Clínica Somer
Calidad con corazón

+AVANCES

Edición 04- mayo de 2019

Revista de la Unidad de Investigación de la Clínica Somer



En esta edición encontrarás:

- ***Editorial:*** *La investigación en la práctica clínica.*
- ***Tema general:*** *Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS).*
- ***Nuestra experiencia****: Estandarización e implementación de un protocolo de administración segura de medicamentos con equipos de infusión de alta tecnología en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal; una experiencia exitosa.*
- ***Tema especializado:*** *Trasplante: Una decisión de vida.*
- ***Caso clínico.***

EDITORIAL



La investigación médica en la práctica clínica.

John Jairo Araujo
Cardiólogo ecocardiografista en cardiopatías congénitas pediátricas y del adulto
Centro Cardiovascular Somer Incare.

Los adelantos científicos, la inclusión de nuevas tecnologías en salud, el desarrollo de nuevos medicamentos y terapias médicas para tratar las enfermedades, han sido el producto de la constante investigación. Médicos y diferentes profesionales que ponen su empeño cada día en la práctica clínica, son responsables no solo de dar tratamiento a las enfermedades, sino también de contribuir al constante desarrollo en la investigación médica.

La descripción y el reporte de casos clínicos infrecuentes, el planteamiento de hipótesis fisiopatológicas a nuevas enfermedades, y la ejecución de ensayos clínicos y experimentales en pacientes, son algunas de las maneras de aportar diariamente a la investigación. Para quienes nos dedicamos a la producción científica y a la práctica clínica, la interacción con colegas e investigadores de todo el mundo, mediante plataformas de investigación, brinda una oportunidad para intercambiar información y fortalecer las redes de participación en proyectos científicos clínicos.

Diferentes sociedades médicas y científicas promueven la creación y formación de grupos internacionales de investigadores en distintos ámbitos clínicos, brindado así la oportunidad de participación de hospitales y clínicas de Latinoamérica en diversos proyectos.

La publicación de artículos en revistas médicas internacionales de gran impacto, es un elemento clave en la divulgación de la investigación realizada en nuestro medio. Brindar una mejor atención a nuestros pacientes, es la principal motivación para investigar y publicar.



TEMA GENERAL



Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)

Parte I: Necesidad y origen del nuevo modelo.

Hugo Escobar López
Médico Epidemiólogo - Coordinador Programa Cuidarte Clínica Somer

En las últimas décadas, el modelo de atención de nuestro país es principalmente reactivo frente a las enfermedades y la resolución de los problemas de salud, los cuales son manejados habitualmente como episodios agudos; es decir, es un modelo de eventos donde se trata de definir el problema por el que se consulta, y se centra en diagnosticar e iniciar un tratamiento, habitualmente farmacológico. La consecuencia de este modelo organizativo, es que el paciente recibe una atención más episódica que continua, porque el razonamiento organizativo está concebido para ello. Además, la consulta está normalmente determinada por los problemas agudos que le han surgido al paciente; todo ello conlleva a un modelo eminentemente reactivo y no proactivo.

Un punto de referencia y partida para el modelo que se quiere adoptar, es el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021) el cual es una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales, consideradas innecesarias, evitables e injustas. Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud, independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. El PDSP plantea como objetivos estratégicos, la necesidad de avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud, disminuir la carga de enfermedad existente, y mantener en cero la tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

Siendo consciente de esta problemática, el Ministerio de Salud y Protección Social – (MSPS), dentro del marco de la Ley Estatutaria en Salud, 1751 de 2015, definió la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

En concordancia con estas normas el MSPS promulgó la Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), implementando un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con el objetivo de orientar el sistema al mejoramiento de las condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de las intervenciones de todos los actores para lograr el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, y así garantizar el derecho a la salud. La política tiene en cuenta el modelo de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012-2021; lo que implica que el Estado reconoce que los problemas de salud son también generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, educacionales, de hábitat y que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales.

Los determinantes sociales de la salud señalan tanto los factores protectores de la salud como las causas primarias de la enfermedad; por consiguiente, toda política nacional o territorial de salud debe partir del análisis de los determinantes; los cuales se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas desde la PAIS. La Política establece como uno de los mecanismos para la intervención sobre los determinantes, la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. En nuestra próxima edición, hablaremos sobre el modelo de atención de la Clínica Somer, el cual ha sido denominado Programa Cuidarte.

