) PÉREZ REQUEJO JL, PÉREZ GARCÍA M. Inhibidor de la vía extrínseca. Rev Iberoame. Tromb. Hemostasia 1990; 3:161-166.
- (3) SCAZZIOTA A, ALTMAN R. El mecanismo de la hemostasia normal. Cuadernos de Trombosis. Tomo I. 1997; 9-27

- (4) AARBINI AA, BODKIN D LOPACIUK S AND BAUER KA. Molecular analysis of polish patients with factor VII deficiency. Blood 1994;84:2214-2220.
- (5) GIROLAMI A, COTTAZOZZI G, DAL BO ZANNON R, et all. Factor VII Padua 2: Another factor VII abnormality with defective ox- brain thromboplastin activation and a complex hereditary pattern. Blood 1979; 54:46-53.
- (6) SELIGSOHN U, ZIVELIN A, BAR- SHANI S. Cold-promoted activation of factor VII: Is it a problem under blood bank conditions?. Haemostasis 1983; 13:186-191.
- (7) BECKMANN JURGEN MD. Basic Aspects of Risk- Benefit Analysis. Thrombosis and Hemostasis – Vol 25 – 1999 – 1.
- (8) TRIPLETT D, BRANDT JT, MCGANN BATARD MA. ET AL. Hereditary factor VII deficiency: heterogeneity defined by combined functional and immunochemical analysis. Blood 1985; 66: 1284- 1287.
- (9) SARTO A, MEJÍA FERRO, MOLINAS FC. XIV Congreso Internacional de Hemostasis y Trombosis Grupo Clath. Pág. 89.

☆ ☆

☆



PREMIOS ANUALES DE LA D.N.S.F.F.AA. AÑO 2000
AREA SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION
“SEGUNDO PREMIO”

<https://doi.org/10.35954/SM2001.23.1.4>

CARACTERÍSTICAS DE LA NATALIDAD
EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FF.AA.

Eq.Tte.1º (M) Teresa Puppo
Jefe del Servicio de Vigilancia Epidemiológica

RESUMEN

PALABRAS CLAVE: *Natalidad*
Indicadores hospitalarios
Control prenatal

OBJETIVO

El objetivo general es estudiar la natalidad en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFFAA). Se describen las características de los recién nacidos, las embarazadas y la atención médica del embarazo y el parto.

DISEÑO

Se realiza un estudio descriptivo, a partir de fuente de datos secundaria. Los datos se obtienen del Certificado de Nacido Vivo de los niños inscriptos en la Oficina del Registro Civil N° 12.

POBLACIÓN

Todas las madres atendidas en la maternidad del HCFFAA en el período analizado y sus hijos.

MEDICIONES Y RESULTADOS PRINCIPALES

Las madres residen sobre todo en Montevideo, el promedio de edad es de 26 años, el 66% son casadas, el 71% no trabajan y el promedio de embarazos es de 2.64. El 20% tiene entre 14 y 19 años. Los recién nacidos son un 51.80% varones, el peso promedio es 3.232 gramos, y la edad gestacional promedio es de 38 semanas. El 95% de los embarazos tiene al menos un control médico, el total de controles es de 8,2 en promedio. La mitad de los casos controlados realizan el primer control en la semana 12 o antes. El 70% son partos normales. El 22% son cesáreas.

CONCLUSIONES

En relación con todos los datos analizados, los resultados de la atención brindada por el HCFFAA son adecuados, partiendo de un buen nivel de organización que permite planificar acciones de futuro para mejorar aquellos indicadores que aún pueden ser optimizados.

SUMMARY

KEY WORDS: *Birthrate*
Hospital Indicators
Antenatal Control

OBJECTIVE

The general objective is to study birthrate at the Armed Forces Central Hospital (HCFFAA). We describe characteristics of the newborns, pregnant mothers and medical attention of their pregnancies and deliveries.

DESIGN

A descriptive study is carried out, from a secondary data source. These data are obtained from the Live Birth Certificate of children registered at the Civil Registration Office N°12.

POPULATION

All mothers assisted at the Maternity Service of the HCFFAA within the studied period as well as their children.

MEASURES AND MAIN RESULTS

Mothers reside mainly in Montevideo, with an age average of 26 years, 66% are married, 71% do not work, and pregnancy average is 2.64. Twenty percent are between 14 and 19 years old. Newborns are 51.80% males, average weight is 3232 grams and average gestational age is 38 weeks. Ninety five percent of pregnancies at least had one medical control, the total number of controls is 8.2 as an average. Half of the controlled cases had their first control at week 12 or earlier. Seventy percent are normal deliveries. Twenty-two percent are cesarean sections.

CONCLUSIONS

With reference to all the analyzed data, results of the assistance given by the HCFFAA are adequate, beginning with a good organization level, thus making it possible to prepare future actions in order to improve those indicators that might still be optimized.

INTRODUCCION

En el Uruguay la atención médica brindada a la población se organiza en un sistema complejo, fragmentado, desordenado y con superposiciones, lo que dificulta el análisis de la cobertura de cada sector. (1,2)

El subsector público atiende básicamente a los siguientes sectores:

- a) Población de bajos ingresos a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Hospital de Clínicas dependiente de la Facultad de Medicina.
- b) Personal militar, en actividad y retirado y sus familias, a través de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas (DNSFFAA) y del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFFAA) dependientes del Ministerio de Defensa Nacional (MDN).
- c) Personal policial y sus familias, a través del Hospital Policial, dependiente del Ministerio del Interior.
- d) Funcionarios públicos y familiares a través de entes autónomos, servicios descentralizados, gobiernos departamentales.

La DNSFFAA brinda cobertura a través del HCFFAA, de los Centros de Primer Nivel de Atención de las tres armas (Ejército, Marina y Aviación) y los servicios médicos existentes en las unidades militares de todo el país.

Para la atención del parto la única maternidad es la del HCFFAA en Montevideo, en el resto de los departamentos la atención es brindada en dependencias del MSP por convenio y en casos especiales se derivan al HCFFAA.

Según datos recientemente publicados nacen unos 56.000 niños por año, de los cuales 23.000 son atendidos en el sector público. En el Hospital Pereira Rossell nacen unos 8.500 por año, de los cuales el 27% son hijos de madres adolescentes, el 16% son partos prematuros y el 17% no han recibido ningún control durante la gestación. (3)

La recolección y análisis de las estadísticas vitales y de atención médica a nivel hospitalario, es una herramienta fundamental para actualizar en forma permanente el diagnóstico institucional, planificar acciones, distribuir recursos y evaluar los resultados. (4)

El interés del presente trabajo surge de la necesidad de conocer la realidad de todos los aspectos que hacen a la salud materno infantil en el ámbito de la

DNSFFAA y el HCFFAA. Para ello se plantea un estudio de las características de las madres, los recién nacidos y la atención médica durante el embarazo y el parto.

En el HCFFAA se pueden atender embarazadas que cumplan con algunos de los siguientes requisitos: a) sean funcionarias (efectivas o retiradas) del MDN o cualquiera de sus dependencias (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, DNS); b) ser esposa de un efectivo o retirado; c) ser hija menor de 18 años de un efectivo o retirado.

Según datos del último Censo Nacional de Población del año 1996 Sanidad Militar atiende a 132.468 usuarios, de los cuales 63.275 son mujeres.

La población del país es de 3.163.763 habitantes y la Tasa de Natalidad es de 17.8 por mil, lo que da 56.314 nacimientos por año.

La población de Montevideo cubierta por Sanidad Militar es de 62.367 y la de Canelones es de 20.417. Aplicando la Tasa de Natalidad esto da una estimación de 1.100 nacimientos por año en Montevideo y 363 en Canelones, en total 1.463.

Para conocer algunas de las variables relacionadas con esta realidad se analizan los datos del Certificado de Nacido Vivo de todos los niños nacidos en el período Enero – Junio del presente año e inscriptos en la Oficina N° 12 del Registro Civil sito en el predio de la DNSFFAA donde se encuentra el HCFFAA.

OBJETIVOS

Objetivo General: Estudiar las características de la natalidad en el HCFFAA

Objetivos Específicos:

1. Describir las características de los niños que nacen en HCFFAA
2. Describir las características de las embarazadas que se atienden en el HCFFAA
3. Describir las características de la Atención Médica brindada durante el embarazo y el parto

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio descriptivo, a partir de una Fuente de Datos Secundaria. Los datos se obtienen de los Certificados de Nacido Vivo de los niños inscriptos en la Oficina del Registro Civil N° 12 que se encuentra en el predio del HCFFAA.

En nuestro país se utiliza la definición de Nacido Vivo recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Certificado, es llenado por el profesional que atiende el parto (médico o partera).

Se realiza un análisis de la calidad de los certificados, mostrando la ausencia de llenado de cada variable.

Para este trabajo se utiliza un corte temporal de seis meses, tomando el período enero-junio de 2000.

Se seleccionaron tres grupos de variables:

- a) Relativas al recién nacido: sexo, peso al nacer, edad gestacional, Apgar a los cinco minutos
- b) Relativas a la madre: edad, estado civil, ocupación, número de embarazo, departamento de residencia
- c) Relativas al embarazo: control del embarazo, semana del primer control y número total de controles.
- d) Relativas al parto: tipo, atendido por.

Esta clasificación es operativa, ya que algunas variables pertenecen a varias entidades como el número de embarazo, que describe una característica del niño, de la madre y del embarazo.

Se construye una Base de Datos en Excel (Microsoft) que es analizada con las funciones estadísticas incluidas en este paquete. Las pruebas de hipótesis estadísticas utilizadas se realizaron en forma manual, considerando un nivel de confianza del 95% (un error tipo I o alfa de 5%). Las pruebas utilizadas según el tipo de variable fueron Pruebas de Z para diferencia de medias y proporciones, y Chi Cuadrado.

RESULTADOS

Se analizan 598 Certificados de Nacido Vivo.

I. Características de los Certificados de Nacido Vivo:

Para la mayoría de las variables analizadas el porcentaje de llenado supera el 95% (más del 97%). Los datos con más omisiones se refieren a la semana del primer control y el número total de controles durante el embarazo que alcanzan a un 5 % de omisiones.

En términos generales se puede concluir que el porcentaje de omisiones es bajo y no influye en las conclusiones sobre los datos.

II. Características de las madres:

El promedio de edad es de 26 años, con un rango de 14 a 46 años y un desvío estándar de 7 años.

Tabla N°1
Distribución de madres según edad
Enero-Junio 2000 – HCFFAA – Montevideo

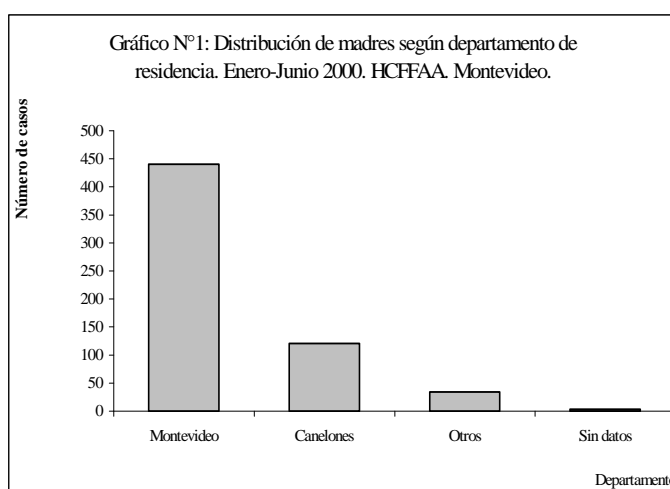
EDAD	F. Absoluta	F. Rel %
14-18	91	15.42
19-23	161	27.29
24-28	131	22.20
29-33	111	18.81
34-38	69	11.70
39-43	25	4.24
44-48	2	0.34
TOTAL	590	100.00

El porcentaje de madres adolescentes es 15.42% tomando el grupo de 14 a 18 años. Si se incluye a las madres de 19 años el grupo alcanza el 20.40% (122 casos).

El porcentaje de madres de 39 años y más se aproxima al 5%.

El total de nacimientos en el primer semestre es de 598 lo que da una estimación de 1.200 nacimientos en el año. Esto representa un valor menor a las cifras estimadas para Montevideo y Canelones.

En el siguiente gráfico se observa el lugar de residencia de las madres.



Con respecto al Estado Civil el 66% de las madres son casadas.

Relacionando el Estado Civil y la Edad se observa que las mujeres casadas tienen un promedio de edad de 28 años, mientras que el grupo solteras-unión de hecho es predominantemente joven con una edad promedio de 21 años.

El 71% de las madres no trabaja. Relacionando el Estado Civil y el Trabajo se observa que no existe una diferencia significativa de las mujeres que no trabajan, entre el grupo de casadas y el solteras-unión de hecho (Prueba de Z para diferencia de proporciones).

En la siguiente tabla se muestra la distribución de los datos originales.

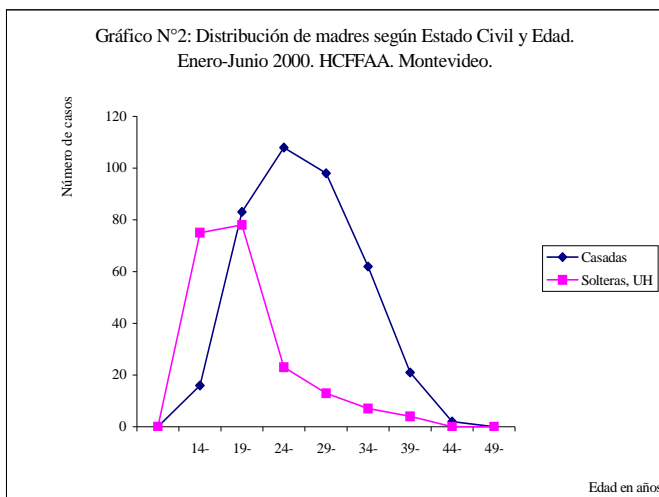


Tabla N° 2
Distribución de madres según Trabajo y Estado Civil
Enero-Junio 2000 – HCFFAA - Montevideo

ESTADO CIVIL	TRABAJO				Total	
	NO F.A.	F.R%	SI F.A.	F.R%	F.A.	F.R%
Casada	271	70.03	116	29.97	387	100.00
Soltera, UH	150	73.53	54	26.47	204	100.00
TOTAL	421	71.24	170	28.76	591	100.00

III. Características de los recién nacidos:

Con respecto al sexo el 51.84% son varones, y el Índice de Masculinidad es 1.08.

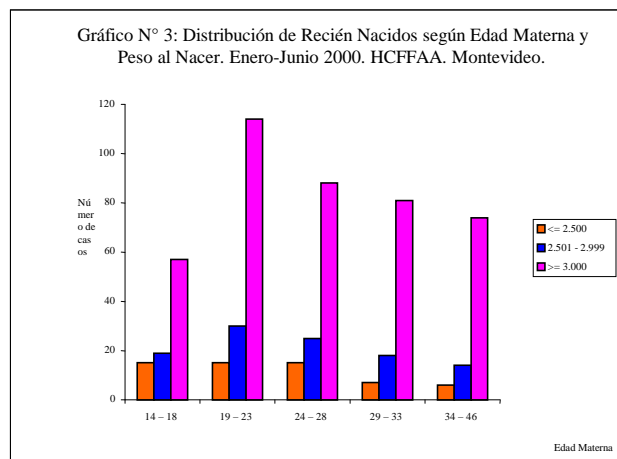
El Peso al Nacer promedio es de 3.232 gramos, y el desvío estándar es 618 gramos. El 71% de los recién nacidos tienen un peso de término (de 3.000 gramos o más) y el 10% tiene un Bajo Peso (2.500 gramos o menos).

La siguiente tabla muestra la distribución de los pesos en gramos.

Tabla N° 3
Distribución de Recién Nacidos según Peso al Nacer
Enero-Junio 2000 – HCFFAA - Montevideo.

Peso al Nacer (gramos)	F. Absoluta	F. Relativa %
<= 2.500	60	10.19
2.501 a 2.999	111	18.84
> =3.000	418	70.97
Total	589	100.00

El siguiente gráfico muestra la relación entre el Peso al Nacer y la Edad materna. Para ver si existe asociación entre estas variables se realiza una Prueba de Chi Cuadrado. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre los pesos al nacer y la edad materna.



El promedio de embarazos es 2.64 por mujer. El 34.45% de las madres son primigestas. En el 25% de los casos es el 4 embarazo o más.

Casi el 80% de los recién nacidos tienen una Edad Gestacional de término (igual o mayor a 38 semanas) y el 16% entre 34 y 37 semanas. Para analizar la relación entre Peso al nacer y Número de Embarazo se realiza una Prueba de Chi Cuadrado que no muestra diferencias significativas.

Tabla N° 4
Distribución de Recién Nacidos según Número de Embarazo y Peso al Nacer
Enero-Junio 2000 – HCFFAA - Montevideo

Nº de Embarazo	Peso al Nacer (en gramos)			TOTAL
	<=2.500	2.501-2.999	>=3.000	
Primero	26	43	134	203
Segundo	13	25	110	148
Tercero	8	16	67	91
Cuarto y +	11	22	104	137
TOTAL	58	106	415	579

Con respecto al puntaje de Apgar a los cinco minutos, el 97% tiene 8 o más.

IV. Características de la atención médica del embarazo y parto:

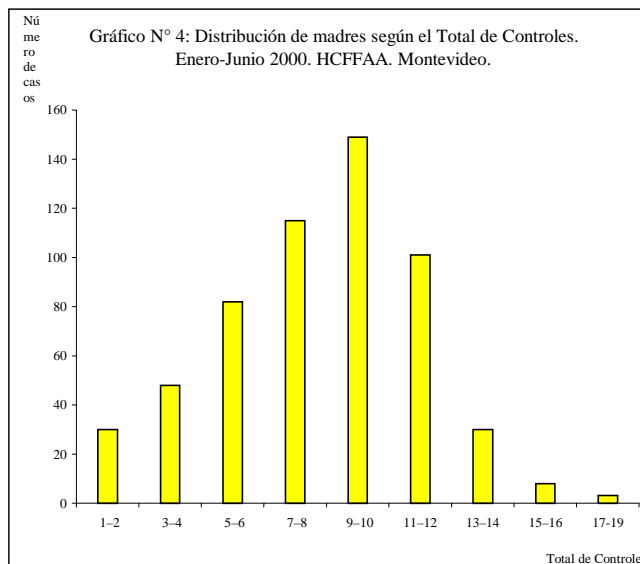
El 94.66% de las madres tienen al menos un control durante el embarazo.

Según la semana en que se realiza el primer Control el promedio es 14.6 semana y la mediana corresponde a la semana 12.

El 63.40% de las madres que tienen algún control son captadas antes de la semana 16.

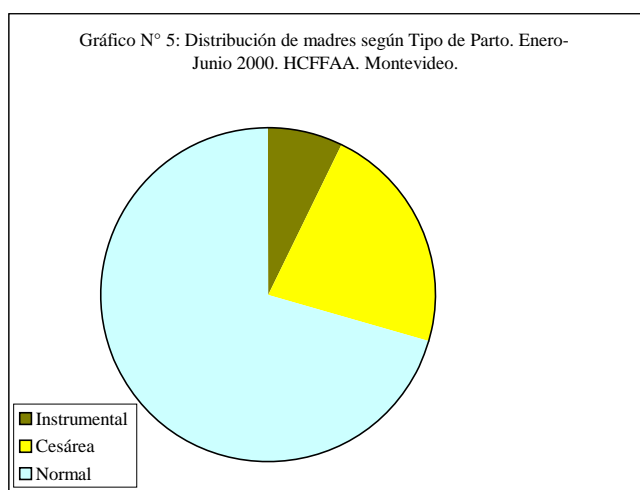
Con respecto al Total de Controles durante el embarazo la mitad (51.41%) tienen 9 o más controles. El promedio del Total de Controles es 8.2 y la mediana corresponde a 9 controles.

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de las madres según el total de los controles.



Con respecto a la atención del parto, el 70% de los partos son normales (421 partos) , y de estos casi el 10 % son atendidos por partera. El 7.20% de los partos son instrumentales. De los embarazos terminados por cesárea (22.28%) la mitad son programadas antes del parto.

En el siguiente gráfico se observa la distribución de los datos originales.



DISCUSION Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos analizados en el HCFFAA se atienden unos 1.200 partos por años. Las principales características de la población asistida son las siguientes:

Con respecto a las madres:

- El 20% corresponde al grupo comprendido entre 14 y 19 años.
- El promedio de edad es de 26 años, con un desvío estándar de 7 años.
- La residencia es mayoritariamente en Montevideo y en segundo lugar en Canelones. Ambos grupos constituyen el 85.59% del total.
- Dos tercios son casadas y el 71% no trabajan.
- El promedio de embarazos (incluyendo el actual) es de 2.64.

Con respecto a los recién nacidos:

- El 51.80% son varones, y el Índice de Masculinidad es 1.08.
- El peso al nacer es en promedio 3.232 gramos con un desvío estándar de 618 gramos.
- El 71% tienen un peso de término (3.000 gramos o más) y el 80% una edad gestacional de término (38 semanas y más).
- No se encuentra una asociación estadísticamente significativa, con los datos analizados y un nivel de confianza del 95% entre peso al nacer y edad materna ni entre peso al nacer y número de embarazo.

Con respecto a la atención médica durante el embarazo y el parto:

- Casi el 95% de los embarazos tienen al menos un control.
- De los casos controlados casi la mitad se realiza el primer control en la semana 12 o antes.
- El total de controles es de 8.2 en promedio, con un desvío estándar de 3.3.
- El 70% son partos normales, de los cuales la décima parte es atendido por parteras.
- El 22.80% de los embarazos termina por cesárea, y de estos la mitad son programadas antes de iniciarse el trabajo de parto.

En función de todos estos datos se puede concluir que la población obstétrica atendida en el HCFFAA es predominantemente de Montevideo, con una magnitud menor a la estimada según los datos censales. Se observan unos 880 partos por año de Montevideo, mientras que los estimados serían unos 1.100. Esto podría deberse, entre otras razones, a que debido a la superposición del sistema de salud nacional ya mencionada, la asistencia del parto puede realizarse en otra institución pública o privada.

Con respecto a la edad materna se observa un número de madres adolescentes dentro de lo esperado en el país. No existe un mayor riesgo biológico en los recién nacidos de madres adolescentes que presentan un peso al nacer similar al resto. En nuestra sociedad el embarazo adolescente representa fundamentalmente un riesgo social tanto para la madre como para el hijo, ya que se asocia a un menor apoyo del entorno e incide en el acceso de la mujer a mejores niveles de instrucción, condicionando su inserción laboral futura.

Es importante contar con datos actualizados de la población asistida y sus características, así como de las acciones de atención médica y sus resultados. Este trabajo ofrece un corte inicial de algunos indicadores prioritarios para la planificación sanitaria, que permitirán en el futuro evaluar tendencias en relación a variables seleccionadas como por ejemplo el peso al nacer.

Con respecto a un dato fundamental como la Mortalidad Infantil a nivel institucional, se plantea realizar el seguimiento de los recién nacidos durante dos años (enero 2000 a diciembre de 2001) para cuantificar la mortalidad de los niños nacidos en el HCFFAA. Este dato debería obtenerse del MSP ya que si la muerte no ocurre en el HCFFAA el dato se pierde.

Como conclusión final cabe destacar que en términos generales, en relación con todos los datos analizados, los resultados de la atención brindada por el HCFFAA son adecuados, partiendo de un buen nivel de organización que permite planificar acciones de futuro para mejorar aquellos indicadores que aún pueden ser optimizados.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BUGLIOLI M, LAZAROV L. Organización Sanitaria Nacional. En: Temas de Medicina Preventiva y Social. Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Prof. Dra. Nelly Murillo. Coordinadora: Etchebarne L. Primer Tomo. Oficina del Libro. AEM. Segunda Edición. 1998. Montevideo. Uruguay.
- (2) MARGOLIS E, PIAZZA DE SILVA N. Organización de la Atención Médica en el Uruguay. Editorial Nordan. 1989. Montevideo. Uruguay.
- (3) CUADRO J C. Fundación "Alvarez-Cladeyro Barcia". Entrevista en El Diario Médico, Agosto 2000, Año 3, N° 23. Florida. Uruguay.
- (4) SERRANO C, PUFFER R. Datos del peso al nacer y de la mortalidad en hospitales utilizados como indicadores de los problemas de salud de la infancia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXXVIII, N° 2 Febrero 1975. Washington, D.C., E.U.A.

☆ ☆ ☆



PREMIOS ANUALES DE LA D.N.S.FF.AA. AÑO 2000

AREA ENFERMERIA: “PRIMER PREMIO”

<https://doi.org/10.35954/SM2001.23.1.5>

Propuestas para el fortalecimiento del Rol de la Licenciada en Enfermería de los Servicios de Medicina

Alf. (N) Marcela Acuña

Alf. (N) Mónica Castro

Tte. 2º (N) Eduardo Schmitd

Alf. (N) Rosa Sangiovanni

Departamento de Enfermería del H.C.FF.AA.

RESUMEN

PALABRAS CLAVES:

EVALUACION: consiste en valorar el desempeño del funcionario, en cuanto al logro de las metas y planes establecidos

ENFERMERIA: disciplina científica encaminada a fortalecer las resistencias del ser humano en sus tres dimensiones (biológico, psicológico y social) en la familia y la comunidad.

En el año 1999 un grupo de licenciadas en enfermería del HCFFAA, indagaron acerca de los posibles factores que influyen en la salud del personal de enfermería de los servicios de medicina. Para ello realizaron un estudio descriptivo en un lapso de tres meses del cual surgieron las siguientes propuestas:

1. Fortalecer el rol profesional en lo que se refiere al apoyo que la licenciada pueda brindar desde lo organizativo en el servicio.
2. Incorporar a los funcionarios en la elaboración de propuestas tendientes a mejorar las condiciones laborales .
3. Promover instancias de educación continua en el servicio de acuerdo a las expectativas de los funcionarios y profesionales.
4. Abrir líneas de investigación que apunten a:
 - ⇒ generalizar las propuestas en otras instituciones de acuerdo al perfil de las mismas
 - ⇒ profundizar aspectos del ámbito laboral para atacar factores de riesgo identificados.

