Contenido

Editorial 3

Discurso de la ceremonia inagural del III Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General 3

Información Institucional 5

III Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General 5

Comisiones nacionales de trabajo de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General 7

Declaración de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General con respecto al tabaquismo 8

Investigaciones originales 9

Prevalecencia y factores de riesgo de asma bronquial en niños 9

Mortalidad infantil y prematura en Argentina: poder explicativio de las diferencias socieconómicas y de acceso a servicios de salud 14

Primer censo de residencias de medicina familiar y general en la República Argentina 25



Tópicos clínicos 40

Utilidad de los antibióticos para prevenir el Síndrome Urémico Hemolítico en pacientes con diarrea sanguinolenta 40

Relato de experiencia 46

Campaña masiva y económica contra la pediculosis 46

Residentes MFyG 48

Comisión Nacional de Residentes 48

Donde el arte cruza 49

Réquiem para "el carpo" 49

La dirección a donde nuestros lectores pueden escribirnos es: archmfyg@fibertel.com.ar
o a la dirección: Río de Janeiro 650 7°A (1405) Capital Federal Argentina

Las notas y artículos en esta publicación representan la opinión de los autores y son de su responsabilidad.

Foto original: Cordillera de los Andes - Pcia. Mendoza - Argentina.

AMFG
Archivos de Medicina Familiar y General

Volumen 1 Número 2 2005
ISSN 1668-8143

COMISIÓN DIRECTIVA FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL 2003-2005

Presidente:
Dr. HUMBERTO JURE (Córdoba)
Vicepresidente:
Dr. JOSE MARÍA TAPPA (Neuquén)
Secretario:
Dr. JOSÉ DE USTARÁN (Cap. Fed)
Prosecretario:
Dr. RUBÉN BREM (Salta)
Tesorero:
Dra. MARÍA SUSANA BRESCA (Mendoza)
Protesorero:
Dra. MARÍA BEATRIZ PUCHULU (Tucumán)
Vocales:
Dr. FERNANDO COPPOLILLO(Cap. Fed)
Dra. MARISA DIDONI (Córdoba)
Dra. GLORIA VEGA (Salta)
Dr. MARIANO MUSOTTO (Mendoza)
Dr. JESUS BAZÁN (Tucumán)
Dr. SANTIAGO STIEVENAZZO (Neuquén)
Dr. LIDIA CABALLERO (Misiones)
Dr. ESTEBAN CORREA (La Rioja)
Dr. JOSE VEGA (Catamarca)
Dr. RAMIRO HUBER (ASMF Santa Fe)
Dr. CLAUDIO GARCIA (Santa Cruz)
Comisión revisora de cuentas:
Dr. JUAN WALPEN (Santa Fe)
Dra. ROSA RAMIREZ (Misiones)
Consejo de certificación
Dr. EDUARDO DURANTE (Cap. Fed)
Dra. NORA DIAZ (Salta)
Dr. GUILLERMO DE HOYOS (Neuquén)
Dra. ALICIA RIOS PORTEL (Misiones)
Dra. SILVINA LOPEZ (Bs. As.)
Dra. ANA ILLANES (Bs. As.)
Dra. BEATRIZ CIUFFOLINI (Córdoba)
Dra. LAURA CORTEZ (Mendoza)
Dra. VERONICA HEREDIA (Tucumán)

EDITORES
Agustín Ciapponi
Sergio Terrasa
DIRECCIÓN EJECUTIVA
Ma. Cecilia Vallese
SECRETARIA
Gloria Vega
COMITÉ EDITORIAL
Mario Acuña
Luis Benejam
Jorge Bernstein
Carlos Cantale
Javier Chiarpenello
Fernando Copolillo
Sebastián Garcia Martí
Patricia Houghton
Raul Urquiza
Ruben Vallejos
Consultores Metodológicos
Fernando Rubinstein
Federico Augustovsky
Diseño de Logo y Tapa Originales
Leonardo Ortega
Lorena Campisi

SOCIEDADES MIEMBROS DE LA FAMFyG

Asociación Argentina de Medicina Familiar
Asociación Chaqueña de Medicina Familiar y General
Asociación Chubutense de Medicina Familiar
Asociación de Medicina Generalista Familiar y Comunitaria de la Provincia de Córdoba
Asociación Misionera de Medicina Familiar y General
Asociación Riojana de Médicos Generalistas y de Familia
Asociación Salteña de Medicina Familiar
Asociación Santacruceña de Medicina Familiar y General
Asociación Santafesina de Medicina Familiar
Asociación Santiagueña de Medicina Familiar
Asociación Tucumana de Medicina General, Familiar y Comunitaria
Sociedad Cuyana de Medicina de Familia y General
Sociedad de Medicina Rural de Neuquén
Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Provincia de Buenos Aires
Sociedad Sanjuanina de Medicina General Familiar

LEGIS
La mejor asistencia
Jefe de producción
Mauricio Reyes Ariza
Diseño gráfico
Andrea Margarita Tibocha
Fotomecánica e impresión:
LEGIS S.A.
Gerente LEGIS Argentina
Jorge del Carril jdelcarril@legisargentina.com.ar

LEGIS
Calle San Martín 551 Piso 4 Oficina 28
Teléfono (fax): (5411) 43931646
Argentina

Discurso de la ceremonia inaugural del III Congreso de la Federacion Argentina de Medicina Familiar y General

Hotel Intercontinental, Buenos Aires, Octubre de 2004

Carlos García *

Resumen

El presidente de la Asociación Argentina de Medicina Familiar describe la importancia de posicionar a la Medicina de Atención Primaria en el centro del sistema de salud de la Argentina con el objetivo de generar políticas consistentes y a largo plazo que determinen un sistema de salud equitativo, simétrico, accesible, costo-efectivo y racional, componentes esenciales todos estos de la alta calidad. Destaca la imprescibilidad y la inevitabilidad de la política para la viavilidad de un país; la importancia de generar un curriculum médico acorde con nuestras necesidades; de garantizar nuestra calidad de atención y trabajo en salud mediante la educación continua, la certificación y la recertificación; así como de acompañar al Estado y de participar en el Estado.

Estimados colegas, señoras y señores:

Hace un año, al asumir la presidencia de la Asociación Argentina de Medicina Familiar mencioné que como integrantes de una especialidad central en la salud de nuestra población debíamos integrarnos en organizaciones que velen por nuestra misión. Nuestra misión, la de los médicos de familia, será, en los próximos años, trabajando activamente y dirigiendo nuestros esfuerzos al gobierno, a los ejecutivos de los sistemas de salud, a los decanos de las escuelas de medicina y al público en general.

El 5 de mayo cumplimos 20 años como asociación. Estamos convencidos de que en estos 20 años actuamos dejando de lado intereses personales y regionales. Desde la AAMF impulsamos la creación de la Federación Argentina de Medicina Familiar de la que hoy somos una asociación regional.

Este encuentro, que hoy nos toca organizar está central y específicamente dirigido a la misión que nos planteamos hace un año: posicionar a la Medicina de Atención Primaria en el centro del sistema de salud de la Argentina. Lo sentimos, lo decimos, lo diremos todas las veces que sea necesario: La Medicina Familiar y la Medicina General, la Medicina de Atención Primaria, debe ser el eje del sistema de salud de todo país que pretenda administrar adecuadamente sus recursos y brindar la mejor calidad posible.

Esto le crea una importante obligación al Estado: generar políticas consistentes y a largo plazo que determinen un sistema de salud equitativo, simétrico, accesible, costo-efectivo y racional, componentes esenciales todos estos de la alta calidad.

Pero también a nosotros, médicos de atención primaria, se nos crea una enorme e irrenunciable responsabilidad: responder a las necesidades del Estado y de la población con un sistema de atención médica de esas características: equidad, simetría, accesibilidad, costo-efectividad y racionalidad.

Nuestra sociedad forma médicos en condiciones irregulares y poco controladas. Nuestra atención médica en sus niveles más altos es de alto nivel. Sin embargo, nuestra atención médica en promedio no lo es. Es entonces nuestra obligación moral generar un curriculum médico acorde con nuestras necesidades; garantizar nuestra calidad mediante la educación continua, la certificación y la recertificación; acompañar al Estado y lo que es más importante PARTICIPAR en el Estado. La política es imprescindible, un país no puede vivir sin política; sin políticos no hay política y sin política un país es inviable. Es entonces por extensión nuestra responsabilidad de participar activamente en la generación de las políticas de salud; reclamarle a los gobiernos nuestro lugar y ser sumamente efectivos y éticos en nuestro ejercicio.

Nuestros gobiernos han mostrado intenciones y han ejercido acciones concretas en términos de políticas de Estado. El Programa Médico Obligatorio, la ley de prescripción por genéricos, el plan Remediar, el programa

* Presidente de la Asociación Argentina de Medicina Familiar.

materno-infantil y el reciente programa de formación de médicos comunitarios tienen indudablemente la intención de mejorar la salud de nuestro pueblo. Lejos de criticarlos desde afuera, debemos comprometernos y participar activamente desde adentro. Para ello, nuestro reclamo: queremos que se nos escuche y se nos participe activamente en la generación de nuestras políticas de Estado. Para ello nuestro compromiso: darle un lugar de expresión y discusión a esas políticas de Estado.

El lema y el programa de nuestro congreso son más que elocuentes en cuanto al lugar que le damos a las políticas de Estado. Los programas oficiales centrados en la atención primaria constituyen el eje de nuestras actividades. Esperamos sinceramente que éste sea el germen de nuestra incorporación activa en la generación de nuestras políticas.

Debemos desterrar la idea de asociar a la medicina familiar con servicios menos costos, servicios para ahorrar, que cuidan el bolsillo del financiador a expensas de la salud del paciente. La medicina familiar es mejor, no es más barata, la medicina familiar es el único camino de asegurarle a la población cuidados continuos, accesibles, y coordinados. Es la medicina familiar la única disciplina que puede llenar idóneamente los espacios entre los cuidados de múltiples especialistas. Quién mejor, en actitud y en aptitud, que un médico de familia para promover cambios preventivos y auto cuidados.

Finalmente, como asociaciones regionales y como Federación Argentina de Medicina Familiar, nuestro objetivo está lejos de ser cumplido; debemos redefinir nuestra actitud y compromiso en pos de crear una entidad acorde con nuestras pretensiones. Debemos insistir en dirigir nuestros esfuerzos a que las escuelas de medicina formen la cantidad y la calidad de médicos que hacen falta, que las entidades financiadoras adecuen sus planteles de atención a las necesidades reales y no a las pretensiones del consumo, que la población se eduque en términos de prevención y utilización de los recursos.

Hace unos años, viajando por la ruta 3 leí un cartel que decía "El país se construye con el campo, nunca sin el campo, jamás contra el campo". De la misma forma creo que podemos decir que el sistema de salud de un país se construye con la atención primaria, nunca sin la atención primaria, jamás contra la atención primaria.

Muchas gracias.



"Presentación de la Revista AMFG durante el III Congreso de la FAMFyG el pasado octubre de 2004 en el Hotel Intercontinental Buenos Aires. De izquierda a derecha: Jorge Del Carril, Dr. Humberto Jure, Dr. Agustín Ciapponi, Dra. Ma. Cecilia Vallese, Dr. Sergio Terrasa".

III Congreso de la Federacion Argentina de Medicina Familiar y General
XIII Congreso de la Asociacion Argentina de Medicina Familiar
III Jornadas de residentes de medicina familiar y general

En el mes de octubre próximo pasado hicimos el III Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) junto con el XIII Congreso de la Asociación Argentina de Medicina Familiar y las III Jornadas de residentes de Medicina Familiar y General. El evento se desarrollo en el Hotel Intercontinental en la Cuidad de Buenos Aires y su lema fue *"Hacia un Sistema de Salud Centrado en la Atención Primaria"*.

El compromiso del comité organizador fue realizar un Congreso de muy buena calidad científica y humana, con amplia convocatoria estimulando la asistencia de médicos e integrantes del equipo de salud enrolados en los principios de la Atención Primaria .

Los motivos por los cuales nos reunimos fueron: difundir conocimientos científicos, crear redes regionales e internacionales, hacer que nuestra Federación así como la Medicina Familiar/General y la Atención Primaria en general sean más visibles en el país, aprender a organizar mejores encuentros y obtener recursos para desarrollar programas y actividades docentes.

Al organizar el Congreso se trabajó en lineamientos descriptos en la bibliografía como predictores de éxito, ofreciendo oradores de prestigio, presentando nuevos logros, promoviendo eventos sociales, eligiendo una sede que se adecuara a las necesidades del evento, generando gran numero de becas y ajustando las inscripciones para que fuera mas accesible.

El programa científico se desarrolló con la participación de integrantes pertenecientes a las asociaciones federadas por lo que estamos seguros, fue representativo de la realidad y de las necesidades de la Medicina Familiar y General en Argentina.

Contamos con mesas centrales en las que se expusieron y discutieron temas sobre políticas de salud, modelos de gestión, programas nacionales y provinciales.

Se generaron espacios que permitieron establecer nuevas relaciones y grupos de cooperación para concretar proyectos como las "Comisiones de trabajo sobre problemas prevalentes".

Durante este encuentro, el Consejo de Certificación de la FAMFyG evaluó a los médicos generalistas y de familia que se certificaron como especialistas. También contamos con un espacio donde se pudo realizar un examen simulado similar al de la certificación con el propósito de que los médicos que lo desearan vieran como es la metodología de evaluación. (Link certificación)

La FAMFyG lanzó en el Congreso el primer número de "Archivos de Medicina Familiar y General", revista en la cual se publica trabajos de investigación inéditos relacionados con la especialidad y la Atención Primaria. (se entregaron 2500 ejemplares).

Con el objeto de tener un encuentro que sea para todos, el programa científico hizo confluir actividades que permitieron a los asistentes actualizarse (Revisiones (Core) de Medicina Familiar y General), capacitarse (Curso y, Talleres), autoevaluarse (Estaciones de destreza), difundir sus hallazgos (Trabajos de Investigación) y debatir acorde a sus áreas de interés y/o experiencia (Conferencias Plenarias, Conferencias, Mesas Redondas, Talleres y Ateneos Centrales).

Nos acompañaron como invitados, un experto en medicina basada en la evidencia, el Dr. Rafael Bravo Toledo, y el Dr. Thomas Owens Chairman y Profesor del Departamento de Medicina Familiar y Preventiva

de la Universidad de Oklahoma, a quienes antecedia un Curriculum Vitae que aseguraba el máximo enriquecimiento de los asistentes y cuya presencia superó lo esperado.

La convocatoria fue amplia, continuando con la tendencia creciente de los últimos años. Asistieron al Congreso 1.800 participantes, 200 en la jornada de residentes, 1.300 inscriptos al congreso, 300 disertantes no inscriptos.

Los asistentes al congreso fueron de la siguiente procedencia: 60% Provincias (24% Buenos Aires, 36% Resto del País), 25% Cuidad de Buenos Aires y 14% Otros.

La edad media de los asistentes 35 años con mayor prevalencia del sexo femenino 67%, tenían un promedio de 7 años de recibidos y el 80% eran médicos generalistas/ de familiar (20% restantes, pediatras, clínicos, ginecólogos e integrantes del equipo de salud)

Al consultarles los motivos por los que concurrieron el 70% dijo que buscaba capacitación.

Se ofrecieron más de 150 actividades (se triplicaron las ofertas con respecto a congresos anteriores) , 31 conferencias, 23 cursos intracongreso, 20 talleres, 20 Revisiones clínicas breves del Core de Medicina Familiar, 8 Estaciones de destrezas, 3 Conferencias Plenarias, 3 Cursos Precongreso, 1 Workshop sobre Medicina Basada en la Evidencia, y 1 Jornada de Residentes. (Link Actividades Científicas)

Los cursos (arancelados) despertaron gran interés en los asistentes, con una media de 30 participantes por curso. Los de mayor convocatoria fueron: *Problemas frecuentes de la piel, Atención del paciente Diabético, Control del Niño Sano, Gestión de Calidad en un centro de Atención Primaria, Manejo de la Depresión en Atención primaria, Herramientas e Intervenciones Psicoterapéuticas, Factores de riesgo cardiovascular* y *Pie Diabético.*

Los talleres de mayor convocatoria fueron: *Evaluación y tratamiento del Paciente con Síndrome Coronario Agudo, Abordaje Integral de la Salud Femenina, Embarazo y Medicación Frecuente en Atención Primaria, Screening oncológico del adulto, Evidencia orientada a problemas, Dolor un abordaje integral por el equipo de salud, Violencia y Maltrato infantil: Epidemia silenciosa.*

Las conferencias, mesas redondas y estaciones de destrezas no necesitaban un registro previo para participar en ellas por lo que sólo podemos conocer el interés que generaron por las evaluaciones de las mismas. El promedio general de las evaluaciones en una escala de 5 puntos, donde 1 es el menor y 5 el mayor, califican a las actividades antes mencionadas con valores de 4 y 5 puntos.

Se presentaron 75 trabajos, y se adjuntaron 30 de ellos con textos completos. Se seleccionaron 14 para su Comunicación Oral y los 61 restantes se presentaron mediante la modalidad de Pósters (2 Reportes de Casos y los 59 restantes Relato de Experiencia). De todos ellos, se seleccionaron los de mejor calidad metodológica y se entregó premios a:

- Mejor trabajo de investigación original (fundación mf)
- Premios trabajos de investigación original,
- Premios relatos de experiencia,
- Premios al mejor trabajo comunitario

Por la amplia concurrencia, la gran variedad de actividades, el creciente interés en comunicar los hallazgos de la investigación en Atención Primaria, la preferencia de las actividades científicas que proporcionan créditos, el lanzamiento de una nueva revista , la evaluación positiva y la satisfacción de los participantes llegamos a la conclusión que se ha cumplido con los objetivos planteados.

Dr. Carlos R. Cantale
Médico de Familia
Presidente
Comité Organizador

Comisiones Nacionales de Trabajo de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Un día, un grupo de médicos nos propusimos un objetivo primordial y ambicioso: contribuir junto con todas las Asociaciones regionales que conforman la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, a posicionar a la Medicina Familiar y General en el centro del sistema de Salud de la Argentina.

Entendemos que el desarrollo de nuestra especialidad, nuestro futuro personal y, por sobre todo, el destino de la salud en la Argentina necesita del compromiso de todos nosotros, médicos de familia y generalistas quienes estamos convencidos que el camino hacia otra salud es cambiando el modelo.

Sabemos también, que en general, las Asociaciones que conforman la FAMFyG están en problemas. Por un lado aún están pagando las consecuencias de la crisis económica de los últimos años, pero por el otro se encuentra en un momento de crisis de representatividad y participación de los médicos de familia y generales, asociados y no asociados.

En parte, este último problema podría atribuirse a la falta de posicionamiento académico y político en el área de la salud y la atención primaria.

Como estrategia de cambio a esta situación y como propuesta de solución, se plantea la creación de comisiones dedicadas a la investigación y desarrollo en áreas específicas. De esta manera, manteniendo una línea política definida por la FAMFyG, se incrementará la fuerza de trabajo, lo cual dará, a través de la producción de las comisiones, un mayor protagonismo en el escenario de la salud, tornándose la Federación un referente en los temas que le concierne, como lo son otras asociaciones.

Para esto hemos decidido la creación y formación de comisiones de trabajo, comisiones de desarrollo científico en las distintas áreas de nuestra especialidad, espacios donde podamos volcar nuestra energía e ideales, para que se conviertan en hechos: comisiones de salud del niño, salud de la mujer, salud de la embarazada, salud del anciano, ciencias de la conducta, medicina preventiva, factores de riesgo coronario, entre otras.

Su finalidad es mantenerse activas, así como crear y producir material para todos nosotros.

Las Comisiones dedicadas a la investigación y desarrollo en áreas específicas tendrán un documento de programación donde figurará la misión de la comisión, sus objetivos y actividades propuestas con indicadores de seguimiento que deben reflejar el desempeño y servirán para una autoevaluación del grupo

Las comisiones actuales son:

Comisiones Científicas:

Medicina Preventiva-Salud del Niño-Salud de la Mujer-Salud del Anciano-Factores de Riesgo Coronario-Salud Comunitaria-APOC-Ciencias de la Conducta-Cuidados Paliativos

Comisiones Políticas:

Políticas de Salud-Recursos Humanos en Salud-Gestión en Salud-Desarrollo Social, Ciudadanía y Derechos Humanos

Comisiones de Docencia:

Becas y Rotaciones-Desarrollo de trabajos científicos-Cursos y Talleres-Asesoramiento docente a Programas de Residencias-Publicaciones

Comisiones de Ejercicio Profesional:

Bolsa de Trabajo-Seguro de Mala Praxis-Asesoramiento legal

Comisión de Gestión de Calidad

La Federación coordina este sueño, pero para que se haga realidad necesitamos de la participación activa de todos los integrantes de las asociaciones regionales que deseen sumarse. Los esperamos, con ustedes podemos lograrlo.

Sandra Fraifer – Mario Acuña.
Coordinación Nacional de Comisiones de Trabajo.
famfyg@aamf.org.ar

Declaración de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Apoyo a la ratificación del convenio marco para el control del tabaco (cmct)

1. El tabaco es la principal causa de morbi-mortalidad evitable en Argentina y en el mundo ya que su consumo produce las dos principales causas de enfermedad y muerte en la región: enfermedades cardiovasculares y cáncer.
2. El tabaquismo ocasiona alrededor de 5.000.000 de muertes anuales.
3. En Argentina 40% de la población fuma y se producen 40.000 muertes anuales a causa directa del consumo de tabaco, lo cual implica importantes gastos para la salud pública.
4. La epidemia de tabaquismo se ha desplazado de países desarrollados a países en vías de desarrollo y hoy las víctimas del tabaco pertenecen predominantemente a países de bajos ingresos.
5. El humo de tabaco contiene más de 4.500 componentes químicos, muchos de éstos son agentes tóxicos y más de 60 de ellos son causantes de cáncer.
6. El tabaquismo pasivo ocasiona un riesgo significativo para la salud de las personas expuestas al humo ambiental de tabaco. Incrementa en un 40% el riesgo de cáncer de pulmón y en un 30% el riesgo de infarto de miocardio.
7. La gran mayoría de los fumadores inician su dependencia en la adolescencia con edades de iniciación cada vez más precoces.
8. En Argentina 32% de los adolescentes entre 13 y 15 años fuman regularmente, constituyéndose nuestro país en uno de los de mayor consumo de América Latina.

Por las razones expuestas anteriormente la Federación Argentina de Medicina Familiar y General debe tomar posición en los problemas importantes para la salud publica de nuestro país.

Concientes del impacto de esta epidemia, el 21 de mayo de 2003, en la 56 Asamblea Mundial de OMS, los 192 Estados Miembros aprobaron por unanimidad el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT).

El CMCT es el primer tratado de salud pública mundial, que proporciona un marco legal internacional para el control del tabaco y constituye una solución efectiva y barata para reducir las enfermedades, muertes, daños al ambiente y a la economía causadas por el tabaco.

A través de sus principales puntos, el CMCT regula:

- Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- Etiquetado y empaquetado de sus productos
- Protección del tabaquista pasivo
- Contenido de los productos del tabaco
- Medidas para evitar el contrabando
- Prohibición de la venta de tabaco a menores de edad
- Medidas de tratamiento para la cesación tabáquica
- Incentivos económicos y apoyo a actividades de sustitución del cultivo del tabaco.

El CMCT fue firmado por 168 países y entrara en vigor cuando sea ratificado por 40 países.

Actualmente existen 32 ratificaciones.

La mayoría de los países latinoamericanos (32) han firmado el CMCT: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, Saint Vincent y las Granadinas, St. Lucia, Suriname, Trinidad & Tobago, Uruguay, Estados Unidos y Venezuela.
No Firmaron (3): Colombia, República Dominicana y Guyana.

El 25 de septiembre Argentina firmó el CMCT. Actualmente el proyecto se encuentra en el Senado de la Nación para su ratificación.

Nuestro país debe acompañar la iniciativa Mundial uniéndose a las ratificaciones evidenciadas internacionalmente hasta la fecha.

Consideramos que constituye una prioridad no demorar la instrumentación de esta política de salud pública dado el alto costo en vidas perdidas y enfermedades que padece nuestra población a causa del consumo de tabaco.

Es por ello que la Federación Argentina de Medicina Familiar y General expresa su mas amplio apoyo a la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en nuestro país y solicita al Honorable Senado de la Nación su pronta ratificación.

Humberto Jure
Presidente de la Federación Argentina de Medicina Familiar

Verónica Schoj
Médica de Familia

Prevalencia y factores de riesgo de asma bronquial en niños

Asthma prevalence and risk factors in children

*José Luis Latorre y Luis Cayguara**

Resumen

Objetivos: determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados de asma bronquial en niños de 0 a 14 años atendidos entre abril y junio de 2004 en los Centros de Atención Primaria de Libertador General San Martín, Jujuy.

Material y métodos: estudio observacional (corte transversal) determinando la prevalencia de asma por grupo etáreo y sexo; y analítico (de casos, definidos por criterios preestablecidos y controles de igual sexo y edad). Los datos fueron obtenidos de planillas de consultorio externo e historias clínicas y mediante una encuesta de factores de riesgo de asma a los padres/tutores (antecedentes heredofamiliares de asma, peso al nacer menor a 2.500 g, tabaquismo pasivo y presencia de animales). Se realizó el análisis un análisis bivariado utilizando test de chi cuadrado, calculando Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza del 95 % (IC 95%).

Resultados: de los 5.520 niños asistidos, 176 cumplieron con los criterios diagnósticos de asma suponiendo una prevalencia de 3,37%. De los factores de riesgo asociados el bajo peso al nacer tuvo un OR 8,48 (IC 95% 2,91-24,69); antecedentes heredofamiliares 3,84 (2,41-6,14) y tabaquismo pasivo 1,79 (1,17-2,74). La presencia de animales no presento significación estadística.

Conclusión: la prevalencia de asma bronquial en los centros urbanos de atención primaria de Libertador General San Martín fue 3,37% con predominio masculino. Se encontró asociación con bajo peso al nacer, antecedentes familiares y tabaquismo.

Abstract

Objectives: To determine the prevalence and risk factors associated with asthma in children aged 0 to 10 years, who attended to the Primary Care Centers in Libertador General San Martín, Jujuy Province, between April and June, 2004.

Materials and methods: This is an observational (cross-sectional) study to determine the prevalence of asthma by age group and gender; it also has an analytical design (cases defined by pre-established criteria and matched for age and gender controls). Data were obtained from the outpatient and clinical records and by means of an asthma risk factors questionnaire administered to parents/ guardians (family history of asthma, birth weight lower than 2500 g, passive smoking, and presence of pets in the household).

Results: 176 from 5520 children fulfilled the diagnostic criteria for asthma, with a prevalence of 3.37% (62.5% were males); 42.05% of cases were children from 2 to 5 years, 37.5% involved children from 0 to 24 months old, and 20.46% were children older than 5 years. Within related risk factors, low birth weight had an OR = 8.48 (95% CI 2.91-24.69); family history had an OR = 3.84 (2.41-6.14), and passive smoking an OR = 1.79 (1.17-2.74). The presence of pets in the household did not reach statistical significance.

Conclusion: The prevalence of asthma in urban primary care centers in Libertador General San Martín was of 3.37%, with predominance in males. The disease was related with low birth weight, family history and smoking.