Bibliografía recomendada:

Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Enero de 2016.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

NUESTRAS EXPERIENCIAS



Estandarización e implementación de un protocolo de administración segura de medicamentos con equipos de infusión de alta tecnología en una unidad de cuidado intensivo neonatal. Una experiencia exitosa

Zapata Alba, Tabares Sebastián , Pardo Juan , [1]
1.Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal - Clínica Somer, Rionegro- Antioquia
2. Servicio Farmacéutico Clínica Somer, Rionegro- Antioquia

Introducción

Los errores más graves relacionados con medicamentos en unidades neonatales ocurren durante su administración intravenosa. La creación de un grupo de terapia intravenosa, la elaboración de un protocolo de administración de medicamentos basado en evidencia científica y la implementación de una farmacoteca digital a través de tecnología calificada con límites de seguridad en concentración, dosis y tiempo, reduce los problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM).

Objetivo

Desarrollar, implementar y evaluar el impacto de un protocolo de administración segura de medicamentos y una farmacoteca digital con equipos de infusión de alta tecnología, específico para la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Metodología

La estrategia fue realizada por un equipo multidisciplinario compuesto por neonatólogo, químico farmacéutico y personal de enfermería. El proceso duró 2 años; inicialmente se realizó una revisión de la literatura para determinar las concentraciones estándar y los límites de dosis de seguridad, la vía, forma y tiempo de administración, estandarización de mezclas, estabilidad, fotosensibilidad, pH y osmolaridad e incompatibilidades en "Y". Posteriormente se creó una farmacoteca digital con 81 medicamentos, adaptada a un software de equipos de infusión de alta tecnología.

La estrategia fue implementada a través de encuentros educativos y entrenamientos de campo. El impacto se evaluó con encuestas al personal de la UCIN y a través del seguimiento a incidentes y errores detectados en la administración de medicamentos, por medio del Programa de Farmacovigilancia y su comparación con los períodos de tiempo previos a la intervención.

Resultados

El 97,4% del personal asistencial de la UCIN consideró que el protocolo y la farmacoteca permite un mejor método de administración de medicamentos con respecto al previo. El 92,1% opinó que reduce y facilita los tiempos de enfermería en la administración de medicamentos intravenosos. El 100% consideró que la estrategia impacta positivamente en la seguridad del paciente.

Resaltamos además, que al comparar los períodos 2014-2015 Vs 2016-2017, se observó que los PRUM de administración de medicamentos IV reducen en un 78.6%. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Comparación de los PRUM, método estándar comparado con el protocolo de administración segura de medicamentos con equipos de infusión de alta tecnología.

Período	Método	Incidencia Acumulada	Tasa
2014-2015	Estándar	4.36%	21.8x1000 pacientes atendidos
2016-2017	Nuevo Protocolo	0.94%	4.7x1000 pacientes atendidos

Conclusiones

Un protocolo de administración segura de medicamentos en neonatos y una farmacoteca, permite estandarizar parámetros que minimizan el riesgo de cometer errores y generan filtros para la identificación de los mismos antes de administrar el medicamento.

La implementación demostró ser efectiva al impactar con una disminución significativa los errores de prescripción, dispensación, administración y programación relacionados con las infusiones.

Agradecimientos:

Agradecemos de manera especial, por su participación en el proceso, a las enfermeras: María del Pilar Yepes, Yenny Paola Correa y al líder del Servicio Farmacéutico Héctor Hernán Jaramillo. También hacemos extensivo el agradecimiento a todo el personal de la UCIN y al Servicio Farmacéutico de nuestra Clínica.

TEMA ESPECIALIZADO



Trasplante: Una decisión de vida

Eliseo Bustamante Durán
Cirujano General - Fellow Cirugía de Trasplante de Órganos Abdominales

Con frecuencia, en la historia de la humanidad, aspectos y sueños que en un momento dado fueron una fantasía, a lo largo del tiempo terminan siendo una realidad. El ser humano se supera a sí mismo y a sus sueños y sin lugar a dudas, el avance más importante de la medicina del siglo XX son los trasplantes de órganos sólidos. Este procedimiento, que logra mejorar la calidad de vida, aminorar el sufrimiento del paciente y en muchas ocasiones salvar vidas, conjuga el conocimiento científico, la pericia técnica y los avances tecnológicos, con los más nobles sentimientos del ser humano como la solidaridad, el amor y la aceptación de los más altos principios éticos de beneficencia, pero ante todo la voluntad humana por superar el dolor y la enfermedad, esto refleja el instinto más fuerte de los seres vivos: la necesidad de supervivencia.