Continuando con este trabajo este año se tomaron las dos primeras propuestas y se indagó acerca de las fortalezas y debilidades del personal de forma de implementar las mismas. Los datos se obtuvieron de la aplicación de un instrumento de evaluación innovador, que permitió tener un acercamiento mas real de las necesidades y problemas del personal y a posteriori implementar y evaluar la operacionalización de las propuestas surgidas.

SUMMARY

KEY WORDS:

ASSESSMENT: to value the performance of the staff, as to the achievement of goals and established plans.

NURSING: scientific discipline leading to strengthen the resistance of the human being in its three dimensions (biologic, psychological and social) within the family and the community.

In 1999 a group of licensed nurses of the H.C.FF.AA. investigated possible factors with a bearing on personal health of the nursing staff in medicine services. To that end, a descriptive study was performed in a period of three months, from which the following suggestions emerged:

1. To strengthen the professional role as to the support a licensed nurse might offer from the organization aspect of the service.
2. To include workers in the preparation of suggestions focused on the improvement of working conditions.
3. To improve instances of continuous education at the service, according to expectations of workers and professionals.
4. To open investigation lines in order to:
 - ⇒ generalize suggestions in other institutions, according to their profile
 - ⇒ improve our knowledge about labor environment to tackle identified risk factors.

As this work continued, the first two suggestions were considered and we investigated strengths and weaknesses of our staff, so as to implement them. Data were obtained from the application of a innovative assessment instrument. This allowed us to have a real approach to the needs and problems of our staff and then to implement and assess the operation of these suggestions.

INTRODUCCION

En el año 1999 se desarrolló un estudio descriptivo para indagar acerca de los factores de riesgo que influyen en la salud del personal de enfermería que trabaja en servicios de medicina. Es así que se desarrolló un estudio descriptivo en un lapso de 3 meses cuyos objetivos fueron:

1. Promover en la comunidad de enfermería que trabaja en los servicios de medicina, el reconocimiento y comprensión de los factores de riesgos laborales que inciden en su salud.
2. Realizar un proyecto que desarrolle dos aspectos:
 - I) realizar un estudio descriptivo y II) revertir la incidencia de los factores indicados.

Se incluyeron variables que tenían que ver con el aspecto laboral, así como otras que relacionan aspectos personales tales como: carga horaria,

responsabilidades del cargo, enseñanza cursada, medio de trabajo, grado de satisfacción, relaciones interpersonales, riesgos físicos y biológicos (accidentes laborales y enfermedades infectocontagiosas).

Recordamos al auditorio que del análisis de los formularios auto administrados los principales problemas que surgieron en el personal se pueden categorizar en dos líneas de entendimiento:

a) Aspectos personales:

- 79.2% de funcionarios de sexo femenino, adulto joven, con niños a su cargo
- 50% tienen multiempleo (mas de 36 horas semanales)
- 50% con nivel instruccional correspondiente a primaria completa y secundaria incompleta y solo un 17% a un nivel universitario.

- En porcentajes de más de un 50% aparecen síntomas orgánicos tales como cefaleas, contracturas, trastornos de columna y de visión y como patologías más frecuentes enfermedades infectocontagiosas en un 13,6% tales como escabiosis y respiratorias.

b) Aspectos laborales:

- 59% de funcionarios que realizan horario nocturno
- Solo un 18% realizo cursos de capacitación en el área, elemento que es incongruente al valorar que un 78,8% aduce estar calificado para asumir las tareas que le corresponden.
- 75% asegura que el ritmo de trabajo es pautado por el mismo o por el paciente y solo un 25% recurren a lo planificado por la licenciada.
- 62% manifiesta que trabaja en un medio tranquilo y agradable.
- 88,5% dice sentir buen compañerismo
- 52% aduce tener participación en las propuestas para la mejora del servicio.

Luego de analizar los resultados de los datos obtenidos de la totalidad del universo se llegaron a las siguientes propuestas:

1. Fortalecer el rol profesional en lo que se refiere al apoyo que la licenciada pueda brindar desde lo organizativo en el servicio.
2. Incorporar a los funcionarios en la elaboración de propuestas tendientes a mejorar las condiciones laborales.
3. Fortalecer instancias de educación continua en el servicio de acuerdo a las expectativas de los funcionarios y profesionales.
4. Abrir líneas de investigación que apunten a:
 - ⇒ generalizar las propuestas en otras instituciones de acuerdo al perfil de las mismas.
 - ⇒ profundizar aspectos del ámbito laboral para atacar factores de riesgo identificados.

Al tener mas claramente identificados algunas de las líneas de abordaje a la problemática que atañe al personal de enfermería de los servicios médicos, fue nuestro interés tomar las tres primeras propuestas por dos razones fundamentales:

1. El interés institucional en obtener atención de alta calidad.
2. Determinar con mayor precisión las necesidades y problemas del personal para luego implementar y evaluar la operacionalización de las propuestas surgidas.

Este trabajo intenta demostrar que a través de la aplicación de un sistema de evaluación podemos objetivamente lograr que cada persona esté en el ámbito laboral para el que se sienta mas apto, así como brindarles las máximas posibilidades de desarrollo para su protección personal y grupal.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar propuestas que tiendan a fortalecer el rol profesional en lo que se refiere al apoyo que la licenciada en enfermería pueda brindar desde lo organizativo en el servicio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Aplicar a la población en estudio un sistema de evaluación innovador que permita identificar fortalezas y debilidades del personal de enfermería.
2. Analizar las variables que se ponen en juego para fortalecer el rol de la licenciada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo transversal en el período marzo - mayo del corriente año, en siete salas del Departamento de Medicina del HCFFAA.

Se toma una muestra de conveniencia de enfermería (profesional y auxiliar), a la cual se aplico un instrumento de evaluación (Ver anexo1).

Se aplicó un Sistema de Evaluación que fue elaborado por un grupo de Licenciadas en Enfermería como requisito del Curso de pasaje de grado del

HCFFAA.(9). Una de las particularidades de este sistema es que consta de un solo instrumento de evaluación.

Se utilizó ese único instrumento de evaluación, el Auxiliar de Enfermería realizaba su autoevaluación y la Supervisora la Evaluación.

Posteriormente se fija una entrevista, donde se define la evaluación y acreditación final que se incluye el legajo personal del funcionario.

Se caracteriza por no ser punitivo, pero fundamentalmente por lograr en el trabajador un análisis crítico de su desempeño, con el fin de corregir sus deficiencias y desarrollar sus potencialidades.

Como toda propuesta nueva el instrumento expone fortalezas y debilidades, al comienzo su aplicación generó resistencias, lo cual motivó reiterar las entrevistas.

Las variables en estudio son:

1. **COMUNICACION**

Es la capacidad de escuchar, interpretar, compartir, transmitir ideas, conceptos e información, entre los diferentes actores con el objetivo de lograr soluciones que redunden en un beneficio del fin buscado.

- **Insuficiente:** Desempeño francamente descendido, no tiene capacidad de diálogo, (no escucha ni emite con claridad los mensajes) esa dificultad de comunicarse le lleva a cometer errores u omisiones. Su ineptitud para transmitir y recibir mensajes lo ubican muy por debajo del mínimo imprescindible.
- **Regular:** Es el funcionario que demuestra falta de interés por el diálogo, ubicándose en una actitud debilitada, no alcanzando las condiciones mínimas para el nivel normal. Escucha selectivamente, no busca confirmar lo entendido, se apresura con las conclusiones. No siempre sabe escoger el mejor momento, el canal y el lugar para comunicarse.

- **Bueno** : Funcionario claro en la transmisión de los mensajes, utilizando los canales adecuados para ese fin. Sabe interpretar las diferentes posiciones, pues escucha atentamente. Busca confirmar lo que le han comunicado así como chequea que otros hayan atendido. Sabe escoger el mejor momento y el lugar para transmitir sus mensajes.

- **Muy bueno** : Busca permanentemente el diálogo, ya sea de los clientes internos, externos, superiores y subordinados. Es tanto un muy buen emisor de mensajes como escucha, hecho que se corrobora por el cero nivel de errores en todo lo que tiene que ver con las comunicaciones. Esta actitud es constante en el tiempo.

- **Destacado** : Es un excelente comunicador, adecua el nivel de conocimiento al entendimiento de la otra persona es un destacado escucha, concentra su atención en la información que recibe, no interrumpe, busca chequear y utiliza medios para asegurar que ha comprendido el mensaje recibido. Es un ejemplo para otros por la claridad que tienen para comunicarse, nadie tiene dudas que esta es una actitud sobresaliente en el evaluado.

2. **RECEPTIVIDAD A LOS CAMBIOS**

Es la actitud de apertura a la innovación, al compromiso con los objetivos de la institución, contribuyendo a la obtención de metas importantes que hayan ayudado a establecer dentro de su sector y en la interrelación con otros sectores, tratando de mejorar constantemente la forma en que realiza sus tareas y las tareas del grupo al que pertenece, ya sea con ideas propias, de jefes, asesores de la Institución o surgidas del intercambio con los demás funcionarios.

- **Insuficiente** : No demuestra interés en cambiar nada y cuando hay cambios tiene una actitud negativa frente a los mismos, sin informarse previamente de las propuestas. No se adapta a los cambios.

- Regular : Cuando hay cambios se adapta lentamente. Muchas veces por imposición de sus superiores o manteniendo una actitud pasiva de aceptación sin discusión ni análisis. Rara vez sugiere algún cambio a los procedimientos de trabajo.
- Bueno : Se adapta bien a los cambios, tiene un papel activo, aunque no siempre tenga ideas propias se apoya en la de los demás. Sugiere mejoras y cambios en aquellos temas que conoce y dependen de él.
- Muy Bueno : Participa activamente en los cambios, tiene una muy buena receptividad a los mismos. Aporta su experiencia, creatividad, conocimientos y entusiasmo, sin perder el sentido crítico.
- Destacado : Está buscando permanentemente la mejor forma de hacer las cosas, analizando siempre nuevas ideas y sistemas, contagiando de ese espíritu a sus compañeros de tareas. Se destaca por su espíritu abierto a los cambios y a la innovación.

3. SATISFACCION DE USUARIOS

Es la disposición de complacer al cliente, ya sea externo (usuarios) y/o interno (funcionario), teniendo presente que en general el usuario externo trae consigo una problemática personal y/o familiar que eventualmente va a influir en su comportamiento dado el área en la que esta institución brinda servicios.

Por ello es imprescindible reunir las siguientes condiciones para una buena atención al usuario, ya sea interno o externo:

- Contar con un conocimiento total de las normas de la institución y manejo de distintos sectores de la misma
- Brindar soluciones rápidas y efectivas, anticipándose a sus necesidades.
- Lograr que el cliente se retire con la sensación de haber sido escuchado y comprendido.
- Excelente trato personalizado, amable y respetuoso.

➤ Insuficiente : Desinterés total hacia el usuario, actuación pobre en el relacionamiento, no atendiendo sus compromisos funcionales. Frío, apático, indiferente, descortés, agresivo, considera al usuario como alguien molesto que no hay mas remedio que atender.

➤ Regular : Se trata del funcionario que posee un desempeño por debajo de lo esperado y requerido, depende mucho de su estado anímico, es poco constante no siempre atiende correctamente a los usuarios. No siempre brinda soluciones rápidas y efectivas. Difícilmente se pone en el lugar del usuario para luego responder.

➤ Bueno : Posee una buena disposición hacia los usuarios, los conoce y respeta, poniéndose en el lugar de ellos. Busca soluciones que beneficien al cliente de manera rápida y efectiva. Logra que los usuario se vayan en la mayoría de los casos satisfechos con su desempeño. Ante situaciones difíciles busca ayuda.

➤ Muy bueno : Posee una muy buena disposición hacia los usuarios no solo busca satisfacerlos sino también sorprenderlos. Esta actitud positiva hacia el usuario externo es sostenida en el tiempo y reconocido por la mayoría. Es muy cordial, sabe manejar situaciones difíciles, es considerado en las decisiones que toma

➤ Destacado : Es un modelo para todos por su disposición constante a ayudar y colaborar con sus usuarios internos y externos. Sobrepassa las expectativas, posee una notable capacidad empática, busca soluciones de calidad a las dificultades que se presentan, da gusto relacionarse con él. Posee una franca mentalidad de servicio, se nota que disfruta atendiendo a los usuarios.

4. RESPONSABILIDAD

Este factor mide la capacidad del individuo para afrontar o responder por los actos que se realiza así como la preocupación por lograr los objetivos planteados en los tiempos comprendidos. Es también la capacidad de cumplir nuevas disposiciones con espíritu

crítico y colaborador así como el tener un manejo reservado de información ante situaciones confidenciales en los casos que así establece.

- **Insuficiente** : Se trata del funcionario que nunca cumple con lo acordado ni en tiempo ni en forma, tiene una actitud de indiferencia ante los planteos del supervisor, compañeros e inclusive usuarios. Necesita una estricta supervisión. No es confiable, ya que se realiza un inadecuado manejo de la información de carácter confidencial. Comete errores graves con alta frecuencia, no busca corregirlos y menos evitarlos, responsabilizando siempre a otros.
- **Regular** : Es aquel funcionario que realiza sus tareas con lo mínimo indispensable, comete errores frecuentes, n siempre demostrando interés por corregirlos y/o evitarlos, necesita supervisión frecuente. No lograr alcanzar los objetivos o metas previstas, generalmente no se hace cargo de aquellas cosas que dependen absolutamente de él para su cumplimiento. Realiza un regular manejo de la información de carácter reservado, no siempre mide el impacto o las consecuencias de dicho manejo regular.
- **Bueno** : Es el funcionario que responde de buena forma con las expectativas que sobre el se tiene en cuanto a los compromisos sumidos. Desempeña sus tareas con dedicación y esmero.
- **Muy Bueno** : Se trata del funcionario que conoce y cumple con todas las tareas y normas del cargo que desempeña y además se preocupa por mejorar e innovar su trabajo en forma permanente. Es notoriamente hábil en la prevención y resolución de dificultades, cumpliendo con su palabra y siendo un muy buen ejemplo para otros. Realiza un relevante manejo de la información de carácter reservado, es una persona muy confiable y ubicada. Siempre se hace cargo de sus respuestas

y decisiones. No necesita prácticamente supervisión, está altamente facultado.

- **Destacado** : Poseedor de excelentes conocimientos que aplica y comparte permanentemente. Es un modelo para todos por este factor, cumple siempre con lo que se compromete, reservado, integro en su actuar. Maneja todos los temas con solvencia y seguridad. Posee una actitud preventiva, apuesta al aprendizaje continuo. Se anticipa a los requerimientos de sus clientes externos e internos. Por su perseverancia obtiene resultados excelentes de manera constante. Es absolutamente confidencial respecto al manejo de información reservada y se ocupa para que otros también lo sean.

5. **CAPACIDAD DE ANALISIS**

El hombre tiene la capacidad de identificar los problemas, circunscribirlos, intentar descubrir los elementos que interactúan para generarlos y volver sus elementos en un todo.

El análisis es una herramienta, que en la medida que se utilice siguiendo los pasos del método científico, nos ayudará a “descubrir” los diferente “elementos” responsables de los fenómenos observados, para luego hacer el examen de las interdependencias de esas partes y por último se intenta reconstruir el todo. El análisis no descuida para nada la totalidad, sino que es la única manera de descubrir como surgen, subsisten y se desintegran los todos.

Entendemos por capacidad de análisis la habilidad para identificar problemas , buscar alternativas de solución y elegir aquella que resuelva de mejor forma la situación, teniendo en cuenta criterios de prioridad y de vulnerabilidad. Esta solución tendrá íntima relación con los recursos existentes (planta física, recursos humanos, materiales, tiempo).

La capacidad de análisis también debe ser predictiva, es decir que se basará en principios científicos y en hechos probados.

Al momento de realizar la valoración, se identificarán problemas reales y potenciales.

Los problemas reales son aquellos que están presentes y hay que darles solución inmediata, los potenciales se refieren a aquellos que están presentes y hay que darles solución inmediata, los potenciales se refieren a aquellos que al momento de la valoración no están presentes, pero que sin embargo existen uno o más factores de riesgo para que se produzcan, los que pueden ser evitados o minimizados, en la medida que se analicen adecuadamente.

- **Insuficiente** : Funcionario que se dispersa fácilmente, no detecta ni prevé problemas, cuando se le presentan a los analiza por lo tanto tiende a cometer los mismos errores reiteradamente. No respeta principios científicos ni aplica técnicas. Requiere una supervisión permanente en este punto
- **Regular** : No siempre tiene la capacidad de precisar con exactitud los problemas que se le presentan. Por momentos tiene una postura apresurada y algo dispersa ante los problemas. No siempre los prevé. Respeta principios científicos y cumple técnicas con supervisión constante.
- **Bueno** : Detecta, analiza e interpreta problemas. Resuelve los problemas que son de su competencia. Sugiere soluciones adecuadas. Prevé problemas normalmente. Aplica técnicas respetando principios. Aprende de los errores y dificultades, buscando la causa raíz de los problemas para aplicar soluciones efectivas.
- **Muy Bueno** : Se le ve muy comprometido y concentrado en las tareas que desempeña. Siempre detecta y analiza problemas .
Tiene una actitud de prevención y no de corrección. Lleva muy buenos registros y aplica métodos que siempre está buscando mejorar a través de la capacitación permanente.

- **Destacado** : Demuestra una excelente capacidad para analizar los problemas que se le presentan. Maneja un enfoque sistémico en el tratamiento de los temas. Desmenuza los problemas y sus causas, buscando soluciones de alta calidad. Se recurre a él como experto cuidando se está enfrentando a problemas tanto de su sector como de otros.

6. **TRABAJO EN EQUIPO**

(Relaciones humanas entre funcionarios intrasectoriales e intersectorial)

Las relaciones humanas son el vínculo por el cual las personas intentan comunicarse y expresarse tratando de lograr el entendimiento mutuo y optimizando el funcionamiento laboral grupal. La actitud de servicio, fraternización, comunicación e intercambio de conocimientos entre funcionarios de un sector y para con los restantes sectores se transmite definitivamente en la calidad de servicio ofrecido al usuario. Resulta fundamental para el logro de un servicio de calidad apostar al trabajo mancomunado de equipo en un ambiente positivo.

- **Insuficiente** : Sin disposición a solucionar problemas tanto de los clientes externos como internos, postura de aislamiento, no genera confianza en el vínculo, no posee vocación de servicio, no le interesa trabajar en equipo. No tiene buen trato con nadie. Genera un ambiente de trabajo negativo.
- **Regular** : Mantiene una vinculación de relacionamiento mínimo, su postura es distante, trabaja en equipo si se lo solicitan, no cree que sea una habilidad necesaria a desarrollar en él. Por momentos tiene actitudes descorteses. Tiene dificultades con varias personas. Genera un ambiente de trabajo regular.
- **Bueno** : Desarrolla sus tareas manteniendo un ámbito de relacionamiento normal, se interesa por las personas, le gusta trabajar en equipo y logra integrar con éxito diferentes equipos de trabajo. Crea ambiente de trabajo positivos.

- **Muy Bueno** : Posee un muy buen relacionamiento humano, se interesa sinceramente por las personas. Cultiva vínculos confiables, duraderos en el tiempo. Tiene una clara disposición a trabajar en equipo, siendo un activo participante como un muy buen líder cuando hace falta.
- **Destacado** : Se destaca del resto del personal en lo que refiere al trato, notoriamente compenetrado con las necesidades de las personas que interactúa con él. Mantiene una actitud de superación constante en este punto. Optimista, conducta de colaboración y cooperación constante en el desempeño diario.
Genera un excelente ambiente de trabajo.

7. **INICIATIVA Y CREATIVIDAD**

En estos tiempos de cambio de las posturas Institucionales, buscando una asistencia centrada en el usuario, es imprescindible además de dar buenos servicios, generar continuamente diferencias, tener muy claro lo que espera el usuario, ser líder de los cambios de procedimientos, ser efectivos y tener compromiso con los objetivos de la Organización.

Se valorará por lo tanto la intuición, coraje y compromiso, la capacidad de trabajo en equipo, la decisión para tomar medidas ante imprevistos, logrando soluciones efectivas y generar en el grupo disposición a los cambios desde una óptica nueva entre otras.

- **Insuficiente** : Un puntaje insuficiente en este factor se dará en aquel funcionario que no tiene inquietudes y solo se limita a cumplir ordenes, se maneja con el “y si siempre se hizo así”, no buscando nunca una mejor manera de hacer el trabajo.
- **Regular** : Presenta algunas inquietudes pero es inconstante, muchas veces se queda solo en el planteo pero no lo concreta. Rara vez surge de él iniciativa de proponer mejoras a los procedimientos de trabajo.

- **Bueno** : Tiene iniciativa normal consiguiendo mejorar la forma en la que se realiza su actividad, busca algunos caminos distintos a los tradicionales para la resolución y/o prevención de los problemas que se le presentan
- **Muy Bueno**: Posee una actitud que resalta del promedio en cuanto a un enfoque creativo a los problemas que se le presentan. Tiene iniciativa sostenida para buscar nuevos caminos tendientes a la mayor eficiencia de las tareas que se realiza. Diseña y aplica soluciones efectivas.
- **Destacado** : Es un claro ejemplo de iniciativa y creatividad. No solo está atento a sugerir cambios y mejorar en su sector sino que además tiene una visión panorámica de la organización sugiriendo cambios a otros sectores. Es inquieto, las ideas fluyen y la innovación es una constante en su diaria labor.

8. **FORMACION TECNICA**

Grado de conocimiento teórico/práctico que posee relacionado con el puesto que desempeña actualmente y la calidad de las decisiones que adopta sobre su trabajo. Constante interés en desarrollarse y aprender.

Es imprescindible reunir las siguientes condiciones para una adecuada formación técnica:

- Conocimiento total sobre los fundamentos de los diferentes cuidados a realizar.
- Muy buena habilidad en la realización de procedimientos.
- Registros acordes en cantidad y calidad a todos los procedimientos realizados.
- Nº de solicitudes y participantes a eventos científicos intra y extra Institución.
- **Insuficiente** : Tiene carencias importantes que afectan la calidad de sus decisiones. Debe mejorar rápidamente su capacidad

técnica, pero no promueve por si mismo la participación en eventos científicos ni busca ayuda en la orientación de su aprendizaje.

- **Regular** : Tiene algunas carencias en sus conocimientos, por lo que podría y debería mejorarlos. A veces toma decisiones que podrían y deberían ser mejores. Escasa participación y muchas veces inadecuadas en eventos científicos que lo puedan ayudar en su formación.
- **Buena** : Conocimiento teóricos/prácticos adecuados al cargo. Toma buenas decisiones y sus opiniones son respetadas. Busca superarse con la participación en eventos científicos intra Institución.
- **Muy Buena** : Su capacidad técnica supera notoriamente los requerimientos del cargo. Sus decisiones son normalmente de lo mejor que se podía hacer. Sus opiniones son especialmente apreciadas. Busca permanentemente la participación en eventos científicos intra y extra Institución para su superación.
- **Destacada** : Su capacidad teórico/práctica supera notoriamente los requerimientos del cargo. Es persona de consulta permanente en materia. Excelente. Promueve su aprendizaje con lecturas actualizadas, participa permanentemente en eventos científicos, busca su superación con cursos pos básicos de relevancia académica.

9. RESULTADOS

Mide el grado en que el personal de la unidad logra los resultados cuantitativos y cualitativos esperados en relación con los estándares y/o objetivos fijados, el cuidado que se tiene por disminuir desperdicios, la reiteración o ausencia de trabajos, la sensibilidad por los costos y su reducción, el respeto a los tiempos y plazos de entrega

- **Insuficiente** : Resultados a nivel sensiblemente inferior al posible.

Performance notoriamente por debajo de lo posible.

- **Regular** : La unidad tiene carencias en algunos de los aspectos señalados u otros similares que no son superados y que efectúan al nivel de productividad posible (cantidad, calidad, costos). Debería mejorar performance.
- **Buena** : Resultados normales o satisfactorios, cumpliéndose con los estándares fijados o acordados. Excepcionalmente se presentan niveles por debajo o por arriba de aquellos.
- **Muy Buena** : Resultados destacados, frecuentemente por encima de los estándares mínimos. Procura mejorar en forma constante y logra resultados concretos.
- **Destacada** : Excelente productividad, los resultados son superiores a los niveles estándares en forma sistémica.

La síntesis de la evaluación del desempeño se traduce en cuatro ítems: el concepto general, los elementos a mejorar, los elementos destacados y la capacitación sugerida.

Los datos son procesados en EPI INFO 6.0.

MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Las comparaciones entre las proporciones de respuesta del funcionario con respecto a los supervisores, se establecieron a través de chi cuadrado con un grado de libertad.

Cuando las proporciones eran iguales a 0, se consideraron las superposiciones de los intervalos de confianza a 95% calculados según la cuadrática de Fleiss.

RESULTADOS

Análisis de las variables estudiadas

Se encontraron diferencias significativas, entre entrevistado y Supervisor, en algunas de las ponderaciones de las siguientes variables: **comunicación** (Tabla 1), **capacidad de análisis**

(Tabla 2) **iniciativa y creatividad** (Tabla 3), **responsabilidad** (Tabla 4), **receptividad a los cambios** (Tabla 5). En las variables: **formación técnica, trabajo en grupo y satisfacción del usuario** no se encontraron diferencias significativas (Tablas 6,7,8) en anexos. La variable resultado no se analizó, ya que no hubo un número considerable de funcionarios y supervisores que no la contestaron

Tabla N° 1

Comunicación

	FUNCIONARIO	SUPERVISOR	p *
INSUFICIENTE	0/64	0/64	N/C
REGULAR	0/64	0/64	N/C
BUENO	49/64 (76.6%)	39/64 (60.9%)	0.056
MUY BUENO	14/64 (21.8%)	25/64 (39.1%)	0.034
DESTACADO	1/64 (1.6%)	0/64	N/C **
TOTAL	64	64	

* *chi cuadrado con 1 grado de libertad*

** *N/C no calculable*

No existen porcentajes de insuficientes en relación a la comunicación y se observa que los funcionarios se subvaloran en la categoría muy bueno, respecto a la opinión del superior.