Palabras clave: Asma, Atención primaria, Niño y adolescente, Prevalencia
Key words: Asthma, Primary Care, Child and adolescence, Prevalence

* Residencia de Medicina General, Hospital Dr. Oscar Orias, Ministerio de Bienestar Social, Libertador General San Martín, San Salvador de Jujuy

Introducción

El asma es el problema crónico de salud de mayor prevalencia en la edad pediátrica. Afecta la calidad de vida de un elevado numero de niños y sus familias, originando un gran impacto social debido a una importante demanda y consumo de recursos sanitarios. Es responsable de un alto ausentismo escolar ya que cada niño pierde por año a causa de su asma, cinco a siete días de clase[1].

De la revisión GINA 2002[2] surge como estrategia fundamental para conseguir mayores beneficios en el cuidado del paciente con asma, el diseño de programas sanitarios locales y regionales en los que participen profesionales del primer nivel de atención y autoridades sanitarias, considerando las necesidades y peculiaridades de la población a los que van dirigidos.

El equipo de salud de atención primaria, junto a los profesionales implicados, debería jugar un papel central en el manejo individual y familiar de los pacientes asmáticos, como educadores, entrenadores deportivos y coordinadores de la atención continuada[3].

Este abordaje tiene la ventaja de que utiliza el recurso humano más accesible, permite continuidad en la atención, enfoque integral de la salud infantil y promoción del autocuidado, aprovechando el conocimiento que tiene el equipo de salud sobre la familia y sobre el entorno donde vive y recibe sus cuidados el niño. Los programas de atención al niño asmático basados en intervención comunitaria han demostrado su efectividad clínica, reducción de los requerimientos de servicios de urgencia y mejoría de la calidad de vida del niño y sus familias[4].

Son escasos los trabajos que citan la prevalencia de la enfermedad en el lactante y el preescolar, probablemente porque el término asma del lactante ha sido objeto de gran controversia. Sin embargo hoy esta perfectamente definido, aunque se admite que su evolución pueda ser incierta[5].

Se considera que el asma afecta a 5 a 10% de la población infantil . Entre el 10 y el 15% de los niños, y el 7 y el 10% de las niñas sufre asma en algún momento de su infancia, igualándose la afección por sexo luego de la pubertad . En nuestro medio se desconoce la cifra real de niños afectados, no existiendo un programa de atención al niño y adolescentes con asma. Sin embargo, los médicos de atención primaria ocupan gran parte de su tiempo atendiendo los problemas agudos de estos niños.

Cuando se pretende organizar la atención sanitaria de una población es necesario conocer sus factores de riesgo o condiciones predisponentes, la evolución y el pronóstico de sus procesos, así como los recursos y los niveles disponibles y necesarios para hacer un diagnóstico y un seguimiento adecuados. Sólo así se pueden plantear alternativas que promuevan la participación del equipo de atención primaria en programas de atención al niño y adolescente asmático.

Se define asma a la enfermedad pulmonar obstructiva, crónica, recurrente y difusa, con hiperreactividad de las vías aéreas respiratorias a diversos estímulos, y con un alto grado de reversibilidad del proceso obstructivo, que puede producirse de manera espontánea o como resultado del tratamiento[1]. Esta hiperreactividad de las vías aéreas se correlaciona con la gravedad global de la enfermedad y si bien varía de un paciente a otro, tiende a ser relativamente estable en el mismo paciente. Aumenta tras la exposición a contaminantes del aire y alérgenos, contaminantes químicos ocupacionales y tras la administración de antagonistas de receptores beta; mientras que se observa una disminución de la irritabilidad de las vías respiratorias luego de la administración de cromoglicato, nedocromilo y corticoides inhalados o sistémicos en forma crónica[7]. Los datos relativos a la transmisión hereditaria del asma son compatibles con la existencia de un determinante poligénico o multifactorial. Un niño con uno de los padres asmáticos tiene un riesgo de 25% de padecer asma, aumentando hasta 50% si ambos padres son asmáticos[6].

Habitualmente, el diagnóstico de asma se efectúa sobre la base de síntomas recurrentes como episodios de falta de aire, respiración sibilante, opresión en el pecho y tos, que empeoran particularmente por la noche y en las primeras horas de la mañana. El 30% de los pacientes ya son ya sintomáticos al año de edad, mientras que 80 a 90% de los niños asmáticos tienen sus primeros síntomas antes de cumplir los cuatro o cinco[8]. Sin embargo suele ser difícil su diagnóstico en niños debido a que los episodios de respiración sibilante y tos son síntomas que aparecen con frecuencia en otras enfermedades de la infancia, particularmente en niños mayores de tres años, lo que puede conducir a diagnósticos inapropiados y privar al niño de medicación asmática[5].

Si bien existe la posibilidad de que los niños de corta edad sean sobremedicados, es posible reducir la duración y la intensidad de los episodios de respiración sibilante mediante el uso efectivo de agentes antiinflamatorios y broncodilatadores[6]. En 1999 el Grupo Regional de Trabajo sobre Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias (GAIA) publicó su estudio de prevalencia de

asma en Asturias y definió los criterios diagnósticos de asma que se describen en el **cuadro 1.**

La evolución y pronóstico son difíciles de predecir. La incidencia y mortalidad del asma han aumentado en las últimas dos décadas. Aunque se desconoce la causa de dicho aumento se identificaron, en otros países, algunos de los factores de riesgo asociados: bajo nivel socioeconómico, escasez de cuidados del niño por parte de los padres, raza negra, edad materna menor a 20 años el momento del parto, peso al nacer menor a 2.500 g, consumo de cigarrillo por parte de los cuidadores principales del niño (más de un cigarrillo por día) familias numerosas (más de seis miembros) exposición intensa a alérgenos durante la lactancia como los de animales domésticos e infecciones respiratorias frecuentes durante las fases iniciales de la infancia[8].

Objetivos

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados de asma bronquial en el total de niños de 0 a 14 años atendidos entre abril y junio de 2004 en los Centros de Atención Primaria (CAP) de Libertador General San Martín (LGSM) provincia de Jujuy.

Metodos

Tipo de estudio

Estudio observacional (corte transversal) y analítico (de casos y controles).

Lugar

Consultorios externos de los diferentes CAP de LGSM entre abril y junio de 2004.

Participantes

Casos: pacientes de 0 a 14 años con diagnóstico de de asma bronquial por criterios preestablecidos[9].

Controles: igual número de pacientes con igual distribución de edad y sexo, durante el mismo período, en quienes se excluyó asma bronquial.

Fuente de datos

Los datos fueron obtenidos en los diferentes CAPS de LGSM (planillas de consultorio externo e historias clínicas) y a través de encuestas realizadas a los padres, tutores o encargados de los niños acerca de los factores de riesgo asociados al asma bronquial.

Variables estudiadas

Asma (niños con diagnóstico registrado por el médico según el Consenso Regional del Grupo de Trabajo de Asma de Asturias9 [cuadro 1]); *Sexo; Edad* (tres intervalos: 0 a 24 meses, dos a cinco años y cinco a 14 años); *Antecedentes heredofamiliares de asma* (padres, hermanos y/o abuelos); *Bajo peso al nacer* (inferior a 2500g); *Tabaquismo pasivo* (consumo de uno o más cigarrillos diarios por personas que permanecen en contacto diario con el niño) y *Animales* (presencia en la casa del niño de animales con pelo como perro, gato, hámster, etc.).

Análisis estadístico

Se realizó el análisis descriptivo de las variables y un análisis bivariado utilizando test de chi cuadrado (x^2) considerando significancia estadística una $p < 0,05$. ttSe calcularon Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza del 95 % (IC 95%). El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico STATA 8.0.

Resultados

Entre abril y junio de 2004, en los siete centros urbanos de atención primaria de LGSM, fueron atendidos 5220 niños y 176 cumplieron con los criterios de asma preestablecidos, lo que supone una prevalencia de asma entre niños atendidos de 3,37%.

De los niños asmáticos, 62,5% de los niños fueron varones y 37,5% mujeres. En cuanto a la distribución por edad, 42,04% tenía entre dos y cinco años, 37,5% de 0 a 24 meses y 20,46%, más de cinco años. El resultado del análisis de los factores de riesgo asociados se describe en el **cuadro 2.**

Cuadro 1: Criterios diagnósticos de asma del Grupo Regional de Trabajo sobre Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias.

Cualquiera de los tres confirman el diagnóstico.
• 0 a 24 meses: tres episodios de sibilancias.
• 2 a 5 años: tres episodios de disnea y sibilancias, o dos en el último año con respuesta al tratamiento broncodilatador.
• Mayores de 5 años: tres episodios de disnea y sibilancias o dos en el último año, con respuesta al tratamiento broncodilatador.

Cuadro 2: Asociaciones halladas entre los factores analizados y la presencia de asma (n=176).

Variable analizada	OR e IC95%
Peso al nacer menor a 2.500g	8,48 (2,91 a 24,69)
Antecedentes heredo familiares	3,84 (2,41 a 6,14)
Presencia de al menos un tabaquista en el hogar	1,79 (1,17 a 2,74)
Presencia de algún animal en el hogar	1,10 (0,67 a 1,82)

Discusión

Los estudios de prevalencia basados en el diagnóstico médico de asma nos permiten evaluar su impacto y recoger información útil para organizar la asistencia sanitaria en nuestro medio. Esto es posible gracias a la universalidad del sistema y a la existencia de una historia clínica individual, que usan la mayoría de los médicos de atención primaria. Los datos de prevalencia obtenidos muestran un claro predominio en el sexo masculino, en coincidencia con la literatura[4,7], a diferencia de la edad adulta donde hay un claro predominio en la mujer. Se destaca el porcentaje de niños menores de dos años que cumplen con los criterios diagnósticos, existiendo a pesar de la controversia, el consenso de aplicar la misma definición de asma para todas las edades, pues esta demostrada la eficacia de aplicar tratamientos similares.

La prevalencia del asma en niños en edad escolar en América Latina varia entre 6,6% y 26% en distintas regiones. Para evaluar la severidad y prevalencia de asma, rinitis y dermatitis atópica en la población general de la República Argentina se ha realizado el estudio ISAAC. En él se evaluaron dos grupos de edad (seis a siete años y 12 a 13 años) en 12 muestras de varias ciudades de Argentina (Buenos Aires, Santa Fe, Entre Ríos, Catamarca, Córdoba, Chaco, Mendoza, Chubut, Santa Cruz y Tucumán). Sobre 12.000 chicos encuestados, en las ciudades de Rosario y Buenos Aires, la prevalencia fue 16,4%[8], mientras que en la ciudad de Orán[11] la prevalencia para escolares de seis a siete años fue alrededor de 17% y similar a la de Tucumán, ambas de climas similares[12].

Este es el primer estudio realizado en Jujuy y aunque el grupo etario considerado es más amplio, la prevalencia hallada en mayores de cinco años fue similar (20,46%). Además, a diferencia de los estudios desarrollados previamente en Argentina abordamos la prevalencia de asma en el complicado rango etario de niños menores de seis años mediante criterios diagnósticos de asma validados internacionalmente[9].

Como limitaciones debemos mencionar que, dado que el denominador utilizado para calcular la prevalencia, fue la de niños atendidos y no la de toda la población, nuestros datos son sólo estimativos de la prevalencia poblacional. Sin embargo esta metodología es usualmente utilizada en los estudios publicados. Por otro lado al haber sido realizado en los siete centros urbanos de atención primaria de LGSM accesible a la mayoría de la población infantil, se garantiza la representatividad de la muestra. No puede descartarse cierta estacionalidad de los datos al haber considerado un solo trimestre, pero por comprender otoño e invierno es improbable que la prevalencia sea menor a la reportada. En cuanto a la determinación de factores de riesgo asociados al asma, al no realizarse análisis multivariables, no puede estimarse el peso independiente de las tres variables asociadas: peso al nacer menor a 2.500 g, antecedentes heredofamiliares y tabaquismo pasivo. Sin embargo son factores plausibles y ampliamente documentados en la literatura[6].

Es importante destacar la importancia de la medición objetiva de la función pulmonar, cuando la edad del niño lo permite, pues es junto con la clínica el pilar fundamental en el diagnóstico y seguimiento de estos niños; debiendo generalizarse su introducción en los puestos de salud, dada su disponibilidad y facilidad de utilización.

Conocer la prevalencia real de asma en nuestra región es un primer paso para el desarrollo de planes globales de atención del niño y el adolescente con asma, para permitir una mejor organización y eficacia de la asistencia sanitaria, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Es importante que dirijamos nuestra acción hacia la prevención de algunos de los factores de riesgo identificados pasibles de ser atenuados como el tabaquismo pasivo y el bajo peso al nacer, a través de la educación, la promoción de la salud, adecuados controles prenatales y el acceso universal a la alimentación; y asimismo, al establecimiento de criterios uniformes para el diagnóstico de asma a través de la elaboración de un censo de niños asmáticos

que permita al equipo de salud de atención primaria optimizar el tiempo y los recursos para la atención de los mismos, facilitando su seguimiento y permitiendo establecer protocolos de tratamiento y/o derivación, así como estrategias de intervención preventiva y de fomento de programas educativos y de autocuidado.

Conclusiones

La prevalencia de asma bronquial entre los 5.520 niños atendidos entre abril y junio de 2004 en los siete centros urbanos de atención primaria de Libertador General San Martín fue de 3,37% con predominio masculino. Se encontró fuerte asociación con haber tenido bajo peso al nacer, moderada asociación con los antecedentes familiares y leve asociación con el tabaquismo pasivo aunque estos hallazgos deberían corroborarse en futuros estudios.

Fuente de financiamiento: no hubo.

La residencia de agradece la colaboración del Dr. Juán Carlos Motta.

Referencias

1 Fernández Carazo, Alba Moreno F, Ramonde Rodriguez L, Montón Álvarez JL. La importancia del asma en niños y adolescentes. En: Asma en el niño y adolescente. Aspectos fundamentales para el pediatra de Atención primaria. Exlibris ediciones S.L.; 1ª ed., 2001.

2 Nacional Heart, Lung and Blood Institute.National institutes of health. Global strategy for asthma management and prevention. GINA revised 2002

3 Lora Espinosa A. Aplicación de la gestión por procesos a la mejora del tratamiento del asma bronquial en la infancia. An Esp Pediatr 2002;56(Supl 6):289-92.

4 Díaz Vazquez C. Intervención comunitaria en el asma del niño y adolescente. Pediatría integral.2000;3.6-10.

5 Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ. Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. N Engl J Med. 1995;332(3):133-8.

6 Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Lancet 1998;351:1225-32.

7 Sporik R, Holgate ST, Cogswell JJ. Natural history of asma in chilhood-a birth cohot study.Arch Dis Chile 1991;66:1050-3.

8 Tratado de Pediatría Nelson.Berhman décimo cuarta edición, pag.709 a 721.

9 Prevalencia de asma diagnosticado en la poblacion infantil en Asturias. Grupo Regional de Trabajo sobre el Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias. An Esp Pediatr. 1999;51(5):479-84.

10 The international study of Asthma And allergies in Childhood (ISAAC) Steering Comittee. Worlwidwe variation in the prevalence of Asthma Symptoms. Eur Respir J. 1998;12:315-35.

11 Tello MA, Jimete Del Villar R A, Salmún N. Prevalencia y severidad de asma en la población infantil de la ciudad de Orán, provincia de Salta-Argentina. Una adaptación local del estudio ISSAC en niños de 6/7 años. ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGIA CLINICA 2003; 34;3:75-80.

12 Salmun N. Evaluación de la epidemiología del asma en el mundo. Alergia (Córdoba) 1996; XIII :106-7.

Mortalidad infantil y prematura en Argentina: poder explicativo de las diferencias socioeconómicas y de acceso a servicios de salud

Infant and premature mortality in Argentina: explicative power of socio-economic and health care accessibility differences

Sergio Terrasa, Fernando Rubinstein#, Nancy Giraudo#, Marcelo Bortman¥.*

Resumen

Objetivos: determinar en Argentina el poder explicativo de las diferencias socioeconómicas y de acceso a servicios de salud sobre las diferencias interprovinciales de mortalidad infantil (MI) y prematura por todas las causas en años de vida potencial perdidos excluyendo las ocurridas antes del primer año de vida (AVPPtot1a70).

Metodología: estudio ecológico de las provincias argentinas. Usando MI y AVPPtot1a70 de 1996 como variables dependientes e información censal de 1991 sobre ingresos, estructura familiar, educación, vivienda, acceso a servicios de salud, ocupación y urbanización como variables independientes, se hizo un análisis de regresión lineal múltiple para determinar los mejores predictores y se lo validó con información de 1999 y 2000.

Resultados: las diferencias interprovinciales en el porcentaje de hogares con hacinamiento (1991) explican el 62% de las diferencias interprovinciales de MI y el 37% de las de AVPPtot1a70 durante 1996; las de cobertura de salud, el 34% de las variaciones de MI y el 20% de las de AVPPtot1a70; las educativas, el 40% de las variaciones de MI y el 34% de las de AVPPtot1a70. No son buenos predictores la densidad de médicos y camas hospitalarias. Los modelos multivariables no cambiaron sustancialmente los resultados principales.

Conclusiones: en Argentina, la mortalidad infantil y la prematura por todas las causas están asociadas a la pobreza estructural y a la ausencia de cobertura de salud. Deberían hacerse esfuerzos para disminuir las profundas desigualdades existentes.

Abstract

Objectives: to determine the explicative power of socio-economic and health care accessibility differences within the Argentine provinces in infant mortality (IM) and premature mortality for all causes, in years of potential life lost excluding deaths during de first year of life (YPLL-1to70).

Material & methods: this was an ecologic study of Argentine provinces. Using the 1.996 IM and YPLL-1to70 as dependent variables, and the 1991 National Census data on incomes, family structure, education level, housing, health care accessibility, occupation and urbanization as independent variables, a multiple lineal regression analysis was performed in order to determine the best predictors. This analysis was validated with 1999 and 2000 data.

Results: the differences in the percentage of households with crowding (1991) explained 62% of the interprovincial differences in IM and 37% of YPLL-1to70 during 1996. Health insurance status explained 34% of the corresponding differences in IM and YPLL-1to70, and educational variables explained 40% of the differences in IM and 34% in YPLL-1to70. Density of physicians and numbers of hospital beds are not good predictors. Multivariable models did not significantly change the main results.

Conclusions: in Argentina, infant mortality and premature mortality for all causes are associated with structural poverty and absence of health insurance. Great efforts are needed to decrease these deep existing inequities.

Palabras clave: mortalidad infantil/tendencias, educación/estadística y datos numéricos, índice de embarazo/tendencias, capacidad de camas en hospitales, hacinamiento.

Key words: infant mortality trends, education/ statistics and numerical data, pregnancy index/trends, hospital beds availability, crowding.

* Especialista en Medicina Familiar, Máster en Efectividad Clínica. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva (UMFyP) y Cátedra de Salud Pública de la Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), Argentina. sergio.terrasa@hospitalitaliano.org.ar

\# Especialista en Medicina Familiar. Master en Salud Pública. UMFyP del Hospital Italiano del HIBA.

¥ Especialista en Medicina Familiar, Master en Salud Pública. UMFyP del HIBA.

¥ Especialista en Salud Pública. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Banco Mundial. mbortman@worldbank.org

Introducción

La salud de una población está condicionada por diversos factores[1, 2, 3, 4] existiendo una latencia de dos a diez años[5] entre algunos determinantes (ej. desempleo) y el resultado adverso (ej. mortalidad) además de haber una intrincada relación entre el grado de educación alcanzado por la madre[6], la cantidad de hijos tenida[7] y la mortalidad infantil[8]. Otros determinantes estudiados son las diferencias económicas[9] y educativas[10], las de desarrollo industrial[11], la densidad de médicos[12], la utilización de recursos sanitarios[3], el desarrollo de la atención primaria[3], la proporción de hogares monoparentales con mujeres como jefas de familia[8], el bajo nivel educativo[10], la composición racial[10], el acceso a agua potable[13], la densidad de teléfonos[14], etc.

Dempsey[15] observó en 1947 que las tasas convencionales de mortalidad no daban suficiente importancia a las muertes ocurridas en edades tempranas e introdujo el concepto de años de vida potencial perdidos (AVPP). En 1950, Haenszel[16] comparó diferentes métodos para el calcularlos** y en 1974 Romeder y McWhinnie[17] recomendaron utilizarlos como un indicador para la planificación de la salud. En los últimos años se han llevado a cabo numerosos estudios de evolución temporal[18], variaciones geográficas[19], de raza y clase social[20, 21]. La MI oscila en América desde 6,43 cada mil nacidos vivos (Canadá) hasta 87,1 (Bolivia). En Argentina es de 20,8, con importantes diferencias interprovinciales (mínimo 9,7 y máximo 34,4)[22]. El 7% de los hogares de la Ciudad de Buenos Aires tenía en 1991 necesidades básicas insatisfechas (NBI) mientras que en Formosa esta condición afectaba al 33%; la tasa de analfabetismo era de 0,7% en la Ciudad de Buenos Aires y de 7,6% en Chaco, etc. La MI en 1996 fue de 9,7/1000 nacido vivos en Tierra del Fuego y de 34,4/1000 en Chaco.

Existen estudios[23, 24, 25, 26] que han mostrado asociación entre algunos variables socioeconómicas y resultados de la salud en Argentina: tasas de mortalidad prematura (en las provincias con mayores ingresos per-cápita en 1995 se perdieron 6.702 años potenciales de vida cada 100.000 habitantes durante 1.997 y en las de menores ingresos, 9.686); correlación entre el índice de desarrollo humano por provincia de 1.993 y la tasa ajustada por mortalidad general y por infecciones en 1997 en Argentina; etc.

Sin embargo, no hemos podido identificar estudios publicados que hayan analizado cuantitativamente qué fracción de la variabilidad geográfica de la mortalidad infantil y prematura de Argentina es explicable por condiciones socioeconómicas. El objetivo de este trabajo es llenar este vacío permitiendo a quienes se encuentran en niveles de decisión política (especialmente los de gestión local) tener elementos para priorizar la asignación de recursos y esfuerzos, así como documentar la actual situación de inequidad en Argentina con el objetivo de fortalecer las demandas de los actores sociales involucrados.

Objetivos

Determinar qué fracción de la variabilidad interprovincial de mortalidad infantil y mortalidad prematura por todas las causas, puede ser explicada en Argentina por diferencias socioeconómicas y demográficas. Determinar cuáles variables explican mejor esas diferencias.

Materiales y métodos

Estudio ecológico de corte transversal con datos agregados secundarios discriminados por provincia obtenidos del Ministerio de Salud y Acción Social, de la Dirección de Estadísticas de Salud del Proyecto de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades; del Instituto Nacional de estadísticas y Censo y de la Organización Panamericana de la Salud.

Las variables dependientes fueron *Mortalidad infantil (MI)* como número de muertes durante el primer año de vida cada mil nacidos vivos según la provincia de residencia de la madre en 1996[27] y mortalidad prematura en años de vida potencial perdidos[28] en 1996 por jurisdicción (reportados como AVPP cada 10000 habitantes y calculados en base a los 70 años como edad de referencia[17], analizando los *años potenciales de vida por todas las causas perdidos en 1996 excluyendo los ocurridos durante el primer año de vida*† *(AVPPtot1a70)*.

** Concepto de Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP): intenta resumir en forma ponderada los años potenciales de vida perdidos (por todas las causas o por causas específicas) en una población tomando como referencia una edad consensuada de expectativa de vida. Ésta puede ser la expectativa de vida de esa población o una edad arbitraria (ej. 65 ó 70 años) que permita comparar dos poblaciones con diferente expectativa de vida. Conceptualmente, a cada muerte (según la edad a la que falleció el individuo) se la valora asignándole el número de años que le restarían a esa persona para llegar a la edad de referencia.

† El objetivo de la exclusión de las muertes ocurridas durante el primer año de vida es eliminar la alta ponderación que tienen éstas en el cálculo de los años potenciales de vida perdidos (cada muerte es tomada como = 70 años de vida perdidos) para poder así valorar la mortalidad prematura resultante de mecanismos diferentes a los que inciden en el primer año de vida.

Las variables analizadas como posibles predictoras fueron el porcentaje de familias incompletas[20]; el número medio de hijos que han tenido las mujeres de 49 años[21]; la tasa de analfabetismo en mayores de 15[11] y 10 años[12], el porcentaje de la población de 25 o más años de edad que nunca asistió al sistema escolar[13]; el porcentaje de viviendas tipo B[14], rancho o casilla[15], sin agua potable[16] o electricidad, con hacinamiento crítico[23] o necesidades básicas insatisfechas[16] (NBI); el porcentaje de la población sin cobertura de salud[17], la cantidad de habitantes por cama hospitalaria disponible en 1996[18] y la densidad de médicos en 1998[23]; la tasa de desocupación[19], el porcentaje de la población ocupada en el sector público[20], en actividades primarias[21], en tareas no calificadas[22], de asalariados sin descuento jubilatorio[17]; la concentración urbana por jurisdicción como ciudades de más de 2000 habitantes[24] y en ciudades de más de 100000 habitantes) y los ingresos *per cápita* en dólares en 1995[24].

Utilizando el programa STATA 6.0 se hizo un análisis de regresión lineal múltiple. Luego de dividir las variables predictoras en las siete áreas (composición familiar, educación, vivienda, cuidados de la salud, ocupación, urbanización e ingresos) se exploró por separado cada variable independiente de cada dominio (regresión lineal) y se seleccionaron las mejores de cada dominio sobre la base de los siguientes criterios: las de mayor variabilidad, las de mejor poder explicativo, las que no sustentan su poder explicativo en unas pocas observaciones influyentes[‡], la facilidad de interpretación y de comunicación del significado de la variable, el sentido común y la disponibilidad de la variable en el sitio de gestión.

En un segundo paso se analizaron las combinaciones de dos o tres variables predictoras de diferentes dominios que mejor explicaran las diferencias interprovinciales en cuestión. Se valoró cuanta información sumaba el agregado sucesivo no automático de cada una de ellas (selección "forward" realizada en forma manual) luego de haberlas ordenado en forma decreciente según su poder explicativo y se seleccionó el mejor modelo explicativo sobre la base de su parsimonia y su facilidad de ser explicado a personas sin conocimientos técnicos estadísticos o de salud pública.

Se probó la estabilidad del modelo predictivo con datos de 1999 y 2000.

Resultados

El *cuadro 1* describe las variables analizadas. Fueron excelentes predictores las diferencias interprovinciales en el porcentaje de hogares con hacinamiento o NBI, las de cobertura de salud (Obra social, plan médico o mutual) y las educativas. Otros buenos predictores fueron la fecundidad, el porcentaje de personas con empleos no calificados y el porcentaje de hogares sin agua potable. No hemos encontrado asociación entre la densidad de médicos y camas hospitalarias con los resultados evaluados. Los modelos multivariables no cambiaron sustancialmente los resultados principales del análisis. La validación de los resultados con los datos de mortalidad de 1999 mostró pequeñas diferencias en el poder de discriminación respecto de los predictores de 1991.

El *cuadro 2* muestra los resultados del análisis crudo de la asociación entre las distintos variables socioeconómicas de 1991 y MI de 1996. La mayoría de los indicadores socioeconómicos de 1991, especialmente los que dependen de la pobreza y exclusión de largo plazo explica gran parte de la variabilidad interprovincial de MI de 1996. También fue explorado como predictor la tasa de analfabetismo en mujeres de 15 años[§, ***] o más, con resultados similares. El grado de urbanización[§] no mostró mayor poder explicativo y tampoco lo hicieron los ingresos. Los modelos multivariables no mejoraron la predicción ya que el único que resistió los criterios de selección fue el integrado por hacinamiento y fecundidad, pero apareciendo ésta como un factor protector, lo que va en contra de la evidencia existente y nos llevó a descartarlo.

