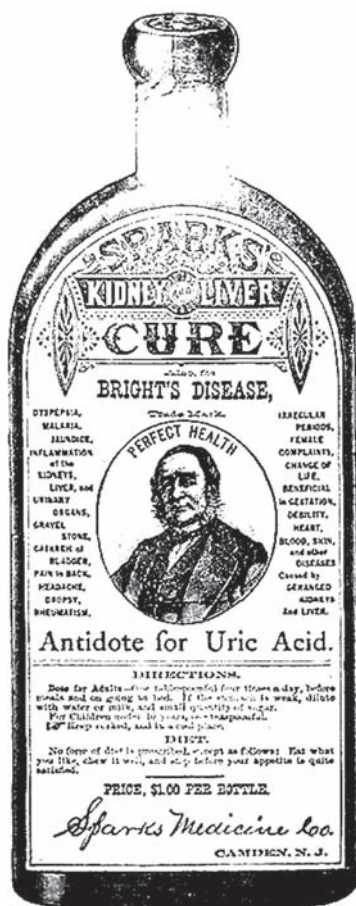


DOSSIER CLÍNICO

NOTICIAS DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Nº
3

Coleccionables



Índice

2. Fibrosis quística en Uruguay

Prof. Dr. Gustavo Tamosiunas

8. UDA - Alto Riesgo Obstétrico: un abordaje integral e interdisciplinario

Doctores: Mariana Cora,
Valentina Zubiaurre, Mariana Guirado,
Leonardo Sosa

10. Comité de tromboprofilaxis: experiencia en el Hospital de Clínicas. Primeros resultados

Doctores: Josefina Tafuri,
Juan Alonso, Dra. Lilián Díaz
Lic. Enf. Mariela Olivieri,
Lic. Enf. Natacha Caraballo

FIBROSIS QUÍSTICA EN URUGUAY: UNIDAD INFANTIL Y DE ADULTOS

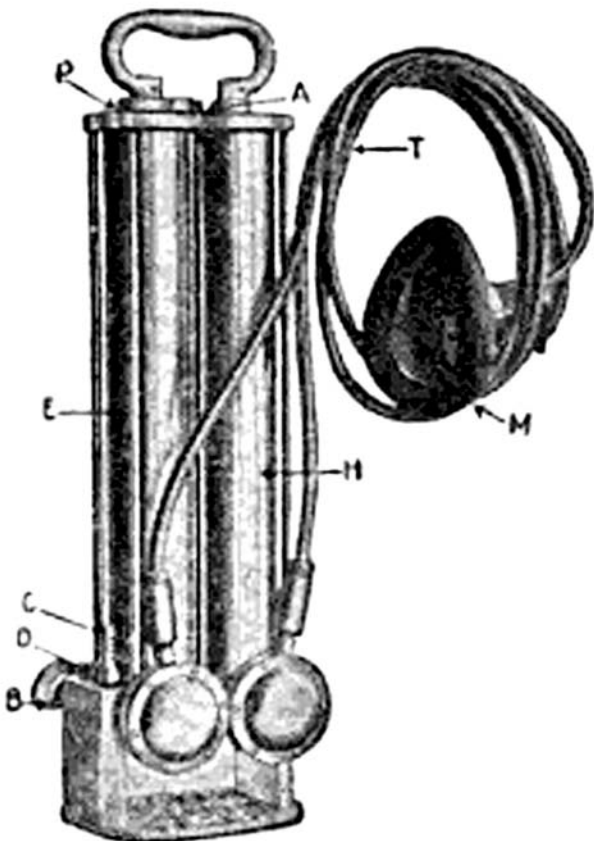
La FQ (Fibrosis Quística) es la enfermedad hereditaria auto-sómica recesiva grave más frecuente en la población caucásica, causada por una alteración génica localizada en el brazo largo del cromosoma 7, codificador de una proteína de 1480 aminoácidos llamada Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator Protein (CFTR) (1,2).

Tiene una incidencia aproximada de 1 cada 2500 – 1 en 4500 (RN) recién nacidos y una frecuencia de portadores de 1 cada 25 individuos. (1) Aunque en términos más globales puede decirse que la incidencia es de 1 paciente cada 2000-6000 recién nacidos vivos, siendo factores a tener en cuenta el origen étnico y la zona geográfica de procedencia.

Según datos recopilados de distintas publicaciones, se puede objetivar lo anteriormente mencionado en el siguiente cuadro:

POBLACIÓN	INCIDENCIA
Buenos Aires	1/3500 **
EEUU – Raza Negra	1/17000
EEUU – Raza Caucásica	1/2000 – 1/5200
Raza Negra – África	1/100000
Suecia	1/7700
Irlanda del Norte	1/1700
Italia	1/3500
Cataluña	1/1532 *
Finlandia	1/25000

*datos obtenidos luego de implementado el sistema de pesquisa neonatal de la FQ / **Rev de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina – Nº 163 – nov. 2006, págs. 12-15



La FQ es una enfermedad muy compleja que afecta a las glándulas exócrinas, manifestándose bajo una gran variabilidad de síntomas, llegando a ser, las complicaciones respiratorias, las responsables del 95% de las muertes en los pacientes afectados. El íleo meconial del neonato y la azoospermia del adulto pueden presentarse como extremos de las diferentes formas de presentación.

