

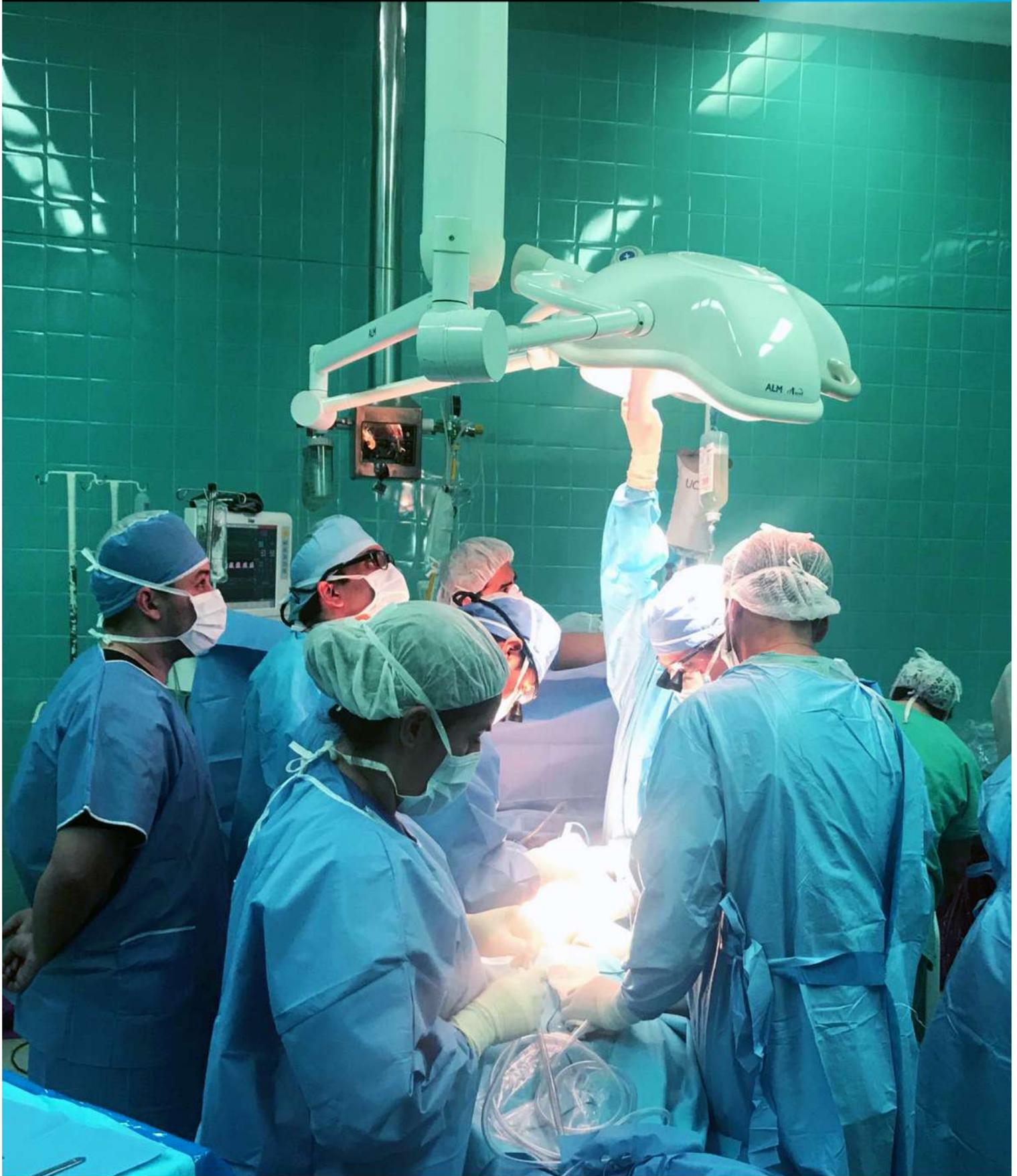
@ HOSPITAL

REVISTA • CIENTÍFICA
HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO

VOLUMEN 2

ISSN 2683-8192

Nº 1
2020
ABRIL



Hospital Municipal de Agudos
Dr. Leónidas Lucero

Subdirección de Ciencia,
Tecnología y Educación

HMALL



Departamento de
Docencia e Investigación

HMALL

PORTADA DE ESTA EDICIÓN

Pamela Vega

“Una luz de esperanza”

PROPIEDAD Y EDITOR RESPONSABLE

Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”.
Estomba 968, CP 8000.
Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires.
Tel: (0291) 4598484.

AUTORIDADES HOSPITALARIAS

Director General: Gustavo Adolfo Carestía.
Sub Dirección de Ciencia, Tecnología y Educación: Facundo Leandro Arnaudo.
Jefe de Departamento de Docencia e Investigación: Analía Verónica Ocampo.

COMITÉ EDITORIAL

Director: Analía Verónica Ocampo.
Director Editorial: Lucía Lamponi Tappatá.
Secretario de Redacción: Claudia Pasquaré.

COMITÉ DE REDACCIÓN

Fabiana Ciccioli.
María Gabriela Harguindeguy.
Patricia Alejandra Barberio.
Pilar Carral.

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO

Gustavo René Piñero.
Gustavo Stork.
Luciano Pompermayer.
María Florencia Gallardo.
Romina Dodero.

DISEÑO Y ASESORAMIENTO TÉCNICO

Juan Manuel Arbotti.

IMÁGENES

Javier Herrera.

SECRETARÍA

Antonela Arnaldi.

INDICE

EDITORIAL

Reflexiones sobre la pandemia COVID-19.

Lamponi Tappatá Lucía, Spadaro María Laura, Maurizi Diego 1-4

EDITORIAL

“Es hora de actuar”. 24 de marzo: Día mundial de la tuberculosis.

Fiore Carlos Alberto. 5

ARTÍCULO ORIGINAL

Vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes internados por neumonía adquirida en la comunidad.

Mirofsky Matías A., Rolfo Verónica, Verdinelli Cecilia, Mosna Catalina, Modello Romina, Strazzere Ana, Andre Silvina, Campos Verónica, Mutti Silvia, Chedresse Nahim, Biancalana Melina, Martínez Urquiza Romina, Dedyng Magdalena, Bazan Laura, Julian Danila, Lopresti Jose. 6-11

ARTÍCULO ORIGINAL

Seguridad del paciente: caídas en un servicio de clínica médica.

Lamponi Tappatá Lucía, Frank Sofía, Pérez Rossini Juan Pablo, Reisvig Mariela, Moscoso Nebel, Ocampo Analía. 12-17

ARTÍCULO ORIGINAL

Encuesta sobre atención de baja complejidad en una Unidad de atención médica ambulatoria.

Gallardo María Florencia, Bartolini Fernanda. 18-23

ARTÍCULO ESPECIAL

Construcción de conocimientos en Enfermería ¿Una deuda pendiente?

Mangano María Alejandra, Gonzalez Codony Lucía, Ocampo Analía. 24-28

NORMAS PARA AUTORES

29-31

"Reflexiones sobre la pandemia COVID-19"

Lamponi Tappatá Lucía, Spadaro María Laura, Maurizi Diego

Unidad de Infectología

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero"

¿Estamos ante un fenómeno nuevo?

Hacia el final del año 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) entró en contacto con las autoridades de China por un brote de neumonía de probable etiología viral, que afectó a habitantes de Wuhan, una ciudad ubicada a 4 horas de Hong Kong. La investigación epidemiológica en Wuhan identificó la asociación del brote con un mercado de mariscos que vendía animales vivos, donde la mayoría de los infectados había trabajado o visitado. Se confirmó que el virus responsable era un coronavirus, y fue denominado inicialmente 2019_nCoV (novel coronavirus) y luego modificado a COVID-19. Estas infecciones se fueron propagando primero por diferentes regiones de China y luego en otros países. El 11 de marzo la OMS cambió la calificación del coronavirus COVID-19, pasando de epidemia a pandemia.

Pandemia, procede del vocablo griego πανδημία, de παν (pan, todo) y de δήμος (demos, pueblo), expresión que significa "reunión de todo un pueblo". La definición de pandemia, según la OMS, incluye a la de epidemia, que es la aparición repentina de una enfermedad que afecta a gran parte de la población, pero extendida a muchos países, independientemente de la letalidad. La OMS indica que para que se dé una pandemia, se necesita que aparezca un virus nuevo que no haya circulado previamente y por lo tanto no exista población inmune a él, que el virus sea capaz de producir casos graves de enfermedad y que el virus tenga la capacidad de transmitirse de persona a persona de forma eficaz.

Las pandemias que han afectado la humanidad a lo largo de la historia desempeñaron un papel fundamental en el desarrollo de las sociedades y

en su devenir histórico. Las epidemias comparten con las hambrunas, las guerras y las catástrofes naturales una característica importante: siempre acarrear otros desastres.

La pandemia más grave del siglo XX fue la gripe de 1918, denominada gripe española, ya que allí fue donde se reportó el primer brote. Se estima que infectó a unos 500 millones de personas o un tercio de la población mundial, ocasionando la muerte de al menos 50 millones de personas en todo el mundo (6% de la población), en tan solo siete meses.

La viruela, una enfermedad actualmente erradicada, provocó más de 300 millones de muertes a lo largo de la historia y se estima que es la que más mortalidad ha generado. Seguido de esta, el sarampión ha provocado según estimaciones de la OMS, 200 millones de muertos en el mundo. La peste bubónica, conocida también como peste negra, que estuvo activa hasta 1959, provocó la muerte de 12 millones de personas. El tifus mató 4 millones de personas y el cólera más de 3 millones.

La gripe asiática (H2N2) apareció en China entre el año 1957 y 1958, llegando varios meses después a América y Europa, causando un total de 1,1 millones de muertes. La gripe de Hong Kong (H3N2) fue considerada la primer pandemia de la era moderna (facilitada por los transportes aéreos) y provocó 1 millón de muertes en el mundo entre 1968 y 1970.

El virus del VIH se considera la quinta pandemia en orden de relevancia, ya que a partir de 1981 mató a más de 32 millones de personas, según ONUSIDA.

El siglo XXI también se vio afectado con grandes epidemias como la del SARS, la gripe aviar, el

ébola, el MERS, el Zika y pandemias como la de gripe A H1N1 y la que estamos atravesando actualmente de COVID-19.

Nuestro país no estuvo ajeno a padecer epidemias a lo largo de la historia. La viruela y el tifus fueron las que más azotaron a la población del Río de la Plata, potenciadas con el tráfico de esclavos que trajo consigo la peste bubónica y el cólera durante el siglo XVIII. Pero la epidemia que marcó un antes y un después fue la de la fiebre amarilla en Buenos Aires (transmitida por mosquitos infectados, generalmente del género *Aedes*, los mismos que transmiten los virus del dengue, zika y chikungunya), especialmente en 1870 y 1871. La fiebre amarilla provocó aproximadamente 14.000 muertes. En 1956, se produjo la mayor epidemia de poliomielitis o polio en la Argentina, con 6.496 casos notificados de una enfermedad que causaba la muerte o dejaba una severa discapacidad.

En el siglo XXI, previo a la actual pandemia, la Argentina se vio afectada por la gripe A (H1N1). La pandemia fue causada por un virus de influenza A que representó un reordenamiento cuádruple de dos cepas porcinas, una cepa humana y una cepa aviar. El brote apareció en México y se extendió rápidamente a los Estados Unidos, Canadá y en todo el mundo como resultado de los viajes aéreos. En junio de 2009, la OMS elevó su nivel de alerta de pandemia al nivel más alto, fase 6, lo que indica una transmisión comunitaria generalizada en al menos dos continentes. Se considera que afectó a un quinto de la población mundial y pese a la amplia distribución del virus, tuvo una mortalidad baja, estimada en 0,02%. En Argentina provocó 626 muertes. La pandemia se declaró terminada en agosto de 2010, aunque el virus ha seguido circulando desde entonces.

Las pandemias de gripe tienen como denominador común el comportamiento como zoonosis y su aparición como consecuencia del contacto del hombre con los animales. Las transmisiones suelen ocurrir cuando el ser humano invade los espacios donde habitan los animales salvajes, lo cual ocurre cada vez con más frecuencia cuando se urbanizan espacios naturales o cuando se cazan animales para comer o comercializar. Existen virus gripales que circulan habitualmente en los animales, principalmente aves y cerdos, y que

ocasionalmente pueden enfermar al ser humano. Pero, si uno de estos virus adquiere la capacidad de transmitirse de forma continua entre personas, puede desencadenar una pandemia ya que los seres humanos tienen poca inmunidad contra un virus nuevo. Algo similar ocurrió con la actual pandemia de COVID-19. Si bien la ruta específica de transmisión de los reservorios naturales a los humanos aún sigue sin estar clara, varios estudios sugieren que los murciélagos y otros mamíferos intermedios aún no identificados, podrían haber sido los implicados.

Pandemia COVID-19. Situación actual.

Los coronavirus son virus de ARN que existen hace mucho tiempo y que, como característica, son susceptibles a presentar fácilmente mutaciones en su material genético, generando nuevas subespecies para el hombre, como es el caso del COVID-19. Son patógenos que circulan tanto en animales como en humanos. Los coronavirus causan principalmente infecciones del tracto respiratorio superior en adultos y diarrea en niños. Ya hemos tenido epidemias de coronavirus antes. En el año 2002 apareció el SARS-CoV en China, que se extendió por más de 30 países y afectó a 8.096 personas con una mortalidad del 10% y un índice de contagio de entre 1,8 y 2,5 personas por infectado. En el año 2012, el MERS-CoV apareció en Arabia, afectando a 2.494 personas, con una mortalidad que alcanzó el 35% y un índice de contagio de 0,3 a 1,3 personas por infectado. Ambos virus aparecieron como consecuencia de mamíferos reservorio, murciélagos en el caso del SARS y camélidos en el MERS. En el caso del COVID-19, el brote apareció en China y se extiende al día de hoy a 185 países/regiones, con más de 1,8 millones de infectados, una mortalidad global del 6,2% y un índice de contagio de entre 2,4 y 3,8.

