

Epidemiología y Salud

Vol. 1, Nº 1, Mayo 2012

Presentación editorial

Epidemiología y Salud *para la acción*
Dr. Nery Orlando Fures..... Pág. 5

Artículos originales

Estudio Comparativo de las Desigualdades Sociales en la Mortalidad Infantil
en el Área Metropolitana de Buenos Aires – Año 2011..... Pág. 6

Metas de Presión Arterial en Pacientes con Diabetes Tipo 2
Tratados con Insulina..... Pág. 11

Estudio Observacional Prospectivo de las Formas Graves de Enfermedad
Tipo Influenza..... Pág. 14

Aspectos Epidemiológicos de la Población Ambulatoria
en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital General..... Pág. 20

Entrevista

Epidemiología de los Accidentes Ocupacionales en Médicos Residentes..... Pág. 25

Red Científica Iberoamericana (RedCIbe)

Algunas Reflexiones sobre las Desigualdades Sociales..... Pág. 27

El Equipo de Salud también Debe Prestar Atención
a los Cuidadores de Enfermos Terminales..... Pág. 29

Noticias para la salud

Atención Primero Embarazadas: Ellas solo tienen que esperar a su bebé..... Pág. 32

Los choques en moto son la principal causa de trauma y muerte joven..... Pág. 32

La Provincia de Buenos Aires consiguió un nuevo descenso récord
de la mortalidad infantil..... Pág. 33

Distribución de información científica en hospitales públicos..... Pág. 33

Congresos.....Pág. 34

Eventos auspiciados por SIIC

Cronograma CICAL 2012

Ella solo debe esperar a su bebé

Dale el lugar que se merece



Cuando le damos prioridad a una embarazada, protegemos no sólo a una mamá sino también al bebé por nacer. Entre todos, podemos lograr que sus consultas, análisis o trámites en los centros de salud se realicen de la forma más rápida y cómoda posible.

Respetemos sus derechos.



Atención primero
Embarazadas

Epidemiología y Salud

Gobernación de la Provincia de Buenos Aires

D. Daniel Osvaldo Scioli
Gobernador

D. Juan Gabriel Mariotto
Vicegobernador

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Ministro de Salud
Dr. Alejandro Collia

Jefe de Gabinete
Dr. Pablo Garrido

Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud
Dr. Sergio Alejandro

Subsecretaría de Planificación de la Salud
Dr. Alejandro Costa

Subsecretaría de Coordinación de Políticas de Salud
Dr. Sergio Del Prete

Subsecretaría de Control Sanitario
Dra. Silvia Caballero

Subsecretaría Administrativa
CPN Gerardo Daniel Pérez

Cuando asumimos el desafío de conducir la salud pública de la Provincia de Buenos Aires, lo hicimos convencidos de la necesidad de articular políticas de salud como proceso de construcción social, donde confluyen distintas miradas, propuestas y abordajes para cada problemática. Por eso, celebro el nacimiento de **Epidemiología y Salud**, una publicación hecha en conjunto con la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), cuyo propósito es el de difundir novedades y experiencias sobre esta temática, con autores de nuestra provincia, el país y el mundo. La idea es facilitarles a todos los trabajadores y profesionales de los sistemas y servicios de salud, algunos hallazgos importantes en epidemiología para apuntalar la gestión y democratizar el conocimiento, compartiendo debates, experiencias, noticias y novedades.

Espero que esta revista pueda transformarse en un espacio de todos y todas en pos de una reflexión que aporte a la transformación de nuestro sistema y al mejoramiento de las condiciones de la salud de nuestra provincia.

Aprovecho la oportunidad para felicitar a los emprendedores de esta iniciativa y agradecer a SIIC por su valioso aporte y experiencia en la difusión de información científica, con esta mirada latinoamericana, rescatando nuestras experiencias y los aportes de nuestros maestros de la salud pública.

Dr. Alejandro Collia
Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Revista

Epidemiología y Salud

Vol. 1, N° 1, Mayo 2012

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

Dirección Científica
Dr. Nery Orlando Fures

Coordinación General
Dra. Yamila Comes

Coordinador del Comité Editorial

Dr. Arnaldo Medina

Comité Editorial (en formación)

Dr. Sergio Alejandre

Dr. Andrés Bernal

Dr. Alejandro Costa

Dr. Sergio Oris Del Prete

Asesores Científicos

Dr. Enrique Vázquez

Dr. José Moya

Comité Científico (en formación)

Dra. Graciela Abriata

Dr. Jorge Chaui

Dr. Ricardo Lopez Santi

Dra. Adriana Moiso

Dr. Luis Quadrelli

Dr. Rubén Trepicchio

Dr. Alejandro Wilner

Las obras de arte de Epidemiología y Salud han sido seleccionadas de SIIC Art Data Bases:

Adolfo Vázquez Rocca, «Escatología de la enfermedad», técnica mixta sobre tela, 2010, pág. 25;
Alejandro Varela, «De alla somos», óleo y collage sobre tela, 2006, p. 27



Rafael Bernal Castro
Presidente

Rosa María Hermitte
Directora

SIIC, Consejo de Dirección:
Edificio Calmer
Avda. Belgrano 430, (C1092AAR),
Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Tel.: +54 11 4342 4901
www.siic.info
fundacion@siic.info

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11723. Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de sus firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin previa autorización por escrito de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).

Epidemiología y Salud *para la acción*



Dr. Nery Orlando Fures

Director Ejecutivo
Región Sanitaria XI
Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires
La Plata, Provincia de Buenos Aires, mayo 2012

Tiene en sus manos el primer número de Epidemiología y Salud. En nombre del equipo que elabora la revista quiero brindarle la más cordial bienvenida a este emprendimiento del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), editorial y agencia de noticias biomédicas de la Argentina que aportará sus 32 años de experiencia en la producción de información especializada. Los principios que nos animan y la trayectoria profesional de SIIC garantizarán el éxito de la publicación para instalarla como material de consulta imprescindible por las instituciones de la salud de la Provincia, la Argentina y América Latina.

¿Por qué la titulamos Epidemiología y Salud? Existen diversas posturas respecto al lugar que ocupa la epidemiología; probablemente la polémica principal duda en torno a su definición como ciencia o método. La intención inicial no es profundizar este debate pero sí destacar que, a lo largo de la historia, en el proceso de construcción de su objeto de estudio, se ha ido entrelazando con la salud pública para dar respuesta a los padecimientos de los pueblos. Desde esta perspectiva entendemos que son campos insustituibles en el abordaje de la práctica diaria de todos los profesionales de los servicios de salud.

Muchos empezamos la carrera en la práctica clínica para luego arribar a la salud pública. Al comenzar el recorrido aprendimos acerca de las enfermedades y las diversas maneras de superarlas. También nos enseñaron que antes que curar se debe prevenir. Sin embargo, fuimos advirtiendo que las herramientas de la práctica clínica eran insuficientes para enfrentar los grandes problemas que inciden en la salud de la población. Quizás resolvíamos los casos pero no los inconvenientes que acarrea la interrelación entre la salud y la enfermedad, cuyos problemas se resuelven con políticas que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos, articuladas con las correspondientes áreas del Estado. Al interpretar la complejidad de la relación antedicha integramos ambas dimensiones en sus propios objetos de estudio. En la literatura biomédica, fundamental para la formación y actualización de los profesionales de la salud, estas pretensiones suelen aparecer fragmentadas. Es decir, en algunas oportunidades lo importante es la enfermedad y en otras la enfermedad y sus factores de riesgo; sin embargo, las condiciones de vida de los *sujetos en riesgo* generalmente no se incluyen de forma integrada.

Entonces, fue así como los desarrollos de la epidemiología crítica o social llamaron nuestra atención. Al observar que en la Argentina son pocos los estudios desde esta perspectiva, nos pareció importante fomentarlos y difundirlos. Para esto decidimos que, en primer lugar, convenía ofrecer un espacio de debate para la epidemiología en general, puesto que al centrarnos en esto contribuiríamos con eficiencia a los procesos de gestión, avanzaríamos en la superación de viejos paradigmas, integraríamos y ahondaríamos al sujeto de nuestro trabajo en el contexto del que constituye una unidad interdependiente.

Los lazos indisolubles entre la epidemiología y el mejoramiento de la salud de nuestro pueblo también consideramos que eran razones fundacionales de esta nueva publicación periódica. Al rescatar nuestra rica historia, destacamos el papel de Ramón Carrillo, Mario Testa, Juan César García, Floreal Ferrara, actores y pensadores de la Argentina que sirvieron a estos fines. Entre los compatriotas de la Patria Grande rendimos homenaje a Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, Pedro Luis Castellanos, Naomar de Almeida Filho, maestros que aportaron sus conocimientos y experiencias al objetivo de lograr salud por igual para todos los habitantes del extenso territorio que nos alberga.

Epidemiología y Salud recuperará trabajos emblemáticos que aún mantienen vigencia y abrirá sus páginas a artículos actuales que contribuyan al perfeccionamiento de nuestro campo de acción, tan viejo como las enfermedades y, como pocos, tan lleno de desafíos.

La revista se conformará con varias secciones. La principal presentará artículos originales, revisiones y entrevistas inéditas elaborados con la rigurosidad científica y editorial sugerida por las convenciones internacionales en la materia. En este número inaugural presentamos el trabajo *Estudio Comparativo de las Desigualdades Sociales en la Mortalidad Infantil en el Área Metropolitana de Buenos Aires—Año 2011*, que pretendemos signifique una contribución a la equidad en salud.

Ésta y las subsiguientes ediciones incluirán también artículos de opinión comprometidos con la epidemiología social y los procesos de gestión, reflejados en informes específicos aportados por efectores de la Provincia de Buenos Aires y el país. Las asesorías científicas de los renombrados médicos epidemiólogos Dr. Enrique Vázquez y Dr. José Moya, representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Bolivia y la República Dominicana, respectivamente, garantizarán la presencia continua y calificada de informes latinoamericanos.

Las instituciones y organismos allegados tendrán la posibilidad de comunicar novedades producidas en sus ámbitos de gobierno, como asimismo promover eventos afines a la formación continua de los profesionales de la salud.

El primer año de Epidemiología y Salud alcanzará los cuatro números (frecuencia trimestral). La intención que nos anima es incrementar progresivamente tanto la cantidad de ediciones por volumen anual como las páginas de sus contenidos.

Quienes participamos en la elaboración de Epidemiología y Salud aspiramos a que sea aprovechada como herramienta de reflexión para la acción. Nos halagará saber que el uso colectivo de la revista contribuirá al fortalecimiento de la epidemiología y la gestión en salud.

Artículos originales

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC invita a renombrados médicos del mundo para que relaten sus investigaciones de manera didáctica y amena.

Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los artículos aseguran documentos de calidad en temas de importancia estratégica.

Estudio Comparativo de las Desigualdades Sociales en la Mortalidad Infantil en el Área Metropolitana de Buenos Aires – Año 2011



Yamila Comes

Psicóloga, Magíster en Salud Pública, Doctora en Psicología, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Nery Orlando Fures

Médico, Universidad Nacional de La Plata; Magíster en Epidemiología, Gestión y Política de Salud, Universidad Nacional de Lanús; Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Salud Pública, FCM, UNLP, Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa,
especialidades médicas
relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de los autores.

Resumen

Introducción: La disminución de las desigualdades e inequidades en salud de toda la población constituye un objetivo primordial de toda política social y de salud. Este estudio tuvo como objetivo analizar las diferencias en la mortalidad infantil del año 2009 dentro del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y comparar las desigualdades sociales existentes entre los dos distritos que la conforman, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y conurbano bonaerense (tres cordones). **Materiales y métodos:** Se trata de un estudio de tipo ecológico donde se aplicaron índices de análisis de desigualdades sociales en salud promovidos por OPS/OMS. Se estratificó a la población según el porcentaje de nacidos vivos con madres que habían alcanzado el nivel secundario incompleto. Se analizaron los datos con herramientas de estadística inferencial y con el software EPIDAT 4.0. **Resultados:** La aplicación de los índices de desigualdades sociales demuestra que existen diferencias entre distritos, entre las que la CABA es la que presenta las mayores desigualdades sociales en cuanto a mortalidad infantil, entre sectores de mejor y peor situación de escolaridad de las madres de los nacidos vivos. **Conclusiones:** Las desigualdades observadas constituyen inequidades de una política social que afecta a niños menores de un año y que es necesario revisar y revertir ya que se trata de los futuros ciudadanos adultos de la Argentina.

Abstract

Introduction: A major objective of any social policy in health is the reduction of inequalities and inequities in health of the whole population. This study aims to analyze the infant mortality rate differences in 2009 within AMBA (metropolitan area of Buenos Aires) and compare any existing social inequalities between both districts, Autonomous City of Buenos Aires (CABA) and Buenos Aires (province). **Materials and methods:** It consists of an ecological study where health social inequality analysis indexes encouraged by the OPS/OMS are applied. The population was stratified according to the percentage of live born infants, whose mothers had not finished their high school education. Such data are analyzed by using inferential statistics tools and through the EPIDAT 4.0 software. **Results:** The implementation of social inequality rates shows that there are differences between both districts, being the city of Buenos Aires the one which shows larger social inequalities in infant mortality between sectors of better or worse education status of live born infants' mothers. **Conclusions:** Inequalities observed are inequities of a social policy affecting children under the age of one year and which should be reviewed and modified because they represent the future adult citizens of Argentina.

Introducción

El área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) es el resultado de un proceso de urbanización de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y sus alrededores, y se consolidó a partir de la radicación de industrias y fuentes de trabajo en dicha zona. La migración desde las provincias y los países limítrofes hicieron que este tejido urbano creciera. Actualmente, está conformado por los tres cordones del conurbano (municipios que circundan a la CABA) y por la CABA. Se trata de un espacio territorial continuo, en el que la circulación de personas, bienes y servicios le

otorga la caracterización de un área integrada en sí misma, aunque territorialmente existan varias divisiones políticas.

En el AMBA reside la población más vulnerable y los principales actores de la economía del país, situación que genera mayor visibilidad de las diferencias sociales en salud. La pobreza se manifiesta con mayor intensidad a medida que los municipios se alejan de la CABA. Sin embargo, dentro de ésta se reproducen idénticas diferencias, con la coexistencia de áreas (comunas) con una concentración económica importantísima y zonas donde la pobreza es similar a las peores del conurbano y aun mayor.

Este trabajo tuvo como objetivo analizar la mortalidad infantil del año 2009 en el AMBA y comparar las desigualdades sociales entre la CABA y el conurbano bonaerense. Asimismo, pretendió analizar estas diferencias, ya que la disminución de la inequidad es un objetivo primordial de toda política social y de salud.

Margareth Whitehead¹ define a las inequidades como diferencias sociales injustas que afectan al nivel de salud de una población o a la accesibilidad a los servicios de salud. Es decir, son diferencias en la posición social que determinan diferencias en el estado de salud de una población. También expresa

Tabla 1. Área Metropolitana Buenos Aires según cordones y Municipios que la conforman.

Primer cordón	Segundo cordón	Tercer cordón
Avellaneda	Almirante Brown	San Vicente
General San Martín	Berazategui	Presidente Perón
Hurlingham	Esteban Echeverría	Marcos Paz
Ituzaingó	Ezeiza	General Rodríguez
José C. Paz	Florencio Varela	Escobar
Lanús	La Matanza	Pilar
Lomas de Zamora	Merlo	
Malvinas Argentinas	Moreno	
Morón	San Fernando	
Quilmes	Tigre	
San Isidro		
San Miguel		
Tres de Febrero		
Vicente López		

Fuente: INDEC, 2010 en www.indec.gov.ar.

que estas diferencias son sistemáticas, es decir, que constituyen patrones que se observan en los diferentes grupos sociales. Por ejemplo, es mundialmente sabido que a mayor pobreza mayor enfermedad y muerte prematura. Aclarar que estas diferencias podría ser evitadas, es decir, si todos accedieran a los mismos niveles de salud, se podrían evitar las desigualdades. Por último, agrega que estas diferencias deben ser innecesarias, es decir, que no existe necesidad en sostenerlas tal como podría existir en las políticas de género.²

Se aclara que la asociación entre desarrollo social y mortalidad infantil no significa causalidad lineal ya que, al ser el desarrollo social un concepto complejo donde intervienen dimensiones económicas, sociales, culturales, del estado de ánimo y de la accesibilidad a bienes sociales, es difícil calcular el aporte de cada uno.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio transversal, de tipo ecológico. Este tipo de estudios tienen la limitación de adjudicar el indicador social promedio a todo un territorio, a pesar que éste podría ser heterogéneo. Sin embargo, poseen la ventaja de tener en cuenta factores sociales de tipo contextual que no pueden ser analizados en los estudios individuales.

Las unidades de análisis fueron definidas para la CABA como cada una de las 15 comunas, mientras que para el área del conurbano bonaerense, fueron cada uno de los treinta partidos que lo componen entre el primero, segundo y tercer cordón. Se considera territorio del AMBA a la CABA más los tres cordones que incluyen los municipios enumerados en la Tabla 1.

Se trabajó con fuentes secundarias obtenidas de Estadísticas Vitales del

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de publicaciones en Internet de la Dirección General de Estadística y Censo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.⁷

La unidad temporal seleccionada fueron los datos de 2009, ya que se requirieron niveles de desagregación impor-

Tabla 2. Tasas de mortalidad infantil para el último quinquenio (2005-2009) según CABA y conurbano bonaerense.

Año	AMBA		Total AMBA
	CABA	Conurbano	
2005	7.8	13.4	12.4
2006	7.9	12.8	11.9
2007	7.9	14	12.9
2008	7.3	12.6	11.6
2009	8.3	12.6	11.8

Fuente: Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Dirección General de Estadística y Censo de la CABA, 2005-2009.

tantes y algunos de 2010 no estaban disponibles.

Se seleccionó un indicador para estratificar a la población en diferentes posiciones socioeconómicas (de las más aventajadas a las menos aventajadas), que fue el de porcentaje de madres de nacidos vivos con hasta secundario incompleto.⁷ La utilización de dicho indicador respondió a la necesidad de homogenizar al máximo posible diferentes grupos sociales. Según describe la bibliografía internacional, es el que más se asocia con la mortalidad infantil.³⁻⁵

Tabla 3. Municipio con nacidos vivos, tasa de mortalidad infantil y porcentaje de hasta secundario incompleto como máximo nivel alcanzado por las madres de los nacidos vivos.

Municipio	Nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil	Hasta secundario incompleto de las madres de los nacidos vivos
Quilmes	11 697	11.3	75.9
General Rodríguez	1 985	10.6	71.0
Marcos Paz	1 152	6.9	65.0
Presidente Perón	1 988	15.6	65.0
Florencio Varela	9 060	12.6	64.9
Almirante Brown	10 285	13.8	64.2
José C, Paz	6 130	12.4	62.7
Merlo	10 101	18.0	62.7
José María Ezeiza	3 361	11.6	62.3
La Matanza	28 217	12.4	61.2
San Vicente	1 286	14.0	60.9
Moreno	9 789	15.1	60.0
Escobar	4 419	13.6	57.6
Esteban Echeverría	5 930	13.5	57.3
Lomas de Zamora	12 649	13.1	56.1
Malvinas Argentinas	6 201	14.4	55.6
Berazategui	5 863	14.4	54.1
San Fernando	3 031	10.3	53.4
Tigre	7 776	12.5	52.8
San Miguel	5 489	13.1	50.3
General San Martín	7 119	9.1	50.1
Pilar	6 201	13.2	50.0
Hurlingham	2 920	15.1	49.5
Lanús	7 505	13.1	49.4
Avellaneda	6 201	13.6	48.1
Tres de Febrero	5 426	10.4	45.1
Ituzaingó	2 552	9.9	39.8
Morón	4 773	10.5	36.4
San Isidro	4 742	8.4	29.5
Vicente López	3 693	5.7	21.7

Fuente: Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2009.

Se trabajó con el universo de casos del AMBA y se aplicaron los siguientes índices de análisis de las desigualdades sociales propuestos por la OPS/OMS.⁶

• **Índice de efecto:** describe, mediante un modelo de regresión, las desigualdades entre todos los grupos de población.

• **Índice relativo de desigualdad:** se basa en el concepto de regresión de la recta y expresa las veces en que la tasa de salud del grupo de peor condición social es mayor que la del grupo de mejor condición social, teniendo en cuenta toda la escala social.

• **Índice de desigualdad de la pendiente:** se basa en regresión y expresa el exceso de la variable de salud entre el peor y el mejor sector social, teniendo en cuenta toda la escala social. Equivale en su interpretación al riesgo atrib

buible que se utiliza como medida de asociación en epidemiología.

• **Curva e índice de concentración:** expresa la forma en que se distribuye la desigualdad en la población, por medio de una gráfica y un índice. No analiza la magnitud de la desigualdad sino que se analiza la concentración o el grado de dispersión que ésta adquiere a lo largo de toda la escala social.

Se utilizó el *software* EPIDAT 4.0 para el análisis estadístico de los datos y la construcción de los índices.⁸

Para tal fin se describió la situación de la mortalidad infantil en el último quinquenio, y se analizaron las diferencias sociales en 2009 por medio de los índices seleccionados.

Resultados

Las tasas de mortalidad infantil en el

AMBA presentan diferencias. Al comparar la CABA con el conurbano (primero, segundo y tercer cordón) se observó que las tasas de la primera se mantuvieron estables, mientras que las del conurbano tuvieron un leve ascenso y luego una mínima caída. Se comprobó que las tasas son más bajas en la CABA y que las del AMBA se mantuvieron bastante estables (Tabla 2).

Al analizar las tasas según el gradiente educativo, se observaron diferencias importantes tanto en la CABA como en el conurbano (Tabla 3). En este último, el municipio con mayor desventaja en la escolaridad de las madres en 2009 fue Quilmes, mientras que el más aventajado fue Vicente López.