Esta variabilidad clínica ha condicionado los estudios de prevalencia ya que las formas atípicas dificultan el diagnóstico. A pesar de ello, el clonaje de la CFTR y los estudios genéticos han permitido reducir tanto el número de falsos positivos como de negativos. (1, 3, 4)

La esperanza de vida se ha incrementado notablemente gracias a un mejor conocimiento de la fisiopatología de esta enfermedad y al tratamiento multidisciplinario de estos pacientes (5, 6).

La creación de unidades especializadas en el manejo de la FQ han permitido su diagnóstico más precoz, los tratamientos más eficaces sobre las infecciones pulmonares y el mejor soporte nutricional, cambiando la historia natural de la enfermedad (5, 6).

ANTECEDENTES

En Uruguay el Sistema de Salud hasta el 2006/2007 tenía dos grandes sectores, uno público y uno privado de prepago. A partir del 2007 con la Implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) se presta asistencia médica a los trabajadores públicos y privados y a los hijos de los trabajadores, cambiando sustancialmente la cobertura de salud de la población. (7)

La población de Uruguay, según datos del censo 2004, es de 3.241.003 habitantes, distribuidos

en 48,3% de hombres y 51,7% mujeres. Si consideramos la población que radica en la capital, Montevideo es el 41% y en el resto del país 49%. La esperanza de vida global es de 75,25 y la tasa de nacimientos es de 14/1000, con 48.677 nacimientos en el 2009. (8)

Desde el punto de vista étnico la población uruguaya es descendiente de europeos, fundamentalmente españoles e italianos, con solo 5 – 10% de mestizos, no quedando componentes de la población indígena original. Por este motivo, podemos esperar una incidencia de la fibrosis quística similar a la española o italiana (1/3500).

Según los registros de la Asociación Honoraria de Fibrosis Quística del Uruguay, habría al 2010

140 pacientes diagnosticados, lo que si lo llevamos a la incidencia de la enfermedad en la región (Buenos Aires, con características poblacionales similares a la de Uruguay) tendría que

“Tiene una incidencia aproximada de 1 cada 2500 – 1 en 4500 recién nacidos y una frecuencia de portadores de 1 cada 25 individuos”.

haber alrededor de 900 fibroquísticos en el país.

En Uruguay la Pesquisa Neonatal (PN) comienza con la implementación de la dosificación de hormona estimulante de la tiroides (TSH) en sangre de cordón umbilical, en 1990, en el Laboratorio del BPS. En 2007 se promulga el Decreto que establece la obligatoriedad de PN de Fenilcetonuria e Hiperplasia Suprarrenal Congénita (Decreto 416/007) (9).

Posteriormente, en agosto del 2008 se extiende el decreto y se establece la obligatoriedad de detección precoz y su denuncia ante el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública (MSP), de Hipoacusia Neonatal, (Decreto 389/008) (9).

En diciembre de 2009, se establece la obligatoriedad de PN de FQ a través de identificación de Tripsina Inmunorreactiva (TIR) en gota de sangre de talón, comenzando su ejecución en junio de 2010. (9, 10, 11)

PROYECTO CREACIÓN DE UNIDAD DE REFERENCIA INFANTIL Y DE ADULTOS DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN EL ÁMBITO DEL BPS

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: asistencia integral a pacientes portadores de FQ de todo el país	Formación de la Unidad de Referencia Nacional	Integración del Equipo por todos los especialistas	Aprobación del proyecto
PROPÓSITO: presentar al Equipo Multidisciplinario ya existente para el tratamiento y seguimiento de estos pacientes procedentes de todos los planes de cobertura	Centralizar a todos los pacientes portadores de la enfermedad	Censo de pacientes portadores de la patología	Todos los pacientes portadores concurren al Centro
COMPONENTES: aplicación del protocolo aprobado por el MSP en forma racional y a todos los pacientes en forma igualitaria	100 % de cobertura de los pacientes	Registro de resultados obtenidos y evolución de los pacientes	Los resultados se condicen con los obtenidos en situaciones similares a nivel internacional
ACTIVIDADES: Incorporación de la pesquisa neonatal de FQ al SNPN, reuniones periódicas, búsqueda y aporte de material de apoyo, reuniones de discusión de casos clínicos, consultas clínicas integrales, asistencia a pacientes hospitalizados, becas de capacitación y actualización	Implica testeo de ITR en sangre de gota de talón, redistribución y adecuación de recursos materiales, económicos y humanos, fomentando la capacitación y reconociendo el capital intelectual de que se dispone	Detección precoz y tratamiento oportuno con obtención de un registro real de pacientes, estableciendo la incidencia para Uruguay; Registros de consultas; Publicación de artículos científicos; Evolución clínica	Se cumplen las pautas de frecuencia de consultas y planificadas, se mantiene el nivel de capacitación, se cubren costos y se optimizan gastos

OBJETIVO

Por todo lo expuesto y ante un paciente portador de FQ encuadrado en un contexto familiar, educativo y socioeconómico donde esta afección tiene un alto impacto, proponemos brindar asistencia a través de una Unidad Interdisciplinaria de Referencia, donde sean correcta y oportunamente diagnosticados, tratados de acuerdo a protocolo vigente, pesquisadas sus eventuales complicaciones y contenidos psicológica y socialmente.