Aún no se logró comprender completamente la transmisión del COVID-19. Se cree que la enfermedad tuvo su origen en algún animal silvestre que lo transmitió a un humano, como se explicó anteriormente. Actualmente el principal modo de transmisión es de persona a persona mediante las secreciones respiratorias que elimina una persona infectada cuando habla, tose o estornuda y a partir del contacto con superficies infectadas y posteriormente con las

mucosas de personas sanas. La transmisión durante el período de incubación es posible. Varios estudios determinaron que dos o tres días antes del inicio de los síntomas ya se puede hallar el virus en las secreciones. Por otro lado, existen casos de cuadros oligosintomáticos que podrían pasar desapercibidos y transmitir el virus. La transmisión luego de la cura clínica también es posible, ya que el virus puede continuar en las secreciones, y en esto se basa el aislamiento preventivo durante un tiempo posterior a la resolución de los síntomas en un paciente infectado. De todas formas, los pacientes sintomáticos son los que tienen la carga viral más alta y por lo tanto la mayor posibilidad de contagiar. Por otro lado se ha detectado PCR de COVID-19 en la materia fecal de los pacientes infectados, aunque aún no se pudo determinar la viabilidad del virus y por lo tanto la posibilidad de una transmisión fecal oral. Tampoco se pudo comprobar aún la transmisión perinatal o por lactancia materna.

En cuanto a la distribución de las infecciones por edad, sabemos que afecta principalmente a adultos. Solo el 2% de los afectados son menores de 20 años. Los niños, por algún motivo aún no esclarecido, suelen cursar con cuadros leves o asintomáticos. En términos de gravedad, el 81% de las infecciones son leves, el 14% corresponden a casos severos y el 5% a casos críticos. Dentro de éstos últimos, la mortalidad se sitúa cercana al 50%.

Tal como se viene observando, es bien sabido que la mortalidad de las infecciones no es igual en todos los países. Estas diferencias pueden ser atribuidas a varios factores como las estrategias de mitigación que se tomaron, aspectos culturales, la edad media de la población, la capacidad y el adecuado funcionamiento del sistema de salud para responder a la demanda, el clima y otras hipótesis que se manejan más recientemente como la política nacional con respecto a la vacunación infantil con BCG.

Uno de los principales determinantes de la mortalidad es la edad de la población. La mortalidad en menores de 40 años se estima en menos del 1%, pero cuando hablamos de mayores de 80 años la misma se eleva al 15%. Estos números pueden no ser tan certeros ahora que sabemos que existe una gran proporción de

casos asintomáticos u oligosintomáticos subdiagnosticados. Recientemente un trabajo publicado por la revista The Lancet tomó en consideración la proporción de casos asintomáticos (y por lo tanto modificó el denominador), y estimó que en menores de 40 años la mortalidad es menor al 0,1%, mientras que en mayores de 80 años es de 7,8%. Sea cuál sea el mejor cálculo, es claro que la mortalidad aumenta notablemente a medida que aumenta la edad, siendo esta curva más pronunciada a partir de los 60 años. Incluso, a partir de los 60 años, cada 10 años la mortalidad prácticamente se duplica. Volviendo a las diferencias geográficas en cuanto a la mortalidad, posiblemente en los países cuya población es más añosa, como por ejemplo Italia, el impacto de la pandemia sea mayor.

Para comparar otros aspectos relacionados al comportamiento de la pandemia en cada país, debemos tener algunas precauciones. Por un lado el número de casos de COVID-19 en cada país depende de la estrategia de testeo. Un ejemplo de ello, es Estado Unidos, que en un determinado momento implementó la estrategia de testeo masivo, aumentando en muy pocos días los casos infectados. De esta forma, si se usa una definición de caso más abarcativa o se hacen testeos masivos, probablemente tengamos más diagnósticos que si la misma es más acotada. En el análisis de la tan famosa curva epidemiológica de casos y mortalidad de cada región se pueden destacar varios aspectos. En Italia la curva fue muy pronunciada al inicio y ahora parece estar en descenso, aunque aún reporta entre 3 mil y 4 mil casos nuevos por día. En dicho país la mortalidad ronda en 12,7%. Como factor epidemiológico de relevancia, alrededor del 22% de la población tiene más de 65 años (corresponde a casi 14 millones de personas). España tuvo también una curva muy exponencial de contagios que recién ahora presenta tendencia a estabilizarse, aunque continúa registrando entre 5 mil y 6 mil casos diarios. Este país no llegó a preparar su sistema de salud ni a aislar a la población a tiempo y la mortalidad actual es de 10,3%. Tanto Italia como España utilizaron la estrategia de cuarentena a la población cuando ya tenían más de 7 mil casos. En contraposición, Corea del Sur mostró una curva de infectados casi plana y actualmente los recuperados superan a los infectados, aunque aún se registran entre 50 y 200 casos

diarios. La mortalidad en este país se sitúa en 2%. Corea del Sur ya ha tenido que contener brotes de otras epidemias por lo que su sistema de salud está muy bien preparado. Por otro lado, la edad media de esta población es menor que la de Italia, ya que se estima que aproximadamente el 18% de sus habitantes tiene más de 65 años.

En Argentina actualmente estamos ante una curva ascendente pero no exponencial, con entre 70 y 150 casos diarios, sumando al día de hoy un total de 2.208 casos. La tasa de letalidad se sitúa en 4,3%, (menor a la media global), con un promedio de edad en los fallecidos de 69 años y un predominio del sexo masculino. Argentina aún se encuentra en la fase de contingencia de la pandemia, aunque ya se registran áreas con circulación comunitaria como Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Área Metropolitana de Buenos Aires, Provincia de Chaco, Provincia de Santa Fe (Santa Fe, Rosario, Rafaela), Córdoba (Ciudad de Córdoba, Alta Gracia y Río Cuarto) y Tierra del Fuego (Ushuaia). En cuanto a la edad de la población argentina, solo el 11% tiene más de 65 años, lo cual nos sitúa en ventaja con respecto a otros países. Por otro lado, nuestro país tomó medidas extremas precoces que permitieron retrasar la aparición de casos y preparar el sistema sanitario para responder a la demanda. A diferencia de los países europeos, Argentina, con menos de 100 casos ya había tomado las medidas de distanciamiento físico imponiendo el aislamiento preventivo, social y obligatorio. En la mayoría de los países que no tomaron esta conducta precoz parece haber concordancia en que entre el día 18 y 22 desde la aparición de los 100 primeros casos, es cuando la curva se hace más vertical. Sin embargo, en Argentina la situación parece estar dándose de forma diferente. El 21 de marzo Argentina registró 128 casos (17 días después del reporte del primer caso) por lo que rondando estos días estaríamos en esa fecha estimada de pronunciación de la curva, y estamos viendo que la cantidad de casos diarios se mantiene estable.

Ahora bien, esta cuarentena que resultó tan exitosa en términos epidemiológicos, ha devastado la economía del país y por eso se hace insostenible mantenerla el tiempo que quisiéramos. ¿Qué pasará cuando la cuarentena se vaya levantando? Si bien será gradual, probablemente aumenten los casos. Bahía Blanca quedará desprotegida y vulnerable cuando empiecen los movimientos entre

ciudades. De nosotros depende educar a la población en las medidas de distanciamiento social, en proteger a los adultos mayores que se encuentran en situación de vulnerabilidad y en adherir a las medidas preventivas como son la higiene y el lavado de manos. Actualmente Bahía Blanca no presenta circulación viral comunitaria. Todos los casos han sido importados o contactos estrechos de casos positivos. Nuestra tarea ahora es además, aumentar la cantidad de hisopados en nuestra población para poder reafirmar que Bahía Blanca no tiene circulación viral y para poder detectarla precozmente cuando aparezca.

¿Qué significa esta pandemia para cada uno de nosotros?

Hoy todos tenemos un desafío. Para algunos es quedarse en casa y para otros es salir a cumplir con su labor. Lo importante es ser un equipo y tener un objetivo común. Un objetivo que estamos cumpliendo individualmente pero a la vez de forma colectiva.

Esta pandemia nos demuestra que su impacto y consecuencias pueden ser muy graves, incluso cuando se trata de potencias mundiales. Pero si bien una pandemia genera desastres, también promueve aprendizajes sobre la concepción del mundo. Por otro lado deja en evidencia aspectos humanos que no siempre están a la vista como la unión y la solidaridad hacia las personas que más lo necesitan en este momento.

En el ámbito sanitario, nos enorgullece el actual reconocimiento a los profesionales de la salud, tan relegados en tantas oportunidades por la sociedad. Queremos transmitirles que estamos trabajando constantemente para que esta pandemia nos encuentre tan preparados como sea posible.

Si bien todos hemos visto películas donde una epidemia condiciona el fin de la humanidad, sabemos, como dice el reconocido infectólogo argentino Pedro Cahn, que hay un mundo después del coronavirus. En un tiempo, esto habrá terminado y habremos aprendido muchas cosas. Pero en este momento, lo más importante sigue siendo, que mientras intentamos cuidar tu salud, vos nos ayudes quedándote en casa.

12/04/2020
22:40 hs

"Es hora de actuar"**24 de marzo: Día mundial de la tuberculosis**

Fiore Carlos Alberto.

Médico Neumólogo.

El 24 de marzo de 1882 el Dr. Robert Koch anunció que había descubierto la bacteria que provoca la tuberculosis (TBC), lo que permitió diagnosticar y curar la enfermedad. Cada año en esa fecha se celebra el Día Mundial de la Tuberculosis para concientizar sobre las terribles consecuencias sociales, económicas y para la salud, acelerando los esfuerzos para poner fin a esta epidemia mundial.

La TBC sigue siendo la enfermedad infecciosa más letal del mundo. A nivel mundial, en 2018, se estimó que 10 millones de personas enfermaron, y aproximadamente 1.5 millones murieron por esta infección prevenible y curable (de ellas 251.000 tenían VIH). Se calcula que el esfuerzo mundial por luchar contra la TBC ha salvado más de 54 millones de vidas desde el año 2000 y ha reducido la tasa de mortalidad en un 42%.

En las Américas, en 2018, se estimaron 289.000 casos. La mortalidad estimada para la región fue de 22.900, de los cuales el 26% (5.900) corresponde a la co-infección por TBC/VIH (el 80% de los casos de TBC/VIH ocurren en 7 países: Brasil, Haití, México, Perú, Colombia, República Dominicana y Venezuela).

En nuestro país, la TBC continúa siendo un importante problema sanitario que afecta mayoritariamente a población joven y activa, en edad productiva y casi uno de cada cinco pacientes tiene menos de 20 años. Nuestro patrón epidemiológico preponderante se encuentra inmerso en lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado en llamar "Tuberculosis en grandes ciudades", que se caracteriza por una urbanización acelerada, gran concentración de población pobre, barreras de acceso a los servicios de salud y fragmentación de la atención en los mismos.

En cuanto a las cifras más importantes de la Argentina (año 2017):

- El 18% de los casos notificados son menores de 20 años.
- 9 de cada 10 casos son casos nuevos y recaídas.
- El 86% es de localización pulmonar.
- Entre los 35 y 49 años, 1/3 de los fallecidos tenían coinfección con VIH.
- De los 11.527 casos notificados, en el 30% se desconoce evolución, mientras que del 70% restante, el 77% de los pacientes tratados se curaron.
- Hubo 706 muertes (63% varones, 37% mujeres), 26.3 cada 100.000/habitantes.
- La confirmación bacteriológica para el total de los casos pulmonares, sea por cultivo o por examen directo de esputo, fue del 71,4%.
- Entre los 20 y 44 años se concentró el 49,2% de los casos nuevos y recaídas.
- El 71% de los casos nuevos y recaídas corresponde al grupo económicamente activo (20 a 64 años).
- La proporción de casos de TBC pediátrica (menores de 15 años) fue mayor en el grupo de casos nuevos y recaídas, representando el 8,8%, frente al 4,1% de los casos antes tratados. Si se agregan los adolescentes (15 a 19 años) la proporción aumenta a 18,6% y 12,2% respectivamente.

El lema del Día Mundial de la TBC 2019, "Es hora de actuar", pone el acento sobre la urgencia de adoptar medidas para cumplir los compromisos adquiridos por los líderes mundiales, a saber:

- Aumentar el acceso a la prevención y el tratamiento;
- Establecer la rendición de cuentas;
- Garantizar una financiación suficiente y sostenible, en particular para la investigación;
- Poner fin a la estigmatización y la discriminación;
- Promover una respuesta a la TBC que sea equitativa, basada en los derechos y centrada en las personas.

Vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes internados por neumonía adquirida en la comunidad

Influenza and pneumococcal vaccination in patients admitted for pneumonia acquired in the community

Mirofsky Matías A.¹, Rolfo Verónica¹, Verdinelli Cecilia², Mosna Catalina², Modello Romina³, Strazzere Ana³, Andre Silvina⁴, Campos Verónica⁴, Mutti Silvia⁵, Chedresse Nahim⁵, Biancalana Melina⁶, Martínez Urquiza Romina⁶, Dedyng Magdalena⁷, Bazan Laura⁸, Julián Danila⁹, Lopresti Jose⁹.

¹ Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca, Argentina.

² Hospital de la Asociación Médica "Dr. Felipe Glásman", Bahía Blanca, Argentina.

³ Hospital Interzonal de Agudos "Dr. José Penna", Bahía Blanca, Argentina.

⁴ Hospital Privado del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

⁵ Hospital Naval Puerto Belgrano, Punta Alta, Argentina.

⁶ Hospital Regional Italiano del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

⁷ Hospital "Dr. Raúl Matera", Bahía Blanca, Argentina.

⁸ Hospital Municipal "Eva Perón", Punta Alta, Argentina.

⁹ Hospital Regional Español, Bahía Blanca, Argentina.

Resumen

Una de las estrategias preventivas para la neumonía adquirida en la comunidad es la vacunación antigripal y antineumocócica. Existen pocos datos de porcentajes de utilización de ambas vacunas en nuestro país. El objetivo de este trabajo fue conocer el porcentaje de utilización de las vacunas antigripal y antineumocócica en pacientes con indicación de las mismas, que se internaron a causa de neumonía adquirida en la comunidad. Estudio observacional, descriptivo, con recolección de datos de forma prospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes mayores de 18 años internados por neumonía aguda de la comunidad en los hospitales de Bahía Blanca y Punta Alta. Se registraron 379 casos de neumonía. El 88,4% tenían indicación de vacunación antigripal y antineumocócica por lo que constituyeron la población de estudio. La edad media fue de 72 años, con predominio del sexo femenino. El porcentaje de utilización general para vacuna antigripal fue del 23,9% y para la vacuna antineumocócica del 14%. Los porcentajes de utilización de ambas vacunas cuando se analizan por edad, factores de riesgo y número de comorbilidades resultaron en un rango entre 4 y 33%. Los resultados del estudio muestran que los porcentajes de utilización de ambas vacunas en pacientes internados por neumonía adquirida en la comunidad son bajos. Recomendamos implementar estrategias de vacunación para pacientes internados por neumonía con el objetivo de mejorar los porcentajes de utilización de las vacunas antigripal y antineumocócica.

Recibido:

marzo 2020

Aceptado:

marzo 2019

Dirección de

correspondencia:

Mirofsky Matías

matiasmirofsky@yahoo.com.ar

Palabras Clave: Neumonía, Infecciones Adquiridas en la Comunidad, Vacunación, Factores de riesgo.

