



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS
Calles 27 y 70. La Plata. Prov BA. Argentina

Esta es una publicación realizada por la Sala de Epidemiología Hospitalaria conjuntamente con el Área de Comunicación..

Año 2 Nº 5 Marzo/ Abril 2018

⇒ **SECCIÓN EPIDEMIOLOGÍA: Violencia de género: Un problema de Salud Pública.
Día mundial de la tuberculosis.**

⇒ **SECCIÓN CARDIOLOGÍA: Programa de rehabilitación cardiovascular.**

SECCIÓN EPIDEMIOLOGÍA

VIOLENCIA DE GÉNERO: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

SOBRE EL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

En la actualidad, la violencia de género constituye un grave problema de salud que no sólo impide el desarrollo personal, familiar, social y profesional de la mujer en condiciones de libertad, dignidad e igualdad, sino que más aún, supone un atentado contra su integridad y contra su propia vida. En 1998, la OMS declaró la violencia contra la mujer como prioridad internacional para los servicios sanitarios, consciente del importante papel que desempeñamos como profesionales de la salud en su detección y abordaje. Asimismo la OPS la considera como causa significativa de morbilidad femenina.

En Argentina, un total de 44 mujeres murieron a manos de un hombre en los dos primeros meses del año, según datos difundidos por el Movimiento de mujeres de la Matria Latinoamericana (MuMaLa), por lo que una mujer fue asesinada cada 30 horas. Al analizar el perfil de los femicidios que han tenido lugar este año, el informe muestra que el 86 % de ellos fueron cometidos por hombres del círculo íntimo y conocidos de la víctima, mientras que el 7 % lo cometieron extraños y de otro 7 % no se dispone de datos. Con respecto a las edades, el 21 % de las fallecidas eran jóvenes de entre 15 y 25 años y el 9 % del total fueron violadas y abusadas.

Asimismo señalaron que el 18 % de las víctimas de femicidios realizaron denuncias previas y el 12 % tenía alguna medida de protección.

Sumado a esto, la experiencia cotidiana de vigilancia epidemiológica realizada por el Área de Epidemiología en el Servicio de Emergencias del Hospital evidencia un aumento paulatino de registros por violencia de género. Cada vez son más los casos que se presentan en las consultas, pero no todos son visualizados como problema referido a



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS
Calles 27 y 70. La Plata. Prov BA. Argentina

violencia de género en cualquiera de sus manifestaciones. El Servicio Social como Salud Mental y el Servicio de Ginecología reciben interconsultas generalmente del Servicio de Emergencias y eventualmente de algún otro. A su vez detectan un porcentaje significativo de casos por demanda directa.

De acuerdo a esta situación es imprescindible que el equipo de salud incluya en el modelo de atención la identificación e intervención de la violencia de género como determinante de las problemáticas de salud de la población.

Es por ello que en el 2017 se presenta en el hospital para su implementación el Protocolo de intervención y vigilancia epidemiológica en situaciones de violencia de género. El mismo es producto del trabajo conjunto entre los Servicios de Salud Mental, Servicio Social, Ginecología y el Área de Epidemiología Hospitalaria. Se enmarca dentro del conjunto normativo que comprende la Ley Nacional Nº 26485 “de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, recomendaciones y declaraciones internacionales, como así también los protocolos vigentes del Ministerio de Salud.

Establece como horizonte mejorar la accesibilidad y calidad de atención a mujeres víctimas de violencia de género y se plantean como objetivos identificar y caracterizar las formas en las cuales la violencia de género provoca daños en la salud de las mujeres que demandan atención en nuestra institución; establecer criterios interdisciplinarios de atención y seguimiento de estos casos; formalizar un registro y vigilancia epidemiológica activa.

El trabajo cotidiano demuestra que se trata de un abordaje que requiere además de formación y de recursos especializados, de la coordinación con otros servicios, instancias judiciales y redes institucionales, lo cual es un reto que necesita ser trabajado.



