

# Acta Médica

Clínica Santa María  
(Acta Med. CSM Volumen 5 / N° 1 - Año 2011)  
ISSN 0718-2287 versión impresa

Representante Legal:	Dr. Marcos Emilfork S. Bellavista 0415, Providencia, Santiago de Chile.	
Director:	Dr. Héctor López B.	
Editor en Jefe	Dra. Carmen Gloria Rostion A.	
Secretaria:	Sra. Elizabeth Menares L.	
Editores Asociados:	Dr. Juan Pablo Allamand G. Dr. Claudio Navarrete G.	
Editor Resúmenes en Inglés:	Alejandro Lizana C.	
Comité Editorial:	Francisco Allamand G. Hugo Azócar Z. Lautaro Badilla O. Teresa Bidart H. Eduardo Bobadilla L. Wilfredo Calderón O. Cristián Carvallo H. Gustavo Cortés M. Walter Feuerhake M. Patricio González E. Carlos Harz B. Héctor López B. Virginia Martínez C. Carlos Martínez T. Paulina Mabe S.	Daniel Pacheco R. Pedro Peña G. María Angélica Pérez H. Iván Pinto G. Pedro Retamal C. José Ribalta S. Iván Rojas T. Arturo Schönffeldt R. Carlos Ubilla P. Cristián Ugarte P. Mario Varela G. Mauricio Vergara E. Dennis Witt H. Marcelo Wolff R.

Dirección Postal: Bellavista 0415, 2º piso-Centro Pediátrico. Providencia, Santiago de Chile.  
Fonos: (56-2) 913 0000 • (56-2) 913 1278 • Código Postal: 7530234 • Email: [cientificodoc@csm.cl](mailto:cientificodoc@csm.cl)

Editada en Chile por Editora Publimpacto. Robinson Crusoe 1150, Of. 904, Las Condes  
Editor Comercial Sr. Patricio Gana G. • [eganag@gmail.com](mailto:eganag@gmail.com)  
Fonos: 7-861 9516 / 9-509 4865 • E-mail: [pgana@publimpacto.cl](mailto:pgana@publimpacto.cl)

Los artículos publicados son de exclusiva responsabilidad de los autores, sin que necesariamente representen los puntos de vista de los editores. La reproducción total o parcial sólo puede hacerse con previa autorización escrita de esta editorial.

## INDICE

## Editorial

- 3 ♦ La investigación de resultados en Clínica Santa María  
**Marcos Emilfork S.**

## Cirugía endoscópica

- 5 ♦ Características y manejo endoscópico de los adenomas duodenales no ampulares  
**Carlos Harz B, Hugo Richter R, Eduardo Vega P, Luis Goldin G, Carmen Franco S, Isidora Harz F.**

- 9 ♦ Uso de endosonografía en el diagnóstico de lesiones quísticas pancreáticas  
**Hugo Richter R, Carlos Harz B, Hernán De La Fuente H, Manuel Meneses, Carmen Franco S.**

## Cirugía plástica

- 11 ♦ Remodelación corporal por cirugía plástica en pacientes con masiva pérdida de peso post cirugía bariátrica. Reflexiones  
**Arturo Prado S, Patricio Fuentes F.**

## Medicina basada en evidencias

- 14 ♦ Análisis crítico de un artículo  
**Carlos Ubilla P, Ana María Herrera G.**

## Urología pediátrica

- 16 ♦ Ausencia congénita de pene y sexualidad. Primera parte  
**Mario A. Varela G.**

## Laboratorio clínico

- 20 ♦ Medición del logro de las metas de niveles terapéuticos en el tratamiento anticoagulante oral (TACO)  
**Eduardo Bobadilla L, Alberto Daiber V, Lucía Bronfman F, Jorge Rubio K, Mauricio Vergara E, Isabel Alliende G**

- 23 ♦ Control de calidad analítico en el laboratorio clínico  
**Claudio Lartiga M.**

- 30 ♦ Resúmenes de los trabajos presentados en la III Jornada de Investigación Clínica 2010

- 38 ♦ Normas de Publicación

# Editorial

## La investigación de resultados en Clínica Santa María

Un gran desafío ha asumido la recientemente creada Dirección Académica de Clínica Santa María con la petición de nuestro Director Médico, Cristián Ugarte, de comenzar a trabajar en la evaluación de nuestros resultados en salud. Veamos cual ha sido la génesis de este pensamiento.