PROCEDIMIENTO

Equipo de trabajo: Unidad básica: Neumólogo, Gastroenterólogo, Lic. en Psicología, Lic. en Nutri-

ción, Fisiatra y Enfermera.

Equipo cooperador: Bacteriólogo, Genetista, Endocrinólogo, Urólogo, Trabajador Social.

Asistencia en policlínica de acuerdo a la edad del paciente por parte de Unidad Infantil o de Unidad de Adolescentes y Adultos, tomando como punto de corte, de acuerdo a las pautas de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, los 14 años de edad.

Seguimiento de los pacientes que requieren hospitalización.

Coordinación con el Fondo Nacional de Recursos (FNR) para la indicación y uso racional de medicación altamente especializada cubierta por dicha entidad.

En el caso de pacientes del interior, coordinación con un médico de referencia local, para el seguimiento y oportuna derivación a la Unidad.

“La FQ es la enfermedad crónica que más sobrevida tiene a la fecha.”

METODOLOGÍA DE CONSULTA CLÍNICA

- Medición de parámetros antropométricos.
- Saturación de O₂ mediante un oxímetro de pulso.
- Realización de Pico Flujo.
- Entrevista con el equipo en su totalidad.
- Solicitud de exámenes paraclínicos destinados al diagnóstico de la enfermedad, estado de la misma y posibles complicaciones respiratorias, infecciosas, digestivas y nutricionales.
- Indicaciones referidas a hábitos (ejercicio, alimentación) y a todas aquellas medidas que el protocolo marque, de acuerdo a la situación clínica del paciente.
- Cita personal con la psicóloga, de requerirlo la situación.

ANÁLISIS FODA

FORTALEZAS

Equipo Interdisciplinario de Tratamiento y Seguimiento de Adolescentes y Adultos con FQ: constituido por Neumólogo, Gastroenterólogo, Lic. en Nutrición, Lic. en Psicología, Aux. de Enfermería, contando con el apoyo de Fisiatra. Este equipo cuenta con 10 años de experiencia y dedicación al tema.

Servicio de Gastroenterología del BPS: en el área pediátrica cuenta con policlínica de Fibrosis Quística a cargo de Gastroenterólogo infantil, Neumólogo infantil, Lic. en Nutrición y Fisiatra, con 20 años de experiencia.

Contacto fluido con especialistas internacionales, que permiten al Equipo mantenerse al tanto de los últimos avances así como también conocer la experiencia de otros países.

Contacto estrecho y coordinación con la Asociación de Padres de FQ del Uruguay.

Trabajo coordinado con FNR, ya que se encuentra legislado el tratamiento y diagnóstico de la FQ en todo el territorio nacional (12, 13, 14), tanto en

el ámbito público como privado. El FNR otorga la medicación en forma gratuita a todo paciente afectado por esta enfermedad.

OPORTUNIDADES

Al encontrarse el país abocado a la implementación del SNIS, al ser BPS en su Área de Salud, referencia nacional para el tratamiento de Enfermedades Congénitas y Connatales y contar con un Equipo Interdisciplinario especializado y con experiencia en el tratamiento de esta enfermedad, la creación de la Unidad de Referencia en FQ enmarca en el contexto actual de asistencia sanitaria.

La FQ es la enfermedad crónica que más sobrevida tiene a la fecha, por tanto las derivaciones son a especialistas de adultos que deben ser expertos en el tema.

DEBILIDADES

El BPS no cuenta con la infraestructura necesaria para una correcta implementación de la Unidad: los consultorios no son adecuados, no se cuenta con posibilidad de internación adecuada.

AMENAZAS

El período de transición a nivel político puede retrasar la implementación de las medidas necesarias para la designación y puesta en marcha de los objetivos fijados.

La rápida evolución de los pacientes hacia el deterioro una vez que aparecen las complicaciones y no son oportunamente diagnosticadas y correctamente tratadas, no permite tiempos prolongados para la concreción de los objetivos.

El sistema actual de salud no permite que muchos pacientes que llegan a la edad adulta puedan acceder a los expertos en el tema, por no contar con los mismos en su centro de asistencia, presentando un deterioro de su estado de salud, evitable con el adecuado tratamiento.

PRESUPUESTO

Infraestructura edilicia: el arrendamiento de consultorios y salas de internación o readecuación de recursos ya existentes, dependerá de la valoración al respecto de las autoridades involucradas.