DÍA MUNDIAL DE LA TBC

El 24 de marzo se conmemora el día mundial de la lucha contra la Tuberculosis (TB). Este evento anual recuerda la fecha en 1882 cuando el Dr. Robert Koch anunció que había descubierto el *Mycobacterium tuberculosis*, el bacilo que causa la TB. Aunque hablamos de una patología que se puede prevenir y curar, muchas personas todavía sufren por esta enfermedad. Cualquiera puede contraer la tuberculosis y nuestros actuales esfuerzos para detectar y tratar los casos de infección



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS
Calles 27 y 70. La Plata. Prov BA. Argentina

latente y los de enfermos no son suficientes. Se sigue sin diagnosticar correctamente y a menudo los profesionales de atención médica "no piensan que puede ser tuberculosis".

La OMS se impuso metas específicas establecidas para la "Estrategia Fin a la Tuberculosis" que consisten en reducir su mortalidad en un 90%, y su incidencia (nuevos casos anuales) en un 80% de aquí a 2030, en comparación con las cifras de 2015. En el informe anual 2017 en forma resumida se exponen los siguientes datos:

- Es la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas, por encima del VIH/SIDA. En el 2016 1.3 millones.
- Su incidencia estimada fue de 10,4 millones, ahora bien, se notificaron solo 6,3 millones de nuevos casos de TB, lo que equivale al 61% de la incidencia estimada. Se calcula que 1,9 millones eran atribuibles a la desnutrición, 1,0 millones a la infección por el VIH, 0,8 millones al tabaquismo y 0,8 millones a la diabetes. El 90% eran adultos y el 65% del sexo masculino, el 10% eran personas infectadas por el VIH (74% en África) y el 56% vivían en cinco países: India, Indonesia, China, Filipinas y Pakistán.
- En referencia al resultado del tratamiento se muestra una tasa mundial de éxito terapéutico del 83%, similar en los últimos años.
- En 2016 hubo 600.000 nuevos casos resistentes a la rifampicina (TB-RR), el fármaco de primera línea más eficaz; 490 000 de ellos tenían TB multirresistente (TB-MR). Cerca de la mitad (47%) de estos casos se produjeron en la India, China y la Federación de Rusia. Se inició tratamiento farmacorresistente a solo 129.689 casos, lo que representa un 22% de la incidencia estimada lo que determina una caída en el éxito de tratamiento al 54%
- Se notificaron 476.774 casos de TB en pacientes VIH+ (46% de la incidencia estimada), de los cuales solo el 85% estaban en tratamiento con antirretrovirales.
- El tratamiento profiláctico de la TB (quimioprofilaxis) está en expansión, sobre todo en los dos grupos de riesgo prioritarios: infectados por el VIH y menores de 5 años. Sin embargo, la mayoría de los candidatos a dicho tratamiento no están teniendo acceso a él.
- La financiación de la atención y la prevención de la TB llegaron en 2017 a los US\$ 6.900 millones, esto significó un aumento de US\$ 600 millones con respecto al 2016, aun así se estima que existe una brecha de US\$ 2.300 millones para cubrir las necesidades. El 84% de esta inversión fue proporcionado por fuentes nacionales.

- Las buenas noticias vienen de la mano de la investigación y el desarrollo. Hay 17 fármacos antituberculosos en ensayos clínicos, ocho son compuestos nuevos y siete son reconvertidos. Además, hay 12 vacunas candidatas en diferentes fases de investigación.

En nuestro país la situación continúa sin tener un avance satisfactorio (Fig.1). Según el último informe presentado por el Instituto CONI, quien está a cargo oficialmente de la información nacional, muestra un incremento en relación al año anterior, tanto en casos notificados como en muerte.

