

Resumen

Título: SANTOTO, RELATO DEL ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES CON ECNT EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID 19 EN GUARDIA DE SAMCO DR.R NANZER, SANTO TOME, 2022
Autor: Armignago Luciana M.
Lugar: Samco Dr.R Nanzer Azcuenaga 3500, Santo Tomé CP.3016. luarmignago@hotmail.com
Tipo de Investigación: "Relato de experiencia"
Inédito
Categoría temática: Clínica ampliada
Las ECNT constituyen uno de los mayores retos que afrontan los Sistemas de Salud a nivel mundial. A esta problemática, se le sumó una enfermedad infectocontagiosa viral emergente, el Covid-19, que evidenció elevar la tasa de mortalidad de las mismas. El abordaje de dicha problemática implica la promoción de la salud integral, la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la vigilancia de los factores de riesgo. En el desarrollo del relato revisaré el abordaje de la atención y evolución de usuarios con ECNT, por medio de relato de experiencia en guardia de efector de segundo nivel de atención, más precisamente, el SAMCo -Sistema para la Atención Médica de la Comunidad- Dr. R. Nanzer de la ciudad de Santo Tomé, Provincia de Santa Fe, Argentina. El protagonista del relato es un varón de 42 años, con antecedentes de DBT, insulino requirente desde su debut hace 6 años, con cardiopatía isquémica, quien transcorre su problemática de salud atravesado por diferentes condiciones de vulnerabilidad.
Palabras Claves: ECNT, problemática de salud, estrategias, Guardia, Covid-19

“SANTOTO, RELATO DEL ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES CON ECNT EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19 EN GUARDIA DE SAMCo Dr. R. NANZER”

Relato de experiencia

Trabajo Inédito

Área: Clínica Ampliada

Autor: Armignago Luciana María, médica generalista que finalizó la residencia en Med. Gral. y Familiar en Junio 2018. Luego continúe trabajando en Centro de Salud y Guardia de efector de Segundo Nivel de atención.

DNI: 29221058

Localización: Santo Tomé

Dirección: Azcuénaga 3500

Email: luarmignago@hotmail.com

Teléfono: 341-153611612

Modalidad de Presentación: Power Point

Santo Tomé, 26 de Octubre de 2022

“SANTOTO, RELATO DEL ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES CON ECNT EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19 EN GUARDIA DE SAMCo Dr. R. NANZER”

Introducción

¹Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen uno de los mayores retos que enfrentan los Sistemas de Salud a nivel mundial. La morbilidad y mortalidad por ECNT se incrementa a lo largo de los años, no solo debido al envejecimiento poblacional al aumentar la expectativa de vida a nivel global, sino también en edades activas. A esta problemática se le sumó desde 2020 una enfermedad infectocontagiosa viral emergente, Covid-19, que elevó la mortalidad por las ECNT en muy corto tiempo.

Desde el año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta sobre el incremento de las ECNT para la presente década que comenzó. Teniendo en cuenta las siguientes razones: las tasas de incidencia, la contribución a la mortalidad general -por ser la causa más frecuente de discapacidad-, por el costo elevado de hospitalización, el de su tratamiento médico y también el de su posterior rehabilitación. Su emergencia como problema de salud pública sigue siendo el resultado de varios factores: cambios sociales, culturales, políticos y económicos, que modificaron y afectaron el estilo y condiciones de vida de la población.

El abordaje de dicha problemática implica la promoción de la salud integral y la reducción de los riesgos, así como la prevención, el tratamiento y la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Este proceso se ha visto afectado en el último año por la aparición de un nuevo virus emergente: el SARS-Cov 2 o Covid-19. La mayor mortalidad de los casos se observa en pacientes portadores de ECNT, sobre todo mayores de 60 años.

En el desarrollo del relato revisaré el abordaje de la atención y evolución de pacientes con ECNT, por medio de relato de experiencia en Guardia de efector de 2do Nivel de Atención, SAMCo -Sistema para la Atención Médica de la Comunidad- Dr. R. Nanzer de la ciudad de Santo Tomé, Provincia de Santa Fe.

