

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

www.lamutual.org.ar

PREVENCIÓN DE RIESGOS Y RECLAMOS EN CIRUGÍA PLÁSTICA.

APM EN LA HEMEROTECA DE EXPOMEDICAL 2018.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

IMPLICANCIAS CLÍNICO-ECONÓMICAS DE LA "NO-CALIDAD" EN HOSPITALES.

**La
mutual** Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis | Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

- La prevención y gestión del riesgo médico legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora

Tucumán 1668, 3º piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires
Tel.: (011)4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



Gestión de riesgos médico legales: Procedimientos y recomendaciones. Marco jurídico.

Entre otros temas se desarrollan los siguientes:



GESTIÓN DE RIESGOS MÉDICO LEGALES.

- Riesgos y cambios en la actividad sanitaria.
- Recomendaciones desde una visión práctica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- El deber de información a la luz de la ley 26.529.
- Respuestas a las preguntas más frecuentes.
- Rechazo terapéutico y abandono de tratamiento.

HISTORIA CLÍNICA.

- Errores más frecuentes.
- Recomendaciones para una buena gestión de historias clínicas.
- Guía para conformar una HISTORIA CLÍNICA ÚNICA (ley 26.529).

ADMISIÓN, DERIVACIÓN y EGRESO DE PACIENTES.

- Procedimientos y recomendaciones.
- Análisis de situaciones especiales.

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

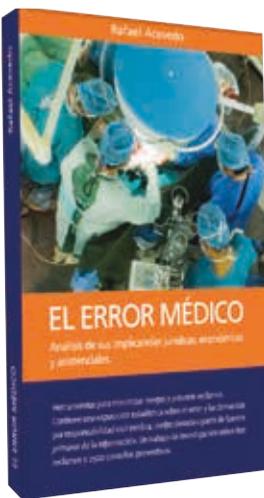
- Prevención de infecciones nosocomiales.
- Quemaduras por uso de electrobisturí.
- Prevención y gestión de caídas.
- Cirugía Segura y la Resolución 28/2012 del MSN.

COMUNICACIÓN DE INCIDENTES Y RECLAMOS.

- El valor de identificar y comunicar incidentes y eventos adversos.
- Actos médicos judicializados: qué y cómo informar.

El Error Médico

Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales.



A lo largo de sus 270 páginas, entre otros temas se analizan los siguientes:

- Errores en la historia clínica.
- Relación médico paciente y deber de información.
- Especialidades médicas más frecuentes demandadas.
- El error en las distintas instancias de atención: ambulatoria, guardia, internación programada, urgencia.
- El error en el diagnóstico y en el tratamiento.

Se exponen los números de la responsabilidad médica:

- Análisis sobre consultas preventivas por eventos adversos.
- Exposición estadística sobre mediaciones y juicios.
- Montos reclamados y tiempos de reclamación.
- Demandas que prosperan y reclamos que se concilian.

- Error institucional y seguridad del paciente.
- Las manifestaciones del error en las distintas especialidades: cirugía, traumatología, obstetricia, clínica médica, anestesiología, odontología, enfermería, internación domiciliaria.
- Lesiones evitables e inevitables.
- Los efectos del error médico.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Error del paciente.
- La pérdida de chance en medicina.

- Costos en las mediaciones y juicios.
- Análisis de las sentencias.
- Evolución de las consultas preventivas realizadas oportunamente.

Y además:

- Herramientas para prevenir eventos adversos, quejas y reclamos.
- Gestión de riesgos médico legales. Ventajas cualitativas y cuantitativas.



Entérese de las últimas novedades en Facebook: *El Error Médico - Libro.*

Si desea adquirir alguna de estas obras, consulte escribiendo a: lamutual@lamutual.org.ar, o bien llamando al 011-4371-9856 (líneas rotativas) - Entrega gratuita a los Socios de LA MUTUAL -

Editorial

La edición 60° de Argentina Praxis Médica les ofrece una amplia variedad de temas, entre ellos:

- Prevención de riesgos y responsabilidad profesional en cirugía plástica. Conversamos con el Dr. Patricio Jacovella, miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.
- También le dimos continuidad al tema iniciado en APM 58 sobre la importancia del trabajo en calidad, y en esta ocasión analizamos las Implicancias clínico-económicas de la "NO-CALIDAD" en hospitales, de la mano del Dr. Guillermo Tabares Martínez.
- Le hicimos una entrevista a la Dra. Viviana Rodríguez, miembro de la Sociedad Argentina de Infectología, con quien abordamos recomenda-

ciones sobre la limpieza y desinfección de superficies en instituciones de la Salud.

- Además, APM en la Hemeroteca de ExpoMedical 2018, y algunas novedades sobre tecnología y salud, donde les contamos sobre la publicación de un material que reflexiona sobre ¿Cómo seleccionar el software ideal para hospitales y clínicas?

Como siempre los invitamos a recorrer nuestras páginas.

Dr. Héctor S. Vazzano
Presidente
La Mutual



Staff:

Director:
Dr. Héctor Salvador Vazzano

Editor Responsable:
Dr. Rafael Alejandro Acevedo

Producción Periodística:
Graciana Castelli

Diseño y Dirección de Arte:
Santiago Ariel Bermúdez

Correo de Lectores:
apm@lamutual.org.ar

Página Web:
www.lamutual.org.ar

Redacción y Publicidad:
(011) 4371-9856 (rotativas)

Contacto:
info@lamutual.org.ar
lamutual@lamutual.org.ar
Tucumán 1668, Piso 3, C1050AAH
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Imprenta:
En el Blanco Producciones
Capitán Bermúdez N° 3321, Olivos, Pcia de Bs As
Te: 011 5263-3283

Sumario

4- Prevención de Riesgos y Reclamos en Cirugía Plástica. Entrevista al Dr. Patricio Jacovella de la SCPBA.

9- APM en la Hemeroteca de ExpoMedical 2018.

10- Limpieza y desinfección de superficies en las Instituciones de Salud. Entrevista con la Dra. Viviana Rodríguez de la SADI.

14- Novedades: "¿Cómo seleccionar el software ideal para hospitales y clínicas?"

15- Implicancias clínico-económicas de la "NO-CALIDAD" en Hospitales. Por Dr. Guillermo Tabares Martínez.

