

Anales Oftalmológicos

■ Tomo V Vol. III N°3 2007 ■ ISSN 0716-7288

■ Editorial

■ Fibrosis congénita
de los músculos extraoculares

■ Prevención
de infección intrahospitalaria

■ Matucana esquina Huérfanos

■ Eventos Oftalmología

en Infección Ocular Bacteriana

MOXOF[®]

MOXIFLOXACINO /SAVAL

Solución Antibacteriana
Total



CONTENIDOS

62. EDITORIAL

LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS AMENAZADAS

Dr. Jorge Morales E.

64. REQUISITOS PARA PUBLICACIÓN

66. FIBROSIS CONGÉNITA DE LOS MÚSCULOS EXTRAOCULARES

Dres. Daniel Serrano R.; Luis Suazo M.; Estela Gallardo G.

72. PREVENCIÓN DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA ASOCIADA A TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS EN ESTAMENTO MÉDICO SERVICIO OFTALMOLOGÍA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTIAGO-CHILE

Enfermeras Srta. Isabel Rojas; Sra. Tamara Tarride; Srta. Ivonne Ureta; Sra. Angélica Vásquez

78. MATUCANA ESQUINA HUERFANOS: LA ESQUINA DEL CLÍNICO

Dr. Javier Corvalan Rinsche

81. CALENDARIO DE CURSOS Y CONGRESOS

DIRECTOR:

DR. SANTIAGO BARRENECHEA MUÑOZ

EDITOR:

DR. JAVIER CORVALÁN RINSCHÉ

COMITÉ EDITORIAL:

DR. MIGUEL KOTTOW LANG

DR. EDGARDO SÁNCHEZ FUENTES

DR. MIGUEL SRUR ATALA

DR. RAÚL TERÁN ARIAS

DR. RENÉ MUGA MUGA

EDITORIAL

LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS AMENAZADAS

La presentación de un proyecto de optómetras, en la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados, que se hará el 5 de marzo del presente año, representa un grave riesgo para los pacientes, para la medicina y también para la oftalmología.

Este proyecto, suponemos, patrocinado por cadenas ópticas (así lo afirman en publicaciones previas), busca transformar al óptico, en un profesional, aún inexistente en Chile que es el optómetra. El óptico convertido por decreto en optómetra tendría facultades para recetar y vender lentes, colirios y medicamentos y tratar las afecciones del segmento anterior y los anexos oculares.

En Chile el carácter de óptico ha sido adquirido, luego de demostrar alguna experticia en la confección de lentes (cristales y armazones) y un examen de sus conocimientos de óptica, en servicios dependientes del Minsal.

La gran mayoría de estas personas han tenido un nivel educacional entre segundo y cuarto medio, careciendo, absolutamente, de preparación en clínica, farmacología o alguna noción de la medicina. Para hacer el proyecto más presentable, se involucra a tecnólogos médicos en oftalmología, sin que estos hayan tenido participación alguna.

El motivo es económico, buscándose aumentar las ventas de lentes ópticos.

¿Es este un problema, sólo de los oftalmólogos?

Si se analiza con serenidad, veremos que la industria de la medicina busca aumentar sus utilidades y no siempre considera la seguridad de los pacientes, ya sea que se vendan lentes o audífonos o se promueva la automedicación o se venda a cosmetólogos o podólogos artículos de uso médico tanto en el área de diagnóstico como de tratamiento. Depende de la autoridad sanitaria mantener las limitaciones a la venta de productos farmacéuticos, ortopédicos, ópticos, prótesis u otros artículos de la industria de la medicina, la cual presionará para su liberalización.

Otro factor que amenaza las especialidades médicas, es la medicina administrada, en que un médico general determina, quien o cual paciente ve a un especialista, sustituyéndole en la medida de su criterio o de sus capacidades, y limitando su acceso. Si se agrega que las aseguradoras, en salud no ganan más por prestar mayor y mejor atención, sino todo lo contrario y que muchas de ellas tienen sus propios centros de atención, entonces se configura un sistema aún más restrictivo al trabajo del especialista. En el mismo escenario se sustituye al médico general por profesionales paramédicos.

Finalmente, la acreditación de las especialidades médicas, tradicionalmente otorgada por autoridades académicas (Universidades y Conacem), se ha tratado de legislar, incorporando a la autoridad política como ente certificador. Afortunadamente este proyecto no ha sido aprobado por la Contraloría.

La descripción de este panorama adverso, nos obliga a diseñar estrategias y comportamientos comunes a través de nuestras instituciones gremiales, como el Colegio Médico A. G. y la Asocimed, las que deberán perseverar, sin claudicaciones, en defender la libertad del paciente en elegir a su médico tratante.

28-Febrero-2008

Dr. Sergio Morales Estupiñán

Presidente

Sociedad Chilena de Oftalmología A. G.

