

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

María Belen Maruelli

bemaruelli@gmail.com

Análisis de propiedades estructurales y procesos de atención de problemas de salud clínico quirúrgicos en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de La Plata

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Federico Leonardo

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.173277>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Maruelli, M. B. (2015). *Análisis de propiedades estructurales y procesos de atención de problemas de salud clínico quirúrgicos en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de La Plata* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de

http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Maruelli_M_Analisis_2015.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso

www.unla.edu.ar

www.repositoriojmr.unla.edu.ar

repositoriojmr@unla.edu.ar



Universidad Nacional de Lanús
DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud
13ª Cohorte (2010-2012)

TESIS PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE MAGISTER

TITULO:

ANALISIS DE PROPIEDADES ESTRUCTURALES Y PROCESOS DE ATENCION DE
PROBLEMAS DE SALUD CLINICO QUIRURGICOS EN UN HOSPITAL
PSIQUIATRICO DE LA CIUDAD DE LA PLATA

MAESTRANDO/A
María Belen Maruelli

DIRECTOR/A
Dr. Leonardo Federico

FECHA DE ENTREGA
Julio 2015

Lanús, Argentina



Universidad Nacional de Lanús
DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud
13ª Cohorte (2010-2012)

TESIS PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE MAGISTER

TITULO:

ANALISIS DE PROPIEDADES ESTRUCTURALES Y PROCESOS DE ATENCION DE
PROBLEMAS DE SALUD CLINICO QUIRURGICOS EN UN HOSPITAL
PSIQUIATRICO DE LA CIUDAD DE LA PLATA

MAESTRANDO/A
María Belen Maruelli

DIRECTOR/A
Dr. Leonardo Federico

INTEGRANTES DEL JURADO

Lic. Cecilia Ros
Mgr. Marcela Judith Naszewski
Dra. Roxana Ynoub

FECHA DE APROBACION

15/12/2015

CALIFICACION

10 (Diez)

A las 438 personas del sector de internación psiquiátrica
en salas de crónicos y subagudos del Hospital Alejandro Korn
fallecidas entre enero de 2007 y junio de 2015.
Y a todos aquellos que desde la creación del manicomio en 1884
transitaron sus vidas en situación de encierro.

AGRADECIMIENTOS

A Kari, por la paciencia, por la edición. Por elegir transitar la vida conmigo, por conocer mi necesidad de luchar para que el mundo sea más justo y por acompañarme en cada una de esas luchas.

A Leo, por guiarme en ese camino que me llevó a entender que para convertir problemas de la realidad en problemas de investigación es fundamental lograr claridad conceptual que brinde coherencia entre las definiciones, los objetivos, los análisis, las interpretaciones y las propuestas.

A Mario, mi papá, por ya no estar y por estar cada día. Por ese ejercicio tan singular que tuvo de la locura.

A Anita, mi mamá, a mis hermanos y a toda mi familia, por el amor.

A mis compañeros del CAPeR, por ayudarme a producir sentido en el trabajo.

A quienes continúan internados en el hospital A. Korn, por ser parte de quien soy.

RESUMEN

Ante la mayor probabilidad de morir que tiene una persona internada en un hospital psiquiátrico y particularmente en los sectores de crónicos y subagudos del hospital Alejandro Korn, se realizó una investigación evaluativa con el fin de conocer, analizar y relacionar propiedades estructurales y procesos de atención de problemas clínicos quirúrgicos que podrían ser determinantes (y modificables) en la morbimortalidad observada. Se tomaron como condiciones trazadoras las cuatro primeras causas de muerte (neumonía, sepsis, broncoaspiración e insuficiencia cardíaca) y se evaluaron cinco variables de estructura (alimentación, higiene, exposición a patógenos, coordinación asistencial y capacitación en reanimación cardiopulmonar) y tres variables de procesos (intervenciones previas, trayectorias e intervenciones posteriores). Para la evaluación de propiedades estructurales se utilizaron técnicas de observación, encuestas a enfermeros y a pacientes y análisis de documentación. Para la evaluación de las variables de procesos se analizaron las historias clínicas de 33 personas fallecidas por alguna de las condiciones trazadoras durante el año 2012. Luego de un análisis detallado, utilizando como ordenador los niveles de control de causas, riesgos y daño para cada trazador se determinaron las siguientes necesidades: mayor número de trabajadores en salas; sustitución de lógica manicomial por otras que ubiquen a las personas internadas como sujetos de derechos (con potencialidades singulares), a la hora de pensar en modos de alimentación, pautas de higiene ambiental y cuidado personal; optimización de detección de procesos infecciosos en el primer nivel de atención y del nivel de alarma en las salas; mejorar la articulación entre servicios para seguimiento de patologías clínicas crónicas; exigencia de protocolos para control de riesgo cardiovascular en relación a psicofármacos; desnaturalización y problematización intersectorial de la asfixia por broncoaspiración; capacitación de enfermeros y pacientes en maniobras de desobstrucción de vía aérea. Se entiende como preponderante la capacidad transformadora de las prácticas en salud.

PALABRAS CLAVES: evaluación en salud; mortalidad hospitalaria; servicios de salud, propiedades estructurales; procesos de atención

ABSTRACT Y KEY WORDS

Given the greater probability of dying that a person admitted in a psychiatric hospital usually has, particularly in chronic and subacute sectors from Alejandro Korn Hospital, an evaluative research was conducted in order to learn, analyze and relate structural properties and care processes of surgical clinic problems that could be determinants (and modifiable) in observed morbimortality. The four leading causes of death (pneumonia, sepsis, heart failure and aspiration) were taken as tracer conditions and five structure variables (food, hygiene, exposure to pathogens, care coordination and training in cardiopulmonary resuscitation) and three were evaluated along with three variables of process (previous interventions, paths and subsequent interventions). For the evaluation of structural properties several techniques were used, such as observation techniques, surveys to nurse as well as patients and documentation analysis. For the evaluation of the variables of process the medical records of 33 dead individuals (with dead records by any of the tracer conditions during 2012) were analyzed. After a detailed analysis, using levels controls for causes, risks and damages for each tracer, the following needs were determined: more number of workers in wards; replacement of a sylums logic for others that locate interned persons as subjects of rights (with singular potencial) when it comes to think of alimentation, environmental hygiene and personal care; optimization of infectious processes detection in the first level of care along with alarm level in wards; improve links among services for monitoring chronic clinics disease; required protocols for cardiovascular risk controls related with psychotropic drugs; denaturation and intersectoral problematization of asphyxiation by bronchoaspiration; training of nurses and patients on maneuvers to unblock the airway. Transforming capacity of health practices are understood as dominant.

Key words: health evaluation; hospital mortality; mental health services; structural properties; care processes

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1 Dispositivos de atención de problemas no psiquiátricos	20
Figura 2 Vista satelital del Hospital Alejandro Korn	21

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Relación entre abordaje, niveles y características	40
Cuadro 2. Alimentación. Definición operacional	42
Cuadro 3. Higiene. Definición operacional	43
Cuadro 4. Exposición a Patógenos. Definición operacional	44
Cuadro 5. Coordinación asistencial. Definición operacional	46
Cuadro 6. Recurso humano capacitado para realizar RCP. Definición operacional	46
Cuadro 7. Neumonía. Matriz Operacional	49
Cuadro 8. Sepsis. Matriz operacional	50
Cuadro 9. Broncoaspiración. Matriz operacional	51
Cuadro 10. Insuficiencia cardíaca. Matriz operacional	52
Cuadro 11. Variable Alimentación. Síntesis de Resultados	66
Cuadro 12. Variable Higiene. Síntesis de Resultados	67
Cuadro 13. Variable Coordinación asistencial. Síntesis de Resultados	71
Cuadro 14. Evaluación Variables de Procesos	74
Cuadro 15. Evaluación de Intervenciones previas	75
Cuadro 16. Evaluación de Evaluación de Trayectorias	78
Cuadro 17. Momento de diagnóstico (neumonía)	79
Cuadro 18. Momento de constatación del óbito (neumonía)	79
Cuadro 19. Evaluación de Intervenciones posteriores	81
Cuadro 20. Relación abordajes, niveles y necesidades	96

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Consumo de alimentos diario por semana según dupla de salas	58
Tabla 2: Consumo de alimentos, valores porcentuales	58
Tabla 3: Indicadores Adecuación dieta para diabéticos	60
Tabla 4: Frecuencia de motivos de ingreso (neumonía)	78

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CAPeR	Consultorio de atención primaria en rehabilitación
CMM	Clínica médica de "mentales"
CRB-65	Sistema evaluación gravedad en Neumonía Adquirida en la Comunidad
DBT	Diabetes
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de Salud de la Argentina
ECG	Electrocardiograma
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
HTA	Hipertensión arterial
Htal.	Hospital
IC	Insuficiencia cardíaca
Mort.	Mortalidad
NAC	Neumonía Aguda de la Comunidad
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAP	Papanicolau
RCP	Reanimación cardiopulmonar
RX	Radiografía
SATI	Sociedad Argentina de Terapia Intensiva
SCR	Sala de recuperación clínica
SIRS	Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
TBC	Tuberculosis
TEP	Tromboembolismo pulmonar
UTI	Unidad de terapia intensiva

CONTENIDO

1. INTRODUCCION	15
1.1. <i>Propósito</i>	15
1.2. <i>Problema</i>	15
1.2.1. Mortalidad en el Hospital A. Korn	15
1.2.2. Dispositivos de atención de problemas de salud “no psiquiátricos”	17
1.2.2.1. <i>Controles periódicos de salud</i>	17
1.2.2.2. <i>Atención de patologías agudas y reagudización de patologías crónicas</i>	18
1.2.2.3. <i>Internación</i>	19
1.2.2.4. <i>Seguimiento de patologías crónicas</i>	19
1.2.3. Caracterización del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero	20
1.2.3.1. <i>Sector destinado a internación psiquiátrica (generalidades)</i>	21
1.2.3.2. <i>Sector de "crónicos" y "subagudos"</i>	23
1.2.3.3. <i>Sector de atención y de internación no psiquiátrica</i>	24
1.2.3.4. <i>Otras áreas del hospital</i>	25
1.2.3.5. <i>Residencias</i>	25
1.3. <i>Hipótesis</i>	25
1.4. <i>Fundamentación</i>	25
1.4.1. Académica	25
1.4.2. Social	26
1.4.3. Personal	27
2. ESTADO DEL ARTE	29
3. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	33
3.1. <i>Manicomio</i>	33
3.2. <i>Estructura y procesos/propiedades estructurales y prácticas sociales</i>	34
3.3. <i>¿Por qué evaluar para explicar propiedades estructurales y procesos de atención?</i>	36
4. OBJETIVOS	38
4.1. <i>General</i>	38

4.2. <i>Específicos</i>	38
5. PROPUESTA METODOLOGICA	39
5.1. <i>Evaluación de propiedades estructurales</i>	41
5.1.1. Universo	41
5.1.2. Unidades de análisis	41
5.1.3. Variables	41
5.1.3.1. <i>Alimentación</i>	41
5.1.3.2. <i>Higiene</i>	43
5.1.3.3. <i>Exposición a patógenos</i>	44
5.1.3.4. <i>Coordinación asistencial</i>	45
5.1.3.5. <i>Recurso humano capacitado para realizar RCP (Reanimación Cardiopulmonar) en salas</i>	46
5.1.4. Recolección y análisis de datos	47
5.2. <i>Procesos de atención de problemas de salud</i>	47
5.2.1. Universo	47
5.2.2. Unidades de análisis	47
5.2.3. Condiciones Trazadoras. Variables	48
5.2.3.1. <i>Neumonía</i>	48
5.2.3.2. <i>Sepsis</i>	50
5.2.3.3. <i>Broncoaspiración</i>	51
5.2.3.4. <i>Insuficiencia cardíaca</i>	52
5.2.4. Recolección y análisis de datos	53
5.3. <i>Aspectos Éticos</i>	54
6. RESULTADOS Y DISCUSION	55
6.1. <i>Propiedades Estructurales</i>	55
6.1.1. Alimentación	55
6.1.1.1. <i>Variedad de Alimentos</i>	57
6.1.1.2. <i>Adecuación de las dietas para HTA y DBT</i>	59
6.1.1.3. <i>Agua Potable</i>	61
6.1.1.4. <i>Otras características</i>	61
6.1.2. Higiene	63
6.1.2.1. <i>Riesgo de transmisión de enfermedades por roedores</i>	63

6.1.2.2.	<i>Desechos de residuos</i>	64
6.1.2.3.	<i>Limpieza de instalaciones</i>	64
6.1.2.4.	<i>Periodicidad de los baños</i>	65
6.1.2.5.	<i>Posibilidad de intimidad</i>	65
6.1.2.6.	<i>Acceso a condiciones de higiene adecuadas mínimo</i>	66
6.1.3.	Exposición a patógenos	68
6.1.3.1.	<i>Riesgo de Hepatitis A y Parasitosis Intestinal</i>	68
6.1.3.2.	<i>Riesgo de enfermedades transmitidas por animales</i>	69
6.1.4.	Coordinación Asistencial	69
6.1.4.1.	<i>Existencia de mecanismos de transferencia de información</i>	70
6.1.4.2.	<i>Accesibilidad de la información</i>	71
6.1.5.	Recurso humano capacitado en RCP	72
6.2.	<i>Procesos de Atención</i>	73
6.2.1.	Intervenciones previas	75
6.2.1.1.	<i>Neumonía</i>	75
6.2.1.2.	<i>Sepsis</i>	76
6.2.1.3.	<i>Broncoaspiración</i>	76
6.2.1.4.	<i>Insuficiencia Cardíaca</i>	77
6.2.2.	Trayectoria	77
6.2.2.1.	<i>Neumonía</i>	78
6.2.2.2.	<i>Sepsis</i>	80
6.2.2.3.	<i>Broncoaspiración</i>	80
6.2.2.4.	<i>Insuficiencia Cardíaca</i>	81
6.2.3.	Intervenciones Posteriores	81
6.2.3.1.	<i>Neumonía</i>	82
6.2.3.2.	<i>Sepsis</i>	82
6.2.3.3.	<i>Broncoaspiración</i>	82
6.2.3.4.	<i>Insuficiencia Cardíaca</i>	82
6.3.	<i>Relación entre abordajes, niveles y características</i>	83
6.3.1.	Condición trazadora Sepsis	85
6.3.1.1.	<i>Control de Causas</i>	85
6.3.1.2.	<i>Control de Riesgos</i>	87
6.3.1.3.	<i>Control de Daños</i>	87

6.3.2. Condición trazadora Neumonía	88
6.3.2.1. <i>Control de Causas</i>	88
6.3.2.2. <i>Control de Riesgos</i>	88
6.3.2.3. <i>Control de Daños</i>	88
6.3.3. Condición trazadora Insuficiencia Cardíaca	89
6.3.3.1. <i>Control de Causas</i>	89
6.3.3.2. <i>Control de Riesgos</i>	90
6.3.3.3. <i>Control de Daños</i>	90
6.3.4. Broncoaspiración	91
6.3.4.1. <i>Control de Riesgos</i>	91
6.3.4.2. <i>Control de Daños</i>	91
7. COMENTARIOS FINALES	93
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	98
APENDICES	102
ANEXOS	111

1. INTRODUCCION

1.1. Propósito

Conocer, mediante una investigación evaluativa, propiedades estructurales y procesos de atención que operan en la dinámica salud - enfermedad – cuidados de pacientes internados en el sector de psiquiatría del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero, en relación a problemas de salud clínicos - quirúrgicos. Se intentará brindar un aporte para mejorar los cuidados que se dan en dicha institución y contribuir potencialmente en la disminución de sus tasas de mortalidad.

1.2. Problema

1.2.1. Mortalidad en el Hospital A Korn

La probabilidad de morir dentro de un hospital psiquiátrico es mayor que fuera del mismo, según datos de mortalidad de diferentes estudios, entre los que se encuentran el Hospital de La Habana (Cuba) y el Hospital Jofre de Bétera (Valencia) (1- 4).

Observando los datos que surgen del estudio descriptivo sobre mortalidad en los sectores de subagudos y crónicos del Hospital A. Korn, publicado por el Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires en el año 2013, en la Revista de las Jornadas Científicas 2012 de dicho hospital (5), y comparándolos con estadística oficial (DEIS), la probabilidad de morir que tiene un adulto que vive en las salas de subagudos y crónicos de dicho nosocomio es entre 4 y 6 veces mayor que en la población general, dependiendo del año que se tome en cuenta.

En el año 2011 se registró la tasa de mortalidad de internados en los sectores nombrados del hospital más baja de la década 2002-2011 (45 x 1000). Si bien nos encontramos con dificultades para ajustar las tasas con respecto a las publicadas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud de la Argentina (DEIS) (6), tomando de dicha fuente los datos sobre cantidad de defunciones en mayores de 20 años del año 2011¹ podemos decir que en el año en el que menos muertes se registraron en el hospital, la probabilidad de morir dentro del mismo fue 4 veces mayor que para la población adulta de la Argentina y 2 veces y media mayor que para la población adulta de la Provincia de Buenos Aires.

¹ Población > 20 años en Argentina año 2011: Total 26335712; Muertes 303464; Tasa Mort 11.5 x 1000
Población > 20 años en Pcia. Bs. As. año 2011: Total 10397322; Muertes 201398; Tasa Mort 19.4 x 1000

En el trabajo antes nombrado sobre mortalidad en el Hospital A. Korn se analizan las muertes ocurridas entre los años 2007 y 2011, a partir de lo registrado en los certificados de defunción; se registraron 39 causas de muerte diferentes, pero las primeras cinco explicarían el 65% de los óbitos: sepsis, neumonía, insuficiencia cardíaca, cáncer y broncoaspiración. Dos de estas causas (neumonía y broncoaspiración) coinciden con lo mostrado en trabajos realizados en Cuba, no así las tres restantes (1, 7, 8).

Con respecto a las muertes por sepsis: la probabilidad de morir por sepsis estando internado en el sector de subagudos o crónicos del hospital es francamente mayor que en la población general. Si aceptamos que los registros coinciden con la realidad es obligación preguntarse ¿Por qué tantas muertes por sepsis² en una población con seguimiento ambulatorio permanente, posibilidad de tratamiento rápido de procesos infecciosos y acceso a internación para tratamientos que requieran mayor complejidad?

Con respecto a las neumonías: la probabilidad de morir por causa de neumonía estando internado en el sector de crónicos y subagudos del hospital también es mayor que en la población general. Ante esta causa de muerte la necesidad de evaluación de los procesos de atención se hace necesaria, sobre todo teniendo en cuenta la tasa de vacunación (antineumocócica) cercana al 100% y la posibilidad teórica de recibir atención y tratamiento de forma oportuna.

Con respecto a la insuficiencia cardíaca, si bien la tasa proporcional es menor a la publicada desde el Ministerio de Salud de Nación para el año 2011³, llama la atención que en casi la mitad de los casos se llegó al diagnóstico pos mortem, a pesar de haber sido pacientes con controles clínicos habituales, y siendo la insuficiencia cardíaca una entidad fundamentalmente clínica. En el análisis de las muertes por esta causa se vuelve una obligación tener en cuenta la relación conocida y demostrada que existe entre el uso de antipsicóticos y la posibilidad de desarrollar miocardiopatías (9 - 11).

Con respecto al cáncer como causa de muerte, la heterogeneidad de los estadios al momento de arribar al diagnóstico, como así también de las pautas terapéuticas y de seguimiento, invitan a analizar los casos con mayor profundidad. La proporción de muertes por cáncer es francamente menor que en la población general, según lo registrado en

² Tasa de mortalidad por septicemia en Arg. 2011: 3.4%, en el Hospital mayor al 25%.

³ Tasa de mortalidad proporcional por insuficiencia cardíaca en Argentina para 2011: 11%

Tasa de mortalidad proporcional promedio por insuficiencia cardíaca en Hospital. A. Korn entre los años 2007 y 2011: 9.04%. Para el año 2012 la proporción de muertos por IC en Hospital A. Korn fue de 5%.

certificados de defunción (Tasas proporcionales de 18.9 para la población general y 7.5 en el hospital).

Con respecto al diagnóstico de broncoaspiración, si bien no existe como tal dentro de los grupos de causas de defunciones de la DEIS, la comparación se realizó con la suma de otros diagnósticos que podrían considerarse equivalentes. Así, sumando los fallecimientos por “ahogamiento”, por “neumonitis por sólidos y líquidos” y las “insuficiencias respiratorias no clasificadas en otra parte” que se registran en el documento de la DEIS, se podría decir que la posibilidad de morir por broncoaspiración en el hospital es mayor que en la población general. Hay múltiples variables que son de utilidad para explicar lo anterior, pero no podemos dejar de considerar que a la mayoría de los diagnósticos de broncoaspiración se arribó mediante necropsias. Si tenemos en cuenta todas las necropsias que no se realizan cuando existen criterios claros para realizarlas, cabe preguntarse cuántas muertes habrá realmente por broncoaspiración.

Durante el año 2012 los casos de sepsis, neumonía, insuficiencia cardíaca y broncoaspiración se mantuvieron como cuatro de las primeras causas de muerte en el Hospital⁴, por lo que se tomó la decisión de utilizar estas cuatro enfermedades como trazadoras, que permitan a partir de su análisis conocer aspectos de procesos de atención y propiedades de estructuras que aún no han sido abordados en profundidad. Teniendo en cuenta las características particulares de la enfermedad oncológica y el hecho de que solo hubo un caso de óbito por dicho diagnóstico en el año 2012, decidimos no tener en cuenta esta entidad como enfermedad trazadora.

1.2.2. Dispositivos de atención de problemas de salud “no psiquiátricos”

Los dispositivos de atención de “problemas de salud no psiquiátricos” para los internados en las salas de “crónicos” y “subagudos” son los siguientes:

1.2.2.1. Controles periódicos de salud:

Se realizan en su totalidad en el CAPeR (Consultorio de atención primaria en rehabilitación), de forma programada. Se cita a los pacientes el día anterior, se realiza examen físico, se solicitan estudios complementarios que estén indicados según las características individuales y con adaptación poblacional y se realizan intervenciones preventivas según

⁴ De 60 muertes ocurridas en el Htal A Korn durante el año 2012, 14 (23.3%) se debieron a Neumonía, 11 (18.3%) a Sepsis, 5 (8.3%) a Broncoaspiración y 3 (5%) a Insuficiencia cardíaca.

programa de atención del CAPeR. En el caso de aquellos pacientes que no pueden concurrir, los controles se realizan en las salas en las que viven. La periodicidad de estas intervenciones es anual, y ante la detección de patologías se realiza seguimiento de acuerdo a los requerimientos de cada caso.

Este modo de atención de la demanda presenta características que permitirían encuadrarlo en lo que Jairnilson Silva Paim nombra como “oferta programada”, con compromiso con las necesidades de la población que se atiende, problemas que se identifican en el lugar donde las personas atendidas viven, apostando al impacto epidemiológico y logrando un nivel aceptable de integralidad en la atención (realización de laboratorios, serologías, estudios cardiológicos, RX (radiografía) de tórax, mamografías, PAP (papanicolau), colonoscopías, etc.) (12). Esa posibilidad teórica de integralidad se ve opacada reiteradas veces por una realidad que ubica en el tablero la multiplicidad de actores y de intereses que operan en el cotidiano.

Si bien la oferta programada se presenta como una alternativa para la atención de la demanda, en este caso ubicaríamos al CAPeR en un lugar que implique también la atención de necesidades, teniendo en cuenta la mirada constante en el colectivo y en las propiedades estructurales, la vinculación con las ideas de autonomía, protagonismo y producción de sentido, y una fuerte identificación con la idea de promoción de la salud (12). Si bien es un sector destinado a la atención clínica, la singularidad del padecimiento mental es tenida en cuenta, y el vínculo basado en afecto y confianza facilita la demanda de los pacientes y optimiza las intervenciones de los médicos.

El CAPeR se fue transformando a lo largo de los años, intentando modificar prácticas hegemónicas avaladas institucionalmente, con trabajadores que atravesados por la lógica manicomial pudieron decidir reconstruirse y aportar a la generación de otras ideologías y discursos dentro del hospital, no sin contradicciones ni vaivenes.

1.2.2.2. Atención de patologías agudas y reagudización de patologías crónicas:

En los horarios de atención del CAPeR (de lunes a sábado, de 8 a 14 hs.), la demanda es absorbida por dicho dispositivo. Fuera de estos horarios, desde la sala se solicita la atención a la guardia, con la concurrencia del paciente a la misma, o mediante la atención del médico de ambulancia en la sala.

La mayoría de las atenciones de patología aguda se resuelven en el primer nivel (CAPeR), con articulación con enfermeros de las salas, y en algunos casos con consultas a

otros servicios del hospital. La atención de patologías agudas en el CAPeR se realiza por demanda espontánea, intentando brindarla a todos quienes la demanden, poniendo énfasis en la calidad del vínculo entre médicos y usuarios, con valores de respeto, confianza y afecto, características de lo que Jairnilson Silva Paim llama “acolhimento” (12), pero a diferencia del mismo, la centralidad del médico en el equipo de trabajadores se ha mantenido invariante.

Las consultas que absorbe el equipo de ambulancia pueden terminar en traslado a guardia o resolverse en la propia sala. Las absorbidas por la guardia pueden derivar en internación en dicho servicio o en CMM (Clínica médica de “mentales”), o resolverse en el día, con el regreso del paciente a sala.

En el servicio de emergencias (guardia y ambulancia), en el sector de internación de clínica (CMM) y en UTI (Unidad de Terapia Intensiva), la atención está orientada a la demanda y las características del modelo de atención presenta rasgos hegemónicos.

1.2.2.3. Internación:

Los tres servicios en los que se realiza la internación por motivos clínico-quirúrgicos son: guardia, en general provenientes desde la sala o derivados desde el CAPeR; CMM, por solicitud de internación desde el CAPeR, por definición de especialistas interconsultores, derivados desde la guardia o trasladados después de una estadía en UTI; y en UTI, derivados desde la guardia o desde CMM. En algunos casos, como pacientes con hemorragias digestivas, complicaciones de pacientes en diálisis, intervenciones quirúrgicas de patología ocular y urológica, las internaciones se producen en otros nosocomios, pero la cantidad de estos casos es escasa.