Tabla N° 2

Capacidad de Análisis

	FUNCIONARIO	SUPERVISOR	p
INSUFICIENTE	0/63	0/64	N/C
REGULAR	0/63	4/64 (6.3%)	1
BUENO	49/63 (76.6%)	37/64 (57.9%)	0.023
MUY BUENO	14/63 (21.8%)	20/64 (31.1%)	0.22
DESTACADO	0/63	3/64 (4.7%)	1
TOTAL	63	64	

* *1 Funcionario (1.6%) no contestó.*

Si bien estadísticamente no hay diferencias significativas en la categoría regular, se destaca que no hubo funcionarios que se autoevaluaran en esa categoría. Existe una mayor ponderación del funcionario en la categoría bueno, que la del supervisor.

Tabla N° 3

Iniciativa y Creatividad

	FUNCIONARIO	SUPERVISOR	p
INSUFICIENTE	0/64	0/63	N/C
REGULAR	1/64 (1.6%)	4/64 (6.3%)	0.36
BUENO	48/64 (75%)	33/64 (54.7%)	0.016
MUY BUENO	13/64 (20.3%)	22/64 (34.4%)	0.07
DESTACADO	2/64 (3.1%)	2/64 (3%)	0.61
TOTAL	64	64	

1 Supervisor (1.6%) no contestó

En la categoría bueno hay una sobreponderación significativa de los funcionarios sobre su potencial de iniciativa y creatividad, respecto a la opinión de los Supervisores.

Tabla N°4

Responsabilidad

	FUNCIONARIO	SUPERVISOR	p
INSUFICIENTE	0/64	0/64	N/C
REGULAR	0/64	2/64 (3.1%)	1
BUENO	43/64 (67.2%)	27/64 (42.2%)	0.004
MUY BUENO	21/64 (32.8%)	29/64 (45.3%)	0.14
DESTACADO	0/64	6/64 (9.4%)	1
TOTAL	64	64	

Lo relevante que aparece estadísticamente en el análisis de la variable es la categorización que el funcionario se hace de tener una buena responsabilidad, a diferencia de la percepción del

superior, que lo categoriza entre bueno y muy bueno, con algún elemento destacado.

Tabla N°5

Receptividad a los cambios

	FUNCIONARIO	SUPERVISOR	p
INSUFICIENTE	1/64 (1.6)	0/64	1
REGULAR	2/64 (3.1)	8/64 (12.5)	0.048
BUENO	40/64 (62.5)	25/64 (39)	0.008
MUY BUENO	21/64 (32.8)	29/64 (45.4)	0.14
DESTACADO	0/64	2/64 (3.1)	1
TOTAL	64	64	

Aparece la categoría insuficiente en la autoevaluación, si bien la diferencia no es estadísticamente significativa. En la categoría bueno los funcionarios se sobrevaloran con respecto al Supervisor.

En las variables: **formación técnica, trabajo en equipo y satisfacción del usuario**, no se encontraron diferencias significativas (tablas 6, 7, 8 en anexos).

La variable **resultado** no se analizó, ya que hubo un número considerable de funcionarios y supervisores que no la contestaron. lo que nos hace pensar que posiblemente no la entendieron.

DISCUSION

Se podría interpretar como positiva las instancias de entrevista funcionario-supervisor, como intercambio de expectativas y conocimientos

Observando globalmente lo que surge de los resultados del análisis de las variables, vemos que no hay grandes diferencias en lo que perciben los funcionarios y los superiores.

Entrando en un plano mas detallado, vemos que cuando se explora la variable capacidad de análisis, el funcionario se sobrevalora, probablemente porque se ve solo en la identificación de los problemas y en

la búsqueda de alternativas de solución con los medios que cuenta. Si bien desde el punto de vista estadístico el porcentaje en el cual el superior coloca al funcionario, como regular en analizar situaciones, no es significativo, creemos que es un dato a considerar, si lo unimos a lo hallado en el trabajo anterior en donde un 18% poseía formación técnica en el área (es decir competencia para tomar decisiones optimas y oportunas) y el 78.8% aduce estar calificado para asumir las tareas que le corresponden, (a pesar de no haber accedido a contenidos teóricos que obren de soporte a esos cuidados).

Unido a esto vemos que la tabla correspondiente a la variable responsabilidad, muestra que ningún funcionario se ubica en rangos de regular o destacado, en tanto la licenciada observa casi en un 10% del personal con destacada responsabilidad, que si bien no representativo estadísticamente, es un hecho a considerar. No es casual que en el trabajo anterior el auxiliar de enfermería ve pautado su trabajo solo en un 25% por parte de la licenciada (rol que desde su descripción de cargo tendría que asumir en el 100%).

Si seguimos esta línea de razonamiento (es decir un profesional que debería asumir el proceso administrativo en su totalidad, asumiendo solamente un 25%) vuelve a aparecer en la variable que analiza receptividad a los cambios donde un 12.5% de personal acepta las propuestas en forma regular y el propio funcionario se pondera con una resistencia de 1.6% en el rango insuficiente. Si bien este dato no es estadísticamente relevante, tiene su importancia pues es casi la única variable donde el personal se pondera en rangos tan bajos. Cabría agregar que esta acostumbrado a pautar sus propias líneas de trabajo y nos atreveríamos a pensar si la institución dentro de su ámbito "Militar" por su condición sin equanum (de trayectoria verticalista y rígida) no permite (en un plano inconsciente) operativizar propuestas de cambios, intercambio de ideas para la mejora de la atención (elementos que los niveles estratégicos- departamento de enfermería y tácticos-supervisores y jefes de la institución, promueven que sea en sentido contrario, es decir apertura a las propuestas con el aporte de todos en forma participativa).

Si comparamos como fue planteado el año anterior, que un 88.5% asume trabajar en equipo, correlaciona los altos porcentajes identificados por los funcionarios en las categorías de percepción, bueno, muy bueno Y destacado. No es casual que el superior (teóricamente líder del grupo) identifique que un 10.9% no realiza su trabajo en forma grupal. Cabría preguntar si esta visión no se une a la escasa participación que la licenciada tiene dentro del propio equipo.

La tabla N° 3 que categoriza la Iniciativa y Creatividad muestra una sobrevaloración de los funcionarios respecto a su potencial creativo, aspecto que podría vincularse a la escasa participación de la Licenciada en los Servicios pautando las líneas de dirección. Análisis ya realizado en las variables anteriores. Luego de haber analizado las variables anteriores donde los funcionarios mostraban en términos globales un actuar “independiente” y “seguro”, cabría esperar que la Comunicación apareciera con ítems que apunten al Muy Bueno y Destacado. Incongruentemente se da una subvaloración por parte de los funcionarios.

En relación a la variable Resultado hace pensar que no fue comprendida.

CONCLUSIONES

Del análisis anteriormente citado aparecen claras dos líneas de conclusiones:

1. Rol Profesional del licenciado de enfermería con elementos de debilidad mas que de fortalezas.
2. Se identifican en el personal auxiliar líneas de fortalezas y debilidades que serán abordadas en el ángulos de las propuestas, por ejemplo la importancia de la capacitación continua.

PROPUESTAS

1. Asegurar la continuidad en la formación de contenidos de administración específicamente en el área de los recursos humanos. Los cuales ya fueron ejecutados a través del convenio INDE-DNSFFAA y se encuentran en período de evaluación.
2. Talleres de evaluación con énfasis en comunicación. Se realizó con una importante participación de todos los supervisores y jefes.
3. Reestructura de otros servicios (cirugía, polivalente y ginecología) con una única dirección a través de un único jefe, que repercute indirectamente en la motivación de los supervisores del servicio de medicina, los cuales operativizarán a la brevedad este cambio.
4. Creación de manuales de procedimientos que actualmente se hallan en etapa de difusión.
5. Dentro de un período aproximado de seis meses, reevaluar las variables que hemos venido trabajando desde hace dos años en diferentes instancias, con el fin de corroborar cambios substanciales en el ámbito laboral.

Esta de mas plantear que todas las líneas de investigación que puedan surgir de este trabajo culminan todas en algo que aún hoy mantenemos en un plano teórico:

“CALIDAD TOTAL “
Y
“ATENCIÓN INTEGRAL ”

BIBLIOGRAFÍA

- (1) GILLES, Dee Ann “Gestión de Enfermería” Una aproximación a los Sistemas. Masson-Salvat. Barcelona, 1994.
- (2) BARQUIN, Manuel “Administración de Enfermería” Editorial Interamericana, 1º Edición en español, México 1995.
- (3) KOONTZ-O’DONELL, “Administración”, Editorial Interamericana, Mac Graw, 3º Edición en español México, 1987.
- (4) BALLESTEROS, Haydée y otros, “Bases científicas de la Administración”, Editorial Interamericana.
- (5) MALIK, A. M, “Manual de Recursos Humanos en Salud” Serie II.S.P-U.N.I/ Manuales Operativos, Paltex, Volumen I N°3, OPS/OMS, 1996
- (6) MOMPART GARCÍA, “Administración de Servicios de Enfermería” Editorial Masson, 1995
- (7) CUESTA GOMEZ, A y Col. “La Calidad de la Asistencia Hospitalaria”, Editorial Doyma, Barcelona, 1986.
- (8) ACUÑA, M.,, CASTRO, M., DUTRA, I., SANGIOVANNI, R., SCHMIDT, E. “Factores de Riesgo Laborales que Inciden en la Salud del Personal de Enfermería en Servicios de Medicina” Publicación Oficial del XXVIII Congreso Nacional de Medicina Interna IV Jornadas Nacionales de Enfermería en Medicina Interna. Montevideo-Uruguay 1999.
- (9) AGILAR, M., CASTRO, M., GOMEZ, W., PEREZ, Y., SANGIOVANNI, R., SANTANA, S. “Sistema de Evaluación del Recurso Humano de Enfermería” Monografía (publicación interna) Biblioteca Biomédica de la Dirección Nacional de Sanidad de las FF.AA. Montevideo, 1998.

ANEXOS

Tabla 6:
Satisfacción del Usuario

	FUNCIONARIO	SUPERVISOR	P*
INSUFICIENTE	0/64	0/64	N/C
REGULAR	0/64	1/64 (1.6%)	1
BUENO	38/64 (59.4%)	32/64 (50%)	0.28
MUY BUENO	23/64 (35.9%)	25/64 (39%)	0.71
DESTACADO	3/64 (4.7%)	6/64 (9.4%)	0.48
TOTAL	64	64	

* chi cuadrado, 1gl.

Se observa que no existen diferencias significativas, entre las autoevaluaciones y las evaluaciones.

Tabla 7 :
Trabajo en equipo

	FUNCIONARIO	SUPERVISOR	P
INSUFICIENTE	0/64	0/64	N/C
REGULAR	1/63 (1.6%)	7/64 (10.9%)	0.067
BUENO	28/63 (45.3%)	23/64 (35.9%)	0.28
MUY BUENO	27/63 (42.2%)	30/64 (46.9%)	0.59
DESTACADO	7/63 (10.9%)	4/64 (6.3%)	0.34
TOTAL	63	64	

* 1 funcionario (1.6%), no contesto.

No se observan diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 8:
Formación Técnica

	FUNCIONARIO	SUPERVISOR	P
INSUFICIENTE	0/64	0/64	N/C
REGULAR	1/64 (1.6%)	0/64	0.067
BUENO	51/64 (79.7%)	45/63 (70.3%)	0.28
MUY BUENO	12/64 (18.7%)	17/63 (26.5%)	0.59
DESTACADO	0/64	1/63 (1.6%)	0.34
TOTAL	64	63	

1 supervisor (1.6%), no contesto.

No se observan diferencias significativas.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

FICHA PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO	
N° COBRO	
SERVICIO	
PERIODO EVALUADO	
EVALUADOR	
	OBSERVACIONES:

FIRMA EVALUADO

FIRMA EVALUADOR

Comité Evaluador

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

	Insuficiente 1	2	Regular 3	4	Bueno 5	6	Muy Bueno 7	Destacado 8
Responsabilidad								
Receptividad a los cambios								
Satisfacción de clientes								
Comunicación								
Capacidad de Análisis								
Trabajo en equipo								
Iniciativa y Creatividad								
Formación Técnica								
Resultados								

Concepto General: _____

Elementos a mejorar: _____

Elementos destacados: _____

Capacitación sugerida: _____



PREMIOS ANUALES DE LA D.N.S.FF.AA. AÑO 1999

Area Salud Pública y Administración “PRIMER PREMIO”

<https://doi.org/10.35954/SM2001.23.1.6>

Necesidad y Viabilidad de un Servicio de Psicogeriatría en la D.N.S.FF.AA.

Eq. S.O.M. David Karp
Eq.Cap. Andrés Giacoia
Eq.Tte.1º María Olga Alvez

RESUMEN

PALABRAS CLAVE: *Psicogeriatría*
Psicometría del Deterioro

El presente trabajo intenta realizar un análisis de las necesidades de la D.N.S.FF.AA en relación a los aspectos psicológicos y psicométricos de su población mayor de 60 años mediante la creación de un Servicio específico de Psicogeriatría.

Se intentará realizar un análisis de la evolución de esta población de los usuarios de Sanidad en los últimos 10 años y tomar en cuenta datos nacionales e internacionales relacionados al tema que nos interesa. Se sugiere la necesidad de comenzar a delinear una política estratégica relacionada con este sector de la población de usuarios en materia de Salud Mental.

Cabe aclarar que durante el lapso de tiempo estudiado acontecieron hechos que deberán ser tomados en cuenta por el lector en el momento de evaluar los datos que se presentarán a continuación:

1. A partir de 1999 la OMS cambió la edad del comienzo de la “Tercera Edad” de 65 a 60 años lo que determinó que en cada momento se pidieran datos tomando en cuenta cada una de las edades límites vigentes
2. En el transcurso de los últimos años la D.N.S.FF.AA. en concordancia con nuevos Decretos que tomaron vigencia ha debido redimensionar los parámetros que definen las condicionantes de sus Usuarios lo que dificulta la realización de cualquier estudio poblacional retrospectivo al día de hoy – por las bajas y altas que se han suscitado en el padrón – los que nos ha decidido a presentar los datos tal como fueron levantados en su momento
3. Toda vez que es posible se presentan datos de la capa etaria 10 años menor del límite de ingreso a la “Tercera Edad” a los efectos de presentar una perspectiva que amplía los horizontes de análisis.

SUMMARY

KEY WORDS: *Psychogeriatrics*
Impairment Psychometry

This paper intends to perform an analysis of the D.N.S.FF.AA. needs, as to the psychological and psychometric aspects of its population over 60 years old, by creating a specific Psychogeriatric Service.

We intend to perform an analysis of the evolution of this population of users of this Health service during the last 10 years, and then, to take into account national and international data with reference to the topic discussed. It is suggested that it is necessary to sketch a strategic policy related to this segment of users in the area of Mental Health.

It is important to point out that some events took place during the period of study, which should be taken into account by the reader when the following information is analyzed:

1. In 1999, the WHO changed the starting age for “Third Age”, from 65 to 60 years old. This fact made us request information taking into account each one of the existing limiting ages.
 2. During the last few years the D.N.S.FF.AA., pursuant to the new Decrees in force, had to redesign parameters to define its users’ conditions. This makes it difficult to perform any retrospective population study today – due to retirements and admissions that occurred in the membership list. Therefore, we decided to present data just as they were compiled.
 3. Whenever possible, we presented data for an age range 10 years under the admission limit for “Third Age”, so as to show a perspective that widens analysis horizons.
-

INTRODUCCION

Desde sus orígenes hasta el día de hoy, la sanidad militar en el Uruguay ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Desde una disciplina medica militar las necesidades sociales que siempre acompañan a un Ejercito en actividad han determinado una serie de cambios en donde la actualidad de la D.N.S.FF.AA. solo puede ser entendida como resultado de este proceso.

Uno de los aspectos que hoy día aparece como deficitario es la adecuación al envejecimiento de la población con derecho a asistencia dentro de los límites de la Dirección Nacional. Si bien dentro de las policlínicas del H.C.FF.AA. existe una policlínica de Geriatria, la misma, de acuerdo a los datos obtenidos en los informes anuales, esta siendo sub utilizada por los usuarios, y no existe una política de favorecer o incrementar el peso de esta policlínica dentro del H.C. o a nivel de toda la Dirección Nacional.

Otro aspecto que resulta llamativo una vez analizado es el envejecimiento de la población de usuarios de la D.N.S.FF.AA..

Estos datos deben guiarnos con respecto a la toma de decisiones en relación a políticas dentro de la D.N.S.FF.AA.

En la oferta de servicios y dentro de los servicios existentes, no se puede señalar la existencia de uno que se dedique específicamente a la salud mental del Adulto Mayor con todas sus particularidades.

A tales efectos, y con la finalidad de clarificar la importancia que estos servicios poseen en la actualidad presentaremos una serie de datos tanto nacionales como internacionales.

MATERIAL Y METODOS

Fuentes de información

Una de las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia en nuestro país es la imposibilidad de acceder a datos nacionales que permitan ser cotejados con otros de naturaleza internacional. Es por eso que frente a una falta de información nacional agrupada por edad y por patología por un lado y con la finalidad de manejar elementos que permitan un análisis de la realidad es que se ha recurrido a distintas fuentes:

- I.N.E.(Instituto Nacional de Estadística)
- Registro de Usuarios de la D.N.S.FF.AA.
- Búsqueda bibliográfica

Una vez que los datos son presentados se realiza un análisis de los mismos.

Los temas sobre los cuales nos interesa centrar nuestra atención en primer lugar son :

- Población del Uruguay y su distribución etaria de adultos mayores¹
- Población de adultos mayores usuarios de la D.N.S.FF.AA.
- Envejecimiento de la población de usuarios de la D.N.S.FF.AA.
- Que servicios se le ofrece a esta población
- Como utiliza esta población los servicios que se le presentan

También mediante la presentación de datos bibliográficos tanto nacionales como internacionales

¹ Internacionalmente en la actualidad se toma como población de “Adultos Mayores” aquellos mayores de 60 años

se intentará demostrar distintos niveles de costos que el sistema sanitario debe enfrentar por la falta de un departamento de Psicogeriatría, tratando mediante éste método de justificar su existencia, para concluir con los lineamientos básicos para el diseño de un Servicio de este tipo a nivel de la D.N.S.FF.AA.

Presentación de Datos

Es importante señalar que tal como se ha expresado anteriormente la población de adultos mayores será considerada a la capa etaria de más de 60 años, a pesar de ello, en muchos gráficos que se presentarán a continuación se incluye el dato "50-60" con la finalidad de permitir conocer al lector como variará la situación que se presenta en los próximos 10 años

Tabla 1

Distribución etaria de la Población Uruguaya Mayor de 50 años²

	N	%
Población	3.163.763	100
Edad		
50 - 60	305.714	9.66
60 - 70	279.732	8.84
70 - 80	181.082	5.72
80 +	88.120	2.78
Total	854.648	27.00

Tabla 2

Población de la D.N.S.FF.AA.

Mayores de 50 años³

	SANIDAD	%
Población	198.990	100.00
Edad		
50 - 60	20.613	10.35
60 - 70	14.447	7.26
70 - 80	8.749	4.39
80 +	5.408	2.71
Total	49.214	24.71

Tabla 3

Población del Uruguay y Usuarios de la D.N.S.FF.AA.

Mayores de 50 años Según Grupos Etarios

(Distribución Porcentual)

EDAD	Población %	Sanidad %
50 - 60	9.66	10.35
60 - 70	8.84	7.26
70 - 80	5.72	4.39
80 +	2.78	2.71
Total	27	24.71

Tabla 4

Envejecimiento de la población de Usuarios de la D.N.S.FF.AA.

Registro de Usuarios

Población mayor de 50 años 1992 y 1999

Edad	SANIDAD 1999	Edad	Sanidad 1992
50 - 60	20.613	55 - 64	10.876
60 - 70	14.447	65 - 74	7.342
70 - 80	8.749	75 - 84	3.551
80 +	5.408	85+	1.074
Total	49.214	Total	22.843

(A pesar que las dos tablas anteriores presentan distribuciones etarias diferentes, que fueron realizadas en momentos diferentes- entre 1992 y 1999 se redefine la categoría de "Usuario" – las mismas se presentan con la finalidad de señalar que en ése período de tiempo la población de usuarios correspondiente a la "Preancianidad Geriatria Y Gerontología"⁴ se ha duplicado en números reales)⁵

² INE. VII Censo General de Población 1996

³ Según Registro de Usuarios año 1999

⁴ Título otorgado por la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina

⁵ Otros Trabajos internacionales recientemente publicados han adoptado la misma modalidad de presentar datos a partir de los 50 años (Yuri Takeuchi)

Tabla 5

Totales de Hospitalizaciones según Personal en
 Actividad Retirados Según Arma y Familiares⁶

CATEGORIA	CANTIDAD	DIFERENCIA Entre Actividad y Retiro	% POR ARMA
Ej. Actividad	1363		43,3
Ej. Retiro	1783	420	56,7
Marina Act.	363		43,9
Marina. Ret	463	100	56,1
FAU. Act.	241		47,1
Fau. Ret.	271	30	52,9
TOTAL	4484		

Tabla 6

Consulta Externa Servicio de Geriátria
 H.C.F.F.AA.⁷

Oferta En Turnos	Demanda En Turnos	No se Utiliza En %
1.439	1.019	38.29

Tabla 7

Cantidad de Pacientes Femeninos entre 60-70 años
 Que Presentan en su Hoja de Internación Algún
 Diagnóstico de Acuerdo al Literal "F"⁸ del CIE10
 Año 1998 N=484⁹

1er Diagnóstico	2do Diagnóstico	3er Diagnóstico
15	7	0

Tabla 8

Cantidad de Pacientes Masculinos entre 60-70 años
 Que Presentan en su Hoja de Internación Algún
 Diagnóstico de Acuerdo al Literal "F" del CIE10
 Año 1998 N=593¹⁰

1er Diagnóstico	2do Diagnóstico	3er Diagnóstico
2	2	0

➤ **Estudios Realizados**

1. Estudio realizado sobre una muestra aleatoria de 60 ancianos entre 65 a 92 años en la Cátedra de Geriátria y Gerontología del Hospital de Clínicas.

El mismo está basado en la aplicación de una serie de técnicas destinadas a cuantificar el nivel de conservación cognitivo intelectual de la población estudiada.

Dicho estudio nos señala que **solo el 5% de los hombres y el 10% de las mujeres conservan indemnes sus capacidades cognitivo intelectuales.**

El 25% de la muestra señala un nivel de conservación de "Preoperatorio" (asimilable a un niño de 5 a 6 años de edad)

2. "En Villa del Cerro (Uruguay), se realizó un estudio de prevalencia de demencia durante 1993-1995 encontrando un rango de prevalencia de 4.03 %, 60% Enfermedad de Alzheimer, 15% Demencia Vascular, 8% Demencia Mixta y 17% otras etiologías o de causa no bien conocida (Ketzoian et al., 1997).

⁶ Según datos proporcionados por la Memoria Anual del H.C.F.F.AA. 1998

⁷ Según datos proporcionados por la Memoria Anual del H.C.F.F.AA. 1998

⁸ "Trastornos Mentales y del Comportamiento"

⁹ Registro de Usuarios 1998

¹⁰ Registro de Usuarios 1998

3. Estudio realizado por la Cátedra de Geriátría del Hospital de Clínicas “Fármaco-vigilancia en Geriátría - Evolución de la terapéutica indicada en consulta externa. Seguimiento de 6 años”¹¹

Se señala:

“El 62% de los diagnósticos realizados a la muestra estudiada corresponden a patologías cardiovasculares. Los psicofármacos son los medicamentos que presentan la relación más alta en cuanto a número de fármacos por paciente: 1.72”

4. En un estudio realizado recientemente por la Facultad de Psicología en la República Oriental del Uruguay¹² se encontró que de la población estudiada de pacientes con Alzheimer el 22% estaban mal diagnosticados

¿Cuánto le cuesta a un sistema de salud tratar a una persona como demente cuando en realidad no lo es ?

¿Cuántas horas de atención, clínica, paraclínica, urgencia y emergencia consumen estos pacientes mientras su patología de fondo se mantiene enmascarada por una serie de patologías?

5. De acuerdo a los datos recabados por Registro de Usuarios de la D.N.S.FF.AA, de acuerdo a la Hoja de Internación – presentados en las anteriores Tablas 7 y 8 -, de la totalidad de pacientes ingresados en el año 1998 se ha seleccionado la capa etaria entre 60 a 70 años - 1077 pacientes (484 mujeres y 593 hombres) - con la finalidad de conocer la presencia de diagnósticos asociados a las capacidades mentales de los sujetos en el momento de su ingreso y como éstas han sido evaluadas.

Tomando en consideración los tres diagnósticos de internación posibles (diagnóstico de internación y otros dos asociados), dentro del literal “F” del CIE10 – “Trastornos mentales y del comportamiento” se han observado que sumando la totalidad de los “Trastornos Mentales y de Comportamiento” se

registraron 26 casos – acorde a lo detallado en las antes mencionadas Tablas.

6. (En Argentina) La población analizada fue de 484 sujetos mayores de 60 años que no referían trastornos cognitivos a los cuales se les administró el Test de Pfeiffer (1975). Los resultados discriminaron 69 pacientes con deterioro cognitivo (14.2%). Según el grupo etáreo se ha visto que el porcentaje de sujetos con deterioro se incrementa con la edad. Restringiéndonos solamente a los mayores de 60 años vimos que el porcentaje se incrementó al 18.3%. Si sabemos que estadísticamente un 50 a 60% de los cuadros de deterioro cognitivo pueden ser demencia degenerativa primaria, podríamos decir que entre el 9.2 y el 10.9% de la población mayor de 60 años puede tener un cuadro demencial primario, guarismos estos que se asemejan a los aportados por el estudio del National Health Institute (Instituto Nacional de Salud) de Estados Unidos. Dada la pirámide invertida de nuestra población, el porcentaje de dementes es alto y semejante al de países desarrollados.”¹³

7. Para Fernando P. Cabrera (Farmacéutico Hospital de San Martín - Gran Canaria España) “el incumplimiento de la medicación en la población geriátrica llegue al 85%”¹⁴.