El objetivo será apuntar a la generación de estrategias de planificación para favorecer el reconocimiento y apropiación por parte de la población de las ECNT.

Objetivos

A través de la descripción de una situación problemática en particular, visibilizar la complejidad del abordaje y seguimiento de ECNT en la Guardia de un hospital de Segundo Nivel de complejidad con la aparición de la pandemia.

Planificación

La construcción de este relato de experiencia surgió a partir de interrogantes que emergieron y quedaron resonando en el transcurrir del trabajo diario, y en un contexto en particular, el de la pandemia de Covid-19, que no nos permitía desde los equipos de salud parar unos minutos para poder repensar nuestras prácticas, priorizando la urgencia.

Transcurriendo este nuevo contexto, decidí plasmar esos interrogantes a través de la descripción de este relato. Para el armado del mismo, empecé guardando historias clínicas de las consultas en Guardia, que junto con datos de los sistemas informáticos de registros (Diagnose), permitieran la interpretación y reflexión a partir de las mismoas.

En el reconocimiento de las diferentes situaciones problemáticas que se presentaron en la guardia, decidí seleccionar las que describiré más adelante.

Una de las estrategias pensadas fue la de generar encuentros con integrantes de otros servicios que conforman parte de la institución y de la red local de salud de Santo Tomé, para favorecer de esta manera la accesibilidad de los pacientes y definir mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Otra estrategia diagramada fue la de armar junto a los residentes de medicina general y familiar un relevamiento de la población de mayor riesgo clínico y vulnerabilidad social.

Evaluación de la Experiencia

En la construcción de este relato, una de las características comunes que surgieron de la situación problemática fue la falta de vínculo con un profesional, la ausencia en el tiempo de consultas con un mismo profesional que pueda abordar el asunto desde una mirada clínica y considerar, a su vez, la interconsulta con otro profesional, así como también las dificultades en el tratamiento no farmacológico -como puede ser la alimentación saludable-, sosteniéndose el circuito de farmacia.

Otra característica a remarcar, durante la primera etapa de pandemia y en lo que refiere al seguimiento de ECNT, es que se suspendieron los controles. Tanto en el Primer

como en el Segundo Nivel se acordó simplemente la entrega de medicación, retomándose las consultas posteriormente a la vacunación de los grupos de riesgo. Así fue que identificamos el incremento de consultas en Guardia de pacientes con Crisis HTA, Hiperglicemia, IAM, ACV, Crisis Asmáticas y exacerbación de EPOC. En los pacientes coincidían el miedo y la incertidumbre, como también el abandono de la medicación por no haberse acercado a los efectores a recogerlas.

Cabe destacar que las inversiones sanitarias se concentraron en las terapias intensivas, priorizando en ellas tanto el recurso humano como las herramientas de alta complejidad.

Descripción

Paciente iniciales M.B., varón de 42 años al día de hoy, en diciembre del 2020 consultó por Guardia atravesando un cuadro de deshidratación.

Alfabetizado, ya que según los registros completó sus estudios primarios. Su ocupación es albañil, no cuenta con ingresos económicos de planes sociales, tabaquista de 20 paquetes al año. Reside en vivienda de material con baño en su interior y agua de red.

Respecto a los antecedentes familiares, su madre está viva y sabe que es HTA, y su padre también vivo, del cual desconoce antecedentes y no tiene vínculo. Tiene dos hermanos varones.

Antecedentes Patológicos: diabético tipo II, insulino requirente desde el inicio, con debut hace 6 años, cardiopatía isquémica, revascularizado hace 5 años, con utilización de la medicación preventiva de manera irregular. Estas características, junto al tabaquismo y otras, definen que M.B. se considera con un Muy Alto Riesgo Cardiovascular.

En la descripción de la problemática tuve en cuenta diferentes datos, como las consultas en guardias, las cuales tienen dos motivos recurrentes, que se resumen en cuadros de descompensación metabólica y la solicitud de aplicación o corrección de Insulina.