APM es una publicación bimestral y gratuita, propiedad de la Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. Derechos reservados. Las notas son de uso público siempre que se citen las fuentes. Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la Dirección, ni de la Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. Registro de Inscripción de Publicación Periódica: RL-2018-47662050-APN-DNDA#MJ

VIDA COLECTIVO | ACCIDENTES PERSONALES | CAUCIÓN
RESPONSABILIDAD CIVIL | PRAXIS PROFESIONAL

NOS OCUPAMOS DE VOS

La Compañía de Seguros especialista
en Responsabilidad Profesional.

Buscanos en
f t in v
/TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

SSN
WWW.SSN.GOB.AR
0800-666-9400
N° INSCRIPCIÓN SSN: 0741

Prevención de Riesgos y Reclamos en Cirugía Plástica

Entrevista al Dr. Patricio Jacovella. Doctor en Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Especialista Universitario en Cirugía Plástica. Jefe de Cirugía Plástica del Hospital de Clínicas José de San Martín y Director de la carrera de Médico Especialista en esta sede. Miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.



- Para comenzar, ¿cuál es la experiencia desde el punto de vista de la formación de médicos en la especialidad?

Es interesante hacer hincapié en que cirugía plástica se estudia después de una residencia completa en cirugía general. El cirujano que se inicia en esta especialidad ya cuenta con cuatro años de experiencia y realiza con dedicación exclusiva 3 años de práctica en el hospital, con base teórica de apoyo, donde además de ver pacientes de primera vez y ulteriores, y salas de internación; también ayuda a operar y opera, siempre con un instructor, en operaciones de complejidad creciente.

Además, asiste a diferentes congresos, uno por año es obligatorio, y tiene casi la obligación de presentar un artículo científico en esos congresos y estar permanentemente actualizado. El sistema de enseñanza incluye: los pacientes de primera vez son vistos en consultorio, luego en un ateneo médico donde mediante fotografías se presenta el caso y se decide, consensuadamente, la técnica que se va a

utilizar. Muchas veces rechazando pacientes cuando a nuestro juicio esas personas no comprenden el alcance de una cirugía estética o tienen ideas demasiado irreales con respecto a que la cirugía estética les va a dar un cambio en la vida. Por supuesto que ayuda, pero si no está previamente preparado para un cambio mental, la cirugía estética es simplemente un adorno.

Dentro de esto, como en toda actividad humana, puede haber prácticas que son inadecuadas; o que siendo adecuadas no se obtiene el resultado habitual. Por eso, más que hablar de "mala praxis", yo hablo de "práctica médica inadecuada". El término no es mío, pero lo considero muy acertado porque las cosas se tratan de hacer bien. Muchas veces se hacen intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos (toxina botulínica, rellenos inyectables) y por diversas razones el cuerpo humano no reacciona como uno quiere. A veces la cirugía puede tener resultados no esperados.



RED PRESTACIONAL INTEGRAL DE CLINICAS SANATORIOS INSTITUTOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

SANATORIO FORMOSA S.R.L. (Capital)
HEMOPOR S.R.L. (Capital)
CLINICA "DR. JORGE VRSALOVIC S.R.L." (Capital)
NEO-FORM S.R.L. (Capital)
CLINICA "SANTA LUCIA" (Capital)
INSTITUTO ABRUZZO (Capital)
CLINICA ARGENTINA (Clorinda)
CLINICA "MARIA AUXILIADORA" (Clorinda)
CLINICA INTEGRAL "SAN ANTONIO" S.R.L. (Pirané)
CLINICA "SANTA ROSA de LIMA" (Pirané)
CLINICA "DR. CLAUDIO VILLAMEA" (Cte. Fontana)

CLINICA de la MERCED (Las Lornitas)
CLINICA MEDICA "SANTA RITA" (El Colorado)
SERVICIO RADIOLOGICO EL COLORADO (El Colorado)
SERVICIO de IMAGENES ARGENTINAS (Clorinda)
INSTITUTO RADIOLOGICO DR. AMERICO AVEIRO (Capital)
INSTITUTO "Dra. KIRA POPOWITCH" (Capital)
INSTITUTO MEDICO QUIRURGICO "3 de DICIEMBRE" (Capital)
LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA (Capital)
UROLOGIA DE MAGNOSTICO y TRATAMIENTO (Capital)
DIAGNOSTICO SAN CAMILO-GAMMA SPECT FORMOSA S.R.L.

Eva Perón 151- Formosa (Capital)



Trayectoria, Solidez y Respaldo
para la protección de los
Asociados a La Mutual

HDI
Seguros

- Vida Colectivo Ley de Contrato de Trabajo
- Integral de Comercio para Instituciones Médicas

Superintendencia de Seguros de la Nación - 0-800-666-8400 - www.ssn.gov.ar - N° de inscripción SSN: 0335

Descubra nuevas soluciones de protección

Estimado Socio:

Sabía usted que...

Además de la cobertura de ART, las empresas tienen una serie de indemnizaciones que deben afrontar en forma obligatoria en caso de fallecimiento o incapacidad de un trabajador.

Nuestras soluciones de protección brindan la más completa cobertura para estos imprevistos.

Ley de Contrato de Trabajo (N° 20.744)

■ Cobertura

Protege al empleador en caso de Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente por accidente o enfermedad de sus empleados, las 24 horas, inclusive en días no laborables o estando de licencia.

■ Determinación de la Suma a Indemnizar

En caso de fallecimiento: se abona a los beneficiarios medio sueldo por año de antigüedad.
De suceder una Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, el empleado recibirá, en una sola cuota, un sueldo por año de antigüedad (Art. 245, 247 de la Ley 20.744).

Ejemplo: Un empleado con 10 años de antigüedad y un sueldo mensual de \$8.000 pierde la vida. El Empleador estará obligado por ley a abonar \$40.000 en concepto indemnizatorio y en cumplimiento de la Ley de Contrato de Trabajo. De no contar con la póliza que proteja tal riesgo, deberá afrontarlo directamente, afectando así su situación financiera.