Paraclínica: (1) costo de reactivo para técnica de pesquisa por TIR, ya que el sistema de PN recientemente ampliado se encuentra en funcionamiento. (2) Adecuación de equipamiento ya disponible en el BPS que permita incorporar lo necesario para la correcta evaluación microbiológica. (3) Estudios imagenológicos que ya se realizan en forma racional indicados por el Equipo. (4) Exámenes de evaluación desde el punto de vista digestivo y nutricional ya se realizan en forma racional indicados por el Equipo. Por lo tanto los puntos 3 y 4 no implican costos adicionales.

Personal Técnico Altamente Capacitado: todo el Equipo ya se encuentra desempeñando tareas en el BPS como funcionarios, correspondiendo que se destine rubro/partida por dedicación especial y capacitación y actualización.

Tratamientos: (1) la medicación requerida e incluida en el FTN (formulario terapéutico nacional) deberá ser indicada oportunamente por el Centro y suministrada al paciente por su respectivo prestador de salud. (2) En el caso de los Suplementos Nutricionales que eventualmente pueden requerir estos pacientes, el FTN los incluye en caso de internación. Deberá por tanto evaluarse a qué prestador de salud le corresponderá cubrir los costos en caso de pacientes ambulatorios.

(3) Con respecto a la medicación específica y de alto costo, ya se encuentra cubierta por el FNR.

Traslado de pacientes del Interior: actualmente el BPS cubre los gastos de traslado y en los casos necesarios, de hotelería, de los pacientes beneficiarios del sistema. En caso de pacientes mutuales, dichos costos deberían ser cubiertos por las respectivas instituciones.

RESULTADOS

El proyecto fue estudiado por el Directorio del BPS resultando su aprobación por RD 2-1/2010, la que fue derivada al MSP siendo homologado en setiembre de 2010.

Previo a dicha resolución, los equipos contaban con 20 pacientes menores de 14 años y 15 pacientes mayores de esa edad.

Desde la creación de la Unidad de Referencia han ingresado 3 niños en la Unidad Infantil provenientes de otros prestadores de salud y uno que se encuentra aún en estudio. A la Unidad de Adolescentes y Adultos han ingresado 20 nuevos pacientes, alguno de ellos todavía en seguimiento por pediatra general y otros siendo asistidos en forma descoordinada por distintos especialistas, en la mayoría de los casos no expertos en la enfermedad.

Desde la implementación de la PN en junio de 2010 se han detectado 5 pacientes.

Para la pesquisa se realiza TIR, con el resultado positivo, se cita al paciente al laboratorio de pesquisa del BPS donde se le efectúa test de sudor y con el test positivo se deriva a la Unidad Infantil, donde el médico en co-consulta con psicólogo informa el diagnóstico a los padres. Se solicita el estudio molecular y se explica a los padres no solo de qué se trata la enfermedad sino también ante qué síntomas deben estar alerta y concurrir a consulta precozmente. Uno de los niños ha presentado un cuadro respiratorio infeccioso que requirió internación, habiendo tenido una buena evolución. Otro de los niños presentó un ileo meconial habiendo sido intervenido quirúrgicamente previo a la confirmación diagnóstica.

CONCLUSIONES

Es claro que la implementación de la Pesquisa de FQ permite un diagnóstico precoz de las complicaciones de la enfermedad, evitando así el deterioro funcional. En 6 meses desde la implemen-

tación de la misma se han detectado 5 pacientes quienes fueron referidos oportunamente al Centro de Referencia donde se les comunicó el diagnóstico y la información necesaria a los padres.

Así mismo, cabe señalar que más de la mitad de los pacientes mayores de 14 años con diagnóstico, conocidos por la Asociación de Padres, se encontraban con tratamientos incompletos o sin tratamiento. No contamos aún con datos suficientes para evaluar su evolución por lo breve del período transcurrido desde la creación de la Unidad. A pesar de ello, todos los pacientes que han ingresado han comenzado su reevaluación clínica y paraclínica y han sido incluidos en el plan terapéutico protocolizado nacional. ●

AUTORES

Prof. Dra. Gabriela Parallada MSC, Médico Gastroenterólogo Magíster en Nutrición; Profesora de la Maestría de Nutrición de la Universidad Católica del Uruguay

Dra. María Gabriela Rutz, Médico Neumólogo de Adultos

Dra. Rosario Gueçaimburu, Médico Pediatra Neonatólogo Genetista

EQUIPO COLABORADOR

Unidad Pediátrica: Dra. Graciela Caballero, Dra. Catalina Pinchack, Dra. Violeta Sereno, Dra. Lidia Rodríguez, Lic. Nut. Laura Fernández, Lic. Psic. Silvia Pereira, Lic. Enf. Leticia Ferro, Aux. Enf. Mónica Silva
Unidad de Adolescentes y Adultos: Dra. María Gabriela Rutz, Dra. Gabriela Parallada MSc, Lic. Nut. Marina Castro, Lic. Psic. Dinora Cosentino, Lic. FT. Milka Ríos, Aux. Enf. Paola Ramírez
Genética: Dra. Rosario Gueçaimburu

