

EDITORIAL

El impacto de las infecciones respiratorias en la población

Dr. Mario Grenoville

Jefe del Servicio de Neumonología, Hospital de Pediatría "Prof. Juan P. Garrahan"

Con el comienzo del otoño habitualmente se inicia el período de las infecciones respiratorias agudas (IRA) que afecta tanto a niños como a adultos, aunque la morbi-mortalidad es significativamente más alta en el grupo de los niños más pequeños.

Es importante, entonces, jerarquizar la trascendencia de este problema y proponer conductas que permitan normatizar los criterios de diagnóstico y manejo terapéutico de esta patología, facilitando el acceso de la población a la consulta médica y a los medicamentos esenciales.

Una de los indicadores más contundente del impacto de las IRA en la población infantil es que constituye la cuarta causa de muerte en niños menores de 5 años (para el año 2001 se registraron 330 defunciones entre 0 y 1 año y 98 defunciones entre 1 y 5 años). Si tenemos en cuenta que este problema es potencialmente reducible por prevención y tratamiento, el desafío que tenemos es intensificar nuestros esfuerzos en esta dirección.

Otro aspecto a considerar es el referente a la morbilidad. En un sentido, existe una morbilidad directa, que se expresa por el número de afectados en la población -niños y adultos- con la consiguiente

pérdida de días de asistencia escolar y laboral y, los costos directos e indirectos vinculados a la misma. Pero también existe otra morbilidad, que es relativamente reciente, vinculada con la sobrevida de niños que presentaron una infección respiratoria severa y que lograron sobrevivir, gracias a los avances del conocimiento médico y de la tecnología incorporada en las unidades de cuidados intensivos para el manejo del fallo respiratorio agudo. Este grupo de niños con alguna frecuencia desarrolla una enfermedad pulmonar crónica de comienzo temprano, que habitualmente se expresa con bronquiectasias, bronquiolitis obliterante e insuficiencia respiratoria crónica en los casos más graves, generando una compleja demanda asistencial de por vida.

Consideradas de manera general, las consecuencias más evidentes de la infección respiratoria aguda, nos corresponde reflexionar hacia donde dirigimos nuestros esfuerzos para reducir y eventualmente prevenir el impacto de la misma.

Hasta no hace mucho tiempo, la discusión sobre el manejo de las IRA se centraba en los antibióticos, cuándo era la oportunidad de indicarlos y cuáles eran los apropiados.

Continúa en pág. 2

Objetivos de esta publicación:

La trascendencia de la Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB) en la infancia y, la aproximación de la época invernal, con el pronosticado brote epidémico, hacen que nos ocupemos nuevamente del tema, aunque desde otras perspectivas.

En la editorial se identifican los grandes problemas relacionados con *El impacto de las infecciones respiratorias en la población* y se trazan las estrategias para enfrentarlos. *Evaluación del uso de medicamentos REMEDIAR para la IRAB en la infancia en los CAPS* muestra: la frecuencia de los diagnósticos en la APS; la disponibilidad de los medicamentos y; el uso de los mismos, en el marco de una gran variabilidad en la práctica clínica, con una prescripción exagerada de antibióticos que acarrea riesgos de resistencia bacteriana y efectividad efímera, así como la dilapidación de recursos escasos. *Mortalidad por IRAB en la República Argentina* compara las tasas de mortalidad infantil (TMI) inespecífica, específica por IRAB por jurisdicción y muestra como la TMI específica no se relaciona con la mortalidad infantil, sino con las intervenciones adecuadas para reducirla. En *Hospitalización Abreviada para Niños Menores de 2 años en la Provincia de Neuquén* se realiza una evaluación de la posta de bronquiolitis del año 2002 en la provincia que tiene los mejores resultados en: uso racional de medicamentos y menor mortalidad específica. La Provincia de Tucumán, que logró reducir la mortalidad específica por IRAB en medio de un contexto desfavorable (muy alta TMI), expone sus intervenciones en *Capacidad Resolutiva de los Servicios de Primer Nivel de Atención y Aplicación de la Norma de Tratamiento del IRAB*. *Estudio de Minimización de Costos para la Gestión de un Programa Provincial de IRAB en el Primer Nivel de Atención* concluye que la utilización de aerosolterapia implica un menor costo (a igual eficacia) en forma comparativa que la utilización de nebulizaciones en el tratamiento de niños con SBO. *Programa de Prevención y Tratamiento de IRA en la Provincia de Buenos Aires* incluye la identificación del problema, la situación epidemiológica al año 2003 y la propuesta de acción para el año 2004 en la mencionada provincia. La Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación publica el *Programa Nacional de IRAB, Campaña de Invierno 2004*, actualizando los objetivos y guías diagnósticas y terapéuticas.

Otras tres notas. *Medicamentos y lactancia* tiene como propósito que las mujeres que amamantan y deben ser medicadas puedan ser apoyadas para continuar la lactancia, con la selección óptima de la medicación a utilizar. *La normatización y la calidad asistencial* define los instrumentos (norma, guía de práctica clínica, protocolo) y muestra como su utilización aporta beneficios como: cambios de actitudes entre los profesionales y cambios en los resultados clínicos y en la salud de la población. Por último, una evaluación del *Boletín Atención Primaria de la Salud*, realizada por la red de Control Social Directo.



AUTORIDADES DEL MINISTERIO

Señor Ministro de Salud de la Nación

Dr. Ginés González García

Señora Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias

Dra. Graciela Zulema Rosso

Señora Subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización

Dra. Claudia Madies

AUTORIDADES PROAPS - REMEDIAR

Coordinación General del Programa

Dra. Graciela Ventura

Gerente de Medicamentos

Dra. Graciela Ventura

Subgerente de Operaciones

Dr. Rubén Coulomme

Subgerente de Sistemas y Control de Gestión

Lic. Leticia Montiel

Subgerente de Capacitación, Comunicación y Participación Social

Dr. Augusto Ypas

Gerente de PROAPS - Córdoba

Dr. Francisco Leone

Boletín PROAPS-REMIAR

Director del Boletín PROAPS-REMIAR:

Dr. Ricardo Bernztein

Comité editorial: Dr. Armando Reale,
Lic. Lucas Godoy Garraza,
Lic. Mauricio Monsalvo,
Lic. Pilar Rodríguez Riccheri,
Dra. Gabriela Ettlin.

Comité revisor:

Dra. Perla Mordujovich de Buschiazzo, *Profesora Titular, Cátedra de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata;*

Dr. Jorge Aguirre, *Profesor Adjunto de Farmacología Aplicada de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba;*

Dr. Guillermo Williams, *Director del Programa Nacional de Garantía de Calidad, Ministerio de Salud de la Nación.*

Dra. María Luisa Ageitos, *UNICEF - Argentina*

Dr. Roberto Diez, *Profesor Titular de la Segunda Cátedra de Farmacologías, Facultad de Medicina - UBA.*

Dr. Mario Meuli, *Profesor Titular de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán.*

Boletín de Periodicidad Mensual

Dirección postal:

PROAPS.REMIAR. Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925, piso 8 – Casillero 54
(C1073ABA) Buenos Aires, República Argentina
Tel: 0-800-666-3300
boletinremiar@proaps.gov.ar

ISSN 1668-2831.

Propietario: **Programa PROAPS - REMEDIAR**

Imprimió: **GRAFICA CID S.R.L.**
Benito Quinquela Martín 1128, Cdad. Auton. de Bs.Aires.

(Viene de pag. 1)

Hoy reconocemos tres grandes estrategias para disminuir el impacto de las IRA en la comunidad:

1) **Educación comunitaria** con el objetivo de desarrollar acciones preventivas.

Se debe recomendar el control del embarazo desde el primer trimestre para prevenir la prematuridad y el bajo peso al nacer, estimular la lactancia materna, asegurar el cumplimiento real del calendario de vacunación y educar sobre el riesgo de la contaminación domiciliar (humo de cigarrillo, braseros). Es necesario enfatizar el valor de la consulta precoz ante el lactante con los primeros síntomas de IRA y la familia debe estar informada sobre los signos de alarma (taquipnea, tiraje, fiebre).

2) **Acciones del equipo de salud.**

Es prioritario unificar criterios de diagnóstico y de manejo, en este aspecto son muy importantes las normas o los consensos que integran los conocimientos y experiencias de los diferentes grupos de expertos. Los médicos en el primer nivel de atención deben reconocer los factores de riesgo para padecer una IRA severa y brindar a esos pacientes un acceso facilitado a la consulta. Las acciones médicas se realizan en base a criterios diagnósticos sindrómicos (bronquiolitis o neumonía) y se establecen criterios de gravedad para orientar las mismas. Los criterios de internación deben quedar establecidos con claridad para evitar derivaciones u hospitalizaciones tardías, que constituyen una de las principales causas de riesgo en esta patología.

3) **Acceso a la atención médica y a los medicamentos esenciales.**

Es indispensable para cumplir con el objetivo de reducir el impacto de las IRA, facilitar el acceso de la población a la atención médica. Es factor de riesgo de severidad, especialmente cuando más pequeño sea el niño, la consulta médica demorada o cuando fue realizada pero las indicaciones no fueron comprendidas o cumplidas por los padres.

Por estos motivos debemos anticiparnos al aumento estacional de la demanda con la oferta de más turnos de consulta, no rechazar pacientes con factores de riesgo de padecer una IRA grave, obtener la provisión de los medicamentos esenciales y del oxígeno, con sus dispositivos de administración y disponer de las camas necesarias

Los números anteriores de Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMIAR están en la página web: www.remiar.gov.ar en la sección **Boletines Remiar.**

Boletines publicados:

1. Infección Respiratoria Aguda Baja.
2. Hipertensión Arterial.
3. Políticas de Medicamentos.
4. Anemia Ferropénica.
5. Faringitis. Uso de Trimetroprima-Sulfametoxazol.
6. Diarrea Aguda.
7. Infección Urinaria. Uso inapropiado de antibióticos.
8. Participación Social en Salud.
9. Diabetes Mellitus Tipo 2.
10. Bronquiolitis / Bronquitis Obstructiva Recurrente.

El Boletín se indiza para la base de datos Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud - BINACIS, que se encuentra disponible en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) en la dirección: www.bvs.org.ar

Cartas de Lectores

Las cartas y sugerencias pueden ser enviadas a **boletinremediar@proaps.gov.ar**

AEROCÁMARAS

Sr. Director de Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMIAR: Humildemente me dirijo a Ud a fin de hacer un aporte a la nota publicada en la carta de lectores por el Dr Lentini¹, desde ya adhiero a la consigna que inicia la nota pero le agrego que no me gustan las cosas fáciles.

Desde hace 3 años, he incursionado en el tratamiento de pacientes con asma bronquial y, basándome en un artículo publicado en la revista evidencia en APS², les fabrico a muchos de mis pacientes espaciadores caseros con botellas de gaseosa o agua mineral de 500 ml, utilizando el pico de la botella como boquilla y en la base de la botella con un lápiz soldador o con un cuchillo caliente les realizo un orificio para la correcta adaptación de la boquilla del aerosol, recomendando la limpieza mensual con agua y detergente para disminuir la tensión superficial del plástico.

Comparto con Ud. las experiencias de esta práctica:

- El espaciador no tiene costo para los pacientes.
- Nos permite el tratamiento en quienes no tienen electricidad en el hogar.
- Tienen muy buena aceptabilidad para los pacientes pediátricos debido a que es una pauta culturalmente aceptada (la botella).
- La dosis de corticoides inhalados con la que obtengo respuesta terapéutica (control de la enfermedad) concuerda con las dosis de la bibliografía para uso con aerocámara.
- En el caso que los niños no logran adecuar la técnica, le adapto

al pico de la botella una máscara de nebulización, simulando las máscaras comerciales para lactantes.

- La distancia entre la boquilla del aerosol y la boca del paciente es similar a la de aerocámaras comerciales.

Envío esta misiva con una doble finalidad: la de mostrar que existe una forma para utilizar aerosoles a un bajo costo (que sería de mucha utilidad comunitaria que el plan Remediar disponga de los aerosoles) y la segunda, compartir la forma de fabricación.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Pablo Luchini

Medico General, U.S. N° 4, Sierra Chica, Olavarría

Respuesta

Estimado Dr. Luchini:

Hay numerosas evidencias acerca de las ventajas terapéuticas de los broncodilatadores administrados por medio de aerosoles con aerocámaras sobre las nebulizaciones³. En este mismo número se publica un estudio de minimización de costos en el primer nivel de atención, realizado en la Provincia de Tucumán. También existen evidencias acerca de la eficacia de los espaciadores caseros⁴ para terapia broncodilatadora en niños. Por esas razones, en el contexto de un proceso de selección racional de medicamentos, REMEDIAR ha incorporado en la presente compra el salbutamol aerosol, para incluir 3 unidades por botiquín a partir del tercer trimestre del 2004.

Dr. Ricardo Bernztein.

Director de Atención Primaria de la Salud,
Boletín PROAPS-REMIAR.

¹ Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMIAR N° 6, Diciembre 2003, Página 3.

² Evidencia en Atención Primaria vol 4 nro 1 ; 11.

³ Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMIAR N° 1, Julio de 2003, Página 5.

⁴ Acceso libre en Internet: Zar HJ, et al. Home- made spacers for bronchodilator therapy in children with acute asthma: a randomised trial. Lancet 1999;354:

En este número:

Pag.

Pag.

Editorial: EL IMPACTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA POBLACIÓN. Dr. M. Grenville. **1**

CARTAS DE LECTORES. **3**

EVALUACIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS REMEDIAR PARA LA INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA AGUDA EN LA INFANCIA EN LOS CAPS. **4**
Dr. Ricardo Bernztein, Lic. Mauricio Monsalvo.

MORTALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA EN LA INFANCIA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. **10**
Programa de Salud Integral del Niño.
Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.

HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN. **12**
EVALUACIÓN POSTA DE BRONQUIOLITIS 2002. **12**
Dra. Cristina Garibaldí, Lic. Mónica Oppezzi y Lic. Graciela Castañón.

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y APLICACIÓN DE LA NORMA DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y EL SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO. **13**
Acuña de Curubeto, B, Ways, E., Mena, T, Carrizo, R, Cortez, R.

ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTOS PARA LA GESTIÓN DE UN PROGRAMA PROVINCIAL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. Dr. Ernesto J. Ways. **15**

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE IRA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. **17**
Dirección de Epidemiología y de Información Sistemática.
Programa Materno Infantil. PBA.

PROGRAMA NACIONAL DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA. CAMPAÑA DE INVIERNO 2004. **20**
Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.
Ministerio de Salud de la Nación.

MEDICAMENTOS Y LACTANCIA.
María Luisa Ageitos. **24**

LA NORMATIZACIÓN Y LA CALIDAD ASISTENCIAL. **25**
Dres. Guillermo Williams y Carlos Martínez Sagasta.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, BOLETÍN PROAPS-REMIAR. **28**

Evaluación del Uso de Medicamentos en la Infección Respiratoria Baja Aguda en la Infancia en los CAPS

Dr. Ricardo Bernztein y Lic. Mauricio Monsalvo

Programa REMEDIAR

Introducción

La **Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB)** y el **Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO)** en la infancia son problemas trascendentes de la Salud Pública. Numerosos actores se hallan abocados a enfrentarlo. Las Provincias, Municipios y Nación -a través de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y REMEDIAR-, por un lado, las Sociedades Científicas -como la Sociedad Argentina de Pediatría-, por otro, y cada profesional de la Salud, desde el lugar donde le toca actuar conforman el sistema que previene y trata la morbilidad resultante. Ello implica lograr consensos, organizar la atención fortaleciendo el primer nivel, articular en una red los diferentes niveles de complejidad. **REMEDIAR** interviene específicamente en la provisión de medicamentos para la población pobre y sin cobertura, que se atiende en los CAPS. También cuida el uso racional de los medicamentos (URM) provistos, a través de un curso semipresencial y de la publicación de **Atención Primaria**

de la Salud, Boletín PROAPS-REMEDIAR. El boletín ya trató el IRAB-SBO en su 1er número, debido a la trascendencia del problema. En el número actual, volvemos al tema desde otras perspectivas, intentando adelantarnos al brote epidémico característico del otoño e invierno en nuestro país. Por último, REMEDIAR provee medicamentos como un incentivo para la modificación del Sistema de Salud, buscando la jerarquización de la APS y las nuevas modalidades de Hospitalización Abreviada para la IRAB/SBO en la infancia. De acuerdo al propósito de cuidar el URM en el primer nivel de atención, y a partir de las fuentes primarias de información del Programa, el **objetivo** de este trabajo es evaluar el uso de medicamentos en los CAPS en la IRAB-SBO. Ello comprende la frecuencia y codificación de los diagnósticos, la distribución por edad, la prescripción de medicamentos y la composición del botiquín.