Por su parte, en la CABA las diferencias también son notorias. Las comunas más cercanas al Riachuelo y a la zona sur de la ciudad son las que concentran mayor cantidad de madres de nacidos vivos con hasta secundario incompleto, mientras que las de la zona norte son las que acumulan un número menor (Tabla 4).

El análisis de desigualdades sociales presenta diferencias importantes en la mortalidad infantil en los territorios con mayor porcentaje de madres con secundario incompleto o menos. En comparación con el interior de cada distrito (CABA y conurbano), en la CABA se observa que, por cada niño fallecido en una comuna que concentra madres con mejores niveles de escolaridad, fallecen 2.5 niños en la comuna que concentra madres con peores niveles de escolaridad. En el conurbano bonaerense, en comparación, en los territorios de mejor situación educativa de las madres, por cada niño fallecido, muere 1.1 en el sector de peor nivel educativo (índice relativo de desigualdad de Kunst y Mackenbach). Esto indica que en esta región bonaerense existe un 10% más de fallecimientos infantiles entre municipios de peor y mejor situación, mientras que en la CABA este riesgo aumenta a un 150% de riesgo (Tabla 5).

Con relación al exceso de mortalidad entre los territorios de peor escolaridad de las madres y los de mejor escolaridad, se observa en la CABA que en la comuna de escolaridad más baja de las madres existe un exceso de mortalidad infantil de 7.1 niños fallecidos por cada 1 000 nacidos vivos en comparación con la comuna de mejor situación, mientras que este exceso en el conurbano desciende a 2.1 niños fallecidos por cada 1 000 nacidos vivos (índice de desigualdad de la pendiente). Estos indicadores son negativos, lo que implica que, a medida que empeora la situación social en ambas regiones, aumenta la tasa de mortalidad infantil.

Para analizar el grado de concentra-

Tabla 4. Comunas con nacidos vivos, tasa de mortalidad infantil y porcentaje de hasta secundario incompleto como máximo nivel alcanzado por las madres de los nacidos vivos.

Comuna	Nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil	Hasta secundario incompleto de las madres de los nacidos vivos
8	4 447	12.8	61.5
4	5 110	10.6	58.1
9	2 903	11.3	42.2
1	3 487	8.9	40.3
7	3 060	7.5	30.7
3	3 071	5.4	29.6
10	2 397	9.4	27.9
15	2 612	8.5	20.6
5	2 417	7.8	19.9
11	2 559	7.1	19.4
12	2 639	6.9	14.8
6	2 340	5.9	11.9
14	2 921	5.3	10.3
13	3 231	5.9	9.2
2	1 781	5.2	8.3

Fuente: Dirección General de Estadística y Censo de la CABA, 2009.

Tabla 5. Índices de desigualdades basados en regresión entre CABA y conurbano, 2009.

Índices basados en regresión	CABA	Conurbano
Índice relativo de desigualdad de Kunst y Mackenbach	2.5	1.1
Índice de desigualdad de la pendiente	-7.1	-2.1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección General de Estadística y Censo de la CABA y la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2009.

Tabla 6. Índice de concentración en CABA y conurbano entre la mortalidad infantil y los territorios, estratificado según educación de la madre, 2009.

Índices de concentración	CABA	Conurbano
Índice de concentración	-0.14	-0.03

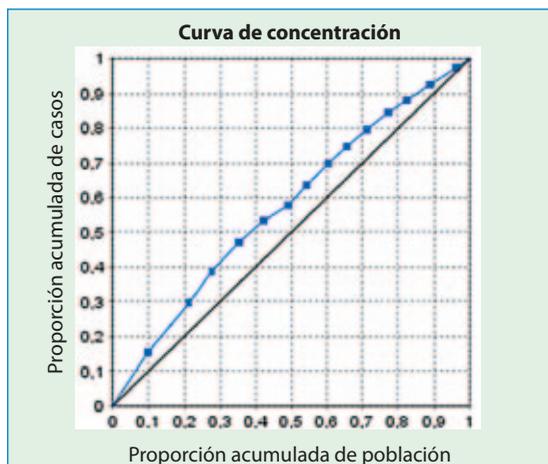
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección General de Estadística y Censo de la CABA y la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2009.

Tabla 7. Índice de efecto Ciudad de Buenos Aires - tres cordones del conurbano, 2009.

CABA	CABA	Conurbano
Índice de efecto	0.01	0

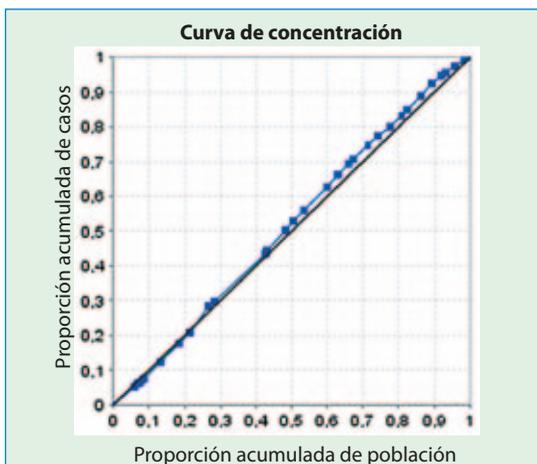
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección General de Estadística y Censo de la CABA y la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2009.

Figura 1. Curva de concentración entre la población agrupada en comunas de peor a mejor nivel educativo (medido por porcentaje de madres de nacidos vivos con secundario incompleto o menos) y la mortalidad infantil – CABA, 2009.



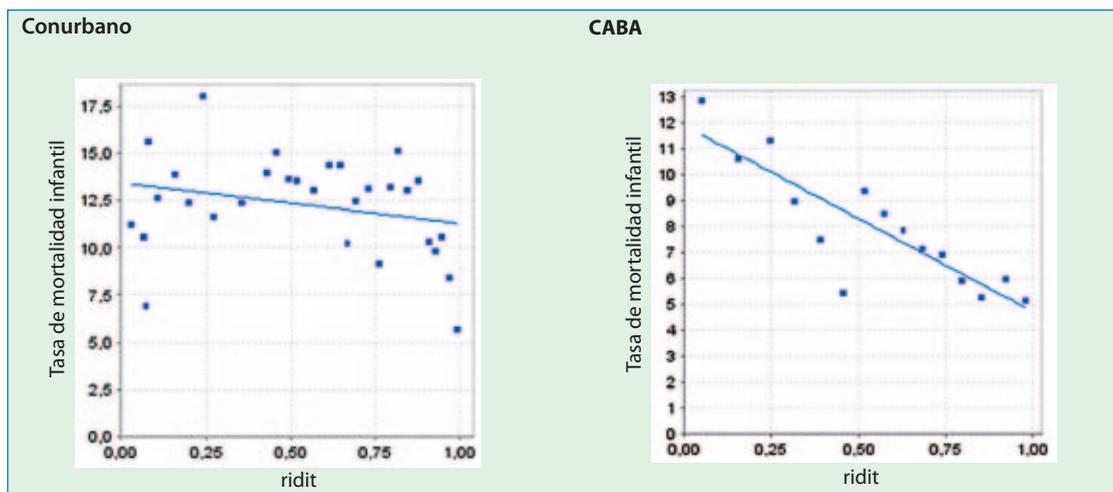
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección General de Estadística y Censo de la CABA, 2009.

Figura 2. Curva de concentración entre la población agrupada en comunas de peor a mejor nivel educativo (medido por porcentaje de madres de nacidos vivos con secundario incompleto o menos) y la mortalidad infantil – Conurbano, 2009.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Información Sistemizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2009.

Figura 3. Gráfico de regresión entre la mortalidad infantil y los estratos de población con porcentaje educativo de madres de nacidos vivos en la CABA y conurbano, 2009.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección General de Estadística y Censo de la CABA y la Dirección de Información Sistemizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2009.

ción de la distribución de la mortalidad infantil entre todos los territorios (comunas y municipios) según el nivel de educación de las madres y en relación con el interior de estos territorios, se utilizó el índice de concentración y se graficó mediante la curva de concentración. El resultado de la aplicación de este índice muestra que existe mayor concentración en la distribución de la mortalidad infantil en la CABA en comparación con el conurbano. El índice de concentración en ambos casos es negativo, lo que estaría indicando que la concentración se verificaría en los territorios con mayor población de madres de nivel educativo más bajo (Tabla 6).

En los gráficos se observa que en la CABA, el 20% de la población que reside en comunas con mujeres con menor nivel educativo acumula un 30%

de la mortalidad infantil, mientras que el 20% de la población que vive en los sectores de mejor nivel educativo acumulan un 10% de la mortalidad infantil, lo que representa una desigualdad en la distribución y, al mismo tiempo, una afrenta a la justicia social (Fig. 1).

En el conurbano, el 20% de la población que reside en municipios donde las mujeres poseen un nivel educativo bajo acumulan un 20% de la mortalidad infantil, mientras que el 20% de la población que reside en municipios con mayores niveles de escolaridad de las mujeres, acumulan un 19% de mortalidad, con lo cual la desigualdad es mucho menor. Se podría decir que en la CABA hay un 10% de concentración de la mortalidad en los sectores de peor situación, mientras que en la provincia prácticamente no existe concen-

tración, lo que es un sinónimo de equidad en la distribución (Fig. 2).

El índice de efecto describe las diferencias entre todos los grupos de la población mediante los parámetros del modelo de regresión. Este índice expresa el cambio que experimenta la mortalidad infantil en cada unidad de cambio de la población que reside en territorios de peor a mejor situación educativa. Para el caso del presente estudio, se podría interpretar que, en promedio, la tasa de mortalidad infantil disminuiría en 0.01 defunción por cada 1 000 nacidos vivos en la CABA por cada reducción de un 1% entre las mujeres con estudios secundarios incompletos o menos, y no disminuiría en el conurbano ya que no existe esta diferencia acentuada entre mortalidad infantil y grado de escolaridad de las madres (Tabla 7).

La gráfica de regresión pone de manifiesto estas diferencias. La pendiente de la recta en la CABA es notoriamente más pronunciada que en el conurbano (Fig. 3).

Conclusiones

El AMBA es un territorio continuo en términos de circulación de bienes, servicios y personas, que está conformado por la CABA y los treinta partidos del conurbano bonaerenses agrupados en tres cordones. En este espacio reside una población muy desigual en términos económicos y sociales. Ambos territorios (CABA y conurbano) poseen gobiernos diferentes en términos po-

lítico-ideológicos que llevan adelante diferentes políticas sociales y sanitarias.

El concepto de desigualdades sociales en salud alude a una diferencia de tasas entre sectores de mejor y peor indicador socioeconómico seleccionado y algunas de las desigualdades constituyen una violación a los derechos humanos.

Particularmente, las desigualdades sociales en la mortalidad infantil son un ejemplo de la enorme inequidad social existente, que se refleja en la salud/enfermedad/muerte de los niños menores de un año.

Es en la ciudad más rica del país donde las desigualdades sociales en la mortalidad infantil fueron más eviden-

tes durante 2009, aun a sabiendas de que en el conurbano bonaerense existe una gran cantidad de población con una alta vulnerabilidad social y que las tasas son levemente superiores. Sin embargo, se plantea la hipótesis de que las políticas en salud en ejercicio, que son universales pero que apuntalan a los sectores más vulnerables, son las que estarían amortiguando estas diferencias sociales que, en la CABA, son mucho más visibles.

Se destaca la urgencia que reviste el analizar periódicamente y sistemáticamente estas diferencias, ya que se trata de la vida de los niños, ciudadanos de este país.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siicsalud.com

Bibliografía

1. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark; 1991.
2. Benzeval M, Judge K, Whitehead M. Tackling Inequalities In Health: An agenda for action. Kings Foundation Publishing, Londres; 1996.
3. Aycaguer LCS, Duran Macho E. Mortalidad infantil y condiciones higiénico-sociales en las Américas: un estudio de correlación. Rev Saude Pública 24(6):473-480, 1990.
4. Bobadilla J, Langer A. La mortalidad infantil en México. Un fenómeno en transición- Revista Mexicana de Sociología 52(1), México, 1990.
5. Szwarcwald CL, Bastos FI, Andrade CLT. Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos con una aplicación para la mortalidad neonatal en el Municipio de Río de Janeiro, 2000. Cad Saude Pública 18(4):959-970, 2002.
6. Schneider M, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica O, Vidaurre M, Roca A. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington DC; 2002.
7. http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/areas_tematicas/educacion/educ_eah_2009/educ_eah_2009.php
8. <http://www.sergas.es/EPIWB/SolicitudeEpidat.aspx?IdPaxina=62714&idv=2&lng=es>

Metas de Presión Arterial en Pacientes con Diabetes Tipo 2 Tratados con Insulina

Ricardo López Santi

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Participaron en la investigación: M. Ré, A. Bolzan, A. L. Crovetto,

S. Alejandre, A. Colliá

Resumen

La diabetes mellitus tipo 2 (DBT2) y la hipertensión arterial son dos entidades que tienen una estrecha relación fisiopatológica, clínica y epidemiológica. Si bien las normas de práctica clínica han incorporado el concepto de que los diabéticos podrían presentar una meta de presión arterial más baja que la población general, investigaciones recientes como el estudio ACCORD han establecido una duda al respecto. Se analizaron pacientes incorporados en el PRODIABA en el grupo de DBT2 que requirieron insulina y, con el objetivo de determinar la meta ideal de presión arterial, se estudiaron los predictores de mortalidad tomando el antecedente de hipertensión arterial y la presión arterial al ingreso, considerando para el análisis dos niveles comparativos: un primer nivel > 140/90 mm Hg y un segundo nivel > 130/80 mm Hg. Se tuvieron en cuenta como factores covariables edad, sexo, nivel de triglicéridos, colesterol y tabaquismo. De acuerdo con el modelo multivariado de regresión logística, el umbral por encima de 140/90 y el antecedente de hipertensión arterial al momento del ingreso al programa resultaron predictores de mortalidad. En pacientes con DBT2 insulinizados, la prevalencia de hipertensión arterial duplica las tasas de la población general. En ellos, la meta terapéutica debería ser alcanzar cifras inferiores a 140/90 mmHg. Los resultados del presente registro deberían justificar evaluaciones prospectivas en pacientes bajo tratamiento con hipoglucemiantes, para aclararlos objetivos ideales de presión arterial.

Abstract

Diabetes mellitus type 2 (DBT2) and hypertension are two entities that are closely related since pathophysiological, clinical and epidemiological view. Although clinical practice guidelines have incorporated the concept that diabetics could present a target blood pressure lower than the general population, since recent researches such as the ACCORD study has established a doubt. Were analyzed in patients enrolled in the PRODIABA Program DBT2 who had required insulin; in order to determine the goal of the blood pressure were analyzed the predictors of mortality: the history of hypertension, blood pressure at admission, considering for the comparative analysis of two levels: a first level > 140/90mm Hg, and a second level > 130/80 mm Hg. Age, sex, triglycerides, cholesterol and smoking were considered as covariates. According to multivariate logistic regression model, the cutoff level above 140/90 and a history of hypertension at entry to the program were the predictors of mortality. In patients with DBT2 insulinized the hypertension prevalence rates was twice than the general population. In these patients the therapeutic goal should be to achieve levels below 140/90 mmHg. The results of this record should justify prospective evaluations in patients treated with hypoglycemic, to clarify the ideal goals of blood pressure.

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DBT2) es un trastorno metabólico con gran impacto en la salud pública, tanto en el análisis de morbilidad como en el de indicadores económicos. La asociación con hipertensión arterial (HTA) tiene un efecto sinérgico negativo e implica un incremento significativo del riesgo cardiovascular.¹

En las últimas décadas, la tasa prevalencia de DBT2 tuvo un crecimiento constante a nivel mundial y, en particular, en la región de América Latina. La obesidad, la escasa actividad física, el tabaquismo y la mayor expectativa de vida de la población son factores de riesgo que influyen en las tasas de incidencia y prevalencia de ambas entidades.²⁻⁴

Desde el punto de vista fisiopatológico, estas dos enfermedades se encuentran relacionadas en procesos como la insulinoresistencia, la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, la activación simpática y la progresión consecuente de la enfermedad aterosclerótica.⁵⁻⁷

La HTA es dos veces más frecuente en las personas que tienen diabetes, mientras que las personas hipertensas tienen una probabilidad de más del doble de presentar diabetes que las normotensas.⁸

A partir de los estudios HOT (*Hipertensión Optimal Treatment*) y UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*), se aceptó que la meta en el tratamiento de la HTA en pacientes diabéticos debía ser inferior a la de los no diabéticos y las normativas de práctica clínica comenzaron a acuñar el concepto de una presión arterial inferior a 130/80 mm Hg, que pueden ser más exigentes cuando existía daño renal.⁹⁻¹¹

Recientemente, los resultados del estudio ACCORD (*Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes*) mostraron que un tratamiento intensivo en pacientes diabéticos con una meta de presión sistólica de 120 mm Hg no tuvo mejores resultados que el implementado al grupo de tratamiento convencional con un objetivo de

140 mm Hg (a excepción de la incidencia de accidente cerebrovascular), pero con una tasa mayor de efectos adversos debidos al tratamiento farmacológico.¹²⁻¹⁶

Estos resultados han dejado un nuevo campo de análisis: ¿Las metas de presión arterial deben ser realmente más estrictas en la población de pacientes diabéticos?

La Provincia de Buenos Aires posee un programa destinado a estos pacientes (PRODIABA, Programa de prevención, atención y tratamiento de la Diabetes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires) con más de 80 mil beneficiarios. La definición respecto de las metas por alcanzar puede tener un gran impacto económico (cantidad de fármacos antihipertensivos por utilizar, hospitalizaciones, discapacidad) y sanitario, habida cuenta de la mortalidad cardiovascular incrementada en esta población.

Así, el objetivo de este trabajo fue determinar la meta de presión arterial por alcanzar en la población de pacientes

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa,
especialidades médicas
relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de los autores.

diabéticos tipo 2 tratados con insulina del programa PRODIABA.

Material y método

Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo cuya población de estudio estaba representada por pacientes con DBT2 bajo tratamiento con insulina, incluidos en el PRODIABA, durante el período 1996-2009.

Se analizaron como predictores de mortalidad: el antecedente de HTA y la presión arterial al ingreso, considerando para el análisis dos niveles compa-

rativos: primer nivel > 140/90 mm Hg, y segundo nivel > 130/80 mm Hg.

Se consideraron como factores covariantes la edad, el sexo, el nivel de triglicéridos y de colesterol y el tabaquismo.

Con los datos obtenidos se efectuó un análisis estadístico.

Resultados

Se obtuvo una población de 12 147 pacientes en los que se estudiaron las variables mencionadas y su influencia en la mortalidad. La edad promedio fue de 55.2 años (\pm 9.47), con predominio del sexo femenino (55.4%). La prevalencia del antecedente de HTA fue del 55.4% (Tabla 1).

La prevalencia de muerte en los pacientes con antecedente de HTA fue del 17.5%, mientras que para aquellos sin antecedente de HTA, fue del 12.5%. En el análisis univariado, la razón de prevalencias mostró una diferencia estadísticamente significativa (*odds ratio* [OR]: 1.48; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1.33-1.64) (Tabla 2).

El valor promedio de presión arterial máxima en los pacientes fallecidos fue 135.8 mm Hg (\pm 19.4; IC 95%: 134.9-133.4), mientras que el mínimo fue 81.5 mm Hg (\pm 11.6; IC 95%: 81-82). Para los pacientes vivos, estos valores fueron 133 mm Hg (\pm 18.7; IC 95%: 132.7-133.4) y 80.6 mm Hg (\pm 11.5; IC 95%: 80.3-80.8) para los valores máximos y mínimos, respectivamente; estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = 4.0$; $p < 0.00$ sistólica y

$t = 3.2$; $p < 0.00$ diastólica), con una diferencia promedio de 2.7 mm Hg para la presión arterial sistólica y de 0.9 mm Hg para la diastólica. El riesgo de muerte fue mayor en las personas que presentaban presión arterial alta, por encima de los 140-90 mm Hg (OR: 1.37; IC 95%: 1.23-1.53). Para este valor umbral, la presión arterial alta mostró una prevalencia en la población estudiada del 24.5% (18.6% para los pacientes fallecidos y 14.2% para los no fallecidos). Para el segundo valor umbral, la presión arterial mantuvo una prevalencia del 49.2% (prevalencia del 17% para los pacientes fallecidos).

En el modelo multivariado (Tabla 3), el nivel de presión arterial resultó estadísticamente significativo como predictor de muerte para el primer nivel, con un umbral de 140/90 mm Hg (OR: 1.17; IC 95%: 1.05-1.32). En tanto, el segundo nivel de presión arterial, con un umbral de 130/80 mm Hg, no resultó estadísticamente significativo para la predicción de muerte (OR: 1.10; IC 95% 0.90-1.12) después de ser ajustado para el resto de las covariables. El antecedente de HTA fue estadísticamente significativo (OR: 1.24; IC 95%: 1.10-1.39).

Discusión

A partir de los presentes resultados se corrobora que la prevalencia de HTA en pacientes diabéticos es prácticamente el doble que la de la población de no diabéticos. Esta observación es relevante al momento de definir estrategias rentables en la detección de pacientes hipertensos.

Respecto de la capacidad predictiva de mortalidad, tanto el antecedente de HTA como el ingresar con niveles de presión arterial por encima de 140/90 mm Hg, permitieron definir una población con claro riesgo.

Los resultados del estudio ACCORD^{17,18} dejaron la duda respecto de una meta entre 120 y 130 mm Hg, zona que, en el caso particular de los pacientes del

Tabla 1. Distribución de la población estudiada (n=12 147). Pacientes diabéticos del programa PRODIABA, 1996-2009.

Variable	Frecuencia	
	N	%
Edad (años); media (DE)	55.2 (9.47)	
Género		
Varones	5 420	44.6
Mujeres	6 727	55.4
Antecedentes de HTA		
Si	6 730	55.4
No	5 417	44.6
Presión arterial		
> 140/90 mm Hg	2 974	24.5
≤ 140/90 mm Hg	9 173	75.5
> 130/80 mm Hg	5 975	49.2
≤ 130/80 mm Hg	6 172	50.8

Tabla 2. Análisis univariado de factores de riesgo frente al evento muerte. Población diabética del programa PRODIABA, 1996-2009.