Para mayor información sobre estas y otras coberturas contáctese con:

Representante Comercial HDI Seguros en La Mutual.
Área de adhesiones.
Teléfono: (5411) 4371-9856 int. 107
lamutual@lamutual.org.ar



En cirugía estética se habla de obligación de resultados, cuando en realidad por lo general en medicina se habla de obligación de medios. No obstante, la reciente jurisprudencia y doctrina, ha empezado a hablar de obligación de resultados o de medios aumentados. Hay varios fallos en los que dice que el médi-

co ha tenido la mejor intención y que por razones diversas apareció una complicación.

- ¿Se trata de complicaciones propias de la práctica realizada?

Se trata de complicaciones posibles dentro de una cirugía. ¿Quién tiene complicaciones? Nadie quiere tenerlas, pero el que no las tiene es porque no ha operado suficientemente como para no tenerlas... Es decir, una infección puede aparecer habiéndose previsto todo.

- ¿Qué implica "habiendo previsto todo"?

Siempre digo: si tenemos un muy buen diálogo con el paciente, con una entrevista personal de 45 minutos / 1 hora en su primera vez. Si se realiza una buena revisión y se mantiene una buena conversación sobre cuáles son los deseos de esa persona y los alcances de la cirugía y lo que el profesional puedo ofrecerle. Si el paciente firma su consentimiento informado como voluntad jurídica. Si se toman las fotografías previas y se realiza la intervención en un lugar apropiado según el nivel de complejidad (una cirugía es en quirófano y el quirófano es en un sanatorio u hospital). Si se utilizan productos externos (implantes mamarios, glúteos, inyectables, etc.) autorizados por la ANMAT. Si hacemos todo esto se reduce la probabilidad estadística de riesgos.

- ¿Es obligatorio ser especialista en cirugía plástica?

La ley 17.132 no obliga a ser especialista. Pero, por ejemplo, qué ventaja tengo yo: me puedo anunciar como especialista. Pero quienes no lo son pueden poner las palabras "cirugía estética" y con esto no están diciendo que son especialistas. Hecha la ley, hecha la trampa... Desde la Universidad de Buenos Aires y las sociedades de cirugía plástica, de Buenos Aires y del interior del país, promovemos que salga una ley con la obligación de ser especialista. También es una responsabilidad del público, de los pacientes, buscar que el cirujano esté certificado y que sea especialista en cirugía plástica.

- ¿Son habituales las demandas en donde se vea involucrada la especialidad?

Las demandas existen en el fuero civil y en el fuero penal. En fuero civil con fin resarcitorio: resarcir al presunto damnificado por el daño provocado (daño también presunto). En el fuero penal tienen un fin punitivo. Lo que sucede es que los abogados saben mucho

Federacion de Clinicas y Sanatorios Santiago del Estero



24 de septiembre 281
4200 - Santiago del Estero
Tel. (0385) 4224597 / Fax (0385) 4224503

E-mail: feclise@yahoo.com.ar
www.feclise.com.ar



de derecho pero también de medicina. Y los médicos sabemos un poco de medicina y habitualmente nada de derecho...

- Algunos ejemplos en su experiencia como perito...

El termino mala praxis está definido como un daño y una relación causal entre el acto médico y el resultado. Esto lo decide el juzgado y por eso yo hablo antes de “presunta práctica médica inadecuada o con resultado inadecuado”.

Ahora bien, ¿qué pasa? Muchas veces hay cosas que se omiten. En un caso donde yo he sido perito, con resultado muy bueno y hasta excelente, la paciente de 70 años, profesora de salsa, se quejó porque le había quedado una cicatriz visible en el abdomen y nadie le dijo que le iba a quedar una cicatriz. En ese caso, el juez falló, con la pericia oficial, que no había habido lesión, por lo tanto no existía mala praxis, pero obligó al demandado, con costas a su entera satisfacción, por no haber realizado el consentimiento informado, o sea, haber omito el deber de informar e instrumentarlo correctamente.

- Usted mencionaba que lo ideal sería que el paciente busque un profesional certificado, que tenga la especialidad, etc. ¿Pero la gente tiene conocimiento de esto?

En Argentina no. En Estados Unidos lo primero que uno ve es si el profesional está certificado. Pero acá gusta mucho la publicidad, lo mediático, están los cirujanos de “los famosos” y no los cirujanos “famosos” que tienen cursos, premios... Por lo general la gente va a atenderse con aquel

que le parece más atractivo. El marketing es totalmente lícito, pero hay profesionales que están más tiempo en la televisión que en un quirófano.

En segundo lugar, otras profesiones ya han comenzado a hacer cirugías, incluso no siendo médicos, lo que implica un ejercicio ilegal de la medicina. Y también es cierto que hay profesionales médicos que han sufrido varias demandas y sin embargo tienen el consultorio lleno.

- ¿Han aumentado las demandas? ¿Por qué?

La primera causa es por lo que el Lic. Jorge Antognazza decía en su libro “Qué hacer con la vida” sobre el “sistema interno de creencias” y “de verdades absolutas”: están los narcisistas, el deseo del otro, el deseo de parecer más joven, etc. Y cuando las personas no consiguen eso que desean con la cirugía plástica viene la insatisfacción. Los arquetipos, prototipos, “quiero parecerme a fulano de tal”, yo los leo como “quiero ser fulano de tal y tener la fama de fulano de tal”. Aquí la primera causa: qué quiero ser.

La segunda es el conocimiento del derecho que tienen las pacientes. En tercer lugar, el abogado conoce mucho y además es su trabajo. Pero si los médicos hacemos las cosas bien, el demandante va a tener que demostrar que hicimos las cosas mal. Y en esto es muy importante la documentación. Si la historia clínica está completa, si tiene parte quirúrgico, consentimiento, fotografías y el alta; como médico tengo capacidad de producir mi propio elemento de prueba. Lo que a veces me pregunto es por qué si los médicos tenemos la posibilidad de ejercer ese derecho, no lo hacemos bien.



En este momento, en la teoría de las cargas dinámicas de la prueba se dice que la parte que está en mejores condiciones es la que tiene que proveer; y es el médico el que está en mejores condiciones de proveer la prueba. Después está el hecho fortuito, lo que no se pudo prever o aun previéndolo no se pudo evitar. Y también hay colegas que se arriesgan demasiado, operan en un lugar no adecuado a la complejidad del caso, y muchas veces "lo barato sale caro".