Metodología

La **información** utilizada proviene de:

- Formularios R (recetas REMEDIAR): una muestra de 150.000 de 3 meses (mayo, junio y julio de 2003), sobre 2.428.315 recetas -representativa a nivel provincial-. Aproximadamente en el 60% de las consultas en CAPS existe prescripción. Los medicamentos provistos por REMEDIAR cubren el 40 % de las consultas totales. Allí se evidencia la frecuencia de diagnósticos de IRAB-SBO, sexo y edad de los pacientes, medicamentos prescritos¹.
- Formularios B:
 - Ritmo de consumo: cantidad de prescripciones cada 100 recetas,
 - stock, indicador que se mide en meses: es el número de meses en que la prescripción no se vería limitada si el CAPS no recibiera medicamentos. Ello se calcula en todos los CAPS, expresados en percentilos según su consumo.

Un sesgo en este trabajo es la falta de información sobre medicamentos provistos por otros programas, ya sea nacionales o provinciales.

Definiciones:

Existe dificultad en la decodificación de estas enfermedades, debido a la falta de una clara definición y consenso a nivel nacional e internacional para las sibilancias de los lactantes y niños pequeños.

Para la codificación de los problemas de salud se utiliza la CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE PROBLEMAS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA (CEPS-AP) realizada por la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades dependiente de la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud 2001. La CEPS-AP se estructuró a partir de la Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud- Décima Revisión (CIE-10) y condensó las 2036 categorías de la CIE-10 en 268 categorías. El objetivo de la CEPS-AP es clasificar los problemas de salud atendidos en la atención primaria de la salud de una manera mas breve y simple que la CIE-10. Se puede recurrir a la clasificación tabular o al índice alfabético. En la clasificación tabular -páginas 21 y 22- del

¹ El Formulario R determina frecuencia y no incidencia, ya que el denominador de la tasa son 100 recetas REMEDIAR, sin una base poblacional. La frecuencia podría orientar, de manera indirecta, acerca de la incidencia.

² Se encuentra en: www.remediar.gov.ar sección uso racional, \t "_blank" 5- El Manual de Codificación CEPS-AP.

Manual de Codificación CEPS-AP³ figuran: **ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO** (CIE10: J00-J99) Código 400-424.

412 Neumonía (J12-J18)

413 Bronquitis aguda (J20)

414 Bronquiolitis aguda y NE (J21), *Incluye:* con broncoespasmo

417 Bronquitis NE y bronquitis crónica (J40-J42)

418 Enfisema y otras enfermedades pulmonares crónicas (J43-J44)

Incluye: -enfermedad pulmonar obstructiva crónica NE [EPOC];

-asma obstructiva, bronquitis crónica asmática obstructiva

419 Asma y estado asmático (J45-J46)

La **bronquiolitis**³ es una inflamación difusa y aguda de las vías aéreas inferiores, de naturaleza infecciosa, expresada clínicamente por obstrucción de la vía aérea pequeña ocasionada, la mayoría de las veces, por el virus sincicial respiratorio. Es autolimitada en la mayoría de los casos, pero debido a los casos graves y a los que afectan a la población de riesgo, es una importante causa de mortalidad en los países en desarrollo. Código: 414.

El **asma bronquial**⁴ es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea que lleva a una respuesta exagerada de la misma ante diferentes estímulos y produce síntomas generalmente asociados a la obstrucción difusa y variable del flujo aéreo. Esta obstrucción habitualmente es reversible en forma espontánea y con el tratamiento. Los criterios que permiten definir el asma bronquial son: clínicos - síntomas y signos de obstrucción bronquial recurrente-; fisiológicos -hiperreactividad bronquial-; e histológicos -inflamación bronquial. En los niños el diagnóstico de asma bronquial es esencialmente clínico y se basa en dos aspectos: episodios reiterados de obstrucción bronquial; reversibilidad de los mismos en forma espontánea o ante la administración de broncodilatadores. Código: 419.

La recurrencia del cuadro de sibilancias en el niño pequeño es objeto de controversias⁵. Los nombres dados a lo largo de los años a las sibilancias en niños pequeños, siempre han sido confusos: **BOR**, bronquitis sibilante, sibilancias asociadas a enfermedades respiratorias o bronquitis asmáticas, entre otros. Se utiliza la denominación **lactantes sibilantes**, para diferenciar el cuadro del asma bronquial de los niños mayores. Las sibilancias son un síntoma de obstrucción bronquial de la vía aérea y no representan un diagnóstico en sí mismo. Para que éstas se produzcan, se requiere: un estrechamiento de la vía aérea o compresión de la misma y la producción de un flujo aéreo suficiente. Habiendo diferenciado cuadros como fibrosis quística, displasia broncopulmonar, compresión de la vía aérea, reflujo gastroesofágico, entre otros, **la pregunta es si el diagnóstico es asma**. Fernando Martínez⁶ concluyó que la mayoría de las veces las sibilancias recurrentes en niños menores de 6 años, están relacionadas a condiciones transitorias asociadas a una función de la vía aérea disminuida al nacimiento y no presentan riesgo incrementado de asma o alergias tardías en la vida; excepto en un grupo en el que las sibilancias representan una predisposición al asma. Ello es, sin embargo, motivo de controversia. Para codificar el mal definido cuadro denominado BOR o sibilancias recurrentes, el índice alfabético del manual CEPS-AP remite al código 418, la clasificación tabular no es tan clara. Queda para las sociedades científicas delimitar claramente cada uno de los cuadros que lo componen.

³ <http://www.sap.org.ar/educacion/consensos/irab/index.htm>

⁴ <http://www.sap.org.ar/educacion/consensos/asma/conasma1.htm#def>

⁵ Castaños C. Lactante sibilante. Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMIAR 2003;Nº 1: pag 7.

⁶ Martínez F; Wright A; Taussig L y col. Asthma and Wheezing in the first six years of life. N Engl J Med 1995; 332:133-138.

⁷ Libre acceso en: www.remediar.gov.ar sección Boletines Remediari; Boletín Nero 1.

⁸ Libre Acceso en: www.sap.org.ar/consensos

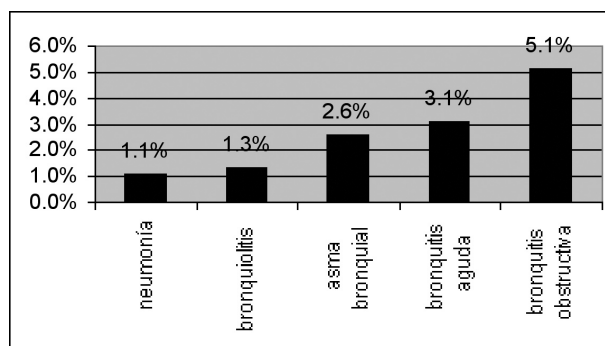
Evaluar significa comparar o contrastar con valores previos. En Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMIAR Nº 1 (julio 2003)⁷ se discutió la eficacia de los distintos medicamentos (broncodilatadores, corticoides, antibióticos) para la IRAB/SBO, y se publicaron las normatizaciones sobre IRAB-SBO de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. En la página web del Programa: www.remediar.gov.ar, sección Uso Racional, se encuentran los Esquemas Terapéuticos del Programa REMEDIAR, validados por el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Por otro lado, se encuentra disponible el consenso sobre bronquiolitis de la SAP⁸.

Resultados

1- ¿Cuál es la frecuencia de diagnósticos de IRAB-SBO en las consultas en el primer nivel de atención?

A partir de los Formularios R, se definió la frecuencia de los diagnósticos en el primer nivel de atención, cuando se utilizaron medicamentos provistos por el Programa REMEDIAR. Se determinó código CEPS-AP, diagnóstico, edad, sexo, jurisdicción.

Gráfico 1. Frecuencia de diagnósticos declarados en las recetas REMEDIAR. Total nacional. Período mayo-julio 2003.



En los meses de mayo-julio de 2003, se confeccionaban aproximadamente 900.000 Formularios R mensuales en los CAPS de todo el territorio de la Argentina. Por lo tanto, se han prescrito, por mes, medicamentos REMEDIAR a:

- 11.700 bronquiolitis,
- 23.400 asmáticos,
- 45.900 bronquitis obstructivas.

Los diagnósticos en el Formulario R pueden ser uno o dos. En la tabla 1 se observa la frecuencia de los diagnósticos únicos o asociados.

Tabla 1. Diagnósticos únicos o asociados en Bronquiolitis y BOR.

	1 Diagnóstico	2 Diagnósticos
Bronquiolitis	82%	18%
BOR	83,3%	16,7%

FUENTE: Área Programación REMEDIAR. En base a Formularios R.

En el caso de las recetas en las que el médico consignó dos diagnósticos (ver Tabla 2), se observa que la bronquiolitis aparece asociada a la fiebre (45.3%), a la anemia (10.6%) y a la otitis (9.1%); sólo en el 0.5% de los casos se encuentra asociada a la neumonía. En el caso del BOR, surge del análisis de los diagnósticos que aparece asociado a la fiebre (45.3%), a la angina/faringitis (7.2%), la HTA (6%), la anemia (5.3%) y la otitis (4.1%). En apenas el 0.8% de los casos aparece vinculada a la neumonía.

La distribución por edad se describe en la tabla 3. El grupo más afectado por ambas patologías es el de 15 años y menos, su frecuencia es el 10.5%, contra una frecuencia menor del 3.5% para los adultos. Hay mayor frecuencia entre los varones (11.0%) en relación a las niñas (9,8%), que no es significativa.

En el gráfico 2 se observa la frecuencia de diagnósticos por provincia y total del país.

No se observa un patrón geográfico definido. Provincias de las mismas regiones (como Mendoza y Catamarca) se ubican en extremos opuestos, excepto que en las provincias del sur (todas menos Neuquén), predomina la bronquiolitis por sobre la bronquitis obstructiva.

Tabla 2. Frecuencia de diagnósticos asociados a Bronquiolitis y BOR (en porcentaje).

Diagnósticos Asociados	BOR	Bronquiolitis
Fiebre	45.3	47.8
Otitis	4.1	9.1
Neumonía	0.8	0.5
Amigdalitis	0.9	1.0
Anemia	5.3	10.6
Angina/Faringitis	7.2	4.9
Asma	2.2	3.4
Desnutrición	2.0	2.6
Parasitosis Intestinal	3.2	2.1
Dolor	2.8	2.3

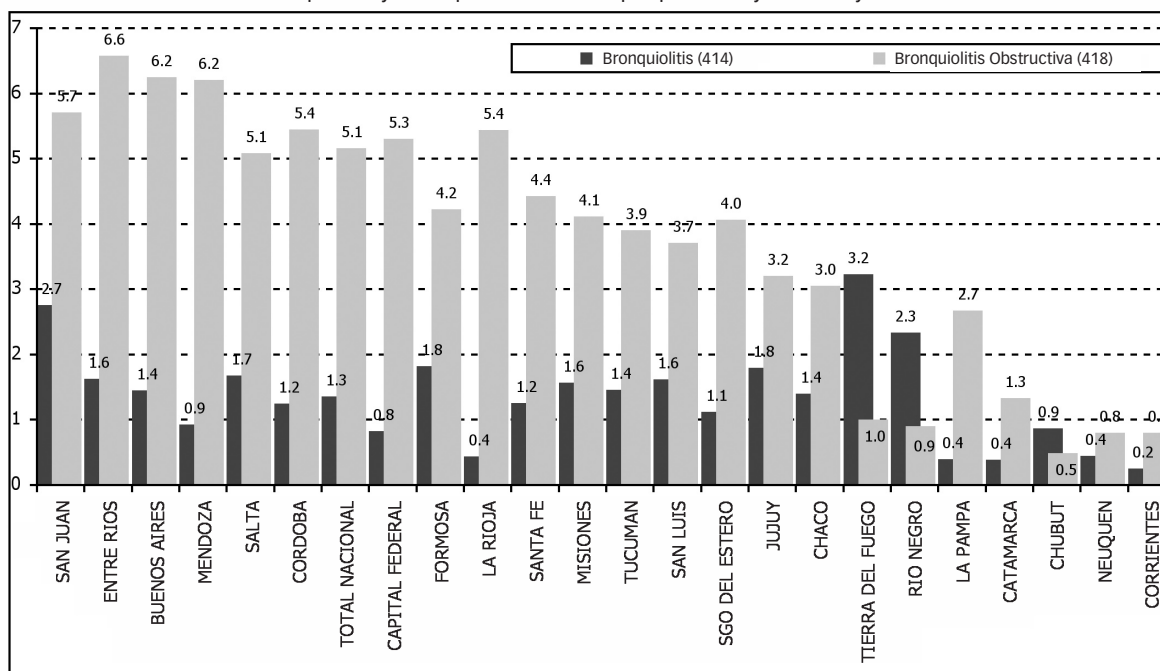
Fuente: Área Programación REMEDIAR. En base a Formularios R.

Tabla 3. Distribución por edad en años de las consultas. Bronquiolitis y bronquitis obstructiva.

Percentilos	Bronquiolitis	BOR
25	1.0	3.0
50	3.0	6.0
75	10.0	22.0

Fuente: Área Programación REMEDIAR. En base a Formularios R.

Gráfico 2. Frecuencia de bronquiolitis y bronquitis obstructiva por provincia y total. Mayo-Julio 2003.



FUENTE: Elaboración en base a muestra de Formularios R (recetas) del Programa REMEDIAR.

2- ¿Qué contiene el Botiquín REMEDIAR para la IRAB-SBO? ¿Cuál es la disponibilidad –stock- de medicamentos? ¿Cuál es su costo?

El Botiquín REMEDIAR sufre variaciones constantes en función de la demanda de los CAPS –y el stock que ello determina- y las posibilidades de oferta. Los medicamentos con mayor stock pueden ser suspendidos transitoriamente.

REMIAR ofrece en su **botiquín** muchas alternativas terapéuticas con el objetivo de que el médico pueda brindar a cada paciente su tratamiento personal. En la tabla 4 se presenta el contenido de un

botiquín estándar con las alternativas disponibles para IRAB-SBO, los tratamientos por botiquín, las presentaciones, los precios de dichos medicamentos y el stock existente en los CAPS.

3- ¿Qué medicamentos REMEDIAR prescriben los médicos de APS para la bronquiolitis y la bronquitis obstructiva?

En el gráfico 3 y 4 se muestran los medicamentos prescritos cuando los diagnósticos son bronquiolitis y bronquitis obstructiva. Se tomaron en cuenta las recetas que presentaban un único diagnóstico y se excluyeron las que tenían más de uno.

Tabla 4. Contenido de un botiquín estándar (*). Precios minoristas y precio al que compra REMEDIAR por tratamiento. Stock en los CAPS con diferente consumo.

	Presentación	Tratamientos por botiquín	Precio de mercado por tratamiento (**)	Precio REMEDIAR por tratamiento (***)	Stock en los CAPS (Percentilo 75 de consumo)	Stock en los CAPS (Percentilo 50 de consumo)	Stock en los CAPS (Percentilo 25 de consumo)
Salbutamol 0.5 mg./ ml	Fco. Solución nebulizable	10	\$ 12.36	\$ 0.66	3.7	15	24 y más
Budesonide 200 mcg	Aerosol 100 dosis	2	\$ 53.19	\$ 7.20	0.4	2.5	9
Betametasona	Gotas 0.5 mg./ ml.	1	\$ 12.89	\$ 2.17	0.5	3	18.8
Meprednisona 4 mg.	Compr.	2	\$ 7,34	\$ 1.64	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Dexametasona 4 mg./ 2 ml.	Frasco ampolla	10	\$ 8.94	\$ 1.04	3.5	12.9	24 y más
Paracetamol 100 mg/ ml.	Solución oral, frasco 20 ml.	48	\$ 7.52	\$ 0.67	8.8	23.6	24 y más
Ibuprofeno 100 mg./ 5 ml.	Fco 100 ml.	4	\$ 13.98	\$ 1.36	0.2	1.5	4.2
Ibuprofeno 400 mg.	Compr.	30	\$ 4.48	\$ 0.28	0	0.7	2.2
Amoxicilina 500 mg/ 5 ml.	Fco. 90 ml.	18	\$ 16.61	\$ 3.83	1.3	4.1	11.1
Amoxicilina 500 mg.	Compr.	15	\$ 19.20	\$ 2.56	1.1	3.2	7.8
Cefalexina 250 mg/ 5 ml.	Fco. 90 ml.	9	\$ 19.68	\$ 2.30	1	4.5	16.4
Cefalexina 500 mg	Compr.	4	\$ 41.06	\$ 5.37	0.1	1.2	4.7
Eritromicina 200 mg./ 5 ml.	Fco. 100 ml.	2	\$ 26.02	\$ 2.68	1.7	12	24 y más
Eritromicina 500 mg.	Compr.	2	\$ 40.47	\$ 8.04	2.1	9	24 y más
Trimetoprima 40 mg./ Sulfametoxazol 200 mg/5 ml.	Fco. 100 ml.	4	\$ 14.87	\$ 1.56	3	14	24 y más
Trimetoprima 80 mg./ Sulfametoxazol 400 mg.	Compr.	2	\$ 17.70	\$ 1.14	0.8	4.4	24 y más

(*) el botiquín presenta modificaciones en cada entrega según el stock y el consumo de los medicamentos en los CAPS.