También recolecté datos y evolución de las internaciones transcurridas en el SAMCo, de las cuales resaltan los siguientes registros:

- Primera internación (8/3/21): consulta en Guardia por síntomas de insulinopenia, refiere abandono de medicación de 72hs. Se decide internación para control metabólico y seguimiento evolutivo. La misma fue de 48 hs y luego de realización de Ecocardiograma, el cual informaba estudio compatible con normalidad, y laboratorio dentro

de parámetros normales, se considera alta hospitalaria con pautas de alarma, educación diabetológica y control en 48 hs.

- Reingreso (17/3/21): control de HGT 445mg/dl, se explica que tiene indicación de internación, pero el paciente refiere imposibilidad de quedarse internado. Recibe las mismas pautas que en internación anterior y nuevo control por sala. Transcurre el período de internación, y los controles y seguimientos son realizados por equipo de Guardia y sala internación. MB no pudo y no se planteó hasta el momento evolución por cardiología ni endocrinología.

- Tercera Internación (17/5/21): consulta por Guardia, se realiza HGT 681.2. Sin controles de salud posteriores al alta. Tampoco se encontró registro de consultas por consultores externos, ni figuran registros en Sicap de atenciones en centro de salud.

Durante dicha internación, además del control metabólico se realizó tratamiento por cuadro de Escabiosis, también se reciben resultados de serologías varias, anticuerpos, HbA1 Glicosilada. Transcurridas 48 hs se decide nuevamente alta hospitalaria. Entregan una copia de Epicrisis, donde citan a nuevo control por sala de internación para el 20/5/21 y turno para Cardiología y Endocrinología el mismo día.

Posteriormente, las consultas registradas son de endocrinología, una con fecha 29/7/21 y otra el 5/8/21.

Surgen a partir del caso los siguientes interrogantes:

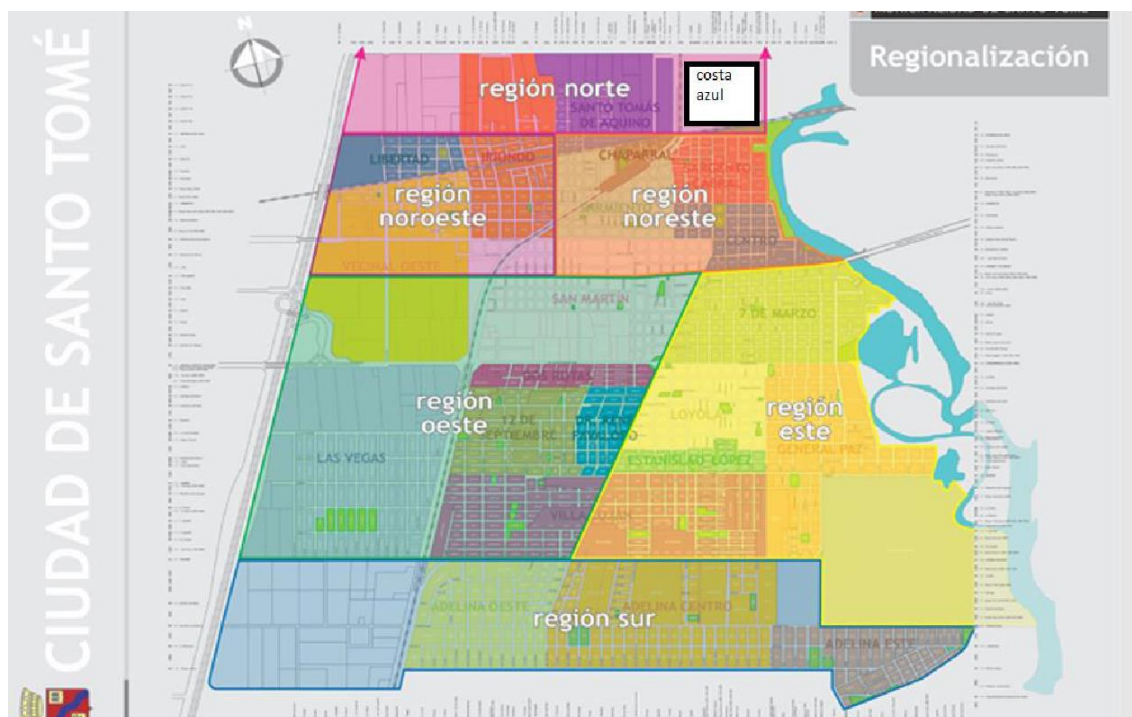
- ¿Hubo un Proyecto Terapéutico planteado para el usuario?
- ¿Cómo puede M.B. realizar una alimentación específica para diabéticos, si sus ingresos económicos son escasos, y con dificultades para sostener en el tiempo?
- ¿Tiene M.B. una red familiar que pueda acompañarlo?