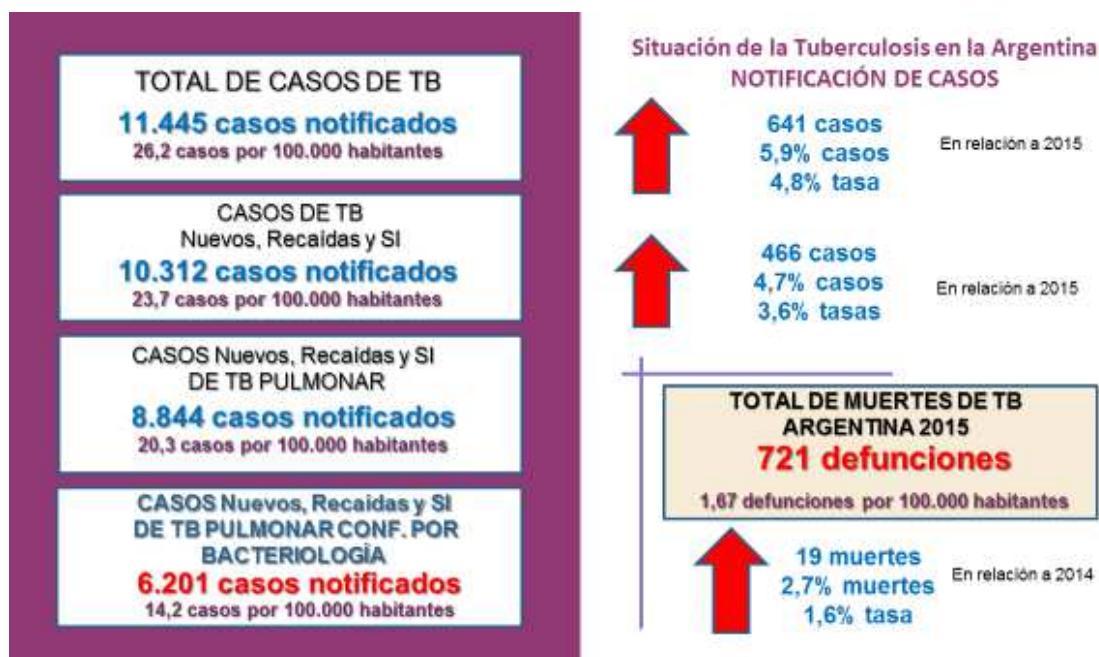


Fig. 1

Todo lo mencionado nos lleva a pensar que para lograr las metas estipuladas por la OMS va a ser necesario aumentar los esfuerzos a todos los niveles del Sistema Sanitario Mundial, desde las autoridades de más alto nivel hasta los efectores de la Atención Primaria.

SECCIÓN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

Sobre la rehabilitación

En 1968 la OMS definió a la rehabilitación como “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas unas condiciones físicas y sociales óptimas que les permitan ocupar por sus medios, un lugar lo más normal como sea posible en la sociedad”.

La rehabilitación cardiovascular es una práctica cardiológica e interdisciplinaria que reduce la morbi- mortalidad y propicia que los pacientes puedan aumentar su calidad de vida de manera



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



integral. Combina el ejercicio programado con acciones destinadas a modificar los factores de riesgo cardiovasculares a través de la incorporación de hábitos saludables.

El programa

El programa de rehabilitación cardiovascular funciona en el Servicio de Cardiología desde mediados de la década del '90. El mismo fue creado por iniciativa del Dr. Alejandro Gómez Monroy. Está destinado a todas aquellas personas con cardiopatías que requieren de rehabilitación. Sus objetivos apuntan a contribuir a la disminución de la morbi- mortalidad y a la optimización de manera integral de la calidad de vida de los pacientes con cardiopatías.

Desde el 1997 cuenta con un espacio propio ubicado en el subsuelo del Área B del hospital. En este momento se incorporan al equipo como pasantes profesores de educación física. Tiempo atrás se habían formalizado las rotaciones de los residentes de Cardiología.

En el año 2010 a partir de las reformas edilicias realizadas se destina un espacio con mayor amplitud y comodidad para su funcionamiento ubicado en el Área A del hospital.

En la actualidad el equipo de trabajo, dirigido por el Dr. Gustavo Villulla está constituido por 2 médicos cardiólogos, 4 profesores de educación física, 1 médica psiquiatra y 1 licenciada en Trabajo Social.

Los pacientes ingresan al programa por indicación de su médico de cabecera quien ***no necesariamente debe ser del hospital***. Previo al inicio de las actividades se realiza una entrevista de admisión y se confecciona la historia clínica. La evaluación es realizada por el médico y la Lic. En Trabajo Social, y Salud mental, en caso de ser requerido. El período de rehabilitación es definido por los profesionales y es particular según cada situación.