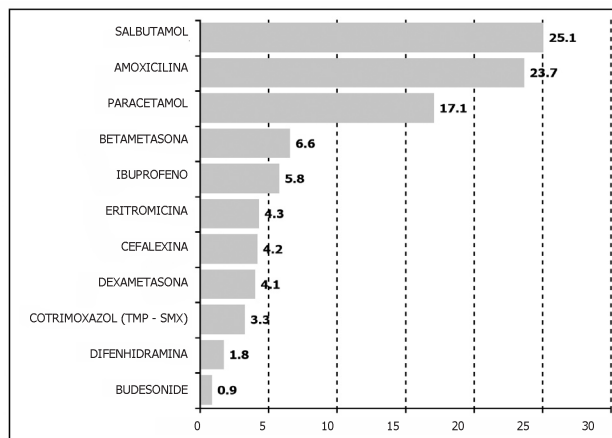
(**) Manual Farmacéutico Argentino. Datos a diciembre de 2003.

(***) Incluye un 10% correspondiente a gastos de distribución.

Fuente: Área Programación REMEDIAR.

El **proceso de selección racional** de medicamentos para el Botiquín REMEDIAR determinó la incorporación de 3 tratamientos de salbutamol aerosol por botiquín, lo que se hará efectivo en el 2004. En el interín, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, provee a las provincias más de 40.000 aerosoles de salbutamol.

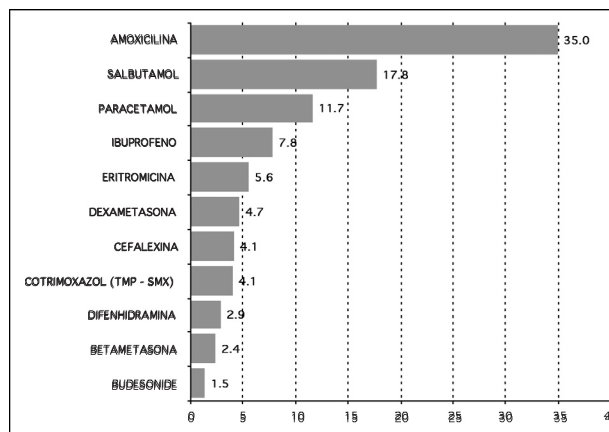
Gráfico 3. Medicamentos prescritos en la bronquiolitis, en porcentaje.



Fuente: Área Programación REMEDIAR.

Los medicamentos prescritos se agruparon en categorías (antibióticos, broncodilatadores, corticoides) y se cuantificó la prescripción de ellos en la bronquiolitis por provincia (gráfico 5).

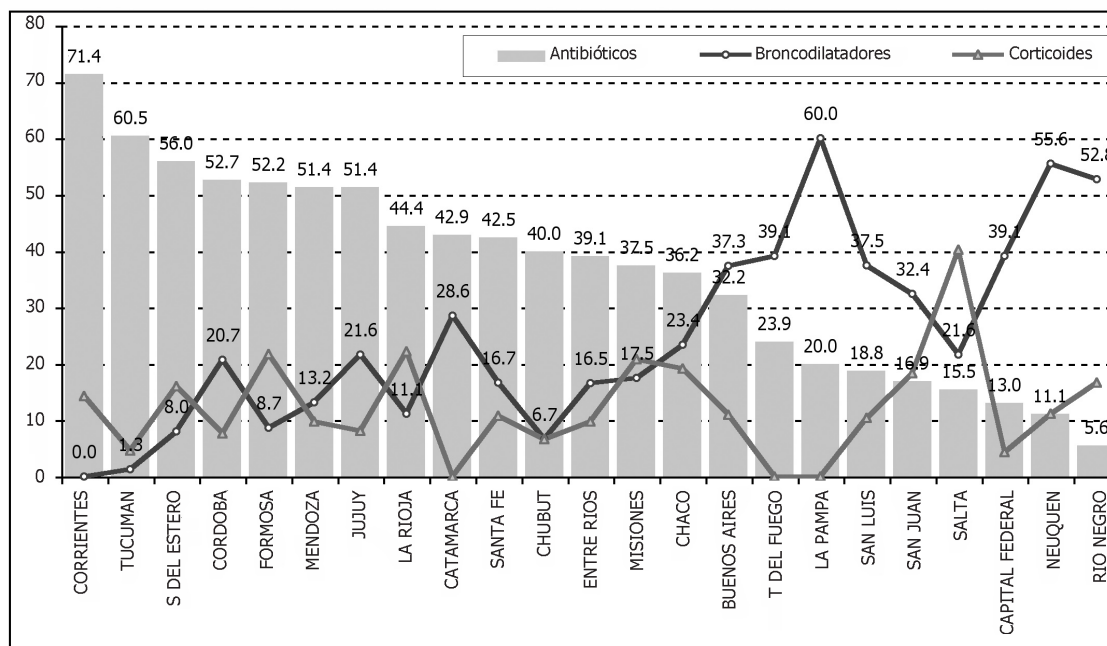
Gráfico 4. Medicamentos prescritos en la bronquitis obstructiva, en porcentaje.



Fuente: Área Programación REMEDIAR.

En el gráfico se ve, con excepciones como: La Pampa, Tierra del Fuego, Neuquén, Río Negro y también Buenos Aires, Capital Federal, San Luis, Salta y San Juan, la prescripción de antibióticos supera ampliamente a la de salbutamol.

Gráfico 5. Bronquiolitis. Prescripción de medicamentos por provincia, en porcentaje.



Fuente: Área Programación REMEDIAR.

Discusión

Uso racional de medicamentos

La Conferencia de Expertos en Uso Racional de Medicamentos convocada por la Organización Mundial de la Salud en Nairobi en 1985, declaró: "El uso racional de medicamentos requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales,

por un período adecuado de tiempo, y al menor costo para él y su comunidad".

Hay aspectos del uso racional que escapan a la evaluación. La calidad del diagnóstico y su codificación se determinan dentro de cada consultorio. Desde REMEDIAR se espera, igualmente un comportamiento geográfico más definido. Para la elección del

tratamiento, se observa en la tabla 4 la gran disponibilidad de **medicamentos**, con stock significativo de ellos en los CAPS. Respecto a la **modalidad de atención** -clave en el manejo de la IRAB-SBO- el desarrollo de unidades de Hospitalización Abreviada en los CAPS es la propuesta adecuada. A través de ellas, otros países, como Chile, y provincias Argentinas, como Neuquén y Tucumán, han reducido la mortalidad específica. La **comunicación y monitoreo** son objeto de auditoría médica, que REMEDIAR abordará.

La compra de REMEDIAR en gran escala, genera un ahorro de bolsillo que oscila entre el 85 y el 90%. En la tabla 4 se observa que en algunos medicamentos, como el salbutamol, el ahorro supera el 95% del precio de mercado. Ello muestra la conveniencia de integrar a REMEDIAR con los programas provinciales de provisión de medicamentos, ofreciendo alternativas complementarias y no superponer coberturas.

En Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMIAR N° 1 (julio 2003)⁹ se discutió la eficacia y las controversias del salbutamol y los corticoides para la IRAB/SBO.

Hay consenso en que los antibióticos no tienen lugar en el manejo de la bronquiolitis, ya que es de origen viral, frecuentemente el *virus sincicial respiratorio* (70%). El tratamiento con antibióticos de las infecciones respiratorias virales es la causa más frecuente de uso inapropiado de antibióticos¹⁰. Sin embargo, en los gráficos 3 y 4 se observa como, para la bronquiolitis y especialmente para el BOR se prescriben más antibióticos que broncodilatadores. En el gráfico 5 se observan las grandes *variaciones de la práctica clínica* entre las diversas jurisdicciones, clara causa de *inequidad* en la atención. Por ejemplo, en la Provincia de Corrientes, para la bronquiolitis se registra la mayor prescripción de antibióticos y la menor de salbutamol (casi nula). En las antípodas se encuentra la Provincia de Neuquén, que a través de la presencia provincial en la capacitación médica, registra un Uso Racional de Medicamentos, asociado a resultados como una mortalidad específica por esta causa, en el año 2002, cercana a cero.

Respecto al uso de antibióticos, en el consultorio de prehospitalización del Hospital Garrahan (Posta de Bronquiolitis), de junio a septiembre de 1998 se atendieron 1403 niños, se realizaron 126 Rx. de Tórax, hubo sólo 26 neumonías¹¹. La otitis media es una complicación frecuente de la bronquiolitis¹². En dichos casos el antibiótico está justificado, pero en los diagnósticos realizados a nuestra población sólo en el 18% de los casos la bronquiolitis no fue diagnóstico único, y de los diagnósticos secundarios sólo el 9,1% fue otitis y el 0,5% neumonía. Llama la atención la baja asociación de la bronquiolitis con otros diagnósticos como otitis, en los CAPS.

¿Cuál es el problema del uso inapropiado de antibióticos?

La Dra. Liliana Clara, en el Boletín N° 7, se extendió en el tema ⁶. Los antibióticos tienen un efecto deletéreo contra su propia efectividad, de allí que la resistencia antimicrobiana fuera declarada por la OMS como un problema mundial. REMEDIAR, al proveer millones de tratamientos antibióticos gratuitos, tiene una gran responsabilidad de cuidar su uso racional. En IRAB-SBO hay casi 40.000 tratamientos mensuales antibióticos inapropiados, ¿cuál será la resistencia generada? También hay un riesgo de efectos adversos, que traen un daño a quien debemos cuidar.

Por último, el gasto y la utilización de los recursos constituyen un grave problema. Si no se administrara antibióticos innecesarios a los pacientes con bronquiolitis o bronquitis obstructiva, REMEDIAR ahorraría \$ 107.000 mensuales o \$ 1.283.000 anuales. ¿Qué sucede en estos casos cuando los medicamentos no son provistos por REMEDIAR? La estimación hecha sobre la base del precio promedio del mercado minorista argentino, teniendo en cuenta los medicamentos prescriptos y los mismos tratamientos, indica que se hubiera generado un gasto de bolsillo (en población sin cobertura) equivalente a \$ 8,396,937.

Dichos recursos podrían tener usos alternativos. Por ejemplo, REMEDIAR podría proveer un extra de 1 aerosol de budesonide o 2 de salbutamol por botiquín (cálculo de 14.000 botiquines mensuales). Podríamos también incluir nuevos medicamentos en el botiquín, como la simvastatina para la dislipemia, u otros.

Los stocks de medicamentos en la gran mayoría de los CAPS garantizan la posibilidad de realizar los tratamientos adecuados a la población que acude a ellos. Es de interés destacar que más del 50% de los CAPS tiene más de 15 meses de stock de salbutamol. La baja tasa de prescripción de broncodilatadores en algunas provincias, como Tucumán, se relaciona con la compra provincial de aerosoles de salbutamol (más costo efectivo que las gotas nebulizables).

De acuerdo a los criterios de selección racional de medicamentos –efectividad, seguridad o efectos adversos, conveniencia, costo y costo-efectividad– REMEDIAR proveerá aerosoles de salbutamol para ser utilizados en los niños con aerocámaras o espaciadores durante el 2004. Éstos últimos pueden ser caseros y presentan igual efectividad que las aerocámaras valvuladas, con un costo muy inferior¹³.

Conclusiones

- La IRAB-SBO es un problema de salud pública, que afecta fundamentalmente la infancia. Desde los niveles centrales, es necesario elaborar consensos que definan adecuadamente los diferentes problemas de salud: a qué se llama lactante sibilante, es o no sinónimo de asma, o de bronquitis obstructiva recurrente, cómo deben codificar los médicos prescriptores.
- El comportamiento epidemiológico, no se ve reflejado en los diagnósticos remitidos desde los CAPS. Existe un subdiagnóstico de problemas asociados, como otitis.
- Los CAPS son una línea fundamental en la contención y resolución de la IRAB-SBO. REMEDIAR y Maternidad e Infancia proveen numerosas alternativas terapéuticas, de las que hay suficiente stock en los CAPS, que deben ser utilizadas de manera adecuada.
- En relación a los costos y el ahorro generado, es conveniente evitar la competencia de REMEDIAR con programas provinciales de provisión de medicamentos y en cambio ofrecer alternativas complementarias.
- Preocupa la sobreutilización de antibióticos, que acarrea riesgos de resistencia bacteriana y efectividad efímera, así como efectos adversos.
- En la Argentina preocupa, aunque también en los países desarrollados, la dilapidación de recursos escasos.

⁹ Libre acceso en: www.remediar.gov.ar sección Boletines RemediAR, Boletín Nero 1.

10 Clara Liliana. Uso inapropiado de antibióticos. Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMIAR. 2004;7:4-5.

11 Ortiz F, Fernie L, Guirtzman C, Gonzalez Penna H. et al. Consultorio de prehospitalización en IRB Medicina Infantil : 79- 85 Vol 6 N°2 1999.

12 Andrade M et al. Acute otitis media in children with bronchiolitis. Pediatrics 1998;101:617-9.

Shazberg G et al. The clinical course of bronchiolitis associated with acute otitis media. Arch Dis Child 2000;83:317-9.

¹³ Zar HJ, et al. Home- made spacers for bronchodilator therapy in children with acute asthma: a randomised trial. Lancet 1999;354:979-82. Acceso libre en Internet.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda Baja en la Infancia en la República Argentina.

Programa de Salud Integral del Niño. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.

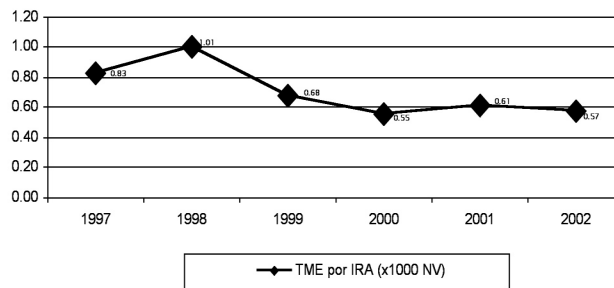
La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB), está entre las primeras cinco causas de mortalidad infantil y en niños de 1 a 4 años. La evaluación de la misma es trascendente ya que ningún niño debiera morir por una causa evitable. El análisis de las muertes nos permite visualizar las dificultades en el proceso de atención y plantear estrategias para su resolución.

En los últimos años se observa que la mortalidad específica por IRAB en niños menores de cinco años, continúa siendo elevada y requiere de una intervención eficaz a corto plazo.

En los últimos 5 años, la tasa de mortalidad infantil por esta causa no presenta cambios significativos, observándose un estancamiento en los últimos tres años que denotan la falta de intervenciones adecuadas para reducir la mortalidad.

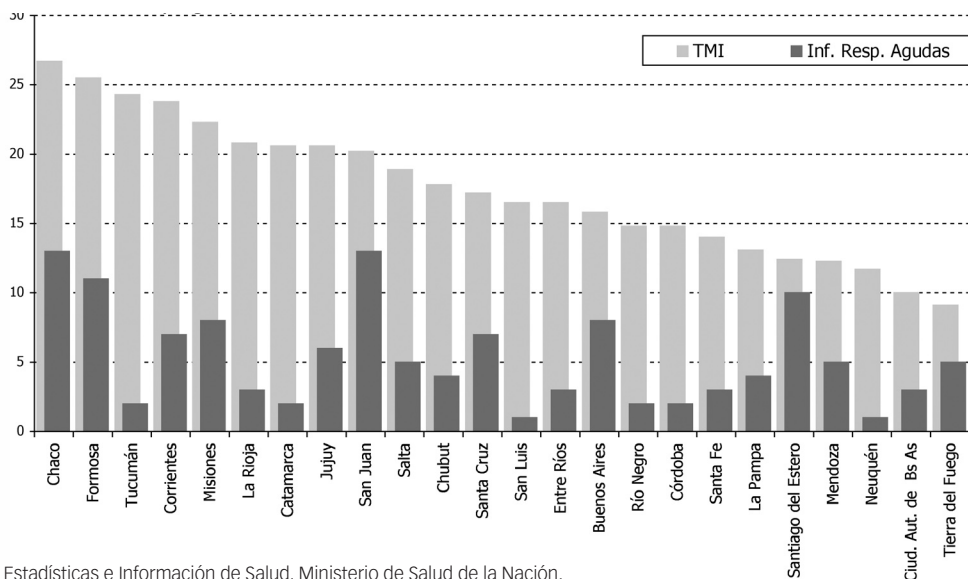
En el Gráfico 2 se compara la tasa de mortalidad infantil (TMI) específica por IRAB y por provincia. Las jurisdicciones están ordenadas de izquierda a derecha según TMI inespecífica: la mayor TMI en la República Argentina es la del Chaco (26,7 %) y la menor es la de Tierra del Fuego (9,1 %).