Abstract

One of the preventive strategies for community acquired pneumonia is influenza and pneumococcal vaccination. There are few data on the percentages of use of both vaccines in our country. The objective of this study was to know the percentage of use of influenza and pneumococcal vaccines in patients with an indication, who were admitted due to community-acquired pneumonia. Observational, descriptive study, with prospective data collection from the medical records of all patients over 18 years hospitalized for community acquired pneumonia in the hospitals of Bahía Blanca and Punta Alta. 379 cases of pneumonia were registered. 88.4% had an indication of influenza and pneumococcal vaccination and therefore constituted the study population. The mean age was 72 years, with a predominance of the female sex. The overall utilization rate for influenza vaccine was 23.9% and for pneumococcal vaccine 14%. The percentages of use of both vaccines when analyzed by age, risk factors, and number of comorbidities resulted in a range between 4 and 33%. The study results show that the percentages of use of both vaccines in patients hospitalized for community-acquired pneumonia are low. We recommend implementing vaccination strategies for patients hospitalized for pneumonia in order to improve the rates of use of influenza and pneumococcal vaccines.

Keywords: Pneumonia, Community-Acquired Infections, Vaccination, Risk factors.

Introducción

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es un serio problema de salud a nivel mundial, con alta tasa de hospitalización y elevada morbimortalidad.¹ En Argentina constituye la principal causa registrada de enfermedad respiratoria y en los últimos años su mortalidad se ha incrementado, siendo tres veces mayor en 2014 que en 1992.²

La vacunación antigripal y antineumocócica es una de las estrategias en salud para prevenir la neumonía. La vacunación antigripal fue incorporada al calendario nacional de vacunación en el año 2011, luego de la epidemia del año 2009. La vacunación antineumocócica se incorporó al calendario en el año 2001 y en el año 2017 se realizó una modificación con la incorporación de un nuevo esquema de vacunación.³ En nuestro país existen recomendaciones para la aplicación de ambas vacunas con campañas a nivel nacional.^{3,4} Esas recomendaciones están basadas en la edad y la presencia de factores de riesgo, que para ambas vacunas en adultos, son similares. En Argentina son pocos los datos disponibles sobre las tasas de vacunación antigripal y antineumocócica en poblaciones de riesgo; y no hay datos de estos porcentajes en pacientes internados por neumonía.

El objetivo de esta investigación fue conocer el porcentaje de utilización de vacunas antigripal y antineumocócica en pacientes con indicación de las mismas, que se internaron a causa de neumonía adquirida en la comunidad.

Materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo, con recolección de datos de forma prospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes mayores de 18 años internados con diagnóstico de NAC, en Salas de Internación General, Servicios de Clínica Médica y Unidades de Terapia Intensiva, de los 9 hospitales de la ciudad de Bahía Blanca y de Punta Alta: Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”, Hospital “Dr. Raúl Matera”, Hospital Regional Español, Hospital de la Asociación Médica “Dr. Felipe Glásman”, Hospital Privado del Sur, Hospital Italiano Regional del Sur,

Hospital Interzonal de Agudos “Dr. José Penna”, Hospital Naval de Puerto Belgrano y Hospital Municipal “Eva Perón”.

Las localidades de Bahía Blanca y Punta Alta constituyen la cabecera de los partidos de Bahía Blanca y Coronel Rosales, respectivamente. Se encuentran a 25 kilómetros de distancia y poseen entre ambas un flujo poblacional continuo e importante, lo que motivo a realizar el estudio en las dos ciudades. El período del estudio fue del 21 de junio 2018 al 20 de junio 2019.

Se incluyeron los pacientes mayores a 18 años que tuvieron neumonía adquirida en la comunidad, definida según los criterios diagnósticos del estudio PORT⁵ y criterio de vacunación antigripal y antineumocócica según las normas nacionales. Se registraron variables de estudio epidemiológicas, estado de vacunación previo, cuadro clínico al ingreso, signos vitales al ingreso, scores de riesgo PSI/PORT y CURB-65⁶, antecedentes de comorbilidades, laboratorio al ingreso, estudios por imágenes, muestras microbiológicas, tratamiento antibiótico, complicaciones durante la internación y tipo de egreso hospitalario.

Un paciente se consideró vacunado para influenza cuando refirió al menos una dosis en el último año de dicha vacuna y para neumonía cuando refirió al menos una dosis de vacuna antineumocócica en los últimos 5 años. Un paciente se consideró no vacunado cuando no recordó el antecedente de vacunación o refirió no haberlo realizado.

Se estableció la frecuencia de vacunación y su asociación con la edad, el sexo y los factores de riesgo, con intervalos de confianza del 95%. Los registros se cargaron en planilla Google-Drive Forms versión 2018 y el análisis estadístico en SPSS versión para Windows.

Resultados

Se registraron 379 casos de neumonía adquirida en la comunidad. De ellos, el 88,4% (335 casos) tenían indicación de vacunación antigripal y antineumocócica, por lo que constituyó la muestra de estudio.

La tabla 1 resume las características de la población incluida en el estudio. La edad media fue de 72 años con un rango de 18 a 105 años, con predominio del sexo femenino. El 70% fueron adultos mayores y los factores de riesgo más frecuentes fueron insuficiencia cardíaca, diabetes y EPOC. Casi la mitad de los pacientes presentaban 2 o más factores de riesgo para neumonía adquirida en la comunidad.

	N	% (IC95)
Nº de pacientes con indicación de vacunación	335	100 (100-100)
Mujer	179	53,4 (48-58,8)
Con cobertura social	284	84,8 (81-88,6)
Factores de Riesgo		
Mayores 65 años	236	70,4 (65,5-75,4)
Insuficiencia Cardíaca	79	23,6 (19-28)
Diabetes	75	22,4 (17,9-26,9)
EPOC	73	21,8 (17,3-26,2)
Cáncer	29	8,6 (5,6-11,7)
Síndrome Coronario Agudo	25	7,5 (4,6-10,3)
Alcoholismo	23	6,9 (4-9,6)
HIV – SIDA	18	5,4 (3-7,8)
Asma	15	4,5 (2,3-6,7)
Enf. Renal Crónica	13	3,9 (1,8-6)
Enf. Hepática Crónica	7	2,1 (0,5-3,6)
Nº de Factores de Riesgo		
0	57	17 (13-21)
1	119	35,5 (30,4-40,7)
2	84	25 (20,4-29,7)
3	55	16,4 (12,4-20,4)
4	12	3,6 (1,6-5,6)
5	8	2,4 (0,7-4)

Tabla 1 - Características de la población

El porcentaje de utilización global de vacunas para los pacientes con indicación de vacunación fue del 23,9% (80 casos) para vacuna antigripal y del 14% (47 casos) para la vacuna antineumocócica. Los porcentajes de vacunación en relación a la edad y las comorbilidades se pueden observar en la tabla 2. El rango de porcentajes de vacunación antigripal varía entre el 23 y 33% cuando analizamos factores de riesgo individuales como

son edad mayor de 65 años, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo, enfermedad pulmonar crónica, asma, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica y diabetes. Solo un 20% de vacunación antigripal para cáncer y muy inferior en los pacientes con alcoholismo e HIV-SIDA.

El rango de porcentaje de uso vacunación antineumocócica estuvo entre 14 y 24% para factores de riesgo individuales como mayores de 65 años, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo, enfermedad pulmonar crónica, asma, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica y diabetes. Mientras que para cáncer, alcoholismo e HIV-SIDA entre 8 y 11%.

La tabla 3 muestra el porcentaje de utilización de las vacunas en relación al número de comorbilidades que presenta el paciente. Para vacuna antigripal fue del 23 al 34% y para vacuna antineumocócica del 13-14%, para ambos grupos de pacientes.

Discusión

La vacunación constituye una estrategia preventiva de salud pública aceptada a nivel mundial. Es considerada la intervención médica que más impacto ha tenido en la salud en términos de mortalidad, declarado por la Organización Mundial de la Salud.⁷

Las indicaciones de vacunación antigripal y antineumocócica son similares en pacientes adultos y están relacionadas con la edad, mayores de 65 años, y con la presencia de enfermedades crónicas. Las más importantes en adultos son enfermedades pulmonares, ya sea asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedades cardíacas crónicas como insuficiencia cardíaca y síndromes coronarios agudos; la diabetes; el alcoholismo; el HIV – SIDA; las enfermedades oncológicas (tumores sólidos o hematológicos), la enfermedad hepática crónica y la enfermedad renal crónica.

La presencia de estos factores de riesgo predispone a adquirir una neumonía con diferentes probabilidades de riesgo. Por ejemplo, si bien todos los pacientes mayores de 65 años tienen indicación de vacunación, el riesgo es mayor en personas de 80 a 85 años.⁸ Otros estudios reportan que las comorbilidades tienen diferentes niveles de riesgo: el riesgo se

Factores de Riesgo	N	Vacuna Antigripal N = 80 (23,9%)		Vacuna Antineumocócica N = 47 (14%)	
		N	% (IC95)	N	% (IC95)
Mayores 65 años	236	67	28,4 (22,6-34,2)	40	16,9 (12,1-21,8)
Insuficiencia Cardíaca	79	24	30,4 (20-40,7)	12	15,2 (7-23,3)
Diabetes	75	19	25,3 (15,3-35,4)	11	14,7 (6,5-23)
EPOC	73	17	23,3 (13,4-33,2)	15	20,5 (11,1-30)
Cáncer	29	6	20,7 (5-36,4)	3	10,3 (1,5-22)
Síndrome Coronario Agudo	25	8	32 (12,3-51,6)	6	24 (6-42)
Alcoholismo	23	1	4,3 (-5-13,4)	2	8,7 (-3,7-21)
HIV – SIDA	18	3	16,7 (-2,4-35,7)	2	11,1 (-5-27,2)
Asma	15	5	33,3 (6,3-60,3)	3	20 (3-42)
Enf. Renal Crónica	13	4	30,8 (1,7-59,8)	2	15,4 (-7,3-38,1)
Enf. Hepática Crónica	7	2	28,6 (-16,6-73,7)	1	14,3 (-20,7-49,2)

Tabla 2 – Porcentaje de utilización de vacunas en relación a factores de riesgo

incrementa entre 2-4 veces cuando el factor de riesgo presente es EPOC, asma, insuficiencia cardíaca o enfermedad hepática. Pero ese riesgo es mayor en pacientes con HIV-SIDA, enfermedad renal crónica, cáncer sólido y hematológico. Por otro lado el riesgo de adquirir neumonía también se incrementa con el número de comorbilidades presentes en una persona. La mayoría de los trabajos advierten más riesgo cuando un paciente tiene 2 o más comorbilidades.^{9,10} Y si evaluamos la presencia de un factor de riesgo junto a la edad de la persona observamos que el riesgo es mayor, cuando se incrementa la edad del paciente.¹¹ Es por esto que algunos autores han incorporado el término de pacientes de alto riesgo de contraer neumonía adquirida en la comunidad, para aquellos con HIV-SIDA, cáncer sólido o hematológico, enfermedad renal y ante la presencia de 2 o más factores de riesgo.¹²⁻¹⁴

Todos estos pacientes deberían estar vacunados tanto para influenza como para neumococo. Pero los niveles de cumplimiento de dicha estrategia en la Argentina son bajos. En el resumen de Inmunizaciones en las Américas de la OPS – OMS 2018¹⁵, la cobertura reportada de inmunización antigripal en nuestro país es de 37% para mayores de 65 años y del 55% para grupos de riesgo con enfermedades crónicas. Vizzotti et al. reportaron tasas de vacunación de datos extraídos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2013.¹⁶ En ella se incorpora una encuesta de vacunación siendo el porcentaje de utilización

en adultos de vacuna antigripal del 51,6% y de antineumocócica del 16,2%.

Los resultados de nuestro estudio no difieren mucho de los resultados obtenidos en otros trabajos a nivel nacional. Los porcentajes de vacunación en pacientes con indicación de vacunación e internados por neumonía adquirida en la comunidad son aún más bajos en nuestro estudio, al compararlos con los datos que tenemos de nuestro país. Los pacientes con presencia de comorbilidades consideradas de mayor riesgo para desarrollar neumonía adquirida en la comunidad, como son HIV-SIDA, enfermedad renal crónica, cáncer sólido y hematológico, fueron los que presentaron menor porcentaje de vacunación. También encontramos porcentajes de vacunación bajos y similares para ambas vacunas independientemente del número de comorbilidades presentes en los pacientes.

Una limitación de este estudio radica en que solo se evaluó el porcentaje de vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes que se internaron por neumonía adquirida en la comunidad y esto no es representativo de todos los pacientes que se internan en nuestros hospitales. Por otro lado, en el año 2017 en Argentina se implementó un nuevo esquema de vacunación para neumonía, por lo que en este estudio para definir que el paciente se encontraba vacunado, se contemplaron ambos programas, el vigente antes del 2017 y el actual.

Nº de Factores de Riesgo	N=335	Vacuna Antigripal N = 80 (23,9%)		Vacuna Antineumocócica N = 47 (14%)	
		N	% (IC95)	N	% (IC95)
0 - 1	176	43	24,4 (18-30,8)	25	14,2 (9-19,4)
2 a 5	159	37	23,3 (16,6-30)	22	13,8 (8,4-19,3)

Tabla 3 – Porcentaje de utilización de vacunas en relación al número de factores de riesgo

Relevancia del estudio

Uno de los conceptos más difundidos y relacionadas a las estrategias de vacunación son las oportunidades perdidas. La OMS define las oportunidades perdidas de vacunación “a cada visita que realice a un centro sanitario un individuo que precise ser vacunado y que a pesar de no existir contraindicaciones, no recibe todas las vacunas necesarias”.

Nuestros pacientes se incluyen sin objeciones dentro de este concepto. Durante mucho tiempo se consideró que los pacientes internados con enfermedades agudas no debían ser vacunados ante el temor de que sus enfermedades crónicas se agraven o bien que se reagudicen. Tartof¹⁷ publicó la seguridad de la vacunación antigripal en pacientes internados y demostró que no aumenta las readmisiones hospitalarias, las visitas médicas ambulatorias ni los efectos adversos como fiebre o infecciones.

Robke¹⁸ lleva años de experiencia en desarrollar programas de vacunación antineumocócica en pacientes internados en el Saint Luke Hospital. En su primera evaluación en 2001 detecto que los porcentajes de uso de la vacuna no llegaban al 30% y luego de 10 años de trabajar en la implementación de programas las tasas mejoraron y llegaron a extender dicho programa a otros hospitales.