- ¿Las fotografías son siempre necesarias en la historia clínica?

Para mí es parte de la historia clínica siempre y en el consentimiento figura que yo me comprometo a no divulgarlas, salvo que exista alguna causa judicial que me obligue. Si yo quiero publicarlas en mi sitio de internet, tengo la obligación de pedir un permiso especial.

- ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en la especialidad?

- Usar productos no autorizados: en la cara, el ácido hialurónico es un material inyectable autorizado. Las siliconas líquidas están prohibidas.

- Contractura capsular (cuando se endurece la mama, donde puede haber una infección o un hematoma) y en el caso de que haya que sacar los implantes hay que colocar implantes nuevos.

- En ocasiones, para reducir costos, no se interna cuando la operación merece 24 hs. de internación. Ha pasado que luego de 7 horas de cirugía, una paciente se fue, sin acompañamiento cuando debía estar acompañada, se cayó y tuvo una fractura de cráneo.

Después hay complicaciones por hecho fortuito, aún habiendo utilizando materiales apropiados, trabajando siendo especialista, con condiciones de salubridad, con un quirófano habilitado y acreditado de acuerdo a las condiciones de complejidad. Los buenos anestesiólogos tampoco hacen una anestesia donde no corresponde. En el caso de los ayudantes, en lo posible deben ser especialistas, porque el cirujano se puede sentir mal o tener necesidad

de plantear una duda intraoperatoria.

Las operaciones están planificadas y si el paciente no está en condiciones (físicas y psíquicas) óptimas conviene no operar.

- Cuando surgen quejas o reclamos, ¿prosperan a juicio o son arreglados en instancias prejudiciales?

Primero viene motivo de queja y a veces se hace una mediación privada. Si hay una demanda en lo civil está cubierta, de acuerdo a la suma asegurada, por las empresas de seguros. El problema es el fuero penal. A veces, hasta que no termine la demanda penal, la civil no dicta sentencia, y es común que en algunos casos se haga la demanda penal. Esto se da no cuando el resultado no es aceptado sino cuando hay alguna complicación. Hay complicaciones que han derivado en demanda penal y que realmente fueron lo que motivó la demanda civil. También es cierto que demandan en ambos fueros para que tenga más fuerza. Pero por lo general primero es la mediación privada o extrajudicial, después la mediación judicial y a veces la instancia penal.

- ¿Y son habitualmente consultados por la justicia en los casos en los que está involucrada la especialidad?

En la AMA hay una lista de peritos por sociedad. Por lo general los juzgados primero piden a las universidades; y en segundo lugar a las sociedades científicas. Además la sociedad de cirugía plástica ha enviado la lista de miembros titulares que quieren/pueden ser peritos.

- ¿La SCPBA destina espacio a la prevención y gestión del riesgo médico-legal?

Este año, la SCPBA creó el Departamento Médico-Legal y Prevención, que brinda charlas, atendiendo consultas previas antes que entre el litigio, y luego la consulta de segunda opinión, que consiste en llamar a 3 miembros de la sociedad para que vean y dejen en la HC plasmada su opinión. La sociedad tiene como función prevenir y asesorar. **APM**

Por Graciana Castelli para APM

ACLER

Asociación de Clínicas y Sanatorios
de la Provincia de Entre Ríos

Enrique Carbó N° 245 - C.C. N° 175 - 3100 Paraná - Entre Ríos
Tel. (0343) 4230040 - Fax: (0343) 4230379

APM en ExpoMedical 2018

Como todos los años, Argentina Praxis Médica participó de la tradicional Hemeroteca de ExpoMedical, reconocida Feria Internacional de Productos, Equipos y Servicios para la Salud, que todos los años se realiza en el predio Costa Salguero de la ciudad de Buenos Aires.

Se trata de un espacio que reúne a los medios gráficos más representativos del sector, y de las diversas especialidades médicas y hospitalarias.

Cabe destacar que participaron de la Hemeroteca las principales revistas del Sector Salud, de las más variadas temáticas, tanto del ámbito nacional como internacional.

Recordamos que Argentina Praxis Médica es una de las pocas publicaciones especializadas en el abordaje interdisciplinario de la prevención y gestión del riesgo médico-legal y la problemática de la responsabilidad médica.

Es editada desde el año 2006 por La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional y desde entonces participan en la misma: personalidades del ambiente médico y jurídico, y es distribuida gratuitamente en todo el país.



Limpieza y desinfección de superficies en las Instituciones de Salud

Entrevista con la Dra. Viviana Rodríguez, Jefa del Servicio de Infectología del Hospital Alemán y Coordinadora del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

La Dra. Rodríguez se dedica a la infectología general, y el control de infecciones en particular, y es miembro de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).



- ¿Cuáles son las medidas básicas para llevar adelante una correcta limpieza de superficies para el control de gérmenes en las instituciones de salud?

La limpieza de las instituciones de salud tiene dos partes: la limpieza y la desinfección. La limpieza es básica como en cualquier ámbito de la vida y debería realizarse con detergente o con algo que barra el componente orgánico: fluidos, gotitas, materiales de descamación de la piel, cosas que puedan estar pegadas en la superficie o suciedad de comida, etc. Todo lo que pueda estar pegado como residuo orgánico hay que sacarlo, tanto con limpieza de polvo como con detergente. Una vez que se tiene la superficie limpia, tiene lugar la desinfección.

- ¿En qué se diferencia la limpieza de la desinfección?

Limpieza es sacar polvo, material orgánico de las superficies, con elementos que tienen función de barrido y detergentes. Luego viene la desinfección con un agente desinfectante de los que hay varios tipos, y lo que más se usa, por una cuestión de costos, es la lavandina o el cloro, diluidos de modo que no generen corrosión en las superficies. El cloro, en cierta concentración, es agresivo para la persona que lo usa y corrosivo para la superficie, y hay que diluirlo para que actúe como desinfectante y además sea apto para el personal que lo está usando.