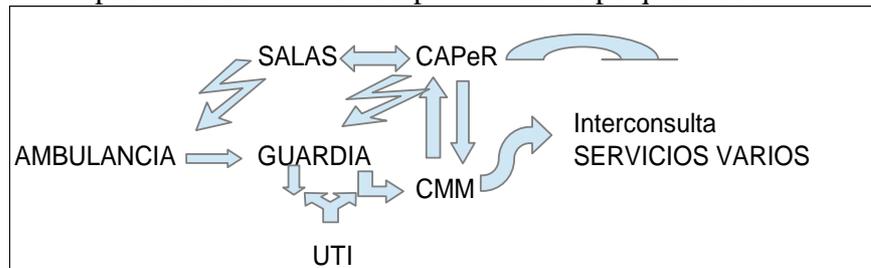
1.2.2.4. Seguimiento de patologías crónicas:

Se realiza desde el CAPeR, con articulación con los enfermeros de las salas, acompañantes terapéuticos, médicos especialistas de diferentes servicios (en algunos casos de otros hospitales) y CMM. Los acompañantes terapéuticos se han convertido en actores fundamentales para motorizar la inserción de intervenciones tendientes a modificar modos de vida.

En la siguiente figura (figura 1) se muestra de forma esquemática los distintos intervinientes en los procesos de atención de problemas de salud clínico-quirúrgicos de los pacientes, como así también las “líneas” articuladoras más significativas. Claro está que esta simplificación es solo un recurso que permite una aproximación a la realidad. Otro recurso

operativo es la división de problemas clínicos y quirúrgicos, de otras dimensiones, como la social o la psicológica, que si bien son absolutamente indivisibles en la realidad cotidiana, a los fines del presente trabajo tomarlas por separado es un importante instrumento metodológico.

Figura 1 Dispositivos de atención de problemas no psiquiátricos



Fuente. Elaboración propia

Quizá sea necesario aclarar que en cada uno de los dispositivos que entran en juego en la atención de los problemas de salud hay un interior con niveles de complejidad que no podrán ser abordados en este trabajo. En las 17 salas trabajan como mínimo 120 personas (no se tienen en cuenta a los acompañantes terapéuticos ni residentes con rotación temporal), en la ambulancia 28, en la guardia 103, en UTI 26, en CMM 13, en el CAPeR 8. Es decir, que al nombrar 6 dispositivos involucrados en la atención de problemas de salud clínico-quirúrgicos (no se está teniendo en cuenta a los especialistas interconsultores), estaríamos hablando de al menos 300 trabajadores de la salud.

1.2.3. Caracterización del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero

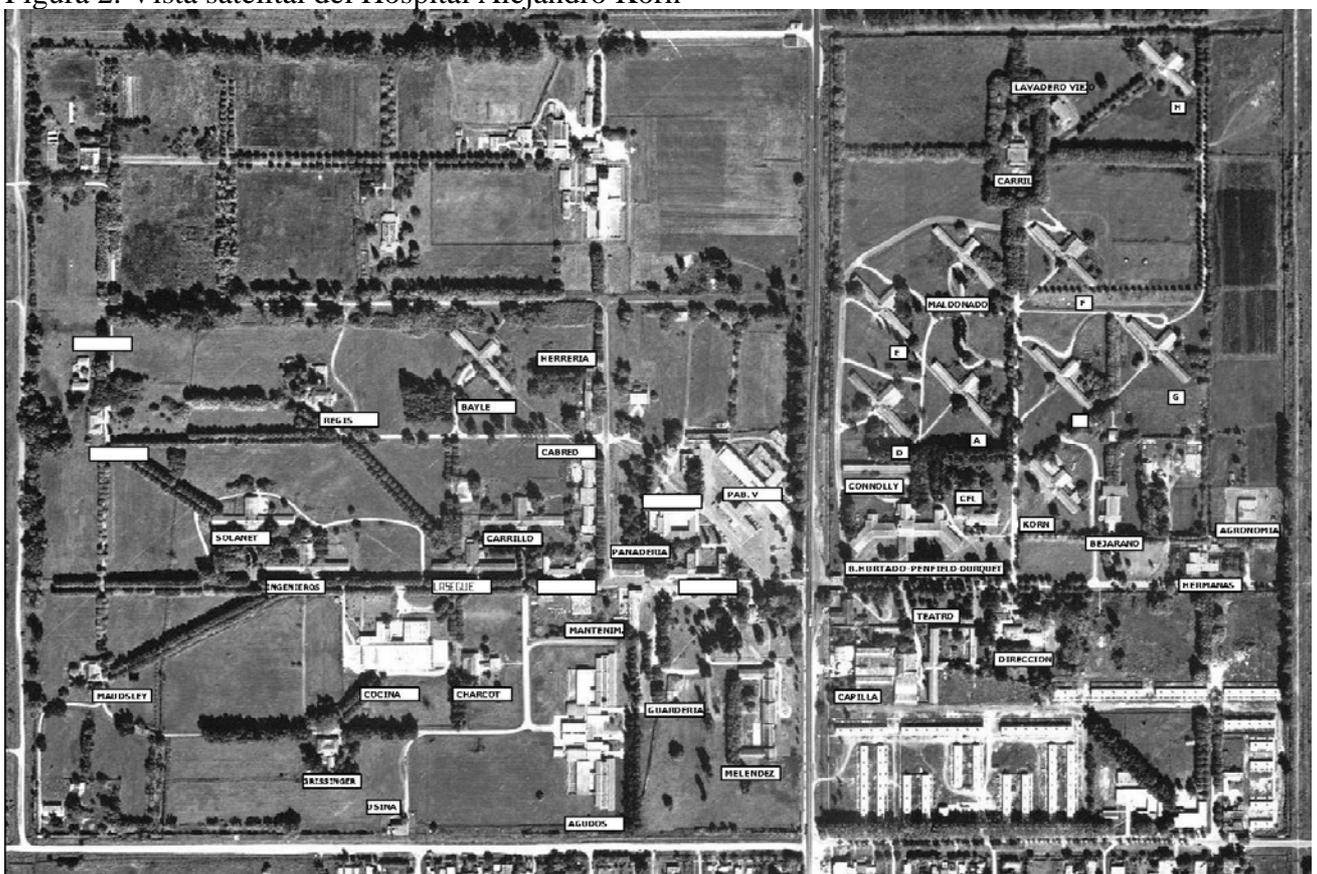
Para comprender de manera íntegra el problema que se intenta definir es necesaria la caracterización del Hospital Alejandro Korn.

El Hospital es un establecimiento público que se encuentra en la localidad de Melchor Romero (nombre que también se le da a la institución), perteneciente al partido de La Plata. Comenzó a funcionar en el año 1884. Cuenta con 22 salas para internación psiquiátrica, distribuidas en una extensión de 164 hectáreas, un sector para atención e internación no psiquiátrica abierto a la comunidad y múltiples áreas no asistenciales. Además de considerarse un hospital especializado en neuropsiquiatría, también es de referencia para trauma y neurocirugía. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el crecimiento de las áreas clínicas y quirúrgicas se ubica en la segunda mitad del siglo XX, con la creación del llamado

Pabellón General (hoy Pabellón V) en 1957, y el franco crecimiento de los servicios de traumatología, neurocirugía y terapia intensiva en las décadas de 1980 y 1990.

Si bien la instauración de los diferentes servicios y sectores destinados a la atención “no psiquiátrica” se fue dando paulatinamente desde 1920, no es menos cierto que el crecimiento de los mismos no se realizó de manera articulada con el funcionamiento del monovalente, generándose un divorcio dentro del mismo predio que persistió a lo largo de los años y que se encuentra naturalizado en la actualidad.

Figura 2. Vista satelital del Hospital Alejandro Korn



Fuente <https://www.google.com.ar/maps/@-34.9548017,-58.0555718,652m/data=!3m1!1e3>

1.2.3.1. Sector destinado a internación psiquiátrica (generalidades):

Al momento de comenzar este trabajo (2013) había 15 salas destinadas a internaciones crónicas; 6 para mujeres, 8 para varones y 1 mixta (esta última con una modalidad de trabajo diferente, que intenta acompañar los procesos de socialización y reinserción en la comunidad externa al hospital, con personas que si bien viven en él, desarrollan actividades fuera del mismo). Las salas de internación crónica también albergan algunos pacientes que en los últimos años se han podido insertar en espacios extramuros, formando parte de procesos

enmarcados en el paradigma de la desmanicomialización. En los últimos dos años se cerraron 2 salas de hombres, sin una planificación que contemplara intereses, deseos y sentires de quienes fueron distribuidos en las demás salas.

Hay 2 salas de “subagudos”, que en términos prácticos se puede decir que se comportan como las de internación crónica (con períodos de estadía prolongados), aunque con un mayor porcentaje de pacientes que intercalan su internación con períodos de estadía en sus domicilios.

Estas salas y las destinadas a pacientes con enfermedades neurológicas y a personas con problemas de alcoholismo, son pabellones con dos alas, con un promedio de 38 camas cada una. Cuentan con baños comunes, un comedor y un patio cerrado con alambre tejido.

En el pabellón de “Agudos” funcionan 4 salas. Una para hombres con patología psiquiátrica en período agudo, dos para mujeres con las mismas características, y una tercera que corresponde a la atención en crisis (SAC, para varones). En este edificio funcionan los consultorios externos de salud mental, para adultos y niños.

Hay dispositivos intrahospitalarios formales que trabajan con el objetivo de aumentar la posibilidad de autonomía de los pacientes internados apostando a la reinserción social (Club Social, Andamiaje, Teatro); son alternativas de intervenciones en salud mental dentro del hospital, pero que en reiteradas ocasiones se ven centralmente atravesadas por intereses y lógicas que responden y reproducen la estructura manicomial. En algunos casos se logra una adecuada articulación con trabajadores de las salas (enfermeros y menos frecuentemente con psiquiatras) que permite un abordaje integral y de mayor eficacia.

Existen grupos de estudiantes militantes del campo de la salud mental que, enmarcados en proyectos de extensión universitaria, trabajan en las salas acompañando la construcción de nuevas subjetividades en las personas internadas de manera crónica. Las intervenciones que ellos realizan constituyen otro tipo de alternativa, con una marcada fuerza ideológica, que se sostiene y se construye en y desde las prácticas, con improntas que sugieren continuidad, pero con un potencial obstáculo: se trata de trabajadores informales, cuya capacidad de acción encuentra como barrera los intereses y el poder de los decisores.

Un sector que creció en los últimos años es “Externación”, que cuenta con tres edificios que se han transformado en importantes dispositivos de acompañamiento de pacientes con problemas de salud mental reinsertos en la sociedad, y de aquellos que trabajan hacia el camino del alta aún viviendo en el hospital. Estos centros se encuentran alejados del Hospital, en el casco urbano de La Plata: Centro Franco Basaglia, Centro Pichón Riviere y

PreAlta. No es parte de este trabajo desarrollar las acciones que se realizan en los mismos, pero es interesante mencionar que los objetivos específicos, los modos de abordajes, la manera de conformación de los equipos, los proyectos de reinserción laboral, el grado de participación de los usuarios, los mecanismos de interacción de los equipos de salud, los instrumentos de acompañamiento, etc. son diferentes en los tres casos y responden a modelos terapéuticos distintos. Pero tienen en común la pertenencia a un mismo servicio, la dependencia a la planta orgánico funcional del Hospital A. Korn y la imposibilidad de tener un protagonismo real en la asignación de recursos, lo que hace que las necesidades de los niveles locales (los tres centros) no obtengan las respuestas adecuadas por parte del nivel central. Para el proceso de crecimiento del sector fue fundamental el trabajo de pasantes, estudiantes, talleristas, operadores y otras personas que desarrollaron sus tareas adhonorem, sin garantías de continuidad laboral formal.

1.2.3.2. Sector de “crónicos” y “subagudos”:

Actualmente las 17 salas son los espacios en los que viven y desarrollan actividades la mayor parte del día aproximadamente 600 personas, cuyas edades se encuentran entre los 18 y 90 años.

Dos de las salas pertenecen al Servicio de Subagudos, pero como ya se mencionó el funcionamiento es muy similar a las salas de internación crónica; una sala pertenece al Servicio de Neurología y es para internación crónica de pacientes neurológicos; una sala es destinada a la internación de pacientes con problemas de consumo excesivo y abusivo de alcohol; las 13 restantes pertenecen al Servicio de Rehabilitación (para internación crónica).

Para el análisis de propiedades estructurales y de procesos de atención, las salas que se tendrán en cuenta son: 12 pertenecientes a internación de “crónicos” y las 2 de “subagudos”, 14 en total.

Los tiempos de permanencia en el hospital son muy variables, desde menos de 2 años hasta más de 50. Las patologías psiquiátricas que se supone motivaron la internación también son muy diferentes. Conviven personas sanas autoválidas con personas que presentan limitaciones parciales (motoras, sensoriales y funcionales) o que se encuentran postradas.

Alrededor de 40 personas en cada sala comparten espacios físicos y actividades rutinarias, administradas, controladas y garantizadas formalmente.

Hay reglas comunes para actividades habituales, como horarios para las comidas, higiene, medicación, y otros hábitos que son característicos de cada sala, y que forman parte de la idea de institución total (13).

Los espacios compartidos más importantes son el comedor, con mesas de extensa longitud y bancos, y las alas habitacionales en las que se encuentran las camas dispuestas de forma consecutiva y lineal. Hay tres salas que cuentan con espacios habitacionales más reducidos en los que las camas son colocadas alrededor un espacio central.

El acceso al exterior es permitido a algunos pacientes y restringido a otros, las puertas de los comedores de varias de las salas permanecen cerradas. Los patios están cercados con alambrado.

Los objetos de pertenencia son escasos y numerosas las dificultades para mantenerlos.

Cada sala cuenta con un psiquiatra y enfermeros, cuyo número es variable pero en ningún caso suficiente para garantizar un trabajo acorde con las necesidades del sector. Ninguna sala cuenta con equipo interdisciplinario, en la mayoría hay un psiquiatra nombrado y en la actualidad hay dos salas que no tienen psiquiatra exclusivo. La relación enfermeras/os-pacientes es de 1-12 a 1-40, dependiendo de la sala, el día y el turno. En la mayoría de las salas no hay psicólogos/as nombrados para desarrollar su actividad con la población que vive en dicho sector, lo que equivale a afirmar que hay numerosas personas internadas de manera crónica que no han recibido tratamiento psicológico a lo largo de los años.

La relación entre trabajadores y pacientes internados se construye en paralelo a la gran diferencia que existe entre ambos grupos.

Si bien se están produciendo cambios fundamentales y superadores en el campo de la salud mental, no es menos cierto que la transformación de la estructura manicomial supone un proceso que no garantizará en un corto o mediano plazo el reemplazo total de la misma.

1.2.3.3. Sector de atención y de internación no psiquiátrica

Un edificio que se encuentra en el predio del hospital, conocido como pabellón V, cuenta con múltiples servicios para atención de problemas clínico-quirúrgicos de las personas de la comunidad y de las localidades cercanas, como así también de quienes sufran accidentes en las rutas aledañas. Las especialidades con las que se cuenta son: emergencia, clínica, cirugía, pediatría, ginecología, obstetricia, traumatología, neurocirugía, terapia intensiva, gastroenterología, reumatología, endocrinología, neumonología, cardiología, electrofisiología, infectología, nefrología, urología, otorrinolaringología, oftalmología, hematología,

laboratorio, diagnóstico por imágenes. Para los pacientes que viven en el sector de psiquiatría del hospital y requieran internación por problemas no psiquiátricos, existe una sala, conocida como “clínica médica de mentales” (CMM), ubicada en la planta baja del edificio. Cabe aclarar que los trabajadores de los servicios antes nombrados brindan atención a los pacientes internados en el sector psiquiátrico cuando así se requiere, pero sin contar con capacitación específica en salud mental

Las acciones de kinesiología, podología, y el servicio de odontología, se encuentran por fuera de dicho edificio, al igual que el Servicio de Trabajo Social.

Otro dispositivo externo al pabellón V, que tiene como una de sus principales funciones acompañar a los pacientes del sector “crónicos y subagudos” en sus procesos salud-enfermedad, haciendo hincapié en las acciones preventivas, participando en la atención de las patologías agudas y realizando seguimiento de patologías crónicas, es el consultorio de atención primaria en rehabilitación (CAPeR).

1.2.3.4. Otras áreas del hospital:

Direcciones, múltiples áreas administrativas, farmacia, áreas de intendencia y mantenimiento, peluquería, costurería, áreas de talleres, teatro, cooperadora, agronomía, cocina, comedor, locutorio, iglesia, guardería, bufete.

1.2.3.5. Residencias:

Clínica médica, clínica quirúrgica, psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia intensiva, traumatología, odontología, enfermería, medicina general.

1.3. Hipótesis

A pesar de contar con recursos para la atención de los problemas clínico-quirúrgicos de la población internada en los sectores de subagudos y crónicos del Hospital A. Korn de Melchor Romero, existen propiedades de la estructura y procesos de atención que podrían ser determinantes (y potencialmente modificables) en las tasas de mortalidad observadas.

1.4. Fundamentación

1.4.1. Académica

La utilización de técnicas de evaluación investigativa para profundizar el análisis de propiedades estructurales y de procesos de atención de problemas de la salud que están operando en los procesos salud-enfermedad-atención-cuidados de las personas que viven en

un hospital psiquiátrico, guarda relación con los ejes de trabajo y formativos que se proponen desde la Maestría.

Desde el Comité de Calidad del Hospital A. Korn se ha tomado la decisión de crear la Comisión de Óbitos que tiene como uno de sus objetivos principales el análisis de las causas de muerte de los internados en el sector de salas de psiquiatría. Consideramos que este trabajo puede ser un insumo importante para dicha comisión, teniendo en cuenta que no solo se basa en la descripción de las causas de muerte, sino que también apela a un análisis de las propiedades estructurales y de los procesos de atención, entendiendo al espacio de las prácticas como central en términos de producción de cambios y reproducción de modos.

Si bien se puede encontrar material escrito sobre la descripción de causas de muerte en el Hospital A Korn, en trabajos presentados (5, 14) y en las memorias que anualmente se presentan al director del hospital, hasta el momento no se han utilizado técnicas de investigación para buscar explicaciones sobre el perfil de mortalidad observado y conocido. Este trabajo se propone avanzar en dicha búsqueda a partir de la evaluación de propiedades de la estructura manicomial y de los procesos de atención que en ella se desencadenan. Como ya se desarrolló durante la explicación del problema, consideramos que hay una población que tiene una mayor posibilidad de atención de problemas de salud (en relación a prácticas de prevención primaria, a acceso a internación de mediana y alta complejidad, a seguimiento posterior), pero con una mortalidad mayor a la de la población general, por causas que parecieran susceptibles de prevención. Por ello es fundamental analizar variables que puedan ayudar a comprender lo anterior y dejar un saldo de conocimiento para plantear modificaciones posibles.

Con respecto a la información publicada sobre mortalidad en hospitales psiquiátricos públicos de la República Argentina, la mayoría de la obtenida tiene como fuente artículos periodísticos, por ello con esta investigación también se espera realizar un aporte a la literatura nacional sobre la temática.

1.4.2. Social

Si bien la Ley Nacional de Salud Mental (26657)⁵ otorgó marco y fuerza a la generación de dispositivos de acompañamiento externos al hospital, con una lógica antimanicomial, con acento en las prácticas comunitarias, no es menos cierto que dentro del

⁵ Sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre de 2010.

hospital viven aún alrededor de 600 personas y que los procesos de externación serán, lógicamente, heterogéneos. La internación prolongada y lo que a esta se asocia (descaracterización, ausencia de derechos, cosificación, medicalización, maltratos, estigmatización y abusos de todo tipo) obliga a construir caminos que permitan trabajar en la producción de otras subjetividades. La reflexión, el análisis y la evaluación de procesos y de condiciones estructurales, son acciones que pueden potencialmente beneficiar a la población que continuará internada en los próximos años en los sectores de subagudos y crónicos, pero además puede ser también un aporte para proponer la revisión o la mirada analítica de prácticas instituidas que se reproducirán aún cuando las paredes del manicomio ya no estén.

1.4.3. Personal

Desde la creación del CAPeR como dispositivo de atención “ambulatoria” de problemas de salud de pacientes internados en el hospital en el año 2001, el análisis de la mortalidad ha sido una herramienta de trabajo fundamental para los médicos generalistas que somos parte del equipo.

A partir del análisis cuantitativo y de la reflexión ante cada caso, de las diferencias surgidas entre lo expresado en los certificados de defunción y lo ocurrido, de la lucha contra la naturalización de las muertes dudosas dentro de las salas y la problematización de cada una de ellas, se ha podido realizar un aporte para que distintas intervenciones sean posibles. Los movimientos realizados en los últimos años enmarcados en el paradigma de Derechos, entre los que se encuentra la feliz irrupción en el ámbito hospitalario de colectivos externos al mismo, actores fundamentales en la generación de prácticas comunitarias en salud mental, la presencia de trabajadores nucleados en espacios formales internos que intentan desarrollar sus tareas en un camino contrahegemónico y el crecimiento de los centros comunitarios de salud mental, han permitido que hoy la muerte pueda ser problematizada por muchos de quienes viven dentro del psiquiátrico. Sin dudas hay cambios al respecto, pero el análisis crítico de los trabajadores sigue siendo limitado, y en ese sentido consideramos que es posible brindar un aporte con este trabajo.

Cada vez que objetivamos datos sobre mortalidad, los convertimos en información y elaboramos los informes, es imposible obviar que cada “unidad de análisis” es una persona que conocimos, que intentamos acompañar, con quién teníamos un vínculo que trascendía ampliamente ese de “médico-paciente”. De la mayoría de esas “unidades de análisis” conocimos parte de sus historias, sus problemas de salud, sus miedos, sus fortalezas. Son

cientos de “unidades de análisis” que fueron importantes para nosotros y son parte de quienes somos hoy.

Si bien pareciera que la motivación personal es la que prima (no estaría nada mal), no hay seguridad en ello. No se necesita hacer una tesis para analizar, conocer, reflexionar y sumarse a los que intentan cambiar prácticas dentro del manicomio. No se necesita una tesis para saber que las muertes de muchos podrían haberse evitado. Tampoco para afirmar que la estructura manicomial y algunos de los procesos de atención que en ella se desarrollan operan negativamente en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados. Pero si la utilización de recursos teóricos y metodológicos permiten que una construcción empírica se transforme en contenido que pueda ser socializado, aceptado y analizado entre los que tenemos la obligación de producir cuidados, la motivación pasará más por ese lado. Está claro que transformar problemas de la realidad en problemas de investigación permite, entre otras tantas cosas, llegar a aquellos a los que solo se puede llegar con una tesis.

2. ESTADO DEL ARTE

La búsqueda bibliográfica se sistematizó con dos objetivos; encontrar trabajos sobre mortalidad en hospitales psiquiátricos (con internación crónica) y encontrar trabajos sobre evaluación de atención de problemas de salud.

Existen estudios de investigación sobre mortalidad en hospitales psiquiátricos; los más numerosos de los que hemos encontrado publicados son los realizados en Cuba, en el Hospital psiquiátrico de La Habana, elegidos además porque cuentan con las necropsias de todos los pacientes allí fallecidos desde el año 1971 hasta el año 2006. Si bien el punto de partida de este trabajo fue un estudio en el que se describen las causas de muerte de los pacientes fallecidos en el Hospital Alejandro Korn según los datos registrados en base a los certificados de defunción (y en un pequeño porcentaje completados con necropsias), hay claras similitudes con los resultados de los estudios antes mencionados: en los mayores valores de mortalidad de enfermos mentales con respecto a la población “sana” y en la prevalencia de algunas de las principales causas de muerte, como neumonía y asfixia por broncoaspiración. También se encuentran diferencias significativas: la alta prevalencia de muerte súbita, por alteraciones coronarias y TEP (tromboembolismo pulmonar) encontrada en los estudios de La Habana (la mortalidad por tromboembolismo pulmonar en pacientes psiquiátricos también ha sido motivo de estudio en otros países) no aparece dentro de las principales causas de muerte en el hospital A. Korn.

Mediante un estudio publicado en el 2007 por un grupo de investigadores del Hospital de La Habana ya nombrado se clasificaron las causas de muerte en los pacientes “mentales” (así se nombran en el estudio) y se compararon con el material necrótico de un hospital general, relacionando su causalidad con la propia enfermedad mental o con los tratamientos psicofarmacológicos. Algunos de los resultados fueron que existe una elevada mortalidad en enfermos mentales en comparación con la población mentalmente "sana" y que hay diferencias cualitativas y cuantitativas para todas las causas de muerte en ambos grupo. Para los dos grupos la primera causa de muerte fue enfermedades cardiovasculares (en mayor proporción en la población "sana"). El TEP es francamente mayor en pacientes mentales y las causas neurovasculares mayor en los no mentales. Las enfermedades respiratorias son mayor causa de muerte en los mentales, sobre todo neumonías y abscesos. Las muertes por causa oncológica son proporcionalmente mayores en los no mentales. En el análisis de las enfermedades respiratorias, los factores exógenos son decisivos porque promueven la infección bacteriana, al tiempo que es muy probable que la capacidad inmunodefensiva de los

pacientes mentales esté disminuida, por factores genéticos ligados a la enfermedad mental, o por alimentación inadecuada, hacinamiento y pobre aceptación de los recursos terapéuticos. Hay menos neoplasias, pero también hay más enteritis bacterianas, sepsis urinaria, por lo general complicadas por shocks sépticos, septicemia y fallo multivisceral. Con respecto a muertes por asfixia, tema que ha originado profusa literatura médica, podría existir una relación causal entre la asfixia de aparición súbita motivada por una dificultad en la deglución y la enfermedad mental, sin negar la posibilidad de un efecto nocivo de los psicofármacos (1).

No hemos encontrado otro material bibliográfico que avale la presunción de disminución de capacidad inmunodefensiva por factores genéticos ligados a la enfermedad mental.

En otro estudio Cubano publicado en el año 2004 se realizó un análisis exhaustivo de las historias clínicas, los protocolos de autopsia y las láminas histológicas de 1663 personas con esquizofrenia fallecidas entre los años 1985 y 2003, (7) mediante el que se muestra que las enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio constituyeron las primeras causas de muerte. El TEP y la cardiopatía isquémica son las dos primeras causas cardiovasculares. Si se desglosan las causas de muerte, en cada una de las enfermedades en particular, la bronconeumonía constituye la primera causa.