Palabras Claves: Fibrosis Quística, Centro de Referencia
Abrev.: FQ Fibrosis Quística; CFTR: Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator Protein; RN: recién nacido; SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud; FONASA: Sistema Nacional de Salud; BPS: Banco de Previsión Social; PN: Pesquisa Neonatal; TSH: hormona estimulante de la tiroides; MSP: Ministerio de Salud Pública; TIR: tripsina inmuno-reactiva; SNPN: Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal; FNR: Fondo Nacional de Recursos; FTN: formulario terapéutico nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Escobar H.; Fibrosis Quística; Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; SEGHP; ISBN:978-84-8473-869-5; 2010, ERGON, Madrid
- 2- Salcedo A.M García M. D.; Fibrosis Quística; Ed. Díaz de Santos; 1998; ISBN 8479783680
- 3- Velázquez A.; Vela-Amieva M.; Naylor E.; Resultados del tamiz neonatal ampliado, como nueva estrategia para la prevención de los defectos al nacimiento; Vol. 67, n° 5, sep-oct 200 pp 206-213
- 4- Visich A.; Barreiro C.; Chertkoff L.; Caracterización de tres microsatélites del gen de fibrosis quística en familias argentinas; Medicina – Vol 61, N°1, 2001
- 5- www.fundaciónfibrosisquística.org; Fundación Sira Carrasco
- 6- Martínez Costa C.; Escribano A.; Núñez Gómez F.; García Maset L.; Luján J.; Martínez Rodríguez L.; Intervención Nutricional en Niños y Adolescentes con Fibrosis Quística. Relación con la Función Pulmonar. Nutr. Hosp. 2005, xx, (3) 182-188
- 7- Ley N° 18131, publicado D.O. 31 de may/2007 – N° 27248
- 8- www.ine.gub.uy
- 9- Pesquisa Neonatal: lo que puede prevenir una gota de sangre; 1° Ed 2010; Ed. Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Administración; ISBN 978-9974-8277-0-7
- 10- Gross S.D.; Boyle C.A.; Botkin J.R.; et al. Newborn Screening for Cystic Fibrosis: Evaluation of Benefits and Risks and Recommendations for State Newborn Screening Programmes, MMWR, 2004;53(R13);1-36
- 11- Comeau A.M.; Parad R.B.; Dorkin H.L.; et al. Population-based newborn screening for genetic disorders when multiple mutation DNA testing is incorporated: a cystic fibrosis newborn screening demonstrating increased sensitivity but more carrier detections. Pediatrics. 2004 Jun; 113(6):1573-81
- 12- Protocolo: Guía para el tratamiento de la Fibrosis Quística: www.msp.gub.uy/categoría30-1-2/html
- 13- Normativa para el Tratamiento de la Fibrosis Quística; www.fnr.gub.uy/node/78
- 14- Consenso para el Tratamiento de la Fibrosis Quística, Argentina; Arch. Arg. Pediatría, 1999

UDA - ALTO RIESGO OBSTÉTRICO: UN ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO

La Policlínica de Alto Riesgo Obstétrico (PARO) del Hospital de Clínicas existe desde hace más de veinte años. A partir de la conformación de un grupo de Internistas, liderados inicialmente por la Prof. Agda. Dra. Liliana Gherzi, es que se inicia la experiencia de construcción de una verdadera “unidad docente asistencial”.

Desde esa policlínica se generó un espacio asistencial de pacientes complejos y de formación de nuevas generaciones de Internistas y Obstetras con experiencia en esta temática.

En 2008 surge la posibilidad de formalizar una “UDA” al amparo del Programa de Formación y Fortalecimiento de los Recursos Humanos de los Prestadores Públicos de Salud.

La Unidad Docente Asistencial de Alto Riesgo Obstétrico funciona como tal desde enero de 2010. Está integrada actualmente por Obstetras

(Prof. Agda. Estela Conselo, Asistentes Natalia Pérez y Claudia Alonso) e Internistas (Prof. Leonardo Sosa, Prof. Adj. Mariana Stevenazzi, Asistentes Dras. Mariana Guirado y Valentina Zubiaurre y Dra. Mariana Cora) y forman además parte imprescindible del equipo las Psicólogas Rosario Valdés y Mercedes Viera.

Este equipo trabaja en estrecha conexión con el grupo de Hematología dirigido por la Prof. Dra. Lilián Díaz, que funciona compartiendo la mis-

ma área física asistencial. Asimismo trabaja con numerosos colegas de otras especialidades y servicios que le derivan pacientes y de cuya colaboración depende para su mejor asistencia.

OBJETIVOS

El objetivo fundamental de este grupo es brindar una asistencia integral a pacientes que cursan su embarazo en el contexto de patología médica previa o concomitante, que determina mayor riesgo materno-fetal.

La conformación de un equipo interdisciplinario nucleado en torno a este objetivo favorece la resolución global de los problemas detectados, abordándolos desde diferentes perspectivas, evitando así la multiplicidad de consultas e indicaciones terapéuticas.

Es también un objetivo del equipo contribuir a la formación de estudiantes de pregrado y posgrado de las diferentes disciplinas relacionadas.