¿Cuánto cuestan los medicamentos a los sistemas de salud para que el 85% de los administrados a la población mayor de 60 años sean mal utilizados por incapacidad del geronte – cuando nos referimos a incapacidad estamos señalando su dificultad de poner en acción aquello que le fue indicado por el medico ya que además de no recordarlo correctamente, sus dificultades a este nivel son tan importantes que, a pesar de tenerlas escritas, su situación no le permite materializarla en la acción- ?
¿Como puede saber un médico que sus indicaciones son comprendidas por el geronte cuando carece de los datos clínicos necesarios – es decir una

¹¹ No publicado

¹² “Factores afectivos y Vinculares en la enfermedad de Alzheimer”

¹³ “Epidemiología de la Demencia en Países Latinoamericanos” Carlos A. Mangone; Ricardo F. Allegri; Raúl L. Arizaga; Juan A. Ollari; Rev. Neuropsicología, Neuropsiquiatría, y Neurociencias http://members.xoom.com/_XOOM/sciencebrain/contenido.htm Agoto 1999

¹⁴ “Intervención Clínica y Psicosocial en el Anciano”.

evaluación de las capacidades cognitivo intelectuales de su paciente?

➤ Datos internacionales

Los siguientes datos son presentados con la finalidad de señalar aspectos del envejecimiento que se han constatado en distintos estudios en distintas poblaciones. Tanto es así que para la Gerontología ellos representan parte del “envejecimiento normal del ser humano”-

- El 10% de la población que llega a los 65 años
- El 20% de la población que llega a los 70 años
- El 30% de la población que llega a los 80 años presenta algún tipo de Demencia Senil¹⁵

DISCUSION

La Tabla 1 nos presenta la distribución etaria y porcentual de la población mayor de 50 años del Uruguay mientras que la Tabla 2 que plantea el mismo tema a nivel de la población de usuarios de la D.N.S.FF.AA..

A partir de este punto ya se puede observar que a pesar de ser un centro asistencial militar, nuestra población de usuarios de adulto mayores es porcentualmente comparable a la de la población en general.

En otras palabras no nos estamos enfrentando a una población de adultos jóvenes - combatientes – sino a una población de usuarios que desde el punto de vista del adulto mayor de 50 años llega casi al 25% del total.

La Tabla 4 nos permite ver como la población de usuarios ha envejecido a un ritmo acelerado observándose un aumento del 100% de los adultos mayores de 50 años en los últimos 7 años. Lo que normalmente suele ocurrir en estos casos es que las infraestructuras sanitarias no pueden acompañar debidamente a la nueva demanda de servicios.

La Tabla 5 nos permite observar que a nivel de ingresos hospitalarios para el año 1998 ya se observa una superioridad del personal retirado en relación al personal activo – situación esta que sería normal en cualquier institución sanitaria, pero que resulta llamativa para una entidad sanitaria militar.

Paralelamente Tabla 6 nos permite observar como es que esta población de adultos mayores se comporta en cuanto a su demanda, dejando ocioso casi el 40% de la disponibilidad horaria en la policlínica de geriatría.

Lo que aquí se puede concluir :

- El adulto mayor de la D.N.S.FF.AA. no conoce al servicio de Geriatría.
- El adulto mayor de la D.N.S.FF.AA. desconoce el rol del Geriatra.
- La D.N.S.FF.AA. no se ha encargado de difundir – educar a sus usuarios los objetivos del Servicio de Geriatría.
- La D.N.S.FF.AA. posee casi un 25% de adultos mayores de 50 años.
- La población de usuarios mayores de 50 años ha aumentado en proporciones significativas en los últimos años.
- La D.N.S.FF.AA. no ha podido acompañar este crecimiento con una adecuación en la prestación de sus servicios específicos para este grupo etario.
- El usuario mayor de 50 años no conoce los servicios que dispone.
- La D.N.S.FF.AA. no ha informado a sus usuarios mayores la finalidad de servicios como el de Geriatría.

Una vez arribados a este punto, podremos señalar que dentro de los aspectos faltantes debe señalarse el de la Psicogeriatría.

¹⁵ “*Psicogerontología: Psicodomstica Psicoanalítica dela Vejez*”

De acuerdo a los datos que se han presentado con anterioridad (Tablas 7 y 8) en este rango etario debería de haber aproximadamente un 10% de pacientes que presenta algún tipo de cuadro de Demencia. Sin embargo, en concordancia con los 26 diagnósticos realizados dentro de un total de más de 3000 posibles deberemos plantearnos la posibilidad de entender a esta situación como un "Sub Registro más" dentro del panorama general.

En nuestro medio, la Psicogeriatría es conocida solo a nivel académico – quedando totalmente relegada tanto a nivel de la población como de las decisiones a nivel técnico – lo que puede justificar su ausencia casi total del sistema sanitario nacional. Paralelamente, la experiencia internacional aparentemente no ha sido debidamente estudiada o por algún motivo resulta dejada de lado.

Lo que intentaremos a continuación es el presentar una serie de consideraciones que apuntan a señalar distintos costos a distintos niveles relacionados con el tema

De acuerdo a los datos que se han planteado es posible señalar que :

- No hay ninguna razón para considerar que nuestra población de adultos mayores de 60 años usuarios de la D.N.S.FF.AA. presenten prevalencias en el deterioro cognitivo intelectual muy distintas a las del resto del mundo – ya que este deterioro estaría enmarcado dentro del "envejecimiento normal de la población anciana".
- El no tomar estos datos en cuenta traen automáticamente aparejados una serie de consecuencias tanto clínicas como institucionales que se traducen en gastos perfectamente evitables como los ejemplos de:
 - Medicación mal utilizada por parte del anciano
 - Diagnósticos incorrectos de demencia
 - Actos Clínicos incorrectos como consecuencia de falsos diagnósticos

- Consumo innecesario de medicamentos y paraclínica.

- La no estimación numérica correcta de estos pacientes se traduce en que no se planifica una serie de insumos sanitarios ; no es posible planificar gastos a mediano y a largo plazo ya que no se sabe cuántos pacientes poseen una patología – como la demencia - que en un promedio de 8 años demandarán determinado tipo de asistencia.
- De mantenerse el actual sub registro, solo se está asegurando la continuidad de la situación en los parámetros que se han presentado e imposibilitando una adecuada evaluación de la situación en lo que concierne al deterioro cognitivo intelectual del anciano en la D.N.S.FF.AA.
- ¿Cuántos ancianos dentro de la población de la D.N.S.FF.AA. cumplirían con estos porcentajes?

Estimación de la Población que presentaría algún cuadro demencial entre los usuarios de la D.N.S.FF.AA mayores de 50 años

	SANIDAD	% de deterioro	Totales
EDAD	-	-	-
50-60	20.613		
60-70	14.447	10%	1444
70-80	8.749	20%	1749
80 +	5.408	30%	1622
Total	49.214		4815

¿Como se han calculado los costos futuros de estos pacientes tomando en cuenta que son procesos de ocho años promedio de duración?

¿Cuánto le cuesta a la D.N.S.FF.AA. seguir atendiendo a estos pacientes de acuerdo a patologías asociadas y no en base a un síndrome totalizador del ser como es el caso de las demencias?

El problema del Sub registro:

La neumatía en el anciano suele ser normalmente asociada a cuadros de desorientación temporopacial – por falta de oxigenación a nivel del SNC. Llegando a registrarse cuadros de agitación asociados.

Supongamos que uno de los 1077 de los ingresados en el año 1998 entre los 60-70 años recientemente presentados ¹⁶ hace en sala uno de estos cuadros, y sin tener un diagnóstico de conservación de los aspectos cognitivo intelectuales presentes: ¿que elementos se poseen para realizar un diagnóstico diferencial entre uno de los cuadros descriptos y un cuadro similar asociado a un proceso de deterioro?

Desde un punto de vista farmacológico como desde un punto de vista gerontológico el abordaje de las situaciones es diferente. El empleo de una medicación inapropiada en uno de los casos podría significar un aumento de hasta el 25% en los días de internación de un paciente que originalmente ingresó por una neumatía.

Psicogeriatría y Psicometría del Deterioro en la D.N.S.FF.AA.

Dentro del contexto general de los aspectos estudiados en la atención de los Adultos Mayores con derecho a atención en la D.N.S.FF.AA. nos detendremos en estos dos aspectos íntimamente ligados a esta franja etaria.

Dentro de la oferta de servicios y dentro de los servicios existentes, no se puede señalar la existencia de uno que se dedique específicamente a la salud mental del Adulto Mayor con todas sus particularidades.

La necesidad de un Servicio de Psicogeriatría

Actualmente en el Uruguay se discute la necesidad - y por otro lado la viabilidad - de un Servicio de Psicogeriatría en varios niveles de atención de Salud independientemente que en aquellos países que

cuentan con una pirámide poblacional similar a la nuestra ya se han implantado

Repasemos a continuación algunos conceptos a los efectos de tener una base común en el análisis de los datos que se detallarán :

➤ **Psicometría**

Es un área de la psicología que se dedica a la evaluación y comparación de distintas capacidades del sujeto con el fin de valorarlo en función de determinados parámetros entendidos como normales.

➤ **Lo Cognitivo Intelectual**

Instrumentales de la inteligencia que nos permiten un adecuado accionar con el medio que nos rodea.

En procesos de deterioro - tanto reversible como irreversible - suelen verse afectados en distintas formas

➤ **La Evaluación Neuropsicológica**

Es una evaluación del sujeto que nos permite conocer la interacción de los instrumentales de la inteligencia con otros aspectos de la personalidad y formular hipótesis sobre su grado de conservación y la forma que el sujeto hace uso de ellos en su intento adaptativo.

“La evaluación Neuropsicológica es una herramienta básica para el diagnóstico de Demencias de Tipo Alzheimer. Su utilización para el diagnóstico entre las formas de demencia degenerativas ha sido subestimada” ¹⁷

➤ **Depresión - Demencia – Seudodemencia**

“La psicometría aparece como una opción viable - dentro del contexto general del proceso diagnóstico - para la realización de un diagnóstico diferencial positivo que permita un correcto encare de la problemática significando un ahorro de los medios desplegados en el tratamiento”

“La presencia de Depresión se asocia con unos mayores niveles de alteraciones funcionales y de

¹⁶ Idem nota 5

conducta pero con menores niveles de disfunción cognitiva”

- *“La prevalencia de depresión en las Demencias en muestras comunitarias se encuentra entre el 5.1% y el 38%”¹⁸*

➤ **El Servicio de Psicogeriatría**

Datos Nacionales e Internacionales justifican su existencia.

El Servicio resulta económicamente rentable desde el momento que permite diagnósticos más exactos a nivel de la población geriátrica adecuando la clínica y la paraclínica correspondiente

Su inserción depende de políticas sanitarias e institucionales

Es articulable en los tres niveles de atención.

Puede coordinarse con otros servicios tales como:

- Neurología
- Psiquiatría
- Geriatría
- Medicina General

La correcta ecuación a realizar a los efectos de valorar la creación de un servicio de Psicogeriatría debe hacerse en función de:

1. cantidad de ancianos a ser evaluados
2. cantidad de diagnósticos realizados
3. medios institucionales correctamente destinados en función de los 2 puntos anteriores
4. el ahorro económico que esto significa

Para poder valorar los alcances de este enfoque se deberían analizar una serie de aspectos diagnósticos y clínicos que implican:

¹⁷ *Rev Neuro 1998;27(157);463-466*

¹⁸ *Rev Neuro 1998;27(157);409-414*

“La evaluación neuropsicológica en casos de demencia se puede realizar buscando uno o varios de los siguientes objetivos:

- *determinar si la actividad cognoscitiva del paciente es normal o no;*
- *proponer condiciones subyacentes a la disfunción cognoscitiva existente;*
- *proveer información adicional para efectuar un diagnóstico diferencial entre demencia y otras condiciones neuropsiquiátricas;*
- *sugerir eventuales procedimientos rehabilitadores y terapéuticos de los posibles cambios cognoscitivos y comportamentales; y*
- *establecer un nivel básico del funcionamiento cognoscitivo para determinar el nivel de deterioro del paciente o la eficacia de algún tipo de tratamiento.”¹⁹*

Demencias Subcorticales

“Desde una perspectiva neuropsicológica la distinción entre demencia cortical y subcortical es útil. Esta dicotomía comenzó a utilizarse desde 1974, cuando Albert, Feldman y Willis definieron la demencia subcortical en pacientes con lesiones subcorticales que comprometían especialmente el sistema extrapiramidal.

Las características de esta demencia incluyen:

- lentificación y apatía,
- dificultades en la evocación de huellas de memoria y
- subutilización de la capacidad intelectual.

Además, el diagnóstico incluye la ausencia de afasia, agnosia y apraxia. El término demencia cortical se reservó para aquellos cuadros demenciales caracterizados por cambios agnósicos,

¹⁹ *(Ardila & Rosselli, 1992; Bondi, Salmon & Kaszniak, 1998)*

apráxicos, amnésicos y afásicos, siendo el ejemplo clásico de la EA”.

“Una evaluación neuropsicológica incluye pruebas cognoscitivas que determinan tanto el nivel de funcionamiento global del paciente como el funcionamiento por áreas cognoscitivas específicas. Las áreas cognoscitivas que se evalúan son:

- capacidad cognoscitiva general;
- atención y concentración,
- memoria;
- lenguaje;
- habilidades visoespaciales y visomotoras y
- funciones ejecutivas.

Además de la evaluación cognoscitiva se debe determinar los cambios al nivel de la conducta emocional.”²⁰

Tomemos ahora en consideración ejemplos clínicos que pueden demostrar la importancia de un Servicio de Psicogeriatría

Ejemplos Clínicos

La Psicometría en Cualquier Proceso de Rehabilitación del Adulto Mayor

¿Cómo deben ser considerados los datos que se han presentado en función de un proceso de rehabilitación?

¿Tiene sentido para un Equipo de Rehabilitación de cualquier institución valorar cognitivamente al paciente añoso?

En realidad la valoración Cognitiva del Paciente añoso ES UNA NECESIDAD ya que solo de esta manera podrá valorarse:

⇒ en que medida el paciente puede ser copartícipe de su proceso de rehabilitación

⇒ de que forma debe ser encarado por el técnico tratante el manejo de su paciente

⇒ hasta que punto es necesario contar con un familiar para asegurar el proceso de rehabilitación

Implicancias Económicas

Al poder conocer los factores antes mencionados se verán directamente reducidos los costos en:

- Días de Internación
- Medicamentos
- Días que el equipo interviene en la rehabilitación
- Eficacia de la Rehabilitación

Ejemplo 1

Recientemente se ha podido constatar que alteraciones cognitivo intelectuales pueden observarse hasta 3 meses posteriores a un anestesia general en pacientes mayores de 60 años. En función de esto veremos cómo debería ser encarado un proceso operatorio programado

Metodología de Abordaje

Realizar una valoración Cognitivo Intelectual previa a la Intervención.

Realizar una valoración posterior a la operación.

En base a los datos comparativos programar un proceso de rehabilitación y no de acuerdo a parámetros generales es decir sabiendo si nos enfrentamos a un paciente que ha descendido sus capacidades cognitivo intelectuales como consecuencia de la anestesia – es decir si el cuadro es pasajero o permanente – y por otro lado ajustar la intervención de rehabilitación de acuerdo a los parámetros que presenta el paciente en esos momentos.

²⁰ “Demencias Subcorticales” Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría, y Neurociencias.

Ejemplo 2**Rehabilitación de un AVE**

De acuerdo a la Clínica todo AVE es seguido de un período depresivo conocido como “Post Stroke Depression”

Dentro de este contexto depresivo el paciente no puede ser copartícipe de su proceso de rehabilitación

Si la depresión no es tomada en cuenta el proceso se alarga en el tiempo y el nivel de rehabilitación disminuye

En estos casos la valoración cognitiva se hace necesaria para conocer:

- Pérdidas Permanentes o Transitorios a nivel Cognitivo
- En que medida la depresión incide en el momento y elaborar correctamente un plan rehabilitación.

En otras palabras poder realizar un proceso diagnóstico diferencial entre una depresión, una seudodemencia, o el “debut” de un proceso demencial a través de un AVE.

**Implementación de un Servicio de
Psicogeriatría en la D.N.S.FF.AA.**

De acuerdo a lo señalado hasta este momento sería de suma importancia la posibilidad de crear un Servicio de Psicogeriatría.

El mismo puede ser creado con una simple redistribución de personal ya existente dentro de la D.N.S.FF.AA..

Entendemos que el mismo debería estar integrado por:

- Geriatra
- Psicogeriatra
- Neurólogo
- Asistente Social

Especificación de Funciones:➤ **Geriatra**

Evaluación geriátrica gerontológica del paciente (especialmente en todas las variables asociadas a variaciones reversibles de las funciones cognitivas intelectuales)

➤ **Psicogeriatra**

Evaluación psicométrica del anciano a los efectos de determinar:

- Presencia o no de deterioro
- Lateralidad o bilateralidad del compromiso cerebral
- Depresión o no
- Bases biológicas de lo observado

➤ **Neurólogo**

Evaluación neurológica del paciente en función de los datos aportados por los profesionales anteriores a los efectos de completar el proceso diagnóstico

➤ **Asistente Social**

Encargada de mantener los nexos entre el Servicio con distintos servicios comunitarios; orientará a familiares y acompañantes de acuerdo al diagnóstico sobre otros servicios a disposición a nivel comunitario; evaluación diagnóstica de situación en función de la realidad del paciente y su entorno sociofamiliar.

Inserción Institucional del Servicio a crearse:

La inserción del mismo, su dependencia y su autonomía debería decidirse de acuerdo a las políticas sanitarias que las autoridades entiendan como pertinentes. A nuestro entender de las distintas posibilidades podrían señalarse:

- Creación de un Servicio Independiente
- Dependencia del Servicio de:
 - ✓ Medicina – Geriatría
 - ✓ Salud Mental
 - ✓ Neurología

De acuerdo a la experiencia a nivel internacional la total independencia del Servicio asegura la plasticidad del mismo permitiendo no solo su inserción institucional a lo largo del tiempo sino también diferentes grados y tipos de coordinación con distintos servicios hospitalarios.

Paralelamente al ser un campo tan específico, las jefaturas de Departamentos ya existentes suelen verse con dificultades relacionadas al medio y a la forma de inserción de este nuevo servicio con el resto de los servicios ya existentes y con otros Departamentos.

Relacionados con este último punto debería señalarse que - a modo de ejemplo - es muy común que en el caso que este servicio dependiese de Medicina, todo vínculo con Neurología va a estar "teñido" por la historia previa del vínculo entre estos dos Departamentos (dicho de otra manera, si la relación entre ambos departamentos no corre por los carriles normales - como suele ocurrir en muchas instituciones, este nuevo servicio se vería perjudicado en su accionar.

Políticas a Determinar:

Dentro de este punto se señalan algunos aspectos que deberán ser tomados en cuenta en el momento de crear este servicio:

1. Derivación al Servicio
2. Coordinación con otros servicios
3. El Servicio y Procesos de rehabilitación
4. Devolución del diagnóstico: el paciente y el médico derivante

En Suma

Se ha presentado una serie de datos nacionales y extranjeros vinculados con algunos aspectos de la factibilidad y la necesidad de un servicio de psicogeriatría dentro de una institución como la D.N.S.FF.AA..

Se ha intentado demostrar la necesidad de un servicio de este tipo, como puede justificarse económicamente en función del ahorro que implica para el sistema y se ha planteado la creación de un servicio con la sola redistribución de técnicos ya presentes en la D.N.S.FF.AA.

BIBLIOGRAFIA

- Rodríguez Moreno S, Castellano Suarez A. "Intervención Clínica y Psicosocial en el Anciano". ICEPSS, Grán Canaria, España 1995
- Revista de Neurología, T 27 Nro 157, Barcelona España
- Gamou, A, et All; "Farmacovigilancia en Geriatría" Cátedra de Geriatría y Gerontología del H. De Clínicas; Montevideo,1988, no editado
- Rascovsky K; Roselli, D;Rey O: " Demencias Subcorticales" Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría, y Neurociencias.
http://members.xoom.com/_XOOM/sciencebrain/contenido.htm Agosto 15 de 1999
- Korovsy E, Karp D. "Psicogerontología, psicósomática psicoanalítica de la vejez" Ed. Roca Viva, Montevideo 1998
- Ardila & Rosselli, 1992; Bondi, Salmon & Kaszniak, "Evaluación Neuropsicológica de las Demencias" Rev. Neuropsicología, Neuropsiquiatría, y Neurociencias.
http://members.xoom.com/_XOOM/sciencebrain/contenido.htm Agosto 15 de 1999
- Mangone CA, Allegri RF, Arizaga RL, Ollari JA. "Epidemiología de la Demencia en Países Latinoamericanos" Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.
http://members.xoom.com/_XOOM/sciencebrain/contenido.htm Agosto 15 1999
- Instituto Nacional de Estadística ; VII Censo General de Población y Vivienda. Montevideo Uruguay1998

- Registro de Usuarios de la D.N.S.F.F.A
Datos solicitados en los años 1992 , 1998,1999
- H.C.F.F.AA. Memoria Anual 1998
- Berriel F; Leopold L; Pérez R; “ Factores afectivos y Vinculares en la enfermedad de Alzheimer” Servicio de Psicología de la Vejez, Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Comisión sectorial de la investigación científica de la Universidad de la República (C.S.I.C.)
- Chesto R, “Psychoterapeutic work with people with dementia: a review of the literature” In Press, British Journal of medical Psychology July1, 1997
- F.Forette, M.I.Seux et al “Prevención de la demencia en el ensayo doble ciego y controlado con placebo Systolic Hipertension in Europe (SySt-Eur)” The Lancet (Ed Esp. Volumen 34, numero 3, 1999
- Gouchuan E,Falk , W et al:” Improved Cognition in Alzheimer Disease with Short –Term D-Cycloserine Treatment”; Am J.Psychiatry 156:3 March 1999
- Takeuchi Y, Guevara JG; “Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca. Colombia Médica 1999,vol30, N°2.

☆☆☆



PREMIOS ANUALES DE LA D.N.S.F.F.AA. AÑO 1999

Area Medicina: “PRIMER PREMIO”

MENCION ESPECIAL A LA EXCELENCIA”

<https://doi.org/10.35954/SM2001.23.1.7>

Calidad de vida en Hemodiálisis

May.(M) Juan Nin Ferrari

INTIR, CRANI, Servicio de Nefrología de H.C.F.F.AA.

RESUMEN

PALABRAS CLAVE: *Insuficiencia renal crónica*

Hemodiálisis

Calidad de Vida

SIP

Karnofsky.

La hemodiálisis (HD) como tratamiento sustitutivo de la función renal, ha prolongado considerablemente la vida de los insuficientes renales crónicos (IRC). Debemos ahora analizar la calidad de vida que les ofrecemos y si necesario mejorarla. Con este fin se realizó una traducción y adaptación del Sicknes Impact Profile (Bergner, 1977), así como desarrolló un programa informático (CALCSIP-I) para el cálculo del escore global (EG), físico (EF) y psico-social (EPS), desarrollado en CLIPPER, para MS-DOS y procesador 386 o superior.

Se valoraron 65 IRC en HD, de 3 centros de diálisis, con nuestra adaptación del SIP y con el Índice de Karnofsky (IK). La edad media fue de 55+-17 años, 39 (60%) de sexo masculino y 26 femenino, con un tiempo promedio en HD de 47+-42 meses. Del grupo 6/65 eran diabéticos (D) y los restantes no-diabéticos (noD). El ingreso medio fue de 3.9+-2 salario mínimo nacional (SMN) que se tomó igual a \$ 525 (US\$ 87).

El EG del SIP fue 19.8+-15 puntos, el EF 15.8+-9 y el EPS 22.5+-16 puntos. Del grupo 19/65 (29%) presentaron un EG entre 0-10, 24/65 (37%) entre 11-20, 10/65 (15%) entre 21-30 y los 12/65 restantes (18.5%) mayor de 31. De acuerdo al Ht, el EG se encontró: Ht=< 25% (N=17), 26+-17; Ht entre 26-31% (N=26), 19.7+-18 y Ht> 31%, 14+-8 (p = 0.003). El EG fue, según sus ingresos, en los < 3SMN (N=26) 26+-18 y en los > 3SMN (N=39) 16+-12 (p = 0.01). Los D (N=6) tuvieron un EG de 27+-18 y los noD (N=59) 19+-15 (p= 0.2). El IK fue 80+-18; 44/65 (68%) =o> de 80 (rehabilitados), de los cuales 32/65 (49%) fue =o> de 90. En los D el puntaje fue de 60+-15 y en los noD 82+-17 (p= 0.003); de los noD 44/59 (75%) tuvieron un puntaje 75, 8/59 (14%) de 70 y 7/59 (12%) <70; en los D (N=6), ninguno tuvo un puntaje >70, en 3/6 fue =70 y en 3/6 <70. Se encontró una relación lineal negativa entre los valores del EG del SIP y del IK, con un coeficiente de correlación de -0.91 y un R² de 0.84.

Creemos que nuestra adaptación del SIP es válida y tanto el SIP como su programa de cálculo son herramientas útiles para analizar la calidad de vida de los IRC en HD. El análisis preliminar de algunos de los datos recogidos apunta a que los pacientes mas afectados son los de menor Ht, menores ingresos y los diabéticos.

SUMARY

KEY WORDS: *Chronic renal failure; Hemodialysis; Quality of Life; SIP; Karnofsky.*

Hemodialysis (HD) as a substitute treatment of renal function, has considerably prolonged life for patients with chronic renal failure (CRF). Now we must analyze the quality of life we offer them and if it is necessary to improve it. To this end, the Sickness Impact Profile (Bergner, 1977) was translated and adapted, and a computer program was also developed (CALCSIP-I) in CLIPPER for MS-DOS and a 386 personal computer or superior, so as to calculate the global score (GS), physical score (PS) and psycho-social score (PSS).