En el medio, entre el detergente que se usa para sacar el material orgánico y el desinfectante que tiene cloro, hay otros desinfectantes que son un poco más caros pero que

permiten, en algunos casos, hasta hacer un solo paso. Por ejemplo, no tener que pasar el detergente y después el cloro, porque limpian y desinfectan a la misma vez. Esto se puede hacer con algunos derivados de amonios cuaternarios, con desinfectantes que tienen peróxido, algunos componentes un poco más avanzados.

- ¿Pero llegado el caso, en la práctica, todos cumplen la misma función?

Cumplen la misma función. Si uno no tiene dinero para pagar un desinfectante de los más avanzados, con limpieza, detergente y cloro se cumple la misma función.

- En una institución, ¿cuáles son las áreas más proclives a la contaminación?

Proclive es todo lo que tenga superficies donde se pueda depositar polvo y material orgánico. Lo que se considera más sucio es lo que está alrededor del paciente, el área que se llama "unidad del paciente": el metro / metro y medio que está a su alrededor, que se considera como lo más sucio porque es lo que está más expuesto a todo lo que tiene el paciente y lo que se hace con él: secreciones, transpiración o todo lo que él pueda tocar, que se considera más sucio que el resto. Así como en el quirófano el área donde se opera al paciente y el metro alrededor es la parte más crítica, tanto en cuestiones de limpieza como de acercamiento al paciente, porque es donde más expuesto está a todos los seres humanos que estamos alrededor. El secreto es que los seres humanos somos

SOLUCIONES SALUDABLES

GPro | Sistema de Gestión para Obras Sociales y Prepagas

GHos | Sistema de Gestión para Clínicas y Hospitales

Córdoba - Argentina. Tel. 0351 5706900 - info@solucionesaludables.com.ar - www.solucionesaludables.com.ar



los que vamos depositando bacterias en el ambiente, y cuanto más cerca de nosotros, más contaminado va a estar.

- ¿Cuáles o cómo son las barreras de control, preventivas, teniendo en cuenta que en una institución hay espacios en donde está el paciente, otros donde deambula gente que va de visita, etc.?

Lo que se intenta es llevar ciertos procedimientos de prevención y control de infecciones, que hagan que las áreas tocadas o en contacto con un paciente no transmitan las infecciones a otra persona. Hay procedimientos de limpieza entre pacientes y algunos procedimientos de aislamiento, en el caso de que los pacientes tengan algunas bacterias más resistentes. En ese caso, el personal de salud tiene que usar medidas de barrera para estar en contacto con el paciente, para no contaminar su ropa, y si el paciente se traslada dentro de la institución se hace con algún procedimiento especial que reduzca el riesgo de que contamine otras superficies: se le higienizan bien las manos antes de salir, se le pone ropa limpia, algunos luga-

res le ponen camisolín para que circule dentro de la institución, cuando llega al área que tiene que ir se avisa para que se lo reciba con el procedimiento que se decidió (si es limpiando después que el paciente sale con alguna sustancia especial o simplemente la limpieza entre paciente y paciente; si el personal tiene que usar camisolín, guantes o barbijo, etc.). Todos estos procedimientos se llaman “precauciones de aislamiento”.

- ¿Estas precauciones de aislamiento son generales o propias de cada institución?

Son generales y hay algunas mínimas adaptaciones de cada institución.

- En relación al personal de limpieza, ¿se trata de personal capacitado específicamente para la tarea? ¿Cómo se lleva a cabo esta capacitación teniendo en cuenta que muchas veces los servicios de limpieza son tercerizados?

No hay una capacitación inicial que se requiera para empezar a trabajar en la limpieza de un hospital, pero sí la institución se tiene

La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

www.revistamedicos.com.ar Tél.: 4362-2024





que hacer cargo de capacitar a la persona para que sepa hacerlo. Y si la persona tiene experiencia en otra institución se prueba que dicha experiencia exista, pero por lo general siempre hay una evaluación y una instrucción para que la persona siga un procedimiento, que debería estar escrito y a la vista, para que todas las personas que se van a ocupar de limpieza sepan qué es lo que tienen que hacer.

En el caso de que se trate de un servicio tercerizado, la institución también tendría que ocuparse de la capacitación y entregar procedimientos para que la empresa sepa qué procedimiento cumple la institución.

- ¿Cómo se hace el monitoreo de que esta tarea efectivamente sea llevada adelante?

El modelo de seguimiento también depende de cada institución, pero en general es alguien del equipo de control de infecciones (el enfermero en control de infecciones, el médico que está haciendo control de infecciones o alguno de los enfermeros que está a cargo del tema) o también hay personal específico dentro de cada institución que se dedica a hacer la supervisión de lo que en algunos lugares llaman “higiene y confort del paciente” o “limpieza y desinfección hospitalaria”. Cada

institución le pone un nombre diferente, pero en general hay una persona que supervisa a todas las que están a cargo de la limpieza y la desinfección, y por lo general están en la línea de mando de enfermería.

- ¿El servicio de limpieza participa -en el caso de que exista- del Comité de Control de Infecciones?

Depende de la institución. En el caso del Hospital Alemán sí, hay una enfermera en control de infecciones.

- Pero no todas las instituciones tienen un enfermero en control de infecciones...

Con mucho optimismo debe haber entre 300 y 500 enfermeros en control de infecciones en nuestro país y hay entre 3000 y 3500 instituciones que tienen internación, así que los números no dan...

- En la práctica, ¿qué es lo que se ve en las instituciones de salud en relación a este tema?

En la realidad no hay una ley que haya que cumplir en cuanto a cómo se mantiene limpio un hospital. Sería bueno que cada tanto algún organismo de gobierno pasara para ver cómo se cumplen ciertas pautas. No hay auditoría y eso tal vez sería bueno. En ese marco no todas las instituciones de salud tienen una perfecta consistencia en capacitar a las personas, o en tener a las personas dentro del Comité de Control de Infecciones, o no tienen directamente control de infecciones. Porque hay muchas instituciones que no tienen comité o a alguien que haga control de infecciones. En ese escenario hay instituciones que cumplen de acuerdo al sentido común y hay otras que cumplen de acuerdo a estándares internacionales.

- ¿Cuáles son los errores más comunes o eventos adversos en relación a la limpieza?

- Puede usarse mal un desinfectante antes de la limpieza. El desinfectante, si la superficie tiene material orgánico, no funciona, salvo que se trate de un desinfectante de un solo paso. Si se pone cloro sobre algo que tiene material orgánico no funciona.