Gráfico N° 1. Tasa de Mortalidad Infantil Específica por Infecciones Respiratorias Agudas. Argentina 1997-2002.



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico N° 2. TMI (por 1.000 nacidos vivos) y Tasa de Mortalidad Específica por IRAB (por 100.000 nacidos vivos) según provincias, 2002.



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Cuando comparamos las tasas de mortalidad infantil específica por IRA por Jurisdicción, se observan situaciones dispares, las que pueden responder a la implementación de acciones en diferente grado, como lo muestra la figura. Las provincias que presentan una tasa igual o inferior a 0.2 % son: Tucumán, Catamarca, San Luis, Río Negro, Córdoba y Neuquén. Llama la atención que tanto Tucumán como Neuquén son las que en ese año tenían un mayor desarrollo del Programa de Hospitalización Abreviada. El caso de la Provincia de Tucumán es de gran interés, ya que tiene una de las más altas TMI inespecífica (24,3 %) y una de las más bajas tasas de mortalidad por IRAB. Si bien no se puede asegurar que se deba a la implementación del programa, es un dato que merece ser analizado con mayor profundidad. Neuquén, en cambio, presenta una baja TMI (11,7 %) y una baja tasa específica, con lo que la baja o nula mortalidad por IRAB se produce en un contexto favorable.

Por otro lado, las Provincias que registran tasas igual o mayor a 1%, son Chaco, Formosa, San Juan (todas con TMI mayores a 20%) y Santiago del Estero (que presenta una TMI de 12,4 %). Las mismas han comenzado a trabajar en el 2002 y/o en el 2003 con diferente

grado de avance, en muy pocos centros de salud o con falta de registros para la evaluación del programa.

Son varias las provincias que están por encima de la media nacional (mayor a 0.57 %): Corrientes, Misiones; Jujuy, Santa Cruz y la Provincia de Buenos Aires, además de las citadas en el párrafo anterior.

La comparación de resultados, medidos como mortalidad específica, es uno de los indicadores que nos permite evaluar las acciones realizadas en cada Jurisdicción, y promover acciones específicas para su resolución.

A pesar de la enorme importancia epidemiológica y sanitaria del IRAB, los escasos estudios de la calidad de la atención en el sistema público en niños internados o fallecidos por esta causa, han demostrado serias deficiencias en las acciones preventivas y curativas. El modelo de atención existente en nuestro país es desorganizado y trabaja desde la oferta con poca o nula programación en función de la demanda esperada y sin tener en cuenta los factores de riesgo de los niños con infecciones respiratorias.

Esto se pone de manifiesto por fallas en el proceso de atención:

- o Ausencia de seguimiento longitudinal de los casos de IRAB.
- o Insuficiente valoración de los factores de riesgo.
- o Subestimación de la gravedad de la enfermedad actual.
- o Atención despersonalizada del paciente.
- o Atención sólo del motivo de consulta, pasando por alto la necesidad de dar una respuesta integral Variación de las modalidades terapéuticas usadas entre diferentes servicios con uso frecuente de medicación inefectiva (jarabes), uso exagerado de antibióticos y empleo muchas veces tardío o en dosis inadecuadas de medicación efectiva.
- o Saturación de las emergencias pediátricas en la temporada invernal por consultas por IRAB. Un alto porcentaje que se presentan como formas leves o moderadas podrían ser resueltas en centros de atención primaria.
- o Déficit de acciones preventivas previas a la enfermedad actual (falta de seguimiento del niño, vacunación incompleta, pérdida de la lactancia materna).
- o Fallas en la vinculación de las familias con el sistema de salud.
- o Falta de interrelación entre los diferentes niveles de atención (hospitales y CAPS).
- o Falta circunstancial de provisión de insumos terapéuticos en la atención primaria u hospitalaria.
- o Déficit en las horas médicas y de enfermería necesarias para cubrir las necesidades de la población en el 1º nivel de atención.
- o Ausencia de evaluación de los resultados o del impacto de las intervenciones implementadas.

Estas fallas contribuyen al agravamiento de los niños de más riesgo con incremento de la morbi-mortalidad. Las cuales se visualizan tanto en los CAPS como en las emergencias de hospitales generales o pediátricos, demostrando una deficiencia estructural de todo el sistema de atención, independientemente de su nivel de complejidad.

La mayor parte (85-90%) de las consultas por IRAB podrían ser resueltas en los CAPS, si se dotara a éstos de las capacidades de los profesionales, de una organización y funcionamiento adecuados y de los insumos necesarios para la atención completa: aerocámaras, nebulizadores, oxígeno, broncodilatadores, antibióticos, corticoides; como lo demuestra la experiencia de Chile y Argentina en Tucumán.

La atención de IRAB en los CAPS no sólo disminuiría la sobre demanda y los problemas derivados de esta falla en las guardias pediátricas, sino que posibilitaría una mayor resolución en el 1º nivel, un adecuado control de los niños con estos cuadros y su posterior seguimiento hasta su resolución. Se trata de mejorar la vinculación y la accesibilidad de las familias con el sistema de salud y la eficiencia y efectividad de los CAPS. Para lograr esto último se deberían implementar estrategias de Programación Local, tomando los CAPS población bajo responsabilidad y programando acciones preventivas y curativas eficaces. Las evidencias presentadas demuestran que es posible mejorar el proceso de atención de IRAB con un potencial impacto favorable en la morbilidad y mortalidad.

Hospitalización abreviada para niños menores de 2 años en la Provincia de Neuquén.

Evaluación de la Posta de Bronquiolitis 2002.

Dra. Cristina Garibaldi, Lic. Mónica Opezzi y Lic. Graciela Castañón.

Maternidad e Infancia. Provincia de Neuquén.

La Provincia del Neuquén ha incorporado desde el año 2000 en todos los efectores del sector público la Hospitalización Abreviada (Posta de Bronquiolitis) como un subprograma del Programa Materno Infantil.

Se realizaron las Normas Provinciales adecuadas a nuestra realidad y se buscaron referentes en cada una de las Zonas Sanitarias. Con ellos se realizó la Capacitación pertinente a todo el equipo que realiza la atención en Hospitales y Centros de Salud.

También se realizaron actividades de difusión a nivel de la prensa escrita y radios de la provincia, para informarle a la comunidad de la implementación y de la necesidad de devolución de los elementos una vez restablecido el niño de su patología aguda.

En la Zona Metropolitana se encuentra concentrada la mayor

densidad poblacional (42,8%) y los Centros de Salud dependientes de dicha Zona decidieron realizar la Posta en su horario de atención y, luego de éste, se deriva en caso de necesidad al niño al Hospital de Cabecera correspondiente.

Trece Centros de los quince de la Zona Metropolitana implementaron la Posta, algunos de ellos con gran éxito y otros con escaso o nulo número de pacientes.

De los 30 Hospitales de la Provincia hubo 10 que no la implementaron, por problemas organizativos y escasa motivación. En algunos de estos hospitales, el número tan escaso de pacientes que se atenderían en la Posta no justificaba su implementación como un subprograma.

	POBLACION	TOTAL CASOS	RESUELTOS		INTERNACIONES		DERIVACIONES	
HOSPITAL NEUQUÉN (Neuquén Capital)		145	130	89.7%	15	10.3%	0	0%
ZONA I (Plottier – Centenario)	84.371	171	145	84.8%	24	14.0%	2	1.2%
ZONA II (Zapala)	58892	186	165	88.7%	20	10.8%	1	0.5%
ZONA III (Chos Malal)	27.629	19	15	73.9%	4	21.1%	0	0%
ZONA IV (San M. de los Andes)	48.574	287	220	76.6%	73	25.4%	7	2.4%
ZONA V (Cutral Co)	56012	67	50	74.6%	13	19.4%	4	6.0%
ZONA METROPOLITANA (Neuquén Capital)	206.287	240	207	86.6%	27	11.3%	6	2.1%
TOTAL	481.765	1115	932	83.5%	176	15.7%	20	1.7%

Con respecto a los insumos, no hubo problemas en la provisión, pero la devolución de las aerocámaras y aerosoles fue dispar. En los grandes Hospitales y en los que no había suficiente motivación, la devolución fue del 10-35%, en cambio, en los Centros de salud y hospitales más pequeños, las devoluciones llegaron al 90-100%. Los registros en general fueron incompletos, por lo cual se modificó la Planilla haciéndola más sencilla para el año 2003.

Durante el año 2002 se han atendido una cantidad considerable de niños en la Posta, sin embargo no ha sido igualitaria su implementación en toda la provincia.

Cada efector ya ha realizado la Evaluación del año 2003 con sus referentes zonales, quedando pendiente la Evaluación conjunta en el nivel Central.

Algunas Conclusiones

- La implementación y los resultados obtenidos en este Subprograma están en estrecha relación con las características organizativas del sistema de salud provincial: regionalizado por niveles de complejidad creciente; relevancia del primer nivel

de atención y la capacitación continua al recurso humano; los mecanismos de referencia y contrarreferencia están en continuo ajuste y por ende se facilita el sistema de derivación en caso de considerarse necesario. También se optimizaron los registros replanteándose la utilidad de los mismos en toda la zonas sanitarias de la provincia.

- La importancia otorgada a la capacitación continua desde el Programa Materno Infantil, como una estrategia de motivación para la implementación de la Posta se ve reflejada en el Uso Racional de los Medicamentos (ver gráfico 5, de la nota *Evaluación del Uso de Medicamentos REMEDIAR en los CAPS para la IRAB en la Infancia* en este mismo boletín) y en que no se produjeron muertes.
- Se atendieron 1115 niños y se resolvieron 932 casos (83.5%), se internaron 1763 (15.7%) y se derivaron 20 (1.7%). Las modalidades de atención varían de una zona a otra.
- En la zona metropolitana la implementación de la Posta ha tenido un gran impacto en los establecimientos de la misma (100% de los hospitales y 87 % de los centros de Salud).

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION Y APLICACIÓN DE LA NORMA DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y EL SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO

Acuña de Curubeto, B, Ways, E., Mena, T, Carrizo, R, Cortez, R.

Sistema Provincial de Salud, Tucumán.

1.- Introducción:

En Tucumán, las Infección Respiratoria Aguda (IRA) constituye el 60% de todas las consultas de pediatría ambulatoria, llegando al 70% en el período invernal. Representan uno de los motivos de mayor utilización y sobreutilización de servicios de salud, por parte de la población demandante. Es la causa más frecuente de la administración de antibióticos, aunque el 80% de las IRA son de etiología viral, con lo que se ocasiona gastos innecesarios y hasta perjudiciales por sus efectos colaterales e incremento de la resistencia bacteriana. Las IRA es la causa más común de indicación de descongestivos y antigripales, que son ineficaces y costosos, con componentes riesgosos para lactantes pequeños. La IRA es el motivo más habitual de utilización inadecuada y/o excesiva de métodos complementarios de diagnósticos como radiografías y hemogramas. El 60% de la consulta, es por patología respiratoria, de las cuales, el mayor porcentaje es obstructivo. Se conoce por experiencias internacionales que es posible controlar ambulatoriamente el 90% de los pacientes con Síndrome Bronquial Obstructiva (SBO) en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

2.- Material y Método:

El estudio se llevó a cabo con la participación de 60 profesionales médicos, en 22 CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) pertenecientes a las Áreas Operativas Sudeste, Sudoeste y Banda del Río Salí, del Sistema Provincial de Salud, durante los meses Mayo a Diciembre del año 1999

El diagnóstico de Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) se realizó sobre la base de parámetros clínicos. Por norma de tratamiento del SBO, se procedió a adjudicar un score de gravedad a cada caso de obstrucción bronquial diagnosticado, utilizando la escala de Bierman Pearson y Tal (modificado), lo que permitió obtener un puntaje para aplicar el Diagrama de Decisión como protocolo de tratamiento a realizar en 20 minutos, en 1 hora o en 2 horas. La modalidad de tratamiento ambulatorio de 1 o 2 horas se denominó "Internación

Abreviada". En cumplimiento de la norma, se aseguró el tratamiento domiciliario con aerosol y aerocámara por 72 hs. a los pacientes que realizaron internación abreviada. Para esto se implementó el banco de aerosoles y aerocámaras.

3.- Resultados:

- Se realizaron un **total de 3428 tratamientos**, de los cuales 1862 fueron aplicados al sexo masculino (54,3%) y 1566 (45,7%) al femenino.

Tabla 1. Distribución porcentual de tratamientos según grupo etáreo en Centros de Atención Primaria. San Miguel de Tucumán 1999.

GRUPO ETAREO	CANTIDAD	PORCENTAJE
< 1 año	1192	34,8
1 – 5 años	1852	54,0
6 – 14 años	384	11,2
Total	3428	100,0

- En cuanto a la distribución por edad, 1192 tratamientos se realizaron a menores de un año (34,8%), 1852 (54,0%) a niños de 1 a 5 años de edad, y 384 (11,2%) a pacientes de 6 a 14 años.
- El "score" promedio de ingreso medido según la escala clínica fue de 5,0 para los pacientes que estuvieron 20 minutos; 7,2 para los que permanecieron una hora y 7,0 para los que estuvieron dos horas.
- El "score" promedio de egreso fue de 2,7, 4,2 y 4,4 respectivamente, lo que representa una disminución porcentual promedio de la sintomatología en 41,5% con relación al "score" de ingreso.
- El análisis de los datos muestra que la disminución del "score" de ingreso se encuentra en relación inversa con el tiempo de permanencia en el CAPS. Los casos que permanecieron 20 minutos presentaron una mejoría sintomatológica del 46%, los pacientes que estuvieron una hora mejoraron el 42% y los tratados en dos horas el 37,2% con relación al momento de su ingreso.

Los datos de protocolos realizados fueron recolectados semanalmente y volcados en planillas informáticas para su procesamiento y análisis.

El material empleado para la aplicación del tratamiento incluye aerocámara, salbutamol en aerosol, planillas de registros, oxígeno y reloj.

Escala Clínica de Bierman, Pierson y Tal (Modificada)

	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Retracc. costal
	< 6 m.	> 6 m.			
0	≤ 40	≤ 30	No (*)	No	No
1	41 – 55	31 – 45	Fin espiración con fonendoscopio	Perioral con el llanto	(+)
2	56 – 70	46 – 60	Inspirat. y espirat. c/fonendoscopio	Perioral en reposo	(++)
3	> 70	> 60	Audibles sin fonendoscopio	Generalizada en reposo	(+++)

(*) Si no hay sibilancia por insuficiente entrada de aire debe anotarse 3 puntos

Tabla 2.- Mejora porcentual en el "score" de ingreso y su relación con el tiempo de permanencia en los CAPS. San Miguel de Tucumán. 1999

TIEMPO DE PERMANENCIA	SCORE PROMEDIO INGRESO	SCORE PROMEDIO EGRESO	PORCENTAJE PROMEDIO DE DISMINUCIÓN
5,0 2,7	46		20 MINUTOS
1 HORA	7,2	4,2	42
2 HORAS	7,0	4,4	37
PROMEDIO	6,5	3,8	41.5

6. La mejoría promedio para la población en estudio fue del 41.5%. La mejora porcentual del "score" de ingreso por tiempo de permanencia en el CAPS se encuentra en la Tabla 3.

Tabla 3- Distribución porcentual de tratamientos según tiempo de permanencia en los CAPS. San Miguel de Tucumán. 1999.

TIEMPO DE PERMANENCIA	CANTIDAD DE CASOS	PORCENTAJE
20 MINUTOS	2294	66,9
1 HORA	965	28,2
2 HORAS	169	4,9
TOTAL	3428	100,0

7. La distribución porcentual de tratamientos realizados, según tiempo necesario de permanencia en el CAPS, mostró los siguientes porcentajes: 66,9% (2294) de los casos tratados permanecieron 20 minutos, el 28,2% (965) permaneció una hora y solo el 4,9% (169) debió permanecer dos horas.

Tabla 4.- Porcentaje de Derivación de pacientes a resolución hospitalaria. San Miguel de Tucumán 1999.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	Nº DE TRATAMIENTOS	ALTA C/TRAT DOMICILIARIO	DERIVACION A HOSPITAL	PORCENTAJE PAC. DERIVADOS
20 minutos	2294	2294	0	0,0
INTERN. ABREVIADA (1 o 2 hs.)	1134	1059	75	6,6
TOTAL	3428	3353	75	2,2

8. El porcentaje de casos derivados a resolución Hospitalaria representó solo el 2,2% (75 del total de casos tratados), mientras que el 97,8% (3353) fue dado de alta con tratamiento domiciliario. Al relacionar la cantidad de casos derivados con la cantidad de casos tratados en la modalidad de internación abreviada el porcentaje de derivación se eleva al 6,6 %. La distribución porcentual puede observarse en la Tabla 5.