Los pacientes internados por neumonía son una oportunidad para mejorar las tasas de vacunación. La vacuna antineumocócica y antigripal pueden aplicarse al momento del alta hospitalaria. Hay estudios en nuestro país que han implementado la vacunación para ambas vacunas al alta de los pacientes mejorando los resultados de cobertura.¹⁹ Esta podría ser una

de las estrategias de salud a desarrollar e implementar dentro de los hospitales con la finalidad de mejorar los porcentajes de utilización de las vacunas antigripal y antineumocócica.

Este grupo de trabajo se propone extender el estudio a todos los pacientes internados en los hospitales para evaluar qué porcentaje de ellos tienen indicación de vacunación y cuál es la prevalencia de vacunación antigripal y antineumocócica.

Reconocimientos

Al Dr. Lucas Duran por su apoyo y colaboración en la asistencia del análisis estadístico.

Bibliografía

- Buzzo AR, Roberts C, Mollinedo LG, Quevedo JM, Casas GL, Soldevilla JM. Morbidity and mortality of pneumonia in adults in six Latin American countries. *Int J Infect Dis.* 2013 Sep; 17(9):e673-7.
- Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán” Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Emilio Coni”. Mortalidad por Neumonía de 20 a 74 Años en Argentina, 1980-2014. ANLIS. Feb, 2016.
- Ministerio de Salud de la Nación - Lineamientos técnicos manual del vacunador para la vacunación contra el neumococo. MSAL. 2017.
- Ministerio de Salud de la Nación – Vacunacion Antigripal Argentina 2018. MSAL. 2018.
- Fine MJ, Smith MA, Carson CA, Mutha SS, Sankey SS, Weissfeld LA et al. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis. *JAMA.* 1996 Jan 10;275(2):134-41.
- Hernández Borges J, Alfageme Michavila I. Utilidad de las clasificaciones pronosticas en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Esp Patol Torac.* 2008. Dic: 24-30.
- Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial sobre vacunas 2011-2020. OMS. 2013.

8. Jackson LA, Janoff EN. Pneumococcal vaccination of elderly adults: new paradigms for protection. *Clin Infect Dis.* 2008 Nov 15;47(10):1328-38.
9. Torres A, Peetermans WE, Viegi G, Blasi F. Risk factors for community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review. *Thorax* 2013; 68: 1057–1065.
10. Kyaw MH, Rose CE Jr, Fry AM, Singleton JA, Moore Z, Zell ER, et al. The Influence of Chronic Illnesses on the Incidence of Invasive Pneumococcal Disease in Adults. Active Bacterial Core Surveillance Program of the Emerging Infections Program Network. *J Infect Dis.* 2005 Aug 1;192(3):377-86.
11. Tomos I, Perros E, Dimopoulos G. Prevention of Invasive Pneumococcal Disease (IPD). *Pneumon.* 2017 Jan-Mar 1; 30.
12. Shea KM, Edelsberg J, Weycker D, Farkouh RA, Strutton DR, Pelton SI. Rates of Pneumococcal Disease in Adults With Chronic Medical Conditions. *Open Forum Infect Dis.* 2014, 27; 1(1).
13. Curcio D, Cané A, Isturiz R. Redefining risk categories for pneumococcal disease in adults: critical analysis of the evidence. *Int J Infect Dis.* 2015 Aug;37:30-5.
14. Redondo E, Rivero I, Vargas DA, Mascarós E, Díaz Maroto JL, Linaresg, J, et al Vacunación frente a la neumonía adquirida en la comunidad del adulto. Posicionamiento del Grupo De Neumoexpertos en Prevención. *Semergen.* 2016;42 (7):464-475.
15. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Inmunización en las Américas - Resumen 2018. OMS/OPS 2018.
16. Vizzotti C, Katz D, Stecher D, Aquino A, Juárez MDV, Urueña A. Evaluación del uso en adultos de cuatro vacunas: Una encuesta poblacional en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)* 2018; 78: 76-82.
17. Tartof SY, Qian L, Liu IA, Tseng HF, Sy LS, Hechter RC, et al. Safety of Influenza Vaccination Administered During Hospitalization. *Mayo Clin Proc.* 2019 Mar;94(3):397-407.
18. Robke JT, Woods M.. A decade of experience with an inpatient pneumococcal vaccination program. *Am J Health Syst Pharm.* 2010 Jan 15;67(2):148-52.
19. Luna CM, Rizzo O, Monteverde A, Caberlotto O, Buljuvasich D, Ceccato A, et al. Recomendaciones de vacunación en adultos con enfermedades respiratorias. Documento de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria para los neumonólogos. *RAMR* 2015; 4 - 314-324.

Seguridad del paciente: caídas en un servicio de clínica médica

Patient safety: falls in a clinical service

Lamponi Tappatá Lucía^{1,2}, Frank Sofía², Pérez Rossini Juan Pablo², Reisvig Mariela², Moscoso Nebel², Ocampo Analía^{1,2}

¹ Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

² Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Recibido:

mayo 2019

Aceptado:

abril 2019

Dirección de

correspondencia:

Lamponi Tappatá

Lucía

lucialamponit@gmail.com

Resumen

Las caídas de los pacientes durante la internación constituyen un grave problema de salud pública y son un indicador de calidad asistencial. El objetivo de este trabajo fue valorar el riesgo intrínseco y extrínseco de caídas y estimar la frecuencia del evento y sus características, en pacientes internados en la sala de clínica médica del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Estudio descriptivo, de corte transversal. Se realizó la evaluación del riesgo intrínseco de caídas de los pacientes mediante la escala de valoración de riesgo de caídas de J. H. Dawnton, se estimó la frecuencia del evento y las características del mismo. El riesgo de caídas fue alto en el 36,46% de los pacientes evaluados. La frecuencia de caídas hallada en este estudio fue de 9,75%, y en el 50% de los eventos se constataron lesiones. Este trabajo constituye la base para el desarrollo e implementación de un registro sistematizado de reporte de estos eventos adversos, así como un programa de prevención de caídas.

Palabras clave: caídas, seguridad del paciente, calidad asistencial, costos en salud, encuestas y cuestionarios, índice de riesgo.

Abstract

Falls during hospitalization are a serious public health problem and an indicator of quality of care. The aim of this study was to assess the intrinsic and extrinsic risk of falls and to estimate the frequency of the event and its characteristics, in patients of the clinical service of the Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Descriptive, cross-sectional study. The intrinsic risk of falls of the patients was evaluated using the fall risk assessment scale of J. H. Dawnton, the frequency of the event and its characteristics were estimated. The risk of falls was high in 36.46% of the patients evaluated. The frequency of falls found in this study was 9.75%, and in 50% of the events, injuries were found. This study is the basis for the development and implementation of a systematic registry of these adverse events as well as a fall prevention program.

Keywords: accidental falls, patient safety, quality of health care, health care costs, surveys and questionnaires, risk index.

Introducción

Los eventos adversos en medicina son daños atribuidos a la atención médica. Cada año en el mundo millones de personas sufren lesiones discapacitantes o mueren debido a eventos adversos, sin contar los elevados costos económicos, psicológicos y sociales que ocasionan.^{1,2} En los países industrializados, la tasa de eventos adversos es del 10%, lo que

quiere decir que 1 de cada 10 pacientes internados sufre un evento indeseable como consecuencia de la atención médica. Se cree que en nuestro país esa cifra se eleva a un 11%.³

En el marco de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en el año 2004, y apoyándose en la frase "primero no dañar" de Hipócrates, se formó la Alianza Mundial por la Seguridad de los

Pacientes. La iniciativa intenta fomentar ideas, que aplicadas en los hospitales, conduzcan a la reducción de aquellos eventos adversos cuyas medidas preventivas son eficaces.³ A partir de esta iniciativa, surgen las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, dentro de las cuales está incluida la reducción del riesgo de caídas intrahospitalarias.

La Organización Mundial de la Salud define el término caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”.⁴ Las caídas de los pacientes durante la internación hospitalaria constituyen un grave problema de salud pública y son un riesgo real, universal y de gran frecuencia. Se consideran un evento centinela y un indicador de calidad asistencial en una institución de salud.⁵ La Joint Commission, reportó que las caídas son el segundo incidente que ocurre con mayor frecuencia, de acuerdo a la notificación de la base de datos de Eventos Centinela.⁶ Se estima que entre el 2 y 17% de los pacientes experimentan una caída durante su estadía en el hospital, porcentaje que depende del tipo de servicio y condiciones de los pacientes. De ellos, un 15 a 50% sufren lesiones, incluyendo heridas mayores como fracturas o laceraciones en porcentajes que oscilan entre el 1 y 10%.⁷

Los costos asociados a estos eventos son múltiples. El principal está relacionado con los años potenciales de vida perdidos, ya que se calcula que anualmente mueren 424.000 pacientes a causa de esta circunstancia, y más del 80% se registra en países de medios y bajos ingresos generando un alto impacto en las economías familiares. Otras consecuencias económicas se asocian con los costos directos sanitarios (especialmente por los días de internación, materiales descartables, cirugías, fármacos, entre otros) y los costos indirectos debido a la pérdida de productividad laboral (del paciente y su familia que debe asumir los cuidados informales). Finalmente, las caídas ocasionan elevados costos intangibles debido a la alta prevalencia de alteraciones psicosociales como el síndrome post caída, el miedo, la pérdida de autoestima y la disminución cualitativa y cuantitativa para la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.⁸

El objetivo de este trabajo fue valorar el riesgo intrínseco y extrínseco de caídas, estimar la frecuencia del evento y sus características, en pacientes internados en la sala de clínica médica del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” (HMALL) de la Ciudad de Bahía Blanca.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fueron los pacientes internados en la sala de clínica médica del HMALL. Se incluyeron los pacientes que ingresaron al servicio durante un período de 3 meses. Se eliminaron los pacientes con evaluación incompleta o que no la recibieron.

- Evaluación del riesgo intrínseco de caídas: se aplicó la “Escala de valoración de riesgo de caídas de J. H. Downton” (1991)⁹ a pacientes que ingresaron a la sala de internación de clínica médica a cargo de personal médico o de enfermería durante un periodo de tres meses. La escala de Downton es un instrumento validado, de fácil uso y aplicable en diferentes ámbitos asistenciales que tiene en cuenta algunos de los principales factores de riesgo para caídas. Consta de 6 dominios y evalúa caídas previas, medicamentos, déficits sensitivo-motores, estado mental, marcha y edad. Asigna calificaciones de 0 y 1 puntos (ver tabla 1). Algunos autores utilizan un puntaje mayor o igual a 3 para definir alto riesgo, mientras que otros sitúan el punto de corte en 2 puntos. En el año 1996, Nyberg et al¹⁰, realizaron una validación prospectiva de la escala de valoración de riesgo de caídas de Downton con un punto de corte de 3 puntos obteniendo una sensibilidad del 91%, una especificidad del 27%, con un valor predictivo positivo del 44.4% y un valor predictivo negativo del 81.5%.⁹ En este estudio se utilizó el valor de corte de 3 o más puntos para definir alto riesgo de caídas.

- Comparación entre el grupo de pacientes que presentó caídas con el que no tuvo dicho evento: se utilizó la prueba de Chi cuadrado para analizar la diferencia entre variables las siguientes variables cualitativas: edad mayor a 70 años, caídas previas, medicamentos predisponentes, déficits sensitivo-motores, confusión mental, deambulacion con ayuda/insegura/imposible y habitación alejada al office de enfermería.

- Registro de caídas y sus características: se elaboró un formulario de denuncia de caída y de caracterización de la misma, que fue completada por el profesional que identificó cada uno de los eventos. Las variables que se incluyeron fueron:

- Datos del paciente: número de historia clínica, edad y sexo.
- Datos generales de la caída: fecha, hora, día, turno de trabajo, lugar de la caída, presencia o no de testigos, descripción del evento y actividad que estaba realizando el paciente al momento de la caída.
- Evaluación del paciente: presencia o no de lesiones, caracterización de las mismas, signos vitales y calificación subjetiva del profesional respecto a la gravedad de la lesión.
- Factores contribuyentes al momento de la caída: factores cognitivos y funcionales del paciente y del ambiente o equipamiento.
- Seguimiento y tratamiento: necesidad de seguimiento, evaluaciones o tratamientos adicionales que requirió el paciente.
- Notificación del evento al familiar: si o no.

- Evaluación del riesgo extrínseco de caídas: se realizó un análisis de la infraestructura de la sala de internación de clínica médica a fin de identificar los factores estructurales de riesgo para presentar caídas. Se desarrolló un instrumento de recolección de datos con un método de respuesta dicotómico para evaluar variables referidas a las características de la habitación, los baños, la superficie del piso, la iluminación, los espacios de uso colectivo, entre otras. La evaluación se llevó a cabo por dos investigadores que recorrieron las 22 habitaciones de la sala y completaron de forma manual la planilla de registro.

- Utilidad de la escala de valoración de riesgo de caídas de Downton: se realizó el cálculo de la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de la escala de Downton para la población a la que se aplicó. Se analizaron los resultados de acuerdo al mejor y peor escenario.

Factor de riesgo		Puntos
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades parálisis, paresia	1
ESTADO MENTAL	orientado	0
	confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	Menor 70 años	0
	Mayor 70 años	1

Tabla 1. Escala de riesgo de caídas (J.H.DOWNTON)

Resultados

- *Evaluación del riesgo intrínseco de caídas*:

En el período de estudio de tres meses ingresaron a la sala de clínica médica un total de 503 pacientes, y se valoró el riesgo de caídas al momento del ingreso de 277 pacientes (55%). El riesgo de caídas según la escala de Downton resultó alto (tres o más puntos) en el 36,46% de los pacientes evaluados (101 pacientes) y bajo (hasta dos puntos) en el 63,54% restante (176 pacientes).

En cuanto a las variables individuales que analiza la escala, el 11,8% de los pacientes había presentado caídas previas y el 29,7% de los pacientes fueron mayores a 70 años. El 45,9% de los pacientes tenía indicada al menos una medicación que aumenta el riesgo de caídas, y de ellos el 28% tenía dos o más. El 31,6% de los pacientes presentaba algún déficit sensitivo o motor. El 26% de los pacientes se encontraban confusos al momento de realizar la valoración y el 47,3% tuvieron alguna dificultad para deambular de forma independiente, siendo la misma insegura, posible con ayuda o imposible.