En nuestro hospital la bronconeumonía ha constituido una de las principales causas de muerte a lo largo del tiempo, pero ni el TEP (como ya se ha mencionado) ni la cardiopatía isquémica se encuentran entre las causas de muerte de mayor incidencia.

La literatura mundial refleja un incremento de la mortalidad en la esquizofrenia, siendo el riesgo de muerte súbita cinco veces más alto en este grupo de enfermos debido principalmente a enfermedades cardiovasculares, asociadas en parte al uso de psicofármacos, a los que se responsabiliza también de episodios de asfixia y fenómenos tromboembólicos. El estilo de vida sedentario y los altos niveles de tabaquismo se suman a estos factores (8). En una publicación del año 2008, el grupo de investigadores del hospital psiquiátrico de La Habana refleja el análisis de 150 óbitos por muerte súbita en pacientes esquizofrénicos, con el fin de conocer la incidencia de dicha causa y los posibles mecanismos fisiopatológicos. La muerte súbita estuvo presente en el 25 % de todos los fallecidos esquizofrénicos estudiados. El análisis de los grupos de edades reflejó que el mayor número de fallecidos se encuentra en el grupo de edades comprendidas entre los 65 y 74 años con 51 casos (34 %) y que fue el sexo masculino el predominante con 80 casos (53,3 %). El 60,6 % de los fallecimientos fueron por causa cardíaca y de ellos el 39,3 % de origen coronario. El estudio de la muerte súbita no

cardíaca permitió conocer que el mayor número de muertes ocurrieron a consecuencia del tromboembolismo pulmonar en el 14 % de los casos, también fue relevante la asfixia por broncoaspiración alimentaria en el 16,6 %. El tabaquismo (83,3 %), la utilización de psicofármacos (100 %), la hipertensión arterial (32,6 %), la cardiopatía isquémica (20,6 %) y la diabetes mellitus (13,3 %) fueron los factores de riesgo premórbido más frecuentemente asociados (8).

Con respecto a estudios sobre mortalidad realizados sobre población internada en hospitales psiquiátricos en la Argentina, solo se encontró una publicación del año 2001. Se trata de un estudio sobre mortalidad en pacientes internados en los sectores de agudos, subagudos y crónicos del hospital Alejandro Korn (14), sobre los registros de defunción de Estadística del período julio 1997- junio 1998. Aparecen las causas respiratorias como la principal causa de muerte, estando incluidas entre las primeras, la insuficiencia cardíaca y sepsis. No aparece entre las primeras causas la broncoaspiración, sí el síndrome de repercusión general y las insuficiencias respiratorias. En dicho trabajo vuelve a nombrarse el mayor riesgo de morir que tienen los pacientes internados en un hospital psiquiátrico.

Si bien no se han encontrado trabajos que evalúen la atención de problemas de salud clínicos en un hospital psiquiátrico, son numerosos los que se han hallado en relación a evaluación de atención en salud. De todas maneras hay tres que serán mencionados en este apartado.

El primero, un estudio cualitativo con abordaje histórico, realizado en Brasil y publicado en el año 2003, en el que se intenta historizar el equipo de enfermería y los pacientes del Hospital psiquiátrico de Santa Ana durante el período 1941- 1960 (15). Las autoras describen y analizan características de los cuidadores y de los pacientes: presencia de religiosas y el papel fundamental que las mismas tenían en términos de cuidados, higiene, alimentación y prácticas de enfermería. Enfermeros que realizaban diagnósticos e intervenían con una fuerte base empírica y sin formación académica. La modalidad de ingreso de enfermeros y vigilantes a través de familiares que ya se encontraban trabajando en algún sector del hospital. El uso obligatorio de uniformes. Los pacientes que ingresaban podían presentar todo tipo de enfermedad psiquiátrica, la mayoría pertenecientes a clases sociales de bajos ingresos y a zonas rurales; algunos ingresos se realizaban solo por motivos sociales, como ser indigente. En general perdían vínculos familiares y quedaban institucionalizados crónicamente. La higiene precaria y la escasez de ropa limpia predisponían a infecciones,

como escabiosis y pediculosis. Es interesante reconocer que estas características, con diferentes matices, pueden ser claramente reconocidas en la estructura del Hospital A Korn.

El segundo trabajo ha brindado aportes conceptuales y operacionales de gran utilidad para la evaluación de propiedades estructurales en relación a la atención.

Se trata de una revisión teórica realizada por Rebeca Terraza Núñez et al, publicada en la Gaceta Sanitaria de Barcelona en el año 2006 (16). Las autoras analizan la coordinación asistencial y sus instrumentos a partir de la teoría organizacional, describiendo los tres factores condicionantes (diferenciación, interdependencia e incertidumbre), los dos procesos de coordinación (programación y retroalimentación) y los tipos de mecanismos para cada tipo de proceso mencionado (normalización para el primero; adaptación mutua y supervisión directa para el segundo). Para cada mecanismo brindan una serie de instrumentos para operativizar la coordinación asistencial; para nuestro trabajo fue un importante aporte vislumbrar la posibilidad de analizar la coordinación de la información mediante la evaluación.

El tercero fue de gran valor en la construcción del modelo evaluativo. Se trata de un estudio brasileño sobre evaluación de organización, acceso y calidad técnica del cuidado en relación a la diarrea en la infancia (17). Las autoras utilizan el modelo adaptado de Paim, con los niveles de control de riesgos, de causas y de daños, que nos permitió pensar en relaciones posibles con abordajes y atributos para nuestro trabajo.

3. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

La Ley Nacional de Salud Mental 26657 (18), sancionada el 25 de noviembre del año 2010, promulgada el 2 de diciembre de ese mismo año y reglamentada el 28 de mayo de 2013, define a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Dicha ley ubica como punto de partida la presunción de capacidad de todas las personas. Consideramos imposible enmarcar teóricamente un trabajo que intenta explicar la relación potencial entre propiedades estructurales y procesos de atención con la dinámica salud-enfermedad de quienes viven internados en un hospital psiquiátrico sin empezar explicitando que coincidimos con esta definición de la Ley Nacional de Salud Mental y con el espíritu de la misma.

3.1. *Manicomio*

El recorrido hacia la transformación en el campo de la salud mental no eliminará instantáneamente la idea de que la locura está ligada a la internación y consecuentemente a la pérdida de toda posibilidad de ejercicio de derechos y de construcción de ciudadanía. Esa noción de internación como sitio natural para los locos es una idea que Foucault coloca como clara a partir del siglo XVII, cuando la visión cósmica de la locura pierde terreno frente a la reflexión moral y a la conciencia crítica hacia la misma (19).

Las experiencias de la locura que las sociedades han hecho a lo largo de la historia, en la edad media, en el renacimiento, en el clasicismo, no son ajenas a la que hemos construido en tiempos actuales. En el campo de la sinrazón la locura ha compartido el confinamiento con pobres, vagabundos, jóvenes que turbaban la tranquilidad de sus familias, incapaces, desocupados, desenfrenados, míseros, ociosos, enfermos venéreos, alquimistas, brujas, degenerados, libertinos... La internación instituyendo la exclusión, como medida económica, como restitución de orden, como castigo moral, como prevención social (19).

Basaglia sostiene que en el terreno asistencial, los servicios de atención psiquiátrica (como el hospital en el que se desarrolla este trabajo) quedan insertos en la lógica económica que ha respondido a la enfermedad mental con la segregación. El deber ser marca que hay que producir y ser eficiente y quien no puede responder a estas normas se tiene que reubicar de modo tal que no entorpezca el ritmo social. Por ello plantea que la política económica y la ciencia van de la mano, siendo esta última funcional a la primera, ejerciendo un rol de control

social. Ubica al poder y sus matices en el centro de la escena. Se refiere a la relación entre la falta de poder económico y la posibilidad de entrar en redes de instituciones públicas que convierten la enfermedad en irreversible. En la mayoría de los casos, no ha sido solo la enfermedad lo que ha determinado la internación en hospitales psiquiátricos sino la pertenencia a una clase de origen antes de la internación (20).

El positivismo convierte a la locura en una enfermedad mental y con su estilo la separa del resto de los excluidos. Cree conocer su naturaleza, utiliza el conocimiento científico y genera acciones sobre la base anterior de una experiencia ética de la locura asociada a la falta de razón (19). Las personas que viven en un manicomio son sujetos que al recibir atención de distinta índole, reciben la carga de los valores e imágenes que están unidas al personaje del loco. El modelo de animalidad⁶ es un ejemplo de lo antes dicho, la solidez animal que aparece como protectora en el loco, opera probablemente en los modos de atención de quienes tienen que brindarles cuidados.

Como ya se ha dicho, para el análisis de los procesos de atención se tomarán problemas de salud no relacionados con la “enfermedad mental”, apelando a esta separación solo como un recurso metodológico (inexistente en la realidad) que permita el desarrollo del trabajo. Aún teniendo esto en cuenta hay dos conceptos de Basaglia que es pertinente explicitar, en relación a la finalidad de la acción técnica y a la dominación como base de la relación entre hombres. Sostiene que la finalidad primera de toda acción es el hombre y que es necesario una toma de conciencia política en cada acción técnica, para entender que el valor del hombre, sano o enfermo, va más allá del valor de la salud o la enfermedad, y que la enfermedad, como toda contradicción humana, puede ser usada como instrumento de liberación o de dominio. Pero al mismo tiempo entiende que la relación terapéutica entre médico y paciente no está exenta del componente de clase implícito en toda relación social. Las ideologías dominantes no permiten que el técnico al poner a disposición su saber niegue en sí el poder social implícito en su figura. El binomio saber-poder persiste, en líneas generales, en el rol médico, transformando a la enfermedad en un valor negativo absoluto (20).

3.2. Estructura y Procesos/Propiedades Estructurales y Prácticas sociales

⁶ Foucault, en Historia de la locura, introduce el concepto de animalidad para explicar cómo se puede despojar al hombre de lo que pueda tener de humano, para colocarlo en el grado cero de su naturaleza. La animalidad endurece al loco contra el hambre, el frío, el calor, el dolor.

Basado en el enfoque sistémico y principalmente preocupado por la calidad de la atención médica, Donabedian sistematizó diversas propuestas de abordajes de evaluación en la tríada estructura, procesos y resultados (21); ubicando el proceso asistencial como un continuo que desagregó en esos tres componentes.

Cuando el autor escribe sobre focalizar la evaluación en el proceso de atención (en algunos artículos lo nombra como proceso de prestación) las estimaciones se fundan en consideraciones como el grado de adecuación, integridad y minuciosidad de la información obtenida mediante la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas; la justificación del diagnóstico y tratamiento; la competencia técnica en la aplicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; las pruebas del manejo preventivo; la coordinación y continuidad de la atención; grado en que la atención resulta aceptable para los destinatarios. Con el componente “estructura” hace referencia a los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención (recursos materiales, humanos y organizacionales), a las características más establecidas e invariantes de cómo se maneja el sistema de atención de salud. El concepto de “resultados” estaría relacionado con el producto de las acciones (consultas, exámenes, visitas) y con la modificación del estado de salud de la población. Cabe aclarar que en la propuesta metodológica que se presentará más adelante se tendrán en cuenta dos de los componentes de la clasificación que aporta el autor (estructura y procesos).

Consideramos fundamental introducir algunas de las contribuciones teóricas de Anthony Giddens y su “Teoría de la Estructuración” (22), para aclarar desde donde estamos mirando la estructura manicomial y los procesos de atención de problemas de salud no psiquiátricos, condicionados por ella y a la vez determinantes de la misma. Giddens ubica en el centro a la intermediación entre estructura y acción de los sujetos individuales y colectivos. Le otorga una existencia virtual a la estructura como conjunto de reglas y recursos que contiene el sistema social. La estructura existe en términos de propiedades estructurales (que no existen fuera de la acción), y éstas en términos de estructuración.

La estructuración es un proceso dinámico que involucra a los actores y a la estructura social, en una relación de interacción e interdependencia. La contextualidad de la acción queda delimitada por el elemento tiempo-espacio (la acción ocurre en un momento y en un lugar), por la acción de otros actores y por la capacidad de reflexión para influir en la interacción. Es un concepto que permite pensar a la estructura no como algo establecido, sino como haciéndose continuamente. Le da un valor equivalente a la acción humana y a la

estructura social, ambas pensadas en términos de prácticas recurrentes, donde cada elemento supone al otro.

Si la estructuración es producción y reproducción de prácticas sociales, si las prácticas sociales poseen capacidad transformadora, si el poder es un elemento esencial en esa posibilidad de transformación, es fundamental entender que quienes trabajan en un manicomio tienen un alto grado de responsabilidad en las propiedades estructurales que caracterizan al mismo. Pero también tienen destrezas para decidir sobre sus acciones y posibilidad de cambiar las maneras de actuar.

Por ello, cuando evaluemos propiedades estructurales y procesos de atención, estaremos pensando en términos de prácticas sociales y en algunas nociones que rodean dicho concepto: acciones cotidianas que se realizan en forma de actividades, con intenciones concretas (pensadas en un corto plazo) y objetivos a plazos mayores (propósitos); razones para hacer (reflexión antes, durante y después de la acción) y motivos o motivaciones que nos movilizan hacia una u otra acción (22, 23).

Si ubicamos en términos de estructuración el trabajo que intentamos desarrollar, nos es imprescindible trasladarnos al espacio de la micropolítica, pensar en términos de aporte a la construcción de situaciones que faciliten visibilizar posibilidades de cambio. Pensamos en abonar a un escenario que posibilite la generación de actores que sean capaces de negar la inevitabilidad de lo que aparece como establecido e invariante, pensamos en trabajadores que visibilicen su capacidad transformadora y que se sientan con derecho a ser protagonistas de la transformación de los abordajes hegemónicos en salud mental (24).

3.3. ¿Por qué evaluar para explicar propiedades estructurales y procesos de atención?

Consideramos que evaluando es posible valorar prácticas con un potencial reflexivo sobre las mismas, y propiedades de una estructura que se sostiene en parte por la reproducción de esas prácticas susceptibles de transformación.

Autores como Weiss, Rossi y Freeman nombran indistintamente la evaluación y la investigación evaluativa. Aunque las relaciones entre ambas son estrechas, ya que la evaluación supone la utilización del arsenal de modelos, instrumentos y técnicas que constituyen la metodología de la investigación, para muchos es preciso distinguir sus diferencias. Se podría considerar que los fines perseguidos son diferentes; mientras la investigación busca incrementar el conocimiento disponible, la evaluación busca proveer

información para aumentar la racionalidad en la toma de decisiones. Si bien la investigación aplicada trata de proporcionar conocimientos para modificar la realidad, la investigación evaluativa se diferencia de ella por su relación con la política (y por lo tanto con el poder), cuyo ejercicio se supone en el proceso de definición y ejecución y por la utilización de técnicas que le son propias (25, 26).

Ubicando como punto de partida la polisemia conceptual y metodológica en relación a la evaluación de prácticas presentes en el espacio social, Ligia M Vieira Da Silva decide tomar como referencia la definición de Contandriopoulos, que entiende a la evaluación como un juicio sobre una intervención para poder auxiliar la toma de decisiones, y la amplía con el fin de no limitar el propósito de la evaluación a la dimensión instrumental de la acción. Sustituye el concepto de intervención por el de prácticas sociales, que se desarrollan en un determinado contexto y que también son parte determinante del mismo. Considera a las prácticas en salud como un tipo particular de prácticas sociales. El segundo cambio que realiza es el pensar el concepto de juicio de la manera más amplia posible, permitiendo a la evaluación dar lugar a un análisis que tenga en cuenta los diferentes componentes del objeto y hasta el significado del fenómeno (27).

Vieira Da Silva sostiene que las diferentes formas de definir los abordajes, dimensiones y atributos para la evaluación reflejan las elecciones teóricas de los autores, que serán tantas como las posiciones que dichos autores ocupan en el espacio social.

La elección de la estrategia de evaluación para este trabajo mantiene una lógica relación con el proceso anterior de delimitación del problema y con la construcción conceptual de las características a evaluar. Esta investigación evaluativa, como todas, es un caso particular que requirió creatividad en la formulación de la que consideramos la mejor estrategia, en la selección del abordaje, en la definición de niveles y en la selección de indicadores, cuestiones en las que nos extenderemos en el apartado de “propuesta metodológica”.

4. OBJETIVOS

4.1. General

- Evaluar y analizar propiedades estructurales y procesos de atención de problemas de salud no psiquiátricos vinculados con las principales causas de muerte en pacientes internados en los sectores de subagudos y crónicos del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero.

4.2. Específicos

- Analizar los procesos de atención de los casos de óbitos por alguna de las enfermedades trazadoras que acontecieron en pacientes de los sectores de subagudos y crónicos del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero durante el año 2012.
- Describir y analizar propiedades estructurales como posibles determinantes de una mayor posibilidad de morir en el sector subagudos y crónicos del Hospital A Korn.
- Comprender la articulación de las propiedades estructurales y procesos de atención como determinantes potenciales de una mayor posibilidad de morir por alguna de las enfermedades trazadoras que tiene la población internada en salas de psiquiatría del hospital.

5. PROPUESTA METODOLOGICA

Con el fin de evaluar procesos de atención de problemas de salud no psiquiátricos y propiedades estructurales, se utilizarán como condiciones trazadoras cuatro de las primeras causas de muerte en pacientes del hospital fallecidos en el año 2012 y se establecerá para cada una la relación entre dichos abordajes (estructura y proceso), niveles de control (de causas, de riesgo y de daños) y diversas características que se explicarán y desarrollarán oportunamente. (Cuadro 1).

Se entiende por condición trazadora (rastreadores) a diagnósticos o problemas de salud que pueden permitir, a partir de su análisis, conocer aspectos de un objeto que hasta el momento no estaban explorados. Es uno de los dos métodos, junto con las trayectorias, que están diseñados para realizar estudios que demuestren efectos de un sistema combinando procesos y resultados. Asumiendo como complejos a los problemas relacionados con los modos de cuidados de la salud en un hospital psiquiátrico, los trazadores presentan la potencialidad de ayudar a generar datos de fácil comprensión y facilitar el análisis de los mismos (28).

Las condiciones trazadoras son: sepsis, neumonía, insuficiencia cardíaca y broncoaspiración.

En relación a las propiedades estructurales, si bien todas las características serán descriptas al analizar cada condición trazadora, solo cinco se tomarán como variables a evaluar.

Con respecto a los procesos de atención, se evaluarán características en relación a control de riesgo y de daño, planteando tres variables comunes a los cuatro trazadores que se explicarán en el apartado correspondiente.

Cuadro 1. Relación entre abordaje, niveles y características

Condición Trazadora	Estructura	Proceso
SEPSIS		
<i>Control de causas</i>	Alimentación	Promoción de pautas alimentarias, higiénicas y de lavado de manos
	Higiene	
<i>Control de riesgos</i>	Recurso de enfermería en salas	Adecuada curación de infecciones de piel y partes blandas
	Cobertura de vacunación antineumocócica	
	Recurso humano adecuado	
<i>Control de daños</i>	Exposición a patógenos	Consulta precoz ante infección
	Posibilidad potencial de atención oportuna de infecciones	Vacunación en condiciones adecuadas
		Circuito de atención/ derivación (Ver Figura 1)
	Coordinación asistencial	Criterios diagnósticos correctos
		Pautas terapéuticas acordes a consenso
NEUMONIA		
<i>Control de causas</i>	Alimentación	Promoción de pautas alimentarias, higiénicas y de lavado de manos
	Higiene	
	Cantidad de enfermeros en cada sala	
<i>Control de riesgos</i>	Hacinamiento	Atención oportuna de cuadros respiratorios
	Cobertura de vacunación antineumocócica	
<i>Control de daños</i>	Posibilidad de acceso oportuno a la atención por síntomas respiratorios	Vacunación en condiciones adecuadas
	Circuito potencial de atención (Ver figura 1)	Pautas de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación acorde a los consensos
	Coordinación asistencial	
INSUFICIENCIA CARDÍACA		
<i>Control de causas</i>	Dispositivos que permitan detección de enfermedades que pueden avanzar hacia insuficiencia cardíaca y seguimiento adecuado en pacientes con enfermedad instaurada	Adecuado seguimiento de pacientes con chagas
	Seguimiento estricto de terapias con psicofármacos	Adecuado seguimiento de pacientes con HTA
		Articulación entre equipo de atención primaria y cardiología
<i>Control de riesgos</i>	Sistema de monitoreo de terapias con psicofármacos	Articulación entre equipo de atención primaria y psiquiatras
<i>Control de daños</i>	Posibilidad potencial de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, seguimiento, y actuación en caso de complicaciones	Instauración de tratamientos con múltiples psicofármacos, en dosis variadas. Grado de monitoreo
		Diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca
		Atención recibida en períodos previos
		Evaluación cardiológica
		Realización de Ecocardiograma
BRONCOASPIRACION		
<i>Control de riesgo</i>	Recurso humano en las salas capacitado para realizar maniobras en caso de ahogamiento	Realización de maniobra de Hemlich
	Control de las dietas enviadas	Intervenciones con pacientes desdentados: Promoción de cuidados durante la alimentación, dieta para desdentados, realización de prótesis
	Recursos para la confección de prótesis dentarias para pacientes desdentados. Detección de problemas deglutorios	Capacitar a todos los pacientes en relación a la realización de maniobras adecuadas
<i>Control de daños</i>	Trabajadores y pacientes capacitados para la realización de maniobras adecuadas	Realización de maniobras adecuadas

Fuente: Elaboración propia con base en Ligia M. Vieira Da Silva (25) pág. 28

5.1. Evaluación de propiedades estructurales

5.1.1. Universo

Sector de internación psiquiátrica del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero.

5.1.2. Unidades de análisis

Salas de internación psiquiátrica del sector Rehabilitación (subagudos y crónicos) del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero. Serán 14 unidades de análisis. Se tomarán las 6 salas de mujeres (B, D, E, F, G y Bejarano) y 8 salas de varones (Korn, Ingenieros, Melendez B, Solanet, Lasegue, Barros Hurtado, SRC, Penfield). Las 3 salas que se decidió dejar fuera de análisis son las que se encontraban en proceso de cierre al momento de plantear este trabajo.

En las salas se realizará la observación de características para la evaluación de propiedades estructurales y se realizarán 6 encuestas en cada una (tres a enfermeras/os y tres a pacientes que viven en la sala). En el caso de las enfermeras/os una/o será jefa/e. En el caso de los pacientes la selección será al azar (muestreo aleatorio), quedando excluidos sordomudos, personas demenciadas, personas con retraso mental severo y personas que se encuentren descompensadas psiquiátricamente al momento de realizar la encuesta.

5.1.3. Variables

De las características nombradas en el cuadro 1 se decide tomar las siguientes como variables a evaluar, por considerar posible su operacionalización, viable la recolección de datos y susceptibles de análisis en profundidad en relación al marco conceptual de este trabajo.

- Alimentación
- Higiene, con dos dimensiones: Higiene ambiental e Higiene personal
- Exposición a patógenos
- Coordinación asistencial
- Recurso humano capacitado en RCP

A continuación se presentarán las definiciones conceptuales y operacionales de las variables, las últimas en cuadros que muestran las subvariables, los indicadores seleccionados, los valores de subvariables posibles, las fuentes de datos y las fuentes de parámetros para comparar.

Cabe aclarar que la presencia de valores dicotómicos de subvariables en la propuesta no invalida la descripción en profundidad de las mismas.

5.1.3.1. Alimentación:

Adherimos a la perspectiva de la alimentación saludable como un pilar más del cuidado de la salud, entendiendo a la misma como un derecho y complejizando la concepción del acto alimentario, más allá del aspecto nutricional, como un hecho social total. De todas maneras, por razones de viabilidad operacional, hemos decidido evaluar aspectos nutricionales, cuantitativos y cualitativos.

Cuadro 2. Alimentación. Definición operacional

Subvariables	Indicadores	Valor de subvariable	Recolección de datos	Parámetros
Variedad de alimentos	Consumo de carne/ consumo de leche y queso/ consumo de frutas y verduras/ consumo de huevos/ consumo de pan/ tipo de preparación en almuerzos y cenas en un semana	Sí- No- Parcialmente	Registro de los menús teóricos de una semana.	Guías alimentarias de la República Argentina
			Registros de la comida que llega a las salas en la misma semana	
			Registro de los menús teóricos de una semana.	
			Registros de la comida que llega a las salas en la misma semana	
Adecuación de las dietas a pacientes con HTA y DBT	Índice hipoglucémico en dietas para DBT/ Contenido de sodio en dietas para hipertensos	Sí- No	Registros de la comida que llega a las salas en la misma semana	Guías terapéuticas de HTA Y DBT
Agua potable	Análisis físicoquímico/ Análisis bacteriológico	Sí- No	Análisis de documentación	Normativa

Fuente: Elaboración propia

- Variedad de alimentos: Se recolectarán los datos de los menús teóricos y reales en una grilla, relacionando el tipo de alimento que se presentó en desayuno, almuerzo, merienda y cena, en cada día de la semana.

En cada día se analizará consumo de carnes (se tomará como adecuado 1 vez al día), consumo de leche o queso (se tomará como adecuado 2 tasas de leche o equivalentes), consumo de frutas y verduras (se tomará como adecuado 1 fruta y 2 porciones de verduras, una de ellas en preparación cruda, o una porción de verduras y 2 frutas), cantidad de huevos (recomendable 3-4 por semana), cantidad de pan (hasta 2 por día) (29).

- Adecuación de dietas para diabéticos e hipertensos: se recolectarán los datos teóricos y reales en una grilla y se registrará en cada día si el índice glucémico es bajo o no en las dietas para diabéticos, si la dieta es de bajo contenido en sodio o no en las dietas para hipertensos.

- Agua potable: se determinará con los datos de la documentación correspondiente. Se considerará apta para consumo humano los criterios de potabilidad del Código Alimentario Argentino (30) que se miden en los análisis de agua que se realizan en el Hospital Biológico de La Plata.

Tres características que se nombrarán por su importancia en términos de estructuración, pero que no serán desarrolladas por presentar problemas para garantizar un adecuado proceso de operacionalización son:

- Compra, conservación, seguridad e higiene de los alimentos
- Incorporación de los gustos en la elección
- Comensalidad

5.1.3.2. Higiene:

Para esta variable se analizarán dos dimensiones. Una es la higiene personal, que hace referencia al aseo, la limpieza y el cuidado del cuerpo humano. La segunda es la higiene ambiental, concepto relacionado a las condiciones sanitarias del entorno que operan en el proceso salud enfermedad de las personas.