Factor	Pr	Pe	Po	OR	IC del 95%	p
Sexo masculino	44.6	17.5	13.5	0.73	0.66-0.81	> 0.05
Antecedente de HTA	55.4	17.5	12.5	1.48	1.33-1.64	000
Presión arterial alta*	24.5	18.6	14.2	1.37	1.23-1.53	000
Presión arterial alta**	49.2	17.0	13.7	1.28	1.16-1.42	000

Pe: prevalencia en expuestos, Pr: prevalencia, Po: prevalencia en no expuestos

*TA 140/90 mm Hg; **TA 130/80 mm Hg

Tabla 3. Análisis multivariado de factores de riesgo frente al evento muerte. Población diabética del programa PRODIABA, 1996-2009.

Factor	Variables en la ecuación							
	Coeficiente beta	Error estándar	Wald	gl	p sig.	Exp (B)	IC del 95% para Exp (B)	
							Inferior	Superior
Presión arterial alta*	0.162	0.058	7.870	1	0.005	1.176	1.050	1.317
Presión arterial alta**	0.010	0.056	0.031	1	0.859	1.010	0.905	1.127
Antecedente de HTA	0.217	0.059	13.383	1	0.000	1.24	1.106	1.394
Colesterol elevado	0.051	0.055	0.864	1	0.353	1.053	0.945	1.173
Triglicéridos elevados	0.129	0.054	5.733	1	0.017	1.138	1.024	1.265
Tabaquismo	0.138	0.058	5.660	1	0.017	1.148	1.025	1.286
Edad	0.053	0.003	326.382	1	0.000	1.054	1.048	1.060
Sexo maculino	-0.338	0.052	42.352	1	0.000	0.713	0.644	0.789
Constante	-4.372	0.190	529.894	1	0.000	0.013		

Prueba de Hosmer-Lemeshow = 5.83, $p = 0.66$

*TA 140/90 mm Hg; **TA 130/80 mm Hg

PRODIABA, parecería no tener relevancia respecto de una menor mortalidad. Estos resultados avalarían una meta de 140/90 mm Hg con seguridad. El 24% de los pacientes evaluados presentaban cifras por encima de las deseadas.

Asimismo, los pacientes con valores superiores a ese umbral deberían recibir un tratamiento adecuado, tanto far-

macológico como no farmacológico, incluyendo estrategias de prevención (plan alimentario, actividad física y cesación tabáquica).

Conclusión

En pacientes con DBT2 bajo tratamiento con insulina, la prevalencia de HTA duplica la de la población general.

En estos pacientes, la meta terapéutica debería ser alcanzar cifras inferiores a 140/90 mm Hg.

Los resultados del presente registro deberían justificar evaluaciones prospectivas en pacientes bajo tratamiento con hipoglucemiantes, con el fin de aclarar las metas ideales de presión arterial.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siicsalud.com

Bibliografía

1. Age at initiation and frequency of screening to detect type 2 diabetes: a cost-effectiveness analysis. *Lancet* 375(9723):1365-1374, 2010.
2. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 35(Suppl 1):S64-S7, 2012.
3. Boyle JP, et al. Projection of the year 2050 burden of diabetes in the US adult population: dynamic modeling of incidence, mortality, and prediabetes prevalence. *Population Health Metrics* 8:29, 2010.
4. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA: 10-Year Follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 359:1577-1589, 2008.
5. Duckworth W, et al. VADT Investigators. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 360:129-139, 2009.
6. Reaven PD, et al. Intensive Glucose Lowering Therapy Reduces Cardiovascular Disease Events in VADT Participants with Lower Calcified Coronary Atherosclerosis. *Diabetes* [published online August 3, 2009].
7. Turnbull FM, et al. Intensive glucose control and macrovascular outcomes in type 2 diabetes. *Diabetologia* 52:2288-2298, 2009.
8. Cooper-DeHoff RM, Gong Y, Handberg EM, et al. Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery disease. *JAMA* 304:61-6, 2010.
9. Hansson L, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *HOT Study Group. Lancet* 351:1755-1762, 1998.
10. UKPDS: Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *UK Prospective Diabetes Study Group. BMJ* 317:703-713, 1998.
11. Adler AI, et al. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. *BMJ* 321:412-419, 2000.
12. Hermida RC, Ayala DE, Mojón A, Fernández JR. Influence of time of day of blood pressure-lowering treatment on cardiovascular risk in hypertensive patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 34:1270-127, 2011.
13. Parati G, et al. Benefits of Tight Blood Pressure Control in Diabetic Patients With Hypertension. Importance of early and sustained implementation of effective treatment strategies. *Diabetes Care* 34 (Suppl. 2):S297-S303, 2011.
14. Cushman WC, Evans GW, Byington RP, et al.; ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 362:1575-158, 2010.
15. Gerstein HC, Miller ME, Genuth S, et al.; ACCORD Study Group. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. *N Engl J Med* 364:818-82, 2011.
16. Ismail-Beigi F, et al. ACCORD trial group. Effect of intensive treatment of hyperglycaemia on microvascular outcomes in type 2 diabetes: an analysis of the ACCORD randomised trial. *Lancet* 376:419-430, 2010.
17. ACCORD Study Group, ACCORD Eye Study Group, Chew EY, et al. Effects of medical therapies on retinopathy progression in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 363:233-244, 2010.
18. American Diabetes Association, American College of Cardiology Foundation, American Heart Association. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA diabetes trials: a position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Diabetes Care* 32:187-192, 2009.

Estudio Observacional Prospectivo de las Formas Graves de Enfermedad Tipo Influenza



Alfredo Sánchez Padrón

Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Función que desempeña: Profesor Principal de Medicina Intensiva y Emergencias; Profesor Auxiliar de Medicina Interna; Clínico e intensivista UTIP Hospital Universitario Dr. Faustino Pérez, Matanzas, Cuba

Participaron en la investigación: M. Somoza García, S. González Cobo, D. González Rodríguez, M. Bello Vega, B. Mercader Rosell, Hospital Universitario Dr. Faustino Pérez, Matanzas, Cuba.

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Resumen

Introducción: Se revisaron los aspectos clínicos de la enfermedad tipo influenza grave en los primeros 120 días en una unidad de cuidados intensivos. **Objetivo:** Describir las principales características y complicaciones clínicas de pacientes con enfermedad tipo influenza grave que ingresaron en una unidad de cuidados intensivos en Matanzas, Cuba. **Metodología:** Estudio prospectivo observacional de pacientes con enfermedad tipo influenza grave entre el 19 de agosto y el 16 de diciembre de 2009. Los datos demográficos, las condiciones comórbidas, evolutivas así como las complicaciones clínicas se informaron por medio de una encuesta. **Resultados:** Ingresaron 75 de 6 054 adultos (1.2%) en Matanzas con enfermedad tipo influenza grave. La mortalidad general en adultos a los 120 días fue del 21.3% y en la población obstétrica del 6.6%. Predominaron los pacientes jóvenes (57/76%) y del sexo femenino (50/87.7%). El embarazo y el puerperio fueron antecedentes frecuentes (44/58.6%). La disfunción orgánica no pulmonar no fue frecuente, excepto la del sistema cardiovascular (41.3%). La insuficiencia renal aguda, el síndrome de daño pulmonar/dificultad respiratoria aguda y el shock séptico tuvieron alta mortalidad. Los trastornos de la coagulación fueron infrecuentes. **Conclusiones:** La enfermedad tipo influenza grave fue una enfermedad de mujeres jóvenes. La asociación con complicaciones graves fue infrecuente pero de alta mortalidad.

Abstract

Context: The clinical aspects of a serious influenza-like illness outbreak during the first 120 days in an intensive care unit were reviewed. **Objective:** To describe baseline characteristics and clinical complications of influenza like-illness in critically ill patients admitted to an intensive care unit in Matanzas, Cuba. **Methodology:** Observational and prospective study of 75 critically ill patients with influenza-like illness between August 19 and December 16, 2009. **Demographic data, comorbid conditions, illness progression, and clinical complications were collected using a piloted case report form. Results:** Critical illness occurred in 75 of 6 054 adults (1.2%) admitted with serious influenza-like illness. Overall mortality among critically ill patients at 120 days was 21.3% and 6.6% in the obstetric population. Patients were young (57/76%) and female (50/87.7%). Pregnancy and puerperium were frequent antecedents (44/58.6%). Nonpulmonary acute organ dysfunction was uncommon except for cardiovascular system dysfunction (41.3%). Acute kidney failure, acute lung injury/acute respiratory distress syndrome and septic shock had a high case-fatality rate. Clotting disorders were uncommon. **Conclusion:** Serious influenza-like illness occurred frequently in young women. The association with severe complications was uncommon but had a high case-fatality rate.

Introducción

En la llamada influenza española de 1917-1918 se señalan, según estimaciones conservadoras, entre 40 y 50 millones de fallecidos alrededor del mundo. La irrupción actual del virus de la influenza A H1N1 pandémico complica más el panorama epidemiológico internacional. Hay estimados que sugieren que un promedio de 23 000 individuos (entre 6 000 y 32 000) se infectan en México, con una mortalidad del 0.4% (rango: 0.3% a 1.8%), según informes hasta abril de 2009.¹ En julio del mismo año, cerca de 100 000 casos se comunicaron alrededor del mundo, y la mayoría de las muertes (429) ocurren en el continente americano (Estados Unidos, México, Argentina y Canadá).² A partir del 19 de agosto de 2009, la influenza por virus A H1N1 pandémico irrumpe en la provincia de Matanzas en Cuba.

La enfermedad tipo influenza (ETI) según la Organización Mundial de la Salud³ (OMS) es una enfermedad respiratoria aguda que recuerda a las manifestaciones de la influenza pero sin

haberse aislado el virus o tener una prueba diagnóstica positiva; puede haber o no circulación del virus influenza, y el término engloba también cuadros similares producidos por otros virus y bacterias, entre otros. La ETI tiene varias formas clínicas: la habitual, la no complicada, la grave o complicada y la influenza con signos y síntomas de progresión de la enfermedad. Las formas graves de la ETI (FGETI) son, en este estudio, la influenza grave o complicada y la influenza con signos y síntomas de progresión de la enfermedad que requieran de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Este estudio se justifica por tratarse de una enfermedad desconocida, pues se conocen de antes formas graves de la influenza por virus estacional que son parecidas pero no iguales a esta entidad, y por la morbilidad aumentada de las formas graves de la ETI en la provincia según datos del Departamento de Estadísticas de Salud Provincial.

Esta situación lleva al planteamiento del siguiente problema científico:

¿Cuál sería la evolución clínica de los pacientes con formas graves de ETI en la UCI?

Para resolver este interrogante los autores se formularon las siguientes preguntas:

¿Cuáles serían las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con formas graves de la ETI en la UCI?

¿Cuáles serían las complicaciones más relevantes en la evolución de estos pacientes?

Objetivos de la investigación

General

-Valorar la evolución clínica de los pacientes con formas graves de ETI ingresados en la UCI.

Específicos

-Identificar algunas características clínico-epidemiológicas de las formas graves de la ETI en la UCI.

-Reconocer las principales complicaciones en las formas graves de la ETI en la UCI.

Materiales y métodos

Características del estudio

El estudio fue de carácter observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, de campo y no experimental.

Universo (N): pacientes ingresados en los hospitales de la provincia de Matanzas con diagnóstico de ETI.

Muestra (n): pacientes con FGETI ingresados en la UCI.

Muestreo: No probabilístico, a juicio.

Se incluyeron todos aquellos pacientes con FGETI, fuesen confirmados como casos de influenza o probables (OMS),⁴ que ingresaron en la UCI polivalente (UCI_p) del hospital universitario Dr. Faustino Pérez; se excluyeron del estudio los casos presuntos (Centro de Control de Enfermedades Infecciosas de Atlanta [CDC]).⁴

La muestra a su vez fue subdividida tomando los siguientes parámetros: embarazo, porque fue un factor de riesgo importante en la literatura revisada, y ventilación mecánica asistida (VMA) porque fue un importante índice de gravedad del paciente.

De tal forma hubo 4 subgrupos de pacientes denominados: obstétricas (con VMA o no) y resto poblacional (con VMA o no).

En el caso de los pacientes fallecidos se verificaron los protocolos de necropsia.

El estudio se llevó a cabo en la UCI_p del hospital universitario Dr. Faustino Pérez, sala de referencia provincial, entre el 19 de agosto y el 16 de diciembre de 2009 (120 días). Este mismo lapso se tomó como período de diagnóstico, el cual se efectuó mediante la aplicación de una encuesta.

La etapa de diseño comprendió del 1 de junio de 2009 en que comienza la revisión bibliográfica al conocerse el carácter de pandemia de la enfermedad,⁵ hasta el 15 de enero del año actual en que se realizó la revisión bibliográfica de la presente investigación. Se llevó a cabo una revisión de la literatura en Medline, que incluía las palabras claves: *septic shock, influenza and pregnant women, obstetric patient critically ill, influenza A H1N1, influenza like syndrome*; empleándose bases de datos desde enero de 2000 hasta diciembre de 2009. Hubo además pesquisas en la Cochrane Library y en las tablas de contenidos de las principales publicaciones de cuidados intensivos pertenecientes al *National Institute of Health* y otras procedentes principalmente de Cuba, Estados Unidos, Argentina, Canadá, España y Reino Unido, que fueron revisadas en el período comprendido entre el 1 de junio y el 15 de enero de 2010. Los resultados de la investigación fueron plasmados en tablas.

Las variables tenidas en cuenta para la caracterización de la muestra fueron: ingresos por FGETI (variable de pacientes con FGETI ingresados en UCI; variable cuantitativa discreta); género, según sexo biológico (variable cualitativa nominal dicotómica); antecedentes personales: patología o condición subyacente de cada individuo de la muestra estudiada (variable cualitativa nominal dicotómica); grupos de edades, según intervalo de la muestra (variable cuantitativa continua); disfunción o fallo de órganos (variable numérica y porcentual de órganos o sistemas disfuncionales o en fallo que presentaron los pacientes con FGETI o influenza tipo A H1N1 durante su ingreso en la UCI; variable cualitativa nominal politómica); complicaciones (variable numérica y porcentual de las complicaciones que presentaron los pacientes con FGETI o influenza tipo A H1N1 durante su ingreso en la UCI; variable cualitativa nominal politómica); procedimientos diagnósticos en la escena (variable de procedimientos realizados por personal de cuidados intensivos de la unidad referida; variable cualitativa nominal politómica); mortalidad (variable expresada en cifras absolutas y porcentuales de pacientes con FGETI e influenza tipo A H1N1 fallecidos en la UCI; variable cualitativa nominal politómica).

Para la recolección de la información se confeccionó una encuesta con las variables de interés propuestas, realizada a los pacientes y familiares. El procesamiento de los datos fue mediante el programa estadístico SPSS-10 para Windows. Las técnicas estadísticas em-

pleadas fueron análisis de frecuencias, porcentuales y tasas.

$$\text{Tasa de letalidad} = \frac{\text{Defunciones por una causa}}{\text{Total de enfermos por esa causa}} \times 100$$

Resultados y discusión

Datos generales

El número de casos que ingresó con FGETI en la UCI_p referida fue bajo (1.2% de la población adulta) al considerar que ingresaron 6 054 pacientes adultos con ETI en la provincia según el Departamento de Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud; sin embargo, proporcionalmente las pacientes obstétricas ingresaron en un porcentaje importante (58.6%). La mortalidad general de adultos (21.3%) así como de obstétricas con FGETI (6.6%) tuvo cifras inferiores a los informes internacionales revisados (Tabla 1).

Los servicios de cuidados intensivos de Australia y Nueva Zelanda⁶ comunican en 3 meses un total de 722 ingresos confirmados de H1N1, de los cuales fallecen 103 (14.3%; intervalo de confianza del 95% [IC], 11.7 a 16.9), mientras que 114 (15.8%) permanecen en el hospital.

Massingale⁷ señala en 1 mes en 41 estados de los EE.UU. 642 casos confirmados de S-OIV (399 con datos conocidos) 36 (9%) hospitalizados, 11 con neumonía, 8 en UCI, 4 con manifestaciones de insuficiencia respiratoria y fallecen 2, o sea, el 50% de los sometidos a VMA y el 25% de los ingresados en la UCI.

Rello⁸ informa que de los primeros 32 casos confirmados de influenza A H1N1 ingresados en UCI en España fallecen 8 (25%). Jamieson⁹ comunica 6 muertes en embarazadas en 63 días, informadas

Tabla 1. Ingresos con FGETI/UCI_p Hospital Faustino Pérez (19 agosto - 16 diciembre de 2009) (n = 6 054).

Tipo	Ingresos	%	Vivos	%	Fallecidos	%
Adultos	75 pacientes	100	59	78.6	16	21.3
Obstétricas	44 pacientes	58.6	39	52	5	6.6

Fuente: Encuestas.

Tabla 2. Casos de influenza por grupos de edades (n = 75).

Edad	♂	♀	Total	Casos/Grupos de edades	
16 - 20	0	7	7	37 (49.3%) ♀ 36 (97.2%)	57 (76%) ♀ 50 (87.7%)
21 - 25	1	19	20		
26 - 30	0	10	10		
31 - 35	0	3	3	20 (26.6%)	
36 - 40	1	6	7		
41 - 45	2	3	5		
46 - 50	3	2	5	18 (24%)	18 (24%)
51 - 55	3	3	6		
56 - 60	2	0	2		
61 - 65	3	2	5		
≥ 66	2	3	5		

Fuente: Encuestas.

a los CDC desde 13 estados de EE.UU., todas con neumonía, y con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) con VMA como complicación. Pérez Padilla¹⁰ aprecia en 30 días en México que de 98 pacientes hospitalizados, 18 (18.3%) tienen neumonía grave e ingresan en la UCI, de los cuales fallecen 7 (39%). Domínguez-Cherit¹¹ señala que, a los 60 días, fallece el 41% de los pacientes con influenza A H1N1.

En la UCI de adultos del hospital Prof. Alejandro Posadas, en Buenos Aires, de 28 pacientes con influenza H1N1 fallecieron 14 (50%) entre el 7 y el 27 de junio de 2009.¹²

En los ingresos predominó el sexo femenino (58/77.3%) (Tabla 2) y una de las razones para ello fue la cantidad de pacientes obstétricas que ingresaron (Tabla 1).

En la UCI del hospital Posadas,¹² el 50% (14/28) de los ingresos fueron mujeres.

Rello⁸ señaló en su trabajo que 21 (73.3%) pacientes fueron del sexo masculino e informa sólo dos (6.3%) embarazadas. En las UCI de Australia y Nueva Zelanda, de 722 pacientes ingresados y confirmados como H1N1, 376 (52.1%) son mujeres y 66 (9.1%), embarazadas.⁶

El antecedente más frecuente en este estudio fue el embarazo o el puerperio (44 [58.6%]) como señala parte de la literatura revisada,^{7,9,10,13-15} y 18 (24%) de las pacientes obstétricas tuvieron otra condición subyacente, entre las cuales se destacaron el asma bronquial, la obesidad y la hipertensión arterial como las más frecuentes.

Rello⁸ señaló en su estudio que 10 pacientes (31.2%) eran obesos, 2 (6.3%)

estaban embarazadas, 5 (32%) eran asmáticos y 4 (32%) presentaban enfermedad obstructiva crónica agudizada, como parte de las principales comorbilidades asociadas. Vaillant¹⁶ registró en su estudio que de 16 mujeres, el 10% de las fallecidas y el 30% de las pacientes de entre 20 y 39 años que mueren estaban embarazadas o eran puérperas, y al menos 8 (50%) tenían alguna otra condición subyacente. Massingale⁷ verificó que de 22 pacientes hospitalizados con infección por H1N1 confirmado, 12 (54.5%) presentaban otra condición subyacente: embarazo, enfermedades clínicas crónicas o eran menores de 5 años.

La literatura revisada señala que esta patología es más frecuente en pacientes jóvenes.^{9,11,13,14,17} Este trabajo no resultó la excepción.

La mayoría de mujeres que ingresaron se encontraban en edad fértil (grupo etario de 16 a 50 años), y de ellas, 44 (88%) eran obstétricas, cifras que revelaron la importante asociación de esta condición en los casos que enferman por el virus H1N1 pandémico. Del total de fallecidos, 10/16 (62.5%) eran mujeres y, de ellas, 5 (50%) estaban embarazadas.

Pérez Padilla¹⁰ señala que los estudios serológicos sugieren que la influenza A H1N1 es una nueva clase de influenza con poca protección por parte de las vacunas para la influenza estacional; los adultos mayores de 60 años parecen tener inmunidad preexistente a este nuevo virus. Un cierto nivel de inmunidad cruzada puede ser proporcionado por un historial extenso de vacunaciones anuales contra la influenza estacional, si bien esto aún no está claro. En México también la entidad se presenta a edades menores y, de acuerdo con lo mencionado, no sorprende que la población joven represente una gran proporción de los casos infectados.

Massingale⁷ indica que ninguno de los pacientes ingresados por él era mayor de 65 años.

En las UCI de Australia y Nueva Zelanda,⁶ de 722 pacientes ingresados y confirmados como H1N1, 669 (92.7%) tenían menos de 65 años de edad.

Según Fishman,¹⁷ los casos de infección y muerte se concentran en adultos de entre 20 y 40 años, y el incremento de la susceptibilidad a la infección en personas jóvenes sería una característica de la influenza pandémica. El mecanismo para esta asociación no está claro pero es compatible con el incremento informado relacionado con la edad en la prevalencia de los títulos de anticuerpos neutralizantes contra el virus H1N1 pandémico, y puede reflejar alguna inmunidad a la infección por ex-

Tabla 3. Compromiso parenquimatoso (n = 75).