- Puede no utilizarse la desinfección de los aparatos biomédicos, los equipos, cuando se usan entre paciente y paciente. Esto depende mucho de la meticulosidad de las personas que los tienen a su cargo.

- Pueden no elegirse las superficies ideales para la limpieza. Por ejemplo, si uno está hablando de un mueble que tiene aglomerado



Sociedad Odontológica

SIEMPRE UN PASO ADELANTE

y que con el correr del tiempo se humedece y engloba, eso luego es muy difícil de limpiar porque es rugoso, irregular, etc. O una tela muy porosa que es difícil de limpiar. Desde la compra del material con el que uno pretende estar en contacto con los pacientes hasta la limpieza final hay todo un hilo que se puede cortar en muchos lugares. Y los materiales suelen ser algo que no se considera, pero que a la hora de evaluar la limpieza, cuando uno los mira con la lupa que debería mirarlos, puede no ser el material apropiado para guardar cosas o para que el paciente se siente, apoye, etc.

- ¿Hay una cantidad de veces estipulada en la que debe hacerse la limpieza de superficies?

En las áreas críticas, por ejemplo el quirófano, se hace siempre entre paciente y paciente.

En las áreas de cuidados críticos, como las terapias intensivas, se hace más de una vez al día y hay una limpieza especial a la salida del paciente.

Cuando el paciente tiene alguna infección por alguna bacteria más resistente, entonces la limpieza final de la habitación tiene otros pasos.

En cuanto a las zonas públicas o semi-públicas, se pautan de acuerdo al ritmo que tenga la institución y de acuerdo a cómo se ve de sucia la institución, del tránsito y del uso que tenga cada parte.

Lo que sí debería estar pautado es la limpieza profunda, cada tanta cantidad de días, de acuerdo también al tránsito de la institución, para que no queden sectores sin limpiar.

- ¿Existe alguna estadística de cómo afecta la correcta limpieza de superficies en la disminución de la tasa de control de infecciones? ¿Qué impacto tiene?

No hay una correlación clara entre una cosa y la otra. De hecho, hay muchas cosas que tienen que ver con las infecciones que buscamos en los pacientes, que no están directamente relacionadas con la limpieza, pero sí podemos saber que, por ejemplo, si la higiene de manos es casi como la limpieza de una superficie, y lo que toca al paciente reduce en un 40 o 50% la probabilidad de transmitir infecciones entre paciente y paciente, es muy probable que la limpieza de la superficies impacte no tanto como la higiene de manos, pero sí tal vez en un 10-15 o hasta un 20% en lo que es la transmisión de bacterias entre paciente y paciente. Los organismos inanimados tienen menos capacidad de contener a las bacterias, pero así y todo existen. Lo que no quiere decir que vaya a haber una infección, porque una cosa es contaminarse y otra tener la infección. Por eso a veces la limpieza es relativamente buena y la tasa de infecciones no se condice con eso porque hay otros factores que están involucrados. **APM**

Por Graciana Castelli para APM



Desde 1898 un Progreso Seguro...

Casa Central: 25 de Mayo 432 P. 11 - C1002ABJ - Ciudad de Buenos Aires - Tel: 011 4315 - 6600 y lin. rot.
E-mail: info@elprogresoseguros.com.ar

Casa Matriz: Avda. Casey 99 - B8170 AAA - PIGUE - Prov. de Buenos Aires - Tel: 02923 - 472223
y lin. rot. - Fax: 02923 - 472046 - E-mail: pigue@elprogresoseguros.com.ar

N° de inscripción El Progreso 0716 / N° de inscripción La Territorial 0596

¿Cómo seleccionar el software ideal para hospitales y clínicas?



En el marco de ExpoMedical 2018, se presentó el libro “Innovación y tecnología hospitalaria” dirigido a directivos de hospitales, clínicas ambulatorias y médicos, sobre cómo elegir el software correcto para modernizar e innovar la atención centrada en el paciente.

La actividad estuvo a cargo de Adrian Piña, Co-CEO de la empresa Ecaresoft, quien abordó, entre otros temas:

¿Qué factores tomar en cuenta para construir un software hospitalario propio o adquirirlo a un tercero?

¿Qué tipo de tecnología es la que más le conviene a un hospital?

¿Cuál es el tiempo correcto para implementar tecnología?

¿Cómo medir el ROI que trae consigo un software para hospitales?

¿Cuál es el futuro de la tecnología y cómo un Hospital puede enfrentar la deuda tecnológica?

En cuanto al libro, aborda distintos aspectos donde se reflexiona sobre “la deuda tecnológica en la medicina”, “el costo de acceso a la salud y la tecnología”, “cómo seleccionar un software ideal para hospitales y clínicas” y presenta, además, un último capítulo sobre “el rol del director en un hospital moderno”, donde se

destaca que hoy se ha transformado también en un “tomador de decisiones de negocios”, debido a factores como: la necesidad de disminuir costos operativos, la búsqueda de mayores márgenes utilidad, la competencia y hasta la oferta de nuevos hospitales.

Además, destaca que “la satisfacción y la mejora en la experiencia del paciente ha sido el principal impulsor por el cual un hospital es dirigido ya no únicamente desde el punto de vista clínico”. En este sentido agrega: “Es interesante cómo este modelo de negocio basado en el diseño de experiencias del paciente ha transformado a los hospitales (...) Sin la tecnología, diseñar la experiencia del paciente sería una tarea incompleta. La tecnología ayuda en cada punto de encuentro entre el paciente y el hospital. Los datos del paciente, la relación que debe tener el hospital con los familiares del paciente, la intervención del personal clínico durante la estancia del paciente y finalmente la evaluación del resultado de dicha satisfacción o insatisfacción durante la estancia por parte del paciente son componentes tecnológicos. La tecnología de software para hospitales es capaz de predecir diagnósticos, de arrojar datos valiosísimos sobre salud, de prevenir errores médicos sugiriendo tomas de medicamentos, de almacenar y analizar millones de datos. Sin embargo, el factor humano de calidez y empatía por la salud del paciente ningún software la sustituye” (*). **APM**

“Innovación y Tecnología Hospitalaria” fue editada por Ecaresoft, empresa dedicada a la creación de software para la salud, y puede descargarse de manera gratuita en <http://go.getcirrus.com/ebook>

(*) “Innovación y Tecnología Hospitalaria”, editó Ecaresoft. Capítulo 4, “El rol del Director del Hospital moderno”, pag. 36-37.