Cuadro 3. Higiene. Definición operacional

Subvariable	Indicadores	Valor de Subvariable	Recolección de datos	Parámetros
Riesgo de transmisión de enfermedades a través de roedores	Presencia de ratas en la sala en el último mes.	Sí-No	Encuesta a enfermeras/os y pacientes	Normas ministeriales e internas del hospital
	Periodicidad de desratización		Encuesta a enfermeras/os y análisis de documentación	
Deshecho de residuos	Cantidad de recipientes de basura en cada compartimento	Correcto/ Incorrecto	Observación	Nomas del hospital
	Periodicidad de recolección de residuos		Encuesta a enfermeras/os	
Limpeza de las instalaciones	Presencia de responsables por turno Periodicidad de la limpieza	Adecuada/Inadecuada	Encuestas a enfermeras/os	
Periodicidad de los baños	Cantidad de baños (duchadas) en la semana	1 vez por día Al menos 2 veces por semana Menos de 1 vez por semana Más de 1 vez por día	Encuestas a enfermeras/os y pacientes	
Posibilidad de intimidad	Cantidad de baños con puertas		Observación	
	Presencia de espacios para cambiarse de manera individual	Sí-No		
Acceso a condiciones adecuadas de higiene	Presencia de jabón en los baños	Sí-No	Observación y encuesta a enfermeras/os y pacientes	Normas de bioseguridad
	Presencia de agua caliente en las duchas y piletas de baños	Sí-No	Encuesta a enfermeras/os y pacientes	

Fuente. Elaboración propia

- Higiene ambiental, para la que se tendrán en cuenta tres subvariables.
 - Riesgo de transmisión de enfermedades por roedores: Se considerará que sí cuando haya persistencia de ratas en el último mes y/o si la desratización no se lleva a cabo según normas ministeriales.
 - Tratamiento de residuos: Se considerará correcto si se cuenta con dispositivos de deshecho de residuos en todos los ambientes y si la periodicidad de recolección se adecua a las normas del hospital.
 - Limpieza de las instalaciones: Se considerará adecuada si existen responsables claros y si se realiza al menos una vez por turno.
- Cuidado de la higiene personal, para la que se tendrán en cuenta tres indicadores.
 - Periodicidad de los baños: Se comparará la cantidad de baños semanales con la percepción de necesidad de la cantidad adecuada de baños semanales por parte de los pacientes.
 - Intimidad: Se considerará que sí en el caso de que la mayoría de las duchas cuenten con puertas y si existen lugares para cambiarse en soledad.
 - Acceso a condiciones mínimas: se considerará que sí, si se cuenta con jabón en los baños y agua caliente.

5.1.3.3. Exposición a Patógenos:

Nos referimos a aquellas características que aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas. Se decide no evaluar la exposición a las infecciones de transmisión sexual por las implicancias éticas y legales.

Cuadro 4. Exposición a Patógenos. Definición operacional.

Subvariable	Indicadores	Valor de Subvariable	Recolección de datos	Parámetro
Riesgo de Hepatitis A y parasitosis	Mantenimiento de higiene de inodoros	Alto riesgo/ Bajo riesgo	Encuesta enfermeras/os y pacientes/ Observación	Normas de bioseguridad
	Periodicidad de limpieza de los baños de los patios		Encuesta enfermeras/os y pacientes	
Riesgo de enfermedades relacionadas con animales	Presencia de jabón en los baños		Encuesta enfermeras/os y pacientes/ Observación	Pautas del Programa Nacional de control de enfermedades zoonóticas Pautas de prevención de histoplasmosis Pautas del Programa Nacional de control de enfermedades zoonóticas Pautas de prevención de infecciones en piel
	Presencia de gatos en habitaciones y comedor			
	Presencia de palomas en habitaciones y comedor	Sí-No	Observación	
	Presencia de perros si vacunar ni desparasitar en salas			
	Presencia de chinches en cama			

Fuente. Elaboración propia

- Riesgo de Hepatitis A (31) y parasitosis intestinales: Se considerará que el riesgo es alto cuando el mantenimiento de la higiene de los inodoros no sea adecuado, la periodicidad de la limpieza de los baños de los patios menor a 2 veces por día y ausencia de jabón en los baños.
- Riesgo de enfermedades relacionadas con animales: La presencia de animales en las salas darán cuenta del mayor riesgo de padecer problemas de salud relacionados con los mismos: mayor riesgo de toxoplasmosis (32) (gatos), de histoplasmosis (33) (palomas), de hidatidosis (34) y lesiones por mordedura (perros), de infecciones de piel asociadas a lesiones por rascado (35) (chinchas).

5.1.3.4. Coordinación Asistencial:

Se entiende como tal a la conexión de los servicios mediante la transferencia de información, con la existencia de objetivos comunes que faciliten el plan de acción y con sincronización para la atención de modo tal que la misma se realice en el lugar y momento adecuado (16). Teniendo en cuenta que el grado de diferenciación de tareas en la institución en la que se desarrolla este trabajo es alto, el volumen de interdependencias grande y los tipos de las mismas complejos, sería esperable que el grado de incertidumbre (diferencia entre cantidad de información necesaria y la disponible para realizar una tarea) sea elevado. El proceso de coordinación que se evaluará será el de retroalimentación y los instrumentos utilizados pertenecen a mecanismos de adaptación mutua.⁷ Las dos subvariables serán: existencia de mecanismos para transferir información y accesibilidad a la información.

La variable coordinación se evaluará desde la perspectiva de los trabajadores de sala, aceptando desde ahora las limitaciones en el análisis que implica dicha decisión.

- Existencia de mecanismos de transferencia de información: A partir de la descripción de los mecanismos que en cada sala existan (o no) para transferir información (desde las salas a los servicios y para recibirla desde los servicios a las salas) se analizará la subvariable.
- Accesibilidad: En el caso de contar con historias clínicas o registros integrados, se evaluará si se hace uso de los mismos y si resulta entendible el contenido (letra, lenguaje específico). También se tendrá en cuenta en cada sala la posibilidad de aclarar dudas

⁷ Los mecanismos de normalización (de procesos, de habilidades y de resultados) para el proceso de programación y los mecanismos de adaptación mutua y supervisión directa para el proceso de retroalimentación se basan la teoría organizacional, más específicamente en los marcos teóricos de Mintzberg et al y Galbraith et al.

desde la percepción de las/os enfermeras/as, en relación a indicaciones de los diferentes servicios.

Cuadro 5. Coordinación asistencial. Definición operacional.

Subvariable	Indicadores	Valor de subvariable	Fuente de datos	Parámetros
Existencia de mecanismos de transferencia de información	Comunicación informal por vía telefónica	Existencia de mecanismos / No existen mecanismos	Encuestas a enfermeras/os	Elementos de Teoría Organizacional (16)
	Comunicación informal por vía mail			
	Participación en ateneos			
	Existencia de dispositivos de enlace			
	Existencia de instrumentos de información integrada			
Accesibilidad de la información	Acceso a instrumentos de información integrada	Información Accesible /		
	Posibilidad de aclarar dudas	Accesibilidad deficiente		

Fuente. Elaboración propia

5.1.3.5. Recurso humano capacitado para realizar RCP (Reanimación Cardiopulmonar) en las salas:

El mayor riesgo de sufrir muerte súbita en pacientes con enfermedades psiquiátricas y el hecho de que la broncoaspiración es una de las principales causas de muerte en los pacientes internados en el hospital A. Korn, determinan la importancia de contar con condiciones que permitan el reconocimiento inmediato de un paro cardiorespiratorio o de una obstrucción de la vía aérea, con la consecuente activación del sistema de emergencias, la realización de RCP con énfasis en las compresiones cardíaca o la realización de maniobra de Heimlich, y el sostenimiento del paciente hasta que se pueda trasladar a guardia y recibir RCP avanzada (36).

Cuadro 6. Recurso humano capacitado para realizar RCP. Definición operacional.

Subvariable	Indicadores	Valor de subvariable	Recolección de datos
Posibilidad de recibir resucitación cardiopulmonar en las salas	Conocimiento de las maniobras de RCP en enfermeras/os	Sí-No	Encuesta a enfermeras/os
	Conocimiento de maniobras de desobstrucción de la vía aérea		
	pacientes sobre maniobras de desobstrucción		

Fuente. Elaboración propia

Los tres indicadores (Categorías posibles Sí-No) están orientados a evaluar la posibilidad teórica de acceso a la reanimación precoz en las salas, antes de la llegada de la ambulancia.

Se considerará que se cuenta con dicha posibilidad si los dos primeros indicadores son positivos en todos los casos.

5.1.4. Recolección y análisis de datos

Para la variable alimentación se elaboraron grillas para la recolección de datos que pueden observarse en el Apéndice A. Si bien los registros de las dietas de cada sala se tomarán en el período de tiempo de una semana, se dividirá a las salas en tres grupos (dos de 5 salas y uno de 4 salas) para tener registros de al menos 3 semanas diferentes.

Para las variables higiene y exposición a patógenos se recolectarán datos mediante la observación (Apéndice B) y mediante encuesta a enfermeras/os y pacientes (Apéndices C y D).

Para las variables coordinación asistencial y recurso humano capacitado para realizar RCP los datos se recolectarán mediante encuestas realizadas a enfermeras/os (Apéndice C).

Para todas las variables se generarán vistas en EPI Info 2000, en las que se grabarán los datos. Dichas bases de datos serán las utilizadas para el análisis que se realizará utilizando el programa nombrado.

5.2. Procesos de atención de problemas de salud

5.2.1. Universo

Pacientes del sector de Rehabilitación (internación de “crónicos” y “subagudos”) del Hospital Alejandro Korn fallecidos durante el año 2012.

5.2.2. Unidades de análisis

Casos de pacientes del sector de Rehabilitación (internación de “crónicos” y “subagudos”) del Hospital Alejandro Korn fallecidos en el año 2012 por las siguientes causas de muerte, según lo explicitado en los certificados de defunción: sepsis, neumonía, insuficiencia cardíaca y broncoaspiración.

El hecho de que el 65% de las muertes ocurridas en dicho sector durante los años 2007-2011 se debieron a las cinco causas nombradas, fue lo que determinó el criterio de selección para las unidades de análisis. Pero es preciso aclarar que la suma de las muertes por sepsis, neumonía, insuficiencia cardíaca, cáncer y broncoaspiración, según lo registrado en certificados de defunción, explican para el año 2012 el 57% de los óbitos ocurridos (60 en total).

Las unidades de análisis para evaluar procesos serán 33⁸, discriminadas de la siguiente manera:

Neumonía (1ra causa de muerte en el año 2012)	14 casos
Sepsis (2da causa de muerte en el año 2012)	11 casos
Broncoaspiración (3ra causa de muerte en el año 2012)	5 casos
Insuficiencia cardíaca (5ta causa de muerte en el año 2012)	3 casos

5.2.3. Condiciones Trazadoras. Variables

Para las cuatro condiciones trazadoras se plantean tres variables, con el fin de hacer posible el análisis integrado de los procesos evaluados.

Las tres variables son:

- Condiciones previas asociadas a la enfermedad trazadora
- Trayectoria. (Desde el comienzo de su última enfermedad hasta la muerte)
- Intervenciones posteriores a la muerte

Para cada trazador se presentarán matrices evaluativas mostrando las subvariables

5.2.3.1. Neumonía:

La OMS estima que la causa de muerte más común en todo el mundo es la infección del tracto respiratorio inferior (es la tercera causa de mortalidad más común), con casi 3,5 millones de muertes por año.

En Argentina es la 6ta causa de mortalidad general y la 5ta causa en mayores de 60 años.

El diagnóstico de NAC (Neumonía Aguda de la Comunidad) no es difícil en los pacientes sin una enfermedad cardiopulmonar subyacente. La triada que pone en evidencia esa infección (fiebre, escalofríos y leucocitosis), la presencia de signos o síntomas respiratorios (tos, mayor producción de esputo, disnea, dolor torácico o semiología pulmonar anormal) y un infiltrado nuevo o la modificación de los infiltrados ya existentes en la radiografía, comúnmente permiten el diagnóstico preciso de la NAC.

⁸ Si bien las muertes por cáncer fueron la 4ta causa de óbitos entre los años 2007-2011, debido a sus características particulares y a que durante el año 2012 solo una muerte ocurrió por a esta enfermedad, se decidió excluirla como condición trazadora en este trabajo.

Cuadro 7. Neumonía. Matriz Operacional.

Trazador Neumonía		
Intervenciones previas	Trayectoria	Intervenciones posteriores
Vacunación antineumocócica aplicada en los últimos 8 años	Puerta de entrada a la internación en el sector clínico quirúrgico	Autopsia
Antecedentes de enfermedad respiratoria crónica	Motivo de internación	Registros posmortem
Enfermedades previas que podrían alterar la presentación habitual de neumonía	Días de Internación	Firma de certificado de defunción
Consultas la semana previa a la internación	Momento de la internación en el que se diagnostica neumonía	
	Criterios diagnósticos de Neumonía	
	Criterios de gravedad	
	Pautas de tratamiento	
	Intercurrencias	

Fuente. Elaboración propia

Subvariables:

- Realización de vacunación antineumocócica: Se registrará si hay constancia o no de aplicación de vacuna antineumocócica.
- Antecedentes de enfermedad respiratoria crónica: se considerarán como tales EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica), Asma, secuelas de TBC (Tuberculosis) y cirugías pulmonares. Se registrará si se encontraban en seguimiento por dichas entidades.
- Seguimiento de enfermedades previas: Diabetes, obesidad, oncológicas. Se registrará si se encontraban o no en seguimiento.
- Consulta en la semana previa: Se registrará el motivo de la consulta y si presentaba síntomas o signos compatibles con infección respiratoria (según lo expuesto en la definición del trazador).
- Lugar de entrada a la internación: Emergencias o CMM. Derivado por CAPeR o por Sala.
- Motivo de internación: se registrará por qué ingresó al sector de internación clínico quirúrgica.
- Días de internación: desde la internación hasta la muerte o hasta el alta en los dos casos de fallecimiento en sala.
- Momento de diagnóstico: Se registrará en qué día de la internación se realizó el diagnóstico.
- Criterios diagnósticos: se tendrán en cuenta los síntomas respiratorios, hallazgos compatibles en el examen físico y RX tórax con infiltrado.

- Criterios de gravedad: se evaluará si se realizó el score CRB-65 (que es el que se utiliza en el servicio de clínica del hospital) y se actuó en consecuencia (37).
- Pautas de tratamiento: se evaluarán los tratamientos de acuerdo a pautas de Comité Intersociedades (38).
- Intercurrencias: se registrará cuáles fueron y si se resolvieron.
- Autopsia: se registrará si se solicitó o no, si se realizó o no. Resultado de la autopsia.
- Registro postmortem: se refiere a la existencia de registros en la historia clínica luego de producida la muerte.
- Firma de certificado: se registrará si el médico que firma el certificado intervino en el proceso de atención de la última enfermedad.

5.2.3.2. Sepsis:

Se define a la sepsis como la respuesta inflamatoria sistémica frente a la infección. La enfermedad y sus secuelas se manifiestan como estadios progresivos de un mismo proceso en la cual la respuesta sistémica a la infección, puede generar una reacción inflamatoria generalizada en órganos distantes a la lesión inicial y eventualmente inducir disfunción multiorgánica.

Se puede definir a la sepsis como SIRS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) con infección comprobada (39).

Cuadro 8. Sepsis. Matriz operacional

Intervenciones previas	Trazador Sepsis	
	Trayectoria	Intervenciones posteriores
mes	Motivo de internación	Registro posmortem
Condición premórbida (seguimiento)	Días de Internación	Firma de certificado de defunción
	Localización infección primaria	
	Criterios de diagnóstico de sepsis	
	Tratamiento acorde a pautas	
	Intercurrencias	

Fuente. Elaboración propia

Subvariables:

- Motivos de consulta médica en el último mes: se registrarán dichas consultas y se buscará relación con la sepsis.

- Condición premórbida: se registrarán aquellas enfermedades como diabetes, enfermedades autoinmunes, oncológicas, y otras entidades clínicas que podrían relacionarse con la evolución tórpida de una infección y se registrará si se encontraba o no en seguimiento por las mismas.
- Motivo de internación: se registrará por qué ingresó al sector y se evaluará si dicho motivo tuvo relación directa con la sepsis.
- Días de internación: desde su ingreso hasta su muerte
- Criterios diagnósticos: Se registrará si presentaba criterios diagnósticos de sepsis (40).
- Pautas de tratamiento: Se seguirán las pautas de la SATI. Solo se tendrán en cuenta las intervenciones médicas.
- Intercurrencias: se registrarán cuáles fueron y si se resolvieron.
- Registro postmortem: se buscarán registros postmortem en historia clínica.
- Firma de certificados de defunción: se registrará si el médico que firma el certificado intervino en el proceso de atención de la última enfermedad o no.

5.2.3.3. Broncoaspiración

Nos referimos a las asfixias causadas por obstrucción de la vía aérea por contenido alimenticio.

Cuadro 9. Broncoaspiración. Matriz operacional

Trazador Broncoaspiración		
Intervenciones previas	Trayectoria	Intervenciones posteriores
Consultas previas por trastornos deglutorios	Acciones registradas durante la última enfermedad	Autopsia
Consultas odontológicas en el último año Última modificación de dosis de sedantes		Firma de certificado de defunción
Fuente. Elaboración propia		

Subvariables:

- Trastornos deglutorios: Se registrarán si hubo consultas por trastornos deglutorios y en el caso positivo las acciones consecuentes (derivación a otorrinolaringología, realización de métodos complementarios).
- Consultas odontológicas en el último año: se registrará si las hubo, si el odontograma muestra ausencia de piezas dentarias o no, si se gestionó realización de prótesis.

- Última modificación de dosis de sedantes: se registrará si se le administraba o no psicofármacos, y la última actualización de las dosis por parte de psiquiatra de sala.
- Acciones registradas: Llamada a ambulancia, maniobras de desobstrucción de vía aérea, RCP (36).
- Autopsia: Se registrará si en todos los casos se siguió el protocolo del servicio de patología, y si se informan otras conclusiones.
- Firma de certificado de defunción: se registrará si el médico que firma el certificado de defunción intervino en la última enfermedad.

5.2.3.4. Insuficiencia cardíaca:

La IC es un síndrome en el que los pacientes presentan las siguientes características: síntomas de IC, típicamente falta de aire o fatiga tanto en reposo como durante el ejercicio; signos de retención de líquidos, como congestión pulmonar o edema de tobillos, y evidencia objetiva de una alteración cardíaca estructural o funcional en reposo (41).

Cuadro 10. Insuficiencia cardíaca. Matriz operacional.

Trazador Insuficiencia Cardíaca		
Intervenciones previas	Trayectoria	Intervenciones posteriores
Diagnóstico previo de IC	Tiempo entre el comienzo de los síntomas y la muerte	Autopsia
Causa conocida de IC	Intervenciones entre el comienzo de los síntomas y la muerte	Registro posmortem
Monitoreo cardíaco periódico en relación a la toma de psicofármacos		Firma de certificado de defunción
Realización de último ECG		
Realización de último Ecocardiograma		
Tratamiento de IC		
Consultas médicas en el último mes		
Fuente. Elaboración propia		

Subvariables:

- Diagnóstico previo: se registrará si tenía o no diagnóstico de IC y el tiempo transcurrido hasta la fecha del óbito.
- Causa conocida: en quienes tengan diagnóstico previo se registrará la causa (si se conoce).
- Monitoreo cardíaco en relación a psicofármaco: se registrará si en algún momento de su vida en el hospital estuvo en protocolo para detección temprana de miocardiopatía.

- Realización de último ECG: se considerará adecuado si tiene uno realizado en el último año.
- Realización de Ecocardiograma: se considerará adecuado si tiene uno realizado en los últimos dos años, si tiene diagnóstico previo de IC o si usa antipsicóticos.
- Tratamiento de IC: Se registrará si las pautas terapéuticas se corresponden con la guía nombrada en la definición del trazador, en el caso de que haya diagnóstico previo de IC.
- Consultas médicas en el último mes: se registrará todas y se analizará si presentó signos de descompensación o patologías que pudieran relacionarse con la última enfermedad.
- Tiempo entre el comienzo de los síntomas y la muerte: marca el tiempo de la trayectoria.
- Intervenciones durante la trayectoria: Llamado a la ambulancia, administración de oxígeno, administración de diuréticos, maniobras de RCP, colocación de vía venosa.
- Autopsia: se registrará si se solicitó y si se realizó. En este último caso se evaluará procedimiento y resultado.
- Registro postmortem: se refiere a la existencia de registros en la historia clínica luego de la muerte.
- Firma de certificado de defunción: se registrará si el médico que firma el certificado de defunción intervino en la última enfermedad.

5.2.4. Recolección y análisis de datos

La recolección de datos se realizará a partir de la información que conste en las historias clínicas. Los datos se volcarán en planillas elaboradas para tal fin.

Para cada enfermedad trazadora se generarán vistas en Epi Info 2000, para grabar los datos y analizar la información.

Para intentar articular los dos grupos de resultados (evaluación de propiedades estructurales y evaluación de procesos) se recurrirá al modelo de relación de abordajes, niveles y atributos para cada trazador. Si bien los resultados sobre las propiedades estructurales surgirán de datos recolectados en las salas en la actualidad y los resultados sobre procesos de atención serán consecuencia de los datos registrados en historias clínicas de personas fallecidas en el año 2012, asumimos que los lugares en los que vivían dichas personas no han variado de manera significativa en los últimos dos años.

5.3. Aspectos Éticos

En relación a los aspectos éticos, teniendo en cuenta que el Hospital Alejandro Korn no cuenta actualmente con un comité de ética, el trabajo fue presentado en el Servicio de Docencia e Investigación de dicho hospital para que desde allí se gestionara el envío a comité de otro hospital de la zona (habitualmente se solicita la evaluación en los Hospitales Rossi y San Roque). Desde el servicio nombrado no se consideró necesario que el proyecto fuera visado por un comité de ética y nos brindó la autorización para el desarrollo del mismo. (Anexo 1)

6. RESULTADOS Y DISCUSION

Este apartado se dividirá en tres partes. En la primera se presentarán los resultados de la evaluación de las cinco variables de estructura elegidas. En la segunda, el análisis de las tres variables de procesos, teniendo en cuenta los resultados obtenidos para cada enfermedad trazadora. En la tercera parte se volverá al cuadro 1 (Relación entre abordajes, niveles y características) y se utilizarán los trazadores como ordenadores para presentar un análisis relacional entre las variables estructurales y las características de procesos.

6.1. Propiedades Estructurales

6.1.1. Alimentación

En primer lugar se mostrará un cuadro con la síntesis de los resultados de la variable y luego se realizará el análisis de los resultados para cada subvariable.

Cuadro 11. Variable Alimentación. Síntesis de Resultados. Hospital A. Korn. 2015

ALIMENTACION	Parcialmente Variada
	Sin adecuación para HTA y DBT
	Diferencia entre menús teóricos y la comida que llega a las salas
	No hay diferencia entre dietas hipocalóricas, hiposódicas, hipohidrocarbonadas e hipograsas
	No hay variación en las dietas blandas
	La comensalidad y los gustos individuales no son variables tenidas en cuenta al pensar modos de alimentación

Fuente: Elaboración Propia

Para la evaluación de esta variable el primer paso fue conseguir el listado de menús con los que cuenta el hospital. Estos fueron solicitados a la nutricionista jefe del sector cocina. En dicho sector trabajan tres nutricionistas y empleados encargados de la producción de alimentos elaborados, cubriendo dos turnos (mañana y tarde), teniendo en cuenta que la cena se sirve alrededor de las 19 hs.

Existen 2 (dos) Mosaicos de Menús en el Htal. Alejandro Korn, uno “variación verano” y otro “variación invierno”. (Anexos 2 y 3). Cuentan con 10 columnas de menús y 9 filas con los diferentes tipos de dietas y momentos del día.

Además nombran la existencia (fuera de los mosaicos) de otras dietas posibles (blandas y astringentes).

También presentan cuadros de Desayuno y Meriendas (en todos los casos se trata de la misma presentación: te, leche y pan con mermelada), como así también el cuadro de Refuerzo de media mañana (se les da a todos los pacientes internados).

Si bien no estaba previsto concretar entrevistas con la nutricionista, al encontrar diferencias entre los menús teóricos y lo que llegaba a las salas, se decidió indagar. Así, se nos informó que el cumplimiento de lo propuesto en los mosaicos depende de la disponibilidad de ingredientes y alimentos que se tenga en cada momento. Se deben adaptar esos menús a dicha disponibilidad. Ejemplo: hay semanas en las que no se cuenta con carne o con verdura o con determinadas frutas.

Algunas observaciones a partir del análisis de los mosaicos son:

- Está prevista la provisión de sopa (Juliana, arroz, avena, fideos, verduras) en todas las propuestas, tanto en verano como en invierno. Ninguno de los días con menús reales analizados da cuenta de la dación de sopa (ni en almuerzo ni en cena, ni en verano ni con los menús de invierno). Durante la última semana de junio se llamó a todas las salas de forma telefónica en horario de almuerzo y se preguntó si había llegado sopa; en el 100% de los casos la respuesta fue negativa. En este punto no se está teniendo en cuenta el peso que la sopa tiene sobre los aportes nutricionales en estos menús, sino que es un ejemplo de las notorias diferencias entre lo que está escrito y lo que pasa en el cotidiano.
- Las dietas hipohidrocarbonadas/ hipocalóricas y las dietas hipograsas/ hiposódicas son las mismas. Es decir que pacientes hipertensos, diabéticos, dislipémicos y/ u obesos reciben las mismas dietas. En algunos casos estas dietas son iguales a las generales pero con la palabra diet (se observa en el caso de los ravioles a la bolognesa/ ravioles a la bolognesa diet y en el caso de guiso de lenteja/ guiso de lenteja diet); la diferencia es la colocación o no de sal.
- El contenido de las dietas blandas establecidas en el menú es muy diferente a lo que llega en realidad a las salas. Las personas que tienen indicada dieta blanda (en algunos casos se registra como picada, muy utilizada en algunos pacientes de edad avanzada y desdentados) comen siempre lo mismo (puré, huevo y carne picada) en el almuerzo y la cena, durante todos los días de la semana, al menos en las tres semanas analizadas.