El *cuadro 3* muestra los resultados del análisis crudo de la asociación entre las distintos variables socioeconómicas de 1991 y los AVPPtot1a70 de 1996. Ninguna combinación de variables mejora el poder explicativo de cualquiera de las variables predictoras mencionadas, usadas individualmente.

Las *figuras 1 y 2* son ejemplos de algunas de las correlaciones exploradas.

Discusión

Sobre la metodología empleada: por una limitación estadística relativa a la construcción del modelo de regresión debido a las 24 unidades de análisis el nuestro sólo podría incluir dos o tres predictores[25]. Sin embargo

‡ El grado de influencia de las distintas observaciones fue evaluado volviendo a correr la regresión sin la observación "sospechada" de influyente y observando el porcentaje de variación del coeficiente de regresión respecto del obtenido a través del integrado por todas las variables.

§ Porcentaje de la población que vive en ciudades de más de 2000 ó 20000 habitantes.

*** Sin embargo la agregación de los datos por provincia conlleva una ventaja: atenuar los errores de las tasas de mortalidad por enfermedades infrecuentes (en este caso tuberculosis) que son apreciables cuando se aplican a poblaciones de menos de 100.000 habitantes.

Cuadro 1: Descripción de las variables analizadas (24 observaciones).

Variables			Min.	Max.
Variables dependientes	Mortalidad infantil de 1996[a]	9,70	34,40	
	Años de vida potencial perdidos por todas las causas exceptuando los ocurridos durante el primer año de vida en 1996[b]	438,09	713,53	
Variables predictoras (%)	Necesidades básicas insatisfechas (1991)	6,6	33,6	
	Ingresos per cápita (1995)	3,76	21,3	
	Composición familiar (1991)	Familias incompletas	14,4	25,6
		Fecundidad	1,9	4,4
	Educación (1991)	Analfabetismo en mayores de 15 años	0,7	12,1
		Analfabetismo en mayores de 10 años	0,2	5,1
		Mayores de 25 años nunca escolarizados	1,2	13,1
	Vivienda (1991)	Viviendas tipo B	0,4	50,7
		Hacinamiento crítico	1,7	18,3
		Ranchos o casillas	1,2	25,5
		Sin agua potable	1,1	65,6
		Sin electricidad	0,0	37,1
	Acceso a la salud	Sin cobertura de salud (1991)	19,7	57,1
		Densidad de médicos (1998)	1,0	10,6
		Habitantes por cama (1996)	244	608
	Ocupación(1991)	Tasa de desocupación	3,0	9,0
		Tareas no calificadas	19,7	48,9
		Actividades primarias	1,0	37,6
		Asalariados sin descuento jubilatorio	18,8	45,7
		Trabajo en el sector público	14,7	46,3
	Urbanización (1991)	% pobl. en ciudades de más de 2.000 hab.	60,7	100
		% pobl. en ciudades de más de 100.000 hab.	26,7	100

a Número de muertes durante el primer año de vida cada mil nacidos vivos según la provincia de residencia de la madre en 1996.
b Años de vida potencial perdidos por todas las causas en 1996 excluyendo los ocurridos durante el primer año de vida y calculados en base a los 70 años como edad de referencia.

habíamos recolectado la mayor cantidad de información posible sobre potenciales confundidores para ver si los hallazgos encontrados soportaban el ajuste por estas otras variables.

El objetivo de la exclusión de las muertes ocurridas durante el primer año de vida para el cálculo de la mortalidad evitable fue eliminar la alta ponderación que tienen éstas en el cálculo de los AVPP para valorar la mortalidad prematura resultante de mecanismos diferentes a los que inciden en el primer año de vida.

Podíamos haber reportado el riesgo atribuible poblacional[40], que estima la proporción de la tasa general de mortalidad que sería posible reducir si todas las unidades analizadas tuvieran las tasas de la más favorecida (ej. la de MI). Sin embargo está método da demasiado peso a las observaciones extremas, por lo que hemos preferido usar el r^2 de la regresión, que significa la porción explicada de la variable analizada. Por ejemplo, un r^2 de 0,40 implica que la variable o el conjunto de variables predictora/s (ej. diferencias en la tasa de analfabetismo) es capaz de explicar el 40% de la variabilidad interprovincial de la variable dependiente (ej. diferencias de mortalidad infantil).

En Argentina varias provincias utilizaban, además de la monedad nacional (el peso) bonos provinciales de cancelación de deudas devaluadas respecto de aquel.

Cuadro 2: Asociación cruda entre los distintos predictores socioeconómicos de 1991 y la mortalidad infantil de 1996 de Argentina. Figuran en negrita las incluidas en el análisis multivariable.

Variable		Mortalidad infantil							
		1996 – Generación del modelo					1999 – Validación		
		Coef. correl	ß	p	r^2 ajust[c]	Obs. infl	ß	p	r^2 ajust[c]
Necesidades básicas insatisfechas (NBI)		0,68†	0,5	0,00	0,44	13%	0,4	0,00	0,41
Ingreso *per cápita*		-0,66	-1,0	0,00	0,41	42%	NA		
Familia	Familias incompletas	0,54	1,0	0,01	0,25	22%			
	Fecundidad	0,62	6,2	0,00	0,36	14%	5,0	0,00	0,42
Educación	Analfabetismo en mayores de 15 años	0,68	1,5	0,00	0,43	13%	1,2	0,00	0,55
	Analfabetismo en mayores de 10 años	0,64	1,1	0,00	0,38	10%	2,9	0,00	0,50
	Mayores de 25 años nunca escolarizados	0,60	1,1	0,00	0,33	18%	NA		
Vivienda	Viviendas tipo B	0,75	0,4	0,00	0,55	24%			
	Hacinamiento crítico	0,80	1,1	0,00	0,62	9%	0,9	0,00	0,62
	Ranchos o casillas	0,67	0,6	0,00	0,42	23%	NA		
	Ausencia de agua potable	0,64	0,3	0,00	0,38	14%	0,3	0,00	0,44
	Ausencia de electricidad	0,65	0,4	0,00	0,40	42%	NA		
Cuidados de la salud	Ausencia de cobertura de salud	0,61	0,4	0,00	0,34	10%	0,3	0,00	0,38
	Densidad de médicos	-0,22	-0,8	0,30	0,00	NA			
	Habitantes por cama	0,03	0,0	0,90	-0,00				
Ocupación	Tasa de desocupación	-0,30	-1,3	0,15	0,05				
	Tareas no calificadas	0,73	0,7	0,00	0,53	15%	0,6	0,00	0,60
	Actividades primarias	0,55	0,4	0,01	0,27	24%	NA		
	Asalariados sin descuento jubilatorio	0,47	0,4	0,02	0,19	26%			
	Trabajo en el sector público	-0,06	-0,5	0,39	-0,04	NA			
Urbanización	En ciudades de más de 2.000 hab.	-0,61	-0,4	0,00	0,34	30%			
	En ciudades de más de 100.000 hab.	-0,40	-0,1	0,09	0,11	NA			

[c] El r^2 se refiere al la fracción de la variable dependiente que es capaz de ser explicada por la presuntamente predictora. Por ejemplo, un r^2 de 0,44 para la variable necesidades básicas insatisfechas (NBI) de 0,44, implica que la variabilidad interprovincial del porcentaje de hogares con NBI explica el 44% de la variabilidad de mortalidad infantil entre las mismas provincias.

[d] Variación (en %) del coeficiente de regresión luego de excluir la observación más influyente (la observación que luego de ser excluida provocó mayor variación del coeficiente de regresión).

Como no contábamos con la información suficiente ni confiable para tal tipo de ajuste (ingresos nominales por el poder adquisitivo de la moneda[†††]) decidimos asumir homogeneidad del poder adquisitivo de la moneda.

Sobre los resultados: esperábamos poder explicar entre el 20 y el 40% de la variabilidad interprovincial de MI y prematura pero los resultados han superado nuestras expectativas. Nuestros hallazgos muestran que el contar con un sólo dato (ej. el porcentaje de hogares con hacinamiento) predice casi tanto que el conocer mayor cantidad de datos, hallazgo previsible y no casual ya que la redundancia estadística, que en nuestro trabajo se expresa como "colinealidad de las variables", corresponde en el mundo real a la fuerte asociación entre pobreza, ignorancia y enfermedad[‡‡‡].

††† Obtenido del Banco Mundial, se refiere al número de unidades de la moneda de un país que se necesita para comprar en el mercado nacional la misma cantidad de bienes y servicios que se podrían comprar con un dólar en los Estados Unidos.

‡‡‡ Este círculo vicioso comprende malas condiciones sanitarias, pobres niveles de capacitación, escasa capacidad de ahorro, baja productividad, menor fortaleza para adaptarse fisiológicamente a un medio ambiente adverso, menor inversión por hijo, etc. Este círculo se replica en las generaciones posteriores a modo de "trampa".

Cuadro 3: Asociación cruda entre los distintos predictores socioeconómicos de 1991 y los años de vida potencial perdidos por todas las causas excluyendo a los ocurridos durante el primer año de vida cada 10.000 habitantes en 1996 (en negrita las incluidas en el análisis multivariable).

Variable		Años de vida potencial perdidos por todas las causas excluyendo a los ocurridos durante el primer año de vida cada 10.000 habitantes							
		1996 Generación del modelo					1999 Validación		
		Coef correl	h	p	r^2 ajust*	Obs. infl.	h	p	r^2 ajust*
Necesidades básicas insatisfechas (NBI)		0,56	5,2	0,00	0,28	21%	6,7	0,01	0,22
Ingresos *per cápita*		-0,33	-6,0	0,10	0,07	NA	NA		
Familia	Familias incompletas	0,28	6,3	0,18	0,04				
	Fecundidad	0,50	59,2	0,01	0,21	40%			
Educación	Analfabetismo en mayores de 15 años	0,56	14,5	0,00	0,29	17%			
	Analfabetismo en mayores de 10 años	0,40	25,0	0,05	0,12	38%			
	Mayores de 25 años nunca escolarizados	0,60	15,4	0,00	0,34	17%	16,7	0,02	0,18
Vivienda	Viviendas tipo B	0,50	3,2	0,01	0,22	20%	NA		
	Hacinamiento crítico	0,61	10,7	0,00	0,37	19%	12,5	0,01	0,24
	Ranchos o casillas	0,62	7,1	0,00	0,36	24%	NA		
	Ausencia de agua potable	0,53	2,6	0,01	0,24	25%			
	Ausencia de electricidad	0,58	4,0	0,00	0,30	43%			
Cuidados de la salud	Ausencia de cobertura de salud	0,48	2,8	0,02	0,20	26%	3,9	0,01	0,08
	Densidad de médicos	-0,08	-3,4	0,69	-0,03	NA	NA		
	Habitantes por cama	-0,20	-0,2	0,14	-0,00				
Ocupación	Tasa de desocupación	-0,39	-20,1	0,06	0,12				
	Tareas no calificadas	0,58	6,5	0,00	0,31	17%	7,5	0,02	0,18
	Actividades primarias	0,52	4,5	0,01	0,24	22%	5,3	0,04	0,15
	Asalariados sin descuento jubilatorio	0,36	1,8	0,08	0,09	34%	NA		
	Trabajo en el sector público	-0,09	-0,9	0,67	-0,03	NA	NA		
Urbanización	En ciudades de más de 2.000 hab.	-0,29	-2,1	0,17	0,04				
	En ciudades de más de 100.000 hab.	-0,32	-1,5	0,18	0,05				

* El r^2 se refiere al la fracción de la variable dependiente que es capaz de ser explicada por la presuntamente predictora. Por ejemplo, un r^2 de 0,2 en "ausencia de cobertura de salud", implica que la variabilidad interprovincial del porcentaje de personas sin cobertura de salud explica el 20% de la variabilidad interprovincial de años de vida potencial perdidos de 1 a 70 años.

* Variación (en %) del coeficiente de regresión luego de excluir la observación más influyente (la observación que luego de ser excluida provoca mayor variación del coeficiente de regresión).

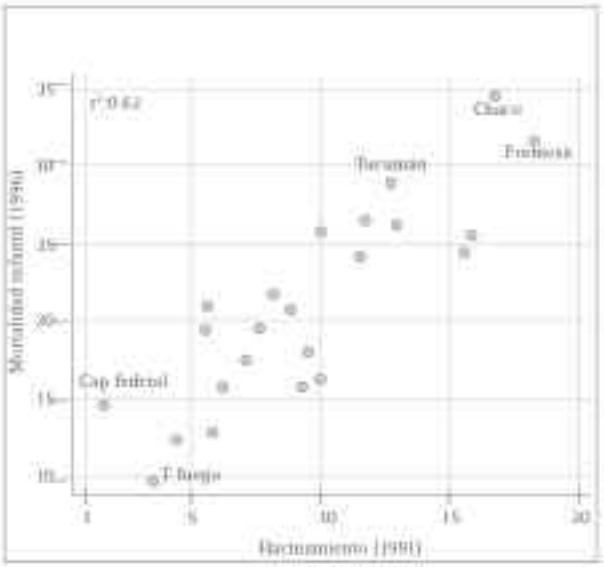


Fig. 1. Correlación entre la tasa de hacinamiento y la mortalidad infantil.

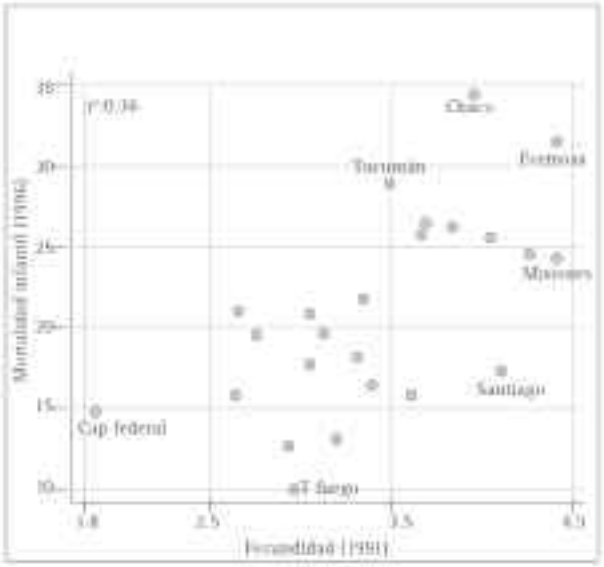


Fig. 2. Correlación entre la tasa de fecundidad y la mortalidad infantil.

El mayor poder explicativo de nuestros predictores respecto de las diferencias de MI que del resto de las variables coincide con la noción de que la distribución de la mortalidad es menos azarosa en los grupos de edades más jóvenes[40].

Respecto de la relación entre la MI y la fecundidad, nuestros hallazgos fueron similares a los reportados en la literatura (en los países con una MI de más de 100 por cada mil nacidos vivos las mujeres tienen un promedio de 6,2 hijos cada una y en los países con MI menor a 10 cada mil nacidos vivos, 1,7[6].

Si bien estos resultados podrían ser interpretados como una falacia ecológica[29, 30, 31] la misma tendencia surge de estudios de datos individuales, lo que aporta mayor fuerza a la hipótesis de que exista una verdadera determinación de las consecuencias adversas de la salud.

El análisis multivariable ha servido para respaldar las predicciones del análisis crudo ya que las variables resistieron el ajuste por los potenciales confundidores. No han servido, sin embargo para lograr modelos predictivos más complejos integrados por dos o más variables (una educativa, otra de cobertura de salud, otra de vivienda, etc.) ya que el mínimo incremento de la fracción explicada de la variabilidad interprovincial de los resultados analizados (ej. MI) era al costo de disminuir la precisión de la estimación y, en ocasiones, de basarse en supuestos poco plausibles (ej. efecto protector del analfabetismo) lo que decidió que los asumiéramos como meros artificios matemáticos.

Sobre las limitaciones de nuestros hallazgos: si en vez de contar con información agregada por provincia se hubiese contado con datos más granulares (ej. municipales) se habría logrado mayor potencia en el análisis[32]. Al usar promedios provinciales de algunas variables predictoras (ej. ingresos per cápita) se enmascara la falta de equidad intraprovincial[41] de la distribución del ingreso, lo que tenderá a subestimar los resultados. En cuanto a los reportes de muertes y de sus causas sabemos que hay un importante sub-registro, así como registro inadecuado (ej. algunas áreas rurales donde algunas muertes tempranas no son registradas ya que ni siquiera es registrado el nacimiento del niño). Si suponemos que el sub-registro no es parejo en las distintas provincias y que las mejor organizadas en cuanto a los reportes de información sobre mortalidad y estadísticas vitales (las de menor sub-registro) son las que mejores resultados en salud obtienen, podemos inferir que nuestro análisis habrá tendido a subestimar las asociaciones encontradas entre malas condiciones socioeconómicas y pobre resultados en mortalidad. Si bien no contamos con pruebas para respaldar esta apreciación consideramos muy poco probable que las asociaciones encontradas sean ficticias y se sustenten en que las provincias que peor notifiquen el número y las causas de muerte sean las que ostentan las mejores cifras socioeconómicas, educativas, de cobertura de salud, etc.[§§§]

§§§ El subregistro de mortalidad, estimado en un 3%, no es específico de alguna causa en particular, por lo tanto no existe evidencia de que las defunciones no registradas se comporten de manera diferente a las notificadas.

Este trabajo no logra capturar el importante aumento de la desocupación y la nueva pobreza por ingresos[*] de los años noventa medibles a través de la línea de indigencia (LI) y la de pobreza (LP). No ha sido posible incorporar esta información al análisis debido a que la misma es capturada con una estrategia de muestreo[**] diferente[24].

Conclusión

La mortalidad infantil y la mortalidad prematura están fuertemente asociadas a los indicadores de pobreza estructural, siendo el porcentaje de hogares con hacinamiento un indicar preciso y fácil de obtener de esta condición.

La mortalidad infantil y la mortalidad prematura por todas las causas están moderadamente asociadas con la ausencia de cobertura de salud.

Referencias

1. Martikainen P, Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. The Lancet. 1996; 348 (9032): 909-913.
2. Iversen L, Andersen O, Andersen PK, Christoffersen K, Keiding N. Unemployment and mortality in Denmark, 1970-80. Br Med J (Clin Res Ed). 1987 Dec 10;295(6612):879-84.
3. Moser KA, Goldblatt PO, Fox AJ, Jones DR. Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. Br Med J (Clin Res Ed). 1987 Jan 10;294(6564):86-90.
4. Martikainen PT. Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5. BMJ. 1990 Sep 1;301(6749):407-11.
5. Jin R, Shah C, Svoboda T. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. Can Med Assoc J. Sept 1. 1995; 153 (5): 529-540.
6. Commission on Macroeconomics and Health. Ch. Sachs J. Macroeconomics and Health. Investing in Health for Economic Development. Report of The Comisión of macroeconomics and Health. World Health Organization, 2001. Se encuentra en: http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf
7. Rosero Bixby L. Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. Bol Of Sanit Panam. 1985; 99 (5): 530-537.
8. Robbins D. Gender, Human Capital and Growth: Evidence from Six Latin American Countries. OECD Development Center. Technical Papers. No 151. Sept 1999. Se encuentra en URL: http://www1.oecd.org/dev/publication/tp/tp151.pdf
9. Zuriaga Llorens O, Alfonso Sanchez JL, Sancho Nogueira R, Prado Del Rato MJ, Cortina Gerin P. Algunos factores determinantes de la mortalidad infantil en España. Salud Publica Mex. 1990 Nov-Dec;32(6):665-72.
10. Mansfield CJ, Wilson JL, Kobrinski EJ, Mitchell J. Premature mortality in the United States: the roles of geographic area, socioeconomic status, household type, and availability of medical care. Am J Public Health. 1999 Jan;89(5):893-8.
11. Mackenbach JP, Looman CW. Living standards and mortality in the European Community. J Epidemiol Community Health. 1994 Apr;48(2):140-5.
12. Shin EH. Economic and social correlates of infant mortality: a cross-sectional and longitudinal analysis of 63 selected countries. Soc Biol. 1975 Winter;22(4):315-25.
13. Silva A, Duran M. Mortalidad infantil y condiciones higiénico sociales en las Américas. Un estudio de correlación. Rev. Saúde publ. S. Paulo 1990; 24: 473-80.
14. González Pérez G, Herrera León L. Desarrollo social y mortalidad infantil, 1977-1986 en Cuba. Un análisis regional. Rev. Saude pública, S. Paulo 1990; (24): 186-95.
15. Dempsey M. Decline in tuberculosis, the death rate fails to tell the entire story. Am Rev Tuberc Pulm Dis 1947; 56: 157.
16. Haenszel W. A standardized rate for mortality defined in units of lost years of life. Am J Public Health 1950; 40: 17-26.
17. Romeder JM, McWhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. Int J Epidemiol. 1977 Jun;6(2):143-51.
18. Charlton JR, Vélez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention.Br Med J (Clin Res Ed). 1986 Feb 1;292(6516):295-301.
19. Poikolainen K, Eskola J. Health services resources and their relation to mortality from causes amenable to health care intervention: a cross-national study. Int J Epidemiol. 1988 Mar;17(1):86-9.
20. Woolhandler S, Himmelstein DU, Silber R, Bader M, Harnly M, Jones AA. Medical care and mortality: racial differences in preventable deaths. Int J Health Serv. 1985;15(1):1-23.
21. Malcolm MS, Salmond CE. Trends in amenable mortality in New Zealand 1968-1987. Int J Epidemiol 1993; 22: 468- 474.
22. Loyola E, Castillo-Salgado C, Najera-Aguilar P, Vidaurre M, Mujica OJ, Martínez-Piedra R. Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Publica. 2002 Dec;12(6):415-28.
23. Ramalle-Gomara E, Gonzalez Martinez MA, Lezaun Larumbe ME.Impacto del SIDA sobre la mortalidad prematura en la Rioja. Aten Primaria. 1996 May 15;17(8):517-20.
24. Bortman M, Verdejo G, Sotelo J. Argentina 1999. Situación de la equidad en salud. Disponible en URL: http://www.ops.org.ar/Equidad/SituEquidadArgen.htm
25. Ministerio de Salud de la República Argentina, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Argentina 2000. Disponible en URL: http://www.ops.org.ar/Indicadores2000.pdf
26. Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Situación en Salud. Argentina 1999. Pag. 20 Condiciones de Vida en Indicadores de Salud. Disponible en URL: http://www.ops.org.ar/SituacionDeSalud.pdf
27. Argentina. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis Nal. Buenos Aires. 1998 Tomo 1. pg. 3211

[*] La desocupación y la pobreza por ingresos son estimadas semestralmente en Argentina a través de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que, por conveniencia operativa, se realiza en población urbana que reside en localidades de 5.000 habitantes o más. En el caso de la EPH los dominios de análisis no son las provincias argentinas sino las regiones (Pampeana, Noroeste, Noréste y Patagónica) las subregiones y los conglomerados urbanos seleccionados.

28 Calculados a partir de información no publicada y provista por el Dr Marcelo Bortman del Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades.

29 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 226.

30 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 150.

31 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. Pag 461].

32 Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales (Instituto Nacional de Estadística y Censos). Indicadores Básicos Argentina 2000. Publicación Conjunta del Ministerio de Salud de la República Argentina, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. http://www.ops.org.ar/Indicadores2000.pdf

33 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 455.

34 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 265.

35 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 273.

36 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 212.

37 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 367.

38 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 385.

39 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 493.

40 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 525.

41 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 528.

42 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 577.

43 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 644.

44 Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales. Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Situación y Evolución Social. Síntesis No4. Buenos Aires, 1998 Tomo 1. pp. 34.

45 Jamison D, Sandhu M, Wang J. Cross Country Variation in Mortality Decline, 1962-1987: The Role of Specific Technical Progress. April 2001. Disponible en internet: http://www.cmhealth.org/docs/wg1_paper4.pdf

46 Schneider M, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica O, Vidaurre M, Roca A. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Publica. 2002 Dec;12(6):398-414.

47 Mazzalleno V. El desarrollo de la Salud Pública en las Sociedades Humanas. En Mazzalevo V y col. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires, 1995, Eudeba. Cap 1. pp. 19-47.

48 Starfield B. Equity and health: a perspective on non-random distribution of health in the population. Rev Panam Salud Publica. 2002 Dec;12(6):384-7.

49 Borja Aburto VH. Estudios ecológicos. Salud Publica Mex. 2000 Nov-Dec;42(6):533-8.

50 Beaty N, Hulley S. Using Secondary Data. En: Hulley S, Cummings S eds. Designing Clinical Research. An epidemiologic approach. 1988. Williams and Wilkins. Capítulo 6. Pp. 53-62.

51 Heinckens C, Buring J. Epidemiology in medicine. Little Brown. 1987.

52 Connell F, Diehr P, Hart L. The use of large data bases in health care studies. Ann Rev Public Health. 1979; 8: 51-74.

53 Feijoo M. Nuevo país, nueva pobreza. Fondo de Cultura Económica 2001.

54 Argentina, Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Secretaría de Programación Económica y Regional. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Marco de Muestreo Nacional Urbano para Encuestas de Hogares. Metodología, Diseño e implementación. Pag 11-28. Capítulo 5: Evaluación. Tomo: 1) Capítulo 2. pp. 29-45. Disponible en la Biblioteca del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Buenos Aires, Argentina.

Evidencia clínica

Una obra que evalúa y clasifica los tratamientos disponibles para más de 200 enfermedades. Ampliamente consultada en los sistemas de salud de los países desarrollados.



Texto completo:

Todo el contenido disponible en más de 3000 páginas en un solo tomo para un fácil acceso al detalle de la evidencia.

Evidencia Clínica Concisa:

Presenta el resumen de la evidencia y las generalidades de cada tema, y proporciona clave de acceso a www.evidenciaclinica.com, donde se provee acceso a la totalidad del contenido, actualizado mensualmente.

Evidencia Clínica web:

Provee acceso a la totalidad del contenido actualizado mensualmente en www.evidenciaclinica.com, con motor de búsqueda para facilitar la consulta.

Versiones especializadas:

Trastornos cardiovasculares

Evalúa y clasifica **200** tratamientos disponibles para **16** condiciones.

Salud mental:

Evalúa y clasifica **150** tratamientos disponibles para **12** condiciones.

Salud infantil:

Evalúa y clasifica **270** tratamientos disponibles para **30** condiciones.

Salud de la mujer:

Evalúa y clasifica **280** tratamientos disponibles para **25** condiciones.

Trastornos gastrointestinales:

Evalúa y clasifica **120** tratamientos disponibles para **17** condiciones.

Contáctenos

Legis Argentina S.A.,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel: (5411) 4393-1646
evidenciaclinica@legisargentina.com.ar

LEGIS

BMJ



IV CONGRESO DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

del 5 al 8 de Octubre de 2005

"Calidad en atención primaria, un camino a la salud"

DESTINADO A PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑAN EN ATENCIÓN PRIMARIA, MÉDICOS DE FAMILIA GENERALES Y RURALES Y EQUIPO DE SALUD FAMILIAR

5 de Octubre Jornada de Residentes
6, 7 y 8 de Octubre IV Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General
I Congreso de la Asociación Bonaerense de Medicina Familiar, General y Salud Comunitaria

HOTEL SHERATON - MAR DEL PLATA -ARGENTINA

WWW.FAMFYG.ORG.AR

INFORMES:

mariasg@intramed.net
congreso2005@famfyg.org.ar
Fax: 02234737704 de 10 a 16hs

Primer censo de Residencias de medicina familiar y general en la República Argentina

First family medicine and general practice residence programs census in Argentina

María Cecilia Valliese[*] *y Rubén Roa*[†]

Resumen

Objetivos: conocer la cantidad y distribución de programas de residencias de medicina familiar y general (RMF y RMG) en Argentina.