Michael E. Porter<sup>(1)</sup>, Profesor de Harvard dijo este año:

*“Mucho del rápido escalamiento en los costos de cuidados de salud puede ser atribuido al hecho que los prestadores de cuidados de salud tienen una casi completa falta de noción de cuanto cuesta entregar cuidados de salud a un paciente. Así, ellos carecen del conocimiento necesario para mejorar la utilización de recursos, reducir las demoras y eliminar las actividades que no mejoran los resultados. Proyectos pilotos en desarrollo de los sistemas hospitalarios de los EE.UU. y Europa demuestran el efecto transformador de una nueva estrategia que mide costos con precisión -al nivel del paciente individual, con una condición médica dada a través de un ciclo completo de cuidados- y compara estos costos con los resultados.*

*En la medida que los prestadores y los pagadores comprendan mejor los costos, ellos estarán mejor posicionados para alcanzar una verdadera inflexión de la concavidad de la curva de costos hacia abajo, desde dentro del sistema, no basados en mandatos de arriba hacia abajo. El escarpado tamaño de la oportunidad para reducir los costos del cuidado de salud -sin sacrificar los resultados- es fabuloso”.*

El incremento del costo anual de cuidados de salud en Chile fluctúa entre el 7.5 y 10% y continúa subiendo. Otros países gastan diferente de nuestro país pero tienen la misma tendencia creciente. Las explicaciones no son difíciles de encontrar; el envejecimiento de las poblaciones y el desarrollo de nuevos tratamientos están detrás de este crecimiento. Incentivos negativos también contribuyen como terceros pagadores (compañías de seguros y gobiernos) reembolsan el dinero por procedimientos hechos en lugar de hacerlo por los resultados alcanzados y los pacientes admiten poca responsabilidad por el costo de los servicios de cuidados de salud que ellos demandan. Pero pocos reconocen una fuente más fundamental de los crecientes costos: el sistema por el cual el costo es medido.

*“Para poner esto sin rodeos hay casi una completa falta de comprensión de cuanto cuesta entregar cuidados a un paciente y mucho menos de cómo estos costos se comparan con los resultados alcanzados. En lugar de enfocarse en los costos de tratar pacientes individuales con condiciones médicas específicas a lo largo de su ciclo completo de cuidados, los proveedores acumulan y analizan costos en el área de la especialidad específica y a nivel del servicio”.*

Michael E. Porter publicó el 2007 en la revista JAMA<sup>(2)</sup>:

*“La preocupación hoy día con los cambios continuos de los costos en salud y la reducción de éstos, socava a los médicos y pacientes. Proponemos una estrategia para reformar esto basada en el mercado pero comandada por los médicos ya que son los únicos que pueden mejorar las prestaciones de salud. Este fenómeno sólo puede ser abordado y solucionado por los médicos y la clave para hacerlo es la evaluación de resultados de las prestaciones que se entregan en la instituciones médicas. El competir para mejorar los resultados, conducirá a que los pacientes recibirán una mejor atención y los costos serán contenidos”.*

La ausencia de evaluación sistemática de la efectividad, ha tenido repercusiones en lo que concierne al éxito de una intervención, preferencias y satisfacción del paciente y uso adecuado de los recursos.

Según Porter, tres principios deben guiar estos cambios: (a) la meta es el valor del paciente, (b) la práctica médica debe ser organizada alrededor de las condiciones médicas y los ciclos de cuidados y (c) los desenlaces ajustados a riesgo-resultado y los costos deben ser medidos.