REQUISITOS PARA PUBLICACIÓN

- En los ANALES OFTALMOLÓGICOS se publicarán, en lo posible, artículos originales inéditos que se envíen y sean aceptados por el Comité Editorial.
- El objetivo de los Anales es servir de tribuna para los trabajos científicos, experiencias personales, revisiones bibliográficas, casos interesantes, mesas redondas y puestas al día para oftalmólogos generales. También para artículos de otras especialidades que tengan relación con el campo ocular.
- Los Anales Oftalmológicos serán además tribuna para publicaciones culturales, obituarios, homenajes o cualquiera otra materia que sea considerada de interés por el Comité Editorial.
- Los artículos enviados para su publicación serán estudiados por los editores quienes resolverán si estos pueden:
 - Ser publicados.
 - Ser devueltos a sus autores para revisión.
 - Ser rechazados.
- Los trabajos deben estar escritos en Word o equivalente, en disquette o CD, más 2 copias escritas en papel, material que no será devuelto.
- El título del artículo que encabezará el trabajo debe ir en letras mayúsculas.
- El nombre y apellido de los autores deberá ir debajo del título.
- El lugar de trabajo de los autores y su función deberá ir al final de la primera página a la izquierda (al pie).
- Al final del artículo debe ir el nombre y dirección del primer autor.
- Se deberán seguir las normas internacionales para publicar especialmente en lo que dice relación con el manejo de la bibliografía. Las citas bibliográficas son de exclusiva responsabilidad de los autores, no serán verificadas por los editores.
- Todo trabajo deberá ir acompañado de un resumen en español de no más de 20 líneas que permita a los lectores informarse del contenido del trabajo.

- Las fotografías, cuadros o tablas y su correspondiente leyenda deben ser remitidas digitalizadas en blanco y negro o color según corresponda. El número de la foto y su ubicación deberán ir explicitados en la fotografía y en el texto.
- En casos excepcionales, el Comité Editorial podrá admitir trabajos que no sigan con las normas internacionales para publicación, siempre que sean considerados de especial interés.

La correspondencia debe ser dirigida a:

Anales Oftalmológicos Casilla 75-D
o a analesoftalmologicos@saval.cl
Santiago – Chile

FIBROSIS CONGÉNITA DE LOS MÚSCULOS EXTRAOCULARES

Dres. Daniel Serrano Romo ¹; Luis Suazo Muñoz ²;
Estela Gallardo Garrido ²

RESUMEN

Las Fibrosis Congénitas de los Músculos Extraoculares (CFEOM) corresponden a un grupo heterogéneo y poco frecuente de enfermedades caracterizadas por la presencia de fibrosis muscular de grado variable y alteraciones en el desarrollo de los núcleos responsables de la motilidad ocular. Su tratamiento suele ser difícil y los resultados no siempre son alentadores.

Esta revisión pretende mostrar brevemente las características de estas enfermedades, su historia, su fisiopatología, y compartir algunas experiencias de casos clínicos del Departamento de Estrabismo del Hospital San Juan de Dios.

INTRODUCCION

En 1950 Brown observó la presencia de 5 tipos de estrabismos que se caracterizaban por una oftalmoplegia restrictiva congénita no progresiva

- 1) Síndromes de retracción horizontal típicos y atípicos (Sd. de Duane)
- 2) Estrabismus fixus
- 3) Síndromes de retracción vertical
- 4) Síndrome de la vaina del tendón del oblicuo superior (Sd. de Brown)
- 5) Síndrome de fibrosis generalizada (CFEOM)¹

Recientemente se ha planteado la hipótesis que al menos ciertos subtipos de fibrosis congénitas serían resultado de un defecto primario en el desarrollo de las motoneuronas del tronco.

Debido a la naturaleza restrictiva de la oftalmoplegia y al hallazgo de infiltración de tejido conectivo en las biopsias de músculos extraoculares (MEO), Brown planteó un mecanismo de fibrosis primaria de los músculos.

1) Médico becado Oftalmología, Servicio Oftalmología Hospital San Juan de Dios

2) Oftalmólogo (a), Servicio de Oftalmología Hospital San Juan de Dios

Síndrome de Duane podría ser resultado del desarrollo aberrante del núcleo del VI par. Los CFEOM podrían ser resultado del desarrollo aberrante de partes o todos los núcleos del III y el IV.

La asociación frecuente entre CFEOM, fenómeno de Marcus-Gunn y divergencia sinérgica ha reforzado la tesis del defecto neurológico primario. También el hallazgo de la ausencia de la división superior del núcleo del III y su motoneurona alfa correspondiente en autopsias de pacientes con CFEOM²

Se ha acuñado el término “desórdenes de desinervación craneanas congénitas” CCDDs. Intenta incluir diversas enfermedades neuromusculares congénitas caracterizadas por movimientos anormales del ojo, párpados y/o cara³

Bajo el concepto CCDDs podría incluirse:

1. CFEOM: Alteraciones en los pares craneales III y IV
2. Síndrome de Duane: Par craneal VI
3. Parálisis congénita III: Variante de CFEOM

CFEOM es un desorden de la motilidad ocular típicamente no progresivo que incluye ptosis. Los síndromes de fibrosis se caracterizan por la infiltración de tejido fibroso dentro de las estructuras orbitarias normales. Ha sido clasificada en 3 subtipos:

- CFEOM1
- CFEOM2
- CFEOM3

Laughlin en 1956 describió las características generales de estos síndromes: Fibrosis de los MEO; fibrosis de la cápsula de Tenon; adhesiones entre los MEO, la Tenon y el globo; rigidez y fragilidad de la conjuntiva,

ausencia de elevación y depresión; ojos fijos a 20-30° bajo la horizontal; ptosis; elevación del mentón; carácter congénito⁴.

CFEOM1:

También llamada CFEOM “clásica”, es el subtipo más frecuente, se caracteriza por ptosis y oftalmoplegia restrictiva bilateral, con ojos en infraducción que no sobrepasan la línea media horizontal. La movilidad horizontal es variable, pudiendo ir de normal a seriamente limitada, se acompañan también de elevación del mentón. Presenta escasa variabilidad en la expresión, no se acompaña de otras anomalías del desarrollo, todos los miembros afectados de la familia deben corresponder a CFEOM1 para ser clasificados como tales. Su herencia tiene un patrón autosómico dominante con penetrancia completa, fig. 1.