Si bien la propuesta metodológica incluía en un principio el análisis de los listados de menús semanales de las 14 salas, teniendo en cuenta que en todas ellas hay una herramienta

de registro específico para el control de las dietas que llegan a las mismas, un primer obstáculo fue que en todos los casos dichos registros no estaban completos. O faltaban días o faltaban turnos del día, pero el 100% de los registros se presentaban incompletos.

Por ello se debió solicitar que se optimizaran los registros durante una semana, garantizando que se volcara en el cuaderno correspondiente las dietas que llegaban en todos los turnos.

Es importante mencionar que si bien es obligatorio el registro por sala de los alimentos que llegan desde la cocina, la forma de registro es heterogénea, variando de sala en sala y en los diferentes turnos de una misma sala. Esta situación complejizó el trabajo de campo para obtener datos que a priori habían sido ubicados como de fácil acceso.

Así se decidió tener en cuenta los siguientes registros:

- Salas Bejarano y Solanet en febrero
- Sala Lasegue y B en Marzo
- Salas D y Melendez B en abril
- Salas Recuperación clínica y F en junio (con el fin de tener en cuenta el mosaico de invierno).

6.1.1.1. Variedad de Alimentos

Según lo que proponen los mosaicos teóricos confeccionados por las nutricionistas del hospital, en la mayoría de los casos se cumplen los criterios de variedad de alimentos, con una adecuada propuesta de consumo de carne, verdura, frutas, pan, huevos y lácteos.

Pero como ya se mencionó, hay diferencias entre lo que se propone en los mosaicos y lo que llega a las salas.

Las categorías utilizadas para cada indicador fueron: SI/ NO/ Es Posible

De los registros tomados de los cuadernos de dietas de las salas (dietas generales), se desprende:

- El consumo de carne aparece como adecuado la mayoría de los días de la semana. Hay días en los que es posible que sea adecuado, pero no se puede asegurar porque la carne se prepara en el contexto de otras comidas (salsas, por ejemplo) y no conocemos la cantidad exacta que se consume en realidad.
- La mayoría de los días de la semana hay un consumo adecuado de frutas y verduras o es posible que lo haya. De todas maneras el porcentaje de días en los que no se cumple con el consumo adecuado es alto (42%).

- Con respecto al consumo de lácteos es posible que sea adecuado, y no se puede asegurar porque la leche que se consume es en polvo y las diluciones varían según el día y el turno.
- El consumo de huevos semanal es posible que sea adecuado, siempre en preparaciones.
- El consumo de pan es posible que sea adecuado.

Teniendo en cuenta los 5 indicadores utilizados se puede decir que se cumple parcialmente con los criterios de una dieta variada.

Tabla 1: Consumo de alimentos diario por semana según dupla de salas. Hospital A. Korn. 2015

Consumo adecuado	D y Melendez	Bejarano y Solanet	Lasegue y B	SCR y F
Carne	3 posible/ 2 No/1 Si	1 posible/5 Si	2 posible/ 1 No/ 4 Si	4 posible/ 2No/1Si
Frutas y Verduras	3 posible/ 3 No	2 posible/ 2 No/ 2 Si	1 posible/ 3 No/ 3 Si	2 posible/3 No/2 Si
Lácteos	6 posible	5 posible/ 1 Si	4 posible/ 3 Si	4 posible/ 3 Si
Huevos (semanal)	Si	Si	No	Posible
Pan	Si	Si	Si	Si

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Consumo de alimentos, valores porcentuales. Hospital A. Korn. 2015

Consumo adecuado de:	Posiblemente Adecuado	Adecuado	Inadecuado
Carne	38,50%	42,30%	19,20%
Frutas y Verduras	30,80%	26,90%	42,30%
Lácteos	73,10%	26,90%	
Huevos (semanal)	25,00%	50,00%	25,00%
Pan		100,00%	

Fuente: Elaboración propia

Comentarios:

- Las Guías Alimentarias para la Población Argentina que fueron utilizadas como parámetro de comparación en este trabajo son las que oficialmente están vigentes. En el año 2015 se publicaron nuevas recomendaciones desde el Ministerio de Salud de Nación, pero aún no se oficializaron las nuevas Guías Alimentarias. Si se hubieran

tenido en cuenta las últimas recomendaciones no sería adecuado ni el consumo de lácteos (recomienda 3 porciones diarias y no 2), ni el de frutas y verduras (recomienda 5 porciones diarias y no 3), ni el consumo de carne (recomienda que dos de los días a la semana se consuma pescado).

- En las grillas se volcaron los datos de las dietas generales, no de las especiales ni de las blandas. Esto es fundamental porque aquellos pacientes que se encuentran con dietas blandas (13%) consumen la mayoría de los días puré, huevo y carne picada, tanto en almuerzo como también en la cena.
- Es necesario mencionar que está prohibido el uso de cuchillo y tenedor en los comedores de la mayoría de las salas, por lo que el consumo de carne se vuelve complejo al poder utilizar solo cucharas.
- El indicador consumo de frutas y verduras, en la mayoría de los casos que se tomó como SI fue a expensas del consumo de 2 frutas más una porción de verduras.
- El consumo de pan para algunos pacientes es mayor al recomendado, pero como se tuvo en cuenta lo que llega para cada uno y no lo que cada uno consume, se debió tomar como adecuado a los fines evaluativos.

6.1.1.2. Adecuación de las dietas para HTA (Hipertensión Arterial) y DBT (Diabetes Mellitus)

Para la evaluación de esta subvariable se había propuesto tener en cuenta el índice glucémico de los alimentos utilizados y la cantidad aproximada de sodio en las preparaciones, para compararlas con las recomendadas por las guías de HTA y DBT. Al no conocer las porciones (los datos se extrajeron de los cuadernos de dietas de cada sala en los que no constan cantidades), ni tener acceso a los modos reales de preparación, ni a los productos que se compran para la producción, no fue viable conservar los indicadores originales, eligiendo en cambio:

Para HTA, “consumo de cloruro de sodio industrial” (SI-NO) y utilización de condimentos que reemplacen a la sal en las preparaciones (SI-NO). Para la DBT, “disminución de hidratos de carbono en relación a la dieta general” (SI-NO), “consumo diario de panificados (alfajores, frolitas, galletitas)” (SI-NO) y “consumo de pan” (SI-NO). Para obtener estos datos, en el caso de la DBT se identificó a los diabéticos de cada sala y se construyó con todos un día alimentario, y en el caso de HTA se observó la comida que llegó a las salas durante una semana (primera semana de mayo).

Como ya se mencionó al hablar de los menús teóricos, se comprobó con los registros de las salas y con la observación que las dietas para HTA y DBT son las mismas. Las diferencias con las dietas generales son la ausencia de sal y en algunos casos hay diferencia en los postres (duraznos al natural Light en vez de duraznos al natural, o frutas en lugar de budín de pan).

De las 6 salas observadas para evaluar el consumo de sal en hipertensos, en 3 se corroboró el agregado de sal por parte de algunos de ellos, haciendo referencia a la falta de gusto de la comida.

La ausencia de sal no es reemplazada por la utilización de otros condimentos.

El desayuno es el mismo, independientemente de los problemas de salud, es decir que la leche es igual para todos, el pan se utiliza en todos los casos y la mermelada también.

Con respecto a los refuerzos, si bien llegan frutas y panificados (galletitas, alfajores, frolitas), los pacientes con HTA y DBT consumen estos últimos al igual que el resto.

Las proporciones de hidratos de carbono en las dietas especiales (DBT e HTA) son similares a las observadas en las dietas generales, con algunas diferencias los días que se cambia el postre.

Se realizó el día alimentario de los 30 pacientes diabéticos bajo seguimiento; se corroboró que 26 habían realizado el almuerzo del día anterior en sus salas y todos habían cenado en las mismas, la mayoría había consumido pan y la mitad refirió consumo de otros panificados.

Tabla 3: Indicadores Adecuación dieta para diabéticos. Hospital A. Korn. 2015

Consumo de:	SI	NO
Panificados (no pan)	50,00%	50,00%
Pan	76,70%	23,40%
Almorzó en la sala	86,60%	13,40%

Fuente: Elaboración propia

Si se tiene en cuenta que no hay diferencia en los mosaicos teóricos entre las dietas para diabéticos, hipertensos, obesos y dislipémicos; que la disminución del consumo de sodio se basa exclusivamente en la ausencia de sal en las comidas y no se utilizan otros condimentos para reemplazarla; que no se diferencia los alimentos que se consumen en el desayuno, merienda y refuerzo; se puede concluir en que no existe una adecuación de las dietas a dos de los problemas de salud más prevalentes, como son la HTA y la DBT.

6.1.1.3. Agua Potable

Existe una normativa para la evaluación periódica del estado del agua que se consume, pero no pudimos tener acceso a una copia de la misma. La extracción de las muestras la realiza personal externo al hospital, junto a una comisión interna formada para tal fin, en algunas salas del sector en estudio, pero según la documentación a la que tuvimos acceso no es posible conocer de qué salas se trata y de cuáles no se extraen muestras.

Según las constancias en la Comisión Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público del Hospital A. Korn, el último análisis fisicoquímico y bacteriológico realizado en el sector en evaluación por el Instituto Biológico de La Plata es del mes de febrero del año 2015, y se observa que se cumplen con los criterios de potabilidad (no pudimos tener acceso a la documentación). El último documento de análisis del agua con el que contamos es de mayo de 2015, pero pertenece al Pabellón V y no a las salas.

Al 100% de los encargados de enfermería de las salas no le consta que se realice limpieza periódica de los tanques de agua.

Desde el área de mantenimiento no se pudo dar cuenta de un plan de limpieza de tanques ni de la sistematización de la misma.

Teniendo en cuenta que las muestras no se toman en todas las salas y que no se realizan limpiezas periódicas de los tanques de cada una de ellas, la evaluación es que según la documentación el agua sería potable, pero no es posible aseverar que los criterios de potabilidad se den en el 100% de las salas crónicas y subagudos.

6.1.1.4. Otras características

Las características relacionadas con la alimentación que decidimos tener en cuenta para describir, pero que por dificultades en la operacionalización no fueron evaluadas, son:

- Compra, conservación, seguridad e higiene de los alimentos: Hubo épocas en las que estos procesos estaban tercerizados, otras en las que estaban en manos de empresas privadas pero con control de personal del hospital (Estado Provincial). Desde el año 2013 estos procesos se estatizaron y la responsabilidad la tienen diferentes actores pertenecientes a distintos niveles de Ministerio de Salud Provincial. Las compras se solicitan desde el hospital, pero la concreción de las mismas se realiza de forma centralizada. Es el Ministerio de Salud de la Provincia el encargado de enviar a sus proveedores con los alimentos solicitados. Según lo referido por nutricionista del hospital, en reiteradas ocasiones lo que llega no es lo solicitado, o los productos no

presentan condiciones adecuadas, por lo que deben ser rechazados. Lo anterior podría condicionar el cumplimiento de los mosaicos propuestos.

Se cuenta con espacios adecuados para la conservación de frutas y verduras, como así también de carne roja y pollo.

Se cuenta con personal que, según refiere nutricionista, son capacitados para garantizar la seguridad de los alimentos producidos.

Existen dificultades en el traslado de los alimentos, teniendo en cuenta que las distancias desde el lugar de producción a los sitios de consumos son variables (desde 50 a más de 500 metros) y que la distribución y dación no han tenido procesos de control sistematizados. La nutricionista responsable aclara que puede dar cuenta de cómo sale la comida, pero no de cómo llega, aunque los responsables del traslado y dación pertenecen al mismo sector.

Otra limitación que supone el hecho de las distancias y la distribución de las salas en el hospital es el de la elección del tipo de preparación, también según lo referido por la nutricionista.

- Incorporación de los gustos en la elección: Los gustos personales de quienes consumen los alimentos preparados en el hospital no son un criterio que se tenga en cuenta para la preparación de los mismos en alguna de las salas elegidas para este trabajo. En los últimos años han aumentado ostensiblemente el número de personas internadas que reciben pensión y tienen acompañantes terapéuticos; en estos casos han podido salir algunos días de la semana a almorzar fuera de la sala, comprando alimentos que pueden elegir.
- Comensalidad: Las personas internadas en las salas deben compartir el espacio destinado a la comida cada día y en más de un momento. En la mayoría de los casos se respeta el lugar que se ocupa y las personas cercanas suelen ser las mismas. En muchas personas es un momento en el que solo se come, sin lugar para conversaciones u otros tipos de intercambio. Hay personas que comen sin dificultades y otras que no pueden evitar que los alimentos caigan en la mesa, en el piso, sobre ellas mismas. Suele haber peleas por diferentes motivos. Hay personas internadas que ayudan a comer a otras que no pueden hacerlo por sí mismas. No se trabajan de manera sostenida y adecuada las pautas de higiene y de respeto a los demás, por ello se pueden observar conductas naturalizadas que nadie soportaría fuera de lugares como este. El momento de la alimentación se percibe como una tarea más de las que la norma

institucional marca, con horarios y pasos que se repiten a los largo de los días, de los meses y de los año.

6.1.2. Higiene

Para la recolección de datos se realizó observación en las salas, en diferentes momentos del día y en días de la semana variados (de forma sistematizada durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 2015). También se realizaron encuestas a 30 enfermeras/os del turno mañana, a 12 enfermeras/os del turno tarde y a 42 pacientes.

Se confeccionaron grillas por sala, en las que se ingresaron los datos de cada encuestado y de la observación, para cada indicador; se realizó el análisis para cada sala y luego se volcaron los datos finales de las grillas primarias en una tabla síntesis que relaciona Sala con Subvariable.

Un hecho fundamental a tener en cuenta, cuyas consecuencias operaron en el trabajo de campo para esta tesis, es la existencia de denuncias penales por parte de organismos de DDHH (CELS y Comisión por la Memoria) por situación de vulneración de derechos de las personas internadas en el sector de psiquiatría del Hospital Alejandro Korn, presentadas durante el año 2014. Lo anterior generó la visibilización de condiciones de vida deplorables en las salas, la presencia sostenida de representantes de los diferentes juzgados en el hospital y una situación de tensión interna permanente. Esta última se presentó como un obstáculo que no había sido tenido en cuenta al plantear la propuesta metodológica. La realización de las encuestas a enfermeras/os requirió mayor tiempo del esperado porque hubo que explicar en varias ocasiones que no se trataba de un trabajo con fines punitivos ni de denuncias, sino evaluativos en contexto de investigación.

6.1.2.1. Riesgo de transmisión de enfermedades por roedores

En 10 de las 14 salas hay coincidencia entre enfermeros y pacientes en relación a la presencia actual de ratas o al menos en el último mes. Hay 2 salas en las que las respuestas fueron heterogéneas y 2 salas en las que se coincidió en la ausencia de roedores en el último mes (aclarando que ha habido presencia de los mismos en otros momentos, pero no en el actual).

No hay una planificación de desratización, desinfección y desinsectación periódicas en el sector de crónicos y subagudos. La desratización se realiza a demanda, cuando se objetiva presencia de ratas.

Por lo anterior, existe riesgo aumentado de transmisión de enfermedades por roedores, lo que cobra mayor importancia si se tiene en cuenta que se trata de una zona con mayor incidencia de Hanta Virus. La actividad de desratización es llevada a cabo por personal del hospital, del área de mantenimiento, y no se confeccionan certificados.

6.1.2.2. Desechos de residuos

Esta subvariable, al igual que limpieza de instalaciones, la periodicidad de los baños y el acceso al jabón, fueron elegidas teniendo en cuenta que desde la subsecretaría de planificación del Ministerio de Salud de Provincia, y más específicamente desde el área de calidad, se sostiene que tres variables que son fundamentales para disminuir la morbimortalidad intrahospitalaria por enfermedades infecciosas son la limpieza de las instalaciones (con especial atención en los baños), la higiene de los pacientes (posibilidad de baños diarios) y el lavado de manos de todos (incluidos, obviamente los trabajadores).

No encontramos normas escritas de limpieza en el hospital. Observamos que hay recipientes de basura en todos los comedores, en los baños, en la mayoría de los patios, en los espacios de estar de enfermería y en los consultorios médicos. No se observan recipientes en las habitaciones.

En cuanto a la recolección de residuos en las salas, el 69% (29) de las/os enfermeras/os respondieron que se realiza una vez por día, por la mañana. El resto no podían asegurarlo, pero suponían que la recolección era diaria (por la mañana).

En dos salas se hizo referencia a la acumulación de bolsas de residuos en los pasillos de un día para el otro, sin un espacio específico destinado para el depósito de bolsas.

6.1.2.3. Limpieza de instalaciones

Durante la realización de la encuesta fue necesaria la ampliación de la pregunta para la evaluación de la subvariable. Por ello, además de la presencia o no de responsables de limpieza por turno, también se indagó sobre las características de dicha limpieza.

Según los datos de las encuestas realizadas, hay responsables de limpieza en todas las salas en los horarios de mañana, que en general son identificados por enfermeras y por pacientes. La limpieza se realiza en los turnos mañana de manera completa (comedor, cocina, habitaciones, baños, exterior) y en general hay conformidad por parte de enfermería (81% de enfermeras/os encuestadas/os).

Las características de la segunda limpieza del día (alrededor de las 14 hs.) son variables. Hay 5 salas en las que se vuelven a limpiar los baños, además del comedor; en 2 salas es irregular la asistencia de personal de maestranza en horario de tarde y en las 7 salas restantes hay diferencias notorias en las opiniones de los seis encuestados.

La observación permite ampliar la descripción de la subvariable; el estado de limpieza de las salas es diferente en los distintos momentos del día, siendo factible encontrar pisos aceptablemente limpios por la mañana, o a primeras horas de la tarde (luego de la segunda limpieza después del almuerzo) y francamente sucios a primera hora de la mañana (antes de la primera limpieza), luego de los baños, inmediatamente después de las comidas o en hora de la tarde-noche.

6.1.2.4. Periodicidad de los baños

El 85% de pacientes encuestados respondieron que se bañan todos los días tanto en invierno como en verano. Del 15% restante, la totalidad respondió que se baña al menos dos veces a la semana. Por parte de enfermería, las encuestas fueron más heterogéneas, haciendo en al menos 10 de las 14 salas una primera diferenciación entre los "incontinentes" (refiriéndose a pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal), grupo que debe ser higienizado, en ocasiones, más de una vez por día. En 5 salas se nombra el sistema de cronogramas, en el que se exige el baño 3 veces por semana, en grupos. En todas las salas se aclara que hay pacientes que se bañan cuando quieren (pero se trata de un grupo reducido).

En ningún caso se hizo referencia a una frecuencia menor a "al menos dos veces por semana".

Con el fin de completar la descripción de la subvariable se realizó observación, haciéndose necesario mencionar características como la existencia de horarios para el baño en la mayoría de las salas, la administración de jabón y champú por parte de enfermería, la ausencia de cortinas en las duchas, la ayuda que algunos pacientes brindan a otros que no pueden bañarse solos, el uso de sábanas en reiteradas ocasiones como recurso para el secado, las filas en el pasillo para concretar la etapa de vestido.

6.1.2.5. Posibilidad de intimidad

Para evaluar la higiene personal entendimos que tener en cuenta esta subvariable y relacionarla con la anterior sería enriquecedor. Suponíamos que la cantidad de baños sería menor a lo referido tanto por pacientes como así también por enfermeros. También

suponíamos que la falta de puertas en los baños constituía un serio problema; pero observamos que en todas las salas todos o la mayoría de los baños cuentan con puertas. También pudimos observar que en la mayoría de las salas dichas puertas no se cierran en un alto número de casos, no son utilizadas la mayoría de las veces (téngase en cuenta que ni la presencia de quienes observábamos cambió está conducta en la mayoría de las personas que allí concurrían). A diferencia de los baños, la mayoría de las duchas en todas las salas no tienen puertas ni cortinas ni otras formas de resguardo de intimidad. Se pueden observar en todas las salas personas desnudas bañándose mientras pueden ser vistas por otras personas y saliendo a espacios comunes para secarse (en la mayoría de los casos con sábanas).

En ninguna de las 14 salas se cuenta con espacios de intimidad en los que las personas internadas puedan cambiarse sin ser vistas por las demás. Sin embargo, hay una sala de mujeres que tiene separaciones de material, con espacios para una o dos camas, con muebles para guardar pertenencias y posibilidad de iluminación individualizada (en una de sus dos alas) que permite trabajar con otra herramientas la noción de intimidad.

6.1.2.6. Acceso a condiciones de higiene adecuadas mínimas

El 83% de las/os enfermeras/os y el 17% de las/os pacientes respondieron, en una primera instancia, que hay jabón en los baños. En 1 sala se observó presencia de trocitos de jabón y en las 13 restantes no se objetivó presencia de jabón al momento de la observación.

Ante la notable diferencia entre lo observado y los datos de las encuestas, se decidió repreguntar e indagar sobre el tema, notándose que en todas las salas había jabón de tocador, pero en el depósito, administrado por enfermería; para ser usado los pacientes tienen que solicitarlo. Se lleva al baño en los horarios para ducha o si alguien lo solicita, pero no está disponible para el lavado de manos en el resto de los momentos del día.

En una sala hay coincidencia sobre la existencia de jabón en las 6 encuestas y la observación, y en una segunda hay coincidencia entre las 6 encuestas, por lo que se considera que la disponibilidad de jabón en los baños está en el 14% de las salas.

En cuanto a la existencia de agua caliente, en todos los casos las respuestas de los enfermeros fue positiva. Todos los pacientes respondieron que en la actualidad cuentan con agua caliente, pero aclarando que hay períodos en lo que ello no ocurre. En el momento de la observación en 12 salas había agua caliente, y en 2 salas se había realizado el reclamo porque ese día había problemas.

Por lo anterior, en la mayoría de las salas no hay actualmente acceso a condiciones adecuadas de higiene mínimas, pero no por falta de insumos sino por el tipo de prácticas.

Cuadro 12. Variable Higiene. Síntesis de Resultados. Hospital A. Korn. 2015

Riesgo de transmisión de enfermedades a través de roedores	En la mayoría de las salas hay referencia de presencia de ratas. No hay un plan de desratización periódica, se hace a demanda por personal de mantenimiento del hospital. El riesgo está aumentado.
Desecho de residuos	No se encontraron normativas. Hay recipientes para basura en comedores, cocinas, baños, patios y confort de enfermería, no en las habitaciones. La recolección de basura se hace una vez al día (por la mañana). No pudo establecerse si lo anterior es o no suficiente y adecuado por comparación con normas (que no hay). Sí aparece como opinión de trabajadores de salas y en forma de sentido común, la necesidad de una segunda recolección diaria
Limpieza de las instalaciones	Hay personal responsables de limpieza fijo por las mañanas en todas las salas, y hay conformidad de la limpieza por parte de enfermeras/os de dicho turno. La limpieza de la tarde es variable, según la sala, y muchos casos deficiente. El estado de higiene de los pisos y baños varía en relación a los momentos del día.
Periodicidad de los baños (duchadas)	La mayoría de los pacientes refieren que se bañan a diario. Los enfermeros diferencian el grupo de pacientes que deben ser higienizados más de una vez por día, aquellos a quienes se los envía a bañarse según cronograma y un reducido grupo que se baña cuando desean hacerlo. En ningún caso hay referencia a menos de dos baños por semana.
Posibilidad de intimidad	La mayoría de los baños cuentan actualmente con puertas, pero no todas cierran adecuadamente y son muchos los pacientes que no las cierran por haber perdido ese hábito. Las duchas no tienen cortinas. No existen espacios de intimidad para vestirse.
Acceso a condiciones adecuadas de higiene	Hay jabón en todas las salas, pero en la mayoría de los casos se guarda en el depósito y lo administra enfermería. No está disponible en los baños, no existe la posibilidad de lavado de manos al salir del baño si no se pidió previamente el jabón a enfermería. En la mayoría de las salas se cuenta actualmente con agua caliente en diferentes horarios del día.

Fuente: Elaboración propia

Comentarios:

- Desde la adhesión de la Pcia. de Buenos Aires a la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2013, las visitas al hospital del Órgano de Revisión de Nación para la

implementación de la Ley, las denuncias de organismos de Derechos Humanos (CELS y Comisión Provincial por la Memoria) por la sistemática vulneración de derechos de las personas internadas (año 2014), los conflictos internos que despertó la medida cautelar que implicaba la intervención del sector de salud mental del Htal. Alejandro Korn (año 2014, suspendida por la cámara de apelación), la consecuente mayor presencia de los juzgados en el establecimiento, y la mirada permanente de actores que desarrollan sus prácticas en el hospital (en su mayoría trabajadores informales), las condiciones higiénicas de las salas y de las personas internadas han mejorado.

- Algunos de los cambios en relación con la variable evaluada son: presencia de personal fijo de maestranza, limpieza diaria completa, más recipientes para desechar residuos, jabón en todas las salas, agua caliente sostenida en el tiempo, cambio de colchones, mejoras en la calefacción, pintura, colocación de ventanas, colocación de puertas en los baños. Es decir que los déficit que se evidencian a partir de la evaluación de la variable higiene, son los que existen a pesar de los cambios implementados.
- Actualmente hay agua caliente en la mayoría de las salas, pero también hay horarios para poder bañarse y falta absoluta de intimidad para hacerlo. Hay jabón en los depósitos pero no en los baños. Esto último se debe a diferentes nociones que responden a la lógica manicomial: la idea de peligro (pueden comerse el jabón y ahogarse, o tirarlo al suelo y resbalarse) y la idea de incapacidad (no entienden que tienen que usarlo, no saben cómo se usan, pueden tapar los inodoros, etc.).
- Si bien no aparece como claramente mensurable, la diferencia entre lo que refieren los pacientes en relación a la frecuencia de los baños (todos los días en su mayoría) no parece asociarse con el deficiente estado de higiene personal (naturalizado) en al menos un 30% de los que dieron la mencionada respuesta. Es posible que la respuesta haya estado influida por la idea de que es correcto bañarse a diario, trabajada en el último tiempo por acompañantes terapéuticos, personal de enfermería, talleristas.