Tabla 5.- Porcentaje de casos bajo control hasta las 72 horas en CAPS y su relación con score promedio en control. San Miguel de Tucumán 1999.

CONTROL	CANTIDAD DE CONTROLES	PORCENTAJE DE CONTROLES	"SCORE" PROMEDIO DE CONTROL
24 HORAS	716	59	3,3
48 HORAS	352	29	3,1
72 HORAS	152	12	2,0
TOTAL	1220	100	2.8

9. Control posterior: Los pacientes tratados mediante la modalidad de internación abreviada y dados de alta con tratamiento domiciliario (1059) fueron citados para control posterior en los CAPS a las 24 horas. Se realizaron 1220 controles. De ellos el 59% se efectuaron a las 24 horas (716 casos), 352 siguieron siendo controlados y tratados a las 48 horas (29%) y solamente el 12% (152 casos) debió regresar a las 72 horas. Al relacionarlos con el "score" promedio de control vemos como mediante controles de tratamientos domiciliarios, los casos controlados continúan mejorando con el paso del tiempo siendo el score promedio de control a las 72 horas de 2.0.

4.- Conclusiones:

La transferencia de la guía de tratamiento ambulatorio del SBO con aerosolterapia y aerocámara, al primer nivel de atención, demostró ser una tecnología terapéutica y de conocimiento apropiada para resolver esta patología en dicho nivel.

La utilización en el primer nivel de atención, de éste protocolo terapéutico concordante con el grado de severidad de la obstrucción bronquial, aumenta la capacidad resolutive de los centros de salud periféricos ya que resuelve un alto porcentaje de los casos (97,8%), jerarquiza al primer nivel mejorando la adhesión de los pacientes al mismo y operativiza la regionalización sanitaria por niveles de atención con criterio de riesgo.

Por lo expuesto creemos que la transferencia de ésta tecnología al primer nivel de atención es importante para la Salud Pública, pues tiende a mejorar la calidad de vida de los niños toda vez que: resuelva el problema en centros cercanos a su domicilio, evite las hospitalizaciones y los riesgos de infecciones intrahospitalarias que estas conllevan, evite las complicaciones (atelectasia, insuficiencia respiratoria y neumonías), disminuya la inflamación y mejore el

BIBLIOGRAFIA

1. SIPROSA. Normas de Atención Ambulatoria: Departamento Infanto- Juvenil. Tucumán, 1994.
2. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Secretaria de Salud. Atención del Niño con Infecciones Respiratorias Agudas. Buenos Aires, 1994.
3. Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso Sobre Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en Niños Menores de 2 años: Recomendaciones. Buenos Aires, 1994.
4. Girardi, G. Y Col. "Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad Infantil por Neumonía". Mimeo. Chile, 1998.
5. OPS/OMS: Infecciones Respiratorias Agudas en las Américas. Paltex Nº 2. Washington, 1992.

Estudio de Minimización de Costos para la gestión de un Programa Provincial de Infecciones Respiratorias Agudas en el Primer Nivel de Atención.

Dr. Ernesto José Ways

Jefe del Programa Provincial de Infecciones Respiratorias Agudas. Departamento Materno Infante Juvenil. Dirección General de Medicina Social. Ministerio de Salud.

Las importantes cifras de prevalencia -en niños menores de 5 años- de patología respiratoria obstructiva (28%), su elevada recurrencia (10%) y las implicancias que estas tienen como condicionantes de cronicidad y precursoras de infecciones respiratorias graves (neumonías), amerita una estrategia de tratamiento de las crisis agudas que tenga en cuenta la eficacia terapéutica, aunque exige igual esfuerzo la posibilidad de beneficiar -con equidad- a la mayoría de la población bajo responsabilidad del Sistema Público de Salud. El Programa Provincial de Infección Respiratoria Aguda (IRA), creado con el objeto de elaborar una estrategia que de respuesta al problema planteado, aplica la técnica de la Internación Abreviada (I.A) mediante el uso de aerosolterapia, convirtiendo en ambulatorios a gran parte de los pacientes que de otra manera se hospitalizarían.

La implementación programática permitió, en los últimos años instalar la técnica de I.A, mencionada en la tercera parte del Sistema, aunque con persistencia en la porción restante de las nebulizaciones, encontrándonos entonces con 2 alternativas de aplicación. La crisis nos llevó a replantear el costo-beneficio de continuar y universalizar la aerosolterapia.

Objetivo:

El objetivo del trabajo es realizar una evaluación económica del Programa de Infecciones Respiratorias a los fines de valorar a través de la misma su aplicación a toda la Provincia de Tucumán, mejorando la gestión al optar por un esquema terapéutico de mayor costo-beneficio para un momento de colapso del Subsector Público de Salud.

Material y Método:

Se eligió para la evaluación económica el diseño de **minimización de costos** comparando dos alternativas de tratamiento con Salbutamol destinadas a pacientes pediátricos con Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), esta evaluación económica tomó como base un estudio preliminar aleatorizado

de tipo ciego simple (ECLA) en el que se analizó la **eficacia** de dos formas de administración del Salbutamol (Aerosolterapia vs. Nebulizaciones) comprobando que ambas dan resultados similares en cuanto a reversión de la crisis aguda del SBO¹.

A pesar que los resultados del estudio citado nos indicaron también: mayor rapidez, menores efectos secundarios del aerosol sobre las nebulizaciones; éstos fueron obviados teniendo en cuenta el real objetivo perseguido por el estudio.

Se tomaron sólo **dos variables de funcionamiento: Salbutamol y Oxígeno**, para la comparación.

Se empleó una escala clínica y un diagrama de decisiones -común en tiempos- a las dos técnicas², vigente en la Provincia de Tucumán.

Se clasificó a los pacientes según su gravedad en cuatro grupos Leve I y II y Moderados I y II. Se calcularon los insumos para cada paciente de acuerdo a su pertenencia grupal.

Al utilizarse los datos del Programa Provincial de IRA se cuantificaron los grupos sobre 36.000 pacientes tratados en un año.

Los valores del oxígeno se calcularon sobre los costos de la empresa proveedora en tubos de 6 litros calculados a presión de 2 a 4 litros y en los tiempos necesarios para nebulizar o para administrar oxígeno permanente (10 minutos por nebulización y 1 hora por cada etapa de la técnica de rescate). El costo de las gotas de Salbutamol para nebulizar fue provisto por la Farmacia Oficial, fraccionadora del medicamento en el ámbito del Sistema en frascos de 20 mililitros. El de los aerosoles surgió de la última Licitación Provincial de Aerosoles de 250 dosis cada uno.

Resultados:

Se obtuvieron, dentro de un conjunto de otros resultados, algunas comprobaciones al calcularse el costo de cada tratamiento por 72 hs. (que incluye el realizado en el CAPS y domicilio) a pacientes con SBO, según clasificación clínica de gravedad:

Costos de Insumos (Salbutamol y Oxígeno) de cada Tratamiento por 72Hs. en Ambas Alternativas (Aerosol Vs. Nebulizaciones), Según Clasificación de Gravedad.

METODOS	CLASIFICACION	DROGA	OXIGENO	TOTAL
NEBULIZACION	LEVE I	\$ 0.13	\$ 2.40	\$ 2.53
	LEVE II	\$ 0.14	\$ 2.60	\$ 2.74
	MODERADO I	\$ 0.23	\$ 4.20	\$ 4.43
	MODERADO II	\$ 0.26	\$ 4.80	\$ 5.06
AEROSOL	LEVE I	\$ 0.79	\$ 0.00	\$ 0.79
	LEVE II	\$ 0.85	\$ 0.00	\$ 0.85
	MODERADO I	\$ 1.51	\$ 0.00	\$ 1.51
	MODERADO II	\$ 1.80	\$ 1.20	\$ 3.00

Al calcular el costo de estos dos insumos sobre 36.000 pacientes tratados en 2002 en Atención del Primer Nivel, se verificó:

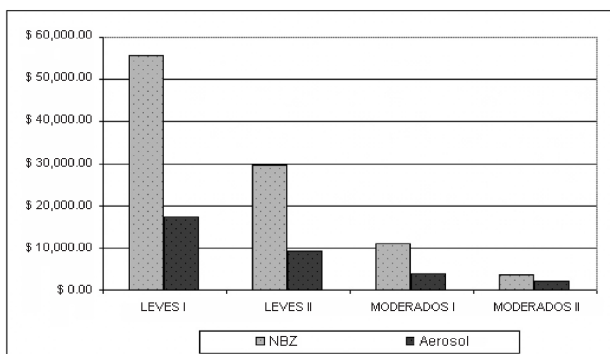
¹ Ensayo Clínico aleatorizado sobre la eficacia de dos alternativas terapéuticas para el Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) en niños menores de 2 años. Chapman E, Ways E.J, Muñoz Sergio Illanes Eduardo. H. de Niños Tucumán.

² Guía de Infecciones Respiratorias Bajas. Departamento Materno Infante Juvenil. 2002. SIPROSA.

Costo de Insumos (Salbutamol y Oxígeno) de cada tratamiento por 72 hs. en ambas alternativas realizado sobre 36.000 niños con SBO, según clasificación de gravedad y prevalencia. Año 2002 -Programa IRA.

Clasificación	Prevalencia	Total Niños	NBZ	Aerosol
LEVES I	61%	21960	\$ 55,558.80	\$ 17,348.40
LEVES II	30%	10800	\$ 29,592.00	\$ 9,180.00
MODERADOS I	7%	2520	\$ 11,088.00	\$ 3,805.00
MODERADOS II	2%	720	\$ 3,456.00	\$ 2,160.00
TOTAL			\$ 99,694.80	\$ 32,493.40

Costo de Insumos de cada Tratamiento por 72 Hs. en Ambas Alternativas realizado en 36.000 niños SBO s/ Clasificación de Gravedad y Prevalencia – Año 2002



Del análisis de los resultados obtenidos se desprende que la mayor incidencia en los costos la tiene el **Oxígeno**. Este se utiliza indiscriminadamente para nebulizar casos leves y moderados - sin hipoxia –por lo que además de ser innecesario desde el punto de vista funcional, lo es también poco conveniente desde el punto de vista económico.

Discusión

La elección del diseño, entre los demás tipos de evaluación económica (efectividad, utilidad y beneficio), se debió a que el ensayo previo establecía similares resultados de eficacia. Al hacerse necesario sostener el objetivo de facilitar la gestión programática en situación de crisis del subsector público, se optó por un análisis de minimización de costos.

Los resultados son coincidentes con Schuh et al que encuentran en niños entre 5 a 17 años resultados similares. Esta posición es incluso superada por Levesha et al que demuestra la equivalencia y en algunas casos la superioridad de la aplicación de Salbutamol en aerosol ³.

No se han tenido en cuenta los bienes de capital, para la comparación, por estar ya amortizados por el Sistema, siendo innecesarios su adquisición para esta etapa de implementación del Programa.

Tampoco hemos tomado los servicios comunes consumidos en forma similar por las dos alternativas.

Hemos creído apropiado tomar unidades de tratamiento que contemplen lo realizado dentro del Centro de Salud y en las 72 horas posteriores en domicilio, esto implica incrementar el poder resolutivo de la atención del primer nivel, dar equidad a la

gestión de salud y hacer un cálculo apropiado que evite la hospitalización que incrementa los costos.

No tomamos otros métodos para nebulizar (ultrasónico, bombas aspirantes –impelentes, aire comprimido, etc) ya que nuestro sistema utiliza oxígeno para la técnica. Para cambiar por otra variante se debería invertir en la reconversión del actual sistema, opción altamente improbable teniendo en cuenta las condiciones de emergencia sanitaria por la que se atraviesa, sin mencionar los costos de mantenimiento y reposición.

Conclusiones:

La utilización de aerosolterapia en forma normatizada implica un menor costo en forma comparativa que la utilización de nebulizaciones en el tratamiento de niños con SBO.

Ventajas adicionales:

- 1.El uso de aerosoles y aerocámaras puede garantizar el mantenimiento de un tratamiento domiciliario fácil y de bajo costo, capaz de revertir la crisis aguda facilitando la adhesión del paciente al primer nivel de atención.
- 2.Facilita el acceso al medicamento de los pacientes reduciendo los costos indirectos, directos e intangibles.
- 3.Evita a la familia el desarraigo y su traslado al Centros de mayor complejidad.
- 4.Evita el uso de nebulizadores en los Servicios que son de mantenimiento difícil por su uso intensivo.
- 5.En las formas moderadas la utilización de aerosol y aerocámara es una buena alternativa- cuando se debe usar oxígeno, el que sólo se interrumpe algunos minutos -cuando éste sea necesario, manteniendo niveles estables de concentración.
- 6.La fabricación de aerocámaras domesticas , usadas como intermediarios de los aerosoles, por su costo, aceptación por la población y fácil confección garantiza una transferencia de tecnología apropiada al primer nivel de atención.
- 7.Se consigue un uso racional de los insumos al aprovecharse el aerosol en " Bancos " con funcionamiento en los Servicio de Atención Primaria (C.A.P.S) que garantizan el uso de medicación domiciliaria, bajo control del Equipo de Salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Métodos para la evaluación económica de los Programas de Atención de la Salud. Drummond, Michael F., Stoddart, Greg L., Torrance George W. Ediciones Díaz de Santos, Madrid. 1987.
2. Costing new services: Long-term domiciliary oxygen therapy. Lowson K.V, Drummond M.F., Bishop J.M. Lancet I, 1146-9. 1981
3. Consultorio de Hospitalización Abreviada: Posta de bronquiolitis. Enfermeras García Padrón M.E, Flores C, Ruiz Espeche S. Medicina Infantil. H. Garrahan. Vol. VI N2, Junio 1999.
4. Bases Farmacológicas de la Práctica Médica. Goodman y Gulkman. ED. Panamericana, Bs. As. 1991.
5. "Hospitalización abreviada en 3268 lactantes con Síndrome Bronquial Obstrutivo "Rev. Chil. Ped. 1992;63 (sup.): 7.
6. "Programa de Prevención y manejo de las enfermedades respiratorias de la infancia en el nivel primario" EPAS 1992: IX: 12-17.
7. "Sala de hospitalización abreviada en servicio de urgencia. Diagnóstico de los fracasos del procedimiento". Rev. Chil. Enf. respir. 1992, 88 (sup.): 263.
8. Programa de Hospitalización Abreviada para el Síndrome bronquial Obstrutivo en niños menores de 5 años. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales UCPEMlyN. Ministerio de Salud. Bs. As. Abril 2002.
9. "Frecuencia respiratoria en lactantes y preescolares sanos y con infección respiratoria aguda". Enf resp. torac. 1990: 6: 134-140.
10. Investigaciones operativas prioritarias para evaluar el impacto de las acciones de control de las infecciones respiratorias agudas. O.P.S - O.M.S. HPM/ARI/09-92.
11. IRA: Guía para la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de control dentro de la atención primaria de la salud. Serie PALTEX N° 17.
12. Validación del Score Clínico Vs. Oximetría de Pulso en lactantes con crisis obstructiva bronquial. Pavón D, Rubilar L, Castro-Rodríguez, JA, Girardi G. Servicio de Broncopulmonar. Ezequiel G. Cortez. Universidad de Chile. Dep. de Pediatría Sur.
13. Estudio sobre rendimiento costo-beneficio de Programas Sociales. CIAPEP. Escuela de Economía de la Universidad Católica de Chile. Editorial diario "El Mercurio", 6 de Enero de 1996.
14. Methodology of Identifying measuring and Evaluating Outcomes of Health Service Programs and Subsistems. U.S Dept. of Health education and Welfare; National Center for Health Services research and development, Washington.
15. "Ensayo Clínico aleatorizado sobre la eficacia de dos alternativas terapéuticas para el Síndrome Bronquial Obstrutivo (SBO) en niños menores de 2 años" Chapman E, Ways E.J, Muñoz Sergio Illanes Eduardo. H. de Niños Tucumán.
16. Ensayo clínico: La Sala de Internación Abreviada. modelo asistencial, de educación y de abordaje comunitario. Ways, E.J. Chapman, Díaz Cecilia. 32 Congreso Nacional de Pediatría, Salta 2000.
17. "Capacidad resolutiva del tratamiento de S.B.O de los Centros de Atención Primaria". Acuña de Curubeto, Ways, Mena, Carrizo, Cortez. 32 Congreso Nacional de Pediatría, Salta 2000.

³ A.M Leversha et al. Costo y efectividad del uso de aerocámaras vs nebulizadores en asma aguda, moderada y severa en una población pediátrica. The Journal of Pediatrics. 2000;136:497-502.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE IRA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Dirección de Epidemiología, Dirección de Información Sistematizada,
Programa Materno Infantil

Informe operativo

Este informe incluye la identificación del problema, la situación epidemiológica: al año 2003 y la propuesta de acción para el año 2004.