Fig. 1: Madre e hijo portadores de CFEOM tipo 1

Se plantea que la patogenia de la CFEO1 es la ausencia de los núcleos de la división superior del III nervio y sus correspondientes motoneuronas, dando como resultado la atrofia del elevador del párpado y el recto superior, fig.2. El año 2003 se detectó la

mutación responsable del cuadro, una mutación en el gen que codifica para la proteína KIF21A (quinasa), en el centrómero del cromosoma 12, encargada del transporte axonal anterógrado y retrógrado⁵

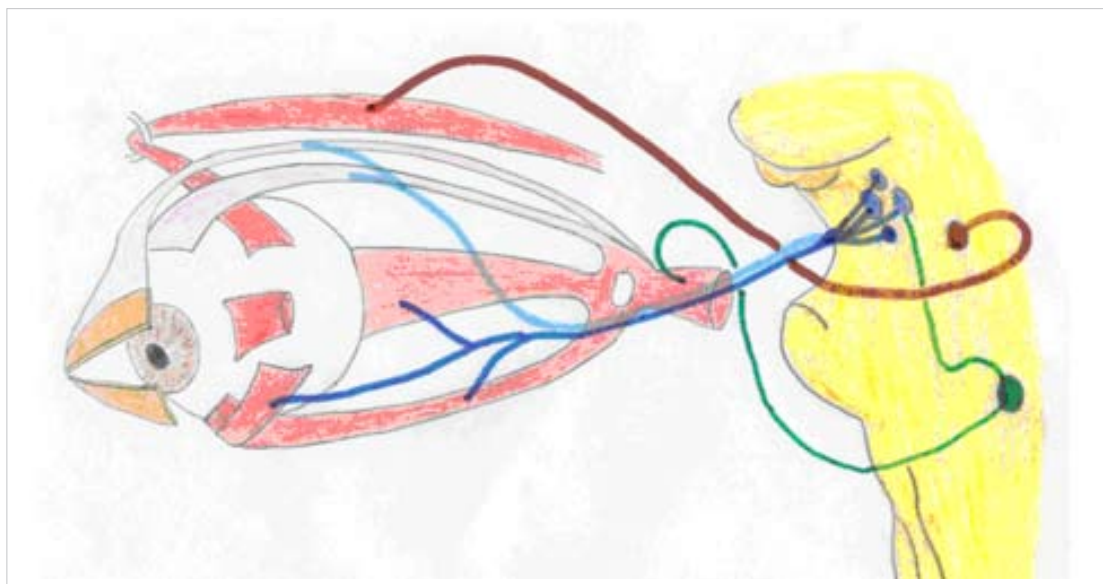


Fig. 2: Esquema etiopatogénico de la CFEO1 tipo1

CASO CLINICO

Paciente masculino, sin antecedentes mórbidos perinatales, consulta en el policlínico de Estrabismo del Hospital San Juan de Dios al año de edad con antecedentes de ptosis congénita operada, tortícolis (elevación del mentón), espasmos de convergencia al intentar la supravversión

EXOTROPIA DE ÁNGULO VARIABLE		
	NO ELEVA	
-14 a -16 ^Δ	-12 ^Δ	-20 a -25 i/d 14 ^Δ
	-25 a -30 d/i 10 ^Δ	

En Julio de 2005, a los 8 años, presenta una exotropía derecha de 15^Δ para lejos y cerca. Su refracción con cicloplegia fue de:

OD : +6.50 esf = + 2.0 cil a 160°

OI : +5.75 esf = + 2.50 cil a 65°

Titmus: Mosca.

Mantiene déficit de elevación y espasmos de convergencia en supravversión. Se mantiene con lentes.

Su madre presenta historia de ptosis congénita operada a los 6 meses de edad, sería limitación de los movimientos oculares con especial énfasis en la supravversión y agudeza visual:

OD: 20/25 +5.50 esf =+1.75 cil a 90°

OI: 20/30 +4.25 esf =+1.0 cil a 100°

El paciente evoluciona satisfactoriamente, en agosto de 2006 se constata una disminución de la exotropía en PPM. Con -6^A para lejos y ortotropía para cerca. Agudeza visual 20/30 OD y 20/25 OI. Persiste con tortícolis y limitación a la supravversión, estéticamente aceptable.

CFEOM2:

Caracterizada por ptosis bilateral congénita con ojos parcial o totalmente fijos en exotropía, limitación severa de los movimientos en todas direcciones y test de ducción forzada (+). Las pupilas a menudo son mióticas y no reactivas a luz ni acomodación. Es frecuente en medio oriente.

La patogenia propuesta para este síndrome es la agenesia de los núcleos del III y IV nervio y sus respectivas motoneuronas, lo que produce las anomalías descritas en los músculos inervados, todos los MEO salvo el RL, Fig. 3.