Materiales y métodos: se confeccionó el instrumento censal - Planilla de Encuesta. Se identificaron y censaron todas las residencias de la especialidad que estuvieran funcionando en el período que se extiende desde el 1° de Junio de 2002 al 30 de Mayo de 2003. Para Mayo de 2004 se recibieron en total 29 planillas completas. Los datos fueron analizados mediante el programa Excel de Microsoft.

Resultados: se identificaron 94 RMF y/o RMG, de las cuales sólo se censaron 29 (30,8%). Durante el período 2002-2003 hubo 294 cargos de residentes. En 23 residencias, el recurso humano con el que cuenta cada programa incluye un total de 106 médicos de familia (MF) de los cuales sólo están nombrados 58 y sólo se renta económicamente a 45 de ellos. Cuentan con 124 médicos de otras especialidades y 39 profesionales del equipo de salud. El salario promedio para un cargo de residente de primer año fue $642, $661 para uno de segundo y $793 para uno de tercero.

Conclusión: se presentan los primeros datos sobre la realidad de la especialidad en nuestro país y sienta una buena base para repetir o mejorar este modelo para ampliar la base de datos existente a partir del mismo.

Abstract

Objectives: to determine the number and distribution of residence programs in family and general medicine (FMR and GMR) in Argentina.

Materials and methods: the census tool – the survey sheet – was designed. All the residences in FM and GM that were functioning between June 1st, 2002 and May 30th, 2003 were identified and surveyed. Up to May 2004, 29 completed forms have been received. Data were analyzed by means of Microsoft Excel software.

Results: 94 FMR and/or GMR were identified, and only 29 (30.8%) were censored. During the period 2002-2003 there were 294 residence positions. In 23 residences, the human resource of each program included 106 family physicians, from which only 58 have been appointed to their positions and only 45 of them received a salary. There are 124 physicians of other specialties and other 39 health team professionals in those programs. The mean salary for a 1st year resident was of $ 642, of $ 661 for a 2nd year resident and of $ 793 for a 3rd year resident.

Conclusion: The first data from the specialty reality in our country are presented, which constitute an adequate basis for repeating or improving this model or expanding the existing database.

Palabras Clave: Internado y Residencia, Censos, Medicina Familiar, Medicina General
Key words: Internship and Residency, Censuses, Family Practice, General Practice

Introduccion

Desde el inicio de la Medicina General (MG) en Argentina en los 60 y la Medicina Familiar (MF) a fines de los 80, ha habido muchos cambios y gran parte de estos cambios han tenido que ver con el aumento de interés en la especialidad por parte de los médicos recién egresados de las facultades de medicina. Esto se ha ido logrando con el ejemplo de profesionales que desde ese entonces tienen en claro que trabajar en Atención Primaria mejora la salud de la población, pero este aumento no se dio, entre otras cosas, hasta que los planes de estudio de las facultades médicas incluyeron en sus curriculas a la MF como una materia más del pregrado.

[*] Médica Especialista en Medicina Familiar
[†] Médica Especialista en Medicina Familiar

Esto último, junto con la creación de nuevos programas de formación de postgrado, como lo son las residencias médicas, hace que esta retroalimentación en materia educativa sea permanentemente positiva. Sin embargo, carecemos de datos precisos sobre este crecimiento y por lo tanto, de herramientas que nos permitan tomar decisiones constructivas para mejorar la formación asistencial y académica que merece nuestra especialidad.

Muchos fueron los médicos que han entregado todo su conocimiento, entrenamiento y experiencia para que esta especialidad fortalezca su identidad propia y podamos así, prestigiarla como tal. Sin embargo, la impresión generalizada que nos queda luego de realizar una residencia de medicina familiar y/o general e interactuar con otros residentes del país, es que todos aprendemos sobre la base de un conjunto de conocimientos distintos y que esto depende de los líderes circunstanciales, costándonos cada vez más definir criterios comunes dentro de lo que llamamos una misma especialidad.

La homogeneidad de esta especialidad tiene que ver con parámetros de intersección a los que todos los que elijan a la MFyG como ámbito de ejercicio de su profesión deben aspirar a concretar durante su formación, y más aún si esta formación se genera en una residencia, indistintamente de la localización geográfica donde esta se encuentre.

Conocer cuántos son y cómo se están formando los futuros médicos de familia es una obligación pendiente que tenemos como forjadores de un crecimiento responsable de la especialidad que garantice profesionales idóneos y comprometidos con las personas, lo que indefectiblemente resulta en una mejor calidad de atención para la población. Este trabajo intenta mostrar un cuadro de la situación inicial, a partir del cual se puedan plantear cambios tendientes a mejorar la educación, y por ende, el prestigio de la Medicina Familiar y General (MFyG) en Argentina.

Objetivos

Objetivo primario: conocer la cantidad y distribución de programas de residencias de MFyG en Argentina al mes de mayo de 2004 y determinar la oferta de cargos para residentes de MFyG durante el período comprendido entre Junio de 2002 y Mayo de 2003.

Objetivos Secundarios: identificar los programas de residencias de la especialidad con mayor antigüedad; determinar los años de duración de estos programas; identificar características generales y particulares de los programas de estudio y los recursos académicos y tecnológicos con los que cuentan para llevarlos a cabo; identificar el tipo de acreditación o de reconocimiento académico de cada uno de estos programas; conocer las condiciones laborales y económicas propuestas a los residentes de estos programas; identificar fortalezas y debilidades de los programas.

Materiales y métodos

Se confeccionó el instrumento censal (encuesta) considerando elementos de relevancia en la evaluación de calidad de los programas de residencia de MF y MG en países con un importante desarrollo de la especialidad como Gran Bretaña[1], Canadá[2, 3], EEUU[4-7] España[8] y Cuba[9], dada la carencia de información precisa sobre las residencias de MFyG en nuestro país. Se censaron todas las residencias de la especialidad que estuvieran funcionando en el período que se extiende desde el 1° de Junio de 2002 al 30 de Mayo de 2003.

La planilla confeccionada para este Censo indagaba información sobre seis aspectos diferentes de los programas: datos generales, estructurales, asistenciales, académicos, reconocimientos curriculares y datos subjetivos (Anexo 1: *Planilla Original del 1° Censo de MFyG- disponible en la versión electrónica*). Esta planilla fue aprobada por la Comisión Directiva (CD) de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG), durante su II Congreso llevado a cabo en junio de 2003 en Salta. Asimismo se solicitó la colaboración de las distintas asociaciones locales que la conforman para incrementar la tasa de respuesta. Las planillas podían ser completadas por cualquier residente o médico interesado en presentar la información solicitada sobre el/los programa/s de residencia/s existentes en su provincia o localidad funcionando como "encuestador". La información podía solicitársele al Director o Coordinador de cada programa, y en su defecto, al Jefe de Residentes, asumiendo que estarían en mejores condiciones de contestar fehacientemente la encuesta.

La FAMFyG designó a dos responsables por asociación médica local, que estuvieran participando del Congreso, para que las planillas fueran contestadas y entregadas en diciembre de 2003. En una reunión de coordinación participaron nueve representantes de siete asociaciones (Mendoza, Catamarca, Buenos Aires, Tucumán, Salta, Córdoba y Neuquen) de las 13 que entonces conformaban la FAMFyG. Los responsables distribuyeron la encuesta y un instructivo de llenado entre todas las residencias de cada una de sus provincias. El primer plazo de entrega debió ser extendido posteriormente, hasta Mayo de 2004 debido al escaso número de planillas recibidas hasta esa fecha. Se solicitó que la entrega las planillas

fuera realizada por correo postal a la dirección del autor o, en caso de inconvenientes para cumplir las fechas límite de entrega, podían enviarse por correo electrónico al mismo destinatario.

El resto de las asociaciones y residencias posteriormente identificadas por no haber miembros que hubieran asistido al congreso o que no pertenecieran a la FAMFyG, fueron contactadas en algunos casos por miembros de la comisión directiva de FAMFyG y en otros casos por el autor, a través de correo electrónico.

Se intentó presentar el mismo proyecto, de la misma manera, en la Federación Argentina de Medicina General (FAMG) otra de las asociaciones nacionales que congrega médicos de la especialidad, pero el mismo no fue considerado de interés por dicha institución. Por dicho motivo, la identificación de las residencias existentes de MG en todo el país, se realizó por dos vías diferentes: la página de Internet de esa misma federación, y a través de médicos residentes y de servicios de MG de cada provincia. No fue posible recolectar información a partir de los ministerios provinciales de salud. Sin embargo a través del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y la consulta a pares, se localizaron otros programas de residencias de la especialidad no pertenecientes a ninguna de estas dos federaciones. Los coordinadores o directores de estas residencias recibieron por correo electrónico la planilla, el instructivo y una solicitud de colaboración para ser censada.

Si bien las distinciones entre MF y MG tuvieron durante mucho tiempo relación directa con la pertenencia a una u otra Federación, en este estudio se las clasificó según las distintas denominaciones propuestas por cada programa.

Para Mayo de 2004 (tercera fecha de entrega) se recibieron en total 29 planillas completas. Los datos fueron analizados mediante el programa Excel de Microsoft. Se evalúa la relación MF/residente y se considera como parámetro óptimo del mismo uno cada seis[10].

Resultados

En toda la República Argentina se identificaron 94 residencias de MF y/o MG, (RMF y/o RMG) respondiendo a múltiples denominaciones, de las cuales sólo se censaron 29 (30,8%). De las 94 residencias, 70 (74,5%) eran de MG y las 24 (25,5%) restantes de MF. Estas proporciones se invirtieron en las 29 residencias censadas, ya que 22 (75,9%) eran de MF y sólo 7 (24,1%) de MG.

De las 24 residencias de MF identificadas[¥] fueron censadas 91,7%, en cambio, de las 70 residencias de MG identificadas[¥] para el mismo período, sólo se censaron 10%. Según datos del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (MSAL) dados a conocer en su página de Internet para fines de 2003, la cantidad total de cargos de residentes de MFyG ascendía a 876 (*cuadro 1*) distribuidos bajo el nombre de tres denominaciones: Medicina familiar (MF); Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y Medicina General (MG). Sin embargo, en las 29 residencias censadas aparecieron ocho denominaciones diferentes, todas reconocidas dentro de la misma especialidad. La cantidad y distribución de los cargos censados se pueden observar con detalle, según la denominación autoreferida, en el *cuadro 2*; y según su distribución en el territorio argentino, en la figura 1.

En las RMF censadas (22), observamos que existen 172 cargos y 7,81 residentes por programa de residencia. En cambio, entre las siete residencias de MG censadas (*figura 1*) se ofrecían 122 cargos y por lo tanto, una relación de 17,43 residentes por programa. Sin embargo, como fueron muy pocas las RMG censadas, podemos tomar en cuenta los datos del MSAL que evidenciaron 737 cargos de MG en 70 residencias identificadas y así obtener una relación de 10,5 residentes por programa de residencia, lo que arroja una relación más cercana con las RMF.

Datos estructurales

De las residencias censadas surgieron los programas con más años en funcionamiento: la RMG de Neuquén Capital que inició sus actividades en Junio de 1977 y la RMG de Villa Ángela-Chaco junto con la RMF de CEMIC en Capital Federal (primera en el país con esta denominación) ambas comenzando sus actividades en Junio de 1983. Luego, comenzó el mismo programa de RMG de Neuquén pero en la ciudad de Zapala de la misma provincia en 1989 y recién en la década de los 90 fue el auge de la mayoría de las RMF con esta denominación.

Once residencias desconocen cuándo fueron aprobados sus programas por alguna entidad competente para ello, y de las 18 restantes, sólo 10 reconocen que la aprobación fue dentro del primer año de su funcionamiento.

El 86,2% (25) de los programas están planteados para ser realizados durante tres años y sólo cuatro duran cuatro años.

¥ Fuente: Reconocimiento de las mismas por FAMFyG; página web de FAMG; Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y por médicos y residentes que forman parte de los mismos programas

Cuadro 1: Distribución de cargos en la especialidad según el MSAL – 2003

Especialidad	Financiamiento Nacional	Financiamiento Jurisdiccional	Total
Medicina Familiar	97	28	125
Medicina Familiar y Comunitaria	14	0	14
Medicina General	345	392	737
Totales	456	420	876

Cuadro 2: Número de residencias y de cargos en Medicina Familiar y General – 2004

	Auto-denominación de la residencia	Número de Residencias	Total de cargos (tres ó cuatro años)
1.	Medicina Familiar – MF	11	80
2.	Medicina General – MG	4	80
3.	Medicina Familiar y General – MFyG	5	43[a]
4.	Medicina Familiar y Comunitaria – MFyC	5	46
5.	Medicina Familiar, General y Comunitaria – MFGyC	1	12
6.	Medicina Familiar y Salud Comunitaria – MFySC	1	6
7.	Medicina General con orientación en APS – MGc/APS	1	21
8.	Medicina Generalista y Familiar – MGyF	1	6
	TOTALES	29	294

[a] Estos 43 pertenecen sólo a 4 de esas 5 residencias. La residencia faltante no aportó este dato.

De las 29 residencias censadas 9 (31%) pertenecen al ámbito privado, y 20 (69%) pertenecen al ámbito público: 8 (27,5%) provinciales, 5 (17%) nacionales, 4 (14%) ámbito provincial y nacional, y 3 (10,5%) municipales.

De los 294 cargos de residentes que existieron durante el período 2002-2003, 90 correspondieron al primer año, 99 al segundo año, 100 a tercer año y 5 a cuarto.

Durante el período 2002-2003, llamaron a concurso 25 residencias, de las cuales ocho brindaron información insuficiente; por lo que podemos afirmar que fueron 17 residencias las que llamaron a concurso para 68 cargos de primer año a ser cubiertos entre 720 aspirantes; esto es, globalmente diez aspirantes por cada cargo ofrecido. Sin embargo, esta relación aspirante/cargo varia mucho según la procedencia del programa (*cuadro 3*). En 2001, se presentaron 857 aspirantes para cubrir 72 cargos en 20 residencias y en el 2003, fueron 1079 aspirantes para 26 residencias.

La selección entre los aspirantes para cubrir los cargos ofertados se realiza en forma variable, el 72% de las residencias realizan esta selección a través de un examen y una entrevista personal. Sólo tres lo hacen exclusivamente a través del examen de preselección y ocho tienen en cuenta otras condiciones además del examen y la entrevista personal.

Las residencias con mayor diferencia entre demanda y oferta de cargos fueron la RMGyF del Sanatorio Mayo (Córdoba) con 75 inscriptos en 2002 para 2 cargos (37,5 asp/cargo), y la RMF de Rivadavia (Mendoza) con 55 aspirantes para 2 cargos (27,5 asp/cargo). En Capital Federal, esta relación se mantuvo en todas las residencias alrededor de 20 aspirantes por cargo. Por su parte, la RMFyG de Rafaela (Santa Fé), RMG c/APS de Gral. Güemes (Salta), RMFyG de Catamarca y la RMFyC de Salta Capital fueron las que tuvieron menor diferencia entre la demanda y oferta con relaciones de 3,6; 3,7; 4 y 4,25 aspirantes por cargo, respectivamente.

De los cargos de primero, segundo y tercer año, el 68, 67 y 52% fueron ocupados por mujeres respectivamente. Ninguna de las residencias contó con residentes extranjeros.

El 51,7% (15) de las residencias son únicas en su ámbito; esto significa que no existe residencia de otra especialidad con la que comparta el lugar de trabajo. En 12 de las 14 residencias restantes, MF tiene programas

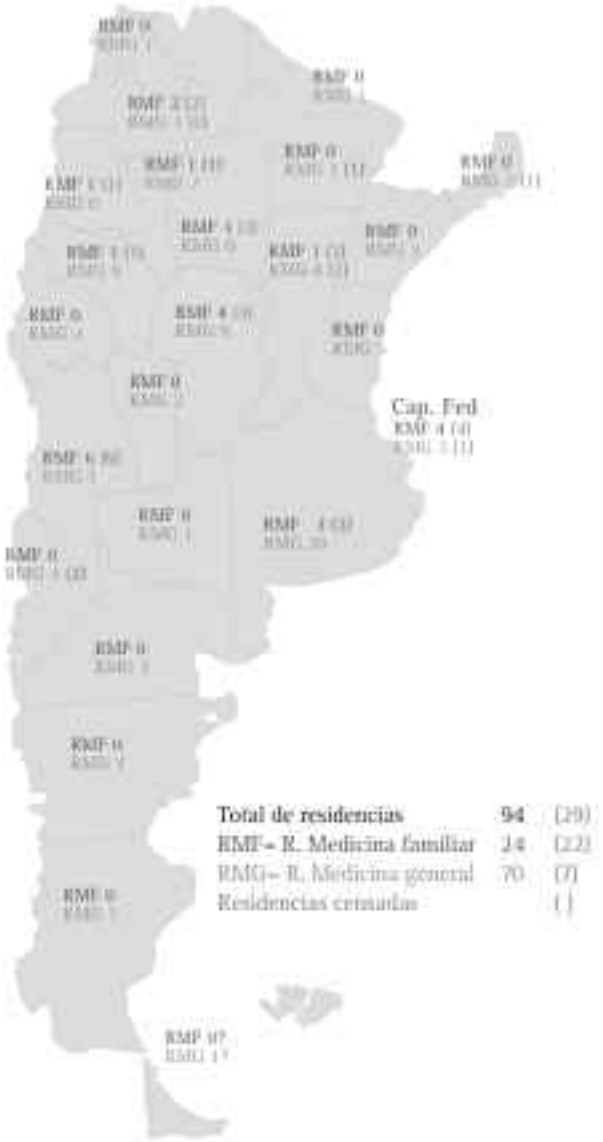


Figura 1: Distribución de las Residencias de Medicina Familiar y General en Argentina según datos obtenidos para mayo de 2004 (entre paréntesis pueden evidenciarse las que fueron censadas).

de residencias simultáneamente con programas de Pediatría y Ginecología/Obstetricia; además, en ocho de estas 14 residencias existe además, un programa en funcionamiento de Clínica Médica.

El 76% (22) de las residencias censadas tienen un único jefe de residentes, de los cuales el 82% (18) es elegido en forma parcial y no exclusiva por los mismos residentes; el 13,6% (3) es elegido exclusivamente por sus pares residentes y el 3,4% (1) es elegido sin ninguna participación de los mismos. El resto no tiene un rol clásico definido como Jefe de Residentes.

En 23 residencias, que aportaron los datos solicitados sobre el recurso humano con el que cuenta cada programa, se cuentan un total de 106 médicos de familia (Mf) de los cuales sólo están nombrados 58 y sólo se renta económicamente a 45 de ellos. Cabe decir que de todos los Mf que trabajan y cumplen algún tipo de función en relación con la residencia, sólo 42% es remunerado.

Estas mismas residencias cuentan con 124 médicos de otras especialidades de los cuales 71 tienen nombramiento pero sólo 24 son cargos rentados. Por lo tanto, sólo el 33,8% de los médicos nombrados son rentados pero del total de especialistas que colaboran con la residencia, sólo el 19,3% obtiene algún reconocimiento económico. Además, hay 39 profesionales del equipo de salud (entre todos los anteriormente mencionados) de los cuales sólo nueve están nombrados y sólo tres son rentados. Probablemente, el número real sea mayor pero el desconocimiento de su existencia también es un parámetro que permite evaluaciones cualitativas generales en lo que refiere a requisitos cumplidos por un programa de RMF y en lo que refiere al reconocimiento de pares. Sin embargo, considerando estos resultados, de estas 23 residencias, sólo diez cuentan con por lo menos un profesional del equipo de salud que no sea médico y la inmensa mayoría lo hace *ad honorem*.

Sobre el recurso humano de estos programas, existen algunos aspectos importantes para destacar. Por ejemplo, la RMF del Htal. Francés cuenta con 15 Mf, todos nombrados y rentados. Sin embargo, no cuenta con otros especialistas en condiciones similares y con solo un profesional no medico del equipo de salud. En el otro extremo encontramos a la residencia del Sanatorio Mayo en Córdoba, que no cuenta con Mf para la formación de sus residentes, y en cambio, tiene diez médicos de otras especialidades con nombramiento pero sin resarcimiento económico alguno y ningún otro profesional del equipo de salud. La situación está mejor distribuida en la RMF de OSPeCon Tucumán, en donde sus residentes cuentan con seis Mf nombrados (50% rentados) y otros 15 especialistas (ninguno rentado) con otros cuatro profesionales del equipo de salud incluyendo enfermeros, de los cuales uno es rentado. Algo similar a lo que ocurre en Godoy Cruz (Mendoza,), donde hay 6 Mf y 15 médicos de otras especialidades; ocho profesionales del equipo de salud aunque ninguno de todos ellos está nombrado ni es reconocido monetariamente por su labor.

El promedio de Mf formadores por residencia es de 4,60. Como 15 de los 106 Mf en las 23 residencias son de un solo programa, excluyendo este programa, el promedio desciende a 4,13 Mf formadores por residencia. En

Cuadro 3. Relación aspirantes/cargo de primer año en cada programa de residencia

Residencia	Localidad	Cargos 1er año	Aspirantes 2002	Relación Aspirantes/cargo
MF (Htal. Francés)	Cap.Fed.	4	80	20
MF (OSPeCon)	Cap.Fed	0	0	0
MF (Htal. Italiano)	Cap.Fed	3	45	15
MF (CEMIC)	Cap.Fed	3	62	20,6
MFGyC (Htal. Alvarez)	Cap.Fed	3		7
MFyC	Salta	4	17	4,25
MGc/ APS	Gral Guemes	7	26	3,7
MFyC	Orán	3		?
MFyG	SFVdeCatamarca	3	12	4
MFyC	La Rioja	4	7	1,75
MG	Villa Ángela	3	65	21,6
MG	Posadas	8	65	8,12
MF (OSPeCon)	SM de Tucumán	0	0	0
MFyG	Sgo. Estero	0	0	0
MFyG	Córdoba	5	50	10
MFyG	Rafaela	3	11	3,6
MF (OSPeCon)	Rosario	0	0	0
MF	Mar del Plata	2	22	11
MFySC	Bahía Blanca	2	15	7,5
MG	Zapala	6		?
MG	Neuquén	10	85	8,5
MF	Guaymallén	3	28	9,3
MF	Junín	2		?
MFyC	San Martín	2		?
MF	Rivadavia	2	55	27,5
MFyC	Lavalle	3		?
MF	Godoy Cruz	3		?
MFyG	Córdoba			
MGyF	Córdoba	2	75	37,5
	TOTALES	90	720	8

cuanto al mismo promedio con respecto al resto de los especialistas, es de 5,34 especialistas por residencia; sin embargo, la gran heterogeneidad en los datos obliga a observar cada uno de los programas detallados (Tablas anexas disponibles en la versión electrónica).

La residencia que cuenta con mayor cantidad de Mf relacionados con la residencia es la del Htal. Francés, seguida por la del CEMIC con 13, y las que tienen la menor cantidad de Mf por residencia fueron la del Sanatorio Mayo (Córdoba.) sin Mf en toda la residencia, y la del Sanatorio Francés (Córdoba), Guaymallén (Mendoza) y Gral. Guemes (Salta) con sólo 1

un Mf cada una. El resto de las residencias tienen entre 2 y 6 Mf en sus residencias.

Si observamos la relación Mf/residente vemos que sólo 2 residencias no cumplirían con un parámetro óptimo como el aceptado en EE.UU. (1:6) En total durante el período 2002-2003, hubo 105 Mf para 215 residentes, lo que hace una relación Mf/residente de 1: 2,05.

Datos asistenciales

Los lugares destinados a la formación asistencial de los residentes varía mucho de acuerdo a la localidad y características de cada programa, pero todas las residencias tienen dividida su formación asistencial entre el primer y segundo nivel de atención, y prácticamente ninguna en el tercer nivel.

Todas las residencias utilizan los Centros de Atención Primaria (CAP) como lugar para su formación en el primer nivel de atención pero la localización de los mismos es variable de acuerdo al medio *(cuadro 4)*

Sólo una residencia tuvo su formación en el 2do Nivel completamente realizado en el ámbito privado (Htal. La Comunidad - Mar del Plata) y sólo uno completamente en el ámbito municipal (RMF Bahía Blanca). El resto (27) tiene al menos una parte de su formación del 2do Nivel en el sector público y ocho la comparten con el sector privado. La residencia privada del Sanatorio Francés (Córdoba) es la única que tiene formación en el 2do Nivel en todos los sectores (público, privado, universitario, provincial, municipal y rural), lo que probablemente de cuenta de la gran cantidad de instituciones por las que rotan sus residentes. Sólo siete residencias tienen parte de esta formación en una institución universitaria y cuatro lo hacen en parte en el área rural.

La cantidad de "*medios-días semanales*¶" promedio que un residente cumple en un CAP es de 3,46 en primer año, 3,53 en segundo, y 4,67 en tercero. Sólo cinco residencias plantean en sus programas que el tiempo que un residente debe cumplir en la tarea asistencial de un CAP debe ir creciendo con los años de residencia; nueve en cambio, mantienen la misma cantidad de horas dedicadas a la formación en el primer nivel asistencial durante los tres o cuatro años de formación, pero a pesar de estar de acuerdo en que la tarea asistencial debe ser longitudinal y constante durante toda la residencia, no concuerdan en el tiempo necesario para cumplir con estos objetivos, pues varían de un semi-día semanal hasta diez medios-días por semana. Un solo programa plantea, que es durante el primer y el tercer año cuando mayor tiempo deben pasar en el 1er Nivel, dejando el segundo año exclusivamente para el 2do Nivel. Un 21% de las residencias exigen tres medios-días semanales a cumplir en un CAP durante el primer año; un 17,8% les exige a sus R1 que sean cinco y aproximadamente el 30% exige uno o ningún semi-día semanal durante el mismo año.

Durante esta actividad asistencial en los CAP, los R1 ven en promedio 2,51 pacientes por hora. Sin embargo, en la residencia de La Rioja, los R1 ven seis pacientes por hora y en Villa Ángela – Chaco cinco. Los R2 asisten en promedio 3,44 pacientes por hora y los R3, 3,96 pacientes en el mismo tiempo. Pero en este caso también, la residencia de Villa Ángela se corre de la media con un promedio de diez pacientes/hora en segundo y tercer año. En todas, la regla es atender cuatro pacientes por hora durante el tercer año de la residencia. En el 2do Nivel, los R1 cumplen un promedio de ocho guardias mensuales mientras que este número desciende para los R2 a seis y a cuatro o menos para los R3.

Todas las residencias tienen formación asistencial en atención integral del niño. El 92% de los programas incluyen formación en la toma de Papanicolau y el 82% en atención integral del anciano. Una sola residencia no tiene formación asistencial específica en Prevención y Promoción de la Salud.

El 75% realiza actividades formativas relacionadas con el trabajo interdisciplinario y sólo el 69% tiene formación en gestión y administración de recursos en APS. Sólo cuatro residencias resaltan el hecho de recibir formación específica para la asistencia de partos de bajo riesgo (cuatro pertenecen al programa de OSPeCon y la cuarta es la residencia universitaria de Córdoba. Otras cuatro, en cambio, destacan su formación en destrezas traumatológicas y una sola en cirugías menores.

Cuadro 4. Características geográficas de la localización de los CAP destinados a la formación asistencial de los residentes en el primer nivel de atención.

Primer nivel de atención (29 residencias)						
CAP URBANOS (23)				CAP NO URBANOS (6)		
Exclusivos	U+SU	U+Ru	U+SU+Ru	SU	SU+Ru	Rurales
41,3% (12)	20% (6)	3,4% (1)	13,7% (4)	13,7% (4)	6,8% (2)	0% (0)

Referencias: U: urbanos; SU: suburbanos; R: rurales.