- *Comparación grupo caídas con grupo sin caídas*:

En la tabla 2 se puede observar la comparación entre el grupo de pacientes que presentó al menos una caída con el grupo que no tuvo dicho

evento. Dentro de las variables que evalúa la escala de riesgo de caídas de Downton, la presencia de algún medicamento predisponente, déficit sensitivo-motor, confusión mental y deambulación con ayuda/insegura/imposible, se encontraron con mayor frecuencia en el grupo de pacientes que presentaron caídas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. La edad mayor a 70 años o el antecedente de caídas no tuvo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

- Registro de caídas y sus características

De la población de 277 pacientes valorados con la escala de riesgo, se registraron caídas en 20 de los pacientes (7,22%), de los cuales 5 presentaron más de un evento, sumando un total de 27 caídas, representando una frecuencia de caídas de 9,75%. El 65% de los pacientes fueron hombres y el promedio de edad fue de 61,2 años. La media del puntaje de la escala de Downton fue de 3,75 puntos. Del total de las caídas, el 80% fueron en pacientes con valoración inicial de riesgo alto de caída y el 20% restante en pacientes estimados en bajo riesgo de caída. El 70% de las caídas se produjeron en habitaciones consideradas alejadas al *office* de enfermería (todas las habitaciones menos la 105, 106, 107, 108, 115, 116, 117 y 118).

El promedio de días de estada de los pacientes que registraron caídas fue de 27,39 días. Las causas más frecuentes de internación fueron enfermedades infecciosas en un 26,3% de los casos, enfermedades neurológicas en el 21%, enfermedades hepáticas en el 21%, seguido de otras causas. El 26,3% de los pacientes fallecieron durante la internación.

El 64,3% de las caídas se produjeron en el turno noche (00 a 06 horas). El 92% de los eventos ocurrieron dentro de la habitación. En el 81,8% de los casos el paciente fue encontrado en el piso por algún miembro del personal hospitalario o por un familiar, mientras que uno de los pacientes cayó en presencia del familiar y otro frente al médico tratante. Al interrogar qué intentaba hacer el paciente al momento de la caída, el 45,5% pretendía bajarse de la cama, el 36,4% trataba de ir al baño, mientras que el 9% quería alcanzar un objeto. El 72,7% de los pacientes se encontraban sin acompañamiento al momento de la caída. La notificación del

evento a los familiares se realizó solo en el 25% de los casos.

Los factores cognitivos y funcionales de riesgo presentes al momento de la evaluación del paciente fueron confusión en un 45%, alteraciones en la marcha 30%, reposo prolongado en cama 20%, sujeción física 15%, incontinencia urinaria e intestinal 10%. El 15% de los pacientes había recibido fármacos hipnóticos sedativos dos horas previas al evento. En cuanto a los factores ambientales, el 25% de los pacientes no presentaba barandas en la cama, y en otros de los casos se constató poca iluminación, área abarrotada de objetos y piso mojado.

El 50% de los pacientes presentaron lesiones producto de la caída, siendo las más frecuentes heridas cortantes (33,3%), hematomas (44,4%), alteraciones de la movilidad sin lesión aparente (11,1%), traumatismo craneo encefálico (11,1%) y fractura de húmero (11,1%). Dos de las lesiones fueron consideradas como mayores por el profesional que evaluó al paciente, mientras que las restantes fueron calificadas como menores. El 50% de los pacientes requirieron observación producto de las lesiones que presentaron. El 15% de los pacientes recibieron curación de heridas cortantes, 15% requirieron estudios de imágenes (radiografías y tomografía de encéfalo) y una paciente necesitó yeso y colocación de cabestrillo.

- Evaluación del riesgo extrínseco de caídas:

Se analizaron las 22 habitaciones con 40 camas de la sala de clínica médica (18 habitaciones compartidas con dos camas y 4 habitaciones individuales con una cama). Como resultado, se halló que los déficits estructurales fueron generalizados dado que todas las habitaciones y baños tuvieron características similares. De las variables de infraestructura de riesgo para presentar caídas estuvieron presentes en la sala un 41,7%.

Se observó falta de carteles señalizadores de "piso mojado", luces de cabecera sin funcionamiento, interruptores de luz poco accesibles para los pacientes y sin marcación con cinta luminosa. No se encontraron botones

	GRUPO CAIDAS (n=21)	GRUPO SIN CAIDAS (n=256)	P
Edad > 70 años	3 (14,3%)	78 (30,5%)	0,11
Caídas previas	4 (19%)	28 (10,9%)	0,26
Medicamentos predisponentes	12 (57,1%)	88 (34,4%)	0,036
Déficits sensitivo-motores	14 (66,7%)	71 (27,7%)	0,0002
Confusión mental	16 (76,2%)	55 (21,5%)	0,000001
Deambulacion con ayuda, insegura o imposible	16 (76,2%)	113 (44,1%)	0,005
Habitación alejada	14 (66,7%)	167 (65,2%)	0,89

Tabla 2. Comparación de variables entre el grupo de pacientes que se cayeron y el grupo que no.

de llamado a enfermería en el baño y los presentes en las habitaciones no funcionaban al momento de la evaluación.

En relación a los baños se observó falta de pasamano continuo de la cama al baño, en el inodoro y en la ducha. Se objetivó falta de sillas de baño e imposibilidad espacial para colocarlas, ausencia de piso antideslizante o alfombra en la ducha, falta de colores contrastantes entre la ducha y el piso, y productos de baño no alcanzables de manera sencilla (requiere encorvarse).

Las habitaciones fueron poco espaciales, sin lugar de almacenamiento de silla de ruedas o andador, con difícil acceso a las pertenencias y sin área familiar designada en la habitación. Se encontraron sillas con base inestable y ausencia de barandas en las camas.

- *Utilidad de la escala de valoración de riesgo de caídas de Downton:*

Se realizó análisis de sensibilidad, especificidad y valores predictivos de los puntos de corte "mayor o igual a 2" y "mayor o igual a 3" a fin de determinar la mejor utilidad de la escala. Con valor de corte mayor o igual a 3 puntos se obtuvo una sensibilidad del 80%, una especificidad del 66,9%, un valor predictivo positivo de 15,8% y un

valor predictivo negativo de 97,7%. Con valor de corte mayor o igual a 2 puntos se obtuvo una sensibilidad del 90%, una especificidad del 50,9%, un valor predictivo positivo de 12,5% y un valor predictivo negativo de 98,5%.

Discusión

De este trabajo se desprende que más de un tercio de los pacientes internados en la sala de clínica médica presentan alto riesgo de caídas, principalmente asociado al uso de múltiples fármacos, a la edad de los pacientes internados y a la dificultad para la deambulacion independiente que presentan estos pacientes. A estos factores intrínsecos se suma que existen déficits estructurales, de iluminación, de señalización y de mobiliario en términos de seguridad.

La frecuencia de caídas hallada en este estudio fue de 9,75%, siendo más frecuentes durante la noche, dentro de la habitación del paciente y en ausencia de un acompañante, coincidiendo con lo reportado en la literatura. El 50% de los pacientes que presentaron caídas tuvieron alguna lesión requiriendo mayor asistencia profesional, estudios diagnósticos y diversos tratamientos. Esto implica un aumento del costo hospitalario y podría generar enlentecimiento en la recuperación del paciente con prolongación de

la estancia hospitalaria y pérdidas económicas para el paciente y su familia.

Tanto el porcentaje de caídas como la frecuencia de lesiones producto de las mismas se encuentran dentro de los porcentajes mencionados en la bibliografía.⁷

La escala de estimación de riesgo de Downton aplicada a nuestra población con un punto de corte mayor o igual a tres puntos presentó una alta sensibilidad (80%) con un valor predictivo negativo de 97,7%. Aplicando el valor de corte de dos o más puntos se obtiene una sensibilidad y valor predictivo negativo mayores (90 y 98,5% respectivamente). En ambas situaciones resulta ser una herramienta sencilla de utilizar y capaz de excluir al grupo de pacientes que con alto porcentaje de seguridad no presentarán caídas. De esta forma, y teniendo en cuenta que las caídas son eventos adversos prevenibles, se puede identificar a aquellos pacientes con alto riesgo de presentarlas para así dirigir las medidas preventivas. Además, en el análisis individual de las variables que componen la escala, encontramos que cuatro de los seis aspectos estuvieron asociados con mayor frecuencia a caídas en la población estudiada, con altos niveles de significancia (medicamentos predisponentes, déficits sensitivo-motores, confusión mental y deambulación con ayuda/insegura o imposible).

Varios estudios han demostrado que las intervenciones orientadas a prevenir caídas han logrado disminuir la tasa de estos eventos en un 20-25%.^{11,12} Este estudio constituye la base para el desarrollo e implementación de un registro sistematizado de reporte de estos eventos adversos así como un programa de prevención de caídas.

La principal limitación de este trabajo fue la falta de adherencia de los profesionales tanto para la valoración del riesgo inicial de caídas como para el reporte de las mismas. Creemos que esta limitación es multifactorial y se debe a la falta de cultura de seguridad del paciente por parte de los profesionales, al alto recambio de pacientes que presenta la sala de internación, al alto volumen global de demanda de trabajo y al escaso personal durante las 24 horas, todos los

días de la semana. Debido a esta limitación solo se pudo analizar el riesgo de caídas del 55% de la población y posiblemente haya habido caídas no registradas en el estudio.

Conflicto de interés

Los autores de este trabajo declaran no poseer conflictos de intereses.

Bibliografía

1. The Research Priority Setting Working Group of the WHO. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: World Health Organization, 2008.
2. Sandars, J, Cook G, editors. ABC of patient safety. 1st ed. BMJ Books; 2007.
3. The Research Priority Setting Working Group of the WHO. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
4. Sonalí Olvera AS, Hernández Cantoral A, Arroyo LS, Nava Galán MG, Zapien Vaázquez MA, Pérez López MT et. al. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Invest Cli, 2013; 65(1):88-93.
5. Tapia Cólex ML, Salazar Ceferino MDC, Cortés Villarreal G, Martínez Santana H. Factores que influyen en el riesgo de caída de los pacientes hospitalizados. Rev Mex Enf Cardiol 2012; 20 (1): 7-11.
6. The Joint Commission. Sentinel event statistics. Año 2014 disponible en: http://www.jointcommission.org/sentinel_event_statistics_quarterly.
7. Schwendimann R, Bühler H, De Geest S, Milisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. BMC Health Serv Res 2006, 6:69.
8. Ripari NV, Moscoso NS, Elorza ME. Costos de enfermedades: una revisión crítica de las metodologías de estimación. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Económicas; Lect Econ 2012, 77; 253:282.
9. Downton JH, Andrews K. Prevalence, characteristics and factors associated with falls among the elderly living at home. Aging (Milano). 1991 Sep;3(3):219-28.
10. Nyberg L, Ggustafson Y. Using the downton index to predict those prone to falls in stroke rehabilitation. Stroke. 1996 Oct;27(10):1821-4.
11. Spoelstra SL, Given BA, Given CW. Fall prevention in hospitals: an integrative review. Clin nurs res. Clin Nurs Res. 2012 Feb;21(1):92-112.
12. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. JAMA. 2010 november 3; 304(17): 1912–1918.

Encuesta sobre atención de baja complejidad en una Unidad de atención médica ambulatoria

Survey on low complexity care in an outpatient health care unit

Gallardo María Florencia, Bartolini Fernanda.

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

En muchos servicios de urgencias, los pacientes consultan por problemas no considerados urgentes, generando una sobreutilización del sistema. El objetivo de este trabajo fue conocer las características y los motivos de consulta de los pacientes que acuden a una unidad de atención médica ambulatoria. Estudio de corte transversal, descriptivo con aplicación de una encuesta autoadministrada. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años que consultaron por patologías de baja complejidad en la unidad de atención médica ambulatoria del Hospital Municipal de Bahía Blanca, de agosto a octubre de 2019, que aceptaron participar. Se realizaron 460 encuestas, 31 fueron eliminadas, quedando para el análisis 429. El 66,4% de los pacientes fueron de sexo femenino, con una edad promedio de 35,3 años. El 70,65% refirió no tener obra social y el 74,35% de los pacientes reconoció que tiene una unidad sanitaria en su barrio, aunque solo el 62% la utiliza. La mayoría de los pacientes describió mayor distancia al hospital que a la unidad sanitaria y el 79% no tenía médico de cabecera. El 92,6% ya había consultado al hospital previamente y la razón por la que lo elegía fue por la buena atención del mismo. El 54,4% consideró que su consulta se trataba de una urgencia. Nuestra población cuenta con poco acceso al sistema de salud, no tienen obra social ni médico de cabecera, la unidad sanitaria está disponible de mañana mayormente y consideran que el hospital les brinda una buena calidad de atención, por lo que se desplazan muchas cuadras para acceder a este centro. Creemos que debemos ofrecer más opciones a esta población para mejorar el acceso a la salud.

Palabras clave: Urgencias Médicas, Servicios Médicos de Urgencia, Servicios de Salud

Recibido:

diciembre 2019

Aceptado:

marzo 2019

Dirección de

correspondencia:

Gallardo María

Florencia

mflorenciagallardo@gmail.com

Abstract

In many emergency services, patients consult for problems not considered urgent, generating an overuse of the system. The objective of this study was to know the characteristics and the reasons for consulting patients who come to an ambulatory health care unit. Cross-sectional, descriptive study with application of a self-administered survey. Patients older than 15 years who consulted for pathologies of low complexity in the ambulatory medical care unit of the Municipal Hospital of Bahía Blanca, from August to October 2019, who agreed to participate were included. 460 surveys were carried out, 31 were eliminated, leaving 429 for analysis. 66.4% of the patients were female, with an average age of 35.3 years. 70.65% said they had no social work and 74.35% of patients acknowledged that they have a health unit in their neighborhood, although only 62% use it. The majority of patients described greater distance to the hospital than to the health unit and 79% had no family doctor. 92.6% had previously consulted the hospital and the reason they chose him was because of his good care. 54.4% considered that their consultation was an emergency. Our population has little access to the health system, they have no social work or family doctor, the health unit is available mostly tomorrow and they consider that the hospital provides them with a good quality of care, so many blocks move to access this center. We believe that we must offer more options to this population to improve access to health.

Keywords: Emergencies, Emergency Medical Services, Health Services.

Introducción

Las salas de emergencias se caracterizan por encargarse de la atención de los pacientes con urgencias o emergencias que acuden al Hospital. Es común que suceda que la cantidad de pacientes que acuden a la guardia supere la demanda que esta puede resolver y este es un problema mundial¹. La sobreutilización del sistema y la creciente complejidad de los pacientes son algunas causas de este suceso.¹ Es por esto, que muchos servicios se han planteado distintas formas de priorizar la atención, de esta forma, los pacientes con consultas más urgentes tienen menos demora en la sala de espera.

Hay distintos métodos para realizar triage que se pueden utilizar para detectar a los pacientes que requieren atención más rápida. Éstos pueden ser realizados por un médico o enfermero, que ve al paciente de forma ágil, donde puede realizar un interrogatorio corto o tomar algunos signos vitales para definir el grado de gravedad de la patología que presenta. De acuerdo a estos datos se categoriza al paciente según la urgencia y esto determina la demora de la atención.