Las mutaciones responsables para este síndrome fueron situadas en el gen PHOX2A (previamente conocido como ARIX). Hasta el momento se han identificado 4 diferentes tipos de mutaciones en 11q13, dando un patrón de herencia autosómico recesivo^{6,7}

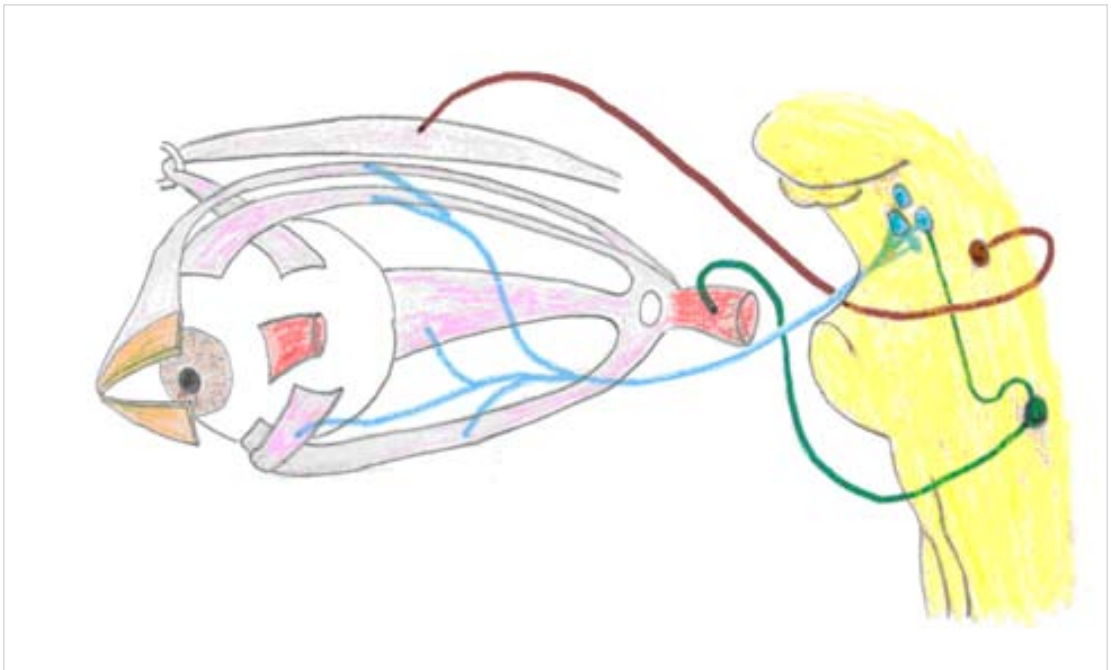


Fig. 3: Esquema etiológico de la CFEOM tipo 2

CFEOM3:

Patología con fenotipo marcadamente variable, los casos severos presentan ptosis bilateral congénita, exotropía bilateral, movilidad muy disminuida; en los casos leves los ojos alineados en PPM, limitación en la superversión; los casos moderados: un ojo severamente comprometido y el otro sólo en forma leve.

La patogenia propuesta es el desarrollo anómalo variable del núcleo del III nervio con mayor compromiso de la división superior, Fig.4.

Las mutaciones responsables se encuentran en el brazo largo cromosoma 16⁸. Es un desorden autosómico dominante de expresividad variable.

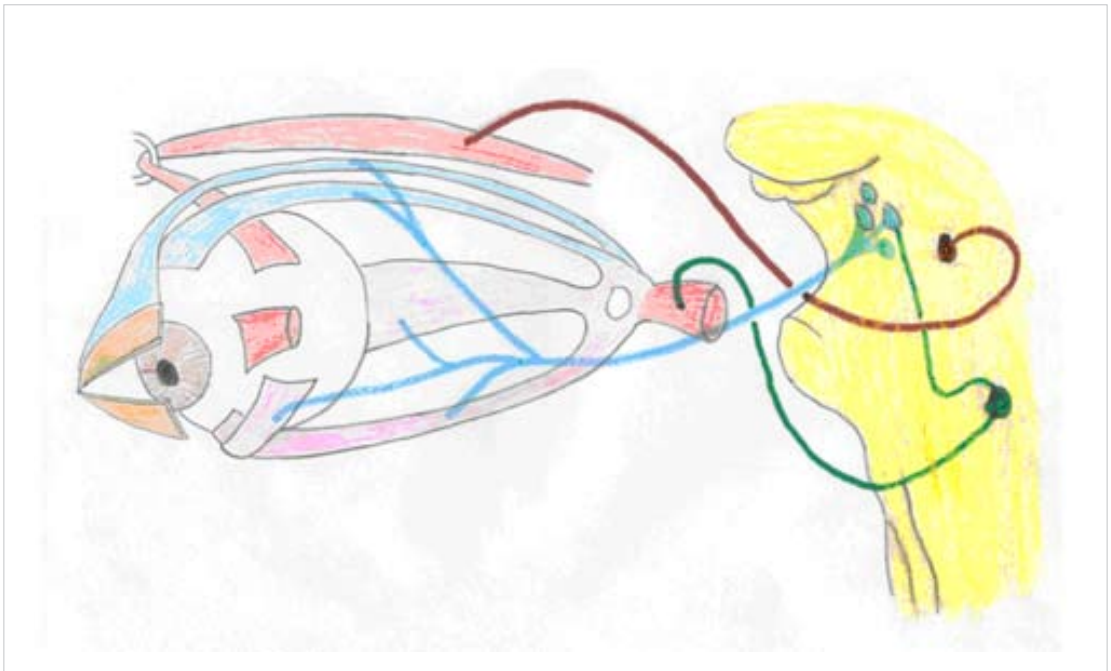


Fig. 4: Esquema etiopatogénico de la CFEOM tipo 3

SÍNDROME DE FIBROSIS CONGENITA UNILATERAL

Corresponde a una entidad poco frecuente, muy variable, habitualmente familiar con raros casos esporádicos. Se caracteriza por ptosis, ocasionalmente enoftalmo, hipo o hipertrofia y fibrosis e inserción anómala de los MEO⁹. Se desconoce la causa de la fibrosis localizada no existiendo reportes de

enfermedades sistémicas que la justifiquen, tampoco se han aislado los genes responsables. En una serie de 4 casos el síndrome coincidió con episodios de inflamación y equimosis periorbitaria perinatal¹⁰. Otra serie de 4 casos¹¹ reportó cicatrices periorbitarias debidas a cirugía, postulándose una penetración orbitaria prenatal como mecanismo (tumoral, traumático)