Sistema u órgano	Vivos (n = 59)		Fallecidos (n = 16)		Total	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Respiratorio	59	78.6	16	21.3	75	100
Cardiovascular	15	20	16	21.3	31	41.3
* Metab-Nutric	6	8	15	20	21	28
Riñón	1	1.3	12	16	13	17.3
Hígado	4	5.3	5	6.6	9	12
Neurológico	1	1.3	1	1.3	2	2.6
Gastrointestinal	0	0	2	2.6	2	2.6
Sangre	0	0	1	1.3	1	1.3

*Metab-Nutric = Metabólico-Nutricional.

Fuente: Encuestas.

Tabla 4. Complicaciones en pacientes con FGETI/UCI_p Hospital Faustino Pérez. (19 agosto – 16 diciembre 2009).

Sistema u órgano	Embarazadas y puérperas (n = 44)		Resto poblacional (n = 31)		Total (n = 75)	
	Ptes.	%	Ptes.	%	Ptes.	%
Neumonía	44	58.6	31	41.3	75	100
* SDPA/IRA	10	13.3	19	25.3	29	38.6
** IVI	8	10.6	10	13.3	18	24
Miocarditis	8	10.6	10	13.3	18	24
Shock séptico	5	6.6	11	14.6	16	21.3
♦ Stemi o nStemi	1	1.3	13	17.3	14	18.6
Disfunción/Insuficiencia renal aguda	2	2.6	11	14.6	13	17.3
Arritmias	4	5.3	9	12	13	17.3
Atelectasia	5	6.6	6	8	11	14.6
Disfunción hepática	1	1.3	8	10.6	9	12
Neumotórax	3	4	2	2.6	5	6.6
Manifestaciones disautónomas	1	1.3	1	1.3	2	2.6
Sangrado digestivo alto	1	1.3	1	1.3	2	2.6
Rabdomiólisis	0	0	2	2.6	2	2.6
Tromboflebitis miembros inferiores	0	0	2	2.6	2	2.6
Trastorno de la coagulación	0	0	1	1.3	1	1.3
Síndrome Guillain-Barré-Strohl	0	0	1	1.3	1	1.3
Encefalopatía difusa	0	0	1	1.3	1	1.3

* SDPA/IRA: síndrome de daño pulmonar agudo/insuficiencia respiratoria aguda.

** IVI: insuficiencia ventricular izquierda.

♦ Stemi o nStemi: infarto de miocardio con elevación electrocardiográfica o no del segmento ST.

Fuente: Encuestas.

posición a virus semejantes en edades tempranas de la vida.

Hancock¹⁸ informa que un total de 4 de 107 personas (4%) que nacieron después de 1980 presentaban títulos preexistentes de anticuerpos de reacción cruzada de 40 o más contra el virus H1N1 pandémico, mientras que 39 de 115 personas (34%) nacidos antes de 1950 tenían títulos de 80 o más. Los individuos de menos de 30 años presentan pocos anticuerpos de reacción cruzada contra el virus pandémico; del mismo modo, una proporción de adultos mayores tiene anticuerpos de reacción cruzada preexistente. Asimismo, hay poca evidencia en los niños de la presencia de anticuerpos de reacción cruzada contra el virus 2009 H1N1.

Vaillant¹⁶ comprueba en su estudio un 51% de pacientes fallecidos de entre 20 y 49 años entre los 468 casos fatales alrededor del mundo hasta el 16 de julio de 2009, y que el 12% de las defunciones ocurrieron en sujetos \geq 60 años (en nuestra investigación fue del 31.2%); en este grupo etario se informa un 36% en Canadá y un 28% en Australia.

Disfunción o insuficiencia orgánica

Al considerar la disfunción o insuficiencia de los diferentes órganos y sistemas (Anexo 2), en el 100% de los casos se produjo en el sistema respiratorio (Tabla 3), mientras que hubo 34 pacientes (45.3%) con disfunción o insuficiencia de dos o más órganos. Asimismo, la disfunción o insuficiencia respiratoria estuvo más relacionada con la morbimortalidad que la insuficiencia multiorgánica. Por su parte, la afectación conjunta corazón/pulmón se verificó en el 100% de los fallecidos y en el 41.3% del total de casos.

Domínguez-Cherit¹¹ señala que las muertes en México parecen estar más relacionadas con la afectación respiratoria que con la insuficiencia multiorgánica. Según Kumar,¹⁹ la causa principal de muerte son la insuficiencia respiratoria y la hipoxemia, o sus complicaciones. Rello,⁸ sobre la base de datos disponibles de 32 adultos ingresados en 20 hospitales indica que 24 (75%) desarrollaron síndrome de disfunción multiorgánica.

Formas clínicas y complicaciones

Las complicaciones fueron variadas y graves según se aprecia en la Tabla 4. Se analizaron dos subgrupos de la muestra: población obstétrica y resto poblacional (sin considerar la ventilación), lo que permitió apreciar la diferencia en cuanto a la mortalidad y en la frecuencia de presentación de las distintas complicaciones. Fue evidente la

existencia, en mayor medida, de complicaciones en la población adulta no obstétrica.

La Tabla 5 permitió valorar la mortalidad de cada patología o complicación asociada con las FGETI. La mortalidad por FGETI en este estudio fue del 21.3%, en coincidencia con la mortalidad por neumonía, ya que el 100% de la muestra desarrolló neumonía viral, bacteriana o mixta.

La neumonía viral primaria es la más manifestación pulmonar de influenza más grave; si bien no es frecuente en las epidemias estacionales, fue bien documentada en la pandemia de H2N2 de 1957-1958, y es la responsable de gran parte de la mortalidad asociada en la población de adultos jóvenes en la pandemia por virus H1N1 en 1918.²⁰ En la influenza estacional, la gravedad de la enfermedad y la muerte se relacionan principalmente con complicaciones secundarias que incluyen: neumonía viral primaria, neumonía bacteriana secundaria a gérmenes patógenos como *Streptococcus* del grupo A, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae*, y a exacerbaciones de condiciones crónicas subyacentes. Estas mismas complicaciones pueden ocurrir con la infección por virus de la influenza A H1N1.⁷

Las mujeres, después de su primer trimestre de embarazo, presentan un número aumentado de hospitalizaciones por causas cardiopulmonares agudas durante la influenza estacional. Maletic²¹ señala que la incidencia de hospitalizaciones por causa cardiorrespiratoria durante la influenza estacional se incrementa con el aumento del tiempo de gestación, asimismo, que los índices de hospitalización más altos ocurren durante el tercer trimestre de embarazo en mujeres con otras condiciones de riesgo asociadas.

La afectación importante de pulmones y corazón fue evidente en esta enti-

dad. La mala evolución de la sepsis grave reserva el camino para la disfunción/ insuficiencia multiorgánica, una de las causas de muerte. Esto se verificó en la evolución de los pacientes, pues los fallecidos (16/21.3%) presentaron insuficiencia múltiple de órganos, todos ellos con disfunción/insuficiencia de corazón y pulmón, mientras que 31/41.3% del total tenían disfunción o insuficiencia cardiopulmonar (Tablas 3 y 5).

En las FGETI de este estudio predominó la disfunción/insuficiencia pulmonar y cardíaco por encima de la de otros órganos. Esto se debió a la destrucción inflamatoria estructural que sufrió el pulmón, a lo que se sumó el edema pulmonar al que la causa inflamatoria sirvió de disparador, lo que tomó rápidamente un importante componente cardiogénico –aunque pudo existir un posterior componente hidrostático si no hubo un adecuado tratamiento de los líquidos. Finalmente, su mecanismo de producción fue mixto e incluyó alteraciones de la permeabilidad, cambios coloide-osmóticos y las alteraciones resultantes de una ventilación adecuada o no que llevan de forma casi inexorable a la hipoxemia refractaria.

Hay afectación tanto de la poscarga del corazón derecho como del izquierdo. La carga sobre el corazón derecho se establece e incrementa de forma progresiva a medida que se destruye y se vuelve fibroso el parénquima pulmonar como consecuencia del proceso inflamatorio, además del edema pulmonar que resulta de la afectación viral directa, bacteriana secundaria o mixta. También se produce esta carga por la acción de mediadores liberados por la reacción exagerada del organismo que provoca hipertensión pulmonar secundaria, sumado a la repercusión de posibles procesos embólicos de pequeños y medianos vasos arteriales pulmonares por la existencia de un estado procoagulante y protrombótico,^{22,23} y por

Tabla 5. Mortalidad por patología asociada con las FGETI/UCI_p Hospital Faustino Pérez. (19 agosto – 16 diciembre 2009).

Patología asociada	Población afectada				Total
	V	%	F	%	
Neumonía	59	78.6	16	21.3	75
*SDPA/IRA	15	20	16	21.3	31
Miocarditis	6	8	15	20	21
**IVI	1	1.3	12	16	13
Shock séptico	4	5.3	5	6.6	9
† Stemi/nStemi	1	1.3	1	1.3	2
◆ D/insuficiencia renal	0	0	2	2.6	2
◆ D/insuficiencia hígado	0	0	1	1.3	1

*SDPA/IRA: síndrome de daño pulmonar agudo/insuficiencia respiratoria aguda.

**IVI: insuficiencia ventricular izquierda.

† Stemi/nStemi: infarto de miocardio con elevación electrocardiográfica o no del segmento ST.

◆ D/insuficiencia: disfunción/insuficiencia.

Fuente: Encuestas.

la injuria pulmonar producto de la VMA (factor relevante en su mecanismo de producción), aspecto a tener en cuenta en la terapéutica ventilatoria.

El corazón izquierdo sufrió por los trastornos disautonómicos que se produjeron y llevaron a un verdadero caos reactivo al tono vascular. En este estudio se comprobaron cifras de tensión arterial medidas de forma invasiva (cateterismo intraarterial), con valores de tensión arterial sistólica de 230 mm Hg y diastólica de 160 mm Hg, asociados con importantes taquiarritmias por verdaderas descargas adrenérgicas, cuyo lugar de origen (central o periférico) se desconoció. Además, el efecto deletéreo de la hipoxemia *in crescendo*

De forma conjunta, la hipoperfusión periférica (consecuencia del trastorno hemodinámico) produjo más sufrimiento de la microcirculación y, por ende, del territorio tisular, lo que desencadenó el metabolismo anaeróbico y fue una de las causas de la acidosis láctica que contribuyó a la acidemia multifactorial ya presente, que a su vez colaboró con la disminución de la contractilidad miocárdica y favoreció la producción de arritmias y de pseudohiperpotasemia, con sus riesgos clínicos. Al sumar a todo lo dicho la verdadera miocardiopatía, resultado de la miocardiitis viral y de la acción de citoquinas proinflamatorias liberadas por la reacción inflamatoria sistémica que afectaron al corazón, estaban creadas las condiciones para una verdadera debaile cardiovascular/respiratoria que pudo poner en riesgo la vida del paciente.

Por tanto, ante una epidemia de influenza por virus H1N1 pandémico,

no es raro la existencia de importantes complicaciones cardiopulmonares (Tabla 4). En este sentido, se apreció que por participación cardíaca se produjo la afectación de 31 pacientes (41.3%), sin contar las arritmias (expresión de miocardiitis, dilatación e insuficiencia cardíaca), mientras que la afectación respiratoria se verificó en el 100% de la muestra.

El síndrome de daño pulmonar agudo/IRA (SDPA/IRA) estuvo presente en una cifra importante de casos con mortalidad significativa.

Estudios de daño pulmonar agudo y síndrome de dificultad respiratoria aguda en adultos no afectados por influenza señalan otros valores. Rubenfeld²⁴ informa una mortalidad por daño pulmonar agudo del 38.5%, mientras que otros señalan una mortalidad que oscila entre 41.4% (Escandinavia) y 32% (Australia). En el caso de la insuficiencia respiratoria, en el estudio de Rubenfeld el porcentaje fue del 41.1%, mientras que en los otros fue del 41.2% (Escandinavia) y 34% (Australia). Bernard²⁵ señala una mortalidad por IRA a los 28 días del 25% al 30%, y plantea que en las encuestas de mortalidad el rango es del 35% al 40%.

El SDPA/IRA en la ETI grave en este estudio mostró carácter más grave. La mortalidad para el SDPR/IRA oscila entre el 30% y el 42% (según lo referido) en una población no afectada por ETI.^{24,25} El SDPA/IRA por influenza presentó una mortalidad mayor (51.7%) en este estudio, que se explicó por la gravedad de la afectación local y de la respuesta inflamatoria sistémica, por ser de etiología multifactorial, por tener rápida evolución a formas fibroproliferativas tempranas (alrededor de los 15 días del comienzo de la infección) y

por la aparición de bronquioalveolitis fibrosante, además de hemorragia intralveolar grave y difusa con infección bacteriana sobreañadida, con áreas de consolidación pulmonar que evolucionaba de forma rápida a la organización.

Se presumieron y diagnosticaron embolias pulmonares, a pesar de que parte de la bibliografía no las consideran como complicación frecuente del síndrome de dificultad respiratoria aguda o de sepsis (causa ambos de estados de hipercoagulabilidad) que se asocian con la influenza A H1N1;^{12,26} no obstante, en este estudio se constataron, por mediciones hemodinámicas y necropsia en 4 casos, embolismos de pequeña y mediana arteria pulmonar.

La embolia pulmonar es una complicación no presente en los pacientes de México infectados por el virus de la influenza A. Los autores opinan que, de todas maneras, los médicos que atienden a estos enfermos deben tener en mente la posibilidad de estados de hipercoagulabilidad como un elemento potencial de mortalidad.²⁶

En el hospital Prof. Alejandro Posadas¹² se presume el diagnóstico de embolias pulmonares que no pueden comprobar.

Asimismo, en este informe también se constató al microscopio (en necropsias) la existencia de engrosamiento de las paredes de las pequeñas arterias pulmonares con reducción de su lumen e infiltrado inflamatorio (endotelitis), así como signos de hipertensión pulmonar secundaria; la hipertensión pulmonar también fue constatada por mediciones hemodinámicas efectuadas por cateterismo de la arteria pulmonar.

Dos pacientes desarrollaron flebitis profunda de miembros inferiores sin factor de riesgo previo, lo que planteó la posibilidad de síndrome de hipercoagulabilidad asociado.

El infarto agudo de miocardio (con elevación del ST o sin ella) se constató sobre todo en la población no obstétrica; una paciente materna tuvo un infarto de corazón derecho y en total hubo 14 pacientes con episodios coronarios (18.6%) (Tabla 4), con una mortalidad del 50% (Tabla 5). El diagnóstico positivo fue efectuado sobre la base de los análisis clínicos, de enzimas, electrocardiografía, ecocardiografía y hallazgos necrópsicos.

La posibilidad de pericarditis asociada con el cuadro de miocardiitis fue comprobada por necropsia.

No se pudo constatar por elementos clínicos o necrópsicos la existencia de accidentes cerebrovasculares, a pesar de recogerse este dato en la bibliografía.

La actividad y los efectos proinflamatorios, proateroscleróticos, protrombóticos y procoagulantes de los productos

Tabla 6. Alteraciones hemodinámicas.

Parámetro	Caso 1 ♀ 14 horas fallece	Caso 2 ♀ 3 días fallece	Caso 3 ♂ 12 días vivo	% Caso 4 ♀ 22 días fallece
Gasto cardíaco	▲	▲	▲	▲
Índice cardíaco	▲	▲	▲	▲
Presión pulmonar sistólica, media y diastólica	▲	▲	▲	▲
Resistencia vascular sistémica	▼	▼	▼	▼
Resistencia vascular pulmonar	▼	▼	▼	▼
Índice de trabajo de ventrículo izquierdo	▲	▲	▲	▲
Índice de trabajo de ventrículo derecho	▲	▲	▲	▲
Contenido arterial de O ₂	▼	▼	▼	▼
Contenido sangre venosa mezclada O ₂	▼	▼	▼	▼
Diferencia arteria-venosa mezclada O ₂	▼	▼	▼	▼
Transporte O ₂	▲	▲	▲	▲
Consumo O ₂	▶	▶	▶	▶
Extracción O ₂	▼	▼	▼	▼

▲ aumenta, ▼ disminuye, ▶ normal.
Fuente: Encuestas.

que resultan de la reacción inflamatoria sistémica de la infección aguda más la actividad simpática incrementada, provoca un mayor consumo de oxígeno por el miocardio y otros tejidos sistémicos en un paciente con daño pulmonar grave que evoluciona a la hipoxemia refractaria; esto explica el desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno en un lecho vascular estresado y, por ende, la reducción del flujo sanguíneo y el sufrimiento del órgano diana.^{22,23}

La influenza puede actuar como estímulo transitorio de la reacción inflamatoria aguda y de la procoagulación, alterando la función endotelial. En un estudio se inocularon virus de la influenza A en modelos de 60 ratones ateroscleróticos deficientes en apolipoproteína E, lo que resultó en una fuerte infiltración de las placas ateromatosas por células inflamatorias, así como agregación plaquetaria y trombosis. Hay evidencias de la presencia de virus ARN en placas ateroscleróticas humanas, aunque se desconoce su importancia clínica. El virus de la influenza ejerce un efecto importante sobre las vías inflamatorias y de la coagulación que puede llevar a la desestabilización de placas ateroscleróticas vulnerables y a la oclusión coronaria. En conclusión, hay información sólida de que la influenza puede actuar como desencadenante de infarto agudo de miocardio y provocar la muerte por causa cardiovascular.²⁷

El *shock* séptico no fue siempre el evento final, aunque causó una mortalidad del 87.5% (Tabla 5). Además, en 4 (25%) casos (una paciente obstétrica) de patrones hemodinámicos medidos por cateterismo de arteria pulmonar, 3 de ellos fueron confirmados como influenza por el método PCR-RT.

En el *shock* séptico se informó una mortalidad de entre el 50% y el 60% 28,29 en la población adulta con sepsis grave. La cifra de mortalidad por *shock* en la FGETI en este estudio fue superior y reflejó la importante gravedad de estos casos.

Las variables hemodinámicas fueron medidas en 4 pacientes con *shock* séptico, a los cuales se les efectuó cateterismo de la arteria pulmonar; 3 fallecieron (2 embarazadas) y un hombre sobrevivió (Tabla 6). Todos mostraron patrones similares a pesar de reflejar distintos momentos de su evolución (14 horas; 3, 12 y 22 días).

Un patrón hiperdinámico siempre existió con gasto e índice cardíacos altos, con elevado índice de trabajo en ambos ventrículos y vasodilatación sistémica y pulmonar (resistencias pulmonares bajas que contrastaron con la hipertensión pulmonar medida a pesar de haber dos embarazadas, o por el uso

de dobutamina; la tensión arterial sistémica (tomada por cateterismo intraarterial) fue variable según el comportamiento de otros parámetros (volemia, función miocárdica, etcétera).

El contenido arterial de oxígeno siempre bajo señaló el importante trastorno de la hematosis a nivel pulmonar, lo que explicó la hiperdinamia del corazón, que trató de suplir con un transporte elevado su carencia a pesar del consumo normal o ligeramente elevado de éste a nivel periférico; esto se tradujo, en definitiva, en una extracción tisular baja, expresión de la hipoxia citopática que se instaló a nivel tisular y que le confirió a la larga su carácter irreversible. En los fallecidos persistió el patrón hiperdinámico hasta el final.

El *shock* de inicio fue de etiología séptica pero terminó siendo multifactorial, con un importante componente cardiogénico por la depresión miocárdica que se estableció.

La insuficiencia renal aguda se presentó en 13 (17.3%) pacientes (Tabla 4), con una mortalidad del 92.3% (Tabla 5). La baja incidencia de insuficiencia renal aguda se estimó que fue por una reanimación inicial adecuada, debido a que el trastorno hemodinámico fue la principal causa al no haber coagulopatía importante.

La disfunción del hígado (no hubo insuficiencia hepática aguda) se planteó en 9 casos (12%) (Tabla 4). La rabdomiólisis fue demostrada en dos pacientes que no presentaron insuficiencia renal. Sólo hubo un enfermo con trastorno de la coagulación no importante. La participación neurológica se limitó a dos pacientes: uno con síndrome de Guillain-Barré (falleció) y otro con encefalopatía difusa (vivo).

Massingale⁷ informó que de 642 casos confirmados de influenza por virus A H1N1 en 41 estados, fueron hospitalizados 36 (9%), de los cuales sólo se tienen datos disponibles de 22; de ellos, 12 (54.5%) son portadores de neumonía grave, 8 (36.3%) requieren cuidados intensivos y 4, asistencia ventilatoria (50% de los ingresados en la UCI); de los pacientes en la UCI fallecieron 2 (25%).

En el estudio de Raffo¹² se señalan, desde abril hasta el 27 de junio de 2009, más de 300 ingresos con neumonía de la comunidad en el hospital Profesor Alejandro Posadas: en la UCI ingresan 28 pacientes con neumonía grave; 24 (85.7%) reciben VMA por insuficiencia respiratoria, 21 (75%) presentan un cuadro de *shock* y 9 (32.1%), insuficiencia renal aguda. Se informaron 14 (50%) fallecidos de 28 pacientes ingresados en la UCI.

Domínguez-Cherit¹¹ informa el resultado de un estudio observacional de 58

pacientes críticos de 899 (6.5%) con influenza H1N1 durante 69 días; 56 (96.5%) fueron sometidos a VMA por IRA e hipoxemia refractaria; en 60 días, 24 pacientes (41.4%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 28.9%-55.0%) fallecen.

En el estudio prospectivo observacional de Kumar¹⁹ se informa que de 168 pacientes críticamente enfermos desde el 16 de abril hasta el 12 de agosto de 2009 en Canadá, 136 (81%) requirieron VMA por fallo respiratorio; del total murieron 29 (17.3%; IC 95%, 12.0%-24.0%).

Jain¹⁴ señala que de 272 pacientes evaluados, 67 (25%) ingresan en la UCI, de los cuales 9 fallecen. De estos 67 ingresos, 42 (63%) requieren VMA, 24 (35.8%) presentan IRA y 21 están sépticos.