¶ Unidad que se utilizó para hacer que las respuestas fueran plausibles de comparación ya que el reporte horas laborables exactas no era confiable. Se definió como "semi-día" al período separados por el almuerzo (o siesta), dividiendo el día en dos (mañana y tarde).

Todos los programas coinciden en que para lograr una óptima formación asistencial en la especialidad, deben existir rotaciones por las distintas especialidades. Sin embargo, no parece haber acuerdo general entre las rotaciones que debieran ser obligatorias y las que podrían ser electivas.

En la encuesta se solicitó información sobre meses de entrenamiento requerido por cada programa en las rotaciones obligatorias. Debe considerarse que en no todos los casos se trata de dedicación exclusiva para determinada especialidad, y desconocemos la cantidad de horas, días o medios-días que se le dedican en realidad, por lo tanto, no corresponden a meses consecutivos ni enteros.

Existen programas que ocupan nueve meses de entrenamiento en las especialidades básicas mientras que otras, en el otro extremo, ocupan 81 meses en rotaciones distribuidos en cuatro años. El promedio que los residentes cumplen en rotaciones por las distintas especialidades es de 29,7 meses.

Todas las residencias censadas cuentan con rotaciones obligatorias por Pediatría (P) y Obstetricia (Obs); todas excepto una residencia rotan también por Clínica Médica (CM) y todas excepto una, hacen lo propio por Ginecología. Sin embargo, la formación asistencial en el resto de las especialidades varía extremadamente entre los programas, no sólo en cuanto a cuáles son las especialidades que se eligen para realizar, sino también en la duración de las mismas.

Al observar la duración promedio de cada rotación evidenciamos que las realizadas por CM y Pediatría en todos los programas eran de cinco y seis meses, respectivamente. Obstetricia varía según sea realizada simultáneamente con Ginecología o por separado (como dos rotaciones independientes). Las 19 residencias que lo hacen juntas, utilizan un promedio de 4,5 meses para ello. Las diez restantes lo hacen en Ginecología por 3,6 meses y en Obstetricia otros 3,6 meses. Ahora bien, la gran mayoría de los programas cuenta con rotaciones por especialidades indispensables para una completa formación, pero lo hacen con una elección y duración anárquica: 23 rotan por Cirugía con una duración que varía desde dos semanas en algunos programas hasta seis meses en otros; 22 por Dermatología (dos semanas a tres meses); 21 por Otorrinolaringología dos semanas a tres meses); 20 por Oftalmología (dos semanas a tres meses); 19 por Traumatología y Ortopedia (uno a tres meses) y Neonatología (uno a seis meses); 17 por Cardiología (dos semanas a seis meses) y 11 por Unidad de Terapia Intensiva y/o Unidad Coronaria (uno a cuatro meses). Dentro del resto de las especialidades que muchos consideran, se tienen en cuenta pero con menor frecuencia: endocrinología, salud mental y geriatría, y en algunos casos quedan varios meses para rotaciones electivas *(Tablas anexas disponibles en la versión electrónica)*.

Todas las residencias, excepto tres, reciben o recibirían rotantes externos y permiten a sus residentes realizar alguna rotación externa. El 75% de los residentes realiza rotaciones fuera del ámbito propuesto como propio de la residencia en la que se forma, y de ellos, el 62% las ha realizado dentro de nuestro país.

Datos académicos

De acuerdo a lo referido por las residencias encuestadas, todas reciben formación académica en problemas prevalentes de MF. El 83% refiere recibir formación académica sobre Epidemiología Clínica; el 72% recibe formación sobre Medicina Basada en la Evidencia (MBE), Metodología de la Investigación Clínica y APOC; y sólo el 62% tiene Ciencias de la Conducta contemplado en sus programas.

Dentro de los recursos académicos con los que puede contar una residencia, 83% refiere contar con biblioteca propia. El 34,4% tiene fácil acceso a alguna biblioteca, mientras que una sola cuenta con una biblioteca a distancia como único recurso de estas características. Sólo 55% de las residencias tienen acceso a Internet en el ámbito laboral y 62% cuenta con revistas científicas actualizadas. Sólo una residencia cuenta con cámara Hessel para la realización de supervisión asistencial docente directa y simultánea de los casos vistos por el residente pero que se encuentra en desuso en la actualidad. Y sólo tres residencias refieren contar con material audiovisual de uso permanente en sus actividades académicas.

Tampoco parece haber acuerdo en lo que respecta al tiempo o dedicación en horas para la formación académica ideal a la que deben aspirar estos programas. En el ***cuadro 5*** se puede observar la dedicación promedio, en horas semanales, según las distintas estrategias propuestas de enseñanza médica como son: a) las clases teóricas, b) el entrenamiento en atención ambulatoria (supervisión directa y/o indirecta); c) el "pase" de pacientes y/o ateneos; d) la preparación de trabajos científicos o mesas de congresos y e) la formulación de trabajos comunitarios.**Cuadro5. Horas semanales promedio distribuidas para cada estrategia de formación académica teórica** (rangos de variación entre las residencias)

Cuadro 5. Horas semanales promedio distribuidas para cada estrategia de formación académica teórica (rangos de variación entre las residencias)

Actividad docente	1er Año	2do Año	3er año
Clases teóricas	6,96 (1-15)	6,58 (1-15)	6,27 (1-15)
Supervisión	9,41 (0-25)	8,68 (0-25)	11,20 (0-35)
"Pase"/ Ateneos	3,17 (0-10)	3,20 (0-10)	3,03 (0-10)
Investigación/Congresos	1 (0-4)	1,14 (0-4)	1,25 (0-4)
Trabajo Comunitario	2,03 (0-15)	2,03 (0-15)	2,93 (0-20)

A partir de estos datos observamos que, durante el 1er año, los residentes utilizan en promedio 22,5h/sem en la residencia exclusivamente para actividades académicas programadas (de 3 a 47h/sem). En 2do año, es el mismo promedio con una variación entre siete y 57; y en 3er año, el promedio asciende a 24,5 (seis a 69 h/sem).

El método de promoción de año dentro de estos programas se realiza de distintas formas: 10 (34,5%) mediante evaluaciones escritas y orales; 11 (37,9%) además de las evaluaciones formales, consideran algunas destrezas especificas; 6 (20,6%) utilizan las evaluaciones escritas y orales pero incluyen otros métodos; 1 (3,5%) utiliza sólo otros métodos y una residencia no contestó este punto. Dentro de los llamados "Otros métodos" las residencias incluyeron a la valoración curricular y los antecedentes académicos, así como también a la resolución de trabajos grupales a partir de la formulación de un caso clínico.

Los certificados que aprueban contar con el programa de residencia completo se extienden por las distintas entidades que proponen los mismos programas. Los ministerios provinciales de salud entregan diez de ellos, las instituciones privadas ocho, las universidades cuatro, el MSAL dos, los colegios médicos uno, otras entidades de reconocimiento local dos; y dos residencias no saben/no contestan.

Una vez finalizada la residencia, 17 programas entregan a sus residentes un certificado que acredita la compleción del programa cumpliendo con todos sus requisitos y directamente obtienen el título de especialistas por distintos mecanismos. A pesar de ello, en 4 residencias, entre un 50 y 75% de sus egresados rinden algún otro examen para obtener el mismo título. Los 12 programas restantes, a pesar de obtener el certificado de la residencia, no obtienen el título de especialista directamente y deben rendir algún examen para obtenerlo. En sólo una de estas residencias rinde el 100% de sus egresados dentro de los tres primeros años de haber egresado y en dos residencias ninguno de sus residentes rinde el examen durante el mismo periodo. De las residencias censadas, 26 refieren contar con acreditación oficial de sus programas y estos son entregados por las siguientes entidades:

- 11 nacionales (Ministerio de Salud y Ambiente dela Nación)
- Seis universitarias
  - una la Universidad de Buenos Aires (UBA)
  - tres la Universidad Nacional de Córdoba (UNC)
  - dos la Universidad Nacional del Noreste (UNNE)
- Cinco provinciales (ministerio provinciales de salud)
- Cuatro mixtas (ministerios provinciales + el ministerio de salud nacional)

Las acreditaciones oficiales en general fueron surgiendo a posteriori de otros reconocimientos brindados por varios organismos que certificaban el cumplimiento de un programa de residencia en nuestra especialidad con determinadas características. Así es, que muchas residencias cuentan con más de un reconocimiento: trece residencias tienen reconocimiento del MSAL, diez de los ministerio provinciales, siete de la AAMF/FAMMFyG, tres de la CONEAU, tres de la UNC, una de la UBA, una de la UNNE, una Universidad Nacional de Tucumán, una el ACAP (Asociación Civil para la Acreditación y evaluación de Programas de Educación Médica de Postgrado), una CEPRA, una el Colegio Médico respectivo, una FAMG/AMG.

Datos económicos

El financiamiento de los programas en general es llevado a cabo por las mismas entidades que los certifican, pero en seis casos este financiamiento es mixto (cinco residencias están financiadas en conjunto por el MSAL + ministerio de salud provincial, y una por Municipalidad + universidad).

Durante el período 2002-2003 el salario promedio para un cargo de residente de 1er año fue de 641,97$ (con una variación desde 250$ a 1.000$); para un residente de 2do año fue de 661,21$ (350-1150) y de 3er 793,18$ (480$ – 1.400$). Los salarios más bajos durante el mismo período se encontraron distribuidos en la provincia de Córdoba. En contra partida, los salarios más altos en los tres años son los que aporta la municipalidad de Bahía Blanca en la Pcia. de Buenos Aires, seguidos por los de la RMG de Neuquén y Zapala. (*Tablas anexas disponibles en la versión electrónica*).

El 75,8% de las residencias (22) cubren a sus residentes con una ART. Tengamos en cuenta que todas las que están financiadas por el ministerio nacional cubren la ART pero no es el caso de todas las residencias financiadas por ministerios provinciales. Además, sólo 17,24% (5) cubre el seguro de mala praxis. El 93,10% (27) de las residencias otorga días para realizar jornadas, presenciar o participar en conferencias y/o congresos pero sólo el 33,3% de ellas (9) benefician a sus residentes con el financiamiento económico para asistir a los mismos. Todas las residencias otorgan días por enfermedad o por distintas situaciones personales y el 89,65% (26) realiza los aportes correspondientes para la obra social de los suyos.

En otro orden de beneficios, el 81,78% de las residencias financian las comidas pero sólo una residencia (RMF Mar del Plata) cuenta con el financiamiento completo de la matrícula anual provincial; sólo una residencia (Neuquén) brinda acomodación en viviendas institucionales. Las semanas de vacaciones en promedio que pueden tomarse los residentes de primer año son 2,96; los de segundo año 3,13 y los de tercero 3,17.

De las 29 residencias, sólo nueve son privadas. Éstas presentan algunas diferencias con respecto al comportamiento general del resto de las residencias, como por ejemplo: 100% brinda días tanto para jornadas, conferencias y congresos como para enfermedad; sin embargo, sólo 33,3% brinda el financiamiento económico necesario para poder asistir a los mismos; 66,6% otorga obra social y financia las comidas de sus residentes; y 55,5% cubre con una Aseguradora de Riesgos de Trabajo (ART) mientras que sólo 33,3% cubre el seguro de mala praxis.

De los residentes egresados de 29 programas censados, 72,4% continúa con su práctica asistencial en MF/G a tiempo parcial y sólo 58,6% lo hace a tiempo completo. El 68,9% lo hace en la misma institución para la que realizó su residencia.

Un 17,2% de los egresados continúa con la práctica asistencial pero sin estar relacionada con la MF/G y un 20% lo hace exclusivamente trabajando en guardias hospitalarias. Sólo 10,3% no continuó con la práctica asistencial.

Un 58,6% de los egresados ocupa algún cargo relacionado con la salud pública, en la municipalidad, en el gobierno provincial y/o nacional, y sólo 17,2% ocupa algún cargo jerárquico en el sistema de salud privado o de la seguridad social. Además, 17,2% de los egresados tuvo que mudarse de provincia o de país para poder ejercer su profesión.

Por último, todas las residencias excepto una, estimaron un puntaje con el que se autoevaluaron en forma general. Al respecto, y en una escala de 0 a 10, es interesante mencionar que sólo una residencia se autoevaluó con seis puntos y ninguna lo hizo con diez. El promedio general fue de 7,78.

Discusión

Este censo pretendía en sus comienzos servir como herramienta generadora de preguntas para nuevas investigaciones sobre lo que está ocurriendo con parte de la educación de postgrado en MFyG.

Conocer la cantidad de residencias de MFyG en nuestro país parecería tarea fácil pero esto no es así. La carencia organizativa y de registros con la que convivimos en Argentina fue sólo uno de los inconvenientes para realizar este Censo. Otros de los factores que obstaculizaron en gran medida este trabajo fueron sin duda, las diferencias que aún hoy siguen existiendo, entre distintos grupos de lo que muchos creemos una misma especialidad. Pero más allá de esto, la limitación más importante de este estudio tiene que ver con el número final de residencias censadas, lo que sólo representa 30% de todos los programas de MFyG que están funcionando en la actualidad. Esto implica un sesgo de selección que obliga a ser prudentes a la hora de extrapolar los resultados a todo el universo de residencias de MFyG.

A pesar de contar con un instrumento como la encuesta con un instructivo, específicamente generado para proveer definiciones y notas aclaratorias de todos los puntos de la misma que pudieran ser ambiguos, durante la elaboración de los datos se evidenciaron algunas incongruencias que sugieren confusiones en la interpretación de la terminología y que por ende pudieron alterar los resultados.

Más allá de sus limitaciones, este trabajo esboza algunas tendencias importantes a ser tenidas en cuenta para alcanzar la homogenización de los estándares de competencias mínimas necesarias y requeridas para los que pretendan ser MFyG en Argentina.

El médico residente en MF debe ser capaz de responder a las necesidades de salud de la población cualquiera sea su ámbito laboral, y con este fin, es que los programas de residencias deben formularse un conjunto de actividades que garanticen al residente un adiestramiento adecuado en un cuerpo de conocimientos teóricos mínimos sobre los aspectos más relevantes de la Atención Primaria; en la asistencia efectiva de los principales motivos de consulta en este primer nivel de atención, y en el enfoque de riesgo para mantener a la población sana en congruencia con su edad y etapa del ciclo vital familiar en el que se encuentre[11].

Estos programas, a su vez, deben cumplir con estándares de calidad para la formación de especialistas, ya que ellos pretenden cumplir el rol fundamental de "formar especialistas idóneos", y es aquí un punto en el que tendremos que insistir debido a que si bien entre programas podrían justificarse diferencias en función de las necesidades epidemiológicas, sociales, económicas y políticas de cada área, la garantía de calidad se ve vetada al existir tantos programas como residencias existen hoy en el país.

Esto se ve reflejado en la gran heterogeneidad, no sólo en el cuerpo de contenidos de los programas en sí, sino también, en la cantidad de instituciones y/o facultades médicas que tienen la posibilidad de crear un programa de residencias de manera arbitraria, decidiendo la duración del mismo, los contenidos curriculares, los tiempos de las rotaciones por las especialidades, etc...y así acreditarlo luego, sin contar con controles posteriores que garanticen la calidad del producto.

A diferencia de lo que ocurre en países como EEUU, donde los llamados para cubrir cargos de residencias pueden ser de cualquier año según la necesidad de cada institución y las bajas previas, aquí solo se llama para cargos de primer año independientemente de si hubo bajas en años superiores, y generalmente estos cargos se pierden y no se cubren nuevamente. Por otra parte, debemos mencionar que la menor oferta de cargos en primer año (2002) con respecto a los años previos fue debido a la crisis nacional vivida en diciembre de 2001 lo que produjo el cierre de los llamados a concurso por parte de algunas instituciones, o bien, la disminución de vacantes propuestas.

Dentro de lo que se han propuesto como criterios mínimos indispensables en la formación de un residente de MF se incluyen: la resolución de problemas indiferenciados en el contexto de una relación personal integral y continua con los individuos y las familias en su contexto social; el enfoque de riesgo; el desarrollo de capacidades terapéuticas y el desempeño gerencial para el manejo de recursos. Para todo ello, se requiere el uso de herramientas apropiadas como la MBE, el aprendizaje basado en la solución de problemas, así como también, el conocimiento sobre conceptos básicos provistos por disciplinas como las Ciencias de la Conducta, Cs. Sociales y Antropológicas y Cs. de la Comunicación[11, 12].

Sobre este punto, vemos que gran parte de estas condiciones intentan cumplirse en la mayoría de los programas pero de una manera muy anárquica sin poder definir en qué medida se necesita cada una, por lo que sería importante en próximos trabajos poder determinar qué contenidos incluyen estas áreas en cada programa. Por otra parte, la inclusión de las Cs. de la Conducta dentro de los programas sigue siendo escasa e incompleta y no hay evidencia de que existan propuestas curriculares en lo que respecta a las Cs. Sociales, Antropológicas, y menos aún, en Cs. de la Comunicación, fundamental para obtener el máximo beneficio de la relación médico-paciente y para la puesta en práctica de tantas otras intervenciones como por ejemplo: el dilema de dar malas noticias.

Los contenidos fundamentales con los que debe contar un programa de residencia de MF debe ser acorde a: los motivos de consulta más frecuentes en la población general que se atiende, los motivos que generan las principales causas de mortalidad en los distintos grupos etáreos, como así también, con aquellos padecimientos de alto impacto económico y social[13].

En este sentido, la encuesta fue muy limitada y sólo se tomaron algunos de los considerados "contenidos mínimos". De todas maneras, se evidencian "lagunas" de contenidos en áreas sumamente importantes como por ejemplo: bioética, administración y economía de la salud y medicina legal.

Las características estructurales sobre los programas no son un tema menor y también requiere una gran revisión. La distribución de la práctica asistencial en el primer y segundo nivel forma la mayor parte del entrenamiento de un Mf al finalizar su residencia, pero el tercer nivel no debería quedar excluido[1] y menos aún, la práctica en lo que es visitas domiciliarias, las que a su vez, deberían contar con objetivos y metas educativas explícitas[11, 11]. Si tenemos en cuenta los medios-días semanales que plantea cada programa como necesarios para adquirir una buena formación asistencial también evidenciamos claramente que la formación que adquieren unos y otros no es la misma: el promedio de horas-semanales dedicadas a la supervisión directa o indirecta es mayor durante el tercer año y no en el primero y/o segundo año donde

los residentes están más expuestos a los errores por su inexperiencia y existe una escasa formación en investigación, así como también, una pobre dedicación a la formulación de trabajos comunitarios. Pero además, debe existir un horario de actividades teóricas congruentes con la práctica clínica de los pacientes para poder fundamentar científicamente las acciones que se toman durante la práctica asistencial.

Esto último ha sido muy difícil de determinar en general por la forma en la que fueron solicitados los datos. Sin embargo, de las residencias censadas, una sola incluye prácticas en el 3er Nivel. Cabe mencionar además, que otros dos programas (ambos en Capital Federal) rotan por el Servicio de Cuidados Paliativos como muestras de acercamiento a lo que es el 3er Nivel. La realización de visitas a domicilio tampoco estarían explícitamente incluidas en los programas, excepto en una sola residencia y en el resto, por la incorporación natural y espontánea del rol o modelo de médico de familia al que estén circunstancialmente expuestos o según los intereses personales de los mismos residentes, para lo que utilizarán alguna rotación electiva.

En la actualidad, no hay dudas en que el Centro de Atención Primaria (o Unidad de AP) debe ser la sede académica del residente para el desarrollo de sus habilidades clínicas en la especialidad. Por ello, es crucial que tanto la sede clínica como el/los profesionales titulares cumplan con un perfil idóneo para que los residentes logren los objetivos de aprendizaje. El director o titular del programa y los docentes deben ser Mf de experiencia, con título de especialista, y todo centro de MF debe contar con una población estable de pacientes, de cantidad y variedad suficientes capaces de asegurar la continuidad e integridad de las experiencias asistenciales de los residentes[11, 14].

Al respecto, prácticamente todas las residencias tienen al menos una sede académica en el primer nivel de atención (CAP). Sin embargo, las habilidades clínicas que allí se obtienen varían mucho de un programa a otro, teniendo en cuenta, por ejemplo, la cantidad de medios-días semanales y la cantidad de pacientes que ven por horas durante su actividad asistencial en MF.

Los docentes formadores de nuevos profesionales son uno de los pilares fundamentales para garantizar que el programa de cada residencia cumpla con criterios de buena calidad académica y buena formación asistencial[11]. Sin roles fuertemente establecidos en el sistema, difícilmente se pueda transmitir o transferir el conocimiento médico relacionado con los principios básicos de nuestra especialidad de una manera efectiva, eficiente y responsable. En EEUU, por ejemplo, quienes se encargan de definir cuáles son los requisitos para acreditar un programa de residencia hacen especiales consideraciones en lo que a docentes respecta. Sobre ello especifican que es obligación de los programas contar con una masa crítica de médicos de familia (Mf) para evitar la fragmentación del aprendizaje y por lo tanto, un programa no puede contar con menos de 2 Mf, y además del director del programa, debe haber por lo menos 1 Mf docente con dedicación completa por cada seis residentes del programa. Aclaran también que "dedicación completa" significa que el docente invierte por lo menos, 1.400 horas por año (aproximadamente, 40 horas por semana) en actividades relacionadas directamente con la residencia[13].

En este censo observamos que la masa crítica de Mf "docentes" pareceria en general ser muy buena. Sin embargo, son pocas las conclusiones a las que podemos arribar con los datos brindados. Esto es así, fundamentalmente porque la encuesta no pidió información sobre la dedicación horaria de cada profesional por lo que no podemos concluir que esta relación sea suficiente. La relación 1:6 que proponen los norteamericanos es sobre un médico de familia con dedicación completa – o su equivalente- y eso no es lo que habitualmente ocurre con nuestras residencias.

De todas maneras, es sumamente importante revalorizar la tarea docente de muchos más que los "mencionados" (a través de un número) en este censo, que participan sin siquiera ser considerados como parte del sistema formativo (instructores o "roles referentes" de residentes). Cuando un médico acepta a un residente para participar en su consulta, está ejerciendo docencia asistencial y es imprescindible valorar este gran esfuerzo y compromiso con el crecimiento de la especialidad que no sería posible de otro modo. Es inconcebible el hecho de que no existan reconocimientos con nombramientos formales que tengan validez en la experiencia curricular de cada profesional, y que las mismas tareas carezcan de un reconocimiento económico, como existe en cualquier lugar del mundo donde se reconoce el valor de la educación personalizada. Por lo tanto es imperativo que estas actividades se formalicen en los programas y reconozcan para que no dependan exclusivamente del voluntarismo inexorablemente transitorio. Otros profesionales que participan activamente (o deberían participar) y colaboran con su experiencia y conocimiento para enriquecer estos programas basados en el trabajo interdisciplinario[5, 11, 12], son los enfermeros, psicólogos, odontólogos, asistentes

sociales, agentes sanitarios, etc. Sin embargo, los números son desalentadores y preocupantes.

La encuesta no contempló la dedicación completa o parcial de los Mf docentes y sabemos que probablemente, la gran mayoría de estos Mf no estén a tiempo completo (en gran parte, debido a que no son remunerados por ello) y esto lo que hace pensar que los números arrojados por la encuesta sobrevaloran la real situación.

Los servicios elegidos para las rotaciones deberían ser seleccionados en función de las especialidades de mayor demanda en las referencias médicas y que por ende, estar consideradas en las áreas teóricas que se abordan en cada programa y fueron mencionadas anteriormente. La experiencia de los residentes en las mismas no debe perder el sentido horizontal correspondiente a nuestra especialidad, motivo por el cual, determinar cuál es el tiempo adecuado para cada rotación no es de poca trascendencia. Al respecto, hay cada vez mayor cantidad de literatura que indica que las mismas aportarán una mejor formación si se realizan en meses completos, y con un mínimo de dos meses cada una[11]. Todo esto en un equilibrio cuidadoso con el primer nivel de atención, para evitar, entre otras cosas, la pérdida de la identidad del Mf.

Según este censo, aparentemente cada uno de los programas sigue necesidades epidemiológicas, geográficas y sociales propias; ya que no habría otra justificación válida para la gran heterogeneidad en los mismos. Sin embargo, esta importante diferencia de dedicación a cada una de las rotaciones, hace imposible pensar en una certificación o re-certificación de conocimientos mínimos que sea comparable en distintas regiones del país y en base a un programa unificado que evidentemente no es el que se pone en práctica en estos programas. De esta manera, ningún Mf formado en Capital Federal podría trabajar en el interior del país y viceversa, lo cual desvirtúa completamente el sentido de "especialidad".

Cuando un programa de residencia promociona que cuenta con "acreditación oficial", significa que el programa está reconocido oficialmente por la autoridad competente[12] para extender un certificado de compleción del programa. Tener la acreditación oficial no siempre indica que al finalizar el programa de residencia se obtendrá directamente el título de especialista por el sólo hecho de haber realizado el programa. Hay muchísima confusión generalizada sobre qué certificados se extienden al finalizar una residencia y qué utilidad tiene cada uno; además se desconoce qué significado tienen éstos así como también, el verdadero valor que se le otorga a una acreditación y su relación con el título de especialista. Este es uno de los motivos por los cuales los recién graduados de las facultades médicas, a la hora de elegir un programa de MF y querer tomar este punto en consideración para tomar una decisión no lo pueden hacer.

La encuesta ha sido contestada por los máximos referentes de cada programa y sin embargo, continúan las incongruencias por desconocimiento "en masa" de estos reconocimientos académicos valiosísimos para cualquiera de los programas. Por estos motivos, el censo no puede aportar mucho al respecto más que lo detallado anteriormente en los resultados. Sin embargo, es un punto que no debe abandonarse y que sería de suma trascendencia aclarar y definir en cada caso.

En 1997, se reconocían en Argentina 52 residencias de Atención Primaria, también bajo varias denominaciones[13]. En la actualidad, son 94 y existe un gran compromiso por parte de muchos médicos de familia que están trabajando en las actividades más variadas relacionadas con la salud en nuestro país, para que este número crezca cada vez más en pro de brindar una óptima calidad de atención en el 1er Nivel. Muchos de estos médicos, con cargos jerárquicos en instituciones privadas, en distintos ministerios de salud provinciales, y hasta en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; comprometidos con la educación de postgrado en MF y que trabajan para mejorar sus condiciones, por ejemplo, desde el Consejo de Certificación de la FAMFyG, hasta los médicos que día a día aportan su experiencia y formación personal para educar al futuro de nuestra especialidad, son los que tienen en sus manos esta gran responsabilidad, pero no son los únicos, todos formamos parte de este proceso.

Por otra parte, otro objetivo de este trabajo está íntegramente dirigido a la promoción de los distintos programas de MFyG que se llevan a cabo en el país, a través de su impacto sobre los futuros nuevos residentes, o sea, los egresados de las escuelas médicas.

La elección que hacen los graduados en medicina de realizar un programa de entrenamiento en MFyG o no, depende de una gran variedad de factores que incluyen: la percepción que tienen de las demandas en salud, el reconocimiento y el prestigio de la especialidad; la congruencia de valores entre el recién graduado y los graduados de esta disciplina; las características individuales de los mismos y el impacto que tuvieron los "referentes" (role models) de la especialidad, actores principales en traducir la realidad de la práctica profesional en experiencias de educación médica[14].

Y es aquí, donde debemos revisar, no sólo si son Mf u otros especialistas los que forman a futuros Mf sino la efectividad clínica de estos médicos-docentes participantes en estos programas, ya que, mejores docentes debería traducirse en mejor posibilidad de aprendizaje durante su entrenamiento y esto a su vez, en una mejor calidad de atención para nuestros pacientes[14].