6.1.3. Exposición a patógenos

6.1.3.1. Riesgo de Hepatitis A y Parasitosis Intestinal

El riesgo de adquirir estos dos problemas de salud es alto, sobre todo las parasitosis intestinales, ya que si bien hay condiciones en las salas que aumentan la probabilidad de

contagio de hepatitis A, al tratarse de personas adultas es probable que la mayoría ya hayan contraído la infección.

En 12 de las salas había al momento de la observación al menos un inodoro en malas condiciones higiénicas. El 24 % de los enfermeros y el 36 % de los pacientes respondieron que los inodoros están generalmente limpios. En el análisis por sala, teniendo en cuenta la observación y las 6 encuestas de cada una, salvo en 2 salas de mujeres en las que hay coincidencia en que los inodoros se encuentran generalmente limpios, en el resto los inodoros no se mantienen en buen estado higiénico

El 57% de las salas (8) tienen baños en el patio, utilizados por algunas de las personas internadas y con un mantenimiento y limpieza deficiente.

Con respecto a los jabones en los baños, como ya se explicó en el análisis de la variable higiene, se constató la ausencia de jabones en 12 de las 14 salas. También se corroboró que hay jabón en las salas, pero que no se colocan en los baños por diferentes motivos.

6.1.3.2. Riesgo de enfermedades transmitidas por animales

Para establecer la presencia de animales dentro de las salas se tuvo en cuenta solamente lo observado durante las visitas planificadas para tal fin.

En 3 salas se observó presencia de gatos en las habitaciones y en el comedor, en uno de ellos arriba de la mesa en la cual se apoya la comida. En dichas salas podría estar aumentado el riesgo de infección por toxoplasmosis.

En 4 salas se observaron perros, en una de estas arriba de camas, en otra dentro de las habitaciones, en las dos restantes en el pasillo y en la entrada. En ningún caso hay constancia de vacunación, no se realiza desparasitación y salvo en un caso (al cuidado de un paciente) el resto presenta deterioro del pelaje y mal estado higiénico.

En 3 salas se observaron palomas en los comedores, en los techos, volando y arriba de las mesas. Hay una sala en la que hay excremento de palomas sobre las mesas y el piso que si no es limpiado de manera continua aumenta el riesgo de histoplasmosis.

No se observaron chinches, probablemente en relación a la incorporación de colchones nuevos en la mayoría en las salas.

6.1.4. Coordinación Asistencial

Para la obtención de datos de las dos subvariables que componen la variable "coordinación asistencial" se utilizaron las encuestas a trabajadores de enfermería, por lo que volvemos a aclarar que conocemos las limitaciones de la decisión de realizar la evaluación desde el punto de vista de las personas que trabajan diariamente en las salas, sin tener en cuenta para este análisis puntos de vista de otros trabajadores. En los párrafos siguientes se mostrará que existen mecanismos de transferencia de información sobre problemas de salud de las personas internadas entre el personal de las salas (enfermeras/os) y de otros sectores (CAPeR, guardia y médicos interconsultores), como así también accesibilidad a la misma: la comunicación informal vía telefónica como mecanismo fundamental, dispositivos de enlace informal (notas en tapas de historias clínicas) y formal (hojas de interconsultas, disponibilidad de historias clínicas).

6.1.4.1. Existencia de mecanismos de transferencia de información

Los mecanismos indicadores tenidos en cuenta para esta subvariable fueron aquellos de transferencia de información informal (teléfono y mail), formal (ateneos), dispositivos de enlace (intermediarios, hoja de interconsultas) e instrumentos integrales (historia clínica).

El 100% de los encuestados de la mañana y el 60 % de la tarde, es decir 38 de 42 (90.5% en total) consideran al teléfono como instrumento muy útil para la transferencia de la información sobre un paciente. En 5 casos se considera un instrumento útil y en solo 1 caso poco útil.

Durante la mañana, la información al CAPeR se transfiere mediante la historia clínica (no escribiendo dentro de la misma, sino mediante un papel en la tapa), de manera telefónica y/o de manera presencial. De los encuestados de la tarde se aclaró que la comunicación con el CAPeR es menor (es un consultorio que funciona desde las 8 hs. hasta las 14hs), pero que en caso de requerirse se realiza de manera telefónica. Desde el CAPeR hacia las salas la transferencia de información se realiza en todos los casos mediante la HC y en ocasiones telefónicamente o de manera presencial.

La forma de intercambiar información con personal de guardia es telefónica y presencial, desde enfermería al conmutador para solicitar la atención y al médico de ambulancia cuando se presenta en la sala. El 70 % de los enfermeros de la mañana aclararon que no consiguen atención por guardia si el paciente no fue evaluado previamente por el CAPeR. Desde la guardia a la sala la información, según lo referido por encuestados, se realiza mediante historia clínica o ante el llamado desde la sala para obtener información.

La manera de transferir información a los médicos de consultorios externos (especialistas consultores) es presencial y por hoja de interconsulta (refieren que en la mayoría de los casos es un requerimiento para la atención). La manera de recibir información por parte de este grupo de médicos es presencial y mediante historia clínica.

El 90% refiere que no participa de ateneos sobre problemas de salud de personas que viven en las salas. El mail es referido como un instrumento utilizado para la transferencia de información solo en 2 casos de los 42.

El 100% considera que las historias clínicas sirven para obtener información sobre los pacientes internados en las salas.

6.1.4.2. Accesibilidad de la información

Si bien todos los encuestados consideran a las historias clínicas instrumentos que les permite obtener información sobre problemas de salud de los pacientes, el 88% (37) refirió que generalmente no entiende la letra de quiénes en ellas escriben. De este último grupo, el 86.6% (32) refirió que tiene posibilidades reales de aclarar las dudas sobre conductas a seguir, mediante llamado telefónico a quien realizó la indicación o presencialmente en los servicios.

Cuadro 13. Variable Coordinación asistencial. Síntesis de Resultados. Hospital A. Korn. 2015

Existen mecanismos de transferencia de información	Mediante la comunicación telefónica se transfiere información desde las salas a los servicios y desde los servicios a las salas. El teléfono es considerado un instrumento muy útil por enfermeros. Existen dispositivos de enlace como hojas de interconsultas o papeles para las tapas de historia clínicas. La historia clínica, como instrumento de información integral es considerada muy útil por la mayoría de los enfermeros. El modo presencial es la otra manera de transferencia utilizada.
Accesibilidad de Historia Clínicas	Las historias clínicas se encuentran accesibles para los enfermeros. La mayoría de las veces no entienden la letra de quiénes realizan evoluciones e indicaciones, pero refieren que tienen la posibilidad real de aclarar lo que no es comprensible, de manera telefónica o presencial.

Elaboración: Fuente propia

Comentarios:

- Si bien en el cuestionario administrado no se nombraban a las propias personas como transmisoras de información desde un servicio a otro por considerar que no tienen una función de carácter instrumental, es llamativo que en ningún caso se haya hecho

mención a ello. La mayoría de las personas concurren al CAPeR solas o acompañadas por compañeros de las salas, siendo ellas quienes transmiten cuáles son los problemas y acordando las pautas a seguir.

- Por otro lado, tampoco se ha nombrado la figura del acompañante terapéutico, que ha crecido en el último año y también son importantes transmisores de información.
- La ausencia de encuestas a enfermeros del turno noche dificulta el análisis integral, por lo que será necesario en una segunda etapa profundizar en el conocimiento de esta variable.
- Consideramos que uno de los problemas para garantizar una adecuada coordinación es que en la mayoría de los servicios y las salas no se tienen en cuenta a las personas internadas como sujetos protagonistas de sus procesos de salud - enfermedad, no hay capacidad de singularización, no se puede ver que en la mayoría de los casos quienes más información tienen sobre sus problemas son ellos mismos.

6.1.5. Recurso humano capacitado en RCP

La subvariable evaluada fue posibilidad de recibir resucitación cardiopulmonar en las salas, entendiendo a la obstrucción de la vía aérea como una de las causas principales de paro respiratorio y muerte en la población internada en el hospital Alejandro Korn.

Si bien la distancia entre el servicio de emergencias y las salas es variable, la realidad es que en todos los casos es menor a 1 Km. Aun así, los tiempos para concurrencia de la ambulancia son heterogéneos y en muchas ocasiones subóptimos. Por ello es fundamental conocer los siguientes indicadores:

El 90.5% de los encuestados respondió que conoce la maniobras de reanimación cardiopulmonar, los 4 casos en los que la respuesta fue "no" corresponden a integrantes de 3 salas diferentes. Solo en una sala no habría al menos una persona capacitada para realizar RCP en el turno mañana.

El 66.6% refirió haber recibido capacitación en los últimos 3 años, lo que equivale a decir que 14 de los 42 encuestados refirieron no haber tenido capacitación en RCP en los últimos 3 años.

El 90% no han realizado maniobras de RCP en las salas.

Es interesante conocer que hay una potencial posibilidad de intervención con maniobras de RCP en las salas, aunque no es menor la ausencia de encuestados del turno noche para la evaluación más completa de este punto.

El 85.7% (36) refirió conocer la maniobra de Hemlich, aunque en la mitad de los casos fue necesario explicar que nos estábamos refiriendo a maniobras de desobstrucción de la vía aérea. El 60% de quienes conocían la maniobra refirieron que tuvieron que realizarla en alguna oportunidad.

El 90% refirió haber presenciado al menos un episodio de obstrucción de la vía aérea en las salas.

El 100% respondió que no hay pacientes que estén capacitados en maniobras de RCP básico.

Comentarios:

- Si bien el porcentaje de enfermeros que dicen no conocer las maniobras de RCP es bajo, debería garantizarse institucionalmente que el 100% de los trabajadores de la sala estén capacitados. Por lo anterior, si bien en los últimos años ha habido una mejora en la capacitación y formación de personal de enfermería, el 42% que no ha tenido capacitación en los últimos tres años, debe ser una alarma para los responsables de garantizar dicha capacitación.
- Sería fundamental contar con el dato de conocimiento de maniobra de desobstrucción de la vía aérea en los enfermeros del turno noche, pero por cuestiones de logística no se ha podido garantizar información proveniente de dicho turno. El momento posterior a la cena y horas de la madrugada son de riesgo para la broncoaspiración en pacientes desdentados y/o sobremedicados
- Teniendo en cuenta el mayor riesgo de obstrucción de la vía aérea que tiene las personas internadas en un hospital psiquiátrico, la deficiente relación Nro. de enfermeros/ Nro. de pacientes y el hecho de que la broncoaspiración es una de las primeras 5 causas de muerte en los últimos 10 años (a pesar del subregistro), la capacitación de personas internadas en las salas para la realización de maniobras de desobstrucción de la vía aérea aparece como una opción seria a tener en cuenta.

6.2. *Procesos de Atención*

Tal como se había previsto, se analizaron las 33 historias clínicas pertenecientes a pacientes fallecidos en el año 2012 por alguna de las primeras 4 causas de muerte: 14 Neumonías, 11 Sepsis, 5 Broncoaspiraciones y 3 Insuficiencia Cardíaca.

Para todos los casos se utilizaron 3 variables (Intervenciones Previas, Trayectoria e Intervenciones posteriores), con los indicadores que se presentaron en el apartado de propuesta metodológica.

Los datos fueron cargados en 4 bases de datos (vistas creadas en Epi Info 2000) y analizados en un primer momento con dicho programa. Luego se volcó la información obtenida a una grilla que relaciona las 3 variables (columnas) con los 4 trazadores (filas) y se realizó la evaluación mediante la lectura vertical de la misma para este apartado.

En el siguiente cuadro se presenta una síntesis de la evaluación de las tres variables:

Cuadro 14. Evaluación Variables de Procesos. Hospital A. Korn. 2015

INTERVENCIONES PREVIAS	<p>Existencia de vacunación antineumocócica, lo que obliga a reevaluar las posibilidades etiológicas en los casos de neumonía</p> <p>Existencia de seguimiento y tratamiento de problemas de salud clínicos en la mayoría de los casos, en ocasiones con abordajes subóptimos en relación a la deficiente articulación entre servicios</p> <p>Asistencia ambulatoria previa a la trayectoria en la mitad de los casos de neumonía y sepsis</p> <p>La ausencia de requerimiento de asistencia ambulatoria en la mitad de los casos de neumonía y sepsis, y en todos los casos de insuficiencia cardíaca, hacen pensar en una presentación aguda de los cuadros y en la necesidad de trabajar sobre el nivel de alarma con los responsables de los cuidados en las salas</p> <p>No hay un abordaje optimizado de los trastornos deglutorios</p> <p>Está naturalizada la condición de desdentado y no hay un abordaje integral de dicho problema</p> <p>No hay una revisión sistematizada de la indicación de psicofármacos ni protocolos institucionales para control de efectos adversos, salvo el hemograma para clozapina.</p>
TRAYECTORIAS	<p>La principal puerta de entrada al área clínico quirúrgica para internación es la guardia</p> <p>En la mayoría de los casos se objetivan criterios diagnósticos acorde con la causa de muerte.</p> <p>Los tratamientos son generalmente adecuados, según normas.</p> <p>En los casos de insuficiencia cardíaca y broncoaspiración las intervenciones que deben realizarse con urgencia impresionan insuficientes (al menos no hay registros de las mismas)</p> <p>En ningún caso de broncoaspiración se realizó maniobras de desobstrucción</p>
INTERVENCIONES POSTERIORES	<p>Se solicitó autopsia en un 30% de los casos. El 100% de las broncoaspiraciones se diagnosticaron por autopsias.</p> <p>No se realizan registros en las historias clínicas luego del fallecimiento, salvo los de constatación de óbito, pero no hay constancia de resultado de necropsias, de estudios histopatológicos, de informes a familiares.</p> <p>Los certificados de defunción son firmados por médicos de cabecera (CAPeR), en general con resultados de autopsias; por médicos de servicios en los que mueren o por sus psiquiatras.</p> <p>En reiteradas ocasiones quiénes firman los certificados no son los médicos que constatan el óbito</p>

Fuente: Elaboración propia

6.2.1. Intervenciones Previas

Cuadro 15. Evaluación de Intervenciones previas. Hospital A. Korn. 2012

NEUMONIA (14 casos)	93 % Vacunación Antineumocócica Seguimiento y tratamiento de patologías crónicas preexistentes 50% con evaluación ambulatoria la semana previa 3 Internaciones recientes en CMM (déficit de seguimiento pos alta??) 50% sin requerimiento de asistencia en sala la semana previa
SEPSIS (11 casos)	45.5% con consultas posiblemente relacionadas con la causa de muerte en el último mes y 54.5% sin consultas relacionadas en el último mes 63.6% con condiciones premórbidas que pudieron haber influido en la presentación del último cuadro Seguimiento y tratamiento en 6 de los 7 casos que presentaban patologías crónicas previas, con deficiencias en la articulación entre servicios
BRONCOASPIRACION (5 casos)	2 casos con trastornos deglutorios sin estudios específicos ni seguimiento estricto 3 casos con condición de desdentados, en los otros 2 no consta en HC Sin registros de consultas odontológicas en la HC En 3 casos la última modificación de psicofármacos había sido realizada más de 5 años atrás, en 2 casos entre 1 y 5 años.
INSUFICIENCIA CARDIACA (3 casos)	En 2 de los 3 casos existía diagnóstico previo con seguimiento y tratamiento optimizado Sin monitoreo bajo protocolo Realización de ECG y Ecocardiograma dentro de los últimos 2 años Sin consultas ni internaciones relacionadas con la causa de muerte en el mes previo

Fuente: Elaboración propia

6.2.1.1. Neumonía

El 93% de los fallecidos por neumonía tenían vacunación antineumocócica aplicada en los últimos 8 años. En 9 casos no se encontraron antecedentes de enfermedad respiratoria (se rastreó EPOC, Asma y TBC), se encontraron 3 casos de EPOC en seguimiento y tratamiento clínico, con múltiples reagudizaciones previas. En un caso había diagnóstico de asma en seguimiento y tratamiento. Si bien las condiciones premórbidas previas que se buscaron fueron DBT (3 casos con seguimiento clínico y un aceptable control metabólico), obesidad (ningún caso) y patología oncológica (ningún caso), hay otros problemas que pudieron haber aumentado la posibilidad de instalación del cuadro: en 3 casos había habido internación reciente por problemas clínicos y en al menos la mitad de los casos existía un deterioro del estado general por diferentes causas. Las 2 pacientes que fallecieron en sala habían salido de internación de CMM en los días previos y una de ellas había sido evaluada por el CAPeR. En

el 50% de los casos hay registros de evaluación la semana anterior a la internación por parte del CAPeR, con derivación a guardia en 2 casos y a CMM en otros 2 (por signosintomatología compatible con enfermedad respiratoria). Es interesante, entonces, que en la mitad de los casos no hubo asistencia ambulatoria previa, o porque los síntomas se presentaron de manera aguda o porque no despertaron la alarma suficiente. De todas maneras, el 62% de los fallecidos por neumonía no presentaba signos y síntomas de enfermedad respiratoria la semana previa, o al menos no fueron detectados.

Teniendo en cuenta la elevada cobertura con vacunación antineumocócica entre los fallecidos por neumonía y la presentación brusca de los cuadros en el 62% de los casos surgen al menos tres inquietudes: la revisión de las pautas de conservación y administración de las vacunas para la población internada en el sector de psiquiatría; la necesidad de conocer la proporción de fallecidos por neumonía en relación al total de neumonías atendidas; la necesidad de pensar en otras causas etiológicas teniendo presente el contexto ambiental (estafilococo, por ejemplo).

6.2.1.2. Sepsis

De los 11 casos de muertes por sepsis, en uno se pueden identificar consultas previas en el último mes relacionadas con la causa de muerte; en 4 casos es probable que haya habido consultas previas en el último mes relacionadas con la causa de muerte y en la mayoría (6 casos) no se identifican consultas relacionadas. En 7 casos existían condiciones premórbidas que pudieron haber influido en la presentación de la última enfermedad (DBT, ACV, Asma, HTP, escaras múltiples, cáncer de pulmón, patología prostática). Cuando se analiza cada uno de estos casos, se observa que 6 de los 7 tenían seguimiento de sus problemas de salud crónicos por parte del CAPeR, pero la parcialidad en la coordinación con las salas y la falta de posibilidad de articulación sostenida con otros servicios (cirugía, urología, neumonología, cardiología, oncología) hacen que los abordajes terapéuticos sean subóptimos.

6.2.1.3. Broncoaspiración

En dos de los casos existían trastornos deglutorios, en un caso registrado en la historia clínica y en el otro no de manera explícita. En ninguno de los dos se realizaron estudios específicos. Una de las muertes se produjo en el servicio de clínica en una paciente que se encontraba internada por cuadriparesia progresiva de instalación aguda, con SNG (pero se nombra a la cuadriparesia 21 días después de su internación). No consta en la HC que se

hayan realizado consultas odontológicas en ninguno de los casos, pero no se descarta que los registros de odontología que pudieran haber existido se archiven por fuera de la HC, en el servicio de odontología. En 3 casos hay registros de condición de desdentados en los controles de salud, en 2 se desconoce, y no hay constancia de gestión efectiva de realización de prótesis. En relación a la modificación de medicación (o dosis de los medicamentos) en 3 casos la última modificación tenía más de 5 años y en 2 casos de 1 a 5 años.

6.2.1.4. Insuficiencia Cardíaca

De los tres casos de insuficiencia cardíaca, 2 tenían diagnósticos previos realizados dentro de los últimos 5 años; los dos con Hipertensión Arterial asociada en un caso a Enfermedad de la válvula mitral y en el otro a Diabetes Mellitus. Los dos se encontraban con tratamientos optimizados para insuficiencia cardíaca. En relación a los tratamientos psicofarmacológicos no hay coincidencias en la combinación de drogas utilizadas (en uno caso, carbamazepina y prometazina; en el segundo, clozapina y diazepam; en el tercero, halopidol, etumina y clonazepam). Si bien no se encontró en ninguno de los tres casos la pertenecía a protocolos para monitoreo cardíaco, sí en los dos casos de insuficiencia cardíaca conocida, se observa realización de ecocardiograma en los últimos dos años y realización de ECG (en un caso dentro del año, en el otro dentro de los dos años). El mes previo a la muerte no se registran consultas ni internaciones relacionadas con la causa de la misma en dos de los casos. En uno de los casos de insuficiencia cardíaca conocida hay una internación en CMM por IC descompensada, seguimiento posterior por CAPeR con buena evolución. Fue evaluado 6 días antes de su muerte y no presentaba signos de fallo de bomba.

6.2.2. Trayectoria

Como ya se mencionó en el apartado de propuesta metodológica, el estudio de la trayectoria (en este caso utilizada como variable) es uno de los dos métodos, junto con la utilización de trazadores o rastreadores, que están diseñados para realizar estudios que demuestren efectos de un sistema combinando procesos y resultados.

Las intervenciones tenidas en cuenta son las ocurridas en el momento en que se detectan el comienzo del cuadro y el momento de ocurrencia de la muerte.

Cuadro 16. Evaluación de Trayectorias. Hospital A. Korn. 2012

NEUMONIA (14 casos)	91.6% ingresaron al área clínico quirúrgica por el servicio de Emergencias Un tercio tuvieron como motivo de ingreso infección respiratoria En la mitad de los casos el diagnóstico se realizó el día de ingreso, en la otra mitad el dato es variable Criterios diagnósticos adecuados Tratamientos adecuados
SEPSIS (11 casos)	En el 72.7% de los caso el motivo de internación se relación con el cuadro de sepsis Mediana de días de internación: 11 días. Rango: de 1 a 22 días. En el 81.8 % de los casos se cumplen los criterios diagnósticos de sepsis En 3 casos las intercurencias durante la internación llevaron al cuadro de sepsis Tratamientos adecuados
BRONCOASPIRACION (5 casos)	No consta la realización de maniobras de desosbrucción en ningún caso Consta maniobras de RCP en el único caso de muerte en el transcurso de internación en área clínica (CMM)
INSUFICIENCIA CARDIACA (3 casos)	Formas de presentación bruscas No hay registros de intervenciones realizadas en salas En 2 de los 3 casos no se llegó a un traslado a servicio de Emergencias

Fuente: Elaboración propia

6.2.2.1. Neumonía

De los 14 fallecidos, 2 murieron en sus salas de origen y 12 (85.7%) estando internados en el sector clínicoquirúrgico (Pabellón V), habiendo ingresado al mismo por el servicio de emergencias en 11 casos (5 derivados por CAPeR y 6 por solicitud de asistencia de ambulancia a la sala) y por una derivación por CAPeR a CMM.

Tabla 4. Frecuencia de motivos de ingreso (neumonía). Hospital A. Korn. 2012

Motivos de Ingreso	Frecuencia
Caída/ Hiponatremia	1
Sme infeccioso por escaras	1
PCR (paro cardiorespiratorio)	1
Deterioro de estado general	2
SIRS (respuesta inflamatoria sistémica)	1
Mal epiléptico	1
Sin motivo de ingreso claro	1
Infecciones respiratorias	4

Fuente: Elaboración propia

En el 50% de los casos el diagnóstico se realizó el día de la internación y se actuó en consecuencia. En los 6 restantes el día de diagnóstico fue variable.

Cuadro 17. Momento de diagnóstico (neumonía). Hospital A. Korn. 2012

<u>Momento de diagnóstico</u>	<u>Observaciones</u>
1 posmortem (autopsia)	Ingresó en PCR
6 el día de ingreso	
1 el 6to día	Neumonía aspirativa o intrahospitalaria
1 el 10mo día	Ingresó por deterioro de estado general, con deshidratación y diarrea. Se broncoaspiró con sonda de alimentación disfuncional. Aspirativa
1 el 12do día	TBC (Tuberculosis)
2 sin momento claro	

Fuente: Elaboración propia

El día de internación en el que se produjeron los óbitos es variable y se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 18. Momento de constatación del óbito (neumonía). Hospital A. Korn. 2012

<u>Día de internación en el que se produjo el óbito</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Observaciones</u>
< 1 día	3	2 muertes en sala y 1 al ingreso a guardia
e/ 5 y 10 días	2	1 mal epiléptico con sobremedicación los días previos y 1 neumonía que evolucionaba favorablemente hasta el día del óbito
e/10 y 20 días	4	1 con diagnóstico de TBC. 1 broncoaspiración
> 20 días	5	Al menos 2 neumonías intrahospitalarias

Fuente: Elaboración propia

De los 12 internados solo en 1 caso no había criterios diagnósticos de neumonía y se llegó al mismo por necropsia. No se utiliza de manera sistemática y protocolizada el scor de gravedad, aunque la mayoría presentaba parámetros de gravedad al ingreso. Los tratamientos

en relación a la neumonía pueden considerarse adecuados en el 91% de los casos. Las interurrencias fueron 1 o 2 broncoaspiraciones, 1 ITU y 3 SIRS (estas últimas, pudieron haberse considerado muertes por sepsis a punto de partida respiratorio).

6.2.2.2. *Sepsis*

En 8 casos el motivo de internación estuvo relacionado con el último cuadro de sepsis. De los 3 casos en lo que lo anterior no pasó, uno no presentaba criterios para diagnóstico de sepsis, otro es un posible caso de sepsis a punto de partida respiratorio por neumonía aspirativa y el tercero es una internación para estudio de disfagia que intercurrió con infección urinaria.

Los días de internación fueron variables, con una mediana de 11 días y un rango de 1 a 22 días.

En 9 casos (81.8%) hay diagnóstico claro de sepsis (se cumplen criterios). En los dos casos que no reúnen criterios no puede asegurarse la presencia de un foco infeccioso, y en uno de ellos no hay parámetros de respuesta sistémica patológica.

Los focos infecciosos primarios fueron respiratorio (4 casos), urinario (3 casos), mixtos (urinario y respiratorio en 2 casos).

Las tres interurrencias relacionadas con el cuadro de sepsis son: infección abdominal posquirúrgica, con 6 intervenciones por evisceración luego de colecistectomía convencional; probable neumonía aspirativa e infección urinaria en paciente internada para estudio de disfagia.

En relación a los tratamientos instaurados en los cuadros de sepsis y shock séptico, los mismos son adecuados. Quedan dudas sobre las reiteradas intervenciones quirúrgicas en un caso en el que los registros del seguimiento diario no dan cuenta de las complicaciones que se van presentando.

6.2.2.3. *Broncoaspiración*

De los 5 casos, en el único que se realizaron maniobras de RCP (aunque no de desobstrucción) fue en la muerte que se produjo durante la internación en servicio de clínica, en donde concurrió el médico de guardia y no de ambulancia. En el resto de los casos no consta que se hayan realizado maniobras en las salas en las que se produjo el episodio de obstrucción y el registro de los médicos que concurren al llamado se limita a la constatación de los óbitos.