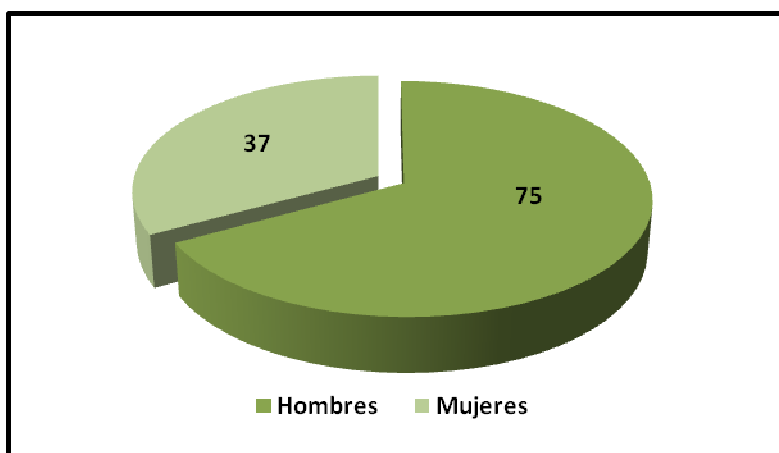
La modalidad de funcionamiento del programa se organiza a partir del trabajo grupal. La actividad central se estructura en 3 momentos con una hora de duración. El momento inicial de acondicionamiento y preparación para la actividad; el segundo momento es el principal y es donde se realizan los ejercicios. Finalmente el momento de cierre se destina a la actividad de relajación.

Hoy en día el programa se encuentra en crecimiento buscando optimizar la gestión y la calidad de la atención con énfasis en mejorar la accesibilidad y permanencia de los pacientes.

En pos de avanzar en esta optimización el equipo de trabajo está llevando a cabo un estudio de tipo descriptivo que busca conocer los motivos de abandono de los pacientes incluidos en el programa que dejaron de concurrir o, que habiendo realizado la entrevista de admisión, nunca iniciaron las actividades de rehabilitación. El período seleccionado comprende desde el 1 de enero de 2016 hasta el 30 de junio de 2017.

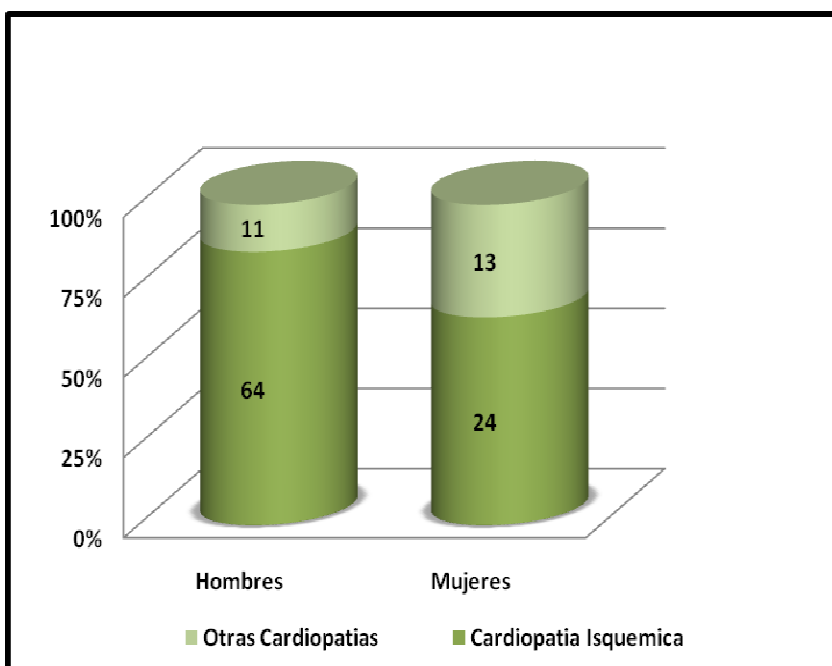
Presentación de resultados preliminares
Caracterización de la población objeto de estudio

Cuadro 1. Pacientes con discontinuidad en las actividades de rehabilitación. Distribución según sexo. Programa de rehabilitación cardiovascular. Servicio de Cardiología. H.I.E.A y C San Juan de Dios. La Plata. Año 2018. N: 112.