Estudios recientes demuestran que la selección de la MFyG se correlaciona con la introducción de la especialidad en el pregrado, así como también, con la presencia de un Departamento o Servicio de MFyG fuertemente establecido en la sede académica de la residencia[15]. La mayoría de las universidades incluyen actualmente a la Medicina Familiar dentro de sus curriculas de grado. Sin embargo, no en todos los casos existe un servicio de MFyG que contenga y apoye a un programa de residencia.

En la medida en que los diferentes programas estén cada vez más accesibles al conocimiento general de los graduados, incluyendo la gran parte de los datos que se solicitaron en esta encuesta, menor nivel de incertidumbre tendrán con respecto al tipo de formación que podrán alcanzar en cada caso y así podrán decidir el perfil buscado con mayor precisión, incentivar a los que no conocían mucho de la misma, y al mismo tiempo, disuadir a quienes se presentan para entrar a uno de estos programas realmente con otros objetivos, muy distintos a los que nosotros aspiramos.

Conclusión

Nuestra especialidad ha crecido desde sus comienzos, no sólo en lo asistencial, sino también desde los centros formadores de nuevos profesionales. Sin embargo, muchos de estos resultados indican que si bien, todos estos programas progresan en la misma dirección, a veces lo hacen en sentidos opuestos.

La diversidad de denominaciones y contenidos que enmarcan una misma especialidad, nos debe hacer reflexionar sobre la necesidad de definir aún más nuestra identidad. Esto parece trivial, pero continúa siendo un fuerte motivo que mantiene nuestros esfuerzos muy separados y no colabora con el imperioso protagonismo que pretendemos para el beneficio no sólo de la especialidad sino también de las condiciones de atención a nuestra sociedad. Y es esta gran heterogeneidad, que se refleja no sólo en las denominaciones, sino en todas y cada uno de los puntos evaluados, lo que deriva en un gran esfuerzo de muchos que se va esfumando sin lograr objetivos plenos, significativos y contundentes en lo que respecta al espacio por el que venimos luchando dentro de la comunidad médica y al prestigio que merecemos reconozcan el resto de las especialidades para poder desarrollarnos ampliamente como los profesionales que decidimos ser.

Fuente de financiamiento: no hubo.

Agradecimientos

En especial por su importante colaboración al Dr. Prof. Julio Ceitlin quien ha sabido estimular el interés creciente sobre la educación en la especialidad y por su aporte constante en el desarrollo de este trabajo.A toda la Comisión Directiva de la FAMFyG presidida por el Dr. Humberto Jure quienes apoyaron este proyecto desde el comienzo y ayudaron a estimular la participación de todas las residencias del país. Cabe mencionar aquí, la ayuda invalorable de la Sra. Roxana Paz, Secretaria de la FAMFyG/AAMF quien con su eficiente trabajo ha mantenido una comunicación muy fluida ente la federación y los autores. Al Dr. Ramiro Huber, Dra. Caballero Lidia, Dra. Ávila Noemí, Dra. Marisa Didoni, Dra. Gonzalez Sandra, Dra. Lizarraga Aldana, Dra. Di Giovanni Verónica, Dra. Príncipe Natalia, Dr. Stievenazzo Santiago, Dr. Luis María Delupi, Dra. Rotger Lorena, Dra. Coronel Florencia, Dra. Díaz Nora, Dra. Gutierrez Silvia, Dr. Vega José Omar, Dra. Lagoria Ana F., Dra. Schmutzler de Beela, Dra. Aguilar Iris, Dr. Vega Ivan, Dr. Boato Daniel, Dra. Illanes Ana Inés, Dr. Flores Dardo Fabián, Dra. Puertas Florencia, Dra. Fragapane Marcela, Dra. Adaro María G., Dr. Saadi Gabriel, Dr. Dominelli Sergio, Dr. Orsei Sebastián y Dra. Trigub Ana E., quienes aportaron sus contactos, conocimientos y tiempo en forma desinteresada para la realización del trabajo. Al Dr. Alejandro Mauro y a Rafael Delgado Espinoza quienes asistieron en la confección de bases de datos para lograr luego el procesamiento de los datos. Por último, pero no menos importante, a todos los médicos, médicos residentes y jefes de residentes y coordinadores, encuestadores y encuestados por su interés, participación, tiempo y compromiso.

Referencias

1. Postgraduate Medical Curriculum for General Practice: http://www.gpcurriculum.co.uk/contents.htm
2. Standards for Accreditation of Residency Training Programs: Family Medicine; Emergency Medicine; Enhanced Skills; Palliative Medicine" (The Red Book): http://www.cfpc.ca/English/cfpc/education/accreditation/default.asp?s=1
3. The postgraduate Family Medicine Curriculum: An Integrated Approach: http://www.cfpc.ca/English/cfpc/education/home/default.asp?s=1
4. AAFP Directory of Family Practice Residency Programs: http://www.aafp.org/residencies/

5. The Future Of Family Medicine:A Collaborative Project Of The Family Medicine Community: Annals Of Family Medicine. Vol. 2, Supplement 1. March/April 2004. www.annfammed.org
6. http://www.aafp.org/match/
7. http://www.afprd.org/resources.php
8. Formación Postgrado Y Programas De Capacitación Para Médicos De Atención Primaria. http://www.sovemefa.org/documentosc.htm
9. La integración docente – asistencial e investigativa: una tendencia elocuente de la revolución científico técnica en Cuba. http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEpAAVEAuZNjhuzBSV.php
10. Program requirements for graduate medical education In family medicine – http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_prRev/120pe03_05.pdf y Association of Family Medicine Residency Directors http://www.afmrd.org/objective4.php
11. I Reunión Iberoamericana de Expertos en Certificación Profesional y Acreditación de Programas en Medicina Familiar. Mejorando la Calidad Profesional de los Médicos de Familia en Iberoamérica. Documentos Técnicos y Documentos de Trabajo. Wonca-CIMF, OPS. Nov 2003. En base a los Documentos del Encuentro de Sevilla, en Mayo de 2002.
12. Ceitlin J; Gómez Gascón T: Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo. SemFYC. 1997.
13. McPherson DS; Schmittling GT; Pugno PA; Kahn NB: Entry of US Medical School Graduates Into Family Medicine Residencies: 2003-2004 and 3-year Summary. Fam Med 2004; 36[8]:553-61.
14. Buchet TL; Edwards FD: Characteristics of Effective Clinical Teachers. Fam Med 2005;37[1]:30-5.
15. Pugno PA; Epperly TD; Residency Review Committee for Family Medicine: An Analysis of Program Citations. Fam Med 2005;37(3): 174-7.

ESTA REVISTA ES DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA PARA TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD INTERESADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y ASPIRA ALCANZAR LA MÁXIMA DIFUSIÓN POSIBLE.

SI UD. DESEA RECIBIR ESTA PUBLICACIÓN EN SU DOMICILIO, POR FAVOR, SOLICÍTELA ENVIANDO SU NOMBRE, APELLIDO Y DIRECCIÓN POSTAL AL SIGUIENTE CORREO ELECTRÓNICO

archmfyg@fibertel.com.ar

Utilidad de los antibióticos para prevenir el síndrome urémico hemolítico en pacientes con diarrea sanguinolenta

Usefulness of antibiotics in the prevention of the hemolytic uremic syndrome in patients with bloody diarrhea

*Gabriel Ruiz**

Resumen

El autor describe las características clínicas y epidemiológicas del síndrome urémico hemolítico (SUH), así como su pronóstico y las principales medidas terapéuticas y preventivas aplicables a esta entidad clínica; resume las principales recomendaciones de varias guías de práctica clínica avaladas por asociaciones reconocidas acerca del manejo de los pacientes con diarrea aguda sanguinolenta; y concluye que la evidencia es controvertida, lo que explicaría la divergencia de algunas de las recomendaciones de las fuentes consultadas; rescatando la postura de los expertos nacionales (Sociedad Argentina de Pediatría) que recomiendan coprocultivar a los pacientes con diarrea aguda sanguinolenta sin realizar tratamientos antibióticos empíricos, ya que esta conducta podría favorecer el desarrollo de SUH.

Summary

The author describes the clinical and epidemiologic characteristics of the hemolytic uremic syndrome (HUS), its prognosis and the main therapeutic and preventive measures applicable. He summarizes the main recommendations of several clinical guidelines supported by recognized associations about the approach of patients with acute bloody diarrhea. He concludes that the evidence is controversial, which would explain the divergence between some of the recommendations of the consulted sources. The author describes the statement of experts from the Sociedad Argentina de Pediatría (Argentine Pediatric Society) who recommend taking fecal cultures from patients with acute bloody diarrhea without prescribing empirical antibiotic treatments, since this could favor the development of HUS.

Palabras clave: diarrea/sangre, diarrea/epidemiología, insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica, *Escherichia coli*, agentes antibacterianos.

Key words: bloody diarrhea, epidemiology, acute renal failure, hemolytic anemia, *Escherichia coli*, antibacterial agents.

Situación motivadora

Esta revisión fue motivada por un paciente de cuatro años con diarrea aguda sanguinolenta de 24 horas de evolución, buen estado general y temperatura de 37,8°C. El médico que intervino decidió realizar tratamiento con antibióticos y rehidratación oral. Sin embargo, se preguntó si el tratamiento con antibióticos condicionaría aumento o disminución del riesgo de síndrome urémico hemolítico.

Pregunta que generó el caso

¿El uso de antibióticos para el tratamiento de la enteritis aguda aumenta el riesgo de síndrome urémico hemolítico?

Síndrome urémico hemolítico

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es un cuadro caracterizado por la combinación de insuficiencia renal aguda, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática. Afecta tanto a los niños (seis meses a cinco años)[1, 2, 3, 4, 5] como a los adultos y está causado, en la mayoría de los casos, por cepas de *Escherichia coli* productoras de verotoxinas como la enterohemorrágica (ECEH) siendo la más frecuente, el serotipo O157:H7[6, 7, 8, 9, 10]. Existen también otras causas menos frecuentes como las que se describen en el *cuadro 1* y se caracteriza por un pródromo de diarrea seguido por fallo renal agudo.

Epidemiología

La incidencia global se estima en 2,1 casos cada 100.000 personas/año con un pico en menores de cinco años

* Médico Generalista. Instructor de Medicina Familiar del Hospital Regional Arturo Illia, Alta Gracia,Córdoba

(6,1/100.000/año) siendo menor el riesgo en personas de 50 a 59 años (0,5/100.000/año)[1,3,12].

La infección por *E. Coli O157H7* es más común en los meses cálidos del verano, siendo tres días la media entre la exposición a la toxina de la *E. Coli* y la enfermedad (rango uno a ocho)[12,13]. La infección por *E. Coli O157* se complica con SUH en 3 a 7% de los casos esporádicos[13] y en más de 20% de las formas epidémicas[14].

Modo de transmisión: luego de la aparición del SUH relacionado a *E. Coli*, la toxina puede ser eliminada en las heces por varias semanas luego de la resolución de los síntomas[1]. La *E. Coli O157:H7* [3,14] coloniza el intestino sano del ganado bovino, pero además ha sido aislada en ovejas, cabras, caballos, perros y aves. Ha sido encontrada en estiércol, bebederos y otros lugares de las granjas, lo que explica el alto riesgo de infección en zonas rurales[17]. El microorganismo es transmitido a los seres humanos a través de los alimentos y el agua, directamente de persona a persona [1,14] y, ocasionalmente, a través de la exposición ocupacional[16]. La mayoría de las epidemias por alimentos contaminados han sido atribuidas a derivados de productos bovinos, en particular carne y leche fresca, aunque también ha sido reportada contaminación en carne de cordero y hasta productos vegetales[1]. Probablemente, la carne se contamina en el momento de la matanza de los animales. La internalización del microorganismo durante la molienda de la carne puede tornarlo más resistente a la cocción[12].

Fisiopatogenia y factores de riesgo

Constituyen factores de riesgo para el desarrollo de SUH luego de la infección por E. Coli productora de toxina, el uso de agentes antidiarreicos[20] y antibióticos[21], la diarrea sanguinolenta, la presencia de fiebre, vómitos y leucocitosis, las edades extremas(en particular niños menores de cinco años) como así también el sexo femenino[12, 21].

Manifestaciones clínicas

La enfermedad típicamente comienza con calambres abdominales y diarrea no sanguinolenta. La diarrea puede volverse sanguinolenta en el 70% de los casos durante los primeros dos días[13, 17], presentándose vómitos en 30 a 60% de los casos, con fiebre asociada a la diarrea[3] ***(cuadro 2)***. El recuento de glóbulos blancos es usualmente elevado y el enema baritado del intestino sugiere la presencia de edema y hemorragia submucosa, especialmente en la región del colon ascendente y transverso. Las ulceraciones o pseudomembranas son también comunes[18]. El diagnóstico de SUH se realiza generalmente seis días después del comienzo de la diarrea.

Pronóstico

El SUH relacionado a la toxina es considerado erróneamente como una enfermedad benigna. Sin embargo, 3 a 5% de los niños muere durante la fase aguda y un porcentaje similar desarrolla insuficiencia renal crónica terminal[**]. El 50% de los pacientes que desarrollan SUH requiere tratamiento dialítico, el 75% necesita transfusiones de glóbulos rojos

Cuadro 1. Causas de Síndrome Urémico Hemolítico.

Idiopático		
Secundario	Infecciones asociadas con SUH	*E.coli* 0157:H7, *Shigella dysenteriae* tipo 1, *Streptococus pneumoniae*
	Infecciones circunstanciales	*Salmonella typhy, Campylobacter fetus jejuni, Yersinia pseudotuberculosa*, Bacteroides, virus Portillo, Cocksackie virus, ECHO virus, Influenza, *Epstein Barr*, rotavirus,VIH, Microtabiotes.
	Forma genética	Herencia autosómica recesiva y formas dominantes.
	Asociado con drogas	Anticonceptivos orales, ciclosporina A, mitomicina.
	Embarazo	
	Tumores	

Distintas causas de Síndrome Urémico Hemolítico [1,3,4,8]

† Un tercio de los niños menores de cinco años puede portar el microorganismo por más de 20 días15.

‡ Existen antecedentes de brotes epidémicos18 en los que estuvieron implicados ráfanos19, lechuga, sidra de manzana, jugo de manzana no pasteurizado y brotes de alfalfa.

§ El 25% de los pacientes presenta manifestaciones neurológicas (accidente cerebro vascular, convulsiones y coma)12, 23, 22. Otra complicación es la hipertensión arterial.

** En una serie de 88 niños, Fitzpatrick y col.24 reportaron alteraciones de la función renal a largo plazo en 39% de los pacientes.

Cuadro 2. Manifestaciones clínicas del síndrome urémico hemolítico.

Signos y Síntomas	Frecuencia (%)
Diarrea sanguinolenta durante los primeros dos días	70% a 90%
Vómitos	30% a 60%
Irritabilidad o somnolencia	25% a 30%
Convulsiones	10%
Insuficiencia renal aguda Insuficiencia renal crónica	100%1% a 30 %
Oliguria o anuria	60%
Hipertensión	64%
Colitis severa (prolapso rectal)	10%
Pancreatitis, hemorragia pulmonar, colecistitis, rabdomiolisis.	Menos a 2%

Frecuencias de los síntomas del Síndrome Urémico Hemolítico (SUH).[5, 7, 14, 15, 17, 18]

La mortalidad de esta entidad se ha reducido significativamente en los últimos 40 años desde 40 a 50% en aquellos tiempos hasta 3 a 5%, en la actualidad probablemente como resultado de un mejor manejo clínico de las medidas de soporte (anemia, insuficiencia renal, hipertensión arterial y alteraciones del medio interno)[2,3].

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en PubMed y MEDLINE sobre información publicada desde enero 1980 a septiembre de 2004. Se utilizaron las palabras *"Kidney Failure", "Acute", "Anemia, Hemolytic", "Thrombocytopenia", "diarrea", "Escherichia coli", "Risk Factors", "Anti-Bacterial Agents"*, como palabras claves de los términos MeSH. No se aplicaron restricciones de idioma a la búsqueda.

Además, se consultaron guías de práctica clínicas: *The American Medical Asociation, The American Academy of Pedriatics, The American Academy of Family Physicians, The American College of Physicians, Clerinhouse*, Sociedad Canadiense de Pediatría, Sociedad Argentina de Pediatría; así como revistas: *The New England Journal of Medicine, JAMA*, Boletín de la OMS, Evidencia, *British Medical Journal*.

Resumen de la evidencia

Si bien la revisión no fue sistemática, consideramos que la estrategia de búsqueda y la presentación de la información fue la suficiente para recuperar los datos más relevantes publicados sobre el tema. Respecto del manejo de los pacientes con diarrea aguda sanguinolenta, la búsqueda arrojó distintos puntos de vista que resumimos a continuación:

No existe terapia alguna que haya mostrado eficacia para prevenir o limitar el proceso microangiopático y, consecuentemente, afectar el curso de la enfermedad.

Los agentes antidiarreicos pueden incrementar el riesgo de megacólon tóxico[20]. El tratamiento antibiótico de la infección por *E. Coli O157:H7* ha mostrado incrementar 17 veces el riesgo de SUH[11, 21, 26, 27]. La injuria a la membrana bacteriana inducida por el antibiótico podría favorecer la liberación de grandes cantidades de toxina preformada[11]. Por otro lado, la terapia antibiótica podría dar a la *E. Coli O157:H7* una ventaja selectiva si estos organismos no son eliminados tan rápidamente del intestino como la flora intestinal normal.

Estas consideraciones no necesariamente se aplican a muchos casos de diarrea sanguinolenta, en particular en Sudamérica e India, que son precipitados por cepas de *E. Coli* diferentes a la O157:H7 ó por otras bacterias como *Shigella dysenteriae tipo 1*, en las que un tratamiento antibiótico empírico acorta la duración de la diarrea, disminuye el índice de complicaciones y reduce el riesgo de transmisión de la enfermedad[1]. Por lo tanto, en los países en desarrollo donde la Shigella es el agente causal más frecuente de colitis hemorrágica, la terapia antibiótica empírica debe iniciarse tempranamente, aún antes que el patógeno involucrado sea identificado[1, 19].

En el informe de la Sociedad Argentina de Pediatría[29] (SAP) se recomienda que la mayoría de los lactantes y niños con sospecha de diarrea bacteriana no reciba tratamiento antibióticos, especialmente si se trata de pacientes con sospecha o confirmación de gastroenteritis por *Escherichia coli*.

†† Ciertos antibióticos, en particular las quinolonas, trimetoprima y flurazolidone, son potentes inductores de la expresión del gen de la Stx-2 y pueden incrementar el nivel de toxina en el intestino[23].

La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas[10] recomienda realizar coprocultivo a los pacientes con diarrea de la comunidad o del viajero, especialmente si se presentan con fiebre o sangre, o bien si se trata de pacientes con diarrea nosocomial u ocurrida luego de tres días de la hospitalización o diarrea persistente (recomendación tipo B). Si se sospechara o documentara una infección por *Escherichia coli* productora de verotoxina recomiendan considerar cuidadosamente el uso de antibióticos según antibiograma (recomendación C).

Según los Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades[11] no existe evidencia alguna de que los antibióticos mejoren la evolución de la enfermedad, y se cree que el tratamiento con algunos antibióticos puede precipitar complicaciones renales.

Algunos expertos,[12] basados en las recomendaciones de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas, sugieren la utilización de quinolonas cuando se sospecha Shigelosis en adultos; o macrólidos, cuando se sospecha resistencia de *campilobacter*; mientras que otras autoridades científicas[14], aún con sospecha de infección bacteriana, recomiendan diferir la indicación de los antibióticos hasta tener los resultados del cultivo, ya que la mayoría de los casos son autolimitados y la antibióticoterapia no acortaría el tiempo de duración, exceptuando de esta sugerencia a lo niños inmunocomprometidos, prematuros, o con algún trastorno subyacente [12,21,26,37].

El Comité de Enfermedades Infecciosas e Inmunización recomienda realizar hidratación durante tres o cuatro horas, reintroduciendo rápidamente la alimentación habitual sin discontinuar la lactancia materna; realizar cultivo de materia fecal en todos los niños y no tratar con loperamida o drogas similares [10].

La Academia Americana de Pediatría [14] no recomienda el uso de antibióticos en las enteritis agudas infecciosas, mientras que la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica [25] sugiere la utilización de solución de rehidratación oral para corregir la deshidratación aproximadamente durante tres o cuatro horas (rehidratación rápida) utilizando una solución hipotónica (60mmol/L de Na y 74 a 111mmol/l de glucosa) y también con mantenimiento de la lactancia materna y realimentación precoz, reiniciando la alimentación habitual (sin restricción de ingesta de lactosa) tras las cuatro horas de rehidratación y previniendo una deshidratación posterior mediante suplementos con solución rehidratante oral para las pérdidas posteriores (calculando 10mL de solución por kg de peso del niño ante cada deposición líquida)

Conclusión

Como vemos, no existe suficiente evidencia sobre el efecto (protector o perjudicial) del tratamiento antibiótico sobre el riesgo de desarrollo de síndrome urémico hemolítico.

El mayor beneficio se obtiene a nivel poblacional y se basa en la prevención de la infección por *E. Coli* productora de verotoxina. Las medidas deben basarse en el control sanitario de la cadena alimenticia, y en la educación masiva de la población a través de los medios de difusión y por el equipo de salud, respecto de lograr una buena cocción de los productos con riesgo de transmitirlo

Para finalizar considero que siguen vigentes las recomendaciones del Dr. Horacio Repetto[29] que transcribimos: *"...en un país como Argentina, con tan alta incidencia de infecciones por E. Coli enterohemorrágicas (EH), la conducta más apropiada sería estudiar bacteriológicamente a todo niño con diarrea aguda sanguinolenta sin utilizar antimicrobianos empíricamente, ya que en pacientes no inmunocomprometidos no existiría riesgo en no tratar aquella causada por E. coli EH y sí un riesgo potencial de favorecer la aparición de SUH. Aún en sitios donde no se disponga de laboratorio bacteriológico, es más sensato restringir el uso de antibióticos en las diarreas agudas con sangre. La conducta con pacientes inmunocomprometidos carece de elementos experimentales y requiere mayor información para ser definida. Este es un área que merece estudiarse en nuestro país, con tanta prevalencia de E. coli productora de toxina Shiga..."*

Referencia

1 Remuzzi G: Hemolytic uremic syndrome: past and present. Am J Kidney Dis 2000 Nov; 36(5): LIV-VI

2 Remuzzi G, Ruggenenti P: The hemolytic uremic syndrome. Kidney Int 1995 Jul; 48(1): 2-19 Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.

3 Piero Ruggenenti M.D. Carlos Chiurchiu M.D. Giuseppe Remuzzi M.D. Division of Nephrology and Dialysis, Ospedali Riuniti di Bergamo "Mario Negri" Institute for Pharmacological Research, Negri Bergamo Laboratories and Clinical Research Center for Rare diseases "Aldo e Cele Daccò" Bergamo – Italy. II Congreso Internacional de Nefrología por Internet Microangiopatía trombótica, síndrome urémico hemolítico y púrpura trombótica trombocitopénica

4 Hamburgers and Hot Dogs: How Safe Are They? (Update on E. coli 0157:H7) Reviewed by Edward C. Oldfield, MD Eastern Virginia Medical School, Norfolk, VA [Rev Gastroenterol Disord. 2001; 1 [1]: 48 – 50] Available from: www.medreviews.com/pdfs/articles/

5 World Health Organization. The World Health report 1996: fighting disease, fostering development. Report of the Director-General. Geneva: World Health Organization, 1996. Available from: http://www.who.int/whr/1996/en/

6 Rodolfo E Begue MD Devendra I Southern Medical Journal sep 1998 vol 91 nº 9
7 Inés Elvira Murcia García Síndrome Hemolítico Urémico. En Guías de pediatría basadas en la evidencia. ED Panamericana Bs. As 2001 Pág. 230-240
8 Rondeau E, Peraldi M-N. Escherichia coli and hemolytic-uremic syndrome. N Engl J Med 1996;335:660-662. Available from: http://content.nejm.org/
9 Kaplan BS, Meyers KE, Schulman SL. The pathogenesis and treatment of hemolytic uremic syndrome. J Am Soc Nephrol 1998;9:1126-1133.Available from: http://content.nejm.org/cgi
10 Martin DL, MacDonald KL, White KE: The epidemiology and clinical aspects of the hemolytic uremic syndrome in Minnesota. N Engl J Med 1990 Oct 25; 323(17): 1161?[serial on the Internet]. (N Engl J Med. 1991 Apr 11;324(15):1066-6.) Available from: http://content.nejm.org/cgi
11 Belli BP, Griffin PM, Lozano P, et al.: Predictors of hemolytic uremic syndrome in children during a large outbreak of Escherichia coli O157:H7 infections. Pediatrics 1997 Jul; 100(1): E12 Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.
12 Mead, P.S. and Griffin, P.M. Escherichia coli O157:H7. Lancet 352:1207-1212, 1998.
13 Slutsker, L., Ries, A.A., Greene, K.D., Wells, J.G., Hutwagner, L. and Griffin, P.M.: Escherichia coli, O157:H7 diarrhea in the United States: clinical and epidemiologic features. Ann Intern Med 126:505-513, 1997. Available from: www.cdc.gov/ncidod/eid/vol6no5/pdf/
14 Carter, A.O., Borczyk, A.A., Carlson, J.A., Harvey, B., Hockin, J.C. and Karmali, M.A. A severe outbreak of Escherichia coli O157:H7-associated hemorrhagic colitis in a nursing home. N Engl J Med 317:1496-1500, 1987. Available from: http://content.nejm.org/cgi
15 Belongia, E.A., Osterholm, M.T., Soler, J.T., Ammend, D.A., Braun, J.E. and MacDonald, K.L.: Transmission of Escherichia coli O157:H7 infection in Minnesota child day-care facilities. JAMA 269:883-888, 1993.
16 Griffin, P.M. and Tauxe, R.V. The epidemiology of infections caused by Escherichia coli O157:H7, other enterohemorrhagic E coli, and the associated hemolytic uremic syndrome. Epidemiol Rev 13:60-98, 1991
17 MacDonald, L.A., Gould, I.M. and Curnow, J. Epidemiology of infection due to Escherichia coli O157: a 3-year prospective study. Epidemiol Infect 116:279-284, 1996
18 CDC. Outbreaks of Escherichia coli O157:H7 infection associated with eating alfalfa sprouts-Michigan and Virginia, June-July 1997. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 46:741-744, 1997. Available from: http://vm.cfsan.fda.gov/~mow/chap15.htm
19 National Institute of Health and Infectious Disease, Verocytotoxin-producing Escherichia coli (enterohemorrhagic E coli) infections, Japan, 1996-June, 1997. Infectious Agents Surveillance Report 18:153-154, 1997. Available from: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol5no3/watanabe.htm
20 Comité de enfermedades infecciosas e inmunización [The Canadian Journal of Paediatrics 1995; 2(4): 347-352 Reference No. ID95-03 Available from: http://www.pulsus.com/Paeds/home2.htm
21 Wong CS, Jelacic S, Habeeb RL, Watkins SL, Tarr PI. The risk of the hemolytic-uremic syndrome after antibiotic treatment of Escherichia coli O157:H7 infections. N Engl J Med 2000;342:1930-1936. Available from: http://content.nejm.org/
22 Kawamura N, Yamazaki T, Tamai H. Risk factors for the development of Escherichia coli O157:H7 associated with hemolytic uremic syndrome.Pediatr Int. 1999 Apr; 41(2): 318-22 Japón 2003. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query
23 William Shapiro, MD, Consulting-Staff, Department of Urgent Care and Emergency Medicine. Available from: http://www.emedicine.com/emerg/topic238.htm
24 Fitzpatrick, M.M., Shah, V., Trompeter, R.S., Dillon, M.J. and Barratt, T.M.: Long term renal outcome of childhood hemolytic uremic syndrome. BMJ 303:489-492, 1991. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query
25 Pavia AT, Nichols CR, Green DP, et al. Hemolytic-uremic syndrome during an outbreak of Escherichia coli O157:H7 infections in institutions for mentally retarded persons: clinical and epidemiologic observations. J Pediatr 1990;116:544-551. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.
26 Dundas S, Todd WT. Lanarkshire Area Infectious Diseases Unit, Monklands Hospital, Airdrie, Scotland,UK Clinical presentation, complications and treatment of infection with verocytotoxin-producing Escherichia coli. Challenges for the clinician.Clin Infect Dis. 2001 Oct 1;33(7):923-31.2001 Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.
27 Zimmerhackl, L.B.: E. coli, antibiotics, and the hemolytic-uremic syndrome. N Engl J Med 342:1990-1991, 2000. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query
28 O'Ryan, M, Prado, V.: Risk of the hemolytic uremic syndrome after antibiotic treatment of Escherichia coli 0157:H7 infections. N Engl J Med 343:1271, 2000. Available from: http://content.nejm.org/cgi/content/
29 Sociedad Argentina de Pediatría(Sap) [homepage on the Internet] Available from: www.sap.org.ar
30 Sociedad Americana de enfermedades infecciosas [homepage on the Internet]. Available from: http://www.idsociety.org/
31 U.S. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Infectious Diseases Division of Bacterial and Mycotic Diseases Atlanta. [homepage on the Internet]. Available from: http://www.cdc.gov/
32 AMERICAN FAMILY PHYSICIAN [homepage on the Internet]. Available from: http://www.aafp.org/
33 Guía de Práctica Clínica Clearinghouse [homepage on the Internet]. Available from: www.guideline.gov
34 American Academy of Pediatrics. In: Pickering LK, ed. RedBook: Report of the Committee on Infectious Diseases, 25th ed. Elk Grove Village, 2000.
35 Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) Enriqueta Román Riechmann y Josefa Barrio Torres. Available from http://www.aeped.es/protocolos/gastroentero/
36 American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Diseases. Evanston, IL: American Academy of Pediatrics, 1997.
37 American Academy of Pediatrics: Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children.
38 American Academy of Pediatrics, Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis. Pediatrics 1996 Mar; 97(3): 424-35 [homepage on the Internet]. Available from http://www.aap.org/
39 HORACIO A. REPETTO Servicio de Pediatría. Depto Materno-Infantil Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas Haedo, Buenos Aires. Available from www.sap.org.ar/publicaciones/
40 Repetto H A. Epidemic hemolytic-uremic syndrome in children. Kidney Int 1997;52:1708-1719. Available from: http://content.nejm.org/cgi/external
41 Areses R. Síndrome hemolítico urémico en la edad pediátrica: conceptos actuales. Nefrología 1995;15:420-34.