Productores y Asesores de Seguros
Especialistas en Praxis Médicas

Quinn Seguros



M.R. Fraguio 719 - Ituzaingó (1714) Bs As.- Tel./Fax: (011) 4624-1947 - info@segurosquinn.com.ar - www.segurosquinn.com.ar

Implicancias clínico-económicas de la “NO-CALIDAD” en Hospitales

En continuidad con el artículo publicado en APM 58, “El lado más oscuro de los Hospitales en calidad y seguridad de pacientes”, compartimos el presente material sobre el impacto que esto tiene en las instituciones de Salud.

Las complicaciones e infecciones nosocomiales tienen un efecto devastador tanto para la seguridad de pacientes como para los costos hospitalarios y la sostenibilidad financiera de seguros de salud y gobiernos. Es un fenómeno en el que “todos pierden”. Pese a esto, acciones concretas para su medición y control parecen no ocupar espacios prioritarios de agenda. Presentamos solo algunas cifras basadas en la observación y experiencia.

Introducción

Nos motiva redactar este artículo como una continuación a aquel titulado “El lado más oscuro de los Hospitales en calidad y seguridad de pacientes” (**), solo que esta vez, aportando al lector algunas cifras concretas basadas en la evidencia de nuestro trabajo en estos últimos años.

Podemos decir que la preocupación es un estado de inquietud o temor producido por una situación adversa o un problema. Es natural en la mayoría de los animales y en los seres humanos. Pareciese ser un mecanismo biológico reactivo que ha permitido la supervivencia de las especies ante amenazas habitualmente externas.

Por otra parte, es interesante a los fines del presente artículo, tomar la definición que tiene para el Derecho el término ocupación y es la siguiente: “modo natural y originario de adquirir la propiedad de ciertas cosas que carecen de dueño”.

Dicho esto, y a modo de reflexión, ¿qué actitud tomamos frente al tema de la NO-CALIDAD asistencial en nuestros hospitales? ¿Solo nos preocupamos? ¿Nos ocupamos proactivamente? ¿Qué efectos podemos conseguir si nos ocupáramos? Veamos a continuación.

Las Agencias Internacionales de Calidad Hospitalaria y sus recomendaciones en el procesamiento y análisis de grandes bases de datos

Los sistemas de información clínico-administrativos disponibles en los sistemas de salud cuentan con una estructura bastante estandarizada que recoge datos relativos al centro, a los diagnósticos y procedimientos de pacientes y otros datos de interés epidemiológico.

La publicación titulada: “Sistema de identificación de eventos adversos a partir del CMBD” (de José del Río Mata, Universidad de Murcia) repasa la evolución que han tenido los diferentes sistemas de identificación de eventos nosocomiales a partir de los sistemas de información clínico-administrativos comúnmente disponibles.

Esta metodología comienza en la década del '90 de la mano de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y hoy representa una fuente de información de valioso uso.

Por Dr. Guillermo Tabares Martínez (*).





Cabe destacar que, a la fecha, diferentes agencias de calidad hospitalaria del mundo, han definido consensos respecto al conjunto mínimo de indicadores sobre eventos nosocomiales que deben ser medidos y analizados, como así también, proponen la metodología correcta y buenas prácticas para tal fin.

Solo dos datos alarmantes del problema en América Latina: estancia media y costo por caso

El lector podrá entender que el objetivo del presente artículo es alertar sobre la problemática y concientizar a tomadores de decisión y público en general, motivo por el cual solo se expondrán algunas de las cifras más significativas basadas en nuestra base de datos, metodología y experiencia.

El impacto de los eventos intrahospitalarios en dos variables básicas como la estancia media promedio y los costos por caso se describe a continuación:

- La estancia media promedio (ALOS) en pacientes que han tenido un evento nosocomial (complicación y/o infección) durante su hospitalización ronda los 17 días.
- Los costos promedio por caso en pacientes que han tenido una complicación y/o infección nosocomial durante su hospitalización es 4 veces superior en relación a pacientes con igual GRD, que no tuvieron complicación o infección nosocomial.

Breve caracterización de las Infecciones Nosocomiales (IN) en hospitales de adultos de América Latina

Dos tercios de los pacientes que tienen IN son internaciones de tipo clínicas.

El ranking de las infecciones nosocomiales en general es:

- 30 % neumonías nosocomiales;
- 30 % infección urinaria nosocomial;
- 20 % infecciones asociadas a catéter;
- 7 % infecciones de herida quirúrgica;
- 5 % neumonías asociadas a respirador;
- 8 % otras infecciones;

Al comparar pacientes con determinado GRD que no sufren IN versus pacientes del mismo GRD que adquieren IN, se observa que éstos últimos prolongan en promedio su estancia hospitalaria en 11 días. La cifra promedio de estancia prolongada varía según el tipo de IN, a saber:

- En neumonía nosocomial, la estancia promedio se prolonga 8 días;
- En infección urinaria nosocomial, la estancia promedio se prolonga 8.5 días;
- En infecciones asociadas a catéter, la estancia promedio se prolonga 12.5 días;
- En infecciones de herida quirúrgica, la estancia promedio se prolonga 18 días;
- En neumonía asociada a respirador, la estancia promedio se prolonga 19 días;



**Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur**

Tucumán 2131 - Posadas - Misiones - Argentina
Tel. (03752) 440030 - C.P. 3300

Breve caracterización de las Complicaciones Nosocomiales (CN) en hospitales de adultos de América Latina

La mitad de los pacientes con CN se dan en internaciones de tipo clínicas.

El ranking general de las complicaciones nosocomiales es:

- 47 % efectos adversos a fármacos;
- 15% neumotórax iatrogénicos;
- 10% otra punciones o desgarras accidentales;
- 6 % tromboembolismo pulmonar agudo (nosocomial)
- 5 % complicación hemorrágica de un procedimiento;
- 4% úlceras por decúbito nosocomiales;
- 3% disrupción de herida en pos-operatorio inmediato;
- 3 % caída de cama accidental (durante hospitalización);
- 7 % otras complicaciones.