El Hospital Municipal de Bahía Blanca, cuenta con un Servicio de Emergencias que se encarga de la mayor parte de las consultas de urgencia de la ciudad. Es un hospital público que tiene una sala "shock room" con 5 camas y sala de internación con 9 camas. También cuenta con dos consultorios de guardia de Clínica, dos de Pediatría y uno de Traumatología. Tiene un servicio de Traumatología y Cirugía de guardia activa y una residencia de Emergentología, por lo que es el principal hospital para el manejo del trauma y otras emergencias en la ciudad.

El sistema de atención ambulatoria en nuestra ciudad depende principalmente de la Secretaría de Salud que presenta una red de centros de atención. Cuenta con 51 unidades sanitarias funcionando, de las cuales 6, son centros de salud con mayor cantidad de personal y 2 móviles de prevención y promoción que se distribuyen en toda la ciudad. De estos establecimientos, 3 presentan atención las 24 horas, 10 tienen un horario extendido de 8 a 18 horas y los 38 restantes atienden de 8 a 14 horas. Este horario no implica disponibilidad

médica, si no que encuentran alguno o varios profesionales del equipo de salud. Una encuesta realizada en nuestra ciudad en el año 2016 estima que 2 de cada 5 personas en la ciudad se atiende en una unidad sanitaria o centro.²

Hoy en día, la medicina de urgencia representa un papel importante en situaciones que requieren atención inmediata, pero, a pesar de ello, el sistema de trabajo no ha acompañado estos cambios y los médicos de urgencia deben enfrentar además la atención de una demanda ambulatoria no contenida en el área de atención primaria y consultorios externos³.

Es por esto que se decidió realizar, en nuestro hospital, un sistema de triage de enfermería que priorizara las consultas en tres categorías de gravedad: grave (rojo), medianamente grave (amarillo) y leve (verde). De esta forma, se da prioridad de atención a los pacientes que tienen problemas urgentes.

Al mismo tiempo, se conformó una unidad llamada Atención Médica Ambulatoria (AMA) que se encarga de resolver las consultas catalogadas como leves (verde), para de esta forma, permitir que en la guardia de emergencias, se atiendan los casos más graves más rápidamente. Esta unidad funciona de lunes a viernes de 8 a 20 horas.

El presente trabajo busca conocer las características de las consultas de baja complejidad que se realizan en el AMA, indagar sobre las causas que llevaron al paciente a consultar en nuestro hospital, investigar los aspectos demográficos de los pacientes que consultan al AMA y conocer el acceso al sistema de salud que presentan éstos pacientes.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, de corte transversal. Se utilizó una encuesta no validada, diseñada por dos investigadores.

Entre los meses de julio a octubre de 2019, se realizaron encuestas de forma autoadministrada a los pacientes mayores de 15 años que consultaron al servicio médico de urgencias y se atendieron en el AMA por haber sido categorizados por el triage como consultas leves o "verdes". Los pacientes que aceptaron

responder la encuesta dieron su consentimiento para participar del estudio.

La encuesta fue entregada por un administrativo o enfermero y los pacientes la completaron en la sala de espera antes de la consulta.

Teniendo en cuenta que en el año 2015 se atendieron 13.410 pacientes en el AMA, se calculó una muestra de 374 pacientes, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%.

Se eliminaron aquellos pacientes que no entregaron la encuesta o la misma no se encontrase completa en más de un 50%.

La encuesta constó de una primera parte o introducción donde se explican los objetivos del estudio y se define el consentimiento a partir de la realización de la encuesta. Luego presentaba cuatro partes que abordan diferentes temas. El primer tema, "Datos demográficos", indaga sobre sexo, edad, ocupación, nivel de escolaridad, barrio de procedencia y cobertura social. El segundo tema, "Acceso al sistema de salud", indaga sobre el acceso a la unidad sanitaria, cercanía a la unidad sanitaria y al hospital y acceso a un médico de cabecera. El tercer tema trata sobre el hospital, razones por las cuales es elegido y calidad de atención. El último tema indaga sobre la consulta, síntoma principal, si es la primera vez que se consulta por el cuadro, si considera que es por una urgencia y la gravedad del cuadro percibida por el paciente.

Los resultados se analizaron mediante el sistema Excel. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de distribución de frecuencias para las cualitativas.

Resultados

Durante los meses de agosto a octubre de 2019 se realizaron 460 encuestas, de las cuales fueron eliminadas 31 (7%), quedando un total de encuestas a analizar de 429. Las encuestas que fueron eliminadas correspondieron a que se encontraban incompletas en más del 50%.

Respecto a los resultados demográficos, las características de la población se encuentran en la Tabla 1. En la tabla 2 podemos observar las

distintas ocupaciones que presentaban los encuestados. Respecto al barrio de procedencia se registraron 115 barrios diferentes, entre los más frecuentes se encontraron Noroeste 6,7% (29), Centro 6% (26), Universitario 5,1% (22), Pacífico 2,8% (12), Villa Nocito 2,5% (11), Kilómetro 5 2,3% (10) y Avellaneda y Bella Vista 1,8% (8). En cuanto a la Obra social de los 124 (29%) pacientes que poseían obra social activa, se registraron 44 obras sociales diferentes, siendo las más frecuentes Pami 20% (25), Ioma y Ospecon 10,4% (13) y Osecac 4,8% (6).

Característica		% (N°)
Sexo	Femenino	66,4% (285)
	Masculino	33% (142)
	Otro	0,4% (2)
Edad media		35,3 años (rango 15 a 88 años).
Nivel de escolaridad	Primaria	23,5% (101)
	Secundaria	56,1% (241)
	Universitaria	18,4% (79)
	No respondidas	2% (7)
Obra social	Con obra social activa	29% (124)
	Sin obra social	70,6% (303)
	No respondidas	0,4% (2)

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes encuestados N= 429

Ocupación	% (N°)
Empleado	28,4% (122)
Ama de casa	19,5% (84)
Estudiante	19,1% (82)
Autónomo	15,1% (65)
Desempleado	5,4% (22)
Jubilado	3% (13)
Docente	2% (9)
Pensionado	0,3% (1)
No contestadas	7,2% (31)

Tabla 2. Ocupación de los pacientes encuestados. N° 429

Luego continúa la sección acceso al sistema de salud donde se registró que el 74,35% (319) de los barrios tenían unidad sanitaria, respecto a 23% (99) que no la tiene, siendo no contestada la pregunta en un 2,5% (11). De los 99 pacientes que refirieron no tener unidad sanitaria, se identificaron 41 barrios, siendo los más

mencionados Centro 15% (15) y Pacífico 7% (7). Refirieron utilizar la unidad sanitaria el 62% (266) de los pacientes y refirieron que la misma se encuentra abierta mayormente en el horario de mañana solamente 70% (199) y son menores las que abren solo durante la tarde 12% (35) o mañana y tarde 17% (50). Respecto a las distancias, la unidad sanitaria queda a una distancia promedio de 8 a 12 cuadras, siendo más cercana que el hospital para el 90% (252) de los pacientes que contestaron esta pregunta (280). El hospital queda en promedio a 52,43 cuadras de distancia de las casas de los pacientes, con una diferencia promedio de distancia respecto a la unidad sanitaria de 38,88 cuadras. El 79% (340) de los pacientes refieren que no poseen médico de cabecera.

En cuanto a las preguntas sobre el Hospital, en la Tabla 3 se describen las razones por las que los pacientes eligieron consultar a nuestro Hospital. El 92,6% (392) de los pacientes encuestados ya había consultado previamente al hospital. De éstos el 61,3% (243) catalogó la atención como muy buena, el 36,8% (146) como buena, el 1% (5) como mala y el 0,2% (1) como muy mala.

Razón	% (N°)
Por la buena atención en el hospital	31% (134)
Cercanía al hospital	18,1% (78)
Calidad en la atención	8,6% (37)
Por costumbre	5,6% (24)
Por no tener obra social	5,3% (23)
Por ser la única opción disponible	5,1% (22)
Por presentar una urgencia	2,5% (11)
Por la rapidez en la atención	2% (9)
Confianza en la atención del hospital	2% (9)
Porque le corresponde por su obra social	1,8% (8)
Por requerir un servicio específico del hospital	1,6% (7)
Por recomendación de terceros	1,6% (7)
Porque fueron derivados de otro lugar	0,4% (2)
Para tener una segunda opinión	0,2% (1)
No contestadas	13,2% (57)

Tabla 3. Razones por las que el paciente eligió el Hospital para atenderse. N= 429

En cuanto a la consulta, el 24,5% (105) ya habían consultado previamente a otro centro por el mismo cuadro. De éstos centros los más frecuentes fueron nuestro Hospital 36% (38), Unidades Sanitarias 22,8% (24) y Hospitales privados 11,4% (12). La causa más frecuente por la que debieron reconsultar fue el empeoramiento o persistencia de los síntomas 67,6% (71). La mayoría de los pacientes calificaron su cuadro como de una severidad moderada 63,4% (272), respecto a un cuadro leve 17,7% (76) o grave 14,4% (62). En la tabla 4 se exponen los motivos de consulta de los pacientes. Por último, el 54,4% (234) consideró que el cuadro que presentaba era una urgencia.

Motivo	% (N°)
Dolor	43,3% (186)
Inflamación/Infección	9% (39)
Fiebre	7,9% (34)
Tos	4,4% (19)
Gripe	4,4% (19)
Patología ocular	3,7% (16)
Vómitos	3,4% (15)
Alergia	1,8% (8)
Disnea	1,8% (8)
Lesión en piel	1,6% (7)
Prurito	1,4% (6)
Otros	5,3% (23)
No contestadas	11,4% (49)

Tabla 4. Motivo de consulta de los pacientes encuestados. N= 429

Discusión

Las causas que llevan al paciente a consultar a un Hospital de Urgencias son múltiples y muy complejas. En nuestro trabajo intentamos dilucidar algunas de estas complejas decisiones que llevan al paciente con patología de baja complejidad a consultar a un hospital de alta complejidad. Son varias las hipótesis que se plantearon inicialmente, entre ellas la falta de educación del paciente respecto a lo que es una urgencia, la falta de acceso a una consulta programada o médico de cabecera, la preferencia por el hospital por su buena atención.

Respecto a los resultados, pudimos obtener una cantidad suficiente de encuestas contestadas (429), llegando al tamaño muestral (374). El porcentaje de encuestas eliminadas fue

pequeño, 7% del total. La población se compuso mayormente de sexo femenino, creemos que puede haber una tendencia a contestar la encuesta mayor en este sexo. En el estudio de Amador Ramirez¹ relacionan la mayoría de sexo femenino con la mayor proporción que tiene este sexo en la población más pobre, que es la que más utiliza el servicio público.

La edad promedio de los pacientes, habla de una población joven, 35,3 años, aunque se observan pacientes de todas las edades. La escolarización habla de una población con educación mayormente secundaria, pero con acceso a la escuela en prácticamente el 100% de los casos, aunque la población con estudios universitarios es baja (18,4%).

Según el censo del año 2010, en Bahía Blanca, el 26% de la población no posee cobertura social, por lo que su atención depende exclusivamente del sector público. Sin embargo, esta cifra aumenta si consideramos las limitaciones de las prestadoras sociales y las preferencias de las personas. Además, ante la emergencia, el sistema público es el de preferencia. De acuerdo con un relevamiento que se realizó del 2015 al 2017, el hospital atiende en guardia un 75% de pacientes sin cobertura social y un 25% con cobertura social.³

El acceso a cobertura en salud encontrado es similar, un 29% de pacientes con obra social, levemente mayor a lo reportado en la encuesta del 2015/2017.³ Podemos decir que hay importante variedad de obras sociales, ya que se reportaron 44 diferentes, pero podemos remarcar que las más frecuentes son aquellas con menor cobertura como Pami, loma, Ospecon y Osecac.

Se observa un importante nivel de desempleo, el 44,3% de los pacientes son desempleados, amas de casa, estudiantes o pensionados, por lo tanto no cuentan con obra social ni ingresos para abonar en el sistema privado. Esto probablemente tenga que ver con las razones reportadas sobre por qué eligen el hospital, el 10,4% refirió que lo elegía por no tener obra social o ser la única opción disponible.

Es llamativa la variedad de barrios de los cuales provienen los pacientes, se detectaron 115 barrios diferentes y en muchos casos se encuentran a considerable distancia del hospital. Aunque los que más consultan provienen de

barrios cercanos como Noroeste, Universitario, Centro o Pacífico, también lo hacen desde Villa Nocito, Kilómetro 5, Avellaneda y Bella Vista que no son cercanos.

La mayoría de los pacientes (74,35%) dispone de una unidad sanitaria en su barrio, y dentro de los que no la tienen, la mayoría se encuentra en barrios cercanos al hospital como Centro y Pacífico. Aun así sólo el 62% la utiliza, lo cual puede tener que ver con los horarios de la misma. La mayoría de las unidades sanitarias a las que acceden nuestros pacientes, 70%, abre sólo en el horario de mañana, siendo sólo el 17% las que abren mañana y tarde. Es por esto que muchos deben desplazarse grandes distancias para consultar al hospital. El 90% tiene la unidad sanitaria más cerca que el hospital, en promedio casi 40 cuadras de diferencia.

En el estudio de Vinelli et al⁴ el 42% había consultado a urgencias por no conseguir turno en un centro de atención primaria, similar a lo que encontramos en nuestro estudio respecto al bajo acceso a centros de atención primaria.

También Amador Ramirez¹ menciona en su investigación que una de las causas de consultas no urgentes es la falta de médico de cabecera o un sitio formal de consulta de atención primaria, y la dificultad para conseguir turnos programados.

Las razones por las que eligen el hospital, aun cuando este está tan alejado de sus casas, son principalmente por la buena atención y la calidad del hospital. Otros, reportan la cercanía o la costumbre como la razón de la consulta a nuestro centro. Y como mencionamos previamente, en otros casos tiene que ver con el poco acceso a otro centro o atención médica. Respecto a esto es importante destacar que casi el 80% de los pacientes no posee un médico de cabecera al cual acceder ante una consulta de baja complejidad.

Respecto a la satisfacción con la atención, la mayoría de los pacientes ya conocía el hospital (92,6%) y casi la totalidad refirió una atención muy buena o buena (98,1%). Con lo cual, consideramos que es una de las razones más fuertes que los llevan a consultar a este centro.

En una encuesta realizada en 2016 a los habitantes sobre el hospital, el 68% refirió

concurrir ante una urgencia y destacaron que tanto la obtención de turnos, como la espera para la consulta son las dificultades más frecuentes.³

Encontramos un alto número de reconsultas, casi el 25% ya había consultado previamente por su cuadro, y la mayoría lo había hecho en nuestro centro o las unidades sanitarias. La razón principal de esto fue la persistencia de los síntomas.