En el estudio de Rello⁸ se indica que, de 32 ingresos, 24 (75%) pacientes necesitaron VMA; 6 fallecieron en los primeros 28 días y 2 más en los días posteriores. En otro estudio³⁰ se informa acerca de los primeros 32 casos de influenza en España, de los que se dispone la evolución completa sólo en los confirmados por PCR o cultivo viral. Se señala que 29 pacientes (90.6%) en 39 días presentaron neumonía viral primaria, y sólo 2 casos (3.1%) ingresaron por la exacerbación de una patología respiratoria y 1 (3.1%) por una neumonía bacteriana secundaria; 24 pacientes (75%) presentaron disfunción multiorgánica; 24 (75%) requirieron VMA; 6 fallecieron en los primeros 28 días y se produjeron 2 muertes más en los días posteriores (8/32/25%).

Conclusiones

El número de ingresos por formas graves de ETI en adultos en UCI fue bajo en relación con el total de ingresos acumulados en la provincia; no obstante, presentaron un riesgo aumentado de sufrir complicaciones graves. La población no obstétrica tuvo una mortalidad mayor que la obstétrica, con un importante índice de ingresos de esta última. El compromiso corazón/pulmón fue la más importante de la disfunción/insuficiencia multiorgánica. La mortalidad global y la obstétrica en la UCI resultaron inferiores a las informadas en estudios internacionales revisados. La insuficiencia renal aguda, las complicaciones cardiovasculares y el SDPA/IRA tuvieron alta mortalidad. No hubo asociación con trastornos de la coagulación. Se establecieron la frecuencia de ingreso, las complicaciones presentadas, la evolución y la mortalidad, los factores de riesgo y las enfermedades previas en las FGETI, en los pacientes ingresados en la UCI.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siic.salud.com

Aspectos Epidemiológicos de la Población Ambulatoria en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital General



José Faccioli

Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Función que desempeña: Médico de planta, Hospital Italiano de Buenos Aires;

Docente adscripto a la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Participaron en la investigación: C. Finkelsztein, A. Job, M. Guinzbourg de Braude, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa,
especialidades médicas
relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de los autores.

Resumen

En las últimas décadas, la aparición de las sucesivas versiones del DSM-IV y la CIE 10 han contribuido a una mayor coherencia diagnóstica en el ámbito de la psiquiatría, favoreciendo así la búsqueda de datos epidemiológicos alrededor de los trastornos mentales que afectan a nuestras poblaciones. En tanto numerosos trabajos se abocan a trastornos específicos, escasos trabajos reflejan la consulta ambulatoria que abarque todas las patologías de la salud mental. El objetivo de este estudio de carácter descriptivo y exploratorio es obtener datos epidemiológicos de la población consultante, los diagnósticos prevalentes y los factores estresantes asociados para orientar los posibles abordajes terapéuticos. La metodología utilizada fue el relevamiento de 1 928 historias clínicas de los pacientes evaluados por los médicos admisores, psiquiatras de larga trayectoria clínica y que comparten un marco teórico común.

Abstract

In recent decades, the successive versions of DSM-IV and ICD-10, have contributed to a greater diagnostic consistency in the field of psychiatry, thereby facilitating the search for epidemiological data on mental disorders affecting our populations. While a great number of papers are particularly related to specific psychiatric diseases, only a few studies reflect the outpatient psychiatric clinical practice covering all mental health disorders. The aim of this descriptive and exploratory study is to obtain epidemiological data on the outpatient psychiatric population, their prevalent diagnoses and the associated stressors, in order to guide future therapeutic approaches. The methodology used was a survey of 1928 medical records of patients evaluated by admission physicians -all of them experienced clinical psychiatrists- who shared a common theoretical framework.

Introducción

En los últimos tiempos se han producido pocos artículos acerca de epidemiología psiquiátrica abarcativa de los trastornos mentales, especialmente cuando se intenta abordar la consulta en general y no la epidemiología específica de algún trastorno en particular o las afecciones mentales de determinado grupo etario o sexo en especial.

Estas características de los trabajos epidemiológicos podrían atribuirse a que la tarea resulta "lenta y trabajosa"¹ y a que los trabajos con los que se cuenta suelen haber sido objeto de críticas debido a las diferencias de los muestreos, la composición de los grupos etarios, los criterios diagnósticos aplicados, los instrumentos utilizados y los períodos históricos cubiertos,² que inciden en la validez y comparabilidad de los resultados. Parecería que todos estos factores no suelen motivar lo suficiente nuevas búsquedas epidemiológicas de orden más general, a pesar de que las propuestas de nomenclaturas diagnósticas actuales, la aparición de herramientas de medición específicamente elaboradas y altamente confiables, así como el avance de la estadística e informática actuales favorecen que estos estudios sean posibles.

Este trabajo está inspirado en eva-

luaciones anteriores que realizamos en 1978 y 1995.⁶ Ha sido facilitado en esta ocasión por una mayor coherencia diagnóstica resultante de los códigos compartidos por los profesionales de nuestro servicio en el uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y su incidencia en la mayor sistematización de los datos recogidos en las historias clínicas de admisión a partir de nuestra experiencia anterior.

Hemos procedido en esta oportunidad a evaluar, además, los factores desencadenantes de los trastornos, prefiriendo una modalidad más sistemática de agrupación de los motivos de consulta a partir de la Escala de Sucesos de Paykel.³

Objetivos

Analizar las características demográficas de la población consultante. Categorizar a los pacientes que consultan por primera vez o son readmitidos. Detectar la presencia de enfermedad orgánica asociada. Detectar la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos. Determinar la existencia o no de factores estresantes en los pacientes consultantes. Observar los factores estresantes con mayor prevalencia entre los pacientes consultantes. Dejar cons-

tancia de los diagnósticos y el tipo de tratamiento indicado.

Metodología

Recolección de datos

Se incluyeron todos los pacientes ambulatorios consultantes del Hospital Italiano durante 2007, mayores de 16 años de edad, lo que representa un total de 2 012 pacientes. Se excluyeron aquellas consultas que no contaron con la información completa, por lo que finalmente en esta presentación los datos pertenecen a 1 928 pacientes. El umbral etario aplicado es similar al utilizado en otros estudios epidemiológicos diseñados para identificar las enfermedades padecidas por la población adulta.²

La información fue volcada en una base de datos informatizada (SPSS)⁴ a partir de la cual se procesaron los datos.

Para la valoración de los factores estresantes, se utilizó la Escala de Sucesos de Vida de Paykel,³ que se presenta en la Tabla 1.

Las variables analizadas son: sexo, edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, nacionalidad, enfermedad orgánica asociada, antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, tipo de tratamiento indicado, diagnóstico y factor estresante asociado.

Resultados

Características demográficas

La mayoría de la población consultante es argentina (90.3%) y sólo un 9.7% es extranjero. El 77.3% reside en la ciudad de Buenos Aires, en tanto que sólo el 20.8% pertenece a las adyacencias de la ciudad y un 1.9% al interior del país. Por lo tanto, la muestra es representativa de la población de una gran ciudad.

La media de edad en nuestra muestra es de 44.27 años, con una desviación estándar de 2.04. A diferencia de otros trabajos que tienen una distribución más homogénea por segmento etario, en nuestro grupo la población consultante es definitivamente perteneciente a la etapa final de la edad joven (36.3%).

Dado que nuestro Servicio recibe pacientes a partir de los 16 años, es importante tener en consideración que esta franja etaria tiene una menor extensión y por ende los pacientes pueden estar afectados por menos factores estresantes que en las restantes etapas de la vida. En nuestro caso, tomamos dentro de esta franja a sujetos sólo entre 16 y 21 años, a diferencia de los otros segmentos que abordan un promedio de 20 años (adultez joven y media).

En relación con la distribución de la consulta por sexos, 70.2% son mujeres y 29.8% varones. Este porcentaje coincide con los hallazgos encontrados frecuentemente en los estudios epidemiológicos, donde se observa una mayor frecuencia de consulta por parte del sexo femenino.

El predominio de la consulta por parte de las mujeres es coincidente en nuestra muestra con la realizada por Gola y col.¹ en 1999 en hospitales municipales y con los datos proporcionados en diversos países.

Las consultas corresponden mayoritariamente a personas solteras (45.5%), seguidas por las casadas, que alcanzan un 32.1%. Las personas separadas o viudas representan un pequeño segmento de la consulta (11.2%). El estado civil resulta compatible con las franjas etarias de mayor consulta.

Los niveles educativos son predominantemente medios. Es escasa la población consultante que cuenta sólo con estudios primarios, siendo ésta una característica significativa en relación a que nuestra población pertenece a sectores medios de la sociedad cuando se toman en cuenta niveles educativos y de remuneración económica.

El 49%, o sea casi la mitad de la población consultante, se encuentra activa en el ámbito laboral. El porcentaje de desocupados es proporcionalmente muy bajo y los otros segmentos se

distribuyen en proporciones equivalentes, incidiendo el sexo en el caso de las amas de casa y la condición de estudiante para el segmento joven. Esto es compatible con que se trata de un sistema de cobertura paga y con que eventualmente los consultantes están cubiertos a través de contratos de obras sociales. La condición de empleo en ambos casos parece ser uno de los sesgos de inclusión importantes que caracteriza a nuestra población (Tabla 2).

Admisión y readmisión

Con respecto a la consulta, si es por primera vez o una readmisión, el 79.3% consulta por primera vez y el 20.7% son pacientes readmitidos por el servicio. En nuestro caso, nos pareció importante establecer esta diferenciación a los efectos de instaurar criterios de readmisión y de detectar qué tipo de patologías registra el reingreso, constituyendo así cuadros de evolución crónica o resistente al tratamiento.

Enfermedad orgánica asociada

Dado que nuestro Servicio de Psiquiatría pertenece a un hospital general, nos pareció interesante indagar en las posibles comorbilidades de los trastornos psicopatológicos con otros trastornos somáticos.

En nuestra muestra, las enfermedades cardíacas son las que con mayor frecuencia concurren dentro del bajo porcentaje que representan las enfermedades orgánicas. A ello le siguen los pacientes con trastornos oncológicos, constituyendo ambas patologías las que mayor incidencia y prevalencia tienen actualmente en la salud general de la población (Tabla 3).

Factores estresantes

En este punto, tal como indicamos anteriormente, utilizamos la Escala de Paykel (véase Tabla 1)³ para organizar los motivos de consulta, asociándolos según los relatos de los pacientes a los factores estresantes que generaban la sintomatología. Preferimos, en un segundo momento, agruparlos por categorías para evitar la dispersión estadística.

Los factores que promueven la consulta se asocian básicamente con problemas sociofamiliares. En segundo lugar figuran los problemas de salud y en tercer lugar los duelos, quizá por las vivencias de desamparo que éstos generan y que pueden a su vez favorecer el pedido de ayuda. El porcentaje de pacientes que consultan sin presentar un factor desencadenante es significativo.

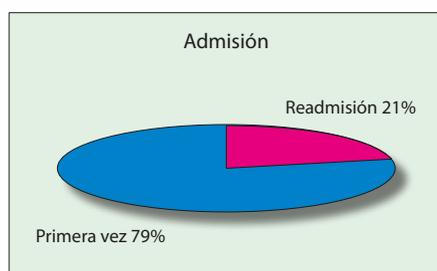
Hemos tenido que agregar ítem complementarios que no habían sido contemplados en la escala original de su-

Tabla 1. Escala de sucesos de vida.

Escala de sucesos de vida (Paykel, 1983)
1. Fallecimiento de un hijo
2. Muerte de esposo/a
3. Sentencia de cárcel
4. Muerte de familiar cercano
5. Infidelidad conyugal
6. Dificultad financiera, Quiebra, Deuda importante
7. Fracaso laboral
8. Incendio
9. Interrupción de embarazo, Aborto espontáneo o no esperado
10. Divorcio
11. Separación marital debido a peleas
12. Citación judicial debido a violación seria de la ley
13. Embarazo no deseado
14. Hospitalización de un miembro de la familia (enfermedad grave)
15. Desempleo (al menos 1 mes)
16. Muerte de amigo cercano
17. Disminución de incentivo laboral sin acuerdo
18. Enfermedad orgánica personal importante, (hospitalización o más de 1 mes de licencia)
19. Comienzo de una relación extramarital
20. Pérdida de objeto personal valioso
21. Pleito judicial
22. Fracaso académico (curso o examen importante)
23. Casamiento de un menor en contra del deseo de padres quienes responden
24. Ruptura de noviazgo o compromiso
25. Incremento de discusiones conyugales
26. Incremento de disputa con familiar que cohabita
27. Incremento de disputa con novio/a
28. Sacar un crédito/préstamo importante (más de la mitad de los ingresos anuales)
29. Reclutamiento militar de un hijo
30. Discusión con compañero de trabajo
31. Discusión con miembro de la familia no conviviente
32. Migración a otro país
33. Menopausia
34. Dificultades financieras moderadas (incremento de expensas o impuestos)
35. Separación de persona significativa (amigo o familiar)
36. Rendir un examen importante
37. Separación marital de mutuo acuerdo
38. Cambio en horarios laborales (horas extras o segundo trabajo)
39. Inclusión de familiar o nuevo integrante en el hogar
40. Jubilación
41. Cambio en las condiciones laborales (nuevo sector o nuevo jefe)
42. Cambio en el estatuto del trabajo
43. Interrupción de noviazgo (de al menos 3 meses de duración)
44. Mudanza a otra ciudad
45. Cambio de escuela
46. Terminación de estudios académicos full time (graduación o abandono)
47. Alejamiento de los hijos del hogar (por estudios, trabajo, etc.)
48. Reconciliación marital (luego de que un integrante dejó la casa)
49. Violación legal menor
50. Nacimiento de un hijo vivo (para la Madre)
51. Esposa que deviene embarazada
52. Casamiento
53. Ascenso (promoción)
54. Enfermedad personal física menor (requiere atención)
55. Mudanza en la misma ciudad
56. Nacimiento o adopción de hijo (para el Padre)
57. Comienzo de ciclo educativo (tiempo completo o parcial)
58. Compromiso del hijo
59. Comprometerse
60. Embarazo deseado
61. Casamiento del hijo con aprobación de los padres
62. Ausencia de factor estresante
63. Factor estresante ausente en la lista

Tabla 2. Características demográficas.

		Frecuencia	Porcentaje
Nacionalidad	Argentina	1 741	90.3%
	Extranjera	187	9.7%
	Total	1 928	100.0%
Edad	Hasta 21	243	12.6%
	22-40 años	700	36.3%
	41-65 años	597	31.0%
	66-85 años	372	19.3%
	Más de 85 años	16	0.8%
	Total	1 928	100.0%
Sexo	Femenino	1 353	70.2%
	Masculino	575	29.8%
	Total	1 928	100.0%
Estado civil	Soltero	878	45.5%
	Casado	619	32.1%
	Separado	215	11.2%
	Viudo	216	11.2%
	Total	1 928	100.0%
Nivel educativo	Primario incompleto	53	2.7%
	Primario completo	195	10.1%
	Secundario incompleto	181	9.4%
	Secundario completo	492	25.5%
	Terciario incompleto	88	4.6%
	Terciario completo	236	12.2%
	Universitario incompleto	409	21.2%
	Universitario completo	274	14.2%
	Total	1 928	100.0%
Ocupación	Ama de casa	334	17.3%
	Estudiante	348	18.0%
	Trabajador	897	46.5%
	Jubilado	190	9.9%
	Desocupado	114	5.9%
	Otro	20	1.0%
	Estudia y trabaja	25	1.4%
	Total	1 928	100.0%
Lugar de residencia	Capital Federal	1 490	77.3%
	Gran Buenos Aires	401	20.8%
	Interior del país	37	1.9%
	Total	1 928	100.0%
Admisión	Primera vez	1 529	79.3%
	Readmisión	399	20.7%
	Total	1 928	100.0%

**Figura 1.** Admisión y readmisión.

cesos de vida de Paykel³ de 1983, asociados a hechos sociales traumáticos vinculados a la violencia, abusos, secuestros y robos u otros daños padecidos en el ámbito familiar o social que no encuentran registro en la escala mencionada.

Los acontecimientos sociofamiliares afectan especialmente a la franja de adultez media (162) y joven (155), disminuyendo en mayores de 65 años y en jóvenes menores de 21 años.

Le siguen en orden de importancia los aspectos de escolaridad, especialmente en los sujetos más jóvenes: 32 en la franja de 16 a 21 años y 29 en los de 22 a 40 años.

Tanto la salud como las relaciones afectivas –especialmente, en este caso, de pareja– afectan de la misma manera a los jóvenes, pero los factores estresantes o preocupaciones relacionadas con problemas de salud aumentan con la edad, alcanzando su máxima expresión en el período central de la vida, ya sea por causa de salud de familiares cercanos o salud propia. El tema de los duelos también aumenta con la edad, alcanzando cifras considerables en la edad media de la vida, disminuyendo luego en la tercera edad.

La relación entre los factores estresantes y el sexo parece en todos los casos afectar más a las mujeres. En los distintos factores estresantes: trabajo, escolaridad, finanzas, salud, duelo, mudanzas, relaciones de pareja o convivencia, acontecimientos sociofamiliares e incluso robos, el sexo femenino parece ser singularmente favorable a padecer, registrar y demostrar mayor vulnerabilidad.

Diagnóstico de eje I

Es importante destacar que casi todos los pacientes evaluados fueron diagnosticados con algún trastorno en el eje I o código Z, que merece especial atención profesional, de acuerdo con lo establecido por el DSM-IV. Categorizamos como problema

biográfico (DSM-IV Z60.9 V62.89) cuando el objeto de atención clínica es un problema asociado con una etapa del desarrollo o con otra circunstancias de la vida que no se debe a un trastorno mental o que, si es debido a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen problemas asociados con la incorporación al colegio, el abandono del control de los padres, el comienzo de una nueva profesión y los conflictos relacionados con el matrimonio, el divorcio y la jubilación.

Dentro del eje I, en primer orden, los trastornos adaptativos son la consulta más frecuente, y en segundo lugar, los trastornos del estado de ánimo, seguidos por los de ansiedad.

La alta frecuencia de las consultas por ansiedad y depresión parece ser el eje de la atención psiquiátrica actual. Un porcentaje importante también consulta por motivos sociofamiliares categorizados en el código Z, entre ellos los problemas biográficos.

Los trastornos alimentarios y por adicciones suelen iniciarse durante la primera fase de la juventud, pero en nuestro caso presentan igualmente cifras altas en la franja de 22 a 40 años. En relación a los trastornos alimentarios, la cifra disminuye en el segmento de mediana edad, o sea de 41 a 65 años, en tanto que en el caso de las adicciones, esta disminución no resulta tan significativa. Debemos aclarar que en nuestra muestra las edades promedio superan las medias de que informan otros trabajos sobre algunas patologías específicas como los trastornos alimentarios y las adicciones, denotando la evolución crónica de los trastornos mencionados.

La mayor cantidad de trastornos adaptativos afecta especialmente a la adultez joven o sea la franja entre 22 y 40 años.

De manera similar, los trastornos de ansiedad, los biográficos y conyugales afectan primordialmente a esta franja etaria.

Sería importante diferenciar dentro de los trastornos afectivos cuántos corresponden a la tercera edad, toda vez que las categorías asociadas a trastornos cognoscitivos parecen haberse refinado, desplazando a los anteriores.

Los trastornos de este último tipo comienzan durante la mediana edad, pero se tornan más relevantes a partir de los 65 años.

Con excepción de los trastornos por adicción, con mayor prevalencia en el sexo masculino, la totalidad de los trastornos registrados afecta preferentemente a las mujeres (Tabla 4).

Tipo de tratamiento indicado

A nivel de los abordajes actuales, tanto las diferentes formas de psicoterapia como la medicación constituyen los pilares de la terapéutica psiquiátrica actual. Es probable que la baja incidencia de derivaciones a internación responde a que las patologías graves en episodios agudos generalmente entran a consulta por el sistema de guardias. En tanto que las patologías psicóticas de evolución cronicada forman parte más bien de la inclusión dentro de un hospital de día o son institucionalizadas, no siendo las consultas más habituales en un consultorio externo. También nos parece relevante la existencia de un grupo que –aunque limitado en número– abandona los tratamientos.

Las patologías que presentaron mayor prevalencia de readmisión en nuestra muestra fueron: los trastornos adaptativos, seguidos por los trastornos del estado de ánimo y, en tercer lugar, las adicciones (Tabla 5).

Conclusiones

Dado que a nivel mundial, y por ende también en nuestro país, son escasos los estudios epidemiológicos sobre consulta general en psiquiatría, nos ha parecido útil abocarnos a realizar esta búsqueda, que nos brinda un panorama actualizado acerca de la consulta ambulatoria actual.

En relación con otros estudios,² y en coincidencia con lo observado por estos autores, constatamos que nuestra población podría ser representativa de las patologías de consulta de las grandes urbes o ciudades industrializadas del mundo occidental. No obstante, es importante aclarar que por la procedencia y constitución de nuestro grupo de pacientes consultantes es necesario tomar en consideración estos factores como posibles sesgos por pertenecer a un sector de clase media, tanto por su nivel educativo, como por su situación económica, con un alto porcentaje de población laboralmente activa.

En coincidencia con los umbrales etarios de otros estudios similares,² la mayor frecuencia de consultas coincide también con las documentadas por estos autores, afectando especialmente a población joven de edad juvenil y media, con una edad promedio que se ubica entre los 18 y los 40 años. En cuanto al sexo de los pacientes, son las mujeres (71.2%) quienes más solicitan atención, lo que coincide con registros internacionales al respecto.