En efecto, los trasplantes han dejado de ser un procedimiento experimental para convertirse en un tratamiento estandarizado, sin el cual, más de 135.000 personas trasplantadas en el año 2017 hubiesen fallecido a corto o largo plazo, en algún lugar del mundo(1).

Los trasplantes llegaron para quedarse e irrumpieron contundentemente las creencias y supuestos de la cultura de las diferentes comunidades, obligando a repensar y reconsiderar los valores y los derechos humanos. El ejemplo más claro de esto es el donante vivo, quien puede definirse más allá de conceptos técnicos, como una persona que se somete a una cirugía que no necesita, solamente por solidaridad y apoyo a otra persona en condición de necesidad.

En Colombia, al 31 de diciembre del año 2017 había 2.507 personas activas en la lista de espera para trasplante de algún órgano y durante ese año fallecieron 118 esperando por un órgano que nunca llegó (2). Estas cifras nos obligan a repensar nuestros paradigmas; ¿se requiere el cuerpo material después de la muerte?, ¿qué le sucede al cuerpo luego de que la persona fallece?, ¿No parece entonces un milagro que algo que se descompondrá en la tierra y se convertirá en ceniza, pueda ser empleado para generar tanto alivio y esperanza de vida para otros?

Independiente de estas reflexiones, debe quedar muy claro que la donación de un órgano es voluntaria y no remunerada, aunque hay una importante controversia alrededor del mundo en relación con la necesidad de implementar una compensación para los donantes vivos como apoyo al período de tiempo en que realizan la donación altruista. En algunos países existen algunas compensaciones para los donantes fallecidos y sus familias, como tener prioridad en las listas de espera, colaboración con los gastos del sepelio, etc.

Solo pensamientos nobles y altruistas deben guiar a las instituciones que hacen su apuesta y corren los riesgos financieros, administrativos y legales de crear un grupo de trasplantes. Considerando que los receptores de órganos son, por mucho, las personas más enfermas, con mayor deterioro sostenido en la calidad de vida y en importante riesgo de muerte por su condición de falla terminal de órgano, la institución y las personas que laboran en ella se exponen a riesgos mucho mayores que los que les imponen el manejo de otras condiciones más benignas. El contacto y manejo de los pacientes en falla terminal de órgano será una montaña rusa emocional y habrá que enfrentar situaciones difíciles; no siempre se gana, pero no siempre se pierde y por cualquier vida humana vale la pena todo el esfuerzo médico e institucional para que ese ser pueda desempeñar su vida en la tierra.

Bibliografía recomendada

- GODT. Global Observatory on Donation and Transplantation. ORGAN DONATION AND TRANSPLANTATION ACTIVITIES 2016. WHO Collaborating center on Donation and Transplantation. ONT Y Gobierno de españa. En: http://www.transplantt-observatory.org/, consultada el día 15.02.2019
- INS, Instituto Nacional de Salud. Coordinación red Nacional de Donación y Trasplante. Colombia, año 2018: WWW.ins.gov.co Consultado el día 10.03.2019.

CASO CLÍNICO

@clinica_somer

/Clínica Somer

Caso clínico

Luis Gonzalo Guevara- Gastroenterólogo
Eliana Rojas- Fellow segundo año de Gastroenterología

En nuestra anterior edición, enviamos el siguiente caso: Paciente de 64 años, con historia de reflujo gastroesofágico y dispepsia; consulta a Urgencias por cuadro clínico de tres meses, consistente en intolerancia a la ingesta de sólidos que voluciona a líquidos, asociado a emesis con la ingesta y pérdida objetiva de 12 kg de peso. En los últimos dos días empeoraron los síntomas por lo que consulta. Dentro de los estudios, se realizó una endoscopia en la cual se evidencia dilatación esofágica generalizada, con estenosis del hiato que se logra franquear con el equipo. Además se realizó un esofagograma (ver imagen 1).

Agradecemos a nuestros lectores que enviaron sus espuestas y nos permitimos responder las preguntas.