We assessed 65 patients with CRF and HD, from 3 dialysis centers with our adaptation of the SIP and the Karnosky Index (KI). Median age was 55 ± 17 years, 39 (60%) were males and 26 females and a period of HD of 47 ± 42 months. From the group, 6/65 were diabetic (D) and the remaining patients were non-diabetic (non D). Median income was 3.9 ± 2 minimum national salary (MNS) that was considered as equivalent to Uruguayan \$ 525 (US\$ 87). The GS of SIP was 19.8 ± 15 points, the PS was 15.8 ± 9 and PSS was 22.5 ± 16 points. From the group 19/65 (29%) presented a GS between 0-10, 24/65 (37%) between 11-20, 10/65 (15%) between 21-30 and the remaining 12/65 over 31. According to Ht, GS was: Ht $\leq 25\%$ (N = 17), 26 ± 17 ; Ht between 26-31% (N = 26), 19.7 ± 18 and Ht $> 31\%$, 14 ± 8 ($p = 0.003$). The GS was, according to incomes, < 3 MNS (N = 26) 26 ± 18 and > 3 MNS (N = 39) 16 ± 12 ($p = 0.01$). D patients (N = 6) had a GS of 27 ± 18 and non-D patients (N 59) 19 ± 15 ($p = 0.2$). The KI was 80 ± 18 ; 44/65 (68%) ≥ 80 (rehabilitated), from whom 32/65 (49%) were ≥ 90 . In D patients it was 60 ± 15 and in non-D patients, 82 ± 17 ($p = 0.003$); from non-D patients 44/59 (75%) had a score of 75, 8/59 (14%) 70 and 7/59 (12%) < 70 ; in D patients (N = 6), none had a score > 70 , in 3/6 = 70 and 3/6 < 70 . It was found a negative lineal relation between GS values for SIP and KI, with a correlation coefficient of -0.91 and an R^2 of 0.84. We believe that our adaptation of the SIP is valid and that SIP as well as its calculation program are very useful tools to analyze quality of life for IRC patients in HD. A preliminary analysis of data obtained indicates that the most affected patients are diabetic, those who have lower Ht and lower incomes.

INTRODUCCION

Hasta la década del 60, la insuficiencia renal crónica terminal conducía inexorablemente, a la muerte del paciente. Con el desarrollo y el uso clínico de técnicas de sustitución de la función renal - hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y trasplante renal - se logró conservar la vida de estos pacientes. Estas técnicas se han desarrollado considerablemente, siendo hoy los resultados y la supervivencia de los pacientes mucho mejor que a sus inicios.

Sin embargo, con frecuencia cada vez mayor, médicos y administradores de salud ponen en duda la justificación del tratamiento y sobre todo la calidad de vida que se les brinda a los insuficientes renales, en parte por el alto costo que genera en los sistemas de salud. Por esta y otras razones, se ha analizado, con distintos enfoques, cual es la calidad de vida (CV) que se le brinda a estos pacientes, y las diferencias que pudieran resultar de las distintas formas de tratamiento. Como consecuencia, el número de publicaciones médicas relacionadas con CV en insuficientes renales, ha tenido un aumento "explosivo", pasando de 0.76 a 2.76% del total de las publicaciones de la especialidad, entre 1985 y 1994 (1).

Esta preocupación creciente por la CV se observa también en otras especialidades, siendo que el número de publicaciones médicas relacionadas con la CV pasó de 5 (Base Datos Medline, 1973) a 1252, veinte años después (2).

Los métodos utilizados para valorar CV dependen de la apreciación objetiva por un observador del equipo tratante o de una apreciación subjetiva por el paciente del impacto que le produce la enfermedad sobre su vida cotidiana. Esta última forma, en la cual el propio paciente es la fuente de información, se considera hoy como la verdaderamente válida. Los resultados deben ser reproducibles, sirviendo para hacer comparaciones en distintos tiempos, momentos y lugares.

El Sicknes Impact Profile (SIP) (3) es un método de valoración que se ha utilizado en pacientes con insuficientes renales crónicos (IRC) en tratamiento conservador (4) así como en hemodiálisis (IRCHD), DPCA y transplantados (2,5,6,7,8,9). Parece ser un instrumento adecuado para medir objetivamente la CV en los IRC y para compararla entre distintos grupos y distintos momentos del tratamiento. Realizamos una traducción al español del cuestionario del SIP, adaptado a las expresiones de nuestro medio. Elaboramos también un programa informática para calcular sus escores en forma automatizada.

Con este método y la escala de actividad de Karnofsky (10), analizamos un grupo de insuficientes renales crónicos en hemodiálisis (IRCHD) con nuestra adaptación del SIP, para valorar la calidad de vida de los pacientes, tratando de identificar algunas de las variables que la afecten.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 65 pacientes portadores de insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico, en 3 centros distintos: A (zona urbana, Montevideo, 27 IRCHD), B (zona urbana, capital departamental, 26 IRCHD) y C (zona residencial suburbana, 10 IRCHD). El número de pacientes en tratamiento era de 33, 33 y 19 en cada centro respectivamente, por lo que se analizó el 76.5 % de la población. Integraron el análisis todos los pacientes, que al momento del corte, tuvieran completos los estudios requeridos (SIP, Karnofsky, valoración humoral, valoración situación económica y nivel educacional).

La edad promedio del grupo fue de 54.6±17 años, 39 (60%) de sexo masculino y 26 femenino. El tiempo promedio en diálisis fue de 47±42 meses (rango 1-152) y el ingreso económico mensual de 3.9±2.3 salario mínimo nacional (rango 0.5 - 10). Para el cálculo, se tomó el salario mínimo nacional (SMN) que en el momento del estudio era \$ 525 (U\$S 87). Los pacientes se dividieron en dos grupos según sus ingresos en SMN, tomándose como división más y menos de 3 SMN, por ser el salario medio de un empleado estatal no calificado. Se valoró el nivel educacional con una escala con valores predeterminados: 0 analfabeto, 1 o 2 escuela primaria incompleta o completa, 3 o 4 liceo incompleto o completo y 4 o 5 nivel terciario incompleto o completo. El nivel educacional (NEDUC) del grupo fue 1.5±1 (rango 0 a 5).

El Sickness Impact Profile (SIP) es un instrumento desarrollado en 1972 por Bergner (3) y completada su forma final y validación entre 1976 y 1981. Trata de medir, a través de un cuestionario estandarizado, la percepción que el paciente tiene de la disfunción que le produce la enfermedad. Pretende ser

suficientemente sensitivo como para detectar cambios o diferencias en el estado de salud a través del tiempo o en distintos grupos. Consta de 136 preguntas, divididas en 12 categorías que analizan distintas áreas: sueño y descanso, alimentación, trabajo, manejo del hogar, recreación y pasatiempos, deambulacion, movilidad, cuidados del cuerpo y movimientos, interacción social, alerta, comportamiento emocional y comunicación. Deben ser contestadas si/no y con las respuestas positivas se calcula una escala de 1 a 100, siendo peor cuanto mayor sea el resultado.

Se considera un score global (SIPg), que se calcula teniendo en cuenta todas las respuestas, uno físico (SIPf) y otro psico-social (SIPps) utilizando algunas respuestas de distintas categorías. Se han realizado varias traducciones del SIP al idioma español (7,16), enfatizándose la importancia que la traducción se adapte a las expresiones y giros particulares de los regionalismos idiomáticos.

Realizamos una traducción al español del Sickness Impact Profile, conservando el sentido original de las preguntas. Se trató que estas tuvieran una estructura adecuada al idioma español y se entendiera su sentido, así como de utilizar palabras o expresiones fácilmente comprensibles en nuestro medio. El cuestionario fue presentado a los pacientes por técnicos del equipo y contestadas las dudas que surgieran. Los pacientes fueron previamente informados sobre el cuestionario, de acuerdo a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial), consintiendo en participar.

Se desarrolló un programa informático (CALCSIP-I) para calcular los scores global, físico y psico-social del SIP. Esta realizado en CLIPPER para MS-DOS, utilizable en microprocesadores 386 o superior. A partir del cuestionario se creó una base de datos con varias tablas: dimensiones, categorías y preguntas; los datos de ellas alimentan otras 2 tablas: pacientes y respuestas. El proceso de ingreso de datos del cuestionario actualiza las tablas pacientes y respuestas y consulta las otras tres para calcular los resultados que son dados a nivel general, de dimensión y de categoría. El sistema esta

estructurado de manera tal, que si surgieran modificaciones en el formulario, bastaría reflejarlos en las tablas, sin necesidad de otra modificación.

La escala de actividad de Karnofsky (10), describe mediante un índice de 0 a 100 la actividad y rehabilitación del paciente siendo 100 cuando el paciente no tiene afectada su actividad o rehabilitación. Su validez ha sido verificada en pacientes renales (11,17). Con ella se evaluaron los pacientes, utilizándose la tabla original para determinar un índice rehabilitación (IK) de 0 a 100..

Los datos se presentan como media y desviación standard (D.S.) y cuando corresponde se analizan estadísticamente con el test de Student para datos no apareados. Se tomó como significativa una p menor de 0.05.

RESULTADOS

1. SIP

El escore global (SIPg) del grupo fue de 19.8+-15 puntos (rango 1.2-66 puntos); el escore físico (SIPf) 15.8+-9.5 puntos (rango 0-71 puntos) y el escore psico-social (SIPps) 22.5+-16 puntos (rango 0-82 puntos). Del grupo 19/65 (29%) presentaron un SIPg entre 0-10, 24/65 (37%) entre 11-20, 10/65 (15%) entre 21 y 30 y en 12/65 (18.5%) pacientes mayor de 31.

Según su hematocrito (Ht), los pacientes se dividieron en 3 grupos, encontrándose los siguientes valores medios del SIPg:

- Ht igual o menor de 25%, 26+-17 (n=17);
- Ht entre 26-31%, 19.7+-18.5 (n=26)
- Ht mayor de 31%, 14+-8 (n=22).

Entre los grupos a y c se obtuvo $p = 0.003$

Dividimos los pacientes en: Diabéticos (D), N = 6 y No-Diabéticos (No-D), N = 59, la edad fue 60+-10 años en los D y 54+-17 años en los No-D (p NS). El SIPg en los D:27.5+-18 y en los NoD:19+-15 ($p = 0.2$).

También dividimos los pacientes en dos grupos, según sus ingresos medidos en SMN y analizamos el SIPg en cada grupo:

- ingreso menor de 3 SMN, 25.6+-18 (n=26)
- ingreso igual o mayor de 3 SMN, 15.8+-12.5 (n=39);

Entre ambos grupos, se encontró un valor de p igual a 0.01.

Se pudo evaluar el nivel educacional (NEDUC) en 55 pacientes (10 no aportaron información) y de acuerdo a ello se agruparon en 2 grupos, con NEDUC menor de 3 e igual o mayor de 3, con los resultados siguientes:

- NEDUC menor de 3 (N=45) SIPg 19+-13, SIPf 14+-13 y SIPps 22+-18;
- NEDUC igual o mayor de 3 (N=10): SIPg 13+-4, SIPf 7+-4 y SIPps 13+-8.

En el grupo de mayor nivel educacional, el ingreso económico fue de 5.2+-2.4 SMN.

No se encontraron diferencias, según sexo y/o edad de los pacientes, en los distintos escores del SIP. Analizados de acuerdo al tiempo en tratamiento hemodialítico, encontramos que 17/65 pacientes (26%) tenían igual o menos de 1 año de tratamiento y sus resultados eran: SIPg 19.8, SIPf 13.7 y SIPps 23.6; entre 1 y 9 años de tratamiento encontramos 40/65 pacientes (61.5%) con SIPg 20.3 y tenían más de 9 años de tratamiento 8/65 pacientes (12.3%) con los siguientes resultados: SIPg 14.5, SIPf 10.6 y SIPps 18.35.

2. KARNOFSKY

El IK medio del grupo fue de 80.3+-18. Del grupo 44/65 pacientes (68%) presentaban valores de rehabilitación (80 o más puntos) y de ellos 32/65 (49%) un puntaje mayor de 90.

Comparando los pacientes D con No-D el IK fue, en los D de 60+-15 y en los No-D de 82+-17 ($p = 0.003$).

Del grupo de No-D ($n=59$) 44/59 (75%) presentaron un puntaje >75, 8/59 (14%) de 70 y 7/59 (12%) <70.

Los D ($n=6$), ninguno tuvo un puntaje >70, 3/6 fue igual a 70 y los 3 restantes <70.

Se dividió la población, según su Ht en 3 grupos, y se observaron los resultados siguientes:

a) Ht menor 25% 74.1+-16

b) Ht entre 25 y 30%, 82.3+-20

c) Ht mayor de 31% 86.6+-11 (entre a y c, $p = 0.07$).

Según el nivel de ingreso, en aquellos que fue menor de 3 SMN se encontró 73.5+- y en aquellos igual o mayor de 3, 85.6+-.

De acuerdo al nivel educacional, en los que era menor de 3 se encontró 79+-10 y en los cuales era igual o mayor de 3, 93+-9 ($p < 0.05$).

3. RELACION ENTRE SIP Y KARNOFSKY

Se encontró una relación lineal negativa entre las medias de los valores del SIPf y del IK, con un coeficiente de regresión de -0.91 y un R^2 de 0.84.

DISCUSION

Desde hace ya varios años, las distintas técnicas de sustitución de la función renal, han permitido una excelente sobrevida a los pacientes portadores de insuficiencia renal crónica (IRC). Conseguir estos resultados fue fruto de un largo camino de evaluación y ajustes, así como avances tecnológicos. Los costos de este tratamiento han aumentado a nivel mundial en forma considerable y algún autor (11) se pregunta cual es el real beneficio para el paciente, que justifique este gasto, aunque parece obvio que el primer resultado importante es que el paciente este vivo y se nos plantee el problema de su CV.

Como apunta Carlson (12), el objetivo del tratamiento del IRC es su rehabilitación y no meramente su sobrevida. En este sentido, luego de asegurarles la vida, debemos analizar cual es la que les estamos ofreciendo y de ser necesario, tomar las medidas para mejorarla, así como rehabilitar integralmente al paciente. Esta no debe ser exclusivamente en el plano laboral, estrechamente ligado a la rehabilitación física, sino que se debe apuntar a una rehabilitación integral que haga posible reintegrar al IRC a su medio y sus actividades habituales.

Estos conceptos y sus problemas han llevado a intentar valorar, en la forma más precisa posible, la CV de estos pacientes. La primera dificultad es definir CV, la que seguramente no es igual para distintos grupos humanos y tampoco en distintas épocas. Alexander (13) plantea que las bases fundamentales de la calidad de vida, implica interacciones recíprocas y continuas entre el paciente y su entorno, en áreas tan cruciales como: las interrelaciones, el bienestar físico, las actividades sociales, el desarrollo personal, la recreación y las circunstancias económicas. Recientemente, en nuestro medio Schwartzmann (14) la ha definido en forma muy completa y valorando sus distintos componentes, como la percepción del paciente de su grado de bienestar físico, emocional y social, determinado por la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, personalidad del paciente, mecanismo de enfrentamiento, impacto de sucesos vitales estresantes, soporte social y momento vital

Pero todos estos criterios, fáciles de comprender y aceptar, nos enfrentan a una segunda y gran dificultad: como medir la calidad de vida, con una metodología objetiva, reproducible y que tenga en cuenta tantos aspectos diferentes. Como señala Gokal (15) esto es la verdadera dificultad sobretodo teniendo en cuenta el concepto multi-dimensional de CV, mas allá de las escalas o índices que se pretendan utilizar para medirla.

De los distintos métodos utilizados, algunos han sido indicadores objetivos, vistos por un observador, valorando capacidad funcional, habilidad para el trabajo, para el cuidado personal y otros. Otros han sido indicadores subjetivos, percibidos por el

paciente, valorando la satisfacción en la vida, el bienestar, los afectos u otros aspectos, utilizando generalmente un cuestionario.

Es importante comentar la relación entre los resultados de los dos métodos con que se analizó la población: SIP y Karnofsky. Su relación lineal significativa, al obtener resultados que apuntan en el mismo sentido con dos técnicas distintas, nos sugiere que calidad de vida y rehabilitación, están íntimamente ligadas.

La percepción del paciente de su CV, coincide generalmente con la del equipo tratante y esto lo han comprobado otros utilizando un SIP "subrogante" (18). Sin embargo, con frecuencia la percepción del paciente de su CV, puede ser mejor que la que aprecia su entorno. Es así que McNeil y Pauker (19) encuentran que una población de IRCHD estima su estado de salud en un 52/100 y en cambio su entorno lo evalúa francamente peor, en un 32/100.

En cuanto a la CV valorada con el SIP, en el grupo de pacientes analizados por nosotros, encontramos distintos grados de percepción del deterioro funcional.

Comparando los valores medios del grupo, la CV esta más afectada que los hallados por Hart y Evans(5) y Moreno(7) y más cercana a los valores hallados por Moreno (9) en un trabajo mas reciente y por Harris(4) en IRC en tratamiento conservador. Es importante señalar que en nuestro grupo, el score más afectado es el SIPps, mientras que los autores mencionados, no encuentran gran diferencia entre los scores SIPf y SIPps. Creemos que esto podría reflejar un buen manejo dialítico y nutricional de nuestros pacientes, pero que en la esfera psico-social no cuentan con los recursos de otros países mas desarrollados.

La valoración de la CV, con el SIPg, nos muestra que casi un 30% del grupo la percibe como poco afectada. El 37% del grupo (SIPg entre 11-20), la CV es percibida como afectada en forma regular o más, pero solo el 33% restante la percibe como severamente afectada.

Los puntajes SIPg más bajos, que reflejan una mejor percepción de la CV, son más frecuentes en los pacientes con Ht superiores a 25%, lo que confirma la importancia de la corrección de la anemia en la mejoría de la CV, lo que ya ha sido señalado reiteradamente (6,7,8,9).

Se comprueba que los pacientes con mayor nivel educacional tiene una mejor percepción de la CV - medida por los scores del SIP - y también una mejor rehabilitación - medida por el IK - aunque debemos señalar que los pacientes con mayor NEDUC (igual o mayor de 3) tiene un nivel de ingresos casi 3 veces superior a la media de la población estudiada. La repercusión del menor nivel de ingreso en la CV de estos pacientes, se podría deber al efecto de los menores ingresos sobre una serie de recursos (nutricionales, recreativos, etc.) que directa o indirectamente afectan la calidad de vida. Harris (4) ha encontrado resultados similares: su grupo con CV más comprometida fueron mujeres, de menores recursos y peor nivel educacional. Nosotros, sin embargo, no encontramos diferencias en la CV ni la rehabilitación según el sexo, así como tampoco según la edad de los pacientes.

Los pacientes diabéticos, presentan mayor afectación de la CV medida por el SIP, que los No-D, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, que podría ser por su pequeño número (N=6). Esta peor CV es esperable por la severa afectación multi-parenquimatosa que produce la diabetes en su evolución.

La valoración de la rehabilitación, con el IK, nos muestra que el 75% de nuestra población están rehabilitados (EK = 0 mayor de 80) y solamente un 12% es incapaz de valerse por sí mismo, lo que es un excelente resultado en este aspecto. Estos resultados de rehabilitación, son mucho mejores a los encontrados recientemente por Ifudu (6), en 430 pacientes, donde el 36% era incapaz de realizar las actividades de su vida diaria sin asistencia (IK menor de 70). La diferencia entre sus resultados y los nuestros podría explicarse a que en su población, los diabéticos constituían el 36.5% y en la nuestra solo el 10%.

Si comparamos diabéticos con no-diabéticos, además de ser claramente inferior el IK de los diabéticos ($p < 0.003$), ningún diabético está rehabilitado (IK igual o mayor de 80) estándolo en cambio el 75% de los no diabéticos. Gutman (17) analizando, con el IK, la población de 18 centros de diálisis americanos, encuentra que el 60% de los no diabéticos estaba rehabilitado y solamente el 23% de los diabéticos, lo que coincide con nuestros resultados. Similares son los resultados de Ifudu (6) que encuentra que el 55% de los diabéticos no puede valerse solo para sus actos cotidianos y solamente el 25% de los no diabéticos están en dicha situación ($p < 0.0001$).

En conclusión creemos que nuestra traducción y adaptación del SIP y su programa de cálculo son una herramienta útil para analizar la calidad de vida del paciente en diálisis. Del análisis de los datos recogidos, podemos concluir que la CV está afectada en este grupo de pacientes, aunque, solo en un grupo reducido de ellos, afectada seriamente.

Si bien los datos recogidos para este análisis no nos permiten valorar la eficiencia del tratamiento hemodialítico, nos permiten tener una visión de su utilidad, es decir valorar los resultados de acuerdo a la sobrevida ofrecida y su calidad de vida. Y en este sentido, el tratamiento hemodialítico ofreció a este grupo de IRCHD una sobrevida media de 4 años (media del tiempo en diálisis del grupo), y el 12% ha sobrepasado los 9 años de sobrevida. Este último subgrupo, tiene incluso mejores índices de CV (SIPg 14.5) que los pacientes con menos tiempo de tratamiento (SIPg 19.8 y 20.3). Tanto en los pacientes con más años de tratamiento como en los con un año o menos, el score psicosocial está más afectado que el físico, lo que podría apuntar también a que los pacientes de nuestro medio, cuentan con pocos recursos en dichas áreas.

De las variables que encontramos afectan a la calidad de vida así como la rehabilitación (menor hematocrito, menores ingresos, peor nivel educacional y diabetes como enfermedad sistémica primaria) los nefrólogos podemos actuar directamente sobre el hematocrito, corrigiendo la anemia renal con eritropoyetina asociada con hierro intravenoso.

También podemos actuar en menor grado sobre la afectación multiparenquimatosa de la diabetes, evitando o retardando complicaciones muy penosas, como la ceguera o las amputaciones. Mas difícil es poder actuar en áreas fuera de nuestra competencia, como la situación económico-educacional, que forman parte del entorno del paciente y sobre los cuales deberían actuar otros sectores de la sociedad (gubernamentales, políticos, sociales, etc.) pero es nuestra responsabilidad, detectar y señalar los problemas, sensibilizando a quien corresponda solucionarlos. El hecho que el menor nivel de ingreso y educacional influyan negativamente en la CV de este grupo de IRCHD, nos apunta a que, como señalan Apolone y Moscón (1), lo importante no es solo la percepción del efecto de la enfermedad y su tratamiento en la actividad diaria (CV relacionada con la salud), sino una concepción global en donde se conjugan aspectos de salud y no-salud (vida familiar, empleo, recreación, remuneración, etc.), más allá de la acción concreta de los cuidados de la salud y todos juegan un papel importante en el bienestar final del IRCHD, al cual debemos apuntar.

BIBLIOGRAFIA

- (1) APOLONE G, MOSCONI P. Review of the concept of Quality of Life assessment and discussion of the present trend in clinical reserch. *Nephrology, Dialysis and Tranplantation* 13(Suppl.1):65,1998.
- (2) TESTA MA, SIMONSON DC. Assesment of quality-of-life outcomes. *N Eng J Med* 334:835, 1996.
- (3) BERGNER M, BOBBIT RA, CARTER WU et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 19:787,1981.
- (4) HARRIS LE, LUFT FC, RUDY DW et al. Clinical correlates of functional status in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kid Dis* 21:161,1993.

- (5) HART LG, EVANS RW. The functional status of ESRD patients as measured by the Sickness Impact Profile. *J Chron Dis* 40(sup 1):117S,1987.
- (6) IFUDU O, PAUL H, MAYERS JD et al. Pervasive failed rehabilitation in centerbased maintenance hemodialysis patients. *AmJ Kid Dis* 23:394,1994.
- (7) MORENO F, LOPEZ JM, SANZ-GUAJARDO D et al. Evaluation of the quality of life in dialysis patients. Results of the Spanish National Study of Quality of Life in Dialysis. Abstracts, XIII International Congress of Nephrology, Madrid (Spain), 1995, pag. 561.
- (8) MORENO F, SANZ-GUAJARDO D, LOPEZ JM et al. The relation of haemoglobin on quality of life in patients with ESRD on dialysis. Spanish National Study on Quality of Life on Dialysis. Abstracts, XIII International Congress of Nephrology, Madrid (Spain), 1995, pag. 509.
- (9) MORENO F, ARACIL FJ, PEREZ R, VALDERRABANO F. Controlled study on the improvement of quality of life in elderly hemodialysis patients after correcting end-stage renal disease-related anemia with erythropoietin. *Am J Kid Dis* 27:548,1996.
- (10) KARNOFSKY DA, BURCHENAL JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Editor CM Macleod, New York, Columbia Univ. Press, año 1949, pagina 191.
- (11) EVANS RW, MANNINEN DL, GARRISON LP et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Eng J Med* 312:553,1985.
- (12) CARLSON DM, JOHNSON WJ, KJELLSTRAND CM. Functional status of patients with end-stage renal failure. *Mayo Clin Proc* 62:338,1987.
- (13) ALEXANDER JL, WILLEMS EP. Quality of life: some measurements requirements. *Arch Phys Med Rehabil* 62:261,1981.
- (14) SCHWARTZMANN L, DERGAZARIAN S, GUERRA A et al. Analisis conceptual de instrumentos para medir calidad de vida en HDC. Resumen. Publicacion del III Congreso Uruguayo de Nefrologia, Montevideo, 1995.
- (15) GOKAL R. Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kid Int* 43:523,1993.
- (16) HENDRICSON WD, RUSSELL IJ, PRIHODA TJ et al. An approach to developing a valid spanish language translation of a health status questionnaire. *Med Care* 27:959,1989.
- (17) GUTMAN RA, STEAD WW, ROBINSON RR. Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *NEngJMed* 304:309 1981.
- (18) McCUSTER J, STODDARD AM. Use of a surrogate for the Sickness Impact Profile. *Medical Care* 22:789,1984.
- (19) McNEIL BJ, PAUKER SG. Incorporation of patient values in medical decision making. En: *Critical Issues in Medical Technology*, Editores McNeil BJ y Cravalho EG, Boston, Auburn House, 1982.

☆ ☆ ☆

ACTUALIZACIONES

<https://doi.org/10.35954/SM2001.23.1.8>

NORMATIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

DEPARTAMENTO SANITARIO DEL ESTADO MAYOR DEL EJERCITO

Autores

Sgto. (H.D.) Cristina Oviedo
S.M.A.

Sdo. 1ª (A.O.) Br. Federico Rosadilla
C.A.P. Nº 6

Sdo. 1ª (A.O.) Br. Gabriela Fros
Bn. I. Nº 14

Supervisores

May.(O) Elizabeth Ihlenfeld
Asesor Odontológico del Dpto. Sanitario

May.(O) Silvio Scardovi
UU.DD. C.G.E.

Eq.May.(O) Angélica Infanzón
D.E.IV

EPILOGO

El objetivo de esta publicación es realizar un resumen actualizado de los “Conceptos y Normas de Bioseguridad” vigentes para la atención del paciente odontológico.