PLAN GENERAL DE TRATAMIENTO DE CFOM

Debemos mencionar que afortunadamente para el oftalmólogo general e incluso para el especialista en estrabismo los CFEOM son cuadros extremadamente raros. Los resultados del tratamiento son, pese a todos los esfuerzos, a menudo decepcionantes. Como primera prioridad estará el manejo de la ambliopía, ya sea con lentes y/o oclusión

dependiendo del caso. Se realizará cirugía de la ptosis cuando esté indicada. En caso de requerir cirugía de estrabismo se realizará la liberación de las restricciones, intentando alinear en PPM, esto último a menudo es el mejor resultado al que podremos aspirar. Debido a lo anterior se deben tener bajas expectativas de visión binocular e incluso de lograr una apariencia normal. No debe olvidarse el consejo genético debido al carácter hereditario de estas enfermedades.

Bibliografía:

- 1) The molecular basis of the congenital fibrosis syndromes. E. Engle. *Strabismus* 125-128, N°2, vol 10
- 2) Engle. Oculomotor nerve and muscle abnormalities in congenital fibrosis of the extraocular muscles. *Ann Neurol*. 1997;41:314-325.
- 3) Gutowski NJ, Bosley TM, Engle EC. 110th ENMC International Workshop: the congenital cranial dysinnervation disorders (CCDDs). *Neuromuscul Disord* 2003; 13: 573-8.
- 4) Laughlin R C. Congenital fibrosis of the extraocular muscles; a report of six cases. *Am J Ophthalmol*. 1956 Mar;41(3):432-8.
- 5) Yamada Koki. Heterozygous mutations of the kinesin KIF21A in congenital fibrosis of the extraocular muscles type1 (CFEOM1). *Nature genetics*. Nov 2003
- 6) Nakano M. Homozygous mutations in ARIX(PHOX2A) result in congenital fibrosis of the extraocular muscles type 2. *Nat Genet*. 2001 Nov;29(3):315-20
- 7) Bosley T M. Neurological features of congenital fibrosis of the extraocular muscles type 2 with mutations in PHOX2A. *Brain* (2006), 129, 2363-2374
- 8) Doherty EJ. CFEOM3: A New Extraocular Congenital Fibrosis Syndrome that Maps to 16q24.2-q24.3 *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1999 Jul;40(8):1687-94
- 9) Tandon R K. Unilateral congenital fibrosis syndrome presenting with hypertropia. *Acta Ophthalmol (Copenh)*. 1993 Dec;71(6):860-2.
- 10) Hertle R W. Congenital unilateral fibrosis, blepharoptosis, and enophthalmos syndrome. *Ophthalmology*. 1992 Mar;99(3):347-55.
- 11) Effron L. Congenital unilateral orbital fibrosis with suspected prenatal orbital penetration. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 1985 Jul-Aug;22(4):133-6.

PREVENCIÓN DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA ASOCIADA A TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS EN ESTAMENTO MÉDICO SERVICIO OFTALMOLOGÍA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTIAGO-CHILE

ENFERMERAS SRTA. ISABEL ROJAS *; SRA. TAMARA TARRIDE
*; SRTA. IVONNE URETA *; SRA. ANGÉLICA VÁSQUEZ *

RESUMEN

Se describe el problema del incremento de las infecciones Intra Hospitalarias (IIH) producto del insuficiente lavado de manos estudiado en un Servicio Clínico del Hospital San Juan de Dios. Un porcentaje de uno de los estamentos que atienden pacientes hospitalizados, no cumplen en forma rutinaria con el lavado de manos previo y con posterioridad al examen de pacientes. Se realiza un plan de intervención con el fin de mejorar los índices de IIH.

INTRODUCCION

En Julio del 2007, un grupo de enfermeras de las áreas de Especialidades Quirúrgicas del Hospital San Juan Dios de Santiago de Chile, realizamos una revisión bibliográfica con relación al tema LAVADO DE MANOS en Personal del Equipo de Salud, para ello nos dirigimos a trabajos publicados en el marco de Medicina Basada en Evidencia (MBE), donde logramos visualizar una problemática no ajena a nuestra realidad, es así como tomando de referencia estos márgenes nos atrevimos a solicitar autorización al Jefe de Servicio de una

de estas áreas de Especialidades Quirúrgicas donde desarrollamos habitualmente nuestras tareas para Diagnosticar nuestra realidad en el grupo de mayor riesgo según lo referían éstas publicaciones, el estamento de médicos, al igual como lo apreciaba nuestra percepción subjetiva, hasta ese entonces. Por tanto, comprobamos en terreno que el cumplimiento de una técnica universalmente conocida como primordial para disminución del riesgo de infección intrahospitalarias era francamente baja en su cumplimiento por este grupo del equipo de salud.