Rotan por las áreas asistenciales Residentes de Medicina Interna y Obstetricia y Practicantes

“El objetivo fundamental de este grupo es brindar una asistencia integral a pacientes que cursan su embarazo en el contexto de patología médica previa o concomitante, que determina mayor riesgo materno-fetal.”

“Es también un objetivo del equipo contribuir a la formación de estudiantes de pregrado y posgrado de las diferentes disciplinas relacionadas.”



Internos. En los últimos meses se ha formalizado la rotación de Practicantes Internos por la Unidad, que se integran al trabajo del equipo en las áreas de internación y policlínica.

En este mismo sentido, fue recientemente presentado por la Unidad un proyecto de Curso Electivo para estudiantes de pregrado

ACTIVIDADES

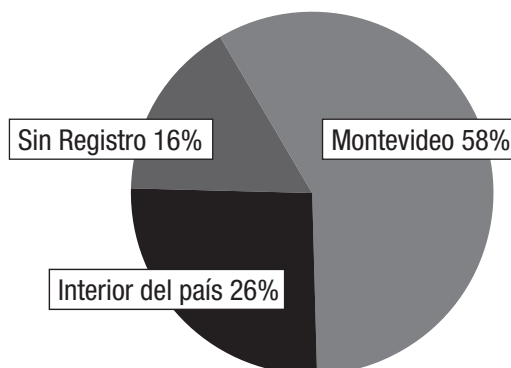
Su trabajo se desarrolla en las áreas de policlínica e internación, incluyendo a las pacientes internadas en las salas de Obstetricia así como de otros servicios del Hospital.

Como uno de los aspectos a destacar, desde la conformación de la UDA, se encuentra la integración de un Internista al equipo de Obstetricia en sala de internación para la visita diaria de las pacientes de ARO. Ello permite asegurar la continuidad de la asistencia hasta la finalización del embarazo y puerperio de las pacientes que ingresan desde nuestra policlínica, así como la captación de aquellas que son derivadas al Hospital Universitario desde otras instituciones, fundamentalmente desde el CHPR y desde el interior del país. Por otra parte contribuye a la integración del conocimiento de Obstetras e Internistas (transdisciplinariedad).

La presencia permanente de nuestra Unidad en el área de internación ha permitido además el trabajo conjunto con el equipo de Neonatología, imprescindible para asegurar una adecuada asistencia al binomio madre-hijo en el contexto del embarazo de alto riesgo.

Se ha establecido un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes que son derivadas al equipo desde otras instituciones públicas y privadas, de Montevideo y del Interior del país. (Ver gráfica 1).

Gráfica 1.- Distribución según procedencia de 185 pacientes que han finalizado el embarazo en el período de junio 2010 a junio 2011.



En la mayoría de los casos se realiza el seguimiento de la paciente desde el inicio del embarazo hasta el puerperio, pero también se reciben consultas puntuales por parte de otros colegas, quedando en estrecha comunicación para el seguimiento del embarazo.

Dado que en el embarazo los plazos están acotados y que la disminución de los tiempos de espera incide claramente en el éxito de las intervenciones, hemos planteado la priorización de la paciente de alto riesgo obstétrico en lo referente a los servicios brindados por el hospital. Ejemplo de esto es la coordinación con el Laboratorio Clínico, con extracción de sangre el mismo día de la consulta, y obtención más rápida de los resultados.

En el mismo sentido cabe destacar la coordina-

ción con otras Unidades Docente Asistenciales, particularmente con la de Ecografía Obstétrica, Enfermedades Autoinmunes, Hipertensión Arterial y Tabaquismo, así como con otros servicios del Hospital entre los que destacamos al de Nefrología, Hematología y Ecocardiografía.

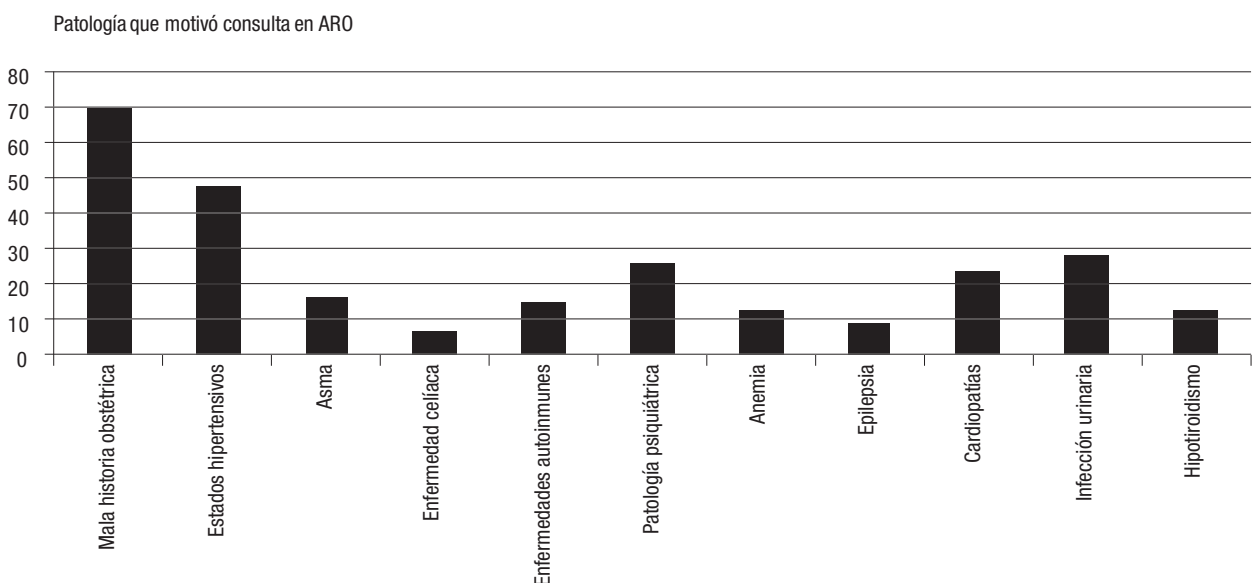
En estrecha relación con lo anterior, hay otro aspecto de la actividad docente a destacar, la realización de ateneos interdisciplinarios quincenales, que se desarrollan en el área de policlínica y en el Servicio de Ginecotocología.