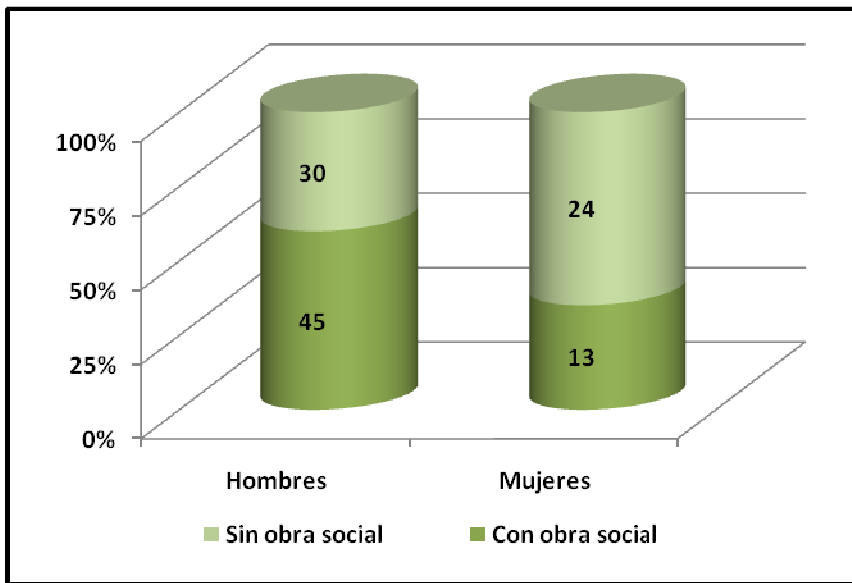
Del total de hombres que abandonaron el programa, el promedio de edad es de 66 años, en un rango de 39 a 89. Respecto de las 37 mujeres el promedio de edad es de 60 en un rango de 35 a 83 años. La razón por sexo es de 2,02.

Cuadro 2. Pacientes con discontinuidad en las actividades de rehabilitación. Cardiopatías según sexo. Programa de rehabilitación cardiovascular. Servicio de Cardiología. H.I.E.A y C San Juan de Dios. La Plata. Año 2018. N: 112.



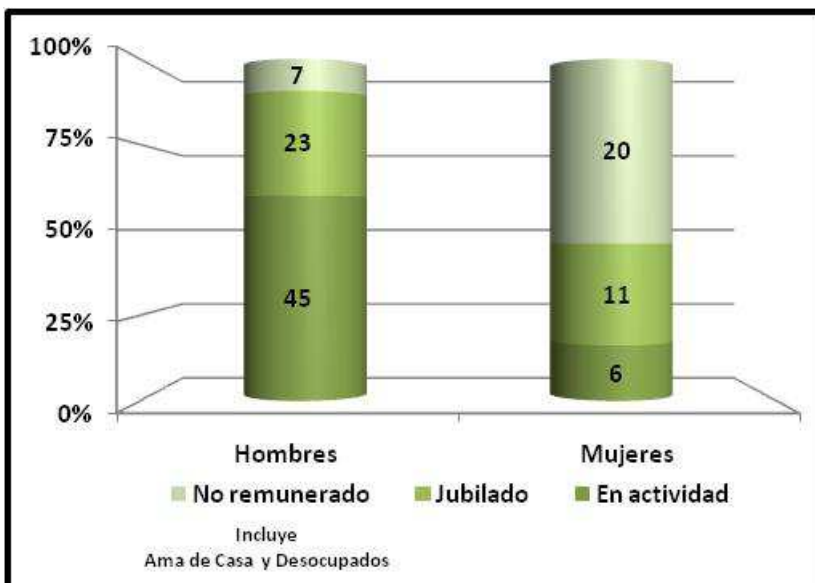
Del total de pacientes incluidos en el programa de rehabilitación cardiovascular que abandonaron o que nunca iniciaron las actividades de rehabilitación se observa que el 85,33 % de los hombres padecen cardiopatía isquémica y un porcentaje menor (14, 6%) otras cardiopatías. Respecto a las mujeres el 64,86% sufre de cardiopatía isquémica y el 35,1 % otras cardiopatías.