El síntoma más frecuente por el que consultaron los pacientes fue el dolor (43,3%), esto coincide con lo reportado en el trabajo de Amador Ramirez¹ donde mencionan que el dolor es la causa por la que más consultan los pacientes.

A pesar de haber sido catalogados como consultas de baja complejidad el 77,8% de los pacientes calificaba su consulta como moderada o grave y más del 50% la consideró una urgencia. Podemos decir que la percepción del paciente fue diferente a la considerada por el sistema de triage. La mayoría de las consultas se debía a dolor o inflamación.

A modo de resumen, creemos que la población que consulta a nuestro hospital por motivos de baja complejidad no posee un buen acceso al sistema de salud. La mayoría no tiene obra social ni médico de cabecera. Tienen unidad sanitaria en su barrio, pero muchos no consultan o no la conocen, lo cual podría tener que ver con el horario acotado que presentan generalmente. Además la mayoría de los pacientes conocen el hospital y consideran que la atención es muy buena, lo que lleva a que se desplacen grandes distancias para ser atendidos, aun por cuadros leves.

En nuestro país se han realizado múltiples estudios para investigar la atención que reciben los pacientes en las salas de emergencias, incluso, algunos trabajos se han abocado específicamente a caracterizar las razones por las cuales los pacientes concurren a la guardia de urgencias.^{4,5}

Consideramos que es importante reforzar el acceso al sistema público a través de las unidades sanitarias, que son el efector que debe responder en los casos de consultas de baja complejidad. Mejorar la atención de las mismas y los horarios en que se encuentran abiertas, es la clave para mejorar el acceso de esta población. De esta forma, se distribuyen los recursos de manera adecuada y no se sobreutiliza un servicio de alta complejidad, que muchas veces se satura, sin poder dar una adecuada respuesta a las consultas de emergencias.

Bibliografía

1. Amador Ramirez, K. Análisis de las consultas no urgentes en el horario matutino del Servicio de Emergencias del C.A.I.S. Dr Marcial Fallas Diaz en el año 2015. Costa Rica 2015.
2. Del Bruto G., Nigro A., Piñero G., Fernandez Keller P. Proyecto para mejorar la atención ambulatoria en el HMALL. Bahía Blanca.
3. Planificación estratégica de Salud Pública para la ciudad de Bahía Blanca. 2019.
4. Vinelli N. F., Mannucci C., Laba N. I., Del Vecchio L., Valerio A., Lago M. I. Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico. Arch Argent Pediatr. 2011 Feb;109(1):8-13.
5. Sosa G. B., Sosa Claris A. G., Gomez J. J. Niveles de satisfacción y condicionantes de la consulta de los usuarios de los servicios de guardia hospitalaria. Hospital "José Ramón Vidal" y Hospital "José Francisco de San Martín", Corrientes, Argentina.

Construcción de conocimientos en Enfermería ¿Una deuda pendiente?

Knowledge building in Nursing. A pending debt?

Mangano María Alejandra¹, Gonzalez Codony Lucía¹, Ocampo Analía^{1,2}.

1 Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

2. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leóidas Lucero". Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Recibido:

Marzo 2020

Aceptado:

Abril 2020

Dirección de correspondencia:

Mangano María Alejandra

manganoale@yahoo.com.ar

Resumen

El desarrollo del corpus de conocimiento de enfermería como profesión, depende de los resultados de las investigaciones a través de las cuales se puede fundamentar la práctica y plantear teorías propias. En la actualidad es considerada una disciplina en vía de desarrollo, debido a que está incursionando en la investigación con el fin de incrementar su cuerpo de conocimiento y su recorrido histórico. El desarrollo de Enfermería está en estrecha relación con la investigación, la práctica y la teoría, aún se está desarrollando el campo de conocimiento marcando lineamientos de investigación, siendo heterogéneo este desarrollo a nivel de Latinoamérica. Para el desarrollo de la investigación y su posterior publicación, se debe tener en cuenta la estrecha relación entre las instituciones educativas y los servicios de salud, de esta forma se podrán implementar en la práctica los resultados encontrados con la finalidad de brindar un cuidado de calidad a la población.

Palabras Clave: *Enfermería, Investigación, Conocimiento, Cuidado del paciente.*

Abstract

The development of the nursing knowledge corpus as a profession, depends on the results of the research through which the practice can be based and theories proposed. It is currently considered a discipline in development, because it is venturing into research in order to increase its body of knowledge and its historical path. Nursing development is closely related to research practice and theory, the field of knowledge is still being developed marking research guidelines, this development being heterogeneous at the Latin American level. For the development of the research and its subsequent publication, the close relationship between educational institutions and health services must be taken into account, in this way the results found can be implemented in practice in order to provide quality care to the population.

Keywords: *Nursing, Research, Knowledge, Patient Care.*

Introducción

La producción de conocimiento en las disciplinas opera de acuerdo a normas particulares de la práctica diaria, convenciones para comunicar y representar el conocimiento, así mismo, formas de interactuar, defender ideas y desafiar profundamente las ideas de otros en la disciplina.¹

El desarrollo del corpus de conocimiento de enfermería como profesión, depende de los resultados de las investigaciones a través de las cuales se puede fundamentar la práctica y plantear teorías propias. Los primeros estudios

dados a conocer por escrito fueron los de Florence Nightingale, sus observaciones presentaron un impacto positivo en la práctica, lo que fundamentó la preparación teórico-práctica a quienes se alistaban para cumplir con el rol de enfermeras en la guerra de Crimea, los análisis estadísticos y observaciones en relación a los cuidados fueron un pilar fundamental al momento de delinear la currícula que se llevaría a cabo en su escuela.²

En 1952 se editó la primer revista dedicada a publicar estudios de Enfermería, "Nursing Research", donde se comenzaron a publicar

investigaciones clínicas las cuales dieron origen a estándares de cuidado.^{3,4,5}

El desarrollo de la investigación en Enfermería ha dado la posibilidad de generar un cuerpo de conocimiento propio,⁶ el cual ha estado marcado por la clínica, abarcando procesos asistenciales, comunitarios y sociales, en el diagnóstico, diseño de intervenciones, tratamiento, control de riesgo y trabajo comunitario entre otros. Debido a que enfermería es una profesión teórico-práctica, los aportes de conocimientos se han vinculado con el resolver los problemas de la práctica relacionándolos con la teoría en un ida y vuelta. Es a través de la investigación aplicada, que el objeto de la práctica queda planteado como objeto de investigación.

La investigación puede ser considerada como una de las herramientas que une la teoría y la práctica dentro del proceso de búsqueda del conocimiento, así como la base para conformar el juicio y fundamento de las acciones de Enfermería. Partiendo de lo anterior, esta disciplina se ha ocupado en desarrollar nuevos conocimientos -en particular en los últimos años- a raíz de la reflexión de su práctica del cuidado con individuos, grupos y comunidades.⁷

En la actualidad la enfermería es considerada una disciplina en vía de desarrollo, debido a que está incursionando en la investigación con el fin de incrementar su cuerpo de conocimiento y su recorrido histórico.⁸ En esta historicidad es donde se evidencia el proceso de trabajo, las transformaciones en el objeto de estudio, las actividades desarrolladas y donde el cuerpo de conocimiento preside al proceso.⁹

El desarrollo en cuanto a las investigaciones de enfermería en América Latina se han dado de forma heterogénea, el informe de los Aportes de los coloquios panamericanos de investigación en enfermería período 2000 - 2006, refiere que enfermería enfoca la mayor parte de sus investigaciones a cuestiones empíricas cuantitativas y de tipo descriptivo. En cuanto a las investigaciones con metodología cualitativa plasman descripciones de los problemas planteados, por lo que se expone en el informe que la producción científica de enfermería debe ser una prioridad para todos los sectores desde los ámbitos académicos, administrativos y asistenciales.¹⁰

El desarrollo teórico y la investigación son prioridad en la agenda del CIE (Colegio Internacional de Enfermería), integrando los ejes de educación e investigación, de esta forma la investigación atraviesa la formación académica, la práctica clínica y a los servicios de salud. Enfermería lleva arraigada una relación teoría – práctica inseparable, por lo que sin investigación no hay teoría y sin teoría no hay práctica científicamente fundamentada. El hecho de que se den a conocer los resultados de las investigaciones abre la posibilidad de que enfermería pueda visualizar sobre que están investigando sus colegas, poder citar investigaciones de este colectivo y replicar los resultados en la práctica. De esta forma se cumple con el objetivo del CIE donde la investigación se orienta a mejorar los cuidados que se brindan en la práctica.¹¹

En el texto titulado La Enfermería en América Latina Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo¹², los autores plantean que ante los cambios a nivel mundial los profesionales de enfermería deben desarrollar estrategias teórico –prácticas para poder intervenir en las demandas sociales teniendo en cuenta todo lo que implica el proceso salud – enfermedad, culminando en el acompañamiento del proceso de muerte, para todas estas áreas de cuidado plantean que las intervenciones deben estar avaladas por resultados comprobados a través de investigaciones. En concordancia a lo teóricamente planteado el informe de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) denominado Desarrollo de enfermería en Argentina 1985-1995 refleja que las investigaciones realizadas por enfermería son una práctica reciente y esporádica. En su análisis plantea que las investigaciones encontradas en su mayoría tienen como finalidad obtener un título de grado, por lo que estas investigaciones deben ser difundidas para avalar la práctica.¹³

Parte de este proceso es responsabilidad de las universidades, desde estas instituciones se debe incentivar la producción de investigaciones, generar conocimiento, fomentar proyectos de investigación y a su vez éstas necesitan que los resultados de las investigaciones sean visibilizados a través de publicaciones.

En la necesidad de comprobar el campo de conocimiento de enfermería, saber quiénes escriben, desde donde y sobre que, es que se han realizado diversos estudios donde se han analizado de forma retrospectiva publicaciones de este colectivo. Maricel Manfredi ha planteado en la I Jornada de Investigación en Enfermería, la importancia de esta actividad a nivel Latinoamérica, conceptualizando que la investigación es de:

[...] gran importancia en la búsqueda de nuevos conocimientos que permitan un accionar de enfermería con bases científicas más profundas y al mismo tiempo más efectivas, eficientes y equitativas. Es a través de la investigación que podemos generar nuevos conocimientos de salud que pueden ser generalizados tanto a nivel global como local, conocimiento que es esencial para una acción efectiva de salud.¹⁴

La misma autora al analizar las investigaciones presentadas ha llegado a la conclusión que los enfermeros investigan sobre su práctica, que la mayoría de las investigaciones son trabajos individuales autofinanciados y que continua siendo un área crítica la divulgación de los resultados.

Borracci y Rabhansl de Desmery han analizado la producción de artículos de enfermería de Latinoamérica publicados en revistas internacionales, tomaron los artículos publicados desde 1997 al 2006, al analizar los 1246 artículos comprobaron que en el 46% estaba involucrada en su elaboración una Escuela o Departamento de Enfermería. Informaron que Brasil y México son quienes originaron el 76% de las publicaciones. Como dato interesante este estudio arroja que el 66 % de los artículos fueron publicados en revistas biomédicas no específicas de enfermería.¹⁵

Aguirre Raya Dalia ha realizado un análisis sobre las investigaciones de Enfermería que se realizaron en América Latina en el periodo 2000-2010, en su estudio ha observado, entre otros aspectos, que el desarrollo de enfermería a través de la investigación fue dispar en la región; que la mayoría de los artículos publicados han estado a cargo de docentes, por lo que ha planteado que la academia debe fomentar la investigación y que Brasil es el país de Latinoamérica que produce mayor conocimiento

en el área de enfermería. A su vez planteó que si bien esta claro que el objeto de estudio para la enfermería son los cuidados, en las investigaciones se utilizan otras fuentes de conocimientos, como aportes realizados por medicina y psicología, entre otros, y que sistematizando estos se justifica la base de la práctica de esta área.¹⁶

Alarcón y Astudillo indagaron sobre como enfermería crea su objeto de estudio, analizaron 151 artículos publicados entre el año 2002 y 2005, en tres revistas de habla hispana, sus interrogantes fueron ¿Quiénes investigan?, ¿Qué metodología utilizan? y ¿Cómo se crea el objeto de estudio?. Los resultados presentados fueron que el 55% de los artículos provenían de una revista cubana, el 26,5% de una revista chilena y el 18,5% de una colombiana. La metodología seleccionada al momento de realizar las investigaciones publicadas fue en un 80,8% cuantitativa, pudieron observar que en un 48,3% las publicaciones tenían como autoras a enfermeras que se desempeñan en el ámbito académico. Esta investigación pudo realizar un desglose en los artículos analizando que las líneas de investigación fueron percepción de conocimientos/creencias, datos estadísticos sobre epidemiología y análisis de competencias profesionales.¹⁷

Por lo expuesto se puede visualizar que enfermería realiza investigaciones sobre su práctica, sus competencias y como objeto de estudio se toma al sujeto de atención, no siempre se opta por publicar en revistas específicas de enfermería por lo que puede no ser visible la producción desde el propio colectivo.

En el análisis que han realizado los autores se visualiza un alto porcentaje de investigaciones relacionadas directamente con la práctica, donde se articulan habilidades y conocimientos que permiten comprender sucesos específicos, donde la teoría y la práctica se entrelazan lo cual fundamenta el accionar de enfermería, permitiendo reflexionar sobre el qué hacer con hipótesis comprobadas. De todas formas, queda en evidencia, que la divulgación de conocimientos a través de investigaciones propias de enfermería continúa siendo escasa. De allí los diferentes análisis realizados por varios autores, organizaciones y asociaciones

para plantear la importancia de la investigación y publicación en enfermería.

El informe propone no solo el análisis de situación sino también líneas de trabajo, donde se hace hincapié en fomentar investigaciones que aporten conocimiento epidemiológico de la salud local para fundamentar la atención sanitaria brindando calidad en el cuidado. Proponen crear una red con la finalidad de compartir experiencias y conocimientos con otros países.