Ciertas patologías resultan exponencialmente representativas al aparecer asociadas a ciclos vitales: por ejemplo, las adicciones, los trastornos alimentarios en la franja adolescente o juvenil,

Tabla 3. Enfermedades orgánicas asociadas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Alergias y asma	44	2.3	2.3	2.3
Cáncer	80	4.1	4.1	6.4
Cefalea	15	0.8	0.8	7.2
Gastritis	19	1.0	1.0	8.2
Hipercolesterolemia	7	0.4	0.4	8.6
Colon irritable	13	0.7	0.7	9.2
Diabetes	30	1.6	1.6	10.8
Enfermedad de Parkinson	4	0.2	0.2	11.0
Hepatitis	18	0.9	0.9	11.9
Alteraciones tiroideas	37	1.9	1.9	13.8
Infección por VIH	4	0.2	0.2	14.1
Hipertensión arterial y cardiopatías	142	7.4	7.4	21.4
Psoriasis	6	0.3	0.3	21.7
Enfermedades neurológicas	30	1.6	1.6	23.3
Enfermedad orgánica no declarada	1 479	76.7	76.7	100.0
Total	1 928	100.0	100.0	

Tabla 4. Eje I.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
TCA	72	3.7	3.7	3.7
Adicción	114	5.9	5.9	9.6
Trastornos psicóticos	28	1.5	1.5	11.1
Bipolar	9	0.5	0.5	11.6
Trastornos del estado de ánimo	287	14.9	14.9	26.5
Distimia	19	1.0	1.0	27.4
Trastorno de ansiedad	148	7.7	7.7	35.1
Trastorno por estrés	38	2.0	2.0	37.1
Trastorno adaptativo	653	33.9	33.9	71.0
Trastorno somatomorfo	23	1.2	1.2	72.1
Trastorno del sueño	17	0.9	0.9	73.0
Trastorno del control de los impulsos	12	0.6	0.6	73.7
Problemas biográficos	80	4.1	4.1	77.8
Problemas conyugales	143	7.4	7.4	85.2
Duelo	66	3.4	3.4	88.6
Problemas paterno filiales	75	3.9	3.9	92.5
Trastornos cognitivos	62	3.2	3.2	95.7
Diagnóstico aplazado en eje I	19	1.0	1.0	96.7
Diagnóstico aplazado en eje II	23	1.2	1.2	97.9
Ausencia eje I con eje II	40	2.1	2.1	100.0
Total	1 928	100.0	100.0	

Tabla 5. Tipo de tratamiento indicado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Medicación	316	16.4	16.4	16.4
Mixta	349	18.1	18.1	34.5
Hospital de día	32	1.7	1.7	36.2
Internación	9	0.5	0.5	36.6
Incumplimiento terapéutico	164	8.5	8.5	45.1
Atención domiciliaria	5	0.3	0.3	45.4
Psicoterapia	763	39.6	39.6	85.0
Grupal	290	15.0	15.0	100.0
Total	1 928	100.0	100.0	

los problemas de duelo en la etapa de madurez tardía o problemas de tipo involutivo cognitivo en la vejez.

Dentro de los trastornos de ansiedad y depresión, estas categorías constitu-

yen, coincidiendo con Gola y col.,² la mayoría de los motivos de consulta. En este sentido, esta tendencia parecería mantenerse históricamente, si tomamos en cuenta el trabajo realizado por

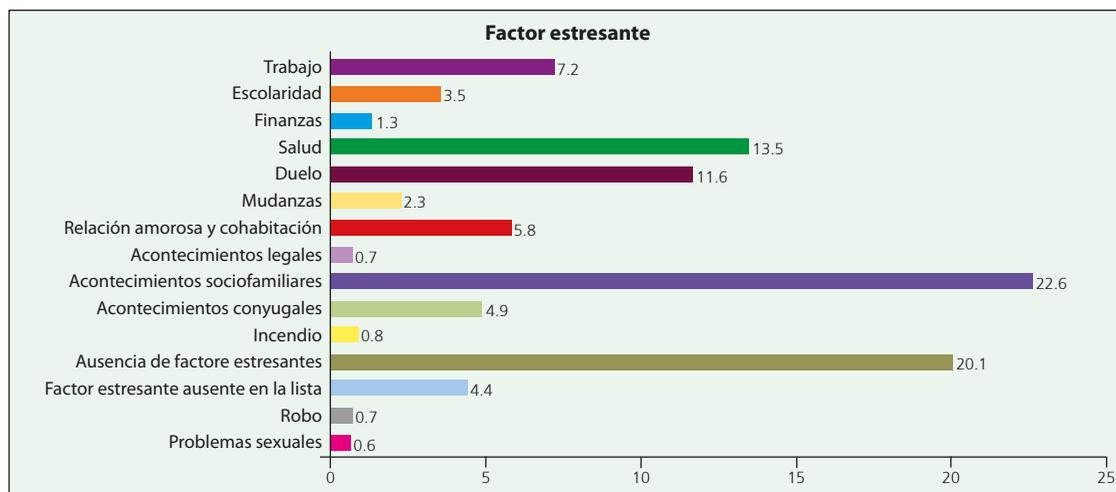


Figura 2. Factores estresantes.

Hirsch y Rosarios,⁵ y que es coincidente con nuestros hallazgos.

En nuestro caso, el alto porcentaje de trastornos adaptativos, en sus distintas categorías, podría responder a consultas incipientes fruto de una adecuada y rápida detección por el médico de cabecera, de un mayor nivel de conciencia de conflicto sustentado por el nivel cultural de los pacientes, y de una mayor accesibilidad a la atención en salud mental asociada a los recursos socioeconómicos de dichos pacientes.

En trabajos anteriores,² se tomaron los motivos de consulta, los signos clínicos o ambos indistintamente para realizar la categorización diagnóstica. Entendemos que esta superposición puede llevar a ciertas asociaciones menos rigurosas que separar ambos ítem en signos clínicos compatibles con la descripción de las categorías diagnósticas del DSM-IV y por otro lado establecer una categorización de factores estresantes o eventualmente su ausencia para así establecer correlaciones entre ambas categorías.

Por este motivo, procedimos a evaluar los factores estresantes a través de la Escala de Sucesos de Vida de

Paykel.³ De acuerdo con dicha escala, el 26.28% de los pacientes efectúa la demanda de consulta a raíz de problemas sociofamiliares. A este porcentaje, habría que sumarle el 16.01% que la asocia a conflictos conyugales y el 12.1% a duelos o pérdidas significativas. Teniendo en cuenta que, aunque se trata de vicisitudes de distintas relaciones, todas están asociadas a problemas inherentes a las relaciones interpersonales. Si sumáramos los datos anteriormente mencionados, nos encontraríamos con que más de la mitad de las consultas (55.39%) se deben a problemas o situaciones de orden afectivo. Le siguen en importancia las preocupaciones por problemas de salud. Por otra parte, el porcentaje de pacientes psicóticos admitidos por consultorios externos resulta poco representativo en esta muestra. Creemos que es compatible con la evolución crónica de muchos que ya han seguido otro curso de tratamiento, que ingresan directamente a sala de internación o que consultan por guardia.

Es importante tomar en consideración la frecuencia de diagnósticos en eje I de los códigos Z del DSM-IV, o sea de otros problemas que no constituyen

un trastorno clínico pero sí merecen ser objeto de atención médica.

La ausencia de los ejes II en los diagnósticos de consulta arroja luz sobre las dificultades de realizar en una primera entrevista un acercamiento a los rasgos prevalentes de personalidad. Dado que el médico admisor, en la primera entrevista, centra su atención en los signos y síntomas que prioritariamente requieren su intervención o porque la misma constelación sintomática en muchos casos empaña la visión de los rasgos por desestabilización de la estructura, observamos que la mayoría de nuestros pacientes no son diagnosticados por su patrón habitual de comportamiento, aun cuando sea este mismo patrón o trastorno de personalidad el causante de la aparición de los síntomas por los que consultan (eje I).

Una de las críticas que se le pueden formular a este trabajo lo constituye básicamente el sesgo de la muestra por efecto de las características demográficas poblacionales.

A su vez, el hecho de que los pacientes sean derivados por sus médicos de cabecera puede actuar al excluir casos clínicos no detectados.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siic.salud.com

Bibliografía

- Gola C, Milano L, Roca A. Estudio epidemiológico de población adulta que demanda atención ambulatoria en servicios de Psicopatología y Salud Mental de Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA 4:(1) 1999.
- Vicente S, Vicente BP, Rioseco P, Valdivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM III-R/CIDI) (ECPP) Revista Médica

de Chile 130(5) 2002.

- Paykel ES, Bprussoff EH, Uhlenhuth. Scaling of live events. Arch Gen Psychiatry 25, 1971.
- Statistical package for the Social Sciences (SPSS). Software.
- Hirsch H, Rosarios L. Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del cambio. Nadir Editores, Buenos Aires, 1985.

Entrevista

Reportajes a prestigiosos profesionales del mundo entrevistados por los redactores, corresponsales, columnistas o consultores médicos de SIIC.

Epidemiología de los Accidentes Ocupacionales en Médicos Residentes

“El conocimiento de los mecanismos de exposición, los riesgos de transmisión y los métodos de prevención puede ayudar a los trabajadores del área de la salud a crear un entorno laboral seguro.”

Entrevista exclusiva a

Luis Felipe Tapias-Vargas

Médico y Cirujano, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

Bibliografía, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Bucaramanga, Colombia (especial para SIIC)

El riesgo biológico es el más frecuente en el ambiente laboral de los trabajadores de la salud, el cual los expone a enfermedades infectocontagiosas. Se estima que en Estados Unidos ocurren de 500 000 a 600 000 accidentes biológicos al año, cifra que desconocemos en países de América Latina. Esto ilustra la magnitud del problema, el cual se cree puede ser proporcionalmente más significativo cuando se trata de personal en entrenamiento. El conocimiento de los mecanismos de exposición, los riesgos de transmisión y los métodos de prevención puede ayudar a los trabajadores del área de la salud a crear un entorno laboral seguro. Con este propósito en mente, estudiamos las características y los factores asociados con los accidentes biológicos en los médicos residentes de la Universidad Industrial de Santander de Bucaramanga, Colombia.

SIIC: ¿Cuáles son las principales características de los accidentes biológicos en los trabajadores del área de la salud?

LTV: Los accidentes biológicos en los trabajadores del área de la salud se dan en el contexto de la exposición que se tiene ante diferentes fluidos corporales durante el cuidado de los pacientes. Estos pueden clasificarse de muchas maneras, por ejemplo, de acuerdo con el mecanismo de manifestación pueden ser percutáneos (los más frecuentes, como el pinchazo con una aguja) o por salpicaduras sobre piel no intacta o mucosas. También pueden clasificarse de acuerdo con el riesgo de infección, el cual



depende de las características del paciente fuente y del mecanismo del accidente.

¿Por qué los médicos residentes se consideran un grupo de mayor vulnerabilidad?

Se considera que los médicos residentes son un grupo de mayor vulnerabilidad debido a la relativa inexperiencia inherente a su período de entrenamiento y a que se encuentran expuestos a grandes volúmenes de pacientes y extensas jornadas laborales. Algunos estudios han demostrado que los médicos residentes son los más frecuentemente involucrados en accidentes biológicos, seguidos por las enfermeras y los estudiantes de medicina.

Por favor, describa brevemente el protocolo del estudio.

En la Universidad Industrial de Santander de Bucaramanga, Colombia, realizamos un estudio de corte transversal (encuesta) de los médicos residentes de diferentes especialidades médicas (medicina interna y pediatría) y quirúrgicas (anestesiología, cirugía general, ginecología y obstetricia, ortopedia y patología). El instrumento de la encuesta fue anónimo e indagó sobre características demográficas, los elementos de protección utilizados de manera rutinaria al realizar procedimientos invasivos, el sufrimiento de accidentes biológicos, las características del último accidente (lugar del hospital, procedimiento que se estaba realizando, elemento causal, la causa percibida del accidente, su informe, entre otras), el conocimiento de los protocolos posexposición y la idoneidad de la capacitación en bioseguridad recibida durante su entrenamiento.

¿Qué características demográficas se destacaban en el grupo de análisis?

Encuestamos un total de 73 médicos residentes. Llamó la atención el predominio de hombres (62%), sobre todo en especialidades como cirugía y ortopedia. Lo contrario ocurrió en pediatría, donde las mujeres fueron predominantes. La mediana de edad para la cohorte completa fue de 28 años (rango, 22 a 46 años).

¿Cuál fue la prevalencia de accidentes biológicos en la cohorte de residentes que participaron del estudio?

Del total de residentes encuestados, 35 (48%) informaron



haber sufrido, al menos, un accidente biológico en su vida. De estos, 29 (39.8%) señalaron haber presentado al menos uno durante el curso del programa de residencia y 6 (8.2%) indicaron haber tenido el último accidente durante la escuela de medicina (pregrado). Los residentes de especialidades quirúrgicas sufrieron más frecuentemente accidentes durante la residencia que aquellos que cursaban una especialidad médica (55.6% frente a 14.3%; $p < 0.001$), al mismo tiempo que sufrieron más accidentes por residente (1.31 frente a 0.14 accidente/residente; $p = 0.001$). Las especialidades que informaron

un mayor número de accidentes por residente fueron ginecología y obstetricia (2.64 accidenteS/residente) y cirugía general (1.25 accidente/residente).

¿Se reconocieron factores asociados con los accidentes biológicos?

Como factores asociados con el hecho de sufrir un accidente biológico durante la residencia encontramos que el cursar una residencia quirúrgica aumenta más de 3 veces el riesgo y que el hecho de haber sufrido un accidente biológico durante la escuela de medicina (pregrado) eleva este riesgo 2.5 veces.

¿Cuál fue la actitud de los médicos residentes luego de sufrir un accidente biológico?

Este es un punto muy interesante pero que a la vez causa preocupación. Luego de sufrir un accidente biológico, el 31% de los médicos residentes no informaron el accidente biológico a la oficina de salud ocupacional. La mayoría no lo hicieron porque consideraban que se trataba de un paciente sin riesgo o, más preocupante aún, por falta de tiempo. Cuando no se informan los accidentes, no se puede realizar el seguimiento adecuado para prevenir la aparición de una infección viral. Esto confirma que los sistemas de informe con los cuales contamos actualmente en nuestro medio son deficientes y necesitan reestructurarse y volverse más accesibles.

¿Considera que los resultados obtenidos son similares a los de otras observaciones previas?

Nuestro estudio extendió observaciones previas realizadas en países anglosajones. Confirmamos que la mayoría de los accidentes ocurren en los dos primeros años de residencia; en general son pinchazos con agujas, son autoinfluidos y se producen más frecuentemente en residentes de especialidades quirúrgicas. Sin embargo, demostramos que en nuestra Universidad, aproximadamente un sexto de los accidentes correspondieron a salpicaduras y que sólo la mitad de los residentes utilizaban rutinariamente gafas protectoras al realizar procedimientos con riesgo biológico. Esto abrió una puerta para prevenir fácilmente una buena parte de los accidentes en nuestro medio. Por último, identificamos como factor de riesgo el hecho de

haber sufrido un accidente biológico durante el pregrado, lo cual, hasta donde sabemos, es una observación nueva en la bibliografía médica.

¿Cuáles son los principales riesgos médicos y psicológicos que podrían asociarse con un accidente biológico?

Como consecuencia de un accidente biológico, potencialmente, el trabajador de la salud puede adquirir una infección viral (hepatitis B o C, VIH) o bacteriana. El riesgo de seroconversión a hepatitis B luego de un accidente con un paciente infectado es del 30%, pero para esta entidad se encuentra disponible una vacuna; para la hepatitis C es del 3% y para el VIH del 0.4%, aproximadamente. Además de esto, el trauma psicológico es significativo. En nuestra encuesta, el 70% de los residentes temían más a la infección con VIH. Algunos estudios han demostrado que los residentes considerarían abandonar el campo de la medicina en caso de adquirir una infección de este tipo. Por último, los accidentes biológicos se han asociado con la manifestación de síntomas depresivos y síndrome de desgaste profesional en los trabajadores del área de la salud.

¿Existen otros trabajos similares llevados a cabo en América Latina y publicados en castellano?

Existen varios trabajos en castellano sobre los accidentes biológicos en los trabajadores del área de la salud. Sin embargo, quisiera resaltar los trabajos que se han realizado en otra población particular: los estudiantes de medicina. Existen informes sobre accidentalidad biológica en este grupo, especialmente provenientes de Brasil, Colombia y Perú. En estos se ha encontrado que la prevalencia de accidentalidad biológica en los estudiantes de medicina varía entre el 31% y el 48%; en nuestra Universidad fue del 18%. Los accidentes sucedieron más frecuentemente en la sala de urgencias o de cirugía mientras se practicaba una sutura. Sumados a los trabajos efectuados en médicos residentes, estos estudios deben llevar a una reflexión sobre la seguridad laboral durante el entrenamiento médico.

¿Cuáles son las principales repercusiones de las conclusiones para la práctica cotidiana?

Las repercusiones son varias. Primero, identificamos un tipo de accidente biológico muy fácil de prevenir, que es la salpicadura en piel no intacta o mucosas, lo que hizo que se encaminaran estrategias para incentivar el uso rutinario de gafas protectoras. También, el haber identificado como factor de riesgo el hecho de haber sufrido un accidente biológico durante el pregrado es un argumento lo suficientemente fuerte para conducir los esfuerzos de una intervención educativa y preventiva desde los primeros años de la escuela de medicina. Además, el descubrir en nuestro estudio que casi un tercio de los accidentes biológicos no se informan es un llamado de atención claro: debe facilitarse por todos los medios posibles el informe del accidente por parte del trabajador de la salud. Por último, y es tal vez el mensaje más importante que queremos enviar, es necesario que cada universidad o institución prestadora de servicios de salud evalúe el riesgo biológico de su propio ambiente laboral ya que es la única manera de implementar intervenciones a la medida que logren ser eficaces en reducir la incidencia de los accidentes biológicos.

Red Científica Iberoamericana (RedCIbe)

RedCIbe difunde avances médicos y sanitarios de América Latina, España y Portugal, mediante la edición de informes territoriales o especializados que contribuyen a la comunicación responsable de acontecimientos que fomentan el progreso de las ciencias médicas de la región.

Algunas Reflexiones sobre las Desigualdades Sociales

Nery Orlando Fures

Médico, Universidad Nacional de La Plata; Magíster en Epidemiología, Gestión y Política de Salud, Universidad Nacional de Lanús; Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Salud Pública, FCM, UNLP, Buenos Aires, Argentina

Yamila Comes

Psicóloga, Magíster en Salud Pública, Doctora en Psicología, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

Bibliografía, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

El estudio de las desigualdades sociales en salud constituye actualmente un tema de agenda para los gobiernos. Esto se debe a que, durante los años 90, las políticas de ajuste estructural y austeridad fiscal dominaron las economías y los lineamientos políticos de las naciones.

En la Argentina, la reforma denominada neoliberal incluyó: la reducción del gasto del aparato estatal, el endeudamiento externo, la apertura de los mercados y la flexibilización laboral. Esta reforma delimitó un escenario que permitió a los grandes capitales financieros internacionales

desembarcar e invertir para obtener grandes beneficios en el país. Los mercados aún no explotados por estos capitales, fueron justamente los que concentraban el "capital social" de los argentinos, es decir, las jubilaciones, la educación, las políticas de inclusión social y la salud. En el ámbito de la salud, los recortes alcanzaron

una amplia variedad de instituciones y programas y las consecuencias de estas "reformas estructurales" fueron incalculables para toda la población. El arancelamiento hospitalario (mediante el decreto de Autogestión), los recortes a las coberturas (PMO) y la descentralización de efectores hacia los niveles provinciales fueron los ejes de estas políticas. El Banco Mundial, en alianza con el poder político de la época y con los grandes capitales, fueron actores sociales en este proceso y en el marco de las políticas del "Consenso de Washington".

A partir del nuevo milenio se abren nuevas perspectivas económicas y sociales para el sector salud en la Argentina.



Esto se debe a una mezcla entre nuevos lineamientos internacionales y el cambio de poder político que hubo luego de la crisis. En ese marco se comienza a realizar un profundo cuestionamiento a las políticas de ajuste fiscal y a sus efectos devastadores sobre la población. Es en este contexto donde el discurso sobre las desigualdades sociales en salud comienza a tomar importancia en las agendas de los gobiernos.

Otro concepto que atravesó la reforma neoliberal fue la definición del derecho a la salud. Si bien en la reforma Constitucional del año 1994 no se eliminaron artículos en los que se hace referencia (indirectamente) a este derecho, se instaló en el imaginario social la idea de que el derecho era focalizado, mínimo y únicamente para otorgar cobertura básica a aquellos que quedaban desplazados del mercado y no poseían recursos para garantizarlos por cuenta propia. Se podría decir que de la definición de derecho como irrestricto, universal y gratuito, se pasó a otra donde era un "mínimo decente" (Vidiella, 2000) de asistencia sanitaria para la población sin recursos. El concepto de canasta básica entró en juego en esa época y las políticas focalizadas (selectivas) fueron el modelo elegido. Este concepto de derecho a la salud determinó que en las agendas de gobierno no existiera preocupación por las injusticias en el acceso al sistema de salud y en la salud de la población, debidas a condiciones sociales desiguales.

En la actualidad, las políticas sanitarias se encuentran articuladas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se trata de una iniciativa que se creó en el año 2000 a partir de la Declaración del Milenio en las Naciones

Unidas, firmada por 189 países. La declaración del Milenio expresa la preocupación por el desarrollo del mundo y promueve la reducción de la pobreza, la educación, la salud materna, la equidad de género y el combate contra la mortalidad infantil, el VIH/sida y otras enfermedades. Esta resolución dicta algunos ejes por priorizar en

las agendas políticas de los países. Entre sus objetivos se encuentra la disminución en dos tercios de la tasa de mortalidad infantil entre los años 1990 y 2015, y las desigualdades entre provincias en la mortalidad infantil en por lo menos un 10% (Bianco, 2010).

El plan de reducción de la mortalidad materno-infantil de las mujeres y de las adolescentes, que representa una política priorizada de salud actual, se enmarca en los ODM y nace del ejercicio del consenso en un Consejo Federal de Salud (COFESA) de 2008. A partir de ese momento las provincias suscriben. En 2010, la provincia de Buenos Aires se incorpora al plan y continúa afianzando el desarrollo de políticas materno-infantiles. La Ciudad de Buenos Aires, no se encuentra suscripta a este plan.