42 Oliva Rodriguez Pastor S. De la Mota Ybancos J, Milano Manso G, Martinez Valverde A. Distrés respiratorio del adulto en el síndrome hemolítico-urémico secundario a meningitis neumocócica. An Esp Pediatr 2000;252:56-8.

43 Corrigan JJ Jr, Boineau FG: Hemolytic-uremic syndrome. Pediatr Rev 2001 Nov; 22(11): 365-9. [serial on the Internet]. Available from http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query.

44 Gonfjan) N, Sutor AH, Zimmerhackl LB: Hemolytic uremic syndromes in childhood. Semin Thromb Hemost 1997; 23(3): 281-93 [serial on the Internet]. Available from http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query

45 Tarr PI, Neill MA: Escherichia coli O157:H7. Gastroenterol Clin North Am 2001 Sep; 30(3): 735-51. Risk of hemolytic uremic syndrome from antibiotic treatment of Escherichia coli O157: H7 colitis. JAMA. 2002 Dec 25;288(24):3111-2 Available from http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query

46 Mossel DA, Struijk CB. Food-borne illness 1993: Updating Wilson's triad. Lancet. 1993; 342: 1254.)

47 M Apilánez Urquiola. R Arenes Trapote. MA Ruiz Benito. M Uhetagoyena Arrieta. J Latorre Garcia. Síndrome hemolítico-urémico secundario a neumonía por Streptococcus pneumoniae. Anales de Pediatría. Martes 1 Octubre 2002. Volumen 57 - Número 04 p. 378 - 378. DOYMA Available from www.doyma.com

48 Institute of Medicine. Emerging infections: microbial threats to health in the United States. Washington, DC: National Academy Press, 1992. [homepage on the Internet]. Available from http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol4no3/hughes.htm

49 National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID). Foodborne disease fact sheet. 1999. Available at: http://www.niaid.nih.gov/factsheets/foodhomedis.htm. Accessed 21 January 2001.

50 National Library of Medicine MEDLINE plus [homepage on the Internet]. Available at: http://medlineplus.gov/.

51 Gaete, Alfredo. Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires Foro APS. [homepage on the Internet] Available at: http://www.foroaps.org/hitalba

52 Riley LW, Remis RS, Helgerson DS, Mc Gee HB, Wells JG, Davis BR, et al. Hemorragic colitis associated with a rare Escherichia Coli seroptype. N Engl J Med 1983;308:681-5.

Available at: www.hpa.org.uk/srmd/div_esl_su/seps_docs/

53 Alon U, Adler SP, Chan JC. Hemolytic-uremic syndrome associated with Streptococcus pneumoniae. Am J Dis Child 1984;138: 496-9.Available at: http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query.

54 Gilbert RD, Argent AC. Streptococcus pneumoniae associated hemolytic uremic syndrome. Ped Infect Dis 1998;17:530-2. Available at: http://www.scielo.cl/scielo

55 Novak RW, Martin CR, Orsini EN. Hemolytic uremic syndrome and T-cryptantigen exposure by neuraminidase-producing pneumococci: An emerging problem? Pediatr Pathol 1983;1: 409-11. Available at: http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query.

56 Nathanson S, Deschenes G. Prognosis of Streptococcus pneumoniae-induced hemolytic uremic syndrome. Pediatr Nephrol 2001;16:162-5. Available at: http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query.

57 Krysan DJ, Flynn JT. Renal transplantation after Streptococcus pneumoniae-associated hemolytic uremic sindrome. Am J Kidney Dis 2001;17:E15. Available at:http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query.

58 Petur Mamula,MD, Raman Sreedharan,MD,MRCPCH, and Kurt A. Brown,MD Gastrointestinal Tract Infections. Guia de manejo de gastruenteritis 24/07/2004. Available at: www.blackwellpublishing.com/content/BPL_Images/Content_store/

59 Karmali MA, Steele BT, Petric M, Lim C. Sporadic cases of haemolytic-uraemic syndrome associated with faecal cytotoxin and cytotoxin-producing Escherichia coli in stools. Lancet 1983;1:619 620. Available at: http://content.nejm.org/

60 Ikeda K, Ida O, Kimoto K, Takatorige T, Nakanishi N, Tatara K. Effect of early fosfomycin treatment on prevention of hemolytic uremic syndrome accompanying Escherichia coli O157:H7 infection. Clin Nephrol 1999;52:357-362.Available at: http://content.nejm.org/

61 Lothar Bernd, Zimmerhacki, M.D.Escherichia coli, antibiotics, and the Hemolitic Uremia Sindrome Available at:http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query

62 Proulx F, Turgeon JP, Delage G, Lafleur L, Chicoine L.Randomized, controlled trial of antibiotic therapy for Escherichia coli O157: H7 enteritis. Canada 2000. Available at: http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query

63 Safdar N, Said A, Gangon RE, Maki DG. Risk of hemolytic uremic syndrome after antibiotic treatment of Escherichia coli O157:H7 enteritis. JAMA. 2002 Aug 28;288(8):996-1001.USA 2002.

64 Kimoka T, Yunou Y, Harada H, Kita E. Efficacy of antibiotic therapy for infection with Shiga-like toxin-producing Escherichia coli O157:H7 in mice with protein-calorie malnutrition. Department of Bacteriology, Nara Medical University, Kashihara, Japan. Available at: http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query.

65 Zhang X, McDaniel AD, Wolf LE, Keusch GT, Waldor Quinolone antibiotics induce Shiga toxin-encoding bacteriophages, toxin production, and death in mice. Division of Geographic Medicine and Infectious Diseases, New England Medical Center, Boston, USA. Available at: http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query

66 Higami S, Nishimoto K, Kawamura T, Teruhara T, Isshiki G,Onkita. Retrospective analysis of the relationship between HUS incidence and antibiotics among patients with Escherichia coli O157 enterocolitis in Sakai, Osaka Prefecture Medical Association, Department of Pediatrics, Japan. Available at: http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query

67 Castillo C, Ordinas B, Reverter C, Garcia V, Rocha H, Martinez-Brotons. Enfermedades de la hemostasia. Cap.232 pag. 2025 - 2025 En Farreras-Rozman. Vol. II Editorial Harcourt Decimocuarta edición. Año 2000.

68 Semfyc [homepage on the Internet]. Available at: http://www.semfyc.es/

69 Samfyc [homepage on the Internet]. Available at: http://www.samfyc.es/

70 Mandell, Douglas & Bennett. Principles and practice of infectious diseases, 4th. edition,1997

71 Trachtman H, Christen E. Pathogenesis, treatment, and therapeutic trials in hemolytic uremic syndrome. Division of Pediatric Nephrology, Schneider Children's Hospital of Long Island Jewish Medical Center, New Hyde Park, NY 11040-1432, USA. Available at: http://www.nchi.nlm.nih.gov/entrez/query

72 Fagundo, J. Giniebra, Y.D, González, D. Morán, V, Perez, A. Sánchez Mallo L. Síndrome hemolítico urémico. Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter 2003;19(2-1)

73 Ministerio de Salud Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias A.N.M.A.T [homepage on the Internet]. Available from:http://www.femeba.org.ar/fundacion/Prevención de infecciones por Escherichia coli enterohemorrágica.

Campaña masiva y económica contra la pediculosis

Massive and not expensive campaign against pediculosis

Karina Aguirre, Alfredo Maza, Susana Quinteros*

Resumen

Introducción: ante un brote epidémico de pediculosis se desarrolló una campaña económica en el ámbito escolar.

Objetivos: diagnosticar, tratar y prevenir la pediculosis, detectar "familias foco" y tratarlas en su comunidad; promocionar hábitos de higiene personal; controlar y eliminar el brote epidémico; realizar una campaña económica, universal y accesible; promover la interacción entre la escuela, el equipo de salud y la comunidad.

Experiencia: la intervención fue coordinada entre padres, docentes y el equipo de salud a través de un sistema de "estaciones" de diagnóstico, tratamiento y supervisión. Se utilizó para el tratamiento una solución diluida de deltametrina.

Resultados: fueron examinados 183 niños (95% del total del alumnado) y tratados los 159 niños a quienes se diagnosticó "Pediculosis no complicada", así como diez adultos del personal escolar. Fueron detectadas ocho "familias foco", en las cuales se realizó igual tratamiento domiciliario (69 personas).

Conclusiones: se logró una campaña accesible, económica, universal y de alta efectividad. Fue muy positiva la interacción entre el personal docente, el equipo de salud y la comunidad. Si bien se pudo controlar el brote epidémico, es necesario repetir esta campaña todos los años.

Summary

Introduction: a rather not expensive campaign was designed due to an outbreak of pediculosis in schoolchildren.

Objectives: to diagnose, treat and prevent pediculosis; detect "focus families" and to treat them in their communities; promote habits of personal hygiene; control and eradicate the epidemic outbreak; implement a cost-effective, universal and accessible campaign; promote interactions between the school, the health team and the community.

Experience: the intervention was coordinated between parents, teachers and health team through an approach consisting in "stages" of diagnosis, treatment and supervision. A diluted solution of deltametrin was used for treatment.

Results: 183 children were examined (95% of the total of pupils), and 159 children with a diagnosis of "non-complicated pediculosis" were treated, as well as ten adults from the school staff. Eight "focus families" were dentified, and the same treatment was applied in their households (69 people).

Conclusions: a high effective, universal, non expensive and accessible campaign was designed. The interaction between school staff, health team and the community was very positive. However, though the epidemic outbreak was controlled, this campaign should be repeated every year.

Palabras clave: pediculosis/prevención y control, medicina comunitaria, escuelas, permetrinas.
Key words: pediculosis, prevention and control, community medicine, schools, permetrins.

* Hospital Distrital Pmul, Provincia de La Rioja.

Introducción

Motivados por un pedido de la directora de la Escuela No 64 de Pituil, ante un brote epidémico de pediculosis, se decidió idear una campaña pediculicida económica, accesible y universal, que pudiera desarrollarse en el ámbito escolar y eventualmente, repetirse en otras instituciones.

Objetivos

Diagnosticar, tratar y prevenir la pediculosis; detectar "familias foco" para luego tratarlas en su comunidad; promocionar hábitos de higiene personal; controlar y eliminar el brote epidémico; realizar una campaña económica, universal y accesible; promover la interacción entre la escuela, el equipo de salud y la comunidad.

Relato de la experiencia

El equipo de salud visitó la escuela para diagnosticar al alumnado. Luego contactó a maestros y padres con el objetivo de coordinar el tratamiento en el local escolar.

Se pidió a cada alumno que llevara una toalla, una remera y un peine fino (si lo tuviere). Los padres colaboraron con la tarea de los maestros, mientras que el equipo de salud consiguió la cantidad necesaria de pediculicida: Deltametrina concentrada en envases de dos litros.

El fármaco se utilizó diluido al dos por mil (dos mililitros en un litro de agua). Fueron preparados diez envases con dos litros de solución diluida cada uno, para lo cual se necesitó 40mL de deltametrina.

Luego se organizaron tres bancas para diez niños cada una en los baños correspondiente a cada sexo. La maestra de cada curso fue la responsable de su grupo. Ver *cuadro 1*.

Resultados

- Fueron examinados 183 niños (el 95% del total del alumnado).
- A 159 niños (86%) se les diagnosticó "Pediculosis no complicada" –ausencia de lesiones sobreinfectadas– y se detectó a los posibles alérgicos. Fueron tratados 183 (100% de los alumnos diagnosticados, desde el nivel inicial hasta el sexto año) y diez adultos, entre docentes y ordenanzas (50% del personal).
- Fueron detectadas ocho "familias foco", en las cuales luego se realizó igual tratamiento domiciliario (en total 69 personas adultos y niños no escolares). Se aprovechó la oportunidad para realizar promoción de la higiene personal.

Con los diez envases de dos litros de solución diluida se pudo tratar a 193 personas con diferente largo de la cabellera. Para el tratamiento domiciliario se preparó un envase de dos litros para cada familia, lo que alcanzó para aproximadamente nueve personas, entre adultos y niños. Se calculó un gasto aproximado de 100mL de dilución por persona. Con un envase de dos litros de agua con 4mL de deltametrina se pudo tratar a 20 personas, dependiendo de la longitud y la abundancia del cabello.

Conclusiones

Se logró realizar una campaña accesible, económica, universal y con alta efectividad. El tratamiento fue logrado en toda la comunidad escolar y se hizo extensivo a los hogares. Si bien se pudo controlar el brote epidémico por ese año, el agente causal continúa en el ambiente y es necesario repetir esta campaña todos los años.

Describimos como muy positiva la interacción entre el personal docente, el equipo de salud y la comunidad, lo que sugiere que debería fomentarse en forma continua.

Cuadro 1. Descripción de la intervención realizada en la escuela.

Acción	Responsables	Actividad
Banca con pediculicida	Médicos	A cada niño se le humedeció la cabellera con un algodón embebido en el pediculicida y se lo dejó actuar por diez minutos; haciendo que posteriormente se enjuagara con abundante agua en el baño.
Banca con solución diluida	Agente sanitario y enfermera	Se realizó un segundo enjuague con "solución diluida" (500mL de vinagre en diez litros de agua) y se lo dejó actuar durante diez minutos con los cabellos recogidos.
Banca para peinado	docente y padres	Se realizó un tercer enjuague con abundante agua y se pasó el "peine fino".
Evaluación	Médicos	Se definía si el alumno debía repetir el proceso o si podía retirarse al aula.

Comisión Nacional de Residentes

La Comisión Nacional de Residentes de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General da la bienvenida a la revista Archivos de Medicina Familiar y General. Felicitamos a los miembros del Comité Editorial y a todos aquellos que hacen posible esta publicación.

Queremos expresar nuestro agradecimiento y satisfacción ya que los residentes de todo el país estaremos presentes mediante una **sección exclusiva**, la cual servirá como instrumento de comunicación e intercambio de experiencias.

Invitamos a todos los residentes que quieran aportar sus trabajos de investigación, relatos de experiencia y actualizaciones para que entre todos contribuyamos al enriquecimiento de esta publicación.

Todo nuestro apoyo a este nuevo emprendimiento.

Esta comisión nace junto con la FAMFyG, como iniciativa y necesidad de los residentes de disponer de un espacio donde intercambiar experiencias, trabajos, jornadas de actualización. Actualmente está constituida por un presidente, un secretario y vocales que representan a las respectivas provincias y se renuevan en cada congreso nacional. En algunas provincias ya existen comisiones de residentes locales mientras que en otras se están formando.

Desde la Comisión Nacional invitamos a todos los residentes del país a interiorizarse, participar e integrarse a las actividades de trabajo, para ello pueden contactarse por correo electrónico.

Ya estamos trabajando en la organización de la jornada nacional de residentes que se realizará junto con el congreso nacional en octubre de este año en Mar del Plata. Contamos con la presencia de todos ustedes.

Gabriel Saadi
Presidente de la Comisión Nacional
De Residentes de FAMFyG
Residente de Salud Familiar –Córdoba–
Córdoba, 26 de mayo de 2005

COMISION NACIONAL DE RESIDENTES DE FAMFyG
III CONGRESO DE FAMFyG –BUENOS AIRES - PERÍODO 2004–2005

PRESIDENTE: Gabriel Saadi (Córdoba) gabrielsaadi2@yahoo.com.ar
SECRETARIO: Jorge Alba Mendieta (Salta) jorgealbamendieta@hotmail.com
VOCALES:

Provincia	Delegados	e-mail
Tucumán	Lorena Vanni (titular)	lorenavanni@hotmail.com
	Ana Aymar (suplente)	anace61@hotmail.com
Salta	Paola Russo	pao_ru@hotmail.com
	Flavio Miranda	
Santiago del Estero	Natalia Nieva (titular)	natynieva@hotmail.com
	Julia Morante (suplente)	morantejuliasgo@hotmail.com
Catamarca	Guillermo Martinez (titular)	guillermo_r_martinez@hotmail.com
	Evangelina Melnik (suplente)	evmik@hotmail.com
Córdoba	Mariana Acevedo (titular)	maracv75@yahoo.com.ar
	Andrea Perez	andreaperezagostini@hotmail.com
Corrientes	Germán Pagno (titular)	germanpagno@hotmail.com
Buenos Aires	Alejandro Mauro (titular)	alejandro.mauro@medfam.org.ar
	Cecilia Chocobar (suplente)	cecichoco@yahoo.es
Mendoza	David Santoni (titular)	david_santoni@ciudad.com.ar
	Marcelo Romero (suplente)	marceloromero-md@hotmail.com
Santa Fe	Ariel González (titular)	arigonzalez068@hotmail.com

Réquiem para "El carpo"

Sumergidos en el pensamiento que nuestro trabajo es exclusivo resultado de la ciencia empírica, reforzado por el pospositivismo que el nuevo orden mundial impone, junto a las lecturas poco profundas de lo que es la Medicina Basada en pruebas y sus límites, el tema de los COX2 dejaron de ser un tema de la ciencia, si es que alguna vez lo fueron, para pasar a mostrar que la corrupción no es un patrimonio de los argentinos (en referencia al encuentro entre los consultores de la FDA y los laboratorios MSD y Pfizer, dónde al menos 10 de los representantes de la FDA eran empleados de éstas empresas y el representante de las fuerzas armadas opinó que estos medicamentos eran "importantes para la guerra contra el terrorismo" sin tener en cuenta que los mismos triplican el riesgo cardiovascular).

La república Cromagnon, se llevó la muerte de 193 personas, tantos como la Embajada de Israel y la AMIA, juntos; y con quien comparte el denominador común de la corrupción y el encubrimiento. Esto si fue tema de tapa en enero de todos los diarios argentinos, y el Tsunami (tema de tapa en todo el mundo), quedó fuera de nuestra visión, al igual que el Yectafer –para alegría de Astra Zeneca-.

Hace años, en un ateneo, un residente presentaba un paciente de 25 años, que vivía con sus padres, usaba pelo largo, y se fumaba un porro (uno sólo) los fines de semana y que había consultado no recuerdo ya porqué, pero era algo banal. Suficientes datos para que se le indicara un pedido de VIH por ser factor de riesgo. Ese ateneo ponía en evidencia los prejuicios con que nos manejamos, en aquel caso puntual más cercano al del pensamiento policial, el aggiornamiento de un pensamiento lombrosiano - quien se mantiene intacta en sus pensamientos represivos, y de corrupción, herencia de la Dictadura militar -. Si hubiera atendido a un *skin-head* vernáculo quizas también le habría pedido un VIH, sin tener en cuenta que nuestros skin-heads tienen un pensamiento nazifascista y que odian a los adictos, y si se pelean con la policía es solo porque piensan que los "ratis" son blandos.

Otras tribus urbanas como estas son dueñas de la noche, y enero encontró a Buenos Aires con sus discos cerradas, y los góticos juntandose en la esquina de los lugares que suelen frecuentar, más de un punk perdido, los chetos en Cariló y por fin, después de la crisis, pudiendo visitar el Este – por Punta del Este-,



la "grasada" volviendo a Mar del Plata, y así cada cual en los territorios que ocupan, con sus lenguajes y subculturas, a las que poca atención prestamos pero que debieran formar parte del aprendizaje del modelo biopsicosocial que tanto declamamos.

Muchos de nosotros fuimos parte de una tribu, y hoy quizás de otras, a muchos la adolescencia con la dictadura militar nos escondió a Sui Generis, Vivencia, Vox Dei, y más de uno lloró el día que John Lennon fue asesinado, comenzaban los 80. La dictadura en una guerra que buscó para ganar mas tiempo, nos llenó de ilusiones y patrioterismo, cuando 3 días antes nos había reprimido en la misma plaza de mayo. Y fue en ese Abril del 82 que más de uno descubrió el fenómeno del rock nacional, un fenómeno que ya databa de mediados de los 60, con los Gatos, Manal, Tanguito, y la entonces nueva trova rosarina, con Fito y Baglietto. Instaurada la democracia y asimilado socialmente el rock nacional, aparecieron grupos que tampoco eran nuevos. El fenómeno de los Redonditos, nacido en La Plata, los ricoteros y todas sus bandas, Virus y toda su sensualidad, y un pelado paisano de Hurlingham que apenas hablaba un castellano mezclado con acento italiano y mucho inglés (Luca Prodan, con Sumo), etc.

Pero estos movimientos culturales-musicales no son solo exclusivos del rock, la Mona Jimenez en Córdoba, el mismo Rodrigo quien corrió el destino de todos aquellos que tienen éxito y mueren jóvenes - el de ser considerado casi santos - , al igual que Gilda. Redescubrimos el tango, y nuestra pasión por él, y miles de jóvenes hoy vuelven a bailar tango y revisar los discos de sus abuelos. E incluso el Jazz. Así como los nuevos grupos nacidos como resistencia al modelo social neoliberal, desde la Bersuit cantando "son todos narcos..." hasta los Pibes Chorros, y aún el fenómeno de los mismos Callejeros.

El hecho aparentemente limitado al ámbito de la música y sus gustos sería un error tratarlos con ligereza, ya que esas canciones y grupos generan y convocan subculturas, expresan sentimientos de la gente, son la voz y la musica de aquellos que no tienen voz. Y es por eso que se expresa más en adolescentes - que no tienen voz - y en el espacio de adolescencia que todavía más de uno guarda dentro de sí. Seguramente mi vida hubiera sido mas dura sin Lennon y Charly, o Fito y León Gieco, ellos son parte de mi historia, y la de muchos.

Este tema es poco estudiado por los médicos – aunque sí por sociólogos-, que música escuchan, el por qué, qué valor tiene en sus vidas, etc... saber eso como si profesa una religión, son datos culturales que nos ayudarían mucho en conocer más cosas sobre nuestros pacientes (como el rechazo de los testigos de Jehová a las transfusiones, las ideas de los Adventistas con relación al tabaco y la alimentación, los reparos de católicos practicantes a la imposición de la ley sexual y reproductiva, la comida Kosher en algunos judíos, etc.). Como anécdota Buenos Aires tiene dos o tres McDonalds Kosher, tantos como Tel Aviv.

Y así, entre tango y rock and roll la noche de Buenos Aires se define, en nuestro amor por Serrat, Sabina o Serrano, quienes nos devuelven en sus canciones pedazos de nuestra historia.

La música y el hombre son un complejo entramado, un lazo que va más allá del entendimiento racional, cómo no entendieron los "Aliados" los estrechos vínculos entre Wagner y Hitler. Millones de personas fueron asesinadas bajo el sonido de la musica de Wagner, que servía a su vez para acallar los gritos. ¿Complejo no? Quien guste del cine, en particular de algún género, habrá visto Blade Runner, o Brazil. El arte expresa al futuro como ominoso. El arte suele preceder a los cambios sociales y políticos, ya sea reforzándolos o denunciándolos.

No es sólo estética, sino también ideología y cultura. Como Aldous Huxley en 1984 y Un mundo feliz (http://www.nodo50.org/ekintza/article.php3?id_article=67). Y en la tarde del 20 de Diciembre de 2001, la tribu de los motoqueros recorrían el microcentro de Buenos Aires, peleando con la policía, entregando vidas también, en ese día trágico donde la Argentina colapsó.

¿Y todo esto a qué viene?

En primer lugar, a enfatizar el valor de las culturas y los determinantes sociales de la salud, y el lugar preferencial que debiera tener el conocimiento de ésta diversidad de valores culturales. Un punto que debiera ser mejor investigado porque define modos de vida, y por ende, las formas de vivir y morir. Y en segundo lugar porque siento que a más de uno le falta tango y rock and roll, o si se quiere cuarteto y rock and roll, lo que sea, según donde esté.

Y cómo dejamos pasar por alto a Cromagnon, no sería justo dejar de recordar a alguien que, aunque muerto anteanoche, seguirá reflejando los sentimientos de mucha gente. Norberto Napolitano, Papo, el Carpo, el mejor guitarrista argentino, el que tocó con BB King, el que defendió a la familia cantando "nadie se atreva, a tocar a mi vieja", el tipo rudo y motoquero, sucio y a contrapelo de las corrientes mas importantes del rock argentino, trasgresor y que con casi 55 años, todavía tomaba la leche en la casa de su madre. Quizás como él dijo el Che, "hay que endurecerse, pero sin perder la ternura, jamás". Quizás él también entendió que "no hay merienda si no hay capitán", como Fito homenajeó a quienes nos entregó momentos de alegría, en este caso el Capitán Piluso, y que con diferentes estilos nos reflejaba como sociedad, tal cual lo hacía Tato Bores durante tantos años. León Gieco nos dice que "la cultura es la sonrisa" y Quilapayún afirma en una canción que "busco mi país donde los hombres, se asignen el deber de la sonrisa". Destino que no parece ser menor.