Se pretende transcribir la conferencia de “Bioseguridad” dictada en las 1ras. Jornadas de actualización Odontológicas del Dpto. Sanitario del Ejercito/2000, llegando de ésta manera a todos los Odontólogos, Higienistas y muy especialmente a los Asistentes dentales los cuales son el pilar fundamental en todas las acciones de Bioseguridad llevadas a cabo en los consultorios odontológicos del Ejercito Nacional.

El contenido científico de la publicación no es mas que una recopilación de datos y conceptos de las diferentes publicaciones que se tomaron como referencia, buscando en todo momento hacerlo entendible y practico para que el lector pueda adoptarlo y/o publicarlo a su labor diaria.

I. INTRODUCCION

Estas Normas están destinadas a prevenir y reducir riesgos de transmisión de infecciones, dentro de un equipo de salud; profesionales, personal para-técnico y pacientes.

Los objetivos de esta presentación son:

➤ Actualizar las normas ya existentes al momento actual (1999 - 2000)

➤ Medidas adecuadas a tomar por el personal de salud que está expuesto a sangre ó fluidos biológicos

Es necesario recordar que ante el desarrollo científico-técnico, éstas normas no son rígidas, están en continuo cambio, por lo tanto se deben prever revisiones periódicas de las mismas, para asegurar su actualización.

II. DEFINICION DE BIOSEGURIDAD Y

CONCEPTOS OPERACIONALES

DEFINICION DE BIOSEGURIDAD

Es la doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de salud y de los pacientes, de adquirir infecciones en el medio asistencial.

Los principios de esta doctrina son:

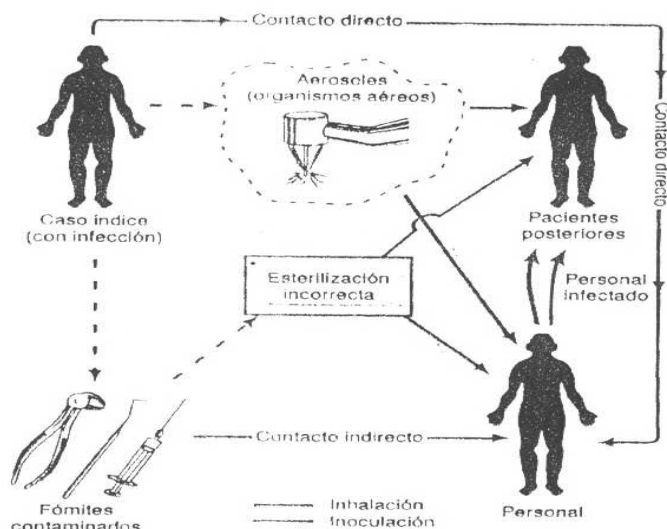
❖ UNIVERSALIDAD

Deben ser aplicadas a todos los pacientes, independientemente de presentar o no patologías. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares para lograr tal fin.

❖ USO DE BARRERAS

Comprende el concepto de evitar la exposición directa de sangre u otros fluidos contaminantes; se logra mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras no evita que se produzcan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero sí disminuye la posibilidad de transmitir la infección durante este accidente.

III. VIA Y MODO DE TRANSMISION DE LA INFECCION EN EL CONSULTORIO



VIA Y MODO DE TRANSMISION DE LA INFECCION EN LA CONSULTA DENTAL

1. TRANSMISION DE LA INFECCIÓN DE UNA FUENTE A OTRA

Para que se produzca la transmisión de una fuente a otra se requiere:

➤ Reservorio

En odontología este puede ser:

- Pacientes afectados por enfermedades infecciosas manifiestas.

- Pacientes en etapa prodrómica de la enfermedad.

- Pacientes portadores.

➤ Vehículo

- Saliva, Sangre, otros fluidos contaminantes.

➤ Vía de Transmisión

- Inhalación, inoculación

- Huésped
- Personal de la salud y pacientes.

2. INFECCION CRUZADA

Definición:

Es la transmisión de agentes infecciosos entre los pacientes y el personal de la salud en el entorno clínico.

Dicha transmisión es el resultado del contacto persona a persona o mediante objetos contaminados "fómites"

3. AGENTES INFECCIOSOS TRANSMITIDOS EN LA CONSULTA

Tabla Nº1
Algunos agentes infecciosos con posibilidad de ser transmitidos en la consulta

MICROORGANISMOS	PRINCIPAL VIA DE TRANSMISION
VIRUS	
CITOMEGALOVIRUS	INHALACION
HEPATITIS B	INOCULACIÓN
HEPATITIS D (DELTA)	INOCULACIÓN
HEPATITIS C	INOCULACIÓN
HERPES SIMPLE 1 Y 2	INOCULACIÓN
V.I.H. (SIDA)	INOCULACIÓN
SARAMPIÓN	INHALACIÓN
PAPERAS	INHALACIÓN
VIRUS RESPIRATORIOS	
INFLUENZA	INHALACIÓN
RINOVIRUS	INHALACIÓN
ADENOVIRUS	INHALACIÓN
RUBEOLA	INHALACIÓN
BACTERIAS	
SÍFILIS	INOCULACIÓN
GONORREA	INOCULACIÓN
B.K. (TUBERCULOSIS)	INOCULACIÓN/INHALACION

4. RIESGO OCUPACIONAL DEL PERSONAL DE LA SALUD EN ODONTOLOGÍA

- Cuando se compara el riesgo ocupacional del personal de la salud, está claro que los higienistas constituyen un grupo de mayor riesgo, a través de la inoculación o inhalación de partículas infecciosas, debido a su alto nivel de contacto con el paciente; especialmente en la región gingival en que el contacto con sangre, saliva y el líquido crevicular es abundante.
- Asistentes y/o Ayudantes de odontólogo, tienen menos riesgo, aunque pueden sufrir heridas penetrantes por la manipulación incorrecta de instrumentos cortantes e inhalar agentes infecciosos si no usan tapaboca.

IV. ACCIDENTE POR EXPOSICION A SANGRE (A.E.S.)

Definición: Se denomina a todo contacto con sangre y que lleva una solución de continuidad (punción, herida), un contacto con mucosas ó con piel lesionada (eczema).

1. CONCEPTOS

Partiendo del concepto que se debe tratar a todo paciente como VIH +, la existencia de un A.E.S. permite definir:

- **Accidentado** (por ejemplo: cualquier integrante del Equipo de Salud)
- **Material causante** (aguja, bisturí, u otro elemento contaminado)
- **Procedimiento determinante del mismo** (corte o punción accidental u otro)
- **La fuente de infección** (por ejemplo: paciente, siempre y cuando se haya usado primero en él, el material causante del accidente)

Cabe señalar y tener presente la responsabilidad del personal de salud ante esta situación y que la misma se puede dar en forma inversa, es decir que el personal sea la fuente y el paciente el infectado.

2. AGENTES INFECCIOSOS TRANSMITIDOS POR UN A.E.S.

Numerosos agentes infecciosos presentes en la sangre pueden ser transmitidos en el curso de un accidente. El riesgo de transmisión depende de numerosos factores, fundamentalmente de:

- Prevalencia de infección en una población determinada.
- Concentración del agente infeccioso.
- Virulencia del mismo
- Tipo de accidente

En la práctica, los agentes más frecuentes y comprometidos en los A.E.S. son:

- **Virus de Inmunodeficiencia Humana** (V.I.H. - SIDA), el riesgo de infectarse por este virus en un accidente laboral a través de una aguja que tiene sangre contaminada es estimado en: 0,3 – 0,4 %.; en contacto mucoso descende a 0,05 %.
- **Virus de la Hepatitis B** (HBV), el riesgo de infectarse por este virus en un accidente a través de una aguja, que tiene sangre contaminada es de un 15 %., pudiendo llegar a 40 %.
- **Virus de la Hepatitis C** (VHC)
Se estima que llega a 10 %.

3. TIPO DE EXPOSICIÓN

- **Dudosa:** Cualquier lesión causada con instrumental contaminado con fluidos no infectantes o por exposición de piel intacta a fluidos o sangre infectantes.

- **Probable:** Herida superficial sin sangrado espontáneo con instrumentos contaminados con sangre o fluidos infectantes o bien mucosas expuestas a sangre o fluidos infectantes..

- **Definida:** Cualquier herida que sangre espontáneamente contaminada con sangre o cualquier herida penetrante con aguja u otro instrumento.

- **Masiva:** Transfusión con sangre contaminada.

4. CONDUCTA A SEGUIR FRENTE A UN A.E.S.

Primeros cuidados de urgencia: Se deben realizar en todos los casos

A. Punciones y Heridas de Piel:

- Lavar inmediatamente la zona cutánea lesionada con abundante agua y jabón.
- Permitir el sangrado de la herida o punción accidental.
- Realizar antisepsia de la herida con alcohol al 70 % (3 minutos).
- Dependiendo del tamaño de la herida cubrir con gasa estéril.

B. Contacto con mucosas (ojos, nariz y boca):

- Lavar abundantemente con agua o suero fisiológico.
- No utilizar desinfectantes sobre las mucosas.

Luego se debe trasladar al accidentado y la persona fuente de infección, a Epidemiología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas ó al Instituto de Higiene del Ministerio de Salud Pública, antes de haber transcurrido 2 horas del accidente; dónde se le realizarán los exámenes pertinentes, se le indicará la medicación en dosis adecuada y los posteriores controles.

V. MEDIDAS PREVENTIVAS DE BIOSEGURIDAD EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

1. LAVADO DE MANOS

A. Oportunidad :

- 1) Antes de colocarse los guantes:
 - a) Entre paciente y paciente.
 - b) Luego de manipular instrumental o equipo usados que hayan tenido contacto con superficies del ambiente y/o pacientes.

- 2) Al retirarse los guantes.

B. Sustancias Químicas aconsejables para su realización:

- 1) Jabón común neutro de preferencia líquido.
- 2) Jabón con detergente antimicrobiano o agentes antisépticos para situaciones específicas (previo procedimientos invasivos de alto riesgo).

C. Técnica:

- 1) Subirse las mangas hasta el codo
- 2) Retirar alhajas y reloj
- 3) Mojarse las manos con agua corriente
- 4) Aplicar jabón líquido
- 5) Friccionar y cepillar las superficies de las manos, dedos y uñas de 15 a 20 segundos
- 6) Enjuagar por arrastre
- 7) Secar con toalla de papel descartable.
- 8) Cerrar la canilla con la toalla antes de descartarla si no se dispone de grifos adecuados

➤ Se aconseja:

- No usar toallas de tela.
- No permanecer con alhajas porque tienden a atrapar microorganismos en los engarces y además pueden desgarrar los guantes.

- Una vez colocados los guantes sólo se remitirá a tareas asistenciales sobre el paciente.

2. VESTIMENTA ADECUADA

- Su importancia como barrera, su descontaminación y esterilización

A. Túnica

Su utilización es una exigencia multifactorial en la atención de pacientes. Debe ser obligatoriamente de color blanco. Se recomienda poseer dos túnicas, una para el área asistencial y otra para funciones fuera de la misma. En procedimientos invasivos se recomienda usar sobretúnica estéril. La A.D.A. aconseja el cambio de la túnica diariamente para el procedimiento de desinfección y su posterior lavado, el cual se hará separado de otras prendas. Estas se colocarán en bolsas de nylon para su traslado; la desinfección se realizará con hipoclorito de sodio al 5 % durante 30 minutos.

B. Lentas

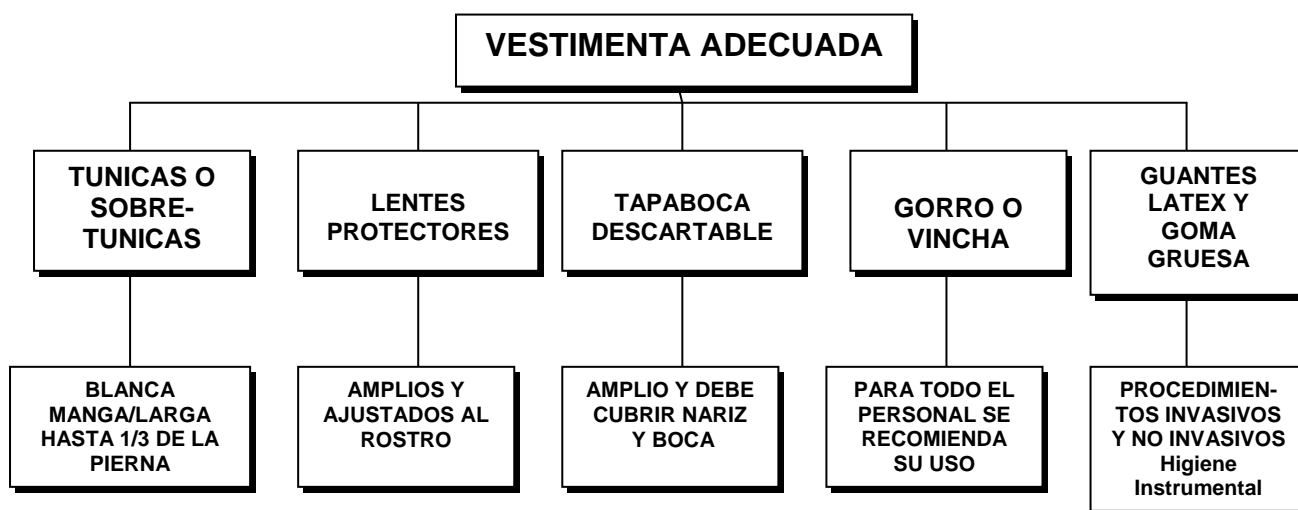
Su uso tiene como objetivo la protección membranas mucosas de los ojos, durante procedimientos que generen aerosoles, salpicaduras, etc.

Su descontaminación puede realizarse con alcohol al 70 % por medio de acción mecánica, friccionando.

C. Tapaboca

Debe ser descartable, de material impermeable a aerosoles o salpicaduras. Se puede utilizar durante el tiempo que se mantenga limpio y sin deformaciones. Si se humedece o salpica, se desechará.

Su descontaminación antes de su descarte es por medio de hipoclorito de sodio al 5 % durante 30 minutos.



D. Gorro

Para todo el personal de la salud se aconseja el uso de gorro. El personal femenino debe usar el cabello recogido, cubierto con gorro pañuelos adecuados o vinchas anchas.

E. Guantes

Los guantes actúan como barrera impidiendo el contacto con : piel, mucosas, sangre, otros fluidos contaminantes. Se ha comprobado que al trabajar sin ellos se retienen microorganismos de la saliva o sangre debajo de las uñas durante varios días.

Se recomienda usar guantes de látex de examinación en procedimientos no invasivos y usar guantes de látex quirúrgicos estériles en procedimientos invasivos.

Cuando un guante se rompe se deben lavar las manos al retiro de los mismos, para eliminar la contaminación de las mismas que sucede aún con el uso de guantes y decontaminarlos en un recipiente de plástico con hipoclorito de sodio al 5 % durante 30 minutos.

Los guantes quirúrgicos son esterilizables en autoclave hasta 2 veces y posteriormente se pueden usar en procedimientos no invasivos.

GUANTES

MATERIAL	USO	DECONTAMINADO	TIEMPO	RECICLAJE	ESTERILIZACION
LATEX (no estéril)	Proced. NO INVASIVOS	HIPOCLORITO Na 2 g/l.	30 min.	NO SE ACONSEJA	
LATEX (estéril)	Proced. INVASIVOS	HIPOCLORITO Na 2 g/l.	30 min.	(*) VER PROSPECTO FABRICANTE	CALOR HUMEDAD O PASTILLAS DE TRIOXIMETILENO
GOMA GRUESA	Limpieza del Instrumental	HIPOCLORITO Na 2 g/l.		NO SE REALIZA	
GOMA GRUESA	Higiene Planta Física	HIPOCLORITO Na 2 g/l.		NO SE REALIZA	

(*) Reutilizar solo en procedimientos NO INVASIVOS.

VI. DESINFECCION Y ESTERILIZACION

- A. *Definición de Desinfección:* Proceso de eliminación de microorganismos patógenos, excepto las esporas bacterianas.

CLASIFICACION DE DESINFECTANTES QUÍMICOS

ALTO NIVEL: Es la inactivación de todos los microorganismos en su forma vegetativa, hongos, virus y mycobacterias (ej.: glutaraldehído)

NIVEL MEDIO: Inactiva algunos microorganismos en la forma vegetativa, la mayoría de: hongos, virus y el mycobacterium tuberculosis (ej: hipoclorito de sodio al 5%)

BAJO NIVEL: Inactiva algunos microorganismos en forma vegetativa, excepto las mycobacterias, microorganismos resistentes y esporas bacterianas (ej.: amoniocuaternario, "NO RECOMENDABLE")

EL TIEMPO Y LA CONCENTRACIÓN DEBEN SER ADECUADAS PARA INACTIVAR NO SOLO AL VIRUS DEL SIDA SINO PARA OTROS MICROORGANISMOS MAS RESISTENTES.

DESINFECTANTES QUÍMICOS ACONSEJADOS POR LA A.D.A.**1. HIPOCLORITO DE SODIO:**

NIVEL DE DESINFECCION: De Mediano a Alto

Cantidad a utilizar para preparar 1 litro de solución clorada:

A temperatura ambiente: 2gr/l = 2.000 p.p.m. (promedio) durante 30 min.

Pierde efectividad: a los 7 días de preparado y al mezclarlo con agua caliente.

2. ALCOHOL (etanol e isopropanol):

NIVEL DE DESINFECCION: Mediano

El más efectivo es el alcohol a 70° que el de 95°, pues su propiedad es la desnaturalización proteica por inhibición de la producción de metabolitos esenciales que se cumple en la presencia de agua.

El alcohol isopropilico posee una actividad germicida superior al etanol. No actúa en presencia de materia orgánica, debe usarse en la desinfección de superficies limpias.

3. GLUTARALDEHIDO (dialdehido):

NIVEL DE DESINFECCION: Alto

Su mecanismo de acción es por destrucción de microorganismos. Tiene alto efecto germicida, carece de efecto corrosivo.

CRITERIOS DE DESINFECCION Y ESTERILIZACIÓN DE INSTRUMENTALES Y MATERIALES

- CRITICO:** Todo aquel material o instrumental que se utiliza para procedimientos invasivos del cuerpo debe esterilizarse.
- SEMI – CRITICO:** Todo aquel instrumental o material que entra en contacto con membranas mucosas pueden esterilizarse o desinfectarse con un desinfectante de alto nivel (Glutaraldehido al 2% durante 20 minutos).
- NO CRITICO:** Todo aquel instrumental o material que contacta piel integra admite solo la desinfección. (Nivel Medio o Bajo)

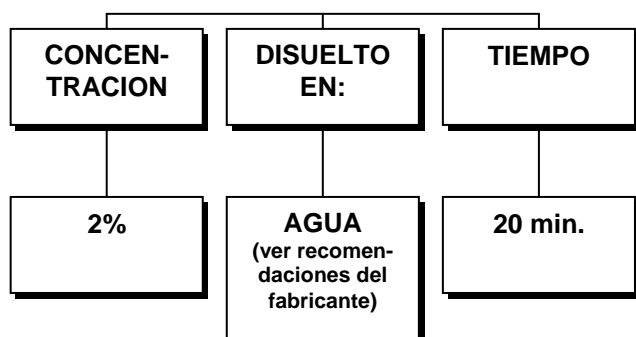
SOLUCIONES QUIMICAS**PREPARACION DE SOLUCION:****A) HIPOCLORITO DE SODIO**

Cantidad a utilizar para preparar 1 litro de solución ideal, para la DESINFECCIÓN del instrumental y materiales.

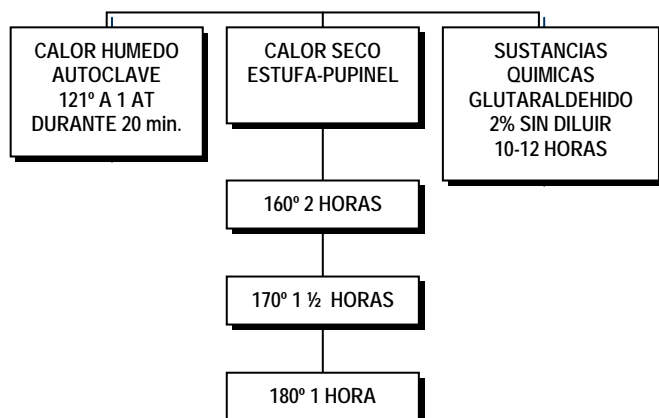
PRODUCTO	CANTIDAD DE SOLUCION QUIMICA	AGUA
Hipoclorito puro	20 ml = 2g	980 ml

B) GLUTARALDEHIDO

DESINFECCION DE INSTRUMENTAL Y MATERIALES



ESTERILIZACION



B. Definición de Esterilización: Es la total destrucción y eliminación de todas las formas de vida microbiana.

VII. NORMAS DE BIOSEGURIDAD - CONTROL DE LA CADENA ASEPTICA EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

➤ Se debe mantener en todo momento la Cadena Aséptica.

1. INSTRUMENTAL:

- El manejo del instrumental estéril se hará con guantes o con pinzas adecuadas para tal fin.

- El retiro del instrumental debe realizarse según la rutina preestablecida con el fin de evitar la contaminación cruzada entre el instrumental limpio (decontaminado) y el instrumental estéril.
- Los instrumentos se deben limpiar lo antes posible dado que los detritus orgánicos secos son difíciles de eliminar.
- El instrumental corto – punzante se manipulará con cuidado antes de ser decontaminado.
- Para la higiene de los mismos usar lentes, tapabocas y guantes de goma gruesos.
- Se recomienda no lavar con agua caliente dado que se generan vapores altamente contaminantes.
- Para su decontaminación, se debe sumergir el instrumental en un recipiente con la cantidad suficiente de desinfectante, hipoclorito de sodio al 2% o glutaraldehído al 2%.
- La Limpieza de los mismos se hará con cepillo y jabón líquido para este fin removiendo todos los residuos y lavando por arrastre para eliminar el jabón y evitar la corrosión del instrumental.
- Se debe cargar el instrumental estando el esterilizador frío. Una vez cargado el instrumental en el esterilizador no abrir éste una vez puesto en funcionamiento, porque se alteraría el ciclo de esterilización y fundamentalmente se rompe la Cadena Aséptica. Una vez llegado a la temperatura elegida para tal fin controlar que se cumpla todo el tiempo requerido.

- En el caso necesario que se deba reutilizar instrumental rápidamente (por ejemplo: Fórceps y Jeringa Carpule) se esterilizará por incineración (por la llama, con alcohol etílico), recordar que se deteriora el instrumental. Si la Jeringa Carpule hubiera sido utilizada en procedimientos No Invasivos y se requiera usar rápidamente se podría descontaminar con compresas embebidas en glutaraldehído al 2% o alcohol al 70 % por 15 minutos.

ESTERILIZACION

INSTRUMENTOS Y MATERIALES	AUTOCLAVE	CALOR SECO
Fresas	Recomendado	Recomendado
Instrumental Endodoncia	Recomendado	Recomendado
Alicates metálicos	Recomendado	Recomendado
Alicates con partes Plásticas	(*) Puede dañar	No Recomendado
Piedras de diamantes	Mejor que calor seco	Recomendado
Piedras para pulido	Recomendado	Mejor que Autoclave
Vaso Dappen	Recomendado	Mejor que Autoclave
Cubetas de Impresión metálicas	Recomendado	Recomendado
Cubetas de Impresión Plástico	(*) Puede dañar	No Recomendado

(*) Se recomienda su ESTERILIZACION con glutaraldehído al 2% (10-12 horas)

2. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL INSTRUMENTAL CORTO – PUNZANTE

A. Manipulación de la Jeringa Carpule:

Luego de ser usada, deslizar la aguja hasta el capuchón, que estará ubicado dentro y en un ángulo de la bandeja. Se introduce la aguja en éste (sin tocar con los dedos) se completa el ajuste del capuchón golpeándolo contra la bandeja; así se evitará el riesgo de punción. Se aconseja: al descartar agujas no doblar ni romper.

B. Manejo del Bisturí:

Al colocar la hoja en el mango, no sacarla totalmente del envoltorio si no sólo la parte que se colocará en el mango para evitar accidentes. Luego de utilizado, se retirará la hoja con una pinza debido a ser éste un instrumental de alto riesgo a accidentes en su manipulación.

3. MATERIALES

A. Baberos y Eyectores

Deben ser descartables y se colocarán una vez ubicado el paciente en el sillón, se utilizarán uno por paciente y luego serán descartados inmediatamente.

B. Otros (cubetas de plástico, taza de goma, espátulas, etc.)

Se decontaminan con glutaraldehído al 2%, alcohol al 70% ó hipoclorito de sodio al 5%.

4. IMPRESIONES, INCRUSTACIONES Y PRÓTESIS

Antes de ser enviadas al laboratorio como al recibirlas, se deben decontaminar, sumergirlas en alcohol al 70 %, hipoclorito de sodio al 2 % o glutaraldehído al 2 % (según el tipo de material). Antes de su colocación en boca se debe realizar un buen enjuague con agua.

DESINFECCION DE IMPRESIONES INCRUSTACIONES Y PROTESIS

	HIPOCLORITO DE Na	GLUTARAL- DEHIDO
IMPRESIONES DE:		
Alginato	Recomendado	No Recomendado
Silicona	Recomendado	Recomendado
Zinquenolico	No recomendado	Recomendado
PROTESIS		
Completa	Recomendado	No Recomendado
Parcial Metal/Acrílico	Recomendado (*)	No Recomendado

(*) Solo en baja concentración, porque puede dañar el metal

Las Incrustaciones se deben desinfectar
preferentemente con alcohol al 70%.

5. PORTA RESIDUOS

Se debe tener dos; uno chico próximo al área de trabajo del profesional conteniendo una bolsa de nylon la cual se descarta al finalizar la atención de un paciente en el otro porta residuos que debe ser más grande. Este porta residuos debe tener tapa y se utiliza además para el desecho del resto del material contaminado.

Este estará colocado preferentemente debajo de la mesada.

6. PLACAS RADIOGRÁFICAS

⇒ Antes de su utilización: Desinfectarlas con una compresa de alcohol al 70 % durante un minuto.

⇒ Antes del revelado: Sumergirlas en glutaraldehido al 2%, hipoclorito de sodio al 2 % ó alcohol al 70 % durante tres minutos.