Ubicación y Contextualización

El trabajo surgió en el contexto de pandemia Covid-19, teniendo como referencia las atenciones realizadas desde diciembre del 2020 hasta septiembre del 2022 en el efector de Segundo Nivel de Atención de la ciudad de Santo Tomé, Provincia de Santa Fe, Argentina.

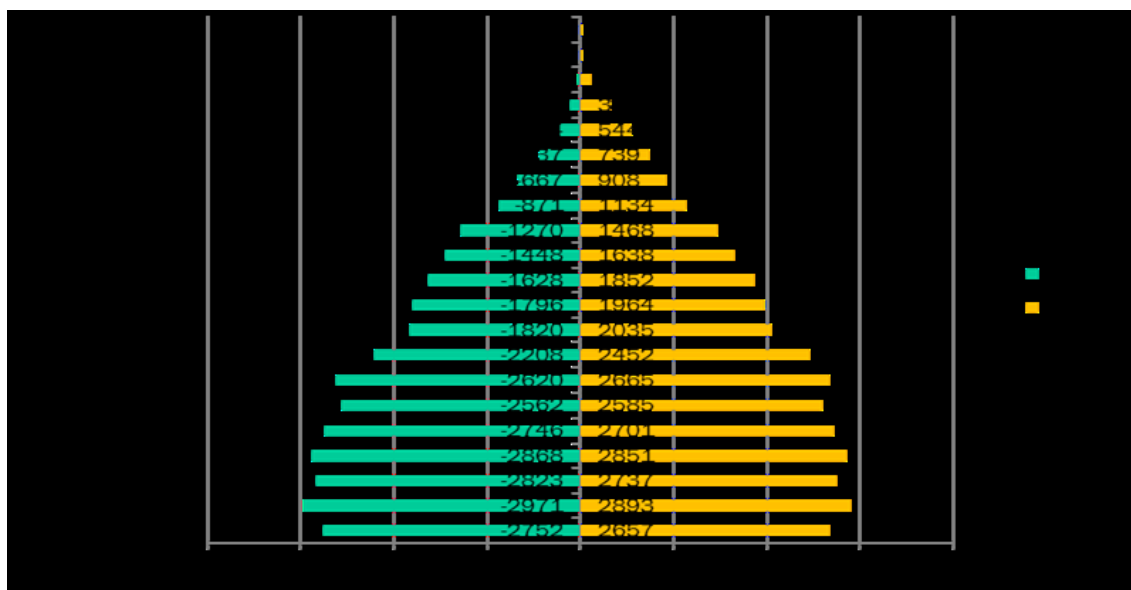
Para contextualizar, Santo Tomé ⁵ es una ciudad del departamento La Capital de la Provincia de Santa Fe. La misma forma parte del área metropolitana de Santa Fe, a 4 kilómetros de la ciudad capital, lo que posibilita una red de intercambios y ofertas de servicios entre ambas ciudades.

Según datos del Censo 2010, Santo Tomé cuenta con una población total de 66.133 habitantes, siendo la población urbana de 61.200 habitantes y el resto repartidos en el distrito urbanizado especial, barrios privados y población rural y suburbana, distribuidos en zonas linderas a la costa. En el extremo norte y en el área noroeste de la ciudad, limita con campos.