* Enfermeras Especialidades Quirúrgicas
Hospital San Juan de Dios

Nuestro interés fue comandado por la premisa de realizar un programa de intervención en prevención de Infección Intrahospitalaria asociada a un procedimiento rutinario en nuestro quehacer y que fuese factible de intervenirlo con bajos costos y fácilmente medible.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el servicio de Oftalmología hospitalizados se ha detectado que la práctica del lavado de manos clínico por profesionales médicos antes y después de atender a un enfermo no se realiza con la frecuencia según la norma establecida por IIH para la atención clínica.

MARCO TEÓRICO

- (IA, IB, IC, II) Reseña histórica
- Generalidades: personal, usuario, comunidad.
- Técnica de lavado
- Objetivos de la técnica: eliminar flora transitoria, disminuir flora residente, prevenir la diseminación.
- Tipos de lavado de manos: doméstico, de alta frecuencia, clínico, quirúrgico.
- Lavado de manos clínico: cuando realizarlo y técnica.
- Niveles de evidencia

PREGUNTA

Es factible con la aplicación de un programa de intervención lograr adherencia de los profesionales médicos del servicio de oftalmología del Hospital San Juan de Dios de la sección hospitalizados, a la técnica del lavado de manos clínico en relación a la oportunidad durante la atención directa al usuario?

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Handwashing education practices: a descriptive survey.

McGuckin M. Porten LL.

Department of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA. 1999 Apr-Jun;7(2):94-6

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Del año 1997 al 2007
- Buscador Pub Med
- Diseño de elaboración similar a realidad local
- Intervención educativa del Lavado de Manos.
- De característica descriptivo-observacional

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudios específicos con patologías oftalmológicas infecciosas
- Estudios de Lavados de manos No Clínicos
- Estudios que incluyan otros componentes para higienización de manos
- Estudios de lavados de manos a personas extrahospitalarias
- Sin intervención educativa

Validez interna	
Estudio descriptivo -observacional	Sí
Estudio Randomizado	Sí
Presentó intervención educacional	Sí
Señala los métodos educativos usados	Sí
Fueron reportados los resultados relevantes para el estudio	Sí
Hubo seguimiento de los grupos en el tiempo	Sí
Se realizaron mediciones comparativas entre los grupos observados e intervenidos, según antigüedad en el trabajo y en distintos períodos de un año	Sí
Significación Estadística	Sí

P= $1 \cdot 10^{-5}$

Validez externa	
Esta evidencia es aplicable a nuestra realidad	Sí
El modelo alternativo que propone el estudio es aplicable	Sí
Existe una idea clara por parte de los médicos del motivo de la intervención	Sí
Existe similitud entre el grupo estudio y el local	Sí

Análisis cualitativo

- Porcentaje de cumplimiento del 5%.
- El porcentaje de cumplimiento aumenta al dar orientación a empleados nuevos (88%).
- Autores plantean necesidad de capacitación e intervención continua.
- Opción de incorporar al paciente.
- Elevar porcentaje de realización de la técnica de lavado de manos por estamento médico del servicio de oftalmología hospitalizados.
- Estimular la adherencia a la técnica de lavado de manos por estamento médico durante la atención Clínica.

Rol de los interventores:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Objetivos:

- Promover la técnica de lavado de manos en el estamento médico como herramienta válida en la atención Clínica
- Diseño, aplicación y refuerzo continuo de los contenidos.
- Observación de la aplicación por parte del estamento estudiado.
- Recolección de datos.
- Evaluación y análisis de la información obtenida.

Evaluación:

- Valoración de las relaciones porcentuales encontradas antes y después de la aplicación del programa de intervención.
- Análisis.
- Informe a Jefe de Servicio que autorizó el estudio e intervención.

IDENTIFICACIÓN DE SERVICIO

PARTICIPANTE

Grupo objetivo:

- Estamento médico del servicio de oftalmología hospitalizado del Hospital San Juan De Dios.

Estrategia de implementación

Refuerzo educacional del lavado clínico de manos en la atención directa del paciente hospitalizado según normas, en relación a oportunidad y frecuencia a través de comunicación interpersonal, grupal e interactiva.

1) Charla Educativa:

“Reforzamiento de una técnica propia del equipo de Salud.”

M. Angélica Vásquez Osses Mg.(c)
Enfermería

2) Adhesión de Logo alusivo al Lavado de Manos en carátula de Ficha Clínica.



- 3) Incorporación de los Técnicos Paramédicos para estímulo continuo del Lavado de Manos en el Estamento Médico.
- 4) Reforzamiento escrito en pizarras de lugares estratégicos: Pasillo de ingreso al Servicio, Sala de reuniones, Residencia médica.
- 5) Encuesta a través de correo electrónico.
- 6) Certificado de apoyo

Evaluación de impacto inicial	
Cantidad médicos observados:	11
Médicos Staff	6
Médicos becados	5
Nº días de Observación	7
Total pacientes atendidos	95
Nº Total lavados de manos médico en los 7 días	13
Promedio lavado de manos / día	1.8
Porcentaje de cumplimiento de oportunidad	6.8%
Oportunidad del lavado / después de la atención	100%
Promedio Nº pacientes atendido/ día	13.5
Tiempo de ejecución de la técnica	5 seg. Y menos

CON ESTOS DATOS PODEMOS CONCLUIR:

Razón de lavados de manos correcta debería ser:

$190 / 95 = 2 / 1$ La frecuencia relativa es de: $13 / 95 = 0.136$

(Cuando la relación es 1/1; pero en este caso debe ser 2/1), por lo tanto,

$P=7.5/95= 0.07$ es a 1

ITEM OBSERVADOS	ANTES	DESPUES
Cantidad médicos observados:	11	8
Médicos Staff	6	4
Médicos becados	5	4
Nº días de Observación	7	5
Total pacientes atendidos	95	49
Nº Total lavados de manos médico en los 7 días	13	26
Promedio lavado de manos / día	1.8	5,2
Porcentaje de cumplimiento de oportunidad	6.8%	26,5%
Oportunidad del lavado después de la atención	100%	
Promedio Nº pac. atendido/ día	13.5	9,8
Tiempo de ejecución de la técnica	5 seg. y menos	15–20 seg. y mas

CONCLUSIÓN

Con esta pequeña muestra se puede concluir, tal como lo evidencia la literatura, que un plan de intervención tiene repercusión. En la práctica todos los indicadores mejoraron en forma elevada, pero no sacamos conclusiones estadísticas dado que, por el tiempo de desarrollo de la intervención y por el Universo en el que se aplicó, nos da un sesgo de importancia en el trabajo; lo que si pudimos demostrar, que se hace necesario mantener estos programas de

intervención impartidos por equipos que se dediquen a estas prácticas en forma continua, dado que implica tiempo completo y un gran compromiso para lograr los impactos deseados, y como es nuestra realidad se hace factible ejecutarlo por los mismos clínicos dentro de sus prácticas habituales es que se hace imposible mantenerlo por largo tiempo y con universos más amplios.

REFERENCIAS:

- 1) Normas de aislamiento y Manual de procedimientos República de Chile. Ministerio de Salud. Pág. 44-46.
- 2) Manual de Prevención y Control de IHH Hospital San Juan De Dios, Stgo, Chile 2002.
- 3) Guía de Recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Generalitat Valenciana Consellería de Sanitat. Pág. 50-60.
- 4) Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC / SHEA / APIC / IDSA Hand Hygiene Task Force (Prepared by John M. Boyce, M.D. and Didier Pittet, M.D.)2002.
- 5) Goldman D. y col. Estrategias para prevenir y controlar la emergencia y dispersión de microorganismos resistentes en el hospital. Jama. Enero 17, 1996: 275 N° 3.: 234-240.
- 6) Simmons B. y col. "The role of hand washing in prevention of endemic intensive care unit infections." Inf. Cont. Hosp. Epid. 1990; 11: 589-94
- 7) Doebbeling B. y col. Comparative efficacy of alternative hand washing agents in reducing. N. Engl. Med. 1992; 327: 88-93
- 8) Larson E. y col. Effects on an automated sink on hand washing practices and attitudes in high risk units. Inf Cont. Hosp. Epid 1991; 12: 422-8
- 9) Cruz Llerena, Cuba Flores, Valencia Maquera, González Ticona, Catari Quispe, Herrera Begazo, Boletín Epidemiológico, Vol. 5 N° 2 mayo 2002. Hospital III - Salud Juliaca

MATUCANA ESQUINA HUÉRFANOS



La esquina del clínico

Conversación en MATUCANA ESQUINA HUÉRFANOS

*HAY QUE ASEGURAR UNA BUENA OLA,
en la cirugía de catarata y en el surf.*

Becado:

Sabe Dr, desde hace un tiempo, luego de estar haciendo buenas facoemulsificaciones he notado en estos últimos meses de la beca que he comenzado a tener varias diálisis zonulares, que cree que está pasando ¿?

Docente:

Bueno no cabe duda que es normal que luego de agarrar confianza uno descuida en algo la rutina y por tanto se relaja en algunos pasos de la cirugía y en cirugía de Faco donde cada paso es tan dependiente del precedente, se comienzan a generar dificultades y a ver complicaciones con mayor frecuencia, es lo que se llama la segunda curva de aprendizaje, lo que demuestra que ya ha adquirido cierta soltura con la cirugía y ella se ha decidido demostrarle, que, chúcaro cómo es, todavía puede botarlo de la montura.

Becado:

De eso no cabe duda, pero lo que me llama la atención es que no he tenido una epidemia de complicaciones, ni muchas cápsulas rotas sino que he comenzado a tener una frecuencia mayor de diálisis zonulares, sin que sean pacientes con factores de riesgo evidentes, traumatizados, portadores de Vogt, etc..., eso es lo que me llama poderosamente la atención.

Docente:

Eso si es motivo de mayor análisis, varias cosas son importantes y creo podrían ayudar en dilucidar las causas; 1) Volver a tener una tutoría quirúrgica más cercana con un Staff del Servicio, 2) Grabar sus cirugías para poder ir chequeando los pasos de sus procedimientos y hacer Ud mismo una crítica de su actuar, tal y cómo si el cirujano fuese otro 3) Que

comentáramos e imaginásemos ahora lo que con su procedimiento ocurre...

Becado:

Haré lo que sugiere pero que le parece que hablemos ahora de los pasos de la cirugía.