Con respecto a la distribución de las patologías que motivan la consulta a la UDA de ARO, predominan los estados hipertensivos del embarazo, el

presentar una mala historia obstétrica (óbito, abortos o pre términos severos previos), la patología nefrourológica, las enfermedades autoinmunes así como el ser portadora de asma o epilepsia entre otras. También con una frecuencia no despreciable, son derivadas a nuestra policlínica pacientes con patología psiquiátrica y/o psicológica. (Ver gráfica 2).

Además, en el hospital funciona una policlínica de Diabetes y Embarazo, que depende de la cátedra de Endocrinología, por lo que esta patología no constituye un motivo de consulta habitual en la policlínica.

Gráfica 2.- Distribución según patología que motivó la consulta en Alto Riesgo Obstétrico de 185 pacientes que han finalizado el embarazo en el período de junio 2010 a junio 2011.



“El balance de los primeros 15 meses de funcionamiento de la UDA Anestesia Pediátrica es ampliamente positivo: en lo asistencial cubrimos con creces los objetivos propuestos”

AVANCES DEL ÚLTIMO PERÍODO (2010-2011)

Aumento del número de consultas en policlínica, que en el correr del año 2011 (hasta junio) alcanzan a más de 600, siendo factores importantes para este ascenso el aumento de las horas semanales de policlínica a partir de la constitución de la UDA, así como la mayor difusión del trabajo del grupo.

Instauración de la visita diaria sistemática en Sala de Obstetricia.

Mejoría significativa en el registro sistemático de la actividad asistencial.

Confección y volcado de datos a una base informatizada.

Elaboración del Consenso “Trombofilia y Embarazo. Pautas de Diagnóstico y Tratamiento”, con colegas de Hematología, Obstetricia del Hospital de Clínicas y del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Médicos Ecografistas y del Laboratorio Clínico. Valoramos que esta herramienta constituye un aporte para racionalizar el estudio y mejorar la asistencia a pacientes portadoras de esta patología. ●

AUTORES

Doctores Mariana Cora, Valentina Zubiaurre, Mariana Guirado, Leonardo Sosa



COMITÉ DE TROMBOPROFILAXIS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS. PRIMEROS RESULTADOS

La Enfermedad Tromboembólica venosa (ETE) es una causa relevante, frecuente y prevenible de morbimortalidad en el paciente hospitalizado. Constituye un problema sanitario que conlleva además gastos económicos. Ha pasado a ser considerada a nivel mundial un problema de Salud Pública.

Dada la alta incidencia de ETE en los pacientes hospitalizados, la profilaxis es una estrategia lógica y de buena práctica clínica, estando avalada por múltiples estudios: MEDENOX, PREVENT, ARTEMIS, ENDORSE.

El aplicar medidas de tromboprofilaxis basadas en evidencia científica, no solo beneficia a los pacientes, sino que también protege al médico y a la institución de responsabilidad legal.

Todos los servicios asistenciales deberían tener una política de tromboprofilaxis sobre todo para los pacientes de alto riesgo de ETE. Es por ello que en nuestro hospital, siguiendo la línea de estudio en ETE de la Clínica Médica "C", y en conjunto con la Cátedra de Hematología y el Depto. de Enfermería se creó el Comité de Tromboprofilaxis.

Los objetivos de este comité son: identificar a los pacientes candidatos a tromboprofilaxis, estratificar el riesgo tromboembólico y estimular la adherencia de todo el cuerpo médico a las normas vigentes de profilaxis. Se espera que su puesta en marcha se traduzca en un aumento de la indicación de tromboprofilaxis y así asistir a una dismi-

nución de la ETE. Este sería el puntapié inicial de futuras pautas institucionales, integrando a los distintos actores del equipo de salud. Siguiendo con las recomendaciones del American College of Chest Physicians (CHEST) 2008 donde la estrategia formal de tromboprofilaxis debe comprender alertas electrónicas o escritas preimpresas que puedan auditarse en forma periódica y tengan retroalimentación. A partir del 1/7/2010 comenzó a aplicarse en la Clínica Médica "C" en sus salas de Medicina y Cuidados Intermedios un formulario de

recolección de datos que se incorpora en la historia del paciente a su ingreso. Ello permitirá valorar el riesgo tromboembólico de los pacientes ingresados, sugerir de acuerdo al mismo medidas profilácticas y valorar su cumplimiento.