¹ Se inició una etapa donde la salud, la educación, las jubilaciones y las políticas sociales fueron considerados mercados y con capacidad para extraer plusvalía.

Las inequidades

El concepto de equidad remite a la igualdad. Sin embargo, cualquier desigualdad no es una inequidad. Hay desigualdades entre la población que son justas. Tal es el caso de los derechos y políticas de género. Ante un fuerte imaginario de estereotipos de género que producen una diferencia en las relaciones de poder entre varones y mujeres, las políticas equitativas pasan a ser las que igualan u ofrecen un "pie de igualdad" para que ambos puedan acceder a los mismos beneficios sociales (que de otra manera no estarían garantizados para las mujeres).

El concepto de equidad también remite al de justicia social. ¿A qué denominamos una sociedad socialmente justa? A una sociedad donde los bienes sociales sean accesibles para todos. Esto significa, al alcance de todos. Lo que es injusto entonces es que una persona o grupo, debido a la distribución desigual de algunos bienes sociales, no acceda a una buena salud o padezca una muerte prematura. Una muerte reducible o evitable, una enfermedad inmunitaria prevenible o donde existe prevención y acceso al diagnóstico precoz, son entonces motivos de injusticia. También lo son los problemas o déficits en la cobertura, la accesibilidad, la utilización y la calidad de los servicios de salud (Sen, 2001).

Entonces, el estado desempeña un papel fundamental en la redistribución de bienes sociales y, en definitiva, en el fomento de la justicia social y la equidad.

Margareth Whitehead (Whitehead y col, 1991; Benzeval, Judge y Whitehead, 1996) define a las inequidades como diferencias sociales injustas que afectan al nivel de salud de una población o a la accesibilidad a los servicios de salud. Es decir, son diferencias en la posición social que determinan diferencias en el estado de salud de una población. También expresa que estas diferencias son sistemáticas, es decir, que constituyen patrones que se observan en los diferentes grupos sociales. Por ejemplo, es mundialmente sabido que a mayor pobreza mayor enfermedad y muerte prematura. Aclara que estas diferencias podría ser evitadas; si todos accedieran a los mismos niveles de salud, se podrían evitar las desigualdades. Por último, agrega que estas diferencias deben ser innecesarias, es decir, no existe necesidad de sostenerlas tal como podría haberla en el ejemplo previo de las políticas de género.

Esta autora considera a estas diferencias sociales como una injusticia, ya que se inscriben en la corriente Rawlsiana donde se plantea que la salud es un bien social básico o primario para alcanzar las libertades individuales.

Hasta aquí se podría argumentar que algunas diferencias sociales constituyen problemas de equidad o inequidades y que la justicia social debiera intervenir eliminando las inequidades para que todas las personas posean igualdad en el acceso a los bienes sociales básicos (Rawls, 1971). Si bien se considera que esto es una meta por alcanzar, debe existir un seguimiento constante de las desigualdades sociales con



el fin de priorizar políticas para igualar a toda la población.

La justicia social en la Argentina

El concepto de justicia social en la Argentina se difunde con el peronismo. Este gobierno fue el primero que incluyó entre sus políticas los derechos sociales para toda la población, entre ellos el de la salud. El primer Ministro de Salud de la Argentina, el Dr. Ramón Carrillo, se refería así a este derecho: *"El derecho a la salud es uno de los más olvidados y, sin embargo, el más trascendente porque se vincula con la dignidad de la persona humana, con la vida colectiva, con la economía nacional e internacional. No es aventurado afirmar que la salud de los pueblos es una condición fundamental para lograr su seguridad social y su paz"* (Carrillo, 1951).

Carrillo sentía una gran preocupación por la justicia social, a tal punto que criticaba las diferencias sociales, por lo que todas sus políticas estuvieron basadas en la necesidad de igualar las desventajas sociales fruto de la histórica división de clases. Hacía alusión a las desigualdades de la siguiente manera: *"En un sociedad cristiana no deben ni pueden existir clases sociales definidas por índices económicos. El hombre no es un ser económico. Lo económico hace en él a su necesidad, no a su dignidad. El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidad de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud de un pueblo, porque un pueblo de enfermos no es ni puede ser un pueblo digno. La salud, repito, no constituye un fin en sí mismo, para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena, y no puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva y si la salud es una prestación más del trabajador"* (Carrillo, 1951).

En su obra y sus discursos no dejó de referirse a las determinaciones sociales del proceso salud-enfermedad; las analizaba, las denunciaba y, simultáneamente, fue creando un sistema de salud con el fin de aportar a la disminución de esta brecha. Sin embargo, dejaba muy claro que si no se desarrollaban políticas de inclusión social, no iba a haber igualdad. *"¿De qué le sirve a la medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo, si simultáneamente se producen centenares de casos similares de enfermos por falta de alimentos, por viviendas antihigiénicas, o porque ganan salarios insuficientes que no les permiten subvenir debidamente a sus necesidades? ¿De qué nos sirve que se acumulen riquezas en los bancos, en pocas manos, si los niños de los pueblos del interior del país andan desnudos por insuficiencia adquisitiva de los padres y tienen así que soportar índices enormes de mortalidad infantil, del 300 por mil, como ocurre en algunas mal llamadas provincias pobres que yo llamaría más bien, provincias olvidadas?"* (Carrillo, 1951).

Como ciudadanos que adherimos al modelo de inclusión social actual de la Nación, creemos que es importante el control de las desigualdades sociales en salud y el reposicionamiento de las políticas que generen equidad en las agendas de los gobiernos y estados.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siicsalud.com

Bibliografía recomendada

Benzeval M, Judge K, Whitehead M. Tackling Inequalities In: Health: An agenda for action. Kings Fund. Publishing (Ed.), Londres; 1996.
Bianco M. Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Argentina 2000-2010. Logros y obstáculos en su cumplimiento – FEIM. Buenos Aires; 2010.
Carrillo R. Teoría del Hospital en Obras Completas. Ed. Eudeba, Buenos Aires; 1951.

Rawls J. Teoría de la Justicia, México. FCE; 1971.
Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev. Panamericana de Salud Pública 11(5/6), Washington DC; 2001.
Vidiella G. El derecho a la Salud. Ed. Eudeba, Buenos Aires; 2000.
Whitehead M y col. Concepts and principles for tackling social inequities in health. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark; 1991.

El Equipo de Salud también Debe Prestar Atención a los Cuidadores de Enfermos Terminales

La atención al paciente terminal no debe centrarse únicamente en el enfermo sino que comprende igualmente a su entorno más cercano, especialmente al cuidador principal. Así, en todas las definiciones de cuidados paliativos se considera a la familia como parte de los objetivos de tratamiento. 1-3 Además del papel crucial que juega la familia como cuidador del enfermo, es importante la influencia que su "estado" supone sobre el bienestar del paciente y la necesidad de atender el posterior proceso de duelo.

Alberto Alonso Babarro

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Máster en Cuidados Paliativos, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

un predictor de internación mucho más importante que la gravedad o la sintomatología de la demencia.¹⁵

¿Quién cuida de los pacientes terminales?

Los estudios realizados en países anglosajones muestran que aproximadamente el 70% de los cuidadores principales son cónyuges de los pacientes, un 20% son hijos y el restante 10% son familiares de segundo grado o amigos.¹⁶ Un estudio realizado en España con pacientes oncológicos terminales muestra que el cuidador principal es, en más del 80% de los casos, una mujer, generalmente esposa o hija del paciente y con una media de edad de algo más de 50 años.¹⁷ Nosotros analizamos el perfil del cuidador principal en 380 pacientes oncológicos terminales seguidos por un equipo de apoyo domiciliario (datos no publicados) y encontramos que la edad promedio es de 54.32 ± 14.34 años; el 88% es la pareja o un hijo o hija del paciente; 82.2% son mujeres; el 53.6% no trabaja fuera de casa y sólo el 20.8% tiene estudios superiores. Más sorprendente es el hecho de que sólo el 27% de estos cuidadores recibe apoyo formal público o privado, aunque una media de 1.95 ± 1.2 familiar colabora con el cuidador principal. Este perfil es superponible casi exactamente al encontrado en otros trabajos realizados sobre cuidadores de pacientes con demencia,¹⁸ enfermedades neurodegenerativas¹⁹ o, en general, pacientes dependientes.^{20,21}

En la historia clínica correspondiente a un paciente terminal siempre deben constar algunos datos básicos referentes al entorno sociofamiliar. La identificación del cuidador principal es fundamental. Las características básicas que deben recogerse incluyen: edad, relación con el cuidador, convivencia o no con el paciente, situación laboral y repercusión del hecho de cuidar. Igualmente es importante hacer constar el apoyo con el que cuenta el cuidador principal, tanto en lo referente al resto de cuidadores informales (familiares, amigos) como formales (apoyo social remunerado público o privado). Las características de la vivienda y los datos sobre necesidades económicas también deben figurar en este apartado. En muchos casos será útil la consulta al trabajador social, tanto para completar la valoración sociofamiliar como para asesorar sobre los recursos disponibles en la comunidad.

Consecuencias de cuidar. Sobrecarga y claudicación del cuidador

Los trabajos realizados con cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas demuestran las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener sobre la salud. Aunque en todos estos trabajos las consecuencias más importantes se refieren al malestar psíquico, y especialmente a la mayor frecuencia de ansiedad y depresión,^{20,22,23} se han descrito repercusiones importantes

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)
	Bibliografía, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

El domicilio como principal lugar de atención

Disponemos de abundante bibliografía que demuestra que la mayoría de los pacientes con enfermedades terminales quieren ser cuidados y fallecer en su domicilio.⁴⁻⁹ A pesar de este deseo explícito, sabemos que la mayoría termina muriendo en un hospital.^{4,5,10} Sin embargo, aun cuando el aumento del porcentaje de muertes en el hospital ha sido una tendencia constante en las últimas décadas, lo cierto es que los pacientes pasarán la mayor parte del tiempo de su enfermedad en su domicilio.

Los porcentajes de pacientes fallecidos en su domicilio o el porcentaje de tiempo de las últimas semanas de vida que el paciente ha pasado en su domicilio se han utilizado como un indicador sencillo de valoración de los programas de cuidados paliativos. A pesar de sus evidentes limitaciones pueden ser considerados como un instrumento adecuado para evaluar la repercusión de la puesta en marcha o desarrollo de los programas de cuidados paliativos,¹¹ para comparar diferentes tipos de asistencia al final de la vida¹² o, incluso, para valorar el ahorro conseguido con programas de apoyo domiciliario.¹³

La existencia de una red de apoyo social adecuada es determinante para la permanencia de los pacientes en su domicilio. Numerosos trabajos han estudiado los factores que influyen en la muerte de los pacientes oncológicos en su domicilio. En una revisión sistemática reciente se concluye que los factores ambientales son los más importantes y, entre ellos, la existencia y extensión del apoyo social y las preferencias del cuidador principal.¹⁴ Sabemos también que el apoyo familiar es el principal factor pronóstico del mantenimiento de las personas mayores en su comunidad de residencia. En pacientes con demencia ha sido demostrado específicamente que las características del cuidador (parentesco con el enfermo, edad, situación laboral, convivientes, existencia de sintomatología ansiosa o depresiva y calidad de vida) son

sobre la salud física,²¹ un gran aumento del aislamiento social^{19,22} y un empeoramiento de la situación económica.¹⁹ Parece además que los cuidadores no son especialmente frecuentadores de la consulta médica y que la mayor parte de su patología no es diagnosticada.²³

Las repercusiones descritas también se han observado en el caso específico de los cuidadores de pacientes oncológicos avanzados. Ramírez y col.²⁴ encontraron una prevalencia de ansiedad del 46% y de depresión del 39% entre los cuidadores en el año previo a la muerte del paciente. Emanuel y col.,²⁵ en un trabajo realizado en el marco del estudio SUPPORT, demostraron la elevada carga económica que supone el cuidado de un enfermo terminal. Algunos estudios comprobaron incluso una mayor tasa de mortalidad en los cónyuges que ejercen como cuidadores principales en los meses posteriores al fallecimiento del enfermo.^{26,27}

Sin embargo, las consecuencias del cuidado de los pacientes terminales no son sólo negativas. De hecho, la mayoría de los cuidadores describen su experiencia como muy valiosa.²⁴ Numerosos trabajos ponen de relieve el factor decisivo que juega la atención sanitaria al enfermo y cuidador para determinar la percepción de éste sobre su experiencia.^{28,29}

El impacto de cuidar se ha tratado de medir mediante instrumentos no específicos que analizan la calidad de vida o la presencia de síndromes psicopatológicos como ansiedad o depresión. El intento de crear instrumentos de medición más directos ha llevado a introducir el término "carga". La carga del cuidador depende de las repercusiones del hecho de cuidar y de las estrategias de afrontamiento y apoyo con que se cuenta. Se han elaborado una serie de escalas para medir objetivamente esa carga. La más conocida es la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, validada para su uso en nuestro medio.³⁰ Su utilidad radica en discriminar a las personas con mayor riesgo o mayores necesidades y en servir como predictor de internación.

Esta escala se ha mostrado válida para la identificación y seguimiento de la sobrecarga del cuidador en el ámbito de los cuidados paliativos.³¹ Recientemente se ha señalado que una versión reducida de la escala desarrollada por Gort y col.,³² de tan sólo 7 ítems, muestra una especificidad y sensibilidad comparables a la escala convencional de 22 ítems, tanto para su uso en pacientes en cuidados paliativos³² como en pacientes geriátricos dependientes.³³ Nosotros hemos comprobado esta correlación entre la escala Zarit normal y la reducida en una muestra de 126 cuidadores de pacientes oncológicos terminales (datos no publicados). Obtuvimos un coeficiente de correlación de Pearson de 0.920 ($p < 0.0001$). El umbral de la Escala de Zarit Reducida se sitúa en 17, corresponde a una sensibilidad y especificidad cercanas al 100% con el umbral de Sobrecarga Leve (47) en la Escala de Zarit Normal. En consecuencia, creemos que esta Escala de Zarit Reducida debe ser preferida, dada su brevedad, para la evaluación del cuidador principal. El uso de este tipo de escalas en la práctica diaria puede servir para reconocer a los cuidadores con más riesgo y poner en marcha medidas específicas de apoyo.

En pacientes oncológicos avanzados se demostró también que el tipo de vínculo afectivo y la relación entre paciente y cuidador principal pueden servir para definir a los cuidadores con mayor riesgo de depresión.³⁴ Ambos parámetros se relacionan con la sobrecarga subjetiva del cuidador, pero constituyen factores de riesgo independientes.

La sobrecarga intensa del cuidador conduce a la claudicación. Podríamos definir la claudicación como: "La manifestación, implícita o explícita, de la pérdida

de capacidad de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas y necesidades del enfermo a causa de agotamiento o sobrecarga".³⁵ La claudicación familiar es una de las causas de hospitalización más frecuentes de pacientes terminales. En consecuencia, disminuir la sobrecarga y prevenir la claudicación familiar debe ser uno de los objetivos básicos en la atención al paciente terminal.

¿Qué podemos hacer para ayudar a los cuidadores?

En general, se exponen cuatro tipos de necesidades en la atención a la familia: conseguir el máximo bienestar del paciente, aportar información adecuada, asesoramiento práctico para el cuidado y apoyo emocional.^{28,38} De ellas, la información y el apoyo emocional son prioritarios.

Obviamente, las necesidades de los cuidadores no son constantes a lo largo del tiempo; generalmente van aumentando a medida que el deterioro del paciente progresa. En las dos últimas semanas de vida las necesidades de los cuidadores pueden exceder a las de los pacientes.³⁹

Los objetivos de la atención a la familia deben tender a facilitar su proceso de adaptación tratando de potenciar sus recursos y de disminuir su vulnerabilidad.^{36,38,40}

Las demandas de información no sólo incluyen conocer la probable evolución del enfermo y los tratamientos disponibles sino también los cuidados que serán necesarios para asistirlo, con el fin de poder planificar adecuadamente su atención. Una palabra clave respecto de la información, en este contexto, es la anticipación. Informar por adelantado de la evolución más probable del enfermo y de los cuidados necesarios contribuye a evitar la incertidumbre, disminuir el impacto derivado del cuidado en el familiar y optimizar las posibilidades de apoyo de la propia familia.^{40,41} El proceso de la información es tan importante como el contenido. Un estudio realizado con pacientes y familiares de pacientes oncológicos puso de manifiesto que el tiempo, manejo y oportunidad de cada información eran más valorados que su contenido.⁴² Por tanto, hay que individualizar el proceso de la información de acuerdo con las características de los cuidadores y pacientes.^{40,41}

Los cuidadores necesitan aprender diversas técnicas para hacer frente tanto al control sintomatológico como al deterioro funcional del enfermo. El equipo de salud debe ser capaz de asesorar sobre estas técnicas básicas evitando el común, y casi siempre insuficiente, aprendizaje por ensayo y error.^{38,43}

El apoyo emocional de los familiares incluye su escucha activa, que permitirá tanto la adecuada ventilación emocional como el conocimiento preciso de sus necesidades, y sostener su esperanza, entendida ésta no como creencia en la curación sino como reforzamiento de las actitudes positivas de los cuidadores.^{40,44} Holtslander y col.,⁴⁴ en un estudio cualitativo sobre cuidadores, encontraron que su principal recurso para afrontar los cuidados era el mantenimiento de la esperanza. Esta esperanza se basaba en su capacidad para vivir el momento, tener sensación de control, valorar su capacidad de no abandonar al enfermo, sentirse apoyado por familiares y por un equipo de salud y en los valores espirituales. Conseguir "reconducir" la esperanza de los familiares con arreglo a estos valores constituye un objetivo primordial en nuestra atención a la familia. La base de un adecuado apoyo emocional es una buena comunicación.^{38,40}

Una revisión reciente de la literatura sobre efectividad de las intervenciones con cuidadores pone de manifiesto tanto el pequeño número de trabajos publicados sobre el tema como su baja calidad de diseño.⁴⁵ Los autores encontraron diferentes programas de ayuda a los cuidadores incluyendo

asistencia domiciliar específica, cuidados de respiro, apoyo social e intervenciones individuales y grupales. Sin embargo, no pudieron concluir sobre qué intervención puede ser de elección. Parece claro que se precisan más investigaciones al respecto y que, dada la dificultad de realizar estudios experimentales, puede ser más factible usar diseños cuasiexperimentales u observacionales.^{37,45}

Los programas de respiro también han sido objeto de revisiones específicas en la literatura.^{41,46} Estos programas tratan de liberar al cuidador de las tareas del cuidado durante un tiempo para reducir el impacto que su dedicación ha producido y facilitar que puedan seguir con su labor. Sin embargo, no hay evidencia sobre su utilidad.

En la práctica existe una notoria disparidad entre los objetivos de la medicina paliativa, teóricamente enfocados al paciente y su familia, y la importancia y atención prestada realmente a los cuidadores. Harding y Leam⁴⁷ pusieron de manifiesto en un estudio retrospectivo realizado en un hospital británico la falta de información existente en las historias clínicas relativa a los cuidadores y la insuficiente cobertura de sus necesidades asistenciales. Parece indispensable, por tanto, contar con herramientas en la historia clínica que nos adviertan la necesidad de prestar atención explícita a los cuidadores. La utilización de cuestionarios de satisfacción para los cuidadores nos permitirá conocer los aspectos que deben ser mejorados en nuestra atención a la familia.^{48,49} Estos cuestionarios pueden ser fácilmente administrados en una entrevista con el cuidador principal luego del fallecimiento del enfermo.

Comunicación con la familia. De la conspiración al pacto de silencio

Uno de los aspectos que genera más conflictos en la comunicación con la familia es la información al paciente. Los estudios sobre comunicación del diagnóstico en nuestro medio revelan que la mayor parte de los enfermos no están informados a pesar del deseo explícito de la mayoría de ellos.⁵⁰ Este problema es específico de los

países latinos y parece fundamentado en las diferencias culturales existentes.^{48,51} Fainsinger y col.⁵² han puesto de manifiesto claramente estas diferencias al comparar las actitudes ante la información y el estado cognitivo de pacientes y familiares en España y Canadá. La mayoría de los familiares de los pacientes españoles estaban en contra de la información y no creían que la lucidez mental fuera un valor importante en los últimos días de vida, mientras que las respuestas de los familiares canadienses eran diametralmente opuestas.

La conspiración del silencio se define como un acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos o profesionales de la salud con el fin de ocultarle el diagnóstico o el pronóstico de la situación.^{40,51} Parece claro que esta actitud perjudica claramente la adaptación del paciente a su enfermedad y le impide participar en la toma de decisiones sobre su proceso. Sin embargo, el término conspiración indica una actitud negativa en contra de alguien y, por ello, culpabiliza a los familiares. Esta culpabilización seguramente tendrá consecuencias negativas en nuestro modo de afrontar el problema. Es por ello que se ha propuesto la sustitución del término por el de pacto de silencio. Esta denominación parece menos culpabilizadora, admite las razones que han llevado a los familiares a esa actitud, fundamentalmente proteger al paciente, aunque no las comparte. Al fin y al cabo no debemos olvidar que alguien ha informado antes a los familiares que al propio enfermo. Generalmente esa falta de información de los médicos a los pacientes se debe al miedo a sus consecuencias y a la falta de habilidades de comunicación.^{53,54} ¿cómo podemos exigir a los familiares lo que no parecemos dispuestos a cumplir los profesionales de la salud?