7. EQUIPO ODONTOLÓGICO

A. Salivadera

Deberá ser higienizada después de ser atendido cada paciente; eliminando todo tipo de residuos, desinfectando con hipoclorito de sodio al 5 %.

B. Manija del foco y cabezal

Lo más indicado es forrarlas con bolsas de nylon ó cubrirlas con papel, las que se cambiarán entre cada paciente. De no ser así, se recomienda la manipulación de estas por parte del asistente y/o ayudante.

C. Platina y/o mesa de trabajo

Durante toda la consulta se mantendrá en optimas condiciones de higiene. Se aconseja el uso de campos estériles descartables (papel ó nylon) para cubrirla. De no ser posible desinfectarla entre paciente y paciente con solución de hipoclorito de sodio al 5 %, si fuera de metal, con alcohol al 70%.

D. Jeringa Triple o similar

Al comenzar la consulta dejar correr el agua con aire por un minuto, luego pasarle un algodón con glutaraldehído ó alcohol al 70 %. Entre cada paciente se debe desechar el primer chorro de agua por 30 segundos y luego realizar la decontaminación antes mencionada.

E. Turbina, Micromotor y Cavitador

Al comenzar la consulta se descartará el primer chorro de agua del spray de la turbina y el cavitador por un minuto y entre cada paciente también proceder de la misma forma pero por 30 segundos. Luego de realizar esto se decontaminarán con una compresa embebida en glutaraldehído ó alcohol al 70 % por 15 minutos.

8. LOCAL ASISTENCIAL

El personal que realiza la limpieza debe usar: tapaboca, lentes y guantes de goma grueso.

A. Pisos y Paredes

- Deberá constar con paredes y piso de fácil aseo. Evitar colocar cualquier tipo de materiales porosos y rugosos.
- Se recomienda no colocar azulejos debido a que las uniones de estos son de difícil aseo y es un lugar propenso a retener microorganismos.
- La limpieza se realizará con solución de hipoclorito de sodio al 5 % y luego agua y detergente.

B. Pileta y Mesada

- Lo ideal sería tener dos piletas, una para el lavado del instrumental y otra para el lavado de manos. Si sólo hay una pileta ésta debe desinfectarse con hipoclorito de sodio al 5 % luego del lavado del instrumental.
- Si hay mesada ésta debe mantenerse libre de objetos, material ó instrumental contaminados. Se desinfecta con alcohol al 70 %.

Para preparar la
SOLUCION DE HIPOCLORITO AL 5%:

- ⇒ 50 ml hipoclorito de sodio puro
- ⇒ 950 ml de agua

VIII. CONCLUSIONES.

DEBEMOS CONSIDERAR:

“APLICAR TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, A TODOS LOS PACIENTES INDEPENDIENTEMENTE DEL SEXO, EDAD, ESTRATO SOCIO- ECONOMICO-CULTURAL , QUE PRESENTEN O NO PATOLOGIAS. EN LA MEDIDA QUE APRENDAMOS COMO PROTEGERNOS (NOSOTROS Y LOS PACIENTES) PERDEREMOS EL MIEDO Y EL RECHAZO, ANTE ESTA SITUACION Y SIGUIENDO LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA FEDERACION DENTAL INTERNACIONAL TODOS LOS PACIENTES TIENEN DERECHO A SER ASISTIDOS, AUN LOS PORTADORES Y LOS ENFERMOS DE ENFERMEDADES INFECTO- CONTAGIOSAS”.

IX. BIBLIOGRAFIA

Repartido de M.S.P. – O.M.S. – O.E.A.
(Año 199-2000)

Repartido D.N.S.FF.AA.

Repartido A.O.U.
(Año 2000)

EXPOSITORES DEL TEMA

EN LAS 1ras. J.A.O.E. & 1er. E.H.A.D.E./2000

Gabriela FROS
Federico ROSADILLA
Cristina OVIEDO

DESINFECCION DEL EQUIPO ODONTOLOGICO Y EL LOCAL ASISTENCIAL

EQUIPO ODONTOLOGICO
Salivadera –Platina - Foco y Cabezal

USAR SOLUCION DE HIPOCLORITO 5%

LOCAL ASISTENCIAL
Pisos y Paredes – Piletas - Mesadas

☆☆☆

ACTUALIZACIONES



IMAGENES PANORAMICAS: CONVENCIONALES-DIGITALES

<https://doi.org/10.35954/SM2001.23.1.9>

Eq.Cap. (O) Marisa Schultze

*Sub-jefa del Serv.de Radiología Buco-Máxilo-Facial
del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.*

RESUMEN

PALABRAS CLAVE: *Técnica digital; Imágenes panorámicas convencionales; Dinámica de las imágenes panorámicas digitales.*

Son evidentes los beneficios que nos brinda la técnica digital a la profesión odontológica. Imágenes instantáneas, capacidad de manejarlas, reducción en la dosis de exposición, mejor calidad de imagen, mejor calidad de información, etc.

Al almacenarlo en un disco compacto, ocupa muy poco espacio, es muy fácil de trasladar, duplicarlo, cederlo o archivarlo electrónicamente.

Esta forma de comunicación permite la transmisión tanto de imágenes digitales o de cualquier tipo de datos al destino deseado en el mismo instante, sin importar las distancias o fronteras geográficas.

Sin embargo se debe destacar que la técnica convencional y digital nos revelan el mismo contenido de información.

SUMMARY

KEY WORDS: *Digital technic; Panoramic images of conventional radiographies; Digital panoramic dynamic images.*

The benefits of digital technics to odontology are evident. Instant images, the possibility to handle them, the reduction of exposition time to radiations, better quality image, better quality information, etc.

Stocking them in a compact disc, occupying very little space, allows an easy transport and duplication, as well as the possibility to transfer and save it in an electronical support.

This kind of communication allows the transmission of digital images and every other type of data, instantaneously and no matter distances or geographical borders. Anyway, we should point out that conventional and digital technics reveal the same information contents.

INTRODUCCION

Las imágenes panorámicas se obtienen a través del ortopantomógrafo. Es decir se utiliza una técnica extraoral.

Proporciona en una sola imagen, todas las estructuras faciales en forma bi-dimensional.

El ortopantomógrafo puede ser de tipo convencional o digital, pero la técnica básica es la misma (4).

El aparato gira 240° alrededor de la cabeza del paciente.

La imagen panorámica de tipo convencional se analiza bajo el negatoscopio con buena iluminación, y con la ayuda de una lupa. Todo esto previo procesado químico de dicha placa.

La imagen panorámica de tipo digital se analiza y visualiza en forma instantánea en el monitor. Esta podrá ser capturada, manejada, almacenada, transmitida a distancia, impresa y transformada en un formato digital. También permite modificaciones en su forma, tamaño y color.

*Tema presentado en el Ciclo Anual de Actividad Docente del
Departamento de Odontología del H.C.F.F.AA. Agosto de 2000.*

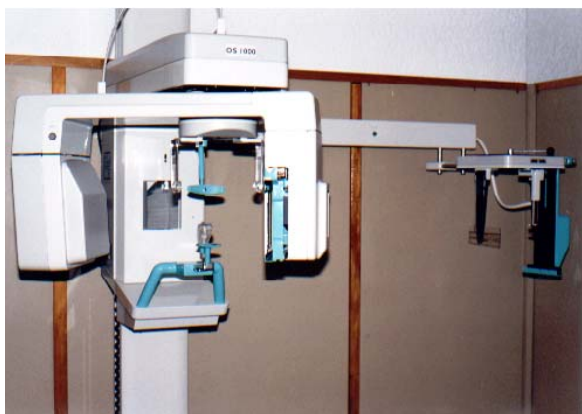


Fig. 1 - ORTOPANTOMÓGRAFO DIGITAL OS1000

La modalidad digital es similar en todas las técnicas de imagenología actual. Desde la radiovisiografía hasta la tomografía computarizada. Sólo difiere en los medios para recopilar los datos (2).

La técnica digital mejora las características y rasgos de la imagen. El sistema visual humano se ve capacitado para una mejor interpretación diagnóstica. Hay una mayor facilidad para reconocer las características específicas de la imagen.

La capacidad de manejar imágenes permite optimizar la calidad de las mismas.

CARACTERÍSTICAS DE LA IMAGEN PANORAMICA

La imagen es una representación bidimensional de un objeto tridimensional.

Por lo tanto debemos reconstruir mentalmente una imagen tridimensional de las estructuras anatómicas a partir de las imágenes bidimensionales.

La tarea se facilita teniendo en cuenta las características que debe tener una imagen para obtener la mejor calidad de las mismas.

Algunos factores que influyen son:

Claridad de la imagen, nitidez, contraste, corte focal, densidad, resolución, distorsión del tamaño y de la forma (2).

➤ **Claridad de la imagen:** es el aspecto global, expresa el aspecto subjetivo del clínico sobre su aspecto. Hay varios parámetros para incrementar la claridad de la imagen. Nos referiremos particularmente a la nitidez y resolución.

➤ **Nitidez:** es una medida de la calidad con que se delimitan los límites entre dos áreas de densidades diferentes.

➤ **Resolución:** mide la visualización de objetos relativamente pequeños situados muy juntos. Aunque nitidez y resolución son dos características diferentes, dependen la una de la otra. Una imagen borrosa causa pérdida de claridad al reducir la nitidez y la resolución.

Para mejorar la calidad de imagen debemos tener en cuenta lo que se llama **corte focal:** es una zona o capa de imagen curva tridimensional. Las estructuras aparecen bien definidas. Las estructuras que quedan por delante o por detrás del corte focal aparecerán borrosas, ampliadas o de tamaño reducido. Es decir el corte focal, es la región donde las estructuras se revelarán con mayor nitidez.

La imagen panorámica está compuesta sobre todo por las estructuras anatómicas situadas dentro del corte focal.

Es importante la alineación y posicionamiento cuidadoso del paciente dentro del área del corte focal. La mala alineación conducirá a imágenes de mala calidad.

➤ **Distorsión de tamaño y forma de la imagen:** la distorsión por ampliación consiste en aumento del tamaño de la imagen comparado con el tamaño real de las estructuras. La distorsión del tamaño depende de las distancias relativas entre el punto focal y la película y entre el objeto y la película (o receptor de imagen).

➤ **Distorsión de la forma:** es la ampliación desigual de diferentes partes de la imagen. Esta situación se da cuando no todas las partes del objeto se encuentran a la misma distancia del punto focal. La anatomía del objeto impide muchas veces su orientación óptima, lo que da lugar a distorsión de la forma.

➤ **Densidad:** se registra en la imagen como áreas claras y oscuras. En la película radiográfica son las áreas radiolúcidas y radiopacas.

El aumento del miliamperaje, el kilovoltaje o el tiempo de exposición elevará la densidad de la imagen. Es necesario variar la exposición según el tamaño del paciente para obtener imágenes óptimas. Por ejemplo, en niños o pacientes desdentados se deberá disminuir la exposición para que no cause una densidad excesiva ya que hay menor cantidad de tejido absorbente en el área del haz de rayos X (RX).

Se pueden nombrar por orden descendente de densidad las estructuras existentes en la cavidad oral: incrustaciones metálicas, esmalte, dentina, cemento, hueso, tejido pulpar, músculo, tejido adiposo, aire. Cuanto más densos más absorben los los rayos X.

Los que absorben poco son los radiolúcidos, los que más absorben son los radiopacos.

➤ **Contraste:** es la diferencia de densidad entre varias áreas o regiones de una imagen.

IMAGEN DIGITAL

La obtención de la imagen digital requiere un número de componentes, incluyendo sensores o detectores electrónicos y un sistema informático.

Las imágenes pueden ser adquiridas mediante películas radiográficas o con sensores o detectores. Los sensores o detectores son dispositivos electrónicos. El sensor más común es el dispositivo cargado acoplado ópticamente (CCD) sensible a la energía electromagnética en el rango de la luz visible o los RX.

La señal que sale del sensor tiene determinada intensidad de voltaje (256 niveles de voltaje) en la imagen aparecen como 256 colores. Es decir el detector es de gran sensibilidad. Pero el ojo humano, solo es capaz de distinguir 32 niveles de color, por lo tanto se realizan 32 niveles o tonos.

La imagen digital indirecta se registra mediante película radiográfica (5). La imagen digital directa, como sugiere su nombre es visualizada inmediatamente. Proporciona un rendimiento comparable al de la radiografía, con la ventaja que además de ser inmediata hay un menor tiempo de exposición a la radiación (30 a 50% menos).

Para el estudio de la técnica digital panorámica elegimos un equipo de origen francés. El panorámico Trophy Ortho Slice 1000 (OS 1000) junto con el sistema Digipan.

Características de este sistema

1. Ofrece varias funciones o programas:
 - a) Panorámica con un tiempo de exposición de 12 segundos.
 - b) ATM (lateral y pósterio-anterior) tiempo de exposición 5,2 segundos.
 - c) Cortes tomográficos, tiempo de exposición 6,4 segundos.
 - d) Seno maxilar, tiempo de exposición 9,8 segundos.

El sistema Digipan y el sistema informático permiten obtener imágenes panorámicas, visualizarlas inmediatamente y manejarlas según las necesidades del estudio.



Fig. 2 – SISTEMA DIGIPAN (Sensor)

Permite obtener imágenes de visualización inmediata en la pantalla del monitor.

2. El aparato posee en el panel de control las diferentes opciones del sistema que son gestionados por un microprocesador conectado a sensores infra rojos. Estos sensores se encargan de ajustar los haces luminosos, eligen los parámetros, seleccionan la colimación de rayos, etc.
3. Posee un ajuste automático según la morfología de cada paciente. Es el autofocus (captador óptico).
4. Posee un ajuste automático de exposición, es decir control de exposición de la cantidad de RX según la densidad ósea de cada paciente. Es aquí donde se registra una reducción considerable de la dosis de RX (de 30 a 50%).
5. Posee una magnificación de 1.23, que el programa se encarga de corregir y realizar la medición real.
6. Posicionamiento del paciente:

Tres haces luminosos se encienden para centrar el rostro del paciente: plano medio sagital, plano Francfort, y el tercer plano para el autofocus que es una característica específica que tiene el sistema OS 1000.

Luego de seleccionar el programa y estar posicionado el paciente se realiza el disparo que provoca la puesta en acción del sistema OS 1000 y Digipan visualizándose simultáneamente en el monitor.

La calidad del monitor es de suma importancia pues es el último elemento de la cadena. La calidad de la imagen proyectada es proporcional a la calidad el tubo. Se recomienda el uso de un monitor de alta definición y alto contraste (3).

Fig. 3 – IMAGEN EN BLANCO Y NEGRO
Registra las áreas claras y oscuras.
Las claras son áreas radioopacas y las oscuras radiolúcidas.



Fig. 4 a – Registra diferentes colores, según diferentes densidades.

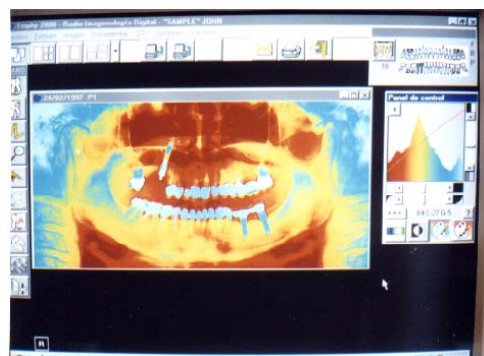
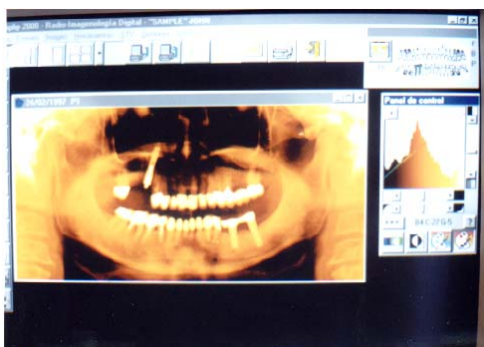


Fig. 4 b y 4 c
Muestra diferentes opciones del programa para visualizar mejor determinadas estructuras.

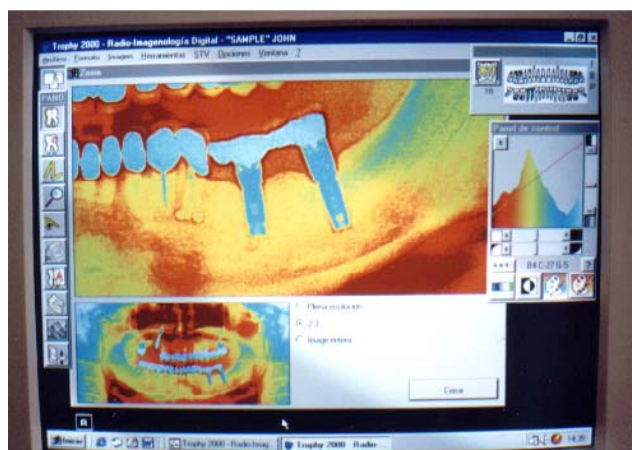


Fig. 5 - Imagen panorámica parcial aumentada de tamaño, visualizando zona de implantes.

CONCLUSIONES

El empleo de esta tecnología nos posibilita complementar los diagnósticos, explicar tratamientos a los pacientes, archivar casos clínicos, realizar interconsultas profesionales y con centros de estudios situados en cualquier parte del mundo, así como también efectuar investigación y docencia.

AGRADECIMIENTOS

- Clínica de Radio Imagenología Digital. Por apoyar el presente tema de actualización.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BARRANCOS MOONEY – Operatoria dental. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Tercera Ed.; 1999.
- (2) GOAZ PW, WHITE SC. – Radiología oral, principios e interpretación. Madrid. Editorial MOSSBY/ DOYMA. Libros,S.A. 3ra. Ed.1995.
- (3) TROPHY RADIOLOGIA: USER MANUAL (material de circulación restringida).
- (4) SCHULZE R, KRUMMENAUER F, SCHALLDACH F, D'HOEDT B. Precision and accuracy of measurements in digital panoramic radiography. Dentomaxillofac Radiol.2000 Jan, 29(1):52.
- (5) VAN DER STELT, PAUL – Interpretación auxiliada por computadora. Clinicas Odont de Norteamérica.1993 V 37 N° 4:695.

☆☆☆

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FF.AA.

Eq.Tte.1º (Ps) Anna Mintz

Sgto.1º (Ing.Civ.) Fernando García

Realizado con el apoyo de todo el Personal del Departamento de Psicología

ACTIVIDADES GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

El Departamento de Psicología como tal, se ha ido consolidando progresivamente en seis Servicios bien diferenciados, tanto en sus funciones especializadas y cometidos, como con relación a los numerosos usuarios a los que asiste. Según el Sistema Interno de Gestión (SIG) depende directamente de la Dirección Técnica del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Está integrado por 27 Psicólogos, 2 Psicomotricistas, 1 Maestra Especializada en dificultades de aprendizaje, 1 Fonoaudióloga.

El Staff Profesional desarrolla una labor clínico asistencial con pacientes ambulatorios e internados y con sus familiares. La misma comprende el manejo de pacientes, la evaluación clínica, la intervención, el seguimiento etc., junto con las prerrogativas de consulta (ínter consultas) con otros servicios hospitalarios, psicoprofilaxis, capacitación del Staff, evaluación y planificación de programas, etc., así como, investigación, actividades científicas (ateneos, supervisión, etc), se complementan con un trabajo adicional para la valoración de los Test aplicados, elaboración de Informes, uso de Programa de Computadoras, reuniones de Equipo y de Servicios, entrevistas con Profesionales, apoyo para los Ingresos a la Escuela Militar, actividades de Jefaturas, coordinaciones con diversas instituciones extra- hospitalarias, traslados, capacitación intra y extrahospitalaria, etc. En el mes de Junio del 2000 el Departamento participó en el Plan desastre y a partir de entonces quedó incluido en el mismo.

En el mes de Julio del 2000 los Servicios de Psicología Médica y Rehabilitación agregaron 35

policlínicas mensuales para el ingreso de su población especial de pacientes.

En el mes de Agosto se iniciaron las guardias de retén del Departamento de 24 horas de lunes a domingo.

ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE CADA SERVICIO

PSICOLOGIA LABORAL

TAREAS

I. SELECCION DE PERSONAL

- 1- Ingresos a la Dirección Nacional de Sanidad de las FFAA
 - a) Aspirantes a Concursos para diferentes áreas de la Salud: Médicos, Odontólogos, Químicos, Lic. en Enfermería etc.
 - b) Aspirantes a ingresos a la Escuela de Sanidad de las Fuerzas Armadas: Curso de Enfermeros Militares.
- 2- Ingresos a Institutos Militares
 - a) Escuela de Músicos del Ejército
 - b) Escuela de Comunicaciones del Ejército
 - c) Centro de Instrucción de Ingenieros
 - d) Escuela de Sub Oficiales del I.M.A.E.

- 3- Ingresos a Unidades Militares
 - a) Centro de Instrucción de Reclutas de la Brigada de Caballería, Infantería, Artillería dependientes de la División de Ejército 1(hasta 1996 inclusive).
 - b) Reconversión de Recursos Humanos
- 4- Evaluación Psicológica del Personal Militar que cumple Misiones de Paz en el extranjero: Sinaí, Camboya, Angola, Mozambique, India - Pakistán, Ruanda, Sahara Occidental, etc.

II. DIAGNOSTICOS ESPECIALES

- 1- Solicitudes recibidas de Comisiones Médicas para Diagnósticos Psico-laborales
- 2- Pases de Unidades Militares para Diagnóstico Psico-laborales.

III. ASISTENCIA A REUNION DE PROFESORES DE LOS CURSOS DE ENFERMEROS MILITARES DE LA ESCUELA DE SANIDAD DE LAS FFAA.

IV. APOYO Y SEGUIMIENTO PSICOLOGICO

- 1- A los Enfermeros Militares que, habiendo sido testados reúnen las condiciones del perfil de exigencias establecido para la función, pero que por situaciones emocionales podrían ver entorpecido ó retardado el proceso de adaptación a la misma.
- 2- Abordaje psicológico focal y breve al Personal Militar integrante de los contingentes de Paz relativo a los recursos anímicos para la misma.

V. REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

La información acerca del cargo que se pretende cubrir, se realiza a través de:

- a) Análisis del cargo, que consiste en un inventario de los aspectos intrínsecos (contenido del cargo) y extrínsecos (requisitos que debe cumplir el aspirante al cargo, factores de especificaciones) del cargo. El proceso de selección apuntará a la búsqueda y evaluación de los candidatos que se presenten.
- b) Identificar las características deseables (que mejoran el desempeño), y las no deseables (que empeoran el desempeño) en los nuevos candidatos.
- c) En caso de no tener mayores datos acerca del cargo (como ha ocurrido con algunas Misiones al Extranjero que se cuenta con información limitada acerca de lugares y funciones) se han empleado Hipótesis de Trabajo ,es decir una predicción aproximada del contenido del cargo y sus exigibilidad con relación al ocupante (requisitos y especificaciones humanas)
A partir de esa información se elaboran perfiles teóricos de exigencia para ese cargo, ya que es deseable que contengan las características psicológicas y físicas necesarias para que el aspirante pueda desempeñarse satisfactoriamente en el cargo considerado.

Así mismo incluye:

- Análisis de la situación del cargo en el contexto de la Organización
- Análisis del perfil de los candidatos

5- Selección de Técnicas

Una vez obtenida la información ,el proceso siguiente es la selección de las técnicas más adecuadas al caso ó la situación.

Se aplicarán :

- Pruebas de Personalidad: Analizan los diversos rasgos psicopatológicos globales y específicos de los sujetos como: equilibrio emocional , intereses, frustraciones, ansiedad, agresividad, nivel de motivación etc. Apuntan a analizar los rasgos determinados por el carácter (rasgos adquiridos) y por el temperamento (rasgos innatos)
- Pruebas psicométricas: es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de comportamiento .

Se refieren a :

- Nivel Intelectual
- Capacidades (es la habilidad real de la persona en determinada actividad ó comportamiento, es adquirida)
- Aptitudes (potencialidad ó predisposición de la persona para desarrollar una habilidad ó interés ,es innata.)
- Intereses
- Características del comportamiento humano

Incluye la determinación de cuánto (es decir la cantidad de aquella capacidad, interés ó aptitud del comportamiento del candidato).

Entrevista de Selección

Las técnicas elegidas deben representar el mejor elemento de predicción de un buen desempeño futuro del cargo.

6 – Armado de Baterías

Luego de elegidas las técnicas para la selección dada, se procede al armado de las baterías (conjunto de test a aplicar).

Esto incluye :

- procurar el material necesario (hojas por ejemplo)
- contar lo protocolos cuando éstos son impresos
- escribir cada consigna (a veces siete por postulante) en las hojas dadas, cuando los test no están impresos.
- Ordenamiento de estos test organizados de acuerdo a fundamentos teóricos- clínicos.
- engrampado de cada una de dichas baterías armadas para la correcta entrega al postulante

7 – Aplicación de las Baterías

Atención en fecha coordinada de los postulantes y aplicación de las baterías correspondientes en la Escuela de Sanidad ó según el caso traslado de los profesionales a las Unidades solicitantes.

8 – Corrección de las baterías aplicadas

Consiste en la evaluación de cada uno de los tests (técnicas seleccionadas) y de los aspectos psicológicos (intelectuales, perceptivo- motrices, de personalidad, etc) que de ello se desprenda.

9 – Realización de las entrevistas individuales a los postulantes.

La entrevista de selección tiene una destacada influencia en la decisión final con respecto a la evaluación del candidato.

Si bien la entrevista puede ser libre o dirigida, la orientación de este Servicio es la última.

Se busca:

Establecer un contacto con el candidato para obtener mayor información que posibilite la toma de conciencia de algunos de sus aspectos sanos, positivos y de los otros.

Así mismo cuando el profesional tiene presente que el resultado puede ser adverso al que el postulante espera plantearle por ejemplo algunas

características psicológicas que el reconoce como propias y que fueran incompatible con el desempeño del cargo al que aspira (haciendo con esto promoción de Salud, prevención y posibilitando una mayor tolerancia a la frustración que el no conseguir el cargo generaría).

10 - Ateneo de casos

Los probables resultados "No se ajustan al perfil de exigencia" determinado por cualquier profesional del Servicio son llevados al Ateneo del Servicio para el estudio del mismo. Allí, se ratifica o eventualmente se rectifica dicho resultado con la refrenda del resto de los profesionales actuantes.