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

Las infecciones respiratorias agudas bajas¹ constituyen uno de los principales problemas de salud en los niños de 0 a 5 años. Esta patología es responsable de aproximadamente el 50 % de las internaciones² y del 70 % de las consultas ambulatorias y de emergencias, durante la época invernal, y constituyen la primera causa de mortalidad posneonatal **reducible**³ en nuestra provincia. Menos del 3 % de los lactantes sin factores de riesgo requieren internación y en ellos la mortalidad es menor de 1 %. La situación es muy distinta cuando existen factores de riesgo: por ejemplo, la necesidad de internación puede aumentar hasta un 45% en prematuros con displasia broncopulmonar y la mortalidad puede llegar a 37 % en los que padecen una cardiopatía congénita.

Las infecciones respiratorias bajas que ocurren en los mayores de 2 años suelen ser más sencillas para su diagnóstico y tratamiento. En los niños menores de 2 años la bronquiolitis es la más frecuente de las IRA bajas (IRAB)⁴ y es en este grupo etáreo donde se presentan las mayores dificultades de manejo en el área de emergencia. Además el aumento brusco de la demanda de atención durante las epidemias anuales, satura las áreas de atención.

Estudios epidemiológicos han demostrado que una importante proporción de las muertes que se producen son debidas a dificultades en el proceso de atención tanto en el primer nivel como en los servicios de guardia pediátricas de los hospitales. Esto debido, en muchas oportunidades, a fallas en la organización del sistema de salud.

Estas fallas contribuyen al agravamiento de los niños de mayor riesgo con incremento de la morbilidad y mortalidad. Ejemplo de lo anterior es la mortalidad domiciliaria en lactantes con IRAB que habían recibido atención en el sistema de salud.

A modo de resumen:

- Las IRAB constituyen uno de los problemas de salud más importantes para la población infantil de 0 a 5 años.
- En época invernal es responsable del 50% de las internaciones y del 70 % de las consultas.
- Constituye la primera causa de mortalidad postneonatal reducible. Los factores de riesgo son de importancia en relación a la mortalidad.
- El grupo de menores de 2 años es el más vulnerable a esta patología ya que es el más sensible a la hipoxia, es el que presenta mayores dificultades en el diagnóstico y tratamiento y en la valoración de la gravedad del cuadro, y es el grupo, en especial en los menores de 1 año, donde se presenta la mayor mortalidad por esta causa.
- Los efectores de salud presentan fallas en el proceso de atención, fallas técnicas y organizativas para asistir a la población con esta patología, y a su vez, el sistema se satura en época invernal.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA AL AÑO 2003

Las fuentes de información se basaron en los registros de morbilidad (aportados por la provincia al SiNaVE), las unidades centinelas de control de gérmenes, los registros de Mortalidad y los datos aportados por los Centros de Internación Abreviada.

Todos los sistemas enunciados aportaron información valiosa y coincidente por lo que deben ser continuados, aunque la misma llegó en forma diferida lo que no permitió hacer un seguimiento en "tiempo real" de cada brote.

Los cuadros A1 y A2 muestran la información aportada por el sistema provincial de vigilancia epidemiológico (SIPROVE).

¹ El grupo de las IRAB abarca: laringitis, bronquitis, traqueítis, bronquiolitis y neumonía. La bronquiolitis es la IRAB más frecuente en el menor de 2 años y la que mayor mortalidad ocasiona.

La CIE-10 define como Infecciones Respiratorias Agudas bajas (IRAb) a las clasificadas por los códigos:

J10-J18 Influenza [gripe] y neumonía

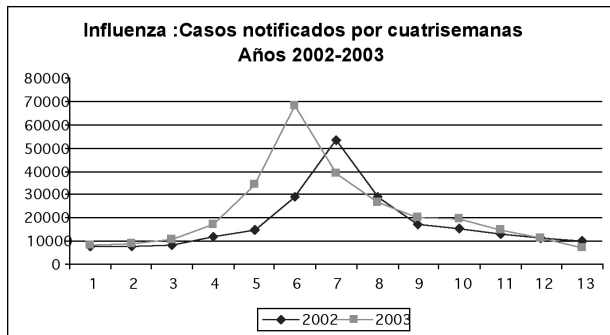
J20-J22 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores

² Dato obtenido de los Sitios Centinelas de la Provincia de Buenos Aires, año 2003, para el mes de Julio.

³ Las muertes infantiles reducibles son en general consecuencia de varios eventos adversos en la gestación, el parto o de la atención del niño en su mayoría corregibles por mejoras simples del proceso de organización del sistema preventivo o curativo.

⁴ Se define la IRAB por la presencia de tos asociada a polipnea, tiraje y sibilancias. La fiebre en general es moderada, dado que su etiología habitualmente es viral.

Cuadro A1



Fuente. Dirección de Epidemiología. SIPROVE.

Comparando la información del año 2003 con respecto a 2002, los casos notificados, manifiestan un incremento en los meses de marzo y mayo, observándose un comportamiento distinto que en los años anteriores, donde el pico máximo se registra en el mes de junio.

El cuadro B muestra la información aportada por el área de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud. Se observa, con referencia a las defunciones generales, que en el primer semestre de ambos años, aunque el período es limitado, un incremento de estas patologías que pasaron de 1.709 casos entre enero y junio del año 2002, a 2.433 en el mismo período, lo que representa un aumento del 42%. El aumento se dio en todas las regiones y grupos de edad. Entre las defunciones generales el mayor incremento tanto absoluto como relativo se genera en las neumonías.

Con respecto a las defunciones infantiles, el análisis puede extenderse hasta el mes de setiembre, si bien los datos de los dos últimos meses son provisorios.

Cuadro B

Defunciones infantiles por IRA, según mes de inscripción⁵. Enero a Setiembre – 2002/2003

AÑO	MEDICACION									TOTAL
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	
2002	8	2	5	8	9	22	47	39	21	161
2003	7	10	8	8	13	48	114	39	23	270

Fuente: Dirección de Información Sistematizada

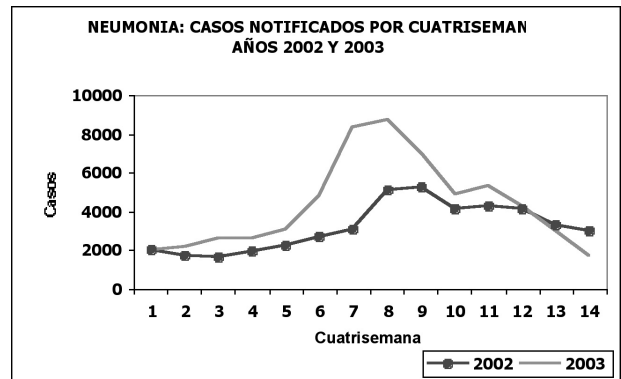
Se han venido produciendo más casos que en el 2002, prácticamente en todo el período.

El máximo se alcanzó en el mes de Julio, con más del doble de casos que en el año anterior. También en junio la incidencia fue muy importante.

Fuente: Dirección de Información Sistematizada

⁵ Se han incluido los códigos J00-J22 de la CIE 10, aún cuando el mayor número corresponde a las IRAB

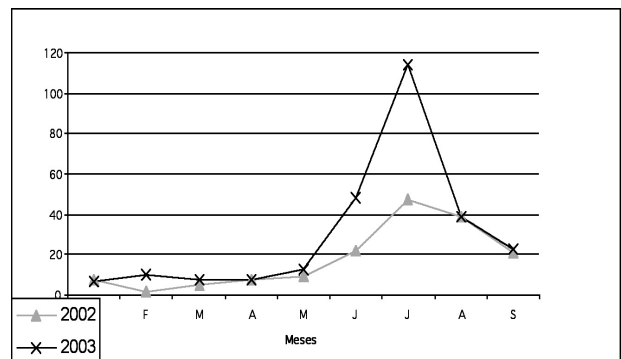
Cuadro A2



Fuente. Dirección de Epidemiología. SIPROVE.

Gráfico b1

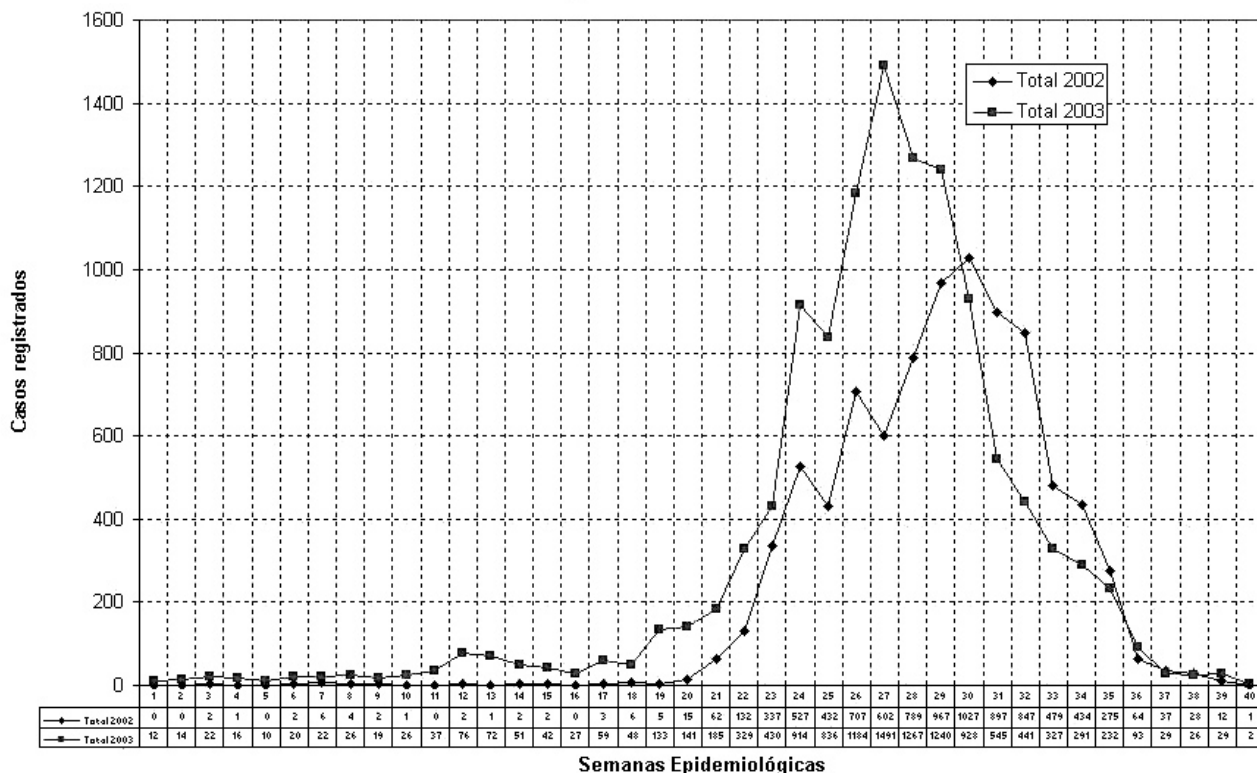
Defunciones infantiles por IRA, según mes de inscripción Enero a Setiembre – 2002/2003



El cuadro C muestra la información aportada por los Centros de Internación Abreviada. Se observa que en el 2003 el pico epidémico se adelantó 3 semanas con respecto al 2002 (s27 vs s30) y alcanzó una magnitud mayor. Ya en la semana 25 el brote había alcanzado los niveles del año anterior. En cuatrisesmanas diríamos que el pico ocurrió entre la cuatrisesmana 7 y 8.

Cuadro C

Sistema Informático IRA
Casos Registrados 2002-2003



Como dato adicional, todos coincidieron en la mayor agresividad del cuadro en las edades mas tempranas.

3. PROPUESTA DE ACCION AÑO 2004:

- a. Referentes a la PROMOCION y PREVENCIÓN: a través del área de comunicación social, realizar actividades de difusión sobre "Medidas preventivas" y "Signos de alarma", para conocimiento de toda la población (a través de material gráfico, mensajes radiales, etc.). Articulación con otras áreas y programas para trabajar conjuntamente en la prevención de las IRAB: Programa MAS VIDA, Educación para la salud.
- b. Con respecto a la Vigilancia Epidemiológica se propone:
 - Fortalecer los sistemas municipales y regionales para que la información enviada al nivel Central sea oportuna y de calidad para favorecer la toma de decisiones.
 - la incorporación de "unidades centinelas" en centros de salud y hospitales seleccionados para la notificación semanal de casos detectados e internaciones realizadas de IRAB.
 - realizar reuniones mensuales (semanales durante el período epidémico) de intercambio de información entre las áreas de Epidemiología, Estadísticas vitales y Materno Infantil.

c. Referentes a las MEDIDAS DE CONTROL:

- Ampliar las redes de Centros de Atención de IRAB (Centros de Prehospitalización o Postas de bronquiolititis) con enfoque de APS, abarcando al 1er. y 2do. Nivel de Atención.
- Intensificar el trabajo en red con los referentes de IRA Municipales, integrados a nivel regional.
- Mejorar la red de referentes hospitalarios, integrándola al nivel regional.
- Actualizar la norma basada en evidencia científica, con revisión permanente de los aportes científicos al tema.
- Insumos: a) ampliar la cantidad de insumos para cubrir el tratamiento de la bronquiolititis, el BOR y la neumonía para el menor de 6 años, con cobertura del 80%, b) procurar la entrega oportuna de los mismos, c) articular con otros programas de entrega de insumos (Remediar).
- Capacitación: continuar con la capacitación en servicio para lograr el entrenamiento en las habilidades y destrezas del programa, con fuerte acento en enfermería.
- Recurso humano: reforzar durante los meses de Mayo a Agosto con personal los lugares claves de atención, para garantizar la especificidad de la estrategia.

PROGRAMA NACIONAL DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA. CAMPAÑA DE INVIERNO 2004¹

Programa de Salud Integral del Niño.
Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación.
Los estudios epidemiológicos y etiológicos realizados en nuestro país han demostrado que la causa más frecuente de Infección Respiratoria

Aguda Baja (IRAB) es viral y la forma de presentación más frecuente en niños pequeños es la bronquiolitis o el síndrome bronquial obstructivo aislado o recurrente y neumonías.

Es importante intervenir con acciones preventivas y fundamentalmente curativas para reducir la morbilidad y mortalidad evitable por estas causas.

En el año 2002 comenzó el desarrollo del PROGRAMA DE INTERNACIÓN ABREVIADA, como un programa Nacional, desarrollándose en forma asimétrica a lo largo del país. En el 2003; el pico epidémico de bronquiolitis y otras afecciones respiratorias, dificultaron la resolución oportuna debido al gran incremento de la demanda. Se realizaron 2 reuniones de consenso con pediatras, neumonólogos de sociedades científicas y referentes provinciales para ampliar el programa a otras patologías respiratorias bajas, Síndrome Obstructivo Recidivante (SBO o BOR) y la Neumonía². De esta forma el Programa definió más claramente el abordaje del SBO en niños menores de 2 años y de 2 a 5 años, con el objetivo de mejorar la capacidad resolutive del CAPS, de los Servicios de Emergencia y los consultorios externos de pediatría de los Hospitales. Estas guías de diagnóstico, manejo y derivación del IRAB son el instrumento que facilitarán la organización local para la mejor resolución de los problemas que genera el aumento de la demanda estacional, y la disminución de la morbimortalidad por esta causa.

¿Qué queremos?

- Desarrollar la programación local de los CAPS y el primer nivel de atención hospitalaria para permitir el seguimiento y control adecuado de los casos de IRAB hasta su resolución.
- Promover un avance del nivel de conocimientos y destrezas de los profesionales de salud para la mejor resolución terapéutica de las IRAB.
- Mejorar la capacidad resolutive de los CAPS en el tratamiento del SBO y neumonías, disminuyendo las consultas innecesarias a las guardias pediátricas hospitalarias y mejorando la accesibilidad de la población a los servicios de salud.
- Evitar las internaciones por SBO que podrían resolverse en el primer nivel de los CAPS, la consulta hospitalaria pediátrica programada o de guardia.
- Lograr la internación precoz y oportuna de los casos de más

riesgo, ya sea por la gravedad objetiva del cuadro como por factores de riesgo social o biológico (SBO previas, lactantes con antecedentes de prematuridad de edad menor a tres meses, etc.

- Mejorar las condiciones del traslado del paciente grave al nivel de mayor complejidad.
- Utilizar la consulta por SBO como un instrumento de intervención integral en todos los aspectos de la salud del niño.