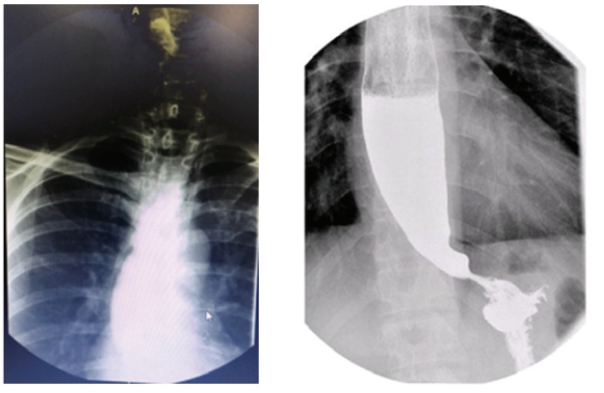


Imagen 1: Esofagograma

¿Qué diagnóstico considera para el (la) paciente?

En los pacientes con disfagia y pérdida de peso, se debe sospechar una lesión neoplásica o patología funcional.

Describa los hallazgos imagenológicos.

El esofagograma consiste en un Rx con medio de contraste. En este caso, la imagen muestra un patrón cardial estenosante, de contornos regulares que unido a la imagen endoscópica , orientan hacia una patología funcional cardial.

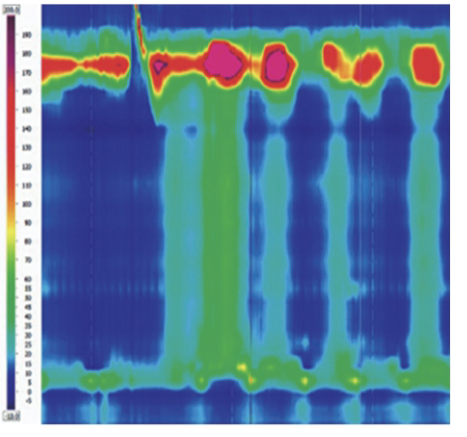


Imagen 2: Manometría de alta resolución

¿Qué otros exámenes solicitaría?

Existen diferentes estudios que se realizan para lograr llegar al diagnóstico de Acalasia, sin embargo en la actualidad solo la manometría esofágica de alta resolución confirma. En nuestro caso, el examen fue interpretado como: Aperistalsis del cuerpo esofágico con pan presurización y esfínter esofágico inferior hipertónico, lo que confirma el diagnóstico de Acalasia tipo II (ver imagen 2).

¿Qué opciones de tratamiento considera?

Clínicamente se ha considerado que la Disfagia es el síntoma característico de la enfermedad , pero los estudios han demostrado que otros síntomas pueden formar parte del cuadro clínico; pirosis 75%, vómito 45%, dolor torácico no cardíaco 20%, epigastralgia 15%, tos 20% y pérdida de peso no intencional en 10% de los pacientes. Por lo que es necesario un manejo integral.

En la actualidad se cuenta con diferentes opciones de tratamiento para la Acalasia, es fundamental tener en cuenta el subtipo, pues de esto depende la respuesta al manejo.

Condición	Tratamiento de preferencia
Acalasia Tipo I	• Farmacológico (pobre efecto) • Toxina Botulínica (pobre efecto, duration 6 -12 meses) • Dilatación neumática (tasa de éxito 85%) • Miotomía de Heller (tasa de éxito 81%) • POEM (miotomía endoscópica per-oral)
Acalasia Tipo II	• Farmacológico (pobre efecto) • Toxina Botulínica (pobre efecto, duración 6-12 meses) • Dilatación neumática (tasa de éxito 100%) • Miotomía de Heller (tasa de éxito 93%)
Acalasia Tipo III	• Farmacológico (pobre efecto) • Toxina Botulínica (pobre efecto, duration 6-12 meses) • Dilatación neumática (tasa de éxito 40%) • Miotomía de Heller (tasa de éxito 86%) • POEM (miotomía endoscópica per-oral, Tasa de éxito >90%)

Bibliografía recomendada:

- Clasificación de Chicago para trastornos de la motilidad esofágica versión 3.0 - Scientific Figure on ResearchGate. Available from: https://www.researchgate.net/Figura-6-Algoritmo-diagnostico-para-definiciones-de-Clasificacion-Chicago-v30-9_fig1_303184675 [accessed 5 Sep, 2018]
- JE. Pandolfino, A J. Gawron. JAMA May 12, 2015 Volume 313, Number 18.
- JE. Pandolfino, PJ. Kahrilas. Clinical Gastroenterology And Hepatology 2013;11:887–897