Cuadro 3. Pacientes con discontinuidad en las actividades de rehabilitación. Cobertura social según sexo. Programa de rehabilitación cardiovascular. Servicio de Cardiología. H.I.E.A y C San Juan de Dios. La Plata. Año 2018. N: 112



Respecto de la cobertura social el 60 % de los hombres posee obra social y el 40 % no. De las mujeres sólo el 35 % tiene cobertura y un mayor porcentaje (65%) no goza de este derecho.

Cuadro 4. Pacientes con discontinuidad en las actividades de rehabilitación. Ocupación según sexo. Programa de rehabilitación cardiovascular. Servicio de Cardiología. H.I.E.A y C San Juan de Dios. La Plata. Año 2018. N: 112.



Del cuadro 4 se desprende que de los pacientes con discontinuidad en las actividades de rehabilitación, la participación laboral de las mujeres es del 16,21 % y el 60 % de los hombres se encuentra en actividad. La variable "No remunerado" contempla a los pacientes desocupados y mujeres ama de casa.

Cuadro 5. Pacientes con discontinuidad en las actividades de rehabilitación. Lugar de residencia según sexo. Programa de rehabilitación cardiovascular. Servicio de Cardiología. H.I.E.A y C San Juan de Dios. La Plata. Año 2018. N: 112

Lugar de residencia	Hombres	Mujeres
La Plata	66	34

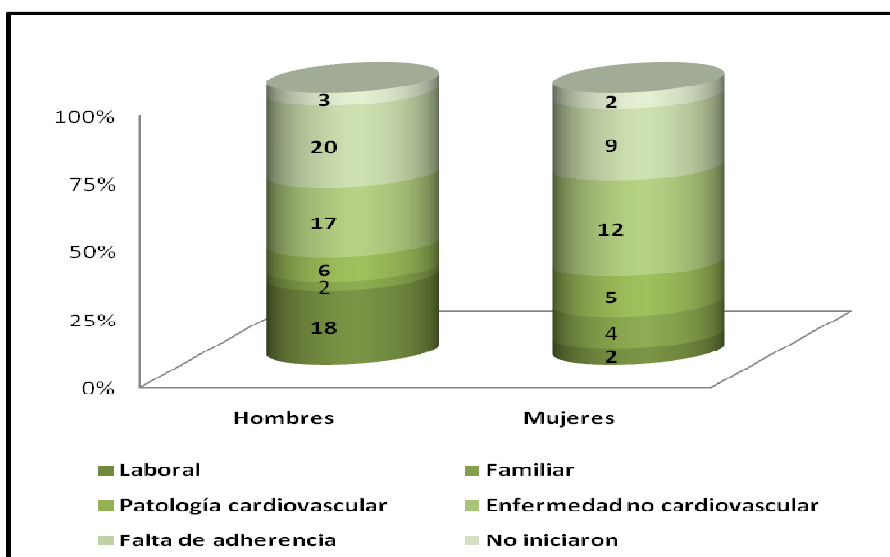
La variable "lugar de residencia" es relevante en la medida que permite analizar la accesibilidad

geográfica de los pacientes que han abandonado y/o nunca iniciaron tratamiento de rehabilitación en el programa. Del total de la población objeto de estudio el 87, 32 % de los hombres tienen residencia en la Ciudad de La Plata y de las mujeres un 89, 18 %.

A de 10 KM	Mujeres	Hombres
Abasto		1
Berazategui	1	
F. Varela	1	4
Gral. Belgrano		1
Plátanos		1
Quilmes	1	
Ranelagh		1
San Vicente		1

El número de pacientes con residencia fuera de la Ciudad de La Plata es inferior respecto de quienes tienen residencia habitual en la Ciudad. El 8 % (3) de las mujeres viven a más de 10 km de distancia y de los hombres sólo el 12, 7 % (9).

Cuadro 6. Pacientes con discontinuidad en las actividades de rehabilitación. Motivos de abandono en relación al sexo. Programa de rehabilitación cardiovascular. Servicio de Cardiología. H.I.E.A y C San Juan de Dios. La Plata. Año 2018. N: 112



Respecto del motivo de abandono del total de hombres un 24% lo hizo por motivos laborales y sólo el 3% no inicio las actividades de rehabilitación. El motivo de abandono más importante en las mujeres es por enfermedad no cardiovascular (32,4 %) y solo el 5% no iniciaron las actividades.