Marco general

Se debe incluir en el programa a la población de niños menores de seis años para brindar cobertura universal para casos de IRAB (BRONQUIOLITIS-SBO)

Desarrollo de la estructura asistencial

El programa de atención de las IRAB requiere de un **área física** en los CAPS y en las salas de guardia de los hospitales, específica para ello, como un elemento ordenador de la consulta cuando la demanda es importante.

Este sector debe permitir la atención de varios niños simultáneamente, en forma cómoda, con adecuada iluminación, con el mobiliario necesario para este fin.

Es recomendable que el recurso humano de **enfermería**, en los hospitales y CAPS de mayor demanda asistencial por IRAB, sea asignado a esta tarea exclusivamente en los períodos epidémicos (mayo a agosto). Estos sectores pueden ser empleados para las IRAB en otoño-invierno y para la atención de diarrea en verano.

Es fundamental la provisión de **insumos**: oxígeno, tubuladuras, aerocámaras o espaciadores, nebulizadores, aspiradores, medicamentos (broncodilatadores, antibióticos, corticoides) e impresos para registro. La programación incluye el cálculo de los insumos asistenciales según la población infantil bajo programa, la confección de los registros de la atención para su documentación, la referencia y contrarreferencia de los pacientes, la evaluación de los resultados y la estrategia de formación continua de los profesionales pertenecientes al Programa.

¹ En Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMEDIAR N° 1 (julio 2003) se publicó el Programa: Hospitalización Abreviada para el Síndrome Bronquial Obstructivo en Niños Menores de 5 Años. Acceso libre en: www.remediar.gov.ar sección Boletines Remediar.

² Las Guías sobre neumonía serán publicadas en próximos boletines.

Es prioritario unificar criterios diagnósticos, para facilitar la toma de decisiones ante cada paciente, es por ello que en las reuniones de consenso 2003, definimos cuestiones que aunque están en permanente revisión, requieren normas que operativamente permitan al pediatra realizar el diagnóstico adecuado y tomar la mejor decisión de tratamiento.

SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Bronquiolitis: primer episodio de sibilancias asociado a evidencia clínica de infección viral en menores de 2 años.

Algoritmo de tratamiento según documento publicado en: Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMIAR N° 1 (julio 2003).

Lactante Sibilante o Bronquitis obstructiva recurrente (SBO): antecedente de 2 o más episodios de sibilancias en un año.

Se realizará la misma evaluación inicial y la primera serie de B2, si el Puntaje es menor de 5 se enviará a su domicilio con tratamiento broncodilatador. Con puntaje 9 o más se decide internación.

Con Puntaje 5 a 8 se indica otra serie de B2 y corticoides (metil-prednisona 1mg/kg/dosis VO o corticoide equivalente). Al término de la 2ª hora se enviará a su domicilio (Puntaje menor de 5) con broncodilatadores y corticoides por 72 hs. con control a las 24 hs.

Si no hay respuesta se decidirá la derivación para la internación del niño.

Se evaluará en cada caso si el paciente será atendido en la unidad de atención primaria o se derivará a un centro hospitalario, realizando el tratamiento que corresponda hasta su derivación.

Criterios absolutos de derivación: Lactantes menores de 1 mes. Pacientes con enfermedad pulmonar crónica: Displasia broncopulmonar, EPOC postviral, Fibrosis quística. Pacientes con cardiopatía. Pacientes con inmunodeficiencia. Desnutrición moderada y severa.

Criterios de derivación relativa: Lactante entre 2 a 3 meses, especialmente si tiene antecedente de bajo peso al nacer, internación previa por IRAB o desnutrición leve.

En todos los casos deberá evaluarse el riesgo social: madre adolescente; primaria incompleta; niño con vacunación incompleta y/o controles de salud inadecuados para la edad.

Niños de 2 a 5 años

Sibilancias Recurrentes o Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBO o BOR)

El manejo del BOR, tanto en lo referente a los criterios diagnósticos de severidad como para el tratamiento, es el mismo que se emplea en los niños con asma bronquial. Creemos oportuno explicitar que debido a las dificultades diagnósticas para definir asma en niños menores de 6 años de edad se sugiere definirla en este grupo etáreo

«como cuadro de sibilancias recurrentes y/o tos persistente en un cuadro clínico compatible con asma y cuando otras entidades más raras han sido excluidas».

Esta definición permite un lenguaje común y adecuará el tratamiento de los niños, generalmente sub-evaluados.

Criterios diagnósticos de severidad

	FORMA EPISÓDICA O INFRECUENTE) O LEVE	FORMA EPISÓDICA FRECUENTE O MODERADA	FORMA PERSISTENTE O GRAVE
Frecuencia de casos	75%	20%	5%
Frecuencia de las exacerbaciones	Menos de 6 episodios por año, son de corta duración.	De 6 a 12 episodios por año.	Crisis severas y frecuentes.
Frecuencia de los síntomas diurnos	Poco frecuentes, (cada 4-6 semanas). Escasa severidad.	Frecuentes. Menos de 1 vez por semana.	Muy frecuentes, continuos, interfieren en la actividad cotidiana.
Síntomas nocturnos	Excepcionales.	Poco frecuentes.	Muy frecuentes, sueño entrecortado.
Tolerancia al ejercicio	Buena.	Sibilancias ante ejercicios moderados controlables con β2 agonistas administrados previamente.	Síntomas ante el mínimo esfuerzo.
Inter crisis	Períodos prolongados libres de síntomas (de más de 4 a 6 semanas).	Períodos cortos libres de síntomas (de más de una semana).	Síntomas diarios.
Síntomas persistentes	NO	NO	SI
Tratamiento preventivo farmacológico	NO	Necesario	Indispensable
Seguimiento	en el Centro de Salud IC especialista.	en el Centro de Salud IC especialista	Control y supervisión del tratamiento en el CS.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos utilizados para revertir y prevenir la limitación del flujo aéreo se dividen en:

1. Rescatadores o broncodilatadores, que actúan principalmente dilatando las vías aéreas al relajar el músculo liso bronquial, revirtiendo los síntomas de obstrucción bronquial aguda.
2. Preventivos o controladores de la inflamación.

Agentes rescatadores y broncodilatadores **β2 agonistas de acción corta (salbutamol)**

Es un potente broncodilatador por vía inhalatoria, de rápida acción y con escasos efectos adversos. Es un fármaco de elección para el tratamiento de las exacerbaciones. Es eficaz para prevenir la obstrucción bronquial inducida por ejercicio. Puede producir taquicardia, temblor, cefaleas, hiperglucemia e hipokalemia aunque por vía inhalatoria los efectos sistémicos tienen escasa significación clínica. La dosis y frecuencia de administración de los agonistas inhalatorios varía en función de la severidad de la exacerbación. Sin embargo la familia debe estar informada que si en un episodio agudo la administración de este fármaco no le otorga alivio de síntomas por un lapso de tiempo mínimo de 3 horas debe solicitar a la brevedad atención médica, del mismo modo debe consultar para el control de este episodio.

El salbutamol se presentan en forma de aerosol o solución para nebulizar. Recomendamos enfáticamente utilizar el aerosol de dosis medida con espaciador o aerocámara por ser el método ideal de administración.

Dosis: 100 µg por disparo, dosis recomendada 200 µg cada 4-6 hs. Dosis de la solución para nebulizar: 1 gota/kg/dosis cada 4 a 6 hs. Dosis máxima 15 gotas.

Agentes controladores, preventivos de la obstrucción bronquial:

Corticoides (CTC) tópicos o inhalatorios

La incorporación del uso de los CTC tópicos ha revolucionado el tratamiento de la obstrucción bronquial, permitiendo lograr el control de la misma. Son drogas de acción antiinflamatoria, no inhiben el asma por ejercicio, ni tienen acción broncodilatadora. El uso prolongado de CTC tópicos permite disminuir la inflamación y la hiperreactividad bronquial con lo cual decrecen la frecuencia y la severidad de los síntomas y de las exacerbaciones.

Los CTC tópicos son: Beclometasona, Budesonide y Fluticasona. Las dosis prescritas dependen del grado de severidad y de cada

paciente: En la forma moderada de BOR: 200 mcg/día de budesonide o beclometasona, o Fluticasona a 125 mcg/día.

El tratamiento debe realizarse hasta conseguir la remisión clínica del cuadro, habitualmente esto se logra dentro de los 3 a 6 meses de iniciado. El tratamiento de las formas graves lo debe realizar el especialista y en el CAPS se supervisará el cumplimiento del mismo.

Con la administración de estas dosis no se han detectado efectos colaterales sistémicos significativos. Con dosis intermedias (400-800 mcg/día) es posible detectar algunos efectos sistémicos.

Se recomienda indicar la dosis eficaz más baja posible.

Para reducir los efectos colaterales se recomienda el uso de cámaras espaciadoras con el fin de lograr menor depósito de la droga en la orofaringe con menor absorción sistémica posterior.

Todo paciente en tratamiento con CTC inhalatorios debe tener un seguimiento clínico regular y periódico, con estricto control antropométrico del crecimiento. Localmente los CTC inhalados pueden producir disfonía, candidiasis orofaríngea y tos. Estos efectos también se controlan mediante el uso de aerocámaras o espaciadores y enjuague bucal luego de cada inhalación.

Tratamiento de la exacerbación aguda (crisis)

Todo episodio de reagudización debe ser tratado en forma **precoz** en cuanto se presenten las primeras señales de obstrucción bronquial, a fin de evitar demoras. Las familias deben saber identificar dichos signos clínicos y haber recibido instrucciones precisas tales como la de suspender toda actividad física e **iniciar precozmente tratamiento farmacológico con broncodilatadores inhala-torios** (salbutamol, 200 µg, frecuencia cada cuatro horas) **y consultar con el pediatra, el CAPS u hospital de referencia.**

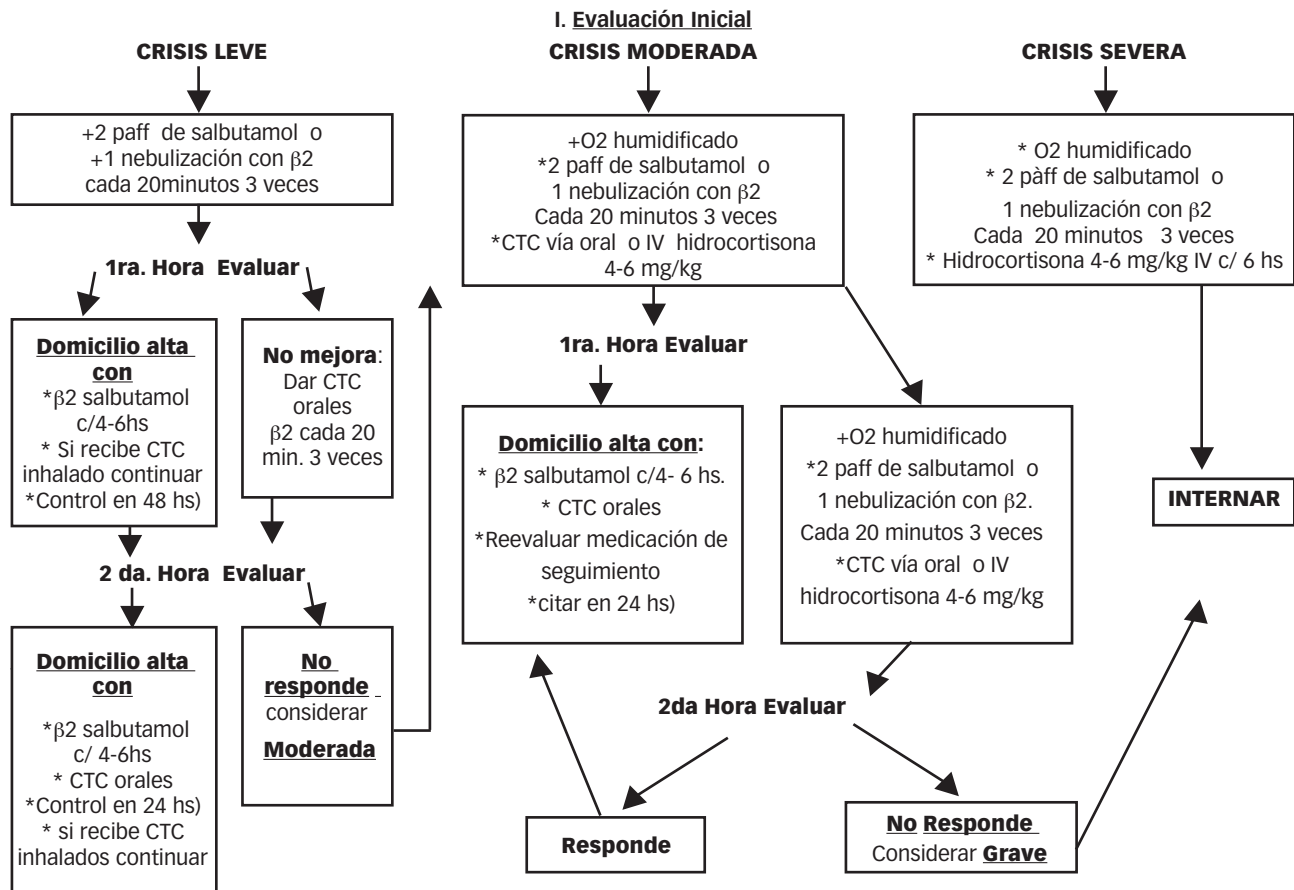
En la evaluación inicial deben ser registradas las características de las exacerbaciones previas, (frecuencia, severidad, internaciones, ingresos a terapia intensiva) y tipo de medicaciones recibidas recientemente (CTC tópicos, uso de β2 agonistas, CTC orales o parenterales). Tener presente los factores de riesgo social y nutricional. El tratamiento ambulatorio posterior debe ser cuidadosamente controlado. En caso de administrar los CTC orales por lapsos de tiempos de hasta cinco días, éstos pueden ser suspendidos abruptamente; si se requiere un período de tratamiento más largo, el descenso se realizará gradualmente.

Todo paciente que concurre a un servicio de emergencia debe ser derivado, provisto de un informe escrito con consignas precisas, para su seguimiento ambulatorio posterior a fin de evaluar la indicación de tratamiento preventivo.

Criterios diagnósticos y tratamiento de las crisis obstructiva

Síntomas	LEVE	MODERADA	GRAVE
Disnea	Al caminar. Puede acostarse.	Al hablar. Dificultad para alimentarse. Llanto entrecortado. Prefiere sentarse.	En reposo. Inclinado hacia adelante. Lactante no come ni duerme.
Lenguaje Estado de conciencia	Oraciones Normal	Frases Normal e excitado	Palabras Excitado o confuso
Frecuencia Respiratoria	Normal	Aumentada	Muy aumentada o disminuída
Uso de músculos accesorios - Tiraje	No	Si	Si, movimiento Tóraco-abdominal paradójal
Sibilancias	Predominan al final de la respiración	Audibles en toda la espiración	Inspiratorias y espiratorias. Ausencia en casos muy severos
Pulso (pulso/min)	< de 100 x'	100-120 x'	> 120 x' o bradicardia en casos muy severos
Tratamiento	CAPS/Guardias hospitalares	CAPS/Guardias hospitalares	Iniciar tratamiento y DERIVAR A HOSPITAL con OXIGENO

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA CRISIS

**Medidas de control ambiental**

La aplicación adecuada de medidas de control ambiental tiene como objetivo evitar o disminuir la exposición de los desencadenantes que inducen la inflamación de la vía aérea e Hiperreactividad Bronquial.

El principal contaminante ambiental que se ha documentado como factor de riesgo directo para el desarrollo de sibilancias recurrentes en el lactante es el humo de cigarrillo. Por lo tanto la primera medida de control ambiental en todo niño con BOR es evitar el hábito de fumar en todos los convivientes.

Se desaconseja el uso de hogares, braseros y salamandras como medio de calefacción.

Evitar el uso de pinturas, desodorantes ambientales, productos de limpieza sin adecuada ventilación.

La lactancia materna exclusiva debe ser estimulada durante los primeros 6 meses de vida y su continuación durante los primeros 2 años de vida.

Evaluación periódica del programa

Uno de los requisitos fundamentales en la estrategia del programa de las IRAB es la evaluación periódica del proceso y los resultados del mismo, luego del período estacional de atención.

Para ese fin las autoridades del programa a nivel provincial o municipal deben convocar y reunir al menos una vez al año a los

centros participantes del mismo con el fin de:

- Exponer los resultados.
- Analizar las dificultades observadas.
- Proponer soluciones.
- Definir los nuevos objetivos parciales y nuevas estrategias.
- Continuar con el proceso de formación continua del equipo de salud.

La integración de los diferentes participantes constituye un poderoso instrumento de desarrollo y crecimiento del programa a través de la interrelación de los mismos en tareas de gestión participativa que incluye el análisis de los resultados y la formación permanente del equipo profesional.