6.2.2.4. *Insuficiencia Cardíaca*

Por el tiempo transcurrido entre el comienzo de los últimos síntomas y el óbito, en los tres casos la descompensación se presentó de forma brusca, aguda. En dos de los casos ni siquiera se llegó a realizar un traslado a guardia. En el caso en el que sí se realizó el traslado, pasaron 6 hs. desde el mismo hasta que se produjo el óbito y los registros de las intervenciones no permiten un análisis detallado de las mismas. En los dos casos en los que la muerte se produjo en la sala no hay registros de las intervenciones realizadas en la historia clínica.

6.2.3. **Intervenciones Posteriores**

Cuadro 19. Evaluación de Intervenciones posteriores. Hospital A. Korn. 2012

NEUMONIA (14 casos)	4 autopsias: 1 ingreso por PCR, 1 muerte en sala, 1 neumonía internada en CMM con evolución favorable y TBC (confirmación posmortem) 1 solo registro posterior a la muerte (exceptuando la constatación del óbito) En la mayoría de los casos quiénes firmaron el certificado de defunción no son los mismos que constataron el óbito
SEPSIS (11 casos)	No hay registros posmortem en ningún caso (con excepción de constatación de óbitos) No se solicitó necropsia en ningún caso y los certificados de defunción fueron firmados por médicos de servicios en los que fallecieron los pacientes (guardia, CMM y UTI).
BRONCOASPIRACION (5 casos)	En los 5 casos se llegó al diagnóstico por autopsia (solicitadas por CAPeR) Los certificados fueron firmados por CAPeR (3), psiquiatra de sala (1) y médica de CMM (1) Hay registro posmortem en solo un caso (con descripción de necropsia)
INSUFICIENCIA CARDIACA (3 casos)	Se solicitaron 2 necropsias y se realizó 1 En un caso se llegó al diagnóstico de IC por autopsia No hay registros posmortem (exceptuando constatación de óbitos) Los certificados fueron firmados por CAPeR (1, con necropsia), psiquiatra de sala (2)

Fuente: Elaboración propia

6.2.3.1. *Neumonía*

En 4 casos se realizó necropsia. Una muerte en sala, un ingreso en PCR a guardia, una neumonía en CMM que venía evolucionando bien y una TBC. En los cuatro casos había criterios de necropsia. Hay otra muerte en sala de origen en la que se decidió no solicitar necropsia y debería haberse realizado por el lugar de fallecimiento. Hay registros postmortem en la HC en solo un caso, en el que se da cuenta del mal estado de las condiciones de la morgue en relación a la posibilidad de déficit de conservación de los cuerpos. En el 42.9% de los casos los certificados fueron firmados por médicos de cabecera, contando con necropsia en la mitad de los mismos. En 5 casos (35.7%) fueron firmados por médicos de UTI, en un caso por médico de CMM, en un caso por médico de guardia y en un caso no se registró quién firmó. Es interesante que en la mayoría de los casos el médico que constata el óbito no es quien firma el certificado de defunción.

6.2.3.2. *Sepsis*

No hay registros postmortem en ningún caso.

No se solicitó necropsia en ningún caso.

Los certificados de defunción fueron firmados por médicos de servicios en los que fallecieron los pacientes (guardia, CMM y UTI).

6.2.3.3. *Broncoaspiración*

En los 5 casos se realizaron necropsias, por gestión de médicos del CAPeR. Solo en 1 caso hay registro postmortem (además de la constatación del óbito). Los certificados fueron firmados en 3 casos por CAPeR, 1 por psiquiatra de la sala y 1 por jefa de sala del servicio de clínica.

6.2.3.4. *Insuficiencia Cardíaca*

Se solicitó necropsias en dos de los tres casos, pero solo se realizó en uno de ellos. En uno de los casos, cuyo fallecimiento se produjo en la sala y no presentó registros de signosintomatología de descompensación los días previos, no se realizó necropsia. En otro de los casos de fallecimiento en sala se llegó al diagnóstico de IC en la necropsia y tampoco hay registros de signosintomatología compatible previa. Los certificados de defunción fueron firmados en un caso por médico del CAPeR (con necropsia), en los otros dos por psiquiatra de sala.

6.3. Relación entre abordajes, niveles y características

En este tercer apartado se propone establecer relaciones entre propiedades estructurales y procesos de atención de problemas de salud clínico quirúrgicos, teniendo a los niveles de controles como ordenadores, para cada trazador. Para ello volveremos al cuadro 1, en el que se esquematizaba la propuesta de relación de abordajes, niveles y características para cada trazador.

Como ya se ha mencionado, del total de características de estructura identificadas, solo cinco pasaron por un proceso de evaluación; sin embargo estamos en condiciones de hacer mención de todas, ya que han sido descriptas a lo largo del desarrollo del trabajo.

Con respecto a las características de procesos, no fueron tomadas en sí como variables, pero en algunos casos fueron indicadores de dos de las tres elegidas (intervenciones previas y trayectoria).

Un problema metodológico que podría presentarse en esta etapa (pensado en instancias previas, en el momento de la propuesta del modelo evaluativo) es la diferencia temporal en los datos para evaluar propiedades estructurales y los obtenidos para evaluar procesos. Podría aseverarse que el primer grupo de datos corresponde a características de la actualidad y el segundo grupo corresponde a características del año 2012. O dicho de otra manera, estamos tratando de evaluar propiedades estructurales relacionadas con muertes ocurridas en el año 2012 con datos obtenidos tres años después de ocurridas dichas muertes. Lo anterior es tan cierto como el hecho de que, por diferentes razones que pasaremos a nombrar, podemos afirmar que las condiciones materiales dentro del hospital (manicomio) hoy son mejores que las del año 2012. El incipiente proceso de adecuación, sustitución y cierre por el que deben transitar los hospitales psiquiátricos del país, según lo establece la Ley Nacional 26657 de Salud Mental, ha permitido una serie de situaciones que nos habilitan para tal afirmación.

Los informes del Órgano de Revisión Nacional (encargado de controlar que la implementación de la Ley se lleve a cabo en todo el territorio argentino) han dado cuenta de la necesidad de mejorar las condiciones de vida y tratamientos de las personas internadas en el sector de psiquiatría del Htal. Alejandro Korn.

Múltiples Recursos de Amparo han obligado a realizar reformas de infraestructura en la mayoría de las salas, con el control permanente de juzgados de diferentes distritos provinciales.

Durante el año 2014 hubieron dos denuncias a las que se les dio curso en el Juzgado en lo Contencioso Administrativo Nro. 1 de la ciudad de La Plata, que desencadenó un fallo en el que se ordenaba la intervención de la Dirección del área de Salud Mental del Hospital (luego apelado y rectificado por la Cámara de Apelaciones de la provincia de Buenos Aires, actualmente en la Corte Suprema Provincial para su resolución final). Dichas denuncias fueron presentadas por la Comisión Provincial por la Memoria (en relación a la solicitud de investigación de las muertes ocurridas en el hospital durante el año 2012) y por el CELS (Centro de Estudio Legales y Sociales de la Argentina), en relación a la vulneración de los derechos de las personas internadas e incumplimiento de la Ley de Salud Mental.

Denuncias particulares por muertes dudosas aumentaron en los últimos años. Existen denuncias penales por situaciones de abuso (casos puntuales).

Colectivos de estudiantes que han ingresado al hospital como talleristas, en el contexto de proyectos de extensión universitaria, y acompañantes terapéuticos que han aumentado en número en los dos últimos años, también han sido actores fundamentales para ejercer un control y exigir cambios.

Lo anterior implicó la presencia de trabajadores del poder judicial (jueces, peritos) de forma recurrente durante el año 2014, y la preocupación y ocupación por parte de directivos (representantes del Ministerio de Salud de la Provincia en el Hospital) por realizar reformas en las salas que dieran cuenta de un cambio positivo. De tal modo, se arreglaron techos, aberturas, artefactos; se colocaron ventanas; se comenzó a garantizar la provisión de agua caliente; los cortes de pastos se realizan con una frecuencia mayor; la respuesta a la demanda de desratización (cuando se empiezan a ver caminar ratas por las salas) tiene mayor celeridad; los colchones son nuevos; se garantizó ropa de cama para el invierno; hay una mirada más atenta sobre el sector de cocina; se incorporaron enfermeros; se disminuyó el riesgo eléctrico; se amplió y operativizó el área interna de legales para que los expedientes administrativos tengan curso; se refaccionaron los baños; se pintaron las paredes; hay una mejor respuesta del sector de mantenimiento.

Cuando comenzamos con el proyecto de esta tesis, el supuesto del que partíamos para poder relacionar los dos grupos de datos era que las condiciones materiales en las salas se mantenían invariantes o con variaciones insignificantes, en términos generales, a lo largo de los años. Pero tres años después la realidad cambió y afirmamos, entonces, que vamos a relacionar datos de procesos de atención con condiciones estructurales que son mejores que las que se presentaban en el momento en el que se desarrollaron dichos procesos.

En el cuadro 1 se proponen características de estructura y de procesos, para los niveles de control de causas, de riesgo y de daños, para cada condición trazadora. Así, se pueden observar seis cuadrantes para cada trazador. A priori se podría pensar que los cuadrantes súper izquierdos (que contienen las variables de estructura para el nivel de control de causas) son las más invariantes, y que los cuadrantes ínfero derechos (que contienen las características de proceso para el nivel de control de daño) son las más susceptibles de modificación. Pero al tener presente en todo momento el concepto de estructuración, que como ya se mencionó ubica en el centro a la intermediación entre la estructura social y la acción de los sujetos, aparecen las prácticas sociales (en este caso prácticas en salud) como determinantes en la conformación de las características de todos los cuadrantes. Por ello, con esta concepción, no hay cuadrante en el cuadro que pueda ser pensado como no susceptible de ser transformado, ni tampoco como absolutamente transformable en un corto plazo.

Debemos aclarar que el ordenamiento que a continuación proponemos, ubica a las condiciones trazadoras como fueron presentadas en el cuadro inicial (cuadro 1). Recordamos que dicho orden se debía a la incidencia de muertes por las primeras cuatro causas según estudio realizado entre los años 2007 y 2011. En el año 2012 el orden fue "neumonía, sepsis, broncoaspiración, insuficiencia cardíaca", pero hasta ese momento el orden era "sepsis, neumonía, insuficiencia cardíaca, broncoaspiración".

6.3.1. Condición trazadora Sepsis

6.3.1.1. Control de Causas

Es sabido que problemas en una alimentación acorde a necesidades, condiciones inadecuadas de higiene y cuidados de enfermería insuficientes (por ejemplo, por un número de enfermeros menor al necesario en una sala) pueden influir en el comportamiento de una patología infecciosa y en sus complicaciones.

Con respecto a la alimentación conocemos que actualmente es parcialmente variada; que no hay adecuación adecuada para hipertensos y diabéticos; que hay diferencia entre los menús teóricos y la comida que llega a las salas; que no hay diferencias entre las dietas hipocalóricas, hipohidrocarbonadas, hipograsas e hiposódicas; que las dietas blandas son siempre las mismas; que la comensalidad no es una variable tenida en cuenta; que los gustos individuales no tienen mayor cabida y que la potabilidad del agua no puede asegurarse que exista. También conocemos que hay un mayor control institucional sobre las actividades de la cocina y que el servicio está estatizado (a diferencia del año 2012, en el que las notas de

quejas sobre la mala calidad de la comida eran abundantes). Por otro lado, no hubieron indicadores de variables de procesos pertenecientes a los cuadrantes de control de causas. Pero aun así, hay relaciones que pueden establecerse. En primer lugar teniendo en cuenta que las personas internadas en el sector de crónicos no han estado internadas en forma transitoria y por períodos reducidos, sino que viven en las salas, por lo que la forma de alimentación que se decida para ellos, es el modo de alimentarse que tienen en la vida. En este punto consideramos que aparece la primera intermediación entre las características de la alimentación y las intervenciones de promoción de pautas alimentarias que pueden o no realizarse. Acá aparece la lógica con la que se piensa la alimentación en la institución, esa lógica manicomial que ubica a todos los internados en un nivel de igualdad descaracterizadora; esa forma de ver que hace que "esquizofrénicos, retrasados mentales, bipolares, psicóticos sin especificar, alcoholistas, adictos, otros..." formen parte de un mismo grupo: "enfermos mentales", es posiblemente la misma que hace suponer que las dietas para hipertensos, diabéticos, dislipémicos y obesos deba ser igual. Es la que puede hacer suponer que las personas internadas no tienen por qué elegir qué comer, es la que no se preocupa por lo que sienten las personas que comen según reglas institucionales a lo largo de su vida. Consideramos que si se piensan estos factores podrían ser tenidos en cuenta por nutricionistas que preparan los menús, por los camareros que reparten la comida, por los directivos que deciden las políticas institucionales, por los trabajadores de las salas que controlan mientras comen y por las personas internadas. La promoción de pautas alimentarias es posible si se puede singularizar y pensar a las personas como diferentes y partiendo de las posibilidades que cada una tiene; en este sentido, la importancia de volver a utilizar cuchillo y tenedor para comer y el poder reforzar pautas de respeto (desde el sentido y no desde lo punitivo) son dos prácticas fundamentales que también podrían cambiar el modo de alimentarse en una sala.

Con respecto a la higiene, hay dos de las subvariables que se tuvieron en cuenta y que nos parece pertinente traerlas a este apartado. La primera en relación a la intimidad, ya que para promocionar pautas de higiene personal es fundamental que se empiece a tener como primordial el derecho a la intimidad que tienen las personas internadas; no alcanza con la práctica de obligar al aseo, el mismo debe poder llevarse a cabo en un ambiente adecuado, para lo cuál también es necesario cambiar la lógica para pensar la higiene y saber que si alguien no cierra la puerta de un baño porque ya no le encuentra sentido a hacerlo, es sobre este último punto en el que se debe poner énfasis. La segunda, en relación a la disponibilidad de jabón en los baños. Es sabido que el lavado de manos es una de las medidas preventivas

más sencillas y eficaces para evitar infecciones; también conocemos que en las salas hay jabones pero que solo en dos están disponibles en las piletas de los baños, y que esto se debe a la idea de que la mayoría de los pacientes no están capacitados para su uso, que puede ser peligroso para ellos y que hay hábitos que no se pueden modificar. Una vez más, si se cambia la lógica y se parte de un principio de capacidad del otro, es posible repensar maneras para trabajar en las salas sobre el lavado de manos y modificar así una propiedad estructural como la higiene.

Con respecto al deficiente número de enfermeros por sala, es la característica de estructura del cuadrante que no vemos claramente retroalimentándose con las de procesos; parecería que se establece una relación unidireccional, siendo necesario contar con mayor número de enfermeros y cuidadores en las salas para poder garantizar intervenciones de promoción de pautas alimentarias, de higiene y de lavado de manos. Pero al mismo tiempo, podemos suponer que cuantos más sean los enfermeros y cuidadores que determinen su prácticas con otras lógicas más reclamo habrá desde las salas para que el número de esas prácticas sea mayor.

6.3.1.2. Control de Riesgos

Según los registros existe una alta cobertura de vacunación antineumocócica y antigripal en el sector de crónicos y subagudos, sin poder dar cuenta de las condiciones en las que se administran las mismas, ya que la provisión se hace desde el sector de vacunación del hospital pero la aplicación está descentralizada.

Existen trabajadores que tienen como una de sus funciones la detección y tratamiento oportuno de infecciones, pero si se tiene en cuenta que la puerta de entrada de algunos de los casos de sepsis al sector de internación clínica es la guardia, desde las mismas salas, aparece como necesario el refuerzo de las prácticas de dichos trabajadores para garantizar detección oportuna en un número mayor de casos. Considerando los focos de infección primaria detectados a partir de la evaluación de variables de procesos, impresiona que no se están detectando oportunamente casos de infección urinaria y que sí hay tratamiento oportuno de las infecciones de piel.

6.3.1.3. Control de Daños

Cómo se explicó oportunamente, existen circuitos establecidos (algunos de hecho) para atención y derivación de los pacientes internados en el sector en estudio (Figura 1). La

evaluación de la coordinación asistencial desde el punto de vista de trabajadores de la sala y a partir del proceso de retroalimentación, muestra que existen mecanismos formales e informales para transferir información. En la mayoría de los casos los criterios diagnósticos para sepsis son correctos durante la internación clínico quirúrgica y las pautas terapéuticas acordes a consensos.

De las evaluaciones realizadas un punto a tener en cuenta es la necesidad de pensar en una mejor detección de infecciones primarias en personas con condiciones premórbidas por parte del quipo de atención primaria (CAPeR), relacionada a la incorporación de un mejor nivel de alarma en trabajadores de la sala.

6.3.2. Condición Trazadora Neumonía

6.3.2.1. Control de causas

A todo lo vertido en los contenidos de de control de causas para sepsis, agregaremos el hacinamiento como una propiedad estructural a tener en cuenta como factor que aumenta el riesgo de contagio de enfermedades respiratorias infecciosas. En todas las salas el número de personas internadas en la actualidad es menor al año 2012 y el grado de tabaquismo dentro de las instalaciones continúa elevado.

6.3.2.2. Control de Riesgos

Cómo ya se expresó, la cobertura de vacunación antineumocócica es mayor al 90% (del 93% entre los fallecidos por neumonía en el año 2012). Las cuatro personas que presentaban patologías respiratoria crónica tenían acceso a la atención en sus reagudizaciones, se encontraban en seguimiento y el tratamiento estaba actualizado. Las tres personas diabéticas entre las fallecidas por neumonía también se encontraban en tratamiento, con controles metabólicos aceptables. Teniendo en cuenta que según los registros en la historia clínica, el 62% de los fallecidos por neumonía no recibieron atención ambulatoria por signosintomatología respiratoria la semana anterior a la internación, se hace necesario trabajar sobre pautas de alarma que permitan detectar más precozmente un cuadro de neumonía en las salas.

6.3.2.3. Control de Daños

Las 4 personas que fueron internadas por infección respiratoria recibieron atención en sala (primer nivel de atención) y fueron derivadas al Pabellón V por el CAPeR.

Las 2 personas que fallecieron en sus salas habían sido dadas de alta desde el servicio de clínica los días previos; estas neumonías intrahospitalarias obligan a reevaluar los criterios de alta y el seguimiento luego de la misma.

Si bien los motivos de ingreso al área clínico quirúrgica fueron variados, los criterios diagnósticos para neumonía son mayoritariamente adecuados y el 50% se hizo el día de la internación, no se utilizan (o al menos no quedan registrados) los criterios de gravedad de forma sistemática para la toma de conducta y las pautas terapéuticas son acordes a las guías clínicas en la mayoría de los casos. De todas maneras, es interesante conocer que 4 de las 14 neumonías fueron intrahospitalarias, 1 aspirativa (por disfunción de una sonda para alimentación), 1 TBC y 3 reunían criterios de sepsis.

En el caso de neumonía impresiona que hay una detección aceptable de infecciones respiratorias en el primer nivel y una necesidad de tener mayor conocimiento sobre la neumonía como complicación de internaciones por otras causas.

6.3.3. Condición Trazadora Insuficiencia Cardíaca

6.3.3.1. Control de Causas

En 2 de los 3 casos de muerte por insuficiencia cardíaca en el año 2012, el diagnóstico ya se conocía y existía seguimiento y tratamiento de HTA, DBT y valvulopatía mitral. Sin embargo, la articulación entre los dos sectores más involucrados en el seguimiento (CAPeR y cardiología) es subóptima: las evaluaciones cardiológicas se limitan a la realización de estudios, sin intervenciones terapéuticas claras, ni propuestas de modificaciones, ni monitoreo sistematizado. Hay referencia desde el primer nivel y contrareferencia desde cardiología, pero no se abordan los problemas de manera conjunta. Se observa un caso de insuficiencia mitral diagnosticada en el año 2002, con presentación de cuadro de insuficiencia cardíaca en el año 2009, sin un registro de un seguimiento óptimo durante los 7 años transcurridos entre uno y otro diagnóstico.

No existe una articulación organizada entre el equipo de atención primaria (CAPeR) y los psiquiatras de la sala en relación al monitoreo de tratamientos con psicofármacos. No existe un abordaje normatizado o programático para el monitoreo cardíaco ante la administración prolongada de psicofármacos.

Otro punto a tener en cuenta en este cuadrante es la dificultad logística y operativa a la hora de trasladar a una persona internada en el sector de crónicos a otro establecimiento de salud para la realización de estudios o evaluaciones que no pueden hacerse en el hospital:

suspensiones por imposibilidad de contar con la ambulancia, exigencias de presencia de médicos acompañantes por parte de otras instituciones cuando la mayoría de las veces no es necesario, existencia de redes no institucionales ni formales para obtener los turnos en otros hospitales porque la vía interinstitucional no los garantiza en todos los casos.

6.3.3.2. *Control de Riesgos*

La polimedicación con psicofármacos aumenta el riesgo de miocardiopatía. Sin embargo no hay una sistematización del monitoreo de terapia con psicofármacos (con excepción del control de hemograma en quienes consumen clozapina). Se solicitan ECG en el contexto de controles de salud anuales, pero no hay protocolos para interpretación homogénea ni para toma de conducta común. No se aborda integralmente la prevención del riesgo cardiovascular en relación a la administración de psicofármacos.

6.3.3.3. *Control de Daños*

Existe posibilidad real de atención y seguimiento del problema de salud en el primer nivel de atención, hay un servicio de cardiología y se cuenta con internación de emergencias, clínica y de alta complejidad para los casos de descompensación.

Pero hay algunas situaciones que es preciso destacar. Una vez más (aunque en menor medida que en otros años), hay diagnósticos de insuficiencia cardíaca por necropsia, en una persona con seguimiento clínico y que había sido evaluada al menos en 5 ocasiones (1 por guardia y 4 por CAPeR por lesiones en piel), lo que vuelve a llamar la atención. Los dos casos de insuficiencia cardíaca conocida tenían seguimiento adecuado, tratamientos optimizados, ECG y Ecocardiogramas dentro del año y de los 2 años, respectivamente; pero como ya se mencionó sin un abordaje conjunto con el servicio de cardiología.

Si bien hay constancia de revisión de tratamientos ante descompensaciones y de internaciones por el mismo motivo, los cuadros que llevan a la muerte se presentan de manera brusca, sin posibilidad de intervenciones (en dos casos se registra el óbito en la sala sin constar algún tipo de intervención médica) y en un caso se logra traslado a guardia, con inmediato PCR (paro cardiorespiratorio) y muerte, registrándose como intervenciones las maniobras de reanimación. Consideramos que la repetición de estas situaciones obligan a la problematización conjunta entre los diferentes servicios.

6.3.4. Broncoaspiración

6.3.4.1. Control de Riesgos

El 90.5% de los enfermeros encuestados respondió que conoce las maniobras de reanimación cardiopulmonar y el 66.6% refirió haber recibido capacitación en los últimos 3 años.

El 85.7% (36) refirió conocer la maniobra de Hemlich, aunque en la mitad de los casos fue necesario explicar que nos estábamos refiriendo a maniobras de desobstrucción de la vía aérea.

Hay detección de trastornos deglutorios en 2 de los 5 casos, pero sin la realización de estudios específicos.

Hay registro de la condición de desdentados, pero no hay registros de las consultas odontológicas ni de gestión para la realización de prótesis. De todas maneras, como ya se aclaró en otro apartado, es probable que la atención odontológica quede registrada en herramientas de registro del propio servicio y no en la historia clínica.

Es fundamental recordar a esta altura que existe servicio y residencia de odontología, por lo que hay recurso humano para la confección de prótesis. De todas maneras hay otros factores que es imposible ignorar: la falta de recursos materiales e insumos en reiteradas ocasiones; la falta de intervenciones preventivas efectivas en términos de salud bucal (cepillado de dientes, topicación, pautas alimentarias); las dificultades para el cuidado de las prótesis en el caso de realizarlas; la imposibilidad de garantizar el mantenimiento y el uso correcto de las mismas por parte de algunas personas internadas (necesidad de singularizar).

Con respecto al tipo de alimentos, existen las dietas picadas para pacientes desdentados y de edad avanzada, pero como ya se explicó no hay variación en las mismas. Por otro lado, no se garantiza un número de cuidadores adecuado al momento de las comidas y no hay capacitación de personas internadas para la realización de maniobras de desobstrucción, esto último probablemente debido a que no se piensa a dichos sujetos como capaces de realizar intervenciones eficaces como actores en salud.

6.3.4.2. Control de Daños

El 60% de quienes conocían la maniobra refirieron que tuvieron que realizarla en alguna oportunidad.

El 90% de los encuestados refirieron haber presenciado al menos un episodio de obstrucción de la vía aérea en las salas.

El 100% de los enfermeros respondió que no hay pacientes que estén capacitados en maniobras de RCP básico.

En ningún caso de muerte por obstrucción de la vía aérea en el 2012 hay constancia de que se hayan realizado maniobras de desobstrucción, de hecho se llegó a la causa de muerte por autopsia en el 100% de los casos.

7. CONSIDERACIONES FINALES

Comenzamos este trabajo afirmando que en el Hospital A. Korn de Melchor Romero, al igual que en otros hospitales psiquiátricos, la probabilidad que tiene una persona de morir estando internada en el sector de psiquiatría es francamente mayor a la que tienen quienes viven fuera del hospital (1-5, 14). También explicamos al definir el problema por qué considerábamos que existían recursos para la atención de problemas de salud clínicos y quirúrgicos, con potencial posibilidad de detección, tratamiento y seguimiento, quizá en mayor medida que en la población general. Y suponíamos, entonces, que había propiedades estructurales (22) y procesos de atención que podrían ser determinantes en la morbimortalidad observada en la población internada en el área psiquiátrica, pero además potencialmente modificables.

Consideramos que a partir de la evaluación de alimentación, higiene, exposición a patógenos, coordinación asistencial, capacitación en RCP, intervenciones previas, trayectorias e intervenciones posteriores, en relación a las cuatro condiciones trazadoras (principales causas de muerte) se pudo tener una noción de cómo podrían operar en la determinación de las enfermedades y se pudo pensar en cuáles serían las transformaciones necesarias. (Ver cuadro 21)

El sentido de evaluar está en la posibilidad de cambiar la realidad. A partir de un mejor conocimiento de la relación entre propiedades de la estructura, procesos de atención y enfermedades trazadoras se pueden formular propuestas tendientes a intentar disminuir la morbimortalidad de las personas que continúen internadas mientras el manicomio exista como tal, y como ya se dijo en otros apartados, también cuando las paredes del mismo dejen de estar.