Dada la alta tasa de crecimiento poblacional de la ciudad de Santo Tomé, se calculó en 2015 un total de 80.000 habitantes (INDEC), con una tasa bruta de natalidad de 10.3%.

Se observa en la siguiente imagen la pirámide poblacional de la ciudad en inicio de transición demográfica con disminución de la natalidad, esto también se presenta de modo similar en la Provincia de Santa Fe. Se realizó un análisis comparativo provincial con censos del año 1960 y 2010, y éstos pusieron en evidencia que la composición interna de la población marca tendencia hacia aumento de los habitantes longevos y disminución de la población joven.



(Imagen de pirámide poblacional, Fuente: INDEC)

Sistema de Salud

El sistema de salud está constituido por un efector de Segundo Nivel de Atención, el SAMCo -Sistema para la Atención Médica de la Comunidad- Dr. R Nanzer, que cuenta con Guardia general las 24 hs en los siete días de la semana, sala de internación general, consultorios externos, servicio de radiología, ecografía y mamografía y laboratorio. Remarcando que este último se sostiene 24 hs a partir de la pandemia.

El Primer Nivel de Atención, en tanto, es de siete Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos a lo largo de la ciudad. Los pobladores de zonas rurales se trasladan largas distancias para acceder a la atención, y se dirigen ya sea caminando, en bicicletas o en motocicletas.

Desde ambos niveles se articula con el tercer nivel de referencia: el Hospital J.M. Cullen de la ciudad de Santa Fe para patologías en adultos, Hospital de Niños O. Alassia para menores de edad, Hospital Mira y López para patologías psiquiátricas que no se puedan abordar en el Segundo Nivel, Laboratorio Central, Hospital Iturraspe Nuevo y CEMAFE (Centro de Especialidades Médicas de Santa Fe) para interconsultas de forma ambulatoria. Los pacientes deben trasladarse por sus propios medios a la ciudad de Santa Fe.

El sector privado, en tanto, está constituido por un Sanatorio de Servicios Médicos.

Marco Teórico

Epidemiología

Las ECNT representan más del 75% de las muertes a nivel nacional, y afectan predominantemente a la población en situación de mayor vulnerabilidad. (1)

Los datos de la última “Encuesta Nacional de Factores de Riesgo” (ENFR) reflejan un aumento del sobrepeso y la obesidad del 61,6% a lo largo de las ediciones de dicha estrategia, los cuales son factores de riesgo silenciosos que inciden directamente en el desarrollo de ECNT.

Según las estadísticas de la OMS, por otra parte, más de 40 millones de personas mueren anualmente por ECNT, y son las principales causas de fallecimiento, las enfermedades cardiovasculares (17,7 millones cada año), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones).

Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

También conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Principales tipos ECNT: enfermedad cardiovascular (cerebrovascular y cardíaca), cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas (1).

Según la OMS, estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT.

²Teniendo en cuenta la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), de la misma surge que la Argentina no escapa al aumento mundial de prevalencia de diabetes mellitus (DM). En 2017, la DM fue responsable de 8893 muertes, y el 72.4% de las muertes se produjo entre los 55 y 84 años. En relación a las complicaciones, las personas con DM presentan un riesgo de 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.

La diabetes mellitus (DM) se presenta como una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso y obesidad, favorecidos por malos hábitos, sumado al crecimiento y envejecimiento de la población a nivel global. Dentro de las principales causas de muerte se encuentran las complicaciones cardiovasculares.

La aparición de DM tipo 2 suele ser lenta, siendo frecuente que transcurra un largo periodo asintomático. Esto causa que la mitad de las personas con DM2 se encuentren sin diagnóstico, lo cual aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones. La DM no

diagnosticada o mal controlada conduce a complicaciones, como así también a mortalidad prematura.

El diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado disminuye las complicaciones.

La prevalencia de diabetes o glucemia elevada por autorreporte también aumentó de 9,8% a 12,7% entre la ENFR 2013 y ENFR 2018, en concordancia con el crecimiento de la obesidad. La prevalencia combinada de diabetes fue del 10,9%.