Para esto, el médico, el paciente y el asegurador, requerirán de información sobre tres aspectos, con relación a la intervención en mente: a) los costos totales presuntos b) la calidad de éstos y c) los resultados de la misma.

En un futuro, cuando los pacientes y aseguradores deban elegir el lugar donde hacer un tratamiento o

intervención, considerarán no sólo los costos sino también los resultados. La competencia basada en el valor de los resultados proporcionará un camino para reformar esto.

Warren Brennan, CEO of SMA Informatics in Richmond escribió en el New York Times en Febrero del 2008 lo siguiente.

*“Las instituciones de salud han recorrido, hasta ahora, un largo camino de prosperidad que parece actualmente amenazado. Combinado con una explosión de información tecnológica, transparencia y decisión de apoyo, el desorden que vendrá forzará a las organizaciones de cuidados de salud a que se interesen mucho más en la eficiencia y competitividad. Una lección es clara, las compañías que económicamente bajen sus riesgos financieros y de salud serán las ganadoras”.*

En EE.UU. existe una institución, THE LEAPFROG GROUP<sup>(3)</sup>, creada para gatillar un salto hacia adelante en la seguridad, calidad y asequibilidad a los cuidados de salud para aquellos que usan y pagan estos cuidados y promover cuidados de salud de alto valor a través de incentivos y premios.

La evaluación de hospitales de Leapfrog es el gold standard para comparar rendimientos de hospitales con los estándares nacionales de seguridad, calidad y eficiencia que son más relevantes para consumidores y empleadores de cuidados, incentivando la mejoría hospitalaria que se traduce en millones de vidas y dólares economizados. Los miembros empleadores de Leapfrog usan los resultados de la evaluación para informar a sus empleados y orientar sus estrategias de compra.

El grupo Leapfrog aspira a alentar a los prestadores de salud a reportar públicamente su calidad y resultados. Así, las organizaciones consumidoras y empleadoras puedan informadamente hacer las elecciones de cuidados de salud en términos de Hospitales, Médicos y Premios y Acreditaciones de estos y así los consumidores podrán tomar decisiones inteligentes sobre los cuidados de salud.

A nivel local debemos reconocer que los nuevos sistemas de registros informáticos como bases de datos clínico-administrativas y su aplicación a la medicina, permitirían un mejor acceso a una gran cantidad de datos clínicos y económicos de un gran número de pacientes.

Clínica Santa María ha concordado con estos conceptos y está dispuesta a iniciar en forma prospectiva la evaluación de nuestros resultados clínicos, de calidad de vida y costos de nuestras intervenciones. Así a la actual investigación existente en la institución, se agregará esta estrategia que sin duda nos conducirá a aumentar la calidad de atención, mejorar aún más los buenos resultados, uniformar nuestras conductas y disminuir los costos.

La Dirección Académica iniciará este programa, para introducir a los médicos en el tema, con una primera etapa. Entre el 21 y 24 de noviembre de este año se dictará un curso teórico-práctico a médicos y otros profesionales de la salud de la clínica, para aprender a construir una base de datos adecuada para una determinada patología, que será el apropiado tema a investigar. El grupo estará conformado por un representante de cada especialidad. De este modo construiremos una base de datos para una patología de cada especialidad, que se incorporará a la red de computadores y que será llamada toda vez que el paciente consulte, para poblarla con los datos correspondientes. Para esto el programa cuenta con una profesional que seguirá a los pacientes y una profesional estadística para ayudar en el diseño del proyecto y en el análisis de los resultados.

Después de un año de seguimiento haremos la evaluación del trabajo de cada grupo, continuando durante ese año con la información técnica necesaria que los integrantes de los grupos investigadores necesitarán saber.

## El Editor

## Referencias

1. Kaplan RS, Porter ME. The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Care - Harvard Business Review, <http://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care/ar/pr>
2. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. JAMA 2007; 297(10): 1103-11.
3. THELEAPFROGGROUP (<http://www.leapfroggroup.org/home>).