Quizás explique porque tanta gente lo llora hoy, rockeros con trenzas canosas o pibes de 15 años y todos los motoqueros, que encontraron en su música algo mas que estética, encontraron sentido de pertenencia, de identidad, valores necesarios en las grandes ciudades como esta Buenos Aires, que han dejado ser el espacio de integración que prometían, y donde la sensación de inseguridad se adueñó de todos. Como en todas las grandes ciudades del mundo. Como fue dicho antes, el arte suele anticipar o denunciar al sistema, en 1996 Pappo – quizas de tanto ver Blade Runner – escribió

"Pantalla del Mundo Nuevo", y eso que aún no había conocido a George W. Bush. "El carpo" sólo se fue un rato, quizás a tocar blues en un cielo que también lo necesita, es una pena, será extraño pensar que no está, porque todavía necesitamos de su cuota de tango y rock & roll en esta "Reina del Plata".

La ciudad del mundo nuevo
duerme su sueño de paz

Ve la vida en un video
y se le va la vida al creer

Megáfonos recomiendan use máscaras de gas
hay oxigeno vencido en esta farsa de la paz

Humanoides disidentes viven la alerta total
y heroicos sobrevivientes darán el golpe final

Variado de novedades tambalea el mundo nuevo
y hay un hambre de verdades que se fueron de paseo

Hay hordas de chicos malos con sus camperas de cuero
y metales brillan al sol, provocan el mundo nuevo

La pantalla me lo cuenta con mi desayuno,
y es probable que no quede ninguno

El desierto los protege y les presta libertad
Les da locura el viento en su furioso andar

La ciudad ultramoderna se despierta una vez más
No sabe que está sitiada y ya no sobrevivirá

La rodean nuevos seres de dureza incomprensible
y negocian en una mesa sus aventuras horribles

Hay brillo en ojos malignos aguardando la señal
e inventaron nuevos signos para las huestes del mal

Hay rehenes voluntarios en el asiento de atrás
y hay profetas visionarios para los que seremos más

Te deseo mucha suerte, ser humano del pasado
el cambio será fatal y tu mundo nuevo, usado.
1996.

Rubén Roa.
16 Febrero de 2005.

VYTORIN® 10/10
10 mg ezetimiba / 10 mg simvastatin
VYTORIN® 10/20
10 mg ezetimiba / 20 mg simvastatin
VYTORIN® 10/40
10 mg ezetimiba / 40 mg simvastatin
VYTORIN® 10/80
10 mg ezetimiba / 80 mg simvastatin

Comprimidos

CLASE TERAPEUTICA
VYTORIN® (ezetimiba / simvastatin) es un producto reductor de los lípidos que inhibe selectivamente la absorción intestinal del colesterol y los fitosteroles relacionados, como así también la síntesis endógena de colesterol.

INGREDIENTES ACTIVOS
VYTORIN® se encuentra disponible para uso oral en forma de comprimidos de 10 mg de ezetimiba y 10 mg de simvastatin (VYTORIN® 10/10), 10 mg de ezetimiba y 20 mg de simvastatin (VYTORIN® 10/20), 10 mg de ezetimiba y 40 mg de simvastatin (VYTORIN® 10/40) y 10 mg de ezetimiba y 80 mg de simvastatin (VYTORIN® 10/80).

INDICACIONES
Hipercolesterolemia Primaria
VYTORIN® está indicado como tratamiento asociado a la dieta para reducir el colesterol total elevado (C-total), el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL), la apolipoproteína B (Apo B), los triglicéridos (TG), y el colesterol de lipoproteínas de no alta densidad (C no HDL), y para incrementar el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (C-HDL) en pacientes con hipercolesterolemia primaria (heterocigota familiar y no familiar) o con hiperlipidemia mixta.

Hipercolesterolemia Familiar Homocigota (HFH)
VYTORIN® está indicado para reducir los niveles elevados de colesterol total y C-LDL en pacientes con HFH. Los pacientes también pueden recibir tratamientos adyuvantes (por ejemplo, aféresis de LDL).

POSOLOGIA Y ADMINISTRACION
Se debe indicar al paciente una dieta hipolipemiante estándar antes de recibir VYTORIN®, la que debería mantenerse durante el tratamiento con VYTORIN®. La dosis debe ser individualizada de acuerdo al nivel de C-LDL basal, la meta de tratamiento recomendada y la respuesta del paciente. VYTORIN® debe administrarse en una dosis diaria única por la noche, con o sin alimentos. El rango posológico es de 10/10 mg/día a 10/80 mg/día. La dosis inicial usual recomendada es de 10/20 mg/día. Puede considerarse el inicio del tratamiento con 10/10 mg/día en los pacientes que requieren reducciones menos agresivas del C-LDL. Los pacientes en los que sea necesaria una reducción mayor del C-LDL (mayor del 55%) pueden comenzar el tratamiento con 10/40 mg/día. Al cabo de seis o más semanas de escalar la administración o efectuado la titulación de VYTORIN®, se pueden corroborar los niveles de lípidos y ajustar la posología, de ser necesario.

Posología en pacientes con Hipercolesterolemia Familiar Homocigota:
La dosis de VYTORIN® recomendada en pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigota es de 10/40 mg/día o 10/80 mg/día, por la noche. En estos pacientes, VYTORIN® debe utilizarse como terapia adyuvante de otros tratamientos reductores de lípidos (por ejemplo, aféresis de LDL), o si dichos tratamientos no se encuentran disponibles.

Uso en pacientes de edad avanzada:
No se requiere realizar ajustes de la dosis en los pacientes de edad avanzada.
Uso en pacientes pediátricos:
El tratamiento con VYTORIN® no está recomendado.

Uso en pacientes con insuficiencia hepática:
En los pacientes con insuficiencia hepática leve (puntaje de Child Pugh de 5 o 6), no se requiere un ajuste de la dosis. El tratamiento con VYTORIN® no se recomienda en los pacientes con disfunción hepática moderada (puntaje de Child Pugh de 7 a 9) o grave (puntaje de Child Pugh >9) (ver PRECAUCIONES).

Uso en pacientes con insuficiencia renal:
En los pacientes con insuficiencia renal moderada no se requieren ajustes de la posología. Si se considera absolutamente necesario iniciar el tratamiento en pacientes con insuficiencia renal grave (clearance de creatinina < 30 ml/min), las dosis superiores a 10/10 mg/día deben implementarse con precaución.

Administración concomitante con otros medicamentos:
VYTORIN® debe administrarse dos o más horas antes, o cuatro o más horas después de la administración de un secuestrante de ácidos biliares.
En los pacientes que reciben ciclosporina, danazol o una dosis ≥ 1 g/día de niacina concomitantemente con VYTORIN®, la dosis de VYTORIN® no debe exceder de 10/10 mg/día (ver PRECAUCIONES: Miopatía / Rabdomiolisis e Interacciones farmacológicas).
CONTRAINDICACIONES
- Hipersensibilidad a los principios activos o a cualquiera de los componentes del producto.
- Enfermedad hepática activa o elevaciones persistentes inexplicadas de las transaminasas séricas.
- Embarazo y lactancia (ver Uso durante el embarazo / Uso durante la lactancia).

PRECAUCIONES
Miopatía / Rabdomiolisis: Tal como sucede con otros inhibidores de la HMG-CoA reductasa, simvastatin ocasionalmente puede provocar miopatía, la cual se manifiesta por dolor muscular, sensibilidad o debilidad con niveles de creatinquinasa (CK) por encima de 10 veces el límite superior normal (LSN). La miopatía a menos forma la forma de rabdomiolisis con o sin insuficiencia renal aguda secundaria a mioglobinuria, y ocasionalmente han producido casos fatales. El riesgo de miopatía aumenta en presencia de niveles elevados de actividad intrínseca de la HMG-CoA reductasa en plasma.
- Dado que VYTORIN® contiene simvastatin, el riesgo de miopatía / rabdomiolisis se ve incrementado por el uso concomitante de VYTORIN® con los siguientes agentes:
Inhibidores potentes de *CYP3A4* - por ejemplo, itraconazol, ketoconazol,
eritromicina, claritromicina, telitromicina, inhibidores de la proteasa del HIV, o nefazodona, particularmente con dosis altas de VYTORIN® (ver Interacciones farmacológicas).
Otros fibratos.
Gemfibrozil y otros fibratos, o niveles desde 1 g/día de niacina, particularmente con dosis altas de VYTORIN® (ver Interacciones farmacológicas).
Ciclosporina o danazol particularmente con dosis altas de VYTORIN® (ver Interacciones farmacológicas).
Amiodarona o verapamilo con dosis altas de VYTORIN® (ver Interacciones farmacológicas). En un estudio clínico en curso se informó incluso en el 6% de los pacientes que recibían simvastatin 80 mg y amiodarona.
Diltiazem: Los pacientes tratados con diltiazem tuvieron concomitantemente VYTORIN® 10/80 mg, presentan un leve incremento en el riesgo de miopatía. En los estudios clínicos, el riesgo de miopatía en los pacientes que recibían simvastatin 40 mg con diltiazem fue similar al de los pacientes que recibían simvastatin 40 mg sin diltiazem (ver Interacciones farmacológicas).
- El riesgo de miopatía / rabdomiolisis está incrementado con la dosis de simvastatin. La incidencia en los estudios clínicos, en los que un miembro colaboraron a los pacientes y se excluyeron varios drogas interactuantes, fue de aproximadamente 0.02% con 20 mg, 0.08% con 40 mg, y 0.4% con 80 mg.

Por consiguiente:
1. Se debe evitar el uso de VYTORIN® en tanto concomitante con inhibidores potentes de *CYP3A4* (por ejemplo, itraconazol, ketoconazol, eritromicina, claritromicina, telitromicina, inhibidores de la proteasa del HIV o nefazodona). Si el tratamiento con itraconazol, ketoconazol, eritromicina, claritromicina o telitromicina es inevitable, debe suspenderse la administración de VYTORIN® durante el curso del tratamiento. Se debe evitar el uso concomitante con otros medicamentos identificados como inhibidores potentes de *CYP3A4* a dosis terapéuticas, a menos que los beneficios de la terapia combinada justifiquen el aumento del riesgo.
2. Cuando simvastatin se utiliza en combinación con gemfibrozil u otros fibratos, sobre un incremento en el riesgo de miopatía, aun en el establecido de seguridad y eficacia de estas/estos administrados combinados. Por lo tanto, se debe evitar el uso concomitante de VYTORIN® con fibratos (ver Interacciones farmacológicas).
3. La dosis de VYTORIN® no debe exceder de 10/10 mg diarios en los pacientes que reciben tratamiento concomitante con ciclosporina, danazol o una dosis ≥ 1 g/día de niacina. Los beneficios del uso de VYTORIN® en los pacientes que reciben ciclosporina, danazol o niacina se deben sopesar cuidadosamente en relación a los riesgos de estas combinaciones medicamentosas, **y se debe tener precaución cuando se inicia la administración de VYTORIN® durante un tratamiento con ciclosporina (ver Interacciones farmacológicas).**
4. La dosis de VYTORIN® no debe exceder de 10/20 mg diarios en los pacientes que reciben tratamiento concomitante con amiodarona o verapamilo. Se debe evitar el uso combinado de VYTORIN® en dosis superiores a 10/20 mg diarios con amiodarona o verapamilo, a menos que el beneficio clínico probable justifique el mayor riesgo de miopatía.
5. Se debe advertir a todos los pacientes que inicien tratamiento con VYTORIN®, o a aquellos en los que se aumenta la dosis del producto, acerca del riesgo de padecer una miopatía, e indicarles que comuniquen de inmediato cualquier dolor, sensibilidad, o debilidad muscular inexplicados. Si se diagnostica o se sospecha la existencia de miopatía, el tratamiento con VYTORIN® debe discontinuarse de inmediato. La presencia de los síntomas mencionados, y/o un nivel de creatinquinasa (CK) > 10 veces el límite superior normal indica miopatía. En la mayoría de los casos, cuando los pacientes discontinuaron de inmediato el tratamiento con simvastatin, los síntomas musculares y los tratamientos de la CK se resolvieron. En los pacientes que eligen reiniciar el tratamiento con VYTORIN® o en los que no aumenta la dosis del producto, se puede tener a cabo controles preventivos periódicos de CK, sin embargo, no hay garantías de que estos controles protegerán la miopatía.
6. Muchos de los pacientes que desarrollaron rabdomiolisis durante el tratamiento con simvastatin presentaban cuadros clínicos complicados, incluyendo insuficiencia renal, generalmente como consecuencia de una rabdomiolisis de larga data. Los usuarios de estos que reciben VYTORIN® deben ser cuidadosamente vigilados. El tratamiento con VYTORIN® debe suspenderse temporalmente durante unos pocos días antes de efectuar una cirugía mayor programada, y cuando las pruebas o cualquier condición médica o quirúrgica se relacionada.

Cirrosis hepática
En los ensayos controlados de usuarios extensivos, en los pacientes que recibían simvastatin con aparición de elevaciones persistentes asintomáticas de las transaminasas (1 ó veces el LSN) (ver **EFECTOS COLATERALES**). Se recomienda realizar pruebas de función hepática antes de iniciar el tratamiento con VYTORIN® y de allí en adelante, cuando resulte clínicamente indicado. Los pacientes que recibían titulada hasta 10/80 mg deben someterse a un análisis adicional antes de la titulación, a los 3 meses de haber aumentado la dosis hasta 10/80 mg, y periódicamente (por ejemplo, semestralmente, por ejemplo, cada seis meses) durante el primer año de tratamiento. Se debe prestar especial atención a los pacientes que desarrollan niveles elevados de transaminasas séricas. En dichos pacientes se debe repetir las mediciones, y luego realizarlas con mayor frecuencia. Si los niveles de transaminasas muestran evidencias de progresión, particularmente si se elevan 3 veces el LSN y persisten, se debe discontinuar el medicamento.
VYTORIN® debe utilizarse con precaución en los pacientes que consumen cantidades sustanciales de alcohol y/o cuentan con antecedentes de enfermedad hepática. Las patologías hepáticas activas o las elevaciones de transaminasas persistentes e inexplicadas constituyen contraindicaciones para el uso de VYTORIN®.

Insuficiencia hepática
Debido a que no se conocen los efectos del aumento de la exposición a vytorin® en los pacientes con insuficiencia hepática moderada o severa, no se recomienda el empleo de VYTORIN® en estos pacientes.

Fibratos
No se ha establecido la seguridad y eficacia de esta/este administrada con fibratos, por lo tanto, no se recomienda la administración concomitante de VYTORIN® y fibratos (ver Interacciones farmacológicas).

EMBARAZO
La drogas/fármacos es un anabolizante crónico, y comúnmente la discontinuación de las drogas hipolipemiantes durante el embarazo debería tener un impacto mínimo sobre el riesgo a largo plazo asociado con la hipercolesterolemia crónica.
VYTORIN®
VYTORIN® está contraindicado durante el embarazo.
Simvastatin:
No se ha establecido la seguridad de simvastatin en mujeres embarazadas. No se han llevado a cabo ensayos clínicos controlados con simvastatin en mujeres durante la gestación. Luego de la ingestión ininterrumpida o intermitente de la HMG CoA reductasa, en ratas, conejos y en perros, se informaron anormalidades en embriones congénitas. Sin embargo, en un análisis de aproximadamente 200 embarazos expuestos durante el primer trimestre a simvastatin o a otro inhibidor de la HMG CoA reductasa (administrados relativamente con alta), bajo seguimiento se realizó en forma prospectiva, la incidencia de anomalías congénitas fue comparable a la observada en la población general. Este cantidad de embarazos resultó estadísticamente suficiente como para excluir un incremento de 2.5 veces o inferior en el riesgo de anomalías congénitas con respecto a la frecuencia previa disponible. Si bien no existe una evidencia que sea que la incidencia de anomalías congénitas en los hijos de madres que tomaron simvastatin u otro inhibidor de la HMG CoA reductasa extraordinariamente relacionado con ella difiere de la observada en la población general, el tratamiento materno con simvastatin puede reducir los niveles fetales de mevalonato, un precursor de la biosíntesis de colesterol. Por último, VYTORIN® no debe utilizarse en mujeres embarazadas, en mujeres que traten de quedar embarazadas o en las que se sospecha un embarazo. El tratamiento con VYTORIN® debe suspenderse durante todo el curso del embarazo o hasta que se haya determinado que lo mejor no está embarazada (ver **CONTRAINDICACIONES**).

Ezetimiba
No se dispone de ningún dato sobre el uso de la exposición a ezetimiba durante la gestación.
Estudio ezetimiba se administra en combinación con simvastatin, no se observaron efectos teratogénicos en los estudios de desarrollo embrionario realizados en ratas y gestantes. En conejos preñadas, se observó una baja incidencia de malformaciones esqueléticas.

LACTANCIA
Los estudios realizados en ratas demostraron que ezetimiba se excreta en la leche. Se desconoce si los componentes activos de VYTORIN® se excretan en la leche materna; por lo tanto, VYTORIN® no debe administrarse a las mujeres durante la lactancia.

Interacciones farmacológicas
VYTORIN®:
Cuando ezetimiba se administra concomitantemente con simvastatin, no se observó ninguna interacción farmacocinética clínicamente significativa. VYTORIN® es biodisponible si se administra concomitantemente con cimetidina y circunstan.

Interacciones con CYP3A4:
En los estudios preclínicos en los demostrado que ezetimiba no induce la actividad de las enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P450. No se han observado interacciones farmacocinéticas clínicamente significativas entre ezetimiba y los drugs que se sabe que son metabolizadas a través de las citocromo P450 1A2, 2D6, 2C8, 2C9, y 3A4, o N-acetil transferasa. Simvastatin se metabolizado por la *CYP3A4*, pero no tiene actividad inhibidora sobre dicha enzima, por lo tanto, no cabe esperar que afecte las concentraciones plasmáticas de otras drogas que son metabolizadas por la *CYP3A4*. Los inhibidores potentes de *CYP3A4* (ver más abajo) aumentan el riesgo de miopatía al disminuir la eliminación del simvastatin, componente de VYTORIN®.
(ver PRECAUCIONES, Miopatía / Rabdomiolisis)
Itraconazol
Ketoconazol
Eritromicina
Claritromicina
Telitromicina
Inhibidores de la proteasa del HIV
Nefazodona
Interacciones con drogas hipolipemiantes que pueden provocar miopatía cuando se las administra solas:
El riesgo de miopatía también se ve incrementado por las siguientes drogas hipolipemiantes que no son inhibidores potentes de *CYP3A4*, pero que pueden provocar miopatía cuando se las administra solas
(ver PRECAUCIONES, Miopatía / Rabdomiolisis)
Gemfibrozil
Otros fibratos
Niacina (ácido nicotínico) (1 g/día)
Otras interacciones farmacológicas:
Ciclosporina o Danazol: El riesgo de miopatía/rabdomiolisis aumenta con la administración concomitante de ciclosporina o danazol, particularmente con dosis altas de VYTORIN® (ver PRECAUCIONES, Miopatía/Rabdomiolisis).
Amiodarona o Verapamilo: El riesgo de miopatía / rabdomiolisis se incrementa con la administración concomitante de amiodarona o verapamilo con dosis altas de VYTORIN® (ver PRECAUCIONES, Miopatía / Rabdomiolisis).
Colestiramina: La administración concomitante de colestiramina disminuyó el ABC promedio de ezetimiba total (ezetimiba y glucurónido de ezetimiba) aproximadamente un 55%. La reducción adicional del C-LDL derivada de agregar VYTORIN® a la colestiramina, puede verse disminuida por esta interacción.
Diltiazem: Los pacientes tratados con diltiazem concluían concomitantemente VYTORIN® 10/80 mg presentan un riesgo levemente mayor de sufrir miopatía (ver PRECAUCIONES, Miopatía / Rabdomiolisis).
Fibratos: La administración concomitante de fenofibrato o gemfibrozil aumentó los concentraciones de ezetimiba total aproximadamente 1,5 y 1,7 veces, respectivamente, sin embargo, estas interacciones no se consideran clínicamente significativas. No se ha establecido aún la seguridad y efectividad de VYTORIN® administrado con fibratos. Los fibratos pueden aumentar la excreción de colesterol en la bilis, dando lugar a colelitiasis. En un estudio preclínico en perros, ezetimiba incrementó el colesterol en la bilis vesicular. Si bien se desconoce si este hallazgo preclínico es aplicable a los humanos, no se recomienda la administración combinada de VYTORIN® con fibratos hasta que se estudie su uso en pacientes.
Otras interacciones:
El jugo de pomelo contiene uno o dos componentes que inhiben la *CYP3A4* y pueden incrementar los niveles plasmáticos de las drogas metabolizadas por *CYP3A4*. El efecto no consume habitual con cosa diaria de 200 ml o en relación (7.5% de incremento de la actividad inhibidora en la HMG-CoA reductasa en promedio, medida a través de una baja en la curva de concentración-tiempo) y sin relevancia clínica. Sin embargo, el consumo de grandes cantidades (más de 1 litro diario) durante significativamente los niveles de actividad inhibidora de la HMG-CoA reductasa en plasma durante el tratamiento con simvastatin, y debe evitarse mientras dure el tratamiento con VYTORIN® (ver **PRECAUCIONES, Miopatía / Rabdomiolisis**).
Derivados cumarínicos:
En dos estudios clínicos, uno un estudio de ronda y el otro en pacientes hipercolesterolémicos, simvastatin en dosis de 20-40 mg/día potenció ligeramente el efecto de los anticoagulantes cumarínicos: el tiempo de protrombina, informado como Relación Internacional Normalizada (INR), aumentó desde un nivel basal de 1,7 a 1,8 y de 2,6 a 3,4 en los estudios realizados en voluntarios y en pacientes, respectivamente. En los pacientes que reciben anticoagulantes cumarínicos, el tiempo de protrombina debe determinarse antes de comenzar con la administración de VYTORIN®, y lo suficientemente frecuente durante la etapa temprana del tratamiento para garantizar que no se produzca una alteración significativa del mismo. Una vez que se ha documentado un tiempo de protrombina estable, los tiempos de protrombina se pueden controlar a los intervalos usualmente recomendados para los pacientes en tratamiento con anticoagulantes cumarínicos. Si la dosis de VYTORIN® se modifica o se discontinúa, la terapia debe repetirse el mismo procedimiento. El tratamiento con simvastatin no estuvo asociado con sangrados. En vez contrario, en el ínterin de prolongación en los pacientes que no reciben anticoagulantes.
Antiácidos: La administración concomitante de antiácidos disminuyó la tasa de absorción de ezetimiba pero no tuvo efecto sobre la biodisponibilidad de la droga. Esta disminución de la tasa de absorción no se considera clínicamente significativa.
Digitálicos: En un estudio en sano pacientes post-transplante renal con C-H clearance de creatinina > 80 ml/min), que recibían una dosis estable de digitálicos, una dosis única de 10 mg de ezetimiba elevaron un incremento de 3,4 veces (rango 2,3 a 7,8 veces) en el ABC promedio de ezetimiba total comparado con una población sana de control de otro estudio (n=17). En un estudio diferente, un paciente transplantado renal con insuficiencia renal severa (clearance de creatinina de 13,2 ml/min/1,73m2) que recibía múltiples medicamentos, incluyendo digitálicos, demostró una exposición 12 veces mayor al ezetimiba total en comparación con los sanos.
EFECTOS COLATERALES
Se evaluó la seguridad de VYTORIN® (o la administración concomitante de ezetimiba y simvastatin equivalente a VYTORIN®) en más de 5.800 pacientes en ensayos clínicos. VYTORIN® por lo general fue bien tolerado. En los estudios comerciales con placebo, los efectos adversos se informaron los siguientes reacciones adversas comunes (≥1/100, <1/10) relacionadas con la droga, en los pacientes que recibían VYTORIN® y el 3%).
Trastornos gastrointestinales: Salivación.
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo: mialgia.
Trastornos del sistema nervioso: cefalea.
Eventos adversos adicionales generalmente informados con ezetimiba durante el estudio clínicos. Reacciones gastrointestinales: dolor abdominal, diarrea. Trastornos generales y condiciones del sitio de administración: fatiga. Durante el uso post comercialización se comunicaron los siguientes efectos adversos: Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: reacciones de hipersensibilidad incluyendo erupción cutánea (raro) (≥ 1/10.000, <1/1.000) e angioedema (muy raro) (< 1/10.000). Trastornos gastrointestinales: síntomas hepáticos (muy raro). Eventos adversos adicionales reportados comunicados con simvastatin durante los estudios clínicos y/o con post-comercialización: Trastornos del sistema hemático y linfático: anemia. Trastornos gastrointestinales: dolor abdominal, constipación, diarrea, dispepsia, náuseas, vómitos, pancreatitis. Trastornos generales y condiciones del sitio de administración: astenia. Trastornos hepáticos y biliares: hepatitis, ictericia. Trastornos musculoesqueléticos, del tejido conectivo y óseos: calambres musculares, miopatía, rabdomiolisis (ver **PRECAUCIONES**). Trastornos del sistema nervioso: mareos, parestesia, somnolencia, neuropatía periférica. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: alopecia, prurito, erupción cutánea. En estas oportunidades se informó un síndrome de hipersensibilidad asociado que incluyó algunas de las siguientes características: angioedema, síndrome de tipo lupus, polimialgia reumática, vasculitis, hombre/eosinofilia, eritema, sensibilidad de la articulación/artralgia, artritis y artritis, urticaria, hipersensibilidad, fiebre, sofocación, disnea y malestar.
Valores de laboratorio
En los ensayos clínicos controlados de coadministración, la frecuencia de elevaciones clínicamente importantes de las transaminasas séricas (ALT y/o AST 1,5 el LSN, consecutivos) fue del 1,7% en los pacientes tratados con VYTORIN®. Estas elevaciones por lo general fueron asintomáticas, no estuvieron asociadas con colestasis, y generaron, a los niveles basales tanto después de la interrupción del tratamiento como con la continuación del mismo (ver **PRECAUCIONES**).
Se observaron elevaciones clínicamente importantes de la creatinquinasa (1% en 1.236 en 0,2% de los pacientes tratados con VYTORIN®.

SOBREDOSIS
VYTORIN®:
No se puede recomendar un tratamiento específico para la sobredosis con VYTORIN®. En caso de sobredosis deben adoptarse medidas sintomáticas y de soporte. En los estudios de toxicidad oral aguda en ratones y ratas, la administración concomitante de ezetimiba (1.000 mg/kg) y simvastatin (1.000 mg/kg) fue bien tolerada. No se observaron signos clínicos de toxicidad en estos animales. La dosis letal 50 (DL50) oral estimada para ambos ingredientes fue superior a 1.000 mg/kg / simvastatin 1.000 mg/kg.
Ezetimiba:
En los estudios clínicos, la administración de ezetimiba 50 mg/día a 15 individuos sanos durante un período de 14 días, a los 40 mg/día a 18 pacientes con hipercolesterolemia primaria durante un intervalo de 56 días, por lo general fue bien tolerada.
No informaron otros casos de sobredosis. La mayoría no sufrió reacciones adversas. Los efectos adversos informados no fueron graves.
Simvastatin:
Se comunicaron unos pocos casos de sobreadministración; la dosis máxima ingerida fue de 3 g. Todos los pacientes se recuperaron sin secuelas.

CONSERVACION
Conservar a temperaturas inferiores a los 30°C.

PRESENTACIONES:
VYTORIN® 10/10, 10/20, 10/40 y 10/80 mg se presenta en envases polimerizados 14 y 28 comprimidos.