Las líneas de acción prioritarias propuestas fueron:

- Análisis estratégico de la situación de salud y enfermería.
- La formación y la educación permanente con fines del aumento de la cantidad y calidad del personal de enfermería.
- La investigación y la organización de sistemas de información de enfermería con el objeto de estimular la producción y transferencia de conocimientos de salud.
- El impulso a la generación y conducción estratégica de proyectos de desarrollo de servicios de enfermería, particularmente orientados al logro de la pertinencia y el aumento en la calidad de los servicios
- La promoción de vínculos profesionales y multiprofesionales.¹⁷

Estas líneas de acción propuestas por OPS tienen como finalidad estimular la reflexión sobre qué, cómo y con quiénes se construye el cuerpo de conocimiento con aval científico, esto implica un aprendizaje, en el cual a través de la lectura se le atribuye significado a los conocimientos aportados por enfermería. Cabe destacar que este informe abarca un análisis en espacio temporal desde 1985 a 1995 y la ley de ejercicio de enfermería fue promulgada en octubre de 1991 legitimando a enfermería como profesión y marcando en el artículo dos que se considera como ejercicio de la enfermería a la investigación.¹⁸ En este mismo proceso de análisis, en noviembre de 1998, se realizó una conferencia en la ciudad de Córdoba, como cierre a un proceso que duró aproximadamente siete meses, cuya convocatoria estuvo a cargo

de la FAE (Federación Argentina de Enfermería) y de AEUERA (Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina) donde se debatieron las prioridades y lineamientos para el desarrollo de enfermería hacia el siglo XXI, se analizaron políticas para estimular la producción científica de enfermería a través de investigaciones y su posterior publicación en todas las áreas de conocimiento incluyendo el recorrido socio histórico.¹⁹

Conclusión

El desarrollo de Enfermería está en estrecha relación con la investigación, la práctica y la teoría; aún se está desarrollando el campo de conocimiento marcando lineamientos de investigación, siendo heterogéneo este desarrollo a nivel de Latinoamérica. Históricamente se ha visualizado a la enfermería como una profesión rutinaria que ha utilizado para su accionar conocimientos de otras profesiones, si a esto le sumamos la escasa visibilidad de las investigaciones a través de las publicaciones debemos replantearnos. ¿Qué sucede con las investigaciones que se realizan?, ¿Quiénes investigan?, ¿Dónde se publica?, ¿Sobre qué se investiga?, ¿Qué metodología se utiliza?, ¿Cuál es el aporte que se realiza al campo de conocimiento a través de las investigaciones realizadas por enfermeras?.

Para el desarrollo de la investigación en enfermería y su posterior publicación, se debe tener en cuenta la estrecha relación entre las instituciones educativas y los servicios de salud, de esta forma se podrán implementar en la práctica los resultados encontrados con la finalidad de brindar un cuidado de calidad a la población.

Bibliografía

1. Moje E. Foregrounding the disciplines in secondary literacy teaching and learning: A call for change. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*. 2008; 52 (2): 96-107.
2. Molina T.M. Historia de la Enfermería. 2da ed. Buenos Aires. Inter- Médicas; 1973.
3. Trivino V, SANHUEZA A. Paradigmas de investigación en enfermería. *Cienc. Enferm*. 2005; (1):17-24.
4. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. Madrid, Editorial Elsevier; 2005.
5. Zarate S, Rueda Santamaría L, Cañón Montañez W. Rol del profesional de enfermería en la investigación clínica. 2011; 2 (1): 246-249.

6. Román C. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer. 2006; 22(4).
7. González Velásquez S. La investigación y su aporte al conocimiento. La experiencia de Enfermería en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM. Enfermería Universitaria. 2014; 11(2):45-46.
8. Durán de Villalobos MM. Enfermería desarrollo teórico investigativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2001. p 16-20.
9. Rocha M, Almeida M. Origem da enfermagem Pediatra moderna. Revista Escola de Enfermagem da USP. 1993; 27 (1): 25-41.
10. Cometto MC, Piovan M, Gómez P. Aportes de los coloquios panamericanos a la investigación en Enfermería - período 2000 -2006. Texto Contexto Enferm. 2008 Oct-Dic; 17 (4): 720-6.
11. Ich.ch/es [Internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/que-hacemos/proyectos>
12. Manfredi M. La investigación en Enfermería en América Latina. Educ. Med. Salud.1991;25(2).
13. Borracci R, Rabhansl de Demery MM. Producción de artículos latinoamericanos de investigación en enfermería indexados en Medline. Rev Argent Cardiol. 2013; 81 (5): 422-426.
14. Aguirre Raya D. La investigación en Enfermería en América Latina 2000-2010. Rev Haban Cienc Méd. 2011; 10(3): 396-409.
15. Alarcón AM, Astudillo D. La investigación en revistas latinoamericanas. Cienc Enferm. 2007; 13 (2): 25-31.
16. Nájara RM, Castrillón Agudelo MC. La Enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo. Presentado en la reunión internacional. Impacto de la enfermería en la salud; América Latina y el Caribe en Belo Horizonte. [Internet] 2000. [citado 26 jul 2016].
17. Organización Panamericana de la Salud/Organización mundial de la salud. Desarrollo de enfermería en Argentina: 1985-1995: análisis de situación y líneas de trabajo. Argentina OPS; 1995
18. Ley nacional 24004 ejercicio de la enfermería. 1991 enado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.
19. Federación Argentina de Enfermería – Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería República Argentina. Acta "Políticas Argentinas de Enfermería para el decenio 2000". Aprobadas en la primera conferencia de políticas de enfermería en noviembre de 1998, en la ciudad de Córdoba. Argentina; 1998.

Revista científica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

Las normas de publicación de la revista e-Hospital se basan en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) en sus "Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica", disponible en www.icmje.org

ALCANCE

e-Hospital es la revista científica con periodicidad trimestral del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero (HMALL) de Bahía Blanca. Es un órgano destinado a difundir temas biomédicos mediante la publicación de trabajos originales tanto de autores pertenecientes a la institución como externos a ella.

PROCESO DE REVISIÓN Y EDICIÓN

Los manuscritos enviados serán evaluados en primera instancia por los integrantes del Comité Asesor Científico, el cual recurrirá a evaluadores externos en caso de considerarlo. Los trabajos podrán ser aceptados para publicación, rechazados o aceptados de forma condicional sujeto a las modificaciones sugeridas. El Comité de Redacción se reserva el derecho de efectuar las correcciones de estilo que estime oportunas.

TRABAJO ORIGINAL

El manuscrito estará acompañado por una carta de presentación en la que el autor hará una declaración informando que se trata de un trabajo original no publicado previamente.

Todos los artículos presentados quedan como propiedad permanente de la Revista del HMALL, y no podrán ser reproducidos en forma total o parcial sin el consentimiento de esta. En caso que se publique el trabajo, el/los autor/es cede/n en forma exclusiva al Departamento de Docencia e Investigación del HMALL los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación de su trabajo, por cualquier medio o soporte.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Se deben indicar todos los posibles conflictos de intereses, incluidos los financieros, de consultoría o alguna relación institucional que podría dar lugar a un sesgo o un conflicto de interés. Cuando esta situación no existe debe indicarse expresamente.

ÉTICA

Los trabajos clínicos experimentales que hayan sido presentados para su evaluación deben haber sido elaborados respetando las consideraciones internacionales sobre investigaciones clínicas desarrolladas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>) y deben ser aprobados por el Comité Institucional de Bioética del Hospital Municipal. No se admiten publicaciones con descripciones, fotografías u otros detalles que contribuyan a identificar a un paciente, al menos que esta información sea indispensable para la exposición del material; en este caso, el paciente o el tutor de los menores de edad expresarán su consentimiento por escrito, el cual deberá adjuntarse con el trabajo.

TRABAJOS CONSIDERADOS PARA SU PUBLICACIÓN

Se aceptarán trabajos originales en idioma español según las siguientes secciones:

Artículos originales: idealmente no deberán exceder las 4.000 palabras, con un máximo de 50 referencias y 5 figuras o tablas. Resumen estructurado y palabras clave, en español e inglés.

Artículos especiales: son informes científicos que comprenden aspectos filosóficos, éticos o sociales referidos a las profesiones relacionadas con la salud o a las ciencias biomédicas (política económica, bioética, derecho, etc.), idealmente no podrán exceder las 2.500 palabras, con un máximo de 40 referencias. Resumen no

estructurado y palabras clave, en español e inglés.

Informes de casos: contendrán título (en español e inglés), autores, resumen no estructurado y palabras claves en español e inglés. Estarán compuestos por introducción, presentación del caso y discusión clínica, justificando la presentación del mismo por infrecuencia, valor etiológico, pronóstico, diagnóstico terapéutico o por la importancia del diagnóstico diferencial. Idealmente no podrán superar las 2.000 palabras, hasta dos tablas o figuras y no más de 15 referencias.

Artículos de revisión: deben estar basados en la evidencia de temas relevantes para la práctica médica, con la estructura expositiva que indican las guías, idealmente sin exceder las 3.000 palabras, con un máximo de 40 referencias y 3 figuras o tablas (total). Resumen no estructurado y palabras clave en español e inglés.

Cartas al editor: pueden referirse a aclaraciones sobre artículos previamente publicados o notas breves con interés científico, un máximo de 700 palabras y 10 referencias.

Comunicaciones breves: podrán destacarse resultados preliminares que ameriten su difusión, idealmente no superarán las 2.000 palabras, hasta 25 citas bibliográficas y 3 figuras o tablas. Incluirán resumen no estructurado en español e inglés, incluyendo las palabras clave en ambas lenguas.

INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los trabajos deberán ser enviados por correo a la dirección revistacientifica@hmabb.gov.ar consignando en el asunto la sección a la que corresponde. Se deberá adjuntar en el correo electrónico el archivo con el manuscrito y una carta de presentación que incluya:

- a. Declaración de que el trabajo es original o información acerca de la publicación previa de cualquier parte del trabajo o la presentación del manuscrito a otra revista.
- b. Declaración sobre potenciales conflictos de interés de cada uno de los autores.
- c. Declaración de los autores informando que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos, que ceden los derechos y autorizan su

publicación en e-Hospital y que se han cumplimentado los requerimientos para la autoría expuestos en estas normas. Indicar en caso que proceda, que se acompañan copias de cualquier permiso que fuera necesario para reproducir material, para usar ilustraciones, el consentimiento informado o la aprobación del Comité de Bioética.

El documento debe ser redactado en Microsoft Word, página configurada a tamaño A4, con márgenes de 2,5 cm, letra Arial 12, interlineado simple. Las páginas se numerarán en forma consecutiva comenzando con la del título.

La primera página deberá contener:

- Título del artículo, en español e inglés, conciso pero informativo (no más de 150 caracteres con espacios)
- Título corto, en español e inglés, con no más de 40 caracteres.
- Categoría del trabajo.
- Número de palabras que contiene el manuscrito.
- Cantidad de figuras y tablas que se acompañan.
- Nombre y apellido completos de cada autor, con su(s) más alto(s) grado(s) académico(s) y filiación institucional de cada uno claramente identificada. Se aceptará un máximo de 6 autores.
- El nombre del o los departamento(s) o institución(es) a los cuales se debe acreditar el trabajo.
- Nombre, dirección postal y de e-mail del autor responsable de la correspondencia.
- Fuente(s) de apoyo en forma de financiamiento, equipamiento, medicamentos o todos ellos.

La segunda página deberá contener:

a) Resumen y palabras clave

El resumen y las palabras clave tienen que ser presentados en español e inglés. Los resúmenes estructurados pueden tener hasta 250 palabras y deben incluir introducción con objetivos al final de la misma, material y métodos, resultados y discusión/conclusiones. Los resúmenes no estructurados no deberán contener más de 150 palabras y serán redactados en español e inglés. Para las palabras clave serán empleados los términos de la lista de los Encabezamientos de Temas Médicos (Medical Subject Headings,

MeSH por sus siglas en inglés) del Index Medicus. Si no hay aún términos MeSH disponibles para las expresiones de reciente introducción, se pueden emplear palabras actuales.

SECCIONES DEL MANUSCRITO DE ARTÍCULOS ORIGINALES

Introducción: la misma debe detallar el problema o pregunta que genera la investigación, el estado del arte sobre el tema y los objetivos que deben ser concisos, claros, cortos y precedidos de verbo.

Material y métodos: Tipo de diseño. Cuantitativo, cualitativo o combinado. Población (criterios de inclusión, exclusión, eliminación, tiempo y espacio). Tipo de muestreo. Test estadísticos. Nivel de significancia. Número de grupos, criterios de asignación a grupo control (si corresponde). Definiciones y operacionalización de variables. Debe dar una idea de clara de cómo se llevó adelante el estudio. Indicar si se solicitó consentimiento informado y si la investigación se sometió a la aprobación de un Comité de Bioética.

Resultados: Es un relato de cifras sin interpretación. En la estadística descriptiva los porcentajes y las medidas de posición (media y mediana) deben ir con las medidas de dispersión (ES, DS, MAD, varianza) o IC95 según corresponda. En la estadística inferencial y regresión las comparaciones deben tener el p valor y/o el OR/RR con sus IC 95. Los resultados deben tener conexión con los objetivos. Y se presentarán en una secuencia lógica en formato de texto, pudiendo incorporarse tablas y figuras.

Discusión y conclusiones: Destaque los aspectos nuevos o importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de él. No repita datos u otro material presentado en la "Introducción" o en "Resultados". Indicar las implicancias de los hallazgos y sus limitaciones, incluidas las consecuencias para futuras investigaciones. Relacione las observaciones con otros estudios relevantes. Las conclusiones pueden ir al inicio o al final de la discusión.

Recomendaciones: es opcional. Incluye recomendaciones para próximos estudios, sobre una conducta diagnóstica o terapéutica, etc.

Reconocimientos: es opcional. Especificar con uno o más enunciados: a) aquellas contribuciones que requieran un reconocimiento, pero que no justifiquen la autoría, como, por ejemplo, el apoyo general brindado por un jefe; b) el reconocimiento por las asistencias técnicas; c) los reconocimientos por el apoyo material y financiero, que deben especificar la naturaleza del apoyo, y d) las relaciones que puedan plantear un conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

Se deben numerar consecutivamente en el mismo orden en que se mencionan dentro del cuerpo del texto mediante superíndices. Utilice el estilo editorial basado en los formatos establecidos por el ICMJE. Ejemplos de este formato pueden encontrarse en el apéndice del documento traducido al español: "Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica" del ICMJE (disponible en www.icmje.org). Los nombres de las revistas se deben abreviar de acuerdo con el estilo editorial utilizado en Index Medicus abbreviations of journal titles (disponible en: <http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>)

Tablas o Cuadros

Coloque las tablas o cuadros en la página siguiente a las Referencias, numeradas consecutivamente por el orden de aparición de las menciones en el cuerpo del texto y con un breve título a cada una.

Ilustraciones (Figuras)

Las figuras deben ser elaboradas en alta resolución y contener titulares y explicaciones de las mismas.

Abreviaturas y símbolos

Utilice sólo abreviaturas estándar (no en el título ni en el resumen). El término completo representado por la abreviatura debe precederla cuando la misma se utiliza por primera vez en el cuerpo del texto, a menos de que se trate de una unidad estándar de medida.