Docente:

Okay, pero yo creo que estas tomando mal la "ola"

Becado;

Cual Ola

Docente:

No dijiste que querías practicar Surf, bueno has lo mismo con tus cataratas, te podría apostar que estas teniendo mayores dificultades en la rotación de tus núcleos, ello es por descuidar tomar buenas olas, es decir a hacer con mayor apresuramiento una hidrodisección cuidadosa, nadie podría discutir que la rhexis es tal vez el paso más importante para una exitosa Facó, ello lo leemos, nos cuesta adquirir la destreza adecuada para efectuarla y a ella, al dominarla, le asignamos un valor de éxito enorme, o sea quien logra adecuadas capsulotomías circulares, centradas, de deseable tamaño y reproducibles ha logrado el dominio de la técnica, pero eso es una verdad a medias... la hidrodisección y delaminación

es el paso que pondría en segundo lugar de importancia, de hecho la entrada a cámara anterior es en una posición fija y por tanto para lograr acceso a todo el material cristaliniano para su retiro, es el núcleo el que debe, rotando, colocarse en posiciones que permitan su extracción. Si es que la liberación por flotación es sólo parcial se producirá una mayor tracción sobre las zónulas en los intentos de rotación con el subsiguiente daño, que se hará evidente desde los inicios del procedimiento si es muy extenso el daño o hacia el final si es muy localizado, de pocas horas la extensión y por tanto sólo al disminuir el volumen del saco con el retiro del núcleo se comenzará a notar el defecto.

Becado:

Creo que tiene razón, he notado que estoy haciendo rotaciones con más dificultad, estoy tomando menos tiempo en la cirugía y he abreviado muchos pasos, tal vez....

Docente:

No tengas duda, te puedo asegurar que es lo que te pasa, de manera que hasta ver tu cirugía en directo o en una filmación sigamos con el ejercicio, dividiéndolo entre la prevención y el manejo una vez producido el defecto zonular, si bien ello no elimina el hecho de que cómo decían

nuestros Profesores “hay que tomarse el tiempo que se requiera y no hacer atletismo quirúrgico más preocupado del tiempo que del resultado”.

Becado:

Bueno no es tanta la velocidad cómo para hablar de atletismo pero déle con sus consejos y ojalá algunos truquitos.

Docente:

Primero y obvio es asegurarse que se está dentro del saco al hacer la hidro ya que a veces en cataratas densas o sin uso de tinciones capsulares uno queda sobre la cápsula y por tanto el efecto no es logrado, pero suponiendo que estás en el saco hay que vigilar, si el rojo pupilar lo permite el buen paso de la onda de líquido por detrás del cristalino, lo que se puede ayudar con una discreta presión en el centro del núcleo para de esa forma “exprimir” el líquido hacia la periferia, mejor hacer la inyección del líquido en forma lenta y sin excesiva presión fin de evitar la formación de un “bloqueo cristalino/capsular” que en cápsulas débiles portadoras de Vogt, pacientes en terapia esteroideal o portadores de mesenquimopatías, pudiese resultar en un verdadero estallido de la cápsula posterior con paso incluso del contenido capsular “in toto” al vítreo, ya que al llevar al núcleo a chocar contra los márgenes de la rhexis se acumula el

líquido y aumenta la presión a nivel de cápsula posterior.

Becado:

Creo prudente sus comentarios, pero qué pasa si durante el proceso no logro seguir con la rotación del núcleo, habiéndolo logrado fácil en un inicio.

Docente:

Si no existen otras alteraciones evidentes que hablen de complicaciones ya que esto invita a pensar en rotura capsular, logras ver los márgenes de la rhexis, no se han formado pliegues de la cápsula que pudiesen hablar de roturas zonulares ni hay deformaciones de la pupila o rhexis, sugiero colocar un poco de viscoelástico y evaluar si rota en ese momento, incluso se puede hacer una suave viscodisección, si rota iniciar nuevamente la faco con parámetros y matraz bajo, para que si hay una rotura no se hidrate en exceso el vítreo, si se comprueba que todo marcha bien seguir con técnica habitual.

Becado:

Bien creo que voy a fijarme nuevamente en tomar mejores olas, tal cómo en Pichilemu, gracias.

DR. JAVIER CORVALAN RINSCHÉ

EVENTOS OFTALMOLOGÍA 2008

Mes	Institución	Detalle
25 y 26 de ABRIL	SOCHIOFT	II CURSO DE FORMACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DE OFTALMÓLOGOS
		Hotel Hyatt Contacto: Verónica Ramos, teléfono 2185950, e-mail sochioft@tie.cl Sitio web: www.sochiof.cl
27 y 28 de JUNIO	CLÍNICA ALEMANA	VI CURSO DE OFTALMOLOGÍA
25 y 26 de JULIO	U. DE CHILE, HOSPITAL CLÍNICO	CURSO INTERNACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
28 al 30 de AGOSTO	UNIDAD DOCENTE HOSPITAL SALVADOR Hotel Santa Cruz Plaza	XV CURSO DE OFTALMOLOGÍA: COMPLICACIONES EN OFTALMOLOGÍA
3 y 4 de Octubre	CLUB LATINOAMERICANO DE NEURO- OFTALMOLOGÍA (CLAN)	XX REUNIÓN DEL CLUB LATINOAMERICANO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA
		Reñaca Contacto: Dra. Mariana Schweitzer
11, 12, 13 y 14 de Diciembre	SOCHIOFT	XXI CONGRESO CHILENO DE OFTALMOLOGÍA
		Puerto Varas, Región de Los Lagos Director Ejecutivo: Dr. Nicolás Berthet Contacto: Verónica Ramos, teléfono 2185950, e-mail sochioft@tie.cl

Xolof®

Tobramicina



SAVAL

Xolof®-D

Tobramicina - Dexametasona

Resguardan su prescripción

Formulados para máxima tolerabilidad



www.savval.cl



Nicolich

Micolich

Oftol[®] Oftol[®] Forte

LOTEPREDNOL ETABONATO 0,2 %

LOTEPREDNOL ETABONATO 0,5 %

El corticoide confiable



X5182