Las características de la institución total (13), con reglas comunes para actividades habituales, rutinarias, administradas, controladas y garantizadas formalmente, no permiten pensar la alimentación y la higiene en términos singulares, lo que dificulta la promoción de pautas alimentarias, de higiene y particularmente de lavado de manos. Consideramos que pensando en la necesidad de aportar en la construcción de nuevas subjetividades es como se pueden abordar problemáticas como el uso de agua y jabón, la importancia de dejar los inodoros limpios, la recuperación de la intimidad, el impacto de la falta de higiene y del tabaquismo en espacios cerrados y con hacinamiento.

Cambios en las características de la higiene ambiental y personal podrían tener impacto en la disminución de enfermedades infecciosas y de mortalidad por neumonía y

sepsis. Para ello es importante detenerse en los niveles de responsabilidad, comprendiendo que hasta que pueda mantenerse un nivel aceptable de limpieza en las salas a partir de un cambio de paradigma en las formas de trabajo con las personas internadas (no desde lo estrictamente normativo), los responsables de garantizar condiciones de higiene ambiental adecuada son los directivos del hospital como representantes del Ministerio de Salud provincial. Pensar la alimentación como un acto social total; desnaturalizar la presencia de ratas y palomas en las salas; problematizar teniendo en cuenta el punto de vista de las personas internadas la presencia de perros y gatos en habitaciones y comedores; mantener los baños en condiciones dignas; garantizar espacios de intimidad; asegurar una adecuada recolección de residuos; tener normas escritas de limpieza, desinsectación, desinfección y desratización y controlar que se cumplan; garantizar agua segura; fomentar mecanismos de coordinación asistencial entre servicios; garantizar la capacitación de enfermeros para intervenir en situaciones de urgencia. Hay trabajadores de diferentes sectores con responsabilidades en las acciones antes nombradas, pero son los directivos quiénes deben rendir cuentas en primer lugar.

Lo anterior sin perjuicio de lo que Basaglia nombra como necesidad de una toma de conciencia política en cada acción técnica, lo que vale para cada trabajador de cada sector del hospital (20). Pensar al beneficiario o destinatario de la acción como un loco incapaz de hacer la mayoría de las cosas que puedan proponérsele determina que dicha acción tenga determinadas características. En este sentido, por el peso que tiene la enfermedad mental como un valor negativo absoluto suponíamos que los criterios diagnósticos y pautas terapéuticas en los servicios de internación clínica del pabellón V serían al menos más heterogéneos; sin embargo son en su mayoría adecuados y siguen normas y protocolos. De todas maneras, falta problematización sobre las neumonías aspirativas e intrahospitalarias, la sepsis está naturalizada como causa de muerte, la articulación entre los servicios de cirugía y clínica es deficiente, la valoración inicial de residentes del área clínico quirúrgica con respecto a las personas internadas en los sectores de subagudos y crónicos (transmitida por personal de planta) es generalmente prejuiciosa e incapaz de ver en el otro un sujeto que puede decidir (24).

La transmisión de información desde las salas a los diferentes servicios y viceversa puede mejorarse pero es mejor de lo que suponíamos al comenzar este trabajo. Sí aparece como déficit la falta de articulación sistematizada entre el primer nivel de atención de problemas clínico quirúrgicos (CAPeR) y el segundo nivel (especialistas del pabellón V), lo

que dificulta un abordaje integral y tomas de decisiones conjuntas que incluyan intereses y opiniones de las propias personas internadas, de familiares y compañeros. (12, 14)

Otro punto importante es mejorar la detección de patologías infecciosas en el nivel ambulatorio, sobre todo infecciones urinarias, continuar con seguimiento de patologías crónicas, mantener la cobertura de tratamiento de infecciones de piel y mejorar el nivel de alarma en las salas para que la atención sea oportuna y no llegar a la derivación de urgencia.

En relación a las insuficiencias cardíacas, continúa llamando la atención la presentación brusca del cuadro que lleva a la muerte, prácticamente sin tiempos para intervenciones de urgencia. Teniendo en cuenta que las muertes súbitas son causas frecuentes de muertes en otros hospitales psiquiátricos (La Habana) y que los estudios muestran un porcentaje mayor de cardiopatía isquémica y de TEP (diagnósticos infrecuentes en nuestro hospital) la incorporación activa de anatomopatólogas a la comisión de óbitos podría aportar en la revisión y problematización de esta causa de muerte (1, 8, 9, 10). Así mismo, desde el comité de calidad debieran implementarse sistemas de monitoreo de drogas, sobre todo teniendo en cuenta la naturalización de la polimedicación, la precariedad de la revisión de tratamientos prolongados con psicofármacos y la falta de integralidad en los abordajes terapéuticos. La noción de aumento del riesgo cardiovascular y las conductas que en consecuencia se tomen deben ser parte de la terapia con psicofármacos instaurada en el sector de crónicos y subagudos.

Otra problemática que consideramos fundamental desnaturalizar para poder abordarla y modificar es la muerte por obstrucción de la vía aérea o asfixias por broncoaspiración en las salas. Como se planteó al definir el problema, sostenemos que si se realizaran más autopsias la broncoaspiración sería una causa de muerte más frecuente aun. Conocemos que en general el estado de higiene bucal es malo, la falta de todas o la mayoría de las piezas dentarias es común y que no en todos los casos se puede garantizar el uso de prótesis dentarias, pero tomando a la salud bucal como un factor más a trabajar en el contexto de un proyecto de externación pueden ser posibles los cambios. Consideramos necesario y viable profundizar sobre las implicancias de la medicación con psicofármacos en la instauración de trastornos deglutorios y en la generación de un estado de sedación, ambas condiciones que aumentan el riesgo de broncoaspirarse.

Por otro lado, garantizar la capacitación de todos los enfermeros que desarrollan sus actividades en las salas y de grupos de personas internadas para que adquieran destrezas en maniobras de reanimación y desobstrucción de la vía aérea dentro de las salas..

Cuadro 20. Relación abordajes, niveles y necesidades

Condición Trazadora	Estructuración / Prácticas en Salud
SEPSIS	
<i>Control de causas</i>	Necesidad de mayor número de trabajadores en las salas. Necesidad de sustituir lógica manicomial por otras que ubique a las personas internadas como sujetos sociales de derechos, capaces de construirse como tales, a la hora de pensar en modos de alimentación, pautas de higiene ambiental y para trabajar sobre la necesidad del lavado de manos.
<i>Control de riesgos</i>	Correlacionar la alta cobertura de vacunación antineumocócica con las condiciones en las que se realiza la vacunación en las salas. Necesidad de optimizar la detección de procesos infecciosos en el primer nivel de atención y mejorar el nivel de alarma en las salas. Poner atención en la detección oportuna de infecciones urinarias. Valorar la efectividad de los tratamientos de infecciones en piel. Proponer abordaje integral de presencia de perros, gatos y palomas en salas.
<i>Control de daños</i>	Reforzar y mejorar los mecanismos de transferencia de información existentes (retroalimentación) y proponer evaluar mecanismos de programación, en términos de coordinación asistencial. Mejorar el primer nivel de atención para detección de un mayor número de infecciones primarias, mejorar el nivel de alarma en las salas, para lo que es fundamental desnaturalizar la condición de cedación.
NEUMONIA	
<i>Control de causas</i>	A los contenidos de control de causas para sepsis se agrega la necesidad de pensar en el impacto del tabaquismo en espacios de hacinamiento.
<i>Control de riesgos</i>	Dar continuidad al seguimiento y tratamiento de enfermedades respiratorias crónicas y de otros problemas de salud crónicos como DBT en el primer nivel. Mejorar el nivel de alarma en las salas para la detección más precoz de infecciones respiratorias graves. Para vacunación, vale lo escrito para control de riesgos de sepsis.
<i>Control de daños</i>	Continuar garantizando el seguimiento de enfermedad respiratoria aguda en el primer nivel y optimizar el seguimiento ambulatorio luego de altas desde Pabellón V. Necesidad de mayor conocimiento de neumonías como complicación en internaciones por otras causas (intrahospitalarias, aspirativas).
INSUFICIENCIA CARDIACA	
<i>Control de causas</i>	Necesidad de articulación organizada, sistemática y sostenida entre el primer nivel de atención de problemas clínico quirúrgicos (CAPeR) con cardiología y con los psiquiatras de las salas. Necesidad de implementación de sistema de monitoreo de riesgo cardiovascular en relación a la indicación de psicofármacos (Comité de Calidad local).
<i>Control de riesgos</i>	Problematización de los abordajes esencialmente farmacológicos. Falta de integralidad en las propuestas terapéuticas.
<i>Control de daños</i>	Necesidad de abordaje conjunto de la problemática (presentación hiperaguda de los cuadros seguidos de muerte, diagnósticos por autopsias). Revisión de autopsias.
BRONCOASPIRACION	
<i>Control de riesgo</i>	Capacitación para el 100% de los enfermeros de salas y para grupos de personas internadas sobre maniobras de desobstrucción de la vía aérea. Desnaturalizar el mal estado de higiene bucal y la falta de piezas dentarias. Articulación entre trabajadores de salas, CAPeR y servicio de odontología para implementación de programa de salud bucal y de realización de prótesis en los casos en los que el uso sea posible. Detección y estudios de problemas deglutorios. Ubicar a la polimedición como parte de la problemática.
<i>Control de daños</i>	Contar con mayor número de personas capacitadas para realizar maniobra de Hemlich en todas las salas

Fuente: Elaboración propia, basado en el Cuadro 1 de este trabajo

Por último, hacer mención al cuadro 21, presentado en la página anterior, en el que se muestran intervenciones posibles (prácticas en salud) para transformar lo que aparece como necesario de ser modificado luego de la evaluación, con una mirada propositiva, relacionando abordajes y niveles que se centran conceptual y operativamente en la acción. En ese sentido es necesario volver a hacer referencia a la capacidad transformadora de las prácticas; volver a encuadrar esta investigación en esos términos; volver a ubicar a la evaluación como una manera de valorar acciones con capacidad reflexiva; volver a pensar en actores que sean capaces de negar la inevitabilidad de lo establecido. Es preciso volver una y otra vez a los marcos referenciales. Es necesario volver a pensar la realidad y ubicarnos en ella con la responsabilidad, el compromiso y los intereses que tengamos o no.

Es fundamental volver a preguntarnos por qué las personas se mueren más dentro de un manicomio que fuera del mismo, para no volver a naturalizar jamás una muerte en situación de encierro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barrios Grillo E, Franco Odio S, Franco Salazar G. Causas de Muerte en Pacientes mentales del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Estudio comparativo. Revista Htal Psiquiátrico de La Habana. 2007; 4 (3)
2. Lonjedo Monzo J, Gomez Beneyto M, Sala Such E. Estudio de Mortalidad en el Hospital Psiquiátrico Padre Jofre de Bétera (Valencia). Revista Asociación Española Neuropsiquiatría. 1991; Vol XI. N 038.
3. Bobes J, Sáiz Ruiz J, Montes JM et al. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. Revista Psiquiatría Salud Mental (Barcelona). 2008; 1:26-37.
4. Disability Rights International. Solicitud de medidas Cautelares- 334 pacientes del Htal Federico Mora (Guatemala). [Internet]. 2012. [Citado en octubre 2013]. Disponible en: [http://www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/Petici%C3%B3n-de-Medidas-Cautelares -Guatemala 334-pacientes-del-Hospital-Federico-Mora -DRI-y-ODHAG -version-final.doc](http://www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/Petici%C3%B3n-de-Medidas-Cautelares-Guatemala-334-pacientes-del-Hospital-Federico-Mora-DRI-y-ODHAG-version-final.doc)
5. de Irureta L, Maruelli B, Vazquez F, Vitale S. Mortalidad de personas internadas en los sectores “subagudos y crónicos” del Hospital Alejandro Korn, en el período 2007-2011. Publicado en “Jornadas Multidisciplinarias 2013. Hospital Dr. Alejandro Korn Melchor Romero”. La Plata; 2013
6. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de Nación. Estadísticas Vitales. Información Básica- Año 2011. Buenos Aires, Argentina. Dic. 2012.
7. Barrios Grillo E. La Mortalidad en la Esquizofrenia. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana; 2004; 1 (1).
8. Barrios Grillo E, Díaz Tamayo Saco M, Dueños Mojera D, Gonzalez Gonzalez M. La Muerte Súbita en los pacientes esquizofrénicos del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Rev Htal. Psiquiátrico de La Habana; 2008; 5 (2)
9. Cardeño Castro C, Restropo Bernal D. Complicaciones Médicas del Tratamiento Psiquiátrico [Internet]. 06-2010; CPE N° 46. [Citado en abril 2014]. Disponible en: http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/07/cpe_no46_artrev1.pdf
10. Heerlein Andrés. Tratamientos farmacológicos Antidepresivos. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 2002. [Internet]. [Citado en abril 2014]. Vol.40, suplemento 1.

- Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000500003&script=sci_abstract
11. OMS. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en atención primaria de la salud. [Internet]. [Citado en abril 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf
 12. Silva Paim Jairnilson. Modelos de Atenção À Saúde No Brasil. Río de Janeiro: Fiocruz; 2008
 13. Goffman Erving. INTERNADOS Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2001
 14. Wieja P, Romeo C, Melo M. Mortalidad en enfermos psiquiátricos internados. Informe epidemiológico. Revista Argentina Psiquiatría. 2001; XII: 149-157.
 15. Borenstein MS, Pereira VP, Ribas DL, Ribeiro AAA. Historizando a enfermagem a os pacientes em um hospital psiquiátrico. Rev. Bras. Enferm, Brasília (DF). 2003; 56(2):201-205.
 16. Terraza Nuñez R, Vargas Lorenzo I, Vazquez Navarrete ML. Gaceta Sanitaria. 2006; 20(6):485-95.
 17. Machado Lopes R, Vieira Da Silva LM, de Araujo Hartz ZM. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro. 2004;20(2):S283-S297.
 18. Ley 26657. [Internet]. 2011. [Citado en octubre 2013]. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
 19. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México: FCE, 1967
 20. Basaglia F. Utopía de la realidad. [Internet]. [Citado en mayo 2013]. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/la-utop%C3%AD-de-la-realidad>
 21. Donabedian A. Estructura, Proceso y Resultado de la atención sanitaria. Revista Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2001;16:S10.
 22. Giddens A. La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración. 2da ed- Buenos Aires: Amorrortu; 2011.
 23. Giddens A. Las nuevas reglas del método sociológico. Crítica positiva de las sociologías comprensivas. Buenos Aires: Amorrortu; 1993
 24. Campos, GWS. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. Cuadernos Médicos Sociales. 1993; 65-66.

25. Cohen E, Franco R. Evaluación: concepto y especificidad. En Evaluación de Proyectos Sociales. Buenos Aires: ILPES/ONU-CIDES/OEA Grupo editor latinoamericano. 1988; 59-73
26. Ballart X. ¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación y estudio de caso. Madrid, Ministerio para las Administraciones Públicas. 1992; V.
27. Araujo Hartz SM, Vieira Da Silva LM. Evaluación en salud. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud. Buenos Aires: Lugar, 2009
28. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Revista Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2001; 16:S29-S38.
29. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas. Guías alimentarias para la población argentina. Buenos Aires; 2003
30. Código Alimentario Argentino. Capítulo XII. [Internet]. [Citado en abril 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/CAPITULO_XII.pdf
31. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); 2006.
32. ProNCEZ. Toxoplasmosis. [Internet]. [Citado en abril 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/zoonosis/index.php/informacion-para-adolescentes/zoonosis-parasitarias/toxoplasmosis>
33. Hay RJ. Micosis profundas. En Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Ed. Panamericana. 2001;3(208).
34. ProNCEZ Hidatidosis. Guía para el equipo de salud. [Internet]. 2009. [Citado en abril 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/zoonosis/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/hidatidosis>
35. Wilson DC, King L E. Mordeduras y picaduras de artrópodos. En Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Ed. Panamericana. 2001;3(240).
36. SAME. Reanimación Cardiopulmonar Básica. Programa de Docencia e Instrucción permanente. 2011; 55-62.
37. Protocolo NAC (Neumonía adquirida de la comunidad). Hospital Alejandro Korn. Avalado por Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires. 2013.
38. Luna MC, Calmaggi A, Carbeloto O et al. Neumonía adquirida de la comunidad. Guía práctica elaborado por Comité Intersociedades. Buenos Aires. 2003; 63:319-343
39. SATI. Definiciones. [Internet]. 25/9/2006. [Citado en abril 2014] Disponible en: www.sati.org.ar/files/shock12003_comité_de_sepsis_consenso.pdf

40. Criterios diagnósticos de sepsis. [Internet]. 20/1/2013. [Citado en febrero de 2014].

Disponible en:

<http://www.intramed.net/userfiles/2013/file/Criterios%20diagn%C3%83%C2%B3sticos%20de%20sepsis-1.pdf>

41. Sociedad Europea de Cardiología. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica. [Internet] Versión corregida 3/3/2010. [Citado en octubre 2013]. Disponible en:

http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13129755&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=33&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v61n12a13129755pdf001.pdf

APENDICES

APENDICE A – PLANILLA DE DIETAS	103
APENDICE B – OBSERVACION EN LA SALA	104
APENDICE C – ENCUESTA PARA ENFERMERAS/OS	105
APENDICE D – ENCUESTA PARA PACIENTES	109

APENDICE A - PLANILLA DE DIETAS

Semana Nro: Sala:	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Desayuno							
Almuerzo							
Merienda							
Cena							

Consumo adecuado de carne	Si- No						
Consumo adecuado de Frutas y verduras	Si- No						
Consumo adecuado de lacteos	Si- No						
Consumo de huevos	Si- No						
Consumo de pan (cantidad)							

Semana Nro: Sala:	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Desayuno							
Almuerzo							
Merienda							
Cena							

Consumo adecuado de carne	Si- No						
Consumo adecuado de Frutas y verduras	Si- No						
Consumo adecuado de lacteos	Si- No						
Consumo de huevos	Si- No						
Consumo de pan (cantidad)							

Semana Nro: Sala:	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Desayuno							
Almuerzo							
Merienda							
Cena							

Consumo adecuado de carne	Si- No						
Consumo adecuado de Frutas y verduras	Si- No						
Consumo adecuado de lacteos	Si- No						
Consumo de huevos	Si- No						
Consumo de pan (cantidad)							

Semana Nro: Sala:	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Desayuno							
Almuerzo							
Merienda							
Cena							

Consumo adecuado de carne	Si- No						
Consumo adecuado de Frutas y verduras	Si- No						
Consumo adecuado de lacteos	Si- No						
Consumo de huevos	Si- No						
Consumo de pan (cantidad)							

Semana Nro: Menú teórico	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Desayuno							
Almuerzo							
Merienda							
Cena							

Consumo adecuado de carne	Si- No						
Consumo adecuado de Frutas y verduras	Si- No						
Consumo adecuado de lacteos	Si- No						
Consumo de huevos	Si- No						
Consumo de pan (cantidad)							

APENDICE B - OBSERVACION EN LA SALA

SALA:

Recipientes para basura		
Sector	Cantidad	Observaciones
Comedor		
Cocina		
Habitaciones		
Patio		
Baño		

Baños	
Con Puertas	Sin puertas
Jabón	Sí- No

Inodoros limpios	Inodoros sucios

Marcar con X

Espacios de privacidad	
En baños	Si- No
En habitaciones	Si- No
Otros	

Animales	Habitaciones	Comedor	Cocina
Gatos			
Palomas			
Perros			
Chinches			

Marcar con X

APENDICE C - ENCUESTA PARA ENFERMERAS/OS

SALA:

A. Condiciones de Higiene en la Sala

1. ¿Hay ratas en la sala actualmente? Si NO
Si la respuesta es negativa: ¿Hubo presencia de ratas en el último mes? SI NO

2. ¿Cada cuánto tiempo se retiran las bolsas de basura de la sala?

Más de una vez por día
Una vez por día
Menos de una vez por día
Pasan más de dos días sin que se retire

3. ¿Hay responsables de la limpieza en cada turno? SI NO
Si la respuesta es positiva: ¿Quiénes son las/los responsables por turno?

Personal de maestranza
Enfermeras/os
Pacientes
Otros

4. ¿Cuántas veces por día se realiza la limpieza?

5. En general, ¿Cada cuánto tiempo se bañan las/los pacientes en verano?

Todos los días
Día por medio
Dos veces por semana
Una vez por semana o menos

¿Y en invierno?:

Todos los días
Día por medio
Dos veces por semana
Una vez por semana o menos

6. ¿Dónde se cambian las/los pacientes luego de bañarse?

Baño
Habitación
Comedor
Otro

7. ¿Con qué lugares se cuenta en la sala para que pueda cambiarse en intimidad?

8. ¿Hay en este momento agua caliente en los baños? SI NO

¿Hay generalmente agua caliente en los baños? SI NO

9. ¿Hay jabón en el baño habitualmente? SI NO

10. ¿Cómo es el estado de higiene de los inodoros?

Están generalmente limpios

Están generalmente sucios

11. ¿Utilizan las/los pacientes el baño del patio? SI NO

Si la respuesta es sí, cada cuánto tiempo se limpia dicho baño

Más de una vez por día

Una vez por día

Menos de una vez por día

B. Coordinación Asistencial

Con CAPeR

12. ¿Cómo transmite información al CAPeR sobre un paciente que debe ser atendido en dicho consultorio cuando lo considera necesario?

De manera presencial

Por medio de Historia Clínica

Por teléfono

Por intermediario

Quién?

Otros

13. ¿Cómo recibe información sobre la conducta a seguir sobre pacientes que han sido atendidos en el CAPeR y requieren de los cuidados de enfermería?

De manera presencial

Por medio de Historia Clínica

Por teléfono

Por intermediario

Quién?

Otros

Con guardia

14. ¿Cómo se transmite la información a la guardia sobre pacientes que requieren una atención de urgencia?

De manera presencial
 Por medio de Historia Clínica
 Por teléfono
 Por intermediario
 Quién?
 Otros

15. ¿Cómo se transmiten las pautas a seguir en la sala cuando un paciente es atendido en guardia y vuelve?

De manera presencial
 Por medio de Historia Clínica
 Por teléfono
 Por intermediario
 Quién?
 Otros

Con Especialistas

16. Cuando es preciso realizar consultas o seguimientos con especialistas del Pabellón V, ¿cómo se les transmite la información sobre un paciente?

De manera presencial
 Por medio de Historia Clínica
 Por Hoja de Interconsulta
 Por teléfono
 Por intermediario
 Quién?
 Otros

17. ¿Cómo llega a la sala la información sobre la conducta a seguir con un paciente luego que realizó interconsulta con especialista?

De manera presencial
 Por medio de Historia Clínica
 Por Hoja de Interconsulta
 Por teléfono (llamada del especialista)
 Por intermediario
 Quién?

Instrumentos de Información

18. El teléfono para comunicarse desde la sala con otros servicios:

Es muy utilizado
 Es utilizado
 Es poco utilizado

19. ¿Utiliza el mail para transmitir o recibir información sobre pacientes con integrantes de otros servicios? SI NO

20. ¿Participa de Ateneos sobre problemas de salud de pacientes de la sala? SI NO

21. ¿Considera que las Historias Clínicas sirven para obtener información sobre las/los pacientes? SI NO Parcialmente

22. ¿Entiende generalmente lo que se le transmite por escrito en las historias clínicas?

Generalmente SI Generalmente NO

23. ¿Tiene posibilidad de aclarar las dudas que le quedan sobre las conductas a seguir con pacientes atendidos por otros servicios? SI NO

Si la respuesta es sí, cómo lo hace?

Llamando a quién da la indicación

Llamando a intermediario

Quién?

Presencialmente

Otros

C. Conocimientos sobre RCP

24. ¿Conoce cuáles son las maniobras de RCP? SI NO

25. ¿Ha recibido capacitación al respecto en los últimos 3 años? SI NO

26. ¿Ha tenido que realizar maniobras de RCP? SI NO

27. ¿Sabe hacer la maniobra de Hemlich? SI NO

28. ¿Ha realizado alguna vez dicha maniobra? SI NO

29. ¿Hay pacientes capacitados para realizar maniobra de RCP? SI NO

APENDICE D - ENCUESTA PARA PACIENTES

Sobre Condiciones de Higiene en la sala:

1. ¿Hay ratas en la sala actualmente? Si NO
2. ¿Hay responsables de la limpieza de la sala en cada turno? SI NO
Si la respuesta es positiva: ¿Quiénes son las/los responsables por turno?

Personal de maestranza
Enfermeras/os
Pacientes
Otros

4. ¿Cuántas veces por día se realiza la limpieza?
5. En general, ¿Cada cuántos días en la semana se baña en verano?
Todos los días
Día por medio
Dos veces por semana
Una vez por semana o menos

¿Y en invierno?:
Todos los días
Día por medio
Dos veces por semana
Una vez por semana o menos

6. Cuántas veces le parece necesario bañarse en verano
Todos los días
Día por medio
Dos veces por semana
Una vez por semana o menos

¿Y en invierno?:
Todos los días
Día por medio
Dos veces por semana
Una vez por semana o menos

6. ¿Dónde se viste habitualmente luego de bañarse?

Baño
Habitación
Comedor
Otro

7. ¿Si quiere vestirse en un lugar en el que esté sola/o, hay algún sitio en el que pueda hacerlo?

8. ¿Hay en este momento agua caliente en los baños? SI NO

¿Hay generalmente agua caliente en los baños? SI NO

9. ¿Hay jabón en el baño habitualmente? SI NO

10. ¿Cómo es el estado de higiene de los inodoros?

Están generalmente limpios

Están generalmente sucios

11. ¿Se utilizan habitualmente los baños del patio? SI NO

Si la respuesta es sí, cada cuánto tiempo se limpia dicho baño

Más de una vez por día

Una vez por día

Menos de una vez por día

ANEXOS

ANEXO I – Nota de autorización del Comité de Docencia en Investigación	112
ANEXO II – Mosaico de Menús de Verano	113
ANEXO III – Mosaico de Menús de Invierno	117