Al comparar pacientes con determinado GRD sin CN versus pacientes del mismo GRD que tienen alguna CN, se observa que éstos últimos prolongan en promedio su estancia hospitalaria en 10 días.

El uso de la metodología GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico) en las mediciones y análisis de eventos nosocomiales

La metodología de Grupos Relacionados representa un gold standard para la estandarización de casuística, análisis de costos hospitalarios y mediciones de eventos nosocomiales. No existe hasta la fecha evidencia de una herramienta mejor para todo ello.

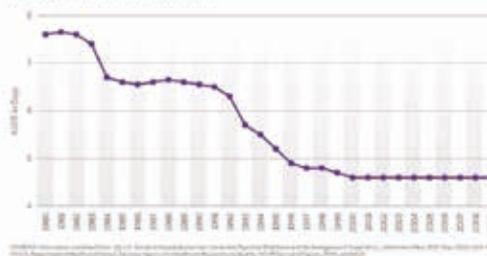
La misma sirve también como mecanismo de pago y financiamiento hospitalario. En otro titulado: “Los GRD, una metodología de



pago en salud aplicable en América Latina” adjuntábamos el siguiente gráfico con la evolución de la estancia media hospitalaria en la red de hospitales proveedores del MEDICARE norteamericano a lo largo de tiempo a partir de la implementación de GRD:

IMPACTO POR GRD EN MEDICARE Y SU EFECTO EN LA DISMINUCIÓN DE ESTANCIA MEDIA GLOBAL

Figure 2. Decline in Hospital LOS – 1980 to 2009



Se observa cómo al inicio la estancia media global (ALOS) de la red prestacional era de 7,6 días (año 1980) y la misma comienza a descender hasta ubicarse en 4,7 días (año 2009). Eso no es un dato menor, implica cientos de

CONSENSOSALUD

ACTUALIDAD EN SALUD

- El portal de noticias de salud más completo
- Nueva publicación impresa mensual
- Newsletter con las últimas noticias. ¡Suscribite!

Tel: (011) 4811-8908 /9294 . prensa@consensosalud.com.ar . www.consensosalud.com.ar



miles de pacientes que no tuvieron eventos nosocomiales potencialmente prevenibles, como así también representa miles de millones de dólares que el sistema de salud evitó gastar por estancias innecesarias.

Judicialización de la Salud por “malapaxis”: la otra cara de la moneda en la NO-CALIDAD de hospitales

Además de preocuparnos el tema de la NO-CALIDAD por razones de orden ético y moral, como es la seguridad de los pacientes, y también por las razones económicas expuestas en relación al impacto de estos eventos, hay un contexto igual de adverso y oscuro: “la creciente judicialización de todo acto médico”.

Esta judicialización tiene también efectos colaterales gravísimos para instituciones, médicos, pacientes y sus familias. Erosiona la relación médico-paciente, impacta negativamente en el ánimo y el patrimonio de los médicos, genera una práctica defensiva de la medicina, incrementa los costos en salud, etc.

De nuevo, la no medición, clasificación, cuantificación de los problemas de calidad y seguridad de pacientes en los hospitales, es decir, en términos concretos: “no ocuparse del problema puertas adentro” ha demostrado que tampoco es el camino correcto para evitar la judicialización.

Es necesario que cada hospital haga un diagnóstico en base a sus indicadores e implante un plan de gestión clínica para minimizar eventos. Es la única forma.

Conclusiones

Los datos preocupan. Pero esta preocupación, reflejo primitivo y propio de la especie humana, no debe llevar a tomadores de decisión a “enamorar del problema”.

En plena era de la información y el conocimiento, existen herramientas y soluciones tecnológicas para medir correctamente el problema y con ello ocuparse proactivamente, es decir, “hacerse dueño de las soluciones”.

La calidad asistencial y seguridad de pacientes monitoreada de forma correcta y con los indicadores correctos debe ser un tema prioritario de todo hospital, seguro de salud y gobierno. **APM**

“Si usted no puede medir lo que hace, no puede controlarlo. Si no puede controlarlo, no puede dirigirlo. Si no puede dirigirlo, no puede mejorarlo” (J. Harrington)

Nota completa:

<https://www.linkedin.com/pulse/implicancias-cl%C3%ADnico-econ%C3%B3micas-de-la-no-calidad-en-tabares-martinez/>

(*) Guillermo Tabares Martínez es médico experto en salud poblacional, sistemas de clasificación de pacientes y medición de la producción hospitalaria con la metodología de los GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico). Health Data Scientist. Consultor en soluciones de Big Data, mecanismos de pago y financiamiento en salud y healthcare analytics para gobiernos, seguros de salud y hospitales. Actualmente es Director General de AVEDIAN y participa activamente como miembro co-fundador en la dirección ejecutiva y el board científico de SOLAGEC (Sociedad Latinoamericana de Gestión Clínica).

Desde 1956 conformamos
la Red Provincial de
prestadores de Salud para
la Seguridad Social.



y distritos:

Distrito I - Distrito II - Distrito III - Distrito IV
Distrito V - Distrito VI - Distrito VII - Distrito VIII
Distrito IX - Distrito X

 fecliba.org.ar

Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529

2da. Edición ampliada y actualizada según ley 26.742



Contiene más de 140 modelos y guías para la redacción del consentimiento informado que cada práctica requiere, en las especialidades médicas más diversas:

Cirugía Estética
Oncología
Urología
Estudios Obligatorios
Otorrinolaringología
Neurocirugía
Internación Domiciliaria
Cardiología
Cirugía Vasculat
Cirugía de Cabeza y Cuello
Psiquiatría

Obstetricia
Ginecología
Cirugía General
Traumatología
Anestesiología
Oftalmología
Odontología
Traslados
Rechazo Terapéutico
Fecundación Asistida

*Si desea adquirir la obra consulte escribiendo a: lamutual@lamutual.org.ar,
o bien llamando al 011-4371-9856 (líneas rotativas).*

**Entrega gratuita a los Socios de LA MUTUAL
PROMOCIONES ESPECIALES**