Un buen punto de partida para evitar el pacto de silencio puede ser definir con el paciente el tipo de relación que desea tener con el equipo de salud y, en ese contexto, preguntar si desea ser o no informado sobre su proceso. De esta forma tendremos un argumento importante para reconducir la negativa de los familiares a la información.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siicsalud.com

Bibliografía

1. WHO Expert Committee. Cancer pain relief and palliative care. Geneva, World Health Organisation, 1990.
2. Sanz J, Gómez-Batiste X, Gómez M, Núñez JM. Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
3. Benítez Rosario MA, Llamazares González AI, García González G, Cabreras Sánchez A, Guerra Merino A, Espinosa Almendro JM et al. Cuidados paliativos. Recomendaciones semFYC. Barcelona, 1998.
4. Prichard RS, Fisher ES, Teno JM, Sharp SM, Reding DJ, Knaus WA, et al. Influence of patient preferences and local health system characteristics on the place of death. *J Am Geriatr Soc* 46:1242-1250, 1998.
5. Tang ST, McCorkle R. Determinants of congruence between the preferred and actual place of death for terminally ill cancer patients. *J Palliat Care* 19:230-237, 2003.
6. Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A et al. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *Br Med J* 301:415-417, 1990.
7. Higginson IJ, Sen-Gupta CGA. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med* 3:287-300, 2000.
8. Fried TR, Van Doorn C, O'Leary JR, Tinetti ME, Drickamer MA. Older persons' preferences for site of terminal care. *Ann Intern Med* 131:109-112, 1999.
9. Fernández Díaz R, Pérez Suárez MC, Cossío Rodríguez I, Díaz C. Lugar de preferencia para morir, ante una hipotética enfermedad incurable. Razones influyentes. *Med Pal (Madrid)* 5:35-43, 1998.
10. Davies E, Higginson IJ, editores. WHO. Informe técnico: Hechos sólidos en cuidados paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
11. Higginson IJ, Astin P, Dolan S. Where do cancer patients die? Ten-year trends in the place of death of cancer patients in England. *Palliat Med* 12:353-363, 1998.
12. Ahlner-Elmqvist M, Jordhoy MS, Jannert M, Fayers P, Kaasa S. Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. *Palliat Med* 18:585-93, 2004.
13. Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliat Med* 15:271-8, 2001.

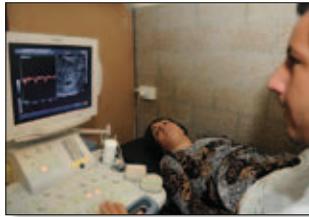
14. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 332:515-21, 2006.
15. Colerick EJ, George LK. Predictors of institutionalisation among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 34:493-8, 1986.
16. Ferrell BR, Ferrell BA, Rhiner M, Grant MM. Family factors influencing cancer pain management. *Postgrad Med J* 67(Suppl.2):S64-9, 1991.
17. Molina Linde JM, Romero Cotelo J, Romero Rodríguez Y, Rodríguez Sañudo RM, Gálvez Mateos R. Alteraciones emocionales en el cuidador del enfermo oncológico terminal. *Med Pal (Madrid)* 12:83-7, 2005.
18. Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria* 33:61-8, 2004.
19. Mateo Rodríguez I, Millán Carrasco A, García Calvente MM, Gutiérrez Cuadra P, Gonzalo Jiménez E, López Fernández LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Aten Primaria* 26:139-44, 2000.
20. Santiago Navarro P, López Mederos O, Lorenzo Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 24:404-10, 1999.
21. Roca Roger M, Ubeda Bonet I, Fuentelsaz Gallego C, López Pisa R, Pont Ribas A, García Viñets L et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 26:217-23, 2000.
22. Jones DA, Peters TJ. Caring for elderly dependants: effects on carers quality of life. *Age and Aging* 21:421-8, 1992.
23. Díez Espino J, Redondo Valdviuelso ML, Arroniz Fernández de Gaceo C, Giacchi Urzainqui A, Zabal C, Salaberri Nieto A. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. *Medifam* 3:124-30, 1995.
24. Ramirez A, Addington-Hall J, Richards M. ABC of palliative care. The carers. *BMJ* 316:208-11, 1998.
25. Emanuel E, Fairclough D, Slutsman J, Emanuel L. Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. *Ann Intern Med* 132:451-59, 2000.
26. Schulz R, Beach S. Caregiving as a risk factor for mortality - the caregiver health effects study. *J Am Med Assoc* 282:2215-19, 1999.

Noticias para la salud

Esta sección difunde las actividades del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y las novedades del Programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACiSE).

Atención Primero Embarazadas: Ellas solo tienen que esperar a su bebé

La iniciativa, puesta en marcha en hospitales provinciales, busca mejorar el acceso de las mujeres en gestación a los servicios de salud, de manera tal de fomentar los controles para evitar complicaciones y fallecimientos maternos e infantiles.



El Ministerio de Salud de la Provincia puso en marcha la estrategia Atención Primero Embarazadas (APE), un nuevo plan para facilitar el acceso de las mujeres en gestación a los servicios de salud y reducir la mortalidad materno-infantil.

La APE incluye pruebas de embarazo gratuitas y disponibles en todos los centros de salud de la provincia, ventanillas de atención rápida para embarazadas y una chequera de controles obstétricos, entre otras medidas que buscan mejorar el acceso a los servicios sanitarios. "Estamos poniendo en marcha estas acciones para eliminar las barreras que las embarazadas pueden encontrar en hospitales y centros de salud. Queremos que sean las primeras en ser asistidas y que reciban una atención de máxima calidad", explicó el Ministro de Salud

Dr. Alejandro Collia, quien agregó que esta iniciativa es parte del plan que permitió reducir a 11.5 por mil la tasa de mortalidad infantil en la provincia. La estrategia responde a que las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio suelen provocar incapacidad, enfermedad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Se calcula que alrededor del 40% de las embarazadas tendrá alguna complicación, y cerca del 15% necesitará cuidados obstétricos para atender las dificultades que pueden poner en riesgo su vida o la del recién nacido. "El diagnóstico y tratamiento tempranos de enfermedades infecciosas como la sífilis o el VIH, así como de otras muy frecuentes como la hipertensión y la diabetes, son fundamentales para evitar transmisiones de madre a hijo o cuadros graves y muerte, tanto de la mamá como del bebé", explicó el Dr. Collia.

Cuidados especiales para respaldar los derechos de la mujer embarazada

El ministro detalló que la nueva estrategia busca "reordenar todo el sistema de salud para que se adapte mejor a las necesidades de las embarazadas. Esto busca respaldar el derecho de toda mujer de recibir la mejor atención y de estar especialmente cuidada cuando está por dar a luz a su bebé".

La estrategia APE contempla el empleo de promotores de salud y co-madres que visitan los barrios más vulnerables para captar rápidamente a las embarazadas, orientarlas y evitar la demora en sus controles. Además, provee pruebas de embarazo gratuitas a todos los centros de salud de la Provincia, que luego se entregan a toda mujer que los requiera. A esto se sumará una ventanilla exclusiva para embarazadas en hospitales y centros de salud, donde se las atenderá de un modo más ágil. Allí se colocarán carteles orientativos en los que se lee "Atención Primero Embarazadas. Ella sólo tiene que esperar a su bebé. Dale el lugar que se merece". "Diseñamos también una chequera de la embarazada que contendrá el detalle de todos los controles que se le realizó. De este modo, tanto ella como el equipo de salud sabrán qué prácticas tiene efectuadas y conocerán rápidamente el estado de salud de la mujer, del bebé por nacer y el nivel de riesgo de cada embarazo", explicó Flavia Raineri, directora de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud provincial. La especialista detalló que la chequera se entrega a cada embarazada en su primer control prenatal y cada "cheque" corresponde a las consultas y prácticas que habitualmente se realizan durante el embarazo y el parto. El plan incluye, además, la constitución de un Observatorio de la Mortalidad Materna e Infantil que, en rigor, "es una comisión que se ocupa de registrar los decesos, analizar los motivos, crear estrategias para reducir la mortalidad y monitorear la puesta en marcha y los resultados obtenidos a partir de su implementación", explicó Alejandro Costa, subsecretario de Planificación de la Salud.

..... Análisis de casos en hospitales de la Provincia

Los choques en moto son la principal causa de trauma y muerte joven

Un trabajo del ministerio de Salud provincial y el Programa Cedecem demostró que el principal motivo de muerte en personas de entre 1 y 45 años es el trauma, y que los choques en moto son el hecho traumático más frecuente en la Provincia de Buenos Aires. Durante una conferencia en la Casa de la Provincia de Buenos Aires, el Ministro de Salud provincial Alejandro Collia y el profesor Jorge Neira, director del Programa Cedecem Trauma, dieron a conocer estos datos sobre un trabajo conjunto que relevó 1 156 casos de trauma en 14 hospitales públicos entre enero de 2010 y octubre de 2011.

"De cada 4 adolescentes que mueren, 3 fallecen por un hecho traumático, lo que incluye choques, caídas y agresiones, entre otras posibilidades", explicó Collia, y advirtió que "las colisiones con motos son la principal causa de trauma y muerte entre los jóvenes". De hecho, en el trabajo realizado con Cedecem, se observa que las lesiones de motociclistas en el tránsito representan un tercio de todos los traumas (27% de los casos). "Es ahí donde vamos a concentrar los esfuerzos de prevención y autocuidado, fomentando el uso del casco, el respeto por las normas de tránsito y la necesidad de evitar el alcohol al conducir", enfatizó Collia.

Por su parte, el prestigioso traumatólogo Jorge Neira, director científico de Cedecem Trauma, precisó que en la Argentina mueren unas 32 mil personas al año por trauma y se mostró preocupado "porque se trata de una enfermedad endémica, que provoca miles de muertos y, sin embargo, cuesta mucho que la gente tome conciencia de que se puede prevenir".

La idea del trabajo conjunto es generar un sistema de registro de casos, planificar estrategias de prevención y asistir a los traumatizados de la forma más adecuada posible en los hospitales de la Provincia porque 20 años de investigación demuestran que "la atención apropiada reduce en un 25% las muertes por trauma". "Cuando surgió la influenza A, la gente cumplió enseguida con las medidas de prevención: se lavó las manos, usó alcohol en gel y se aisló lo necesario", recordó Collia, y agregó que "el desafío ahora es lograr ese efecto para una enfermedad que provoca muchas más muertes que la influenza: el trauma". De hecho, el trauma es la tercera

causa de muerte, detrás de los males cardiovasculares y de los cánceres. “La gente le tiene más miedo a los virus que al trauma, no sabemos por qué, pero evidentemente lo tienen naturalizado”, enfatizó Neira. Agregó que “muchos asocian los traumas con fatalidades, como si fueran hechos inevitables, y esto es un error: se trata de eventos claramente prevenibles”.

La mayoría de los accidentados son hombres

El análisis por género demuestra que el trauma es notablemente mayor en los varones, en una relación de 4 hombres por cada mujer traumatizada. Además, el trauma encefalocraneal y en las extremidades son los más frecuentes, con el 28% y 21.7% de todos los casos, respectivamente.

En ese sentido, la psicóloga Laura Bosque, coordinadora del programa, señaló que “los traumas por lesiones en la cabeza, piernas y brazos son los que más tiempo de rehabilitación llevan y, muchas veces, acarrear enormes costos, pérdidas de horas de trabajo y discapacidad”.

Agregó que es frecuente observar casos devastadores de este tipo en hombres jóvenes que son “jefes” de familia, en gran parte por imprudencia en el uso de motos o de otros vehículos. La falta de casco o cinturón de seguridad, el exceso de velocidad y el consumo de sustancias psicoactivas al conducir suelen funcionar como detonantes de verdaderas tragedias familiares.

Los especialistas de Salud y Cedecem Trauma detallaron que la pérdida de productividad y otros costos del trauma van desde los \$ 8 004.24 a los \$ 13 144.59 millones de pesos, es decir, el 1.4% del PBI y casi el 27% del gasto público en salud.

Datos básicos sobre trauma

- Es la tercera causa de muerte luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.
- Es la primera causa de muerte para las personas de entre 1 y 45 años.
- Es responsable de 3 de cada 4 muertes en personas de 15 a 25 años.
- Es responsable de 2 de cada 3 muertes en niños.
- Los años de vida y de trabajo potencialmente perdidos superan a los sumados por el cáncer y el sida.
- En Argentina, se estima que mueren anualmente 32 000 personas.
- Se trata de 90 muertes por día, 4 por hora, 1 cada 15 minutos.
- Sólo por colisiones vehiculares, mueren en el país alrededor de 8 000 personas por año.
- La pérdida de productividad y otros costos del trauma van desde los \$ 8 004.24 a los \$ 13 144.59, es decir 1.4% del PIB y casi el 27% del gasto público en salud.



Dr. Alejandro Collia, ministro de Salud provincial.

La Provincia de Buenos Aires consiguió un nuevo descenso récord de la mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil en la Provincia de Buenos Aires volvió a bajar en 2011 y se encuentra en la cifra histórica de 11.5 por mil nacidos vivos. Así lo anunció el ministro de Salud provincial, Dr. Alejandro Collia, al dar a conocer los últimos datos y asegurar que “alcanzamos en 2011 la tasa de mortalidad infantil más baja desde que se tiene registro en la Provincia”. “En 2003, la tasa de mortalidad infantil de la Provincia ascendió a 16.2 por cada mil nacidos vivos y en 2011 llegamos a 11.5: esto significa que en 9 años, con el trabajo articulado de los equipos de salud municipales, provinciales y de la Nación, hemos logrado bajar la mortalidad infantil a un ritmo sostenido”, explicó el ministro Collia.

En 2010, la Provincia de Buenos Aires ya había logrado un descenso récord en la tasa de mortalidad infantil al llegar al número de 12 por mil nacidos vivos. La baja con respecto a ese año es de un 4.17%. Collia especificó que “de acuerdo con lo

registros y proyecciones de defunciones infantiles y nacidos vivos, podemos confirmar que la tasa de mortalidad infantil para el año 2011 se encuentra en el valor de 11.5 por mil nacidos vivos, con un registro de 45 muertes infantiles menos que en 2010”. La tasa de mortalidad infantil es la medición anual de la cantidad de muertes de bebés menores de un 1 año cada mil nacidos vivos, y constituye uno de los indicadores más significativos a la hora de evaluar el estado de salud de una población. Entre las causas de la baja en la tasa de mortalidad infantil, Collia señaló dos factores centrales: “Por un lado logramos reducir los decesos por bronquiolitis, una de las causas reducibles de mortalidad infantil que mayor peso tenía años atrás. Para eso, la Provincia implementó un programa que garantiza atención de calidad y entrega gratuita de medicamentos y aerocámaras en todos los centros de salud”.

Por otra parte, agregó el ministro, “logramos reducir en un 80% la lista de espera para operar a chiquitos recién nacidos con cardiopatías congénitas, uno de los núcleos más importantes de la mortalidad infantil”. Agregó que, con el Plan de Cardiopatías Congénitas, “incrementamos en un 123% la cantidad de beneficiarios operados en la red de hospitales de la Provincia”.

Uno de los mayores objetivos en adelante “y por pedido del gobernador Daniel Scioli, es lograr bajar a un dígito la mortalidad infantil en la Provincia, y vamos en ese camino, implementado políticas públicas sostenidas y mejoradas con los años, centradas en el aumento y capacitación del recurso humano en salud, el acceso a los medicamentos y la alta complejidad en los hospitales”, explicó el ministro.

Por eso, la Provincia ya puso en marcha junto con UNICEF una estrategia llamada “maternidades seguras y centradas en la familia” para mejorar la calidad prestacional en las grandes maternidades. “Diseñamos una red hospitalaria para que todas las regiones cuenten con maternidades de alta complejidad; también invertimos 35 millones de pesos para la incorporación de 240 incubadoras, 150 servocunas y 120 respiradores, y ampliamos y modernizamos las neonatologías de los hospitales Mi Pueblo de Florencio Varela y la nueva Maternidad de Moreno, que inauguraremos en el próximo semestre”, adelantó Collia.

ACiSE en la provincia de Buenos Aires

Distribución de información científica en hospitales públicos

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires garantiza la distribución provincial de las publicaciones Salud(i)Ciencia y Medicina para y por Residentes entre los comités de docencia, servicios médicos, jefaturas y bibliotecas de los 68 hospitales públicos participantes de los programas ACiSE y ACiSERA para jóvenes profesionales residentes y concurrentes. Esta actividad, llevada a cabo por la Dirección Provincial de Hospitales, se enmarca en la Resolución 1505/2007. Más información, Fundación SIIC, programa ACiSE, acise@siic.info.

Congresos

Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por la utilidad para la actualización de los profesionales de la Argentina e Iberoamérica.

- **5° Congreso Provincial de Atención Primaria de la Salud**
3° Encuentro Nacional de APS Educación para la Salud
 Consejo Provincial de Salud- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires
 Mar del Plata, Argentina
 16 al 18 de mayo de 2012
www.ms.gba.gov.ar/cosapro/index.html
- **XII Congreso SADI 2012**
 Sociedad Argentina de Infectología (SADI)
 Córdoba, Argentina
 16 al 18 de mayo de 2012
[secretaria@sadi.org.ar/](mailto:secretaria@sadi.org.ar) sadi2012@bgruppe.com
www.sadi.org.ar
- **VII Congreso Argentino de Salud Mental. ¿Diagnóstico o Estigma?**
 Asociación Argentina de Salud Mental
 Buenos Aires, Argentina
 28 al 30 de mayo de 2012
administración@aasm.org.ar
- **XXX Congreso Nacional de Cardiología**
 Federación Argentina de Cardiología, Región Nordeste
 Salta, Argentina
 31 de mayo al 2 de junio de 2012
[prensa@fac.org.ar/](mailto:prensa@fac.org.ar) [sorg02@fac.org.ar/](mailto:sorg02@fac.org.ar) laurap@fac.org.ar
www.fac.org.ar/1/cong/2012/index.php
- **XXX Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología**
 Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires
 Buenos Aires, Argentina
 31 de mayo al 2 de junio de 2012
sogiba@sogiba.org.ar
www.sogiba.org.ar
- **5° Congreso Argentino de Nefrología Pediátrica**
3° Jornada de Enfermería y de Técnicos en Nefrología Pediátrica
 Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica Dr. Carlos A. Gianantonio
 Buenos Aires, Argentina
 21 al 23 de junio de 2012
sap@sap.org.ar
www3.sap.org.ar/congresos
- **VII Congreso de la Sociedad Argentina de Bacteriología, Micología y Parasitología Clínicas**
 Asociación Argentina de Microbiología
 Buenos Aires, Argentina
 26 al 29 de junio de 2012
sadebac2012@aam.org.ar
www.aam.org.ar/sadebac2012/index.html
- **14° Encuentro Nacional de Investigación Pediátrica**
 Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)
 San Juan, Argentina
 6 y 7 de julio de 2012
sap@sap.org.ar
www3.sap.org.ar/congresos

Entrevistas periódicas a especialistas brasileños

Cronograma CICAL 2012

Por segundo año consecutivo, la Fundación SIIC y la Embajada de la República Federativa del Brasil en la Argentina llevarán a cabo el *Ciclo Integración Científica de América Latina (CICAL)* de entrevistas científicas a profesionales brasileños destacados, autores de trabajos de relevancia regional. Para el período 2012 se prevé un total de cinco actividades, que se harán mediante el sistema de teleconferencias emitidas públicamente desde el auditorio principal de la Embajada de Brasil en la Ciudad de Buenos Aires. La primera entrevista se realizó el 10 de mayo a la Dra. Mara Lucia Cordeiro sobre "*Transtornos do humor em crianças e adolescentes*". Podrán participar de manera presencial y a distancia instituciones asistenciales, educativas y profesionales de la salud de nuestro país.

El programa CICAL, de la Fundación SIIC, agrupa teleconferencias especiales realizadas a través del programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACiSE) y la Red Científica Iberoamericana (RedCIbe) a profesionales destacados de América Latina, sobre novedades biomédicas relevantes en el ámbito de la medicina y la salud pública regional. Las entrevistas son coordinadas por SIIC y las representaciones diplomáticas de países hermanos, con la participación presencial y a distancia de hospitales y universidades públicas, invitados especiales, corresponsales, columnistas y profesionales de la salud.

Para registrarse, contactarse con Fundación SIIC, programa ACiSE, Tel: (011) 4342-4901, int. 107, acisera@siic.info.



EMBAJADA DEL BRASIL

Textos esenciales para el ejercicio responsable de la medicina



www.siicsalud.com

actualización científica confiable

**Resúmenes conceptuales, amplios
y objetivos (ReSIIC), para estudiar
en castellano**

elaborados en base a trabajos originales
completos, seleccionados por especialistas
y provistos a SIIC por las principales fuentes
biomédicas del mundo.

**Artículos exclusivos, originales
e inéditos, arbitrados por expertos
del país y el extranjero.**

Trabajos completos editados en castellano,
portugués e inglés, escritos por renombrados
especialistas de la Argentina, Iberoamérica
y el Resto del Mundo.

siicsalud edita 60 a 80 informes por día;
se ordena en 55 especialidades biomédicas y 2 700 secciones;
transmite por semana, quincena o mes, 55 boletines especializados (*newsletters*) a 370 000 usuarios;
aloja 150 000 informes especializados de SIIC Data Bases.



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

UPA 24hs

UNIDAD DE PRONTA ATENCIÓN



La Provincia implementó un nuevo modelo de atención sanitaria: la Unidad de Pronta Atención (UPA 24hs), que ofrece un servicio de mediana complejidad para dar una rápida y cercana respuesta y fortalecer la capacidad del Sistema Público de Salud.

Servicios

- Terapia intensiva, shock room con 6 camas (respirador, monitor multiparamétrico, bomba de infusión, cardiodesfibrilador)
- Sistema de internaciones breves (menos de 24 hs) en terapia intensiva para adultos e intermedia para adultos y niños
- Helipuerto para derivación a un centro de mayor complejidad
- Radiología digital
Laboratorio.
Farmacia
- Servicio de consultorios externos
Sala de observaciones pediátrica (2camas)
Proceso de atención de pacientes informatizado

**Ya atendemos a los vecinos de
Lomas de Zamora, Avellaneda, Lanús y La Matanza,
y dentro de poco vamos a estar en Morón,
San Martín y San Fernando.**