Este comité aspira a que en un futuro muy próximo

sea un sistema de alarma electrónico instrumentado a través del DPI (Departamento de Procesamiento de la Información) el que alerte al médico sobre el riesgo de ETE de sus pacientes y tomar las medidas de tromboprofilaxis que estén indicadas. Sería deseable que esta política sea tomada por las autoridades del Hospital como requeri-

“El aplicar medidas de tromboprofilaxis basadas en evidencia científica, no solo beneficia a los pacientes, sino que también protege al médico y a la institución de responsabilidad legal.”



miento de seguridad; así lo demuestran muchos trabajos científicos de alto impacto (CHEST Junio 2008, BMJ 2005,2007) y reportes de autoridades de salud como el Department of Health-United Kingdom-, que promueven lograr un 100% de cumplimiento en la evaluación de riesgo en cada adulto admitido en los hospitales de Inglaterra. Comunicamos los primeros resultados de la actividad del comité.

OBJETIVOS

Identificar a los pacientes candidatos a trombofilaxia.

Lograr que al 100% de los pacientes que ingresan les sea calculado el riesgo para ETEV.

Valorar utilidad del alerta escrito como instrumento en la indicación precoz y adecuada de trombofilaxia farmacológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional y descriptivo: se incluyeron todos los pacientes que ingresaron desde el 1 de julio de 2010 al 31 de marzo 2011 en las salas de Medicina y Cuidados Intermedios de la Clínica Médica "C" del Hospital de Clínicas UDELAR

Para ello se diseñó un formulario que funciona como alerta escrito, siguiendo los criterios pro-

puestos por el National Institute of Health Clinical Excellence (NICE) 2010.

Se evaluó el riesgo de ETEV al ingreso asociando criterios de inclusión y exclusión para la indicación de trombofilaxia farmacológica.

Se creó una base de datos en software EPI INFO 2002 para informatización de los datos y posterior análisis.

RESULTADOS

Se aplicó el protocolo a 655 pacientes. Las edades se distribuyeron entre 15 y 94 años, mediana 62 años. Con respecto al sexo: 47% correspondieron al sexo femenino y 53% al masculino.

De los pacientes ingresados 51% pertenecieron a Cuidados Intermedios y 49% a salas de medicina general.

Se logró aplicar el instrumento- alerta escrito- a 77% del total de pacientes ingresados en el período mencionado.

Trescientos veinticuatro pacientes (aproximadamente 50%) presentaban indicación de trombofilaxia farmacológica.

CONCLUSIONES

El número de pacientes con indicación y no indicación para tromboprofilaxis fue similar.

Se destaca que 34% de los pacientes que tenían indicación de profilaxis farmacológica para ETEV no la estaban recibiendo.

La reducción de la movilidad significativa o relativa asociada a factores de riesgo, fueron los factores de riesgo más frecuentes.

Se logró implementar la herramienta del alerta escrito para cálculo de riesgo de ETEV y sugerir la indicación de profilaxis para la misma, en gran parte de los pacientes ingresados en el período mencionado.

Este es el primer paso en la conformación de políticas institucionales de profilaxis para la ETEV en nuestro Hospital.



BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson FA, Wheeler HB, Goldberg RJ, et al. a population based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of the deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The Worcester DVT study. Arch Intern Med. 1991;151:933-938.
2. House of Commons Health Committee (2005) The prevention of venous thromboembolism in hospitalised patients. London: The Stationery Office.
3. Venous thromboembolism: reducing the risk National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 92. January 2010.
4. Shojania KG. Agency for Healthcare Research and Quality [Web site]. Making Health Care Safer: A Critical Analysis. 20 July, 2001. Accessed January 21, 2009.
5. Otero R, Grau Segura E, Jiménez Castro D, Uresandi Romero F, JL López Villalobose, Calderón Sandubetef E, Medrano Ortégaf FJ, Cayuela Domínguez A. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa. Normativa SEPAR. Arch Bronconeumol. 2008;44(3):160-9.
6. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians. Evidence based clinical practice guidelines. 8th edition. Geerts W, Bergqvist D, Pineo G, Heit J, Samama C, Lassen M, Colwell C. Chest 2008;133;381S-453S.

AUTORES

Dra. Josefina Tafuri (Residente de Clínica Médica "C")
Dr. Juan Alonso (Prof. Clínica Médica "C")
Dra. Lilián Díaz (Prof. Cátedra Hematología)
Lic. Enf. Mariela Olivieri
Lic. Enf. Natacha Caraballo

Contacto

sermedico@smu.org.uy

● CONOCIMIENTO ● COMPROMISO ● CORRESPONSABILIDAD