11 - Elaboración de informes individuales de los postulantes que incluye:

- Datos personales.
- Unidad y/o Motivo del Estudio realizado.
- Nivel intelectual.
- Aspectos Perceptivos- Motrices.
- Rasgos de personalidad.
- Comparación con el perfil de exigencia.
- Recomendaciones (dependiendo de lo solicitado por ejemplo tipo de tarea que realizaría con mejores logros, aptitudes para el desempeño de la tarea actual, necesidad de estímulo, etc.). Este informe - salvo las solicitudes explícitas y contempladas en el tipo de demanda- no se incluye en las elevaciones.

12- Elaboración del informe grupal

A partir de los resultados de los Estudios Psicológicos individuales se elabora un Informe Psicológico Grupal que incluye:

- Aspectos cuantitativos; atendiendo a los aspectos cuantificables:
Nivel Intelectual, Edades, % de postulantes según escolaridad, etc.

- Aspectos cualitativos: que se refiere a aptitudes, capacidades, intereses, rasgos de personalidad, etc.
- Gráficas correspondientes a la Investigación descriptiva realizada.
- Sugerencias acerca de las posibilidades de ese grupo como Unidad única e irrepetible.

13 - Se realiza la elevación de los resultados por el conducto del mando, según corresponda de:

- Nómina de postulantes y/o personal que ha sido testado.
- Resultado respecto al perfil teórico de exigencia, producto de la comparación de éste con el perfil de cada candidato. Informe Psico-Laboral individual cuando así se dispusiera .
- Informe Psicológico Grupal.

Archivo de copias de lo producido.

Atendiendo a que los Estudios Psico-laborales no son a pedido del postulante sino un requisito que cumple se procede siendo - en todo momento- especialmente cuidadosos de la ética profesional y del manejo del material y de los resultados.

El informe Psico-laboral se incluye por ej. en la reconversión de RR.HH. donde son importantes las actitudes y aptitudes de las mismas; NO se incluye en Selección de Personal donde lo más importante es la comparación con el perfil de exigencias y, donde el lenguaje técnico puede no ser interpretado adecuadamente y resultar perjudicial para el postulante (por lo que está así dispuesto en el Manual de Procedimientos del Departamento), al ser un requisito que no genera derecho a la devolución.

II. Diagnósticos Especiales

- ⇒ Se recibe solicitud - que incluye datos y pedido técnico expreso- de Comisiones Médicas y/o clínica preventiva.

- ⇒ Se coordina día y hora para realizar primera entrevista al paciente.
- ⇒ Se realiza primera entrevista y de acuerdo a la misma y al pedido solicitado por el Profesional que deriva, se programa una estrategia.
- ⇒ Se realiza abordaje psicológico de acuerdo a la planificación (siempre consistente en la aplicación de diferentes técnicas que varían en cada caso).
- ⇒ Corrección de las técnicas aplicadas.
- ⇒ Ateneo con estudio de casos clínicos.
- ⇒ Elaboración de Informe Psicológico correspondiente.
- ⇒ Transcripción del informe mencionado.
- ⇒ Elevación por el conducto correspondiente en sobre cerrado.

III. Apoyo Psicológico

1. Enfermeros Militares y de Combate.

- a) Se realiza apoyo Psicológico a todos los alumnos que habiendo sido testados reúnen las condiciones del perfil de exigencia establecido para la función determinada pero que por situaciones emocionales (no intelectuales, los que por debajo del mínimo establecido son eliminatorios de por sí) podrían haber retardado o entorpecido el proceso de adaptación a la función.

El abordaje psicológico tiene como objetivos realizar un abordaje de apoyo de aspectos focalizados y/o situaciones de crisis que pueden dificultar su real desempeño académico y funcional (elaboración de duelos, separaciones del núcleo familiar, ansiedad, etc.).

Se realizan las listas de alumnos con días, hora y profesional que tendrá a cargo el seguimiento psicológico de cada uno (previa coordinación con Nurses encargadas del Curso de Enfermería Militares a los efectos de no interferir con los horarios curriculares).

La frecuencia de las sesiones y la duración del apoyo dependerá entre otras cosas:

- ⇒ de la capacidad de insight del individuo.
- ⇒ de la dificultad anímica que halla originado el apoyo.
- ⇒ de los soportes sociales con que el alumno cuenta.

- b) Se procede a una Evaluación de resultados del apoyo psicológico recibido (se mencionará más adelante).

2) Preparación Psicológica para "Crisis de Migración" al Personal designado para integrar las Misiones de Paz en el extranjero.

Se realiza mediante Talleres teórico –prácticos haciendo con ello psico –profilaxis y dando instrumentos para mejorar las dificultades anímicas propias del alejamiento del personal militar de su familia, de su ambiente laboral y de su país.

SERVICIO DE PSICOLOGIA LABORAL

A. Objetivos

- A1. Seleccionar ingresos a la Escuela de Sanidad para Cursos de Enfermeros Militares .
- A2. Seleccionar ingresos a la D.N.S.FF.AA.
- A3. Mantener integración de la Comisión de Concursos de Auxiliares de Enfermería de la D.N.S.FF.AA.

- A4. Realizar Estudio Psicológico a los postulantes a integrar Misiones de Paz en el extranjero (Sinaí, Pakistán, Georgia, Chipre, Sahara Occidental, Tajikistán, etc.).
- A5. Realizar los Estudios Psicológicos solicitados con fines Psico-laborales por los diferentes Institutos (Escuela de Músicos del Ejército, Escuela de Comunicaciones del Ejército, Centro de Instrucción de Ingenieros, Escuela de Sub Oficiales del Ejército del I.M.A.E.) para las funciones y/o especialidades que allí se realizan.
- A6. Realizar abordaje focal y breve al Personal Militar que concurrirá a las Misiones de Paz.
- A7. Realizar los Estudios Psicodiagnósticos laborales solicitados por Comisiones Médicas.

ACTIVIDADES

- A1. Estudios colectivos y entrevistas individuales que el estudio incluye, con investigación descriptiva de los mismos.
Concluye con un diagnóstico Psico-laboral del que se realiza seguimiento y la elevación del ajuste al perfil de exigencia
- A2. Descripción de cargos, elaboración de perfiles, elección de técnicas, aplicación y evaluación de los mismos, entrevistas individuales con los postulantes, informe psico-laboral, elevación de la conclusión en cuanto al perfil de exigencia.
- A3. Mantener actualizados perfiles y realizar los estudios psico-laborales solicitados en los llamados a concurso para la especialidad (batería, entrevistas individuales).
- A4. Buscar información acerca de las tareas y descripción de cargos así como contextos donde se realizan para mantener perfiles de exigencia actualizados para luego elección de técnicas, aplicación, evaluación y realización de la E. Individual. Concluye con informe psico-laboral y elevación del ajuste al perfil.

- A5. Idem
- A6. Realizar talleres teórico-prácticos de abordaje psicológico focal y breve sobre la migración como Crisis y aspectos psicológicos a tener en cuenta en la misma.

B. ACTIVIDADES DE CAPACITACION E INVESTIGACION

- B1. Retroalimentación permanente de los perfiles utilizados en actualización de cargos y funciones.
- B2. Mantener la actualización de la calidad de conocimientos de los profesionales.
- B3. Retroalimentación de los resultados y comparación entre el "pronóstico" psicológico y el desempeño real de los Enfermeros Militares.
- B4. Retroalimentación entre el "pronóstico" psicológico y el desempeño real de los integrantes a las Misión de Paz.

ACTIVIDADES

- B1 Se ha cumplido parcialmente debido a que no siempre contamos con la información de retorno necesaria, ni con personal administrativo que pudiera computarizar dichos datos.
- B2 La actualización se ha mantenido pero la erogación económica ha estado siempre a cargo de los profesionales actuantes.
- B3. Se ha cumplido teniendo toda la información de retorno por parte de la autoridades y SS.OO. a cargo de los Cursos de Enfermeros Militares desde el año 92.
- B4. No se ha cumplido por falta del recursos materiales:
 - 1 Computadora que permitiera archivar datos manteniendo el SECRETO PROFESIONAL del que debemos ser especialmente cuidadosos en nuestro Servicio.

- Técnicas computarizadas que faciliten la comparación cuantificada para obtener valores reales en cada situación, permitiendo la investigación aún en el alto número de estudios psico-laborales realizados anualmente.



1) **OBJETIVO:**

Promover, mantener y mejorar la Salud Mental de la población usuaria mayor de 14 años.

2) **META:**

Lograr el compromiso del paciente para realizar los cambios que le permitan una mejoría

3) **USUARIOS DEL SERVICIO:**

Se asisten en este Servicio todas las personas mayores de 14 años que necesitan ser tratadas psicológicamente en forma ambulatoria cubriendo al personal en actividad y en situación de retiro del Ejército, así también como de la Armada y de la Fuerza Aérea.

Si bien se exceptúa de lo anterior a los pacientes que se anotan en la policlínica de pacientes crónicos y a los que se anotan en psicología de la rehabilitación, se comprenderá que en base a esa gran masa de usuarios, el N° de psicólogos asignado a su asistencia resulta insuficiente para cubrir dicha demanda.

También se atienden a los familiares de la población recientemente mencionada (familiares de los pacientes adultos y adolescentes que están tratándose).

Asimismo se asisten pacientes no ambulatorios, internados en Sala 11 (pacientes psiquiátricos).

Se ha asignado también a este Servicio la asistencia psicológica de los pacientes del grupo GAFAR (familias en riesgo social, con situaciones de maltrato, etc).

Además, se nos ha encomendado también el apoyo psicológico de los pacientes del grupo CUESTA (adolescentes con toxicomanías).

En dicho grupo, participan semanalmente las dos unidades asignadas a Psicología de Adolescentes, lo que lleva a que dispongan de menos horario para tratar al resto de los usuarios adolescentes.

Últimamente, se nos ha asignado también la valoración de todas las personas mayores de 14 años que se encuentran en tratamientos subsidiados por el Servicio de Tutela Social para evaluar su necesidad.

4) **PERSONAL DEL SERVICIO:**

El Servicio de Psicodiagnóstico y Terapias Breves consta de 2 áreas:

- ⇒ el área de Adolescentes que supone la atención psicológica de los pacientes en la franja etaria comprendida entre los 14 y 18 años, y los pacientes adultos, que son considerados a partir de 19 años.

Dicho Servicio, cuenta con 4 psicólogos para la asistencia de adultos y 2 para adolescentes.

5) **FUNCIONES:**

Los psicólogos del Servicio realizan las siguientes funciones:

- ⇒ Atención de los pacientes de Lista (los ingresos).
- ⇒ Asistencia de los Controles (policlínicas de seguimiento) luego de lo cual se planifican las siguientes intervenciones con cada paciente según el motivo de consulta.

⇒ En las entrevistas, se realiza alguno de los tres siguientes procedimientos:

- a) Orientación al paciente: cuando consultan por algo puntual, por ejemplo se le ofrecen pautas para hablar con su hijo acerca de un trastorno de conducta.
- b) Psicodiagnóstico: consiste en evaluaciones psicológicas que se realizan a demanda del psiquiatra tratante y/o de alguna Institución, en las que se llega a un diagnóstico de la personalidad del paciente, en alrededor de 6 consultas.

Luego de ello, se mantienen 1 o 2 entrevistas más con el paciente para trabajar aspectos de su personalidad que surgieron en dicho trabajo y en base a ello se realizan las orientaciones necesarias.

Cada uno de los psicodiagnósticos realizados supone la confección de un informe a partir de la evaluación del mismo, para integrar los datos surgidos en las distintas técnicas aplicadas.

Son necesarias también la realización de interconsultas con el médico derivante a fin de evaluar juntos estrategias conjuntas del tratamiento del paciente (por ejemplo necesidad de que el paciente ingrese también en un tratamiento psiquiátrico, si tuviera riesgo de descontrol).

Los pacientes adolescentes requieren, además de lo anterior, las entrevistas con sus familiares (ya que son menores de edad) lo que demanda 1 o 2 entrevistas adicionales.

- c) Otro tipo de procedimientos que se realizan son los **apoyos psicológicos** (o terapias breves) en los que se jerarquiza con el paciente uno de los aspectos del motivo por el cual consultó y se analiza psicológicamente con él durante el período preestablecido de 8 consultas.

Además de la asistencia al paciente, se realizan:

- d) orientaciones a familiares.

- e) Consultas interdisciplinarias con personal que atiende al paciente (psiquiatra, Sala 11), etc.
- f) Apoyo a GAFAR.
- g) Integración del grupo CUESTA.
- h) Todo el personal del Servicio concurre a los ATENEOS semanales en los que se analiza el material clínico, para pautar modalidades de asistencia, se comentan los casos de mas difícil evolución para evaluar diversas estrategias clínicas, se planifica la tarea a desarrollar por el Servicio y se comunican aspectos administrativos.
- i) A partir de abril del 2001 se conformó la "Coordinación Científica" del Departamento de Psicología.
Sus funciones son, planificar y organizar la actividad científica que el Dpto, desarrollará en lo referente a actividades docentes, investigaciones, publicaciones, etc.
- j) Ello supone coordinar con el personal técnico de Psicología y con otros Departamentos, para poder instrumentar dichas actividades.

SERVICIO DE PSICOLOGIA MEDICA

TAREAS

Cuenta con 5 psicólogos para un promedio de 400 camas.

Sus tareas se diversifican en:

1) ATENCION EN SALA

Se atienden todas las Salas a excepción de Pediatría en la que se están atendiendo casos puntuales (oncológicos), y Sala 11 (Psiquiatría).

El pedido de interconsulta con Ps.Médica ha ido en aumento, habiendo actualmente un promedio de 12 pedidos semanales.

Este pedido implica:

- Diagnóstico del paciente
- Apoyo psicológico durante la internación que se establece según el caso, realizando un seguimiento con una frecuencia de 1, 2, o 3 veces por semana.
- Apoyo psicológico a los familiares, orientándolos en el cuidado y sostén del paciente.
- Apoyo y orientación al equipo de Salud.
- Coordinación con médico tratante cuando se considera necesario.

2) APOYO PSICOLOGICO AMBULATORIO

Son atendidos los pacientes con patología orgánica que han sido dados de alta y se consideran en riesgo, apoyándolos en su reinserción y en el seguimiento de las indicaciones médicas. Se tiene como objetivo evitar abandonos de tratamientos médico, recaídas y reinternaciones.

3) POLICLINICAS

Se realizan:

- 1) Policlínica para niños con patología orgánica de 0 a 13 años inclusive.
- 2) Policlínicas para adolescentes y adultos con patología orgánica de 14 años en adelante.
- 3) Policlínica para adultos con patología orgánica desde 19 años en adelante.
- 4) Policlínicas de Psico-oncología agendados directamente por el Servicio de Oncología.

4) INTEGRADOS INTERDISCIPLINARIAMENTE A DISTINTOS SERVICIOS

- Servicio de Hemodiálisis: 1 psicólogo
- Sala 10 - V.I.H. Sida.
- Equipo Interdisciplinario de obesidad y Equipo Interdisciplinario de Transplante: 1 psicólogo.
- Ginecología de Adolescentes: 1 psicólogo
- Psico-oncología y Vínculo Temprano: 1 psicólogo.

Se planifica:

Grupos de Higiene de rol, apoyo psicológico a personal de enfermería C.T.I y

Emergencia con 1 psicólogo.

Talleres de prevención y estímulo temprano para puérperas y personal de

Enfermería en coordinación con Servicio de Prevención.

5) PSICOPROFILAXIS QUIRURGICA - PEDIATRICA

Con el objetivo de apoyar al niño y su familia en dicha situación vital estresante.

Se realiza con abordaje grupal, método de avanzada en nuestro medio, aspirando a que forme parte de la rutina médica y que todo paciente pre-quirúrgico pueda acceder a él.

6) SE REALIZAN ATENEOS SEMANALES

En los que se coordina la tarea y se realiza formación técnico-profesional.

Se coordinan abordajes con los otros Servicios de psicología.

7) GUARDIAS DE RETEN COORDINADAS POR EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.

PSICOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN

El Servicio funciona integrado al equipo de Rehabilitación intrahospitalaria, por lo que requiere que el psicólogo coordine esfuerzos con los otros integrantes: médico fisiatra, fisioterapeutas, asistente social, etc.

Cuenta con 3 psicólogos rehabilitadores.

- 1) Elaboración y desarrollo de 5 programas de Rehabilitación con pacientes neurológico, (AVE, TEC, Lesión Medular, Esclerosis Múltiple, Etc.) amputados, cardiovasculares, (post-infarto, post-angioplastia, post-cirugía), Tabaco-dependientes, y niños discapacitados motrices.
- 2) Diagnóstico neuropsicológico, neuropsicoterapia, terapia de grupo, terapias breves e intervención en crisis
- 3) Interconsultas, atención en policlínicas y en salas.
- 4) Computarización de Test de Personalidad y Neuropsicológico (Batería de Halstead-Reitan expandida)
- 5) Traducción del Inglés de materiales de apoyo y Tests especializados para esta población específica de pacientes.
- 6) Visitas y contactos frecuentes con Centros de Rehabilitación norteamericanos para la actualización de información científica y uso de nuevas Técnicas.
- 7) Derivaciones y contactos con Instituciones para discapacitados de nuestro medio.

SERVICIO DE PSICOLOGIA PREVENTIVA

TAREAS

- Realiza Taller de Filosofía para Niños.
- Asisten niños con rendimiento académico descendido y/o dificultades de relacionamiento social, baja autoestima, inhibición, bajo control de impulsos.
- Participa conjuntamente con el Departamento de Ginecología en los Talleres de pre-parto de usuarias que transitan embarazo.
- Integra la Comisión de Prevención y Asistencia en el consumo de sustancias que generan adicción.
- Se están instrumentando con Ps. Médica y Ginecología la realización de Talleres en Sala 2 E/P para púerperas y personal de enfermería.

SERVICIO DE PSICOLOGIA INFANTIL

El Servicio de Psicología Infantil tiene como Misión brindar servicios integrados de Salud Mental a niños y familiares a partir de un trabajo interdisciplinario de Psicólogo, Fonoaudiólogo, Psicomotricista y Maestra Especializada.

Su objetivo es elevar la calidad de vida del niño y su núcleo familiar, brindando servicios eficientes y eficaces en tres niveles de atención: Preventivo, asistencial y de rehabilitación.

El Servicio cuenta con un equipo formado por 5 psicólogos, 2 psicomotricistas, un fonoaudiólogo y una maestra especializada.

Los diferentes técnicos del equipo, trabajan en forma coordinada realizando ateneos semanales en los que se analizan los casos y se planifican estrategias de prevención y tratamiento.

Se trabaja además en coordinación con otras instituciones o profesionales que atienden a los pacientes, como ser escuelas, asistentes sociales etc.

Los pacientes ingresan derivados por cualquiera de los Servicios del Hospital pero principalmente por Pediatría, Psiquiatría Infantil, Neuropediatría y ORL así como también internamente por los otros técnicos del equipo.

En cuanto a las funciones de los técnicos psicólogos éstos realizan :

- Estudios psicodiagnósticos de por lo menos 5 entrevistas y según el caso se deriva a otro técnico si es necesario.
- Orientaciones a padres
- Controles evolutivos y seguimientos.
- Apoyos terapéuticos según la patología del paciente.
- Reubicaciones escolares a niños con retardo mental.
- Apoyo en Sala a niños internados con diversas patologías.
- Tratamiento psicoterapéutico a niños con trastornos del desarrollo, con encuadre Psicoanalítico.

- Prevención: se realizan estrategias de prevención mediante la información a través de folletos de divulgación sobre temas específicos que apuntan al auto-cuidado de la salud.

Area de Psicomotricidad

Funciones:

- ⇒ Policlínicas de tratamiento psicomotriz.
- ⇒ Con lactantes: asistencia a la díada madre-bebé
- ⇒ Con pre-escolares y escolares.
- ⇒ Asistencia a pacientes con riesgo neurológico.
- ⇒ Policlínicas de diagnóstico psicomotriz y seguimiento evolutivo.
- ⇒ Asistencia en salas de internación de pediatría: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento mientras permanece internado el paciente.
- ⇒ Seguimiento de evolución en policlínica.
- ⇒ Participación en ateneos Clínicos del Servicio.

Area de Fonoaudiología

Funciones:

- Evaluaciones y diagnósticos
- Seguimientos y controles evolutivos
- Tratamientos.

Area de Pedagogía

Funciones:

- Diagnóstico pedagógico

- Dificultades globales y específicas de aprendizaje.
- Controles evolutivos.



NORMAS DE PUBLICACIÓN DE ORIGINALES

Los artículos entregados para su publicación en la Revista "Salud Militar" de la D.N.S.F.F.AA. deberán adecuarse a las siguientes normas:

1. Los trabajos deberán ser escritos a máquina, en idioma español, de un solo lado, a doble espacio y con un margen izquierdo de 3 cm. como mínimo. Con el original se adjuntará un diskette con el archivo de texto.
2. El trabajo debe ir acompañado con una carta de presentación y la firma y autorización de todos los autores, aprobando los resultados del trabajo.
3. Los artículos serán analizados por el Comité Editorial, quien valorará su forma y contenido. Si son tenidos en cuenta serán enviados a doble arbitraje. De este pueden surgir tres posibilidades: 1) aceptados sin modificaciones, 2) publicados previas modificaciones propuestas por el Comité Editorial y aceptadas por los autores, 3) no aceptados, los motivos de la no aceptación y las correcciones propuestas serán notificados a los autores. En la publicación constará la fecha de recibido el trabajo y la fecha de aceptación.
4. La revista "Salud Militar" de la D.N.S.F.F.AA. consta de las siguientes secciones: Artículos Originales, Actualizaciones, Casos Clínicos e Historia de la Medicina Militar.

ARTICULO ORIGINAL: consta de los siguientes elementos: 1) título, 2) resumen y palabras claves, 3) texto 4) tablas y 5) bibliografía.

1) El Título del artículo será redactado en forma concisa pero informativa, con subtítulos si corresponde.

2) Resumen y palabras clave: resumen en español de no más de 250 palabras. El mismo debe exponer el objetivo de la investigación, el diseño del estudio, los procedimientos básicos (selección de individuos, métodos de observación y de análisis), las mediciones y los resultados principales y las conclusiones. Resaltar los aspectos nuevos e importantes del estudio o de las observaciones.

Debajo del resumen se citarán 3 a 10 palabras claves o frases cortas que describan el contenido del artículo, facilitando su inclusión en índices. Se deben utilizar en lo posible los términos del Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.

3) Texto: habitualmente consta de las siguientes secciones: *Introducción, Revisión de literatura, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones.*

INTRODUCCION: describir los fundamentos del estudio, dando una idea de su alcance e importancia y sus limitaciones. Los objetivos deben figurar al final de la introducción.

REVISION DE LA LITERATURA: orientada a actualizar los conocimientos relacionados directa y específicamente con el trabajo en cuestión. Se deben mencionar las fuentes de información utilizadas.

MATERIAL Y METODOS: se describen los procedimientos en forma detallada, de manera de permitir la reproducción de los resultados obtenidos.

NORMAS ETICAS: cuando se presentan experimentos en seres humanos se debe indicar si se siguieron las normas de la Declaración de Helsinki.

ESTADISTICA: describir los procedimientos de modo de permitir al lector verificar los resultados. Se debe discutir la elegibilidad de los sujetos de experimentación y detalles sobre la aleatorización. Precisar el número de observaciones y mencionar los casos perdidos de las observaciones. Especificar los programas de computadora utilizados.

RESULTADOS: se presentan en forma clara, concisa y lógica, para facilitar la comprensión de los hechos que muestran. Deben ajustarse a los objetivos planteados en la introducción.

DISCUSION: analizar y comparar los resultados obtenidos, explicando sus alcances y limitaciones.

CONCLUSIONES: destacar los aportes del trabajo, los que deben estar íntegramente respaldados por los resultados obtenidos y ser una respuesta a los objetivos de la investigación.

4) Tablas, Cuadros y Gráficos: cada tabla se numerará correlativamente y se encabezará con un título descriptivo de su contenido. La tabla debe ser fácil de leer e interpretar sin tener que consultar el texto (autoexplicativa). Los encabezamientos de datos numéricos deben

incluir la unidad de medida utilizada.

Los mismos criterios se tendrán en cuenta para los cuadros, gráficos o figuras (número, título, claridad, sencillez).

Se recomienda no incluir más de cinco elementos gráficos en total en un artículo.

5) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán consecutivamente, en el orden en que aparecen mencionadas en el texto. Se redactarán de acuerdo con las normas de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos y usadas en el Index Medicus Latinoamericano.

En las Publicaciones Periódicas se escribe: el autor o autores. Título. Título abreviado de la revista, año de publicación; volumen: páginas. Se mencionan hasta 6 autores, si son más se utiliza la expresión "et al".

EJEMPLO:

Fernández Barboza R, Rivero D, Echeverría B, Machado EV. Costo Beneficio de la vacunación contra la hepatitis B en trabajadores de hospitales de Venezuela. Bol Of Sanit Panam, 1991; 111 (1): 16 -23.

5. Abreviaturas y siglas: utilizar sólo abreviaturas estándar. Evitar las abreviaturas en el título y en el resumen. La primera vez que se cita el término, debe hacerse en forma completa seguido de la abreviatura o sigla entre paréntesis.

6. Todas las personas designadas como autores deben acreditar su autoría. El orden de los firmantes debe ser decisión conjunta de los autores.

Cada uno de ellos deberá haber participado de modo suficiente en el trabajo como para asumir públicamente la responsabilidad sobre su contenido.

Deberán indicar:

- Nombre completo de cada autor, con la mención del más alto grado académico.

Cargos docentes o científicos que ocupa(n), nombre del departamento, institución o dependencia donde actúa(n).

- Nombre del departamento o Institución responsable.

- Nombre completo, dirección, teléfono, fax o e-mail del autor responsable de la correspondencia acerca del manuscrito.

7. Los originales no serán devueltos en ningún caso.

8. Por mayor información consultar en la Secretaría del Servicio de Publicaciones Científicas de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas:
Tel.: 487 66 66 - Interno 1238

DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
DIRECCION TECNICA
Servicio de Publicaciones Científicas