La realización por primera vez de un score de predicción de riesgo de diabetes muestra que casi un 20% de la población presenta alto o muy alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2) a 10 años (2).

Clinica Ampliada (teniendo en cuenta los aportes de F. Basaglia y S. Campos)

Basaglia propone repensar políticas y prácticas en salud, el aporte puede sintetizarse a partir de la siguiente frase: “Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, el enfermo, es la persona el objeto de trabajo, y no la enfermedad. De esta manera el mayor énfasis no se pone en el “proceso de cura” sino en el procesos de invención de la salud y de la reproducción social del paciente” (Amarante, 1996) (3).

Servicios para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCo)

³Creados mediante la Ley Provincial N°6312/67 y su Decreto Reglamentario N°04321/67, su finalidad es la de trasladar a la comunidad los servicios médicos curativos y preventivos cuya prestación realiza directamente el Estado.

Art. 2 del Decreto: detalla que el objeto que se pretende lograr es dar intervención a la comunidad en la solución de los problemas que interesan a la misma, mediante la participación tendiente al logro de una eficaz y económica prestación de los servicios médicos en beneficio de toda la población.

Art.4 del Decreto: Establece 3 categorías de personas en condiciones de asistir, a saber (4):

- a. Quienes no están en condiciones de afrontar los gastos que demande su curación.
- b. Quienes pueden afrontar parcialmente dichos gastos.
- c. Quienes pueden afrontar totalmente los gastos de su tratamiento.

Guardia vs Estrategia de APS

Guardia: se lo conoce como el servicio donde se da respuesta a las Urgencias y Emergencias. Pero con la información del relato y teniendo en cuenta el desarrollo de la práctica diaria, es que tenemos considerar a la Guardia como componente de la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

⁴Atención Primaria de Salud (APS): la APS es un medio práctico para poner al alcance de los individuos y familias de las comunidades la asistencia indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación. Ese concepto ha evolucionado con los años, gracias a la experiencia en materia de servicios básicos de salud. Pero la APS es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud, abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud (5).

Síntesis

El abordaje de ECNT es complejo, sumado a un contexto caracterizado por determinantes sociales, económicas, políticas y médicas, las cuales estaban atravesadas por la situación particular de un tiempo prolongado de aislamiento e incertidumbre. Estas características contribuyeron a complejizar la problemática de salud.

El relato busca visibilizar los factores que incidieron en el planteamiento de un proyecto terapéutico para el usuario M.B., y no significa que también pueda caracterizar o ser trasladable a otras problemáticas de salud.

Ítems que describen lo reflexionado:

- Dificultades en el seguimiento de la evolución de ECNT, resaltando la ausencia de longitudinalidad.
- Debido al miedo y la incertidumbre, los usuarios manifestaban el abandono de la medicación.
- Las condiciones de vulnerabilidad.

Finalizando el relato, quiero retomar uno de los objetivos de la estrategia de APS junto con la clínica ampliada, para proponer repensar los procesos de atención de los usuarios que concurren a la Guardia así como también a los consultorios externos del SAMCo, para lo cual sugiero a los integrantes del equipo ampliar la mirada y no naturalizar o quedarnos solamente con las tareas y metodologías que ya se vienen realizando.

Bibliografía

1. Secretaría de Gobierno de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos Octubre de 2019 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) – Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
2. Nación AM de S. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención. En: Guías de práctica clínica; OPS; 2017. [acceso 10 de octubre 2022].
3. Ley Provincial de Creación de Servicios para la Atención Médica de la Comunidad. Nro. 6312/67 (02 de Mayo 1967). Decreto reglamentario N°04321/67 (23 de Junio 1967).
4. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Declaración de Alma Ata. Atención Primaria de la Salud. Año 1978 [acceso el 1 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
5. Municipalidad de Santo Tomé [Internet]. Gob.ar. [citado el 16 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.santotome.gob.ar/turistas_y_visitantes/datos_generales/poblacion