METAS:

1. Resolución de por lo menos el 90% de los episodios de síndrome obstructivo bronquial y del 80% de las neumonías en la atención del primer nivel.
2. Seguimiento hasta la curación de por lo menos el 75% de los episodios de IRAB en el primer nivel.
3. Disminución en el 10% de la mortalidad por IRAB en las áreas y provincias bajo programa.
4. Extensión del programa a todas las provincias.

Medicamentos y lactancia materna

Ageitos Maria Luisa –UNICEF–

Colaboración de la Sub comisión de Lactancia Materna de la SAP: Dra. Mónica Waisman y Dra. Vera May

La lactancia materna (LM) es una estrategia potente para la prevención de la morbilidad y la mortalidad en los menores de 2 años, su interrupción debe ser cuidadosamente evaluada. Las mujeres que amamantan y deben ser medicadas pueden ser apoyadas para continuar la lactancia con la selección óptima de la medicación a utilizar.

Recomendaciones

Siempre analizar riesgo beneficio: ¿Es imprescindible el medicamento? ¿Debe ser aplicado ahora? ¿Puede esperar el tratamiento o la intervención? ¿Es un medicamento que se usa en bebés o en embarazadas?

En general, si se toma durante el embarazo se puede continuar en la lactancia, si se administra a bebés también.

MEDICAMENTOS SEGUROS	DROGAS CONTRAINDICADAS EN LM	POTENCIALMENTE RIESGOSOS En general si se debe administrar una droga potencialmente peligrosa (sobre todo para madres que amamantan a bebés menores de 2 meses), usar con vigilancia.	DROGAS QUE CONVIENE EVITAR, SEA POR PROBABLE TOXICIDAD (T) O POR DISMINUIR LA LECHE (D)
Acenocumarol Albendazol Ac. Valproico Amoxicilinas Antiácidos Cafeína(dosis bajas) Cefalosporinas Anticonceptivos progestínicos Corticoides Descongestivos nasales por nebulización Digoxina Eritromicina Heparina Insulina Inhaladores(broncodilatadores, corticoides) Labetalol Laxantes no absorbibles Lidocaína Sulfato de magnesio Metildopa Paracetamol Penicilinas Piperacina Propanolol Teofilina Hormona tiroidea de reemplazo Vacunas Vancomicina Warfarina	Amiodarona Antineoplásicos Bromuro Bromocriptina Citóxicos Dipirona Fenindiona Litium Radioactivos, isótopos Sales de oro Salicilatos en altas dosis Sicotrópicos en altas dosis Yodo(medio de contraste obliga a suspensión temporal) Drogas de uso indebido y acción central (cocaína, crack, heroína).	Cloranfenicol Metronidazol (aunque actualmente se usa en embarazadas y lactantes).	Ergonovina (D) Hidroclorotiazida (D) Metformina (T?) Enalapril (T?) Norfloxacina (T?) Acebutolol Alcohol(grandes dosis) Atenolol (T en menor de 1mes) Antihistamínicos/descongestivos Acido nalidixico (T?) Anticonceptivos con estrógenos (D) Ergotamina (T) Etosuximida Nicotina(cigarrillos)Peligro no sólo por la leche, sino por el aire. Quinolonas (T?) Sulfonamidas de acción lenta, incluso el cotrimoxazol no se recomienda en mujeres que amamantan a bebés menores de 1 mes.

Criterios generales:

Dosis únicas, incluso de opiáceos (morfina por ejemplo) no obligan a suspender la LM. Evitar drogas de acción lenta. Medicar si es imprescindible.

Conocer la farmacocinética de las drogas ayuda a fijar el criterio médico.

Influyen en el pasaje de drogas a Leche Humana: difusión pasiva, ligadura a proteínas, ionización, peso molecular, solubilidad.

Su acción sobre el bebé depende de que tenga absorción a nivel intestinal, de que el niño tenga capacidad de detoxificar y eliminar el fármaco, lo cual está muy ligado a la edad del niño.

LA NORMATIZACION Y LA CALIDAD ASISTENCIAL

Dres. Guillermo Williams y Carlos Martínez Sagasta.

Dirección de Calidad en Servicios de Salud.

INTRODUCCIÓN

Para hablar de mejoramiento de la calidad en los Servicios de Salud debemos tener en cuenta siempre que debe prevalecer la calidad en las estructuras de los Servicios de Salud, en los procesos que se desarrollan en los mismos y fundamentalmente a obtener buenos resultados. También corresponde afirmar que la calidad no está asociada a niveles específicos de atención, sino que debería ser aplicable en todos los niveles.

Hablando específicamente de los procesos debemos tener en cuenta que en los Servicios de Salud existen dos tipos de procesos. Por un lado los procesos organizacionales de la institución, los cuales pueden ser comparables con los de otras organizaciones que no pertenecen al Sector Salud. De ahí la posibilidad cierta de utilizar herramientas de la calidad más generales para estos procesos. Por otra parte los Servicios de Salud realizan procesos exclusivos que son los directamente vinculados a la asistencia a las personas.

Tanto sea para los procesos organizacionales como los asistenciales la estandarización de los mismos, contribuye a la mejora de la calidad. También debemos tener en cuenta que en la estandarización de procesos asistenciales no puede dejarse de lado la variabilidad clínica como elemento muy importante a tener en cuenta y que diferencia claramente a los procesos asistenciales de los organizacionales.

Por otra parte la necesidad y el deseo de estandarizar los procesos asistenciales no constituye un hecho novedoso, por el contrario se diría que es una práctica cotidiana en los Servicios de Salud desde hace mucho tiempo. Lo que quizás no sea habitual sea su puesta en práctica y mucho menos la evaluación de la calidad de los procesos asistenciales a partir del uso de estos instrumentos.

La adopción de normativas de calidad asistencial supone la necesidad de gestionar un cambio cultural, organizativo y profesional que permita estandarizar los conocimientos de los profesionales, y la comprensión de los beneficios aportados tales como:

- cambio de actitudes entre los profesionales - interiorización de que las recomendaciones de las normativas mejoran los cuidados -
- cambio de comportamiento- de modo que la práctica clínica tenga en cuenta las recomendaciones.

- cambio en los resultados clínicos y en la salud de la población, mejorando la calidad de la atención, la salud y la satisfacción del paciente.

En el marco de la garantía de calidad, la calidad en gestión asistencial es una de las actividades de gestión más ligadas a la práctica y este accionar impacta directamente en los resultados en salud.

Tipos de Instrumentos

En el contexto actual, es altamente probable que los diferentes instrumentos disponibles sean denominados de diferentes formas como normas, guías, protocolos, algoritmos, etc. Estas denominaciones no necesariamente responden formalmente al tipo de documento generado y es muy probable que carezcan del rigor metodológico adecuado y es la intención de este artículo establecer algunos lineamientos respecto de dichos instrumentos.

Norma

La Real Academia Española en su diccionario define como norma según su segunda acepción como "regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etc." Desde el campo del derecho cuando se hable de una norma, estamos hablando de un instrumento que regula y existe obligación en su cumplimiento

En el Sector Salud las llamadas "normas de atención" son un antiguo atributo de los Servicios de Salud. Las mismas se han gestado fundamentalmente en consenso de expertos y revisión bibliográfica no necesariamente valorando adecuadamente el nivel de evidencia científica de los antecedentes. Habitualmente se suele expresar que las mismas son indicativas y no necesariamente de cumplimiento obligatorio. Pero la creciente vinculación de lo legal en el sector salud, determina la necesidad de diferenciar claramente lo que es de cumplimiento obligatorio de aquello que no lo es. A raíz de este dilema es que dentro del proceso de normatización de los Servicios de Salud ha surgido el concepto de guía, que constituye una orientación y no una exigencia como constituye la norma para el Derecho. Por esto el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica sólo se refiere a normas cuando habla de la Organización y Funcionamiento de los Servicios y no en los procesos asistenciales

Guías de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son enunciados sistemáticamente desarrollados para asistir al profesional y a las decisiones del paciente acerca de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas (definición adoptada por el Institute of Medicine, EEUU -Lohr).

Las GPC contienen todas las actividades que se deben realizar sobre pacientes con determinadas patologías, en sus aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos. Conllevan, asimismo, un sistema de evaluación del proceso y de los resultados, y surgen de una revisión sistemática de las evidencias científicas. El peso de las evidencias y la fuerza de las recomendaciones son tenidas en cuenta.

A continuación se plantean esquemáticamente las diferencias entre las guías de práctica clínica y los protocolos pero quizás el concepto fundamental a tener en cuenta es que **las GPC contempla todo lo que se debería hacer y el protocolo es lo que se puede y debe hacer en un ámbito determinado.**

DIFERENCIAS ENTRE GUÍAS Y PROTOCOLOS

GUIAS	PROTOCOLOS
<ul style="list-style-type: none"> - Ámbito más general - Carácter prescriptivo - Flexibilidad clínica - Basados en la síntesis del conocimiento - Metodología sistemática - Atributos/objetivos definidos - Consenso a posteriori - Multidisciplinariedad en la elaboración 	<ul style="list-style-type: none"> - Ámbito más específico/local - Carácter normativo - Rigidez de aplicación - No basados en una síntesis sistemática del conocimiento. Mejor si se basan en guías previas - Grupos de expertos - Indefinición en la elaboración - Consenso a priori - Puede o no existir un equipo multidisciplinario

Algoritmos

Los algoritmos se escriben en el formato de diagrama de flujo o árbol de decisiones. Este formato provee una rápida referencia visual para responder a una situación. Por ejemplo, los algoritmos son efectivos en departamentos de emergencia y unidades de cuidados críticos. Cuando el personal se enfrenta con una emergencia, como un paciente con una hemorragia, puede tratar al paciente rápidamente siguiendo un algoritmo. Deberían estar basados en guías de práctica clínica.

Vías clínicas (Clinical Pathways)

Las vías clínicas proveen los detalles del cuidado diario para un diagnóstico específico. La diferencia exclusiva de las vías clínicas es que proveen un plan de atención estandarizado día a día. Estos planes son a menudo interdisciplinarios, de tal forma que el cuidado o tratamiento llevado a cabo por médicos enfermeras y terapistas están todos en el mismo formulario. La ventaja de este formato es que la evolución del paciente está monitoreada diariamente de acuerdo a las intervenciones planeadas y resultados esperados.

La forma de presentación más común que adoptan las vías clínicas es la de una matriz temporal, en el eje de las abscisas se coloca el tiempo en divisiones por días o incluso horas y la ubicación del enfermo, en el eje de las ordenadas se distribuyen todas las acciones e intervenciones cuidadosamente distribuidas.

Protocolos

Los protocolos clínicos de actuación contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un determinado segmento del dispositivo asistencial.

Los protocolos definen el cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas condicionadas con la posibilidad fáctica de poder cumplirse. Puede protocolizarse por ejemplo los tratamientos farmacoterapéuticos para determinadas patologías en función del costo-efectividad de los fármacos disponibles o el cuidado de pacientes al que se le realizan procedimientos, por ejemplo los pacientes que tiene colocada una sonda.

Procedimientos (Guías de)

Los procedimientos son instrucciones paso a paso acerca de cómo desarrollar una habilidad técnica. Este formato a menudo incluye el uso de equipamiento, medicación o tratamiento. Ejemplos de procedimientos podrían ser cómo administrar sangre, colocar sondas (nasogástrica, vesical), administrar medicación (oral, rectal, endovenosa), etc.

Criterios

Actualmente también se observa, en algunos casos, la denominación de criterios para determinadas normativas asistenciales. La acepción de la palabra es "pauta para discernir una cosa".

Basándonos en esta definición podemos decir que son opiniones conformadas por expertos y revisión bibliográfica que actúan como orientadores del accionar asistencial. Su construcción es semejante a las GPC.

En el terreno formal los criterios, que deben surgir de los estándares de las guías, se utilizan herramientas en la auditoría clínica.

UTILIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Los instrumentos de calidad asistencial especifican procesos de atención que son conocidos o se piensa que están relacionados con buenos resultados. El desarrollo de los mismos debería ser considerado como la etapa de planificación de las mejoras de calidad, o el primer paso para el manejo de la calidad.

Es claro que algunos de ellos tienen mayor sustento que otros, y esto puede analizarse desde que es lo deseable a que es lo factible por capacidad operativa de la construcción de los instrumentos o de su aplicación. Teniendo en cuenta lo antedicho lo importante es que los instrumentos existan y se apliquen ya sea adoptándolos, adaptándolos o construyéndolos.

El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención viene construyendo este tipo de instrumentos así como otros vinculados a la calidad en los Servicios de Salud. Así por ejemplo tenemos la Resolución Ministerial 899/01 que aprobó las "Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los motivos prevalentes de consulta en APS". Las mismas fueron construidas y consensuadas con diversas instituciones. Para acceder a estos y otros instrumentos hay que entrar en la página web del Ministerio de Salud de la Nación del siguiente modo:

[www.msal.gov.ar/Programas/Programas Nacionales/Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica](http://www.msal.gov.ar/Programas/Programas_Nacionales/Programa_Nacional_de_Garantia_de_Calidad_de_la_Atencion_Medica)

Sin dejar de considerar y afirmar que "un paciente no es igual a otro" y que requiere un trato personalizado la estandarización de los procesos contribuye a ese trato personalizado pudiendo distinguir más adecuadamente lo "distinto" al poder compararlo contra el estándar o normal. La atención de los pacientes tiene algo de arte (si asociamos el arte con la creatividad) pero sustentado en bases científicas y normalización de procesos.

Por otra parte el proceso de mejora en la atención también redonda en un proceso de mejora de gestión en los Servicios. Como demostración de esto último basta referirse a los artículos publicados en los Boletines PROAPS- REMEDIAR número 2 de agosto de 2003 titulado "La hipertensión y el uso racional en REMEDIAR" y el número 5 de noviembre del mismo año denominado "Evaluación del uso de TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXASOL (cotrimoxazol) en la Atención Primaria de la Salud". Estos artículos reflejan problemas en la estandarización de conductas prescriptivas posiblemente por la inexistencia o inaplicabilidad de normativas de procesos asistenciales.

Para concluir podemos decir que la mejora en la calidad de los servicios que debe expresarse en la mejora de calidad de todos los componentes de los mismos. Aquí hemos querido poner énfasis en la caracterización muy sucinta de algunas herramientas para la mejora de los procesos asistenciales. **La clave reside en obtenerlas a través de una construcción propia o ajena, aplicarlas y evaluar su impacto.**

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, BOLETÍN PROAPS-REMIAR publica trabajos de Salud Pública destinados especialmente a quienes se dedican a la Atención Primaria de la Salud (APS). Son de especial interés aquellos temas relacionados con la atención primaria, ya sea atención médica o APS: uso racional de medicamentos en el primer nivel de atención, experiencias en APS, modelos de atención para los diversos problemas de salud, epidemiología, gestión, políticas de salud. Los artículos deberán ser inéditos, pudiendo haberse publicado tan sólo como resúmenes. Los trabajos deben presentarse acompañados de una carta firmada por todos los autores y en la que se aclare cuál de ellos se encargará de mantener comunicación con el Boletín. Los autores deberán ceder al Boletín los derechos de publicación.

I. Trabajos originales: los componentes deberán mantener el siguiente orden:

1) Portada: incluirá el título del trabajo, nombre(s) y apellido(s) del autor(es) en orden correlativo y con un asterisco que permita individualizar al pie la Institución donde se ha efectuado el trabajo, la dirección y teléfono del autor principal o de aquél a quien deberá dirigirse la correspondencia.

2) Resúmenes: acompañarán al trabajo por separado y no deberán exceder las 200 palabras. Se ordenarán con sus correspondientes subtítulos de la siguiente forma: a) Introducción con su/sus objetivos; b) Material y Métodos; c) Resultados; d) Conclusiones. Al pie de cada resumen deberán figurar las **palabras clave**, 5 como máximo.

3) Desarrollo del informe: no deberá exceder de 8 hojas, numeradas, escritas con procesador de texto a doble espacio y respetando el siguiente formato:

a) **Introducción:** en ésta no deberá faltar el problema de la investigación: (¿Por qué se realizó el trabajo?), con su marco teórico, debidamente avalado por la bibliografía. Al finalizar este apartado deberán darse a conocer los objetivos de la investigación: (qué se iba a hacer, con quiénes y para qué).

b) **Población:** Criterios de Inclusión, Exclusión y eliminación empleados. Lugar y fecha de realización del estudio. En caso de haber empleado procesos de aleatorización, consignar la técnica. Reparos éticos.

c) **Material y Métodos:** variables estudiadas, técnicas empleadas para medir las. Materiales empleados.

Análisis estadístico. Valor de la prueba de significación. Nombre del programa estadístico.

d) **Resultados:** conjunto de datos conexos con los objetivos y fundamentados por el análisis estadístico. Medida de dispersión, Media y DS, mediana, rango

y modo. Porcentaje e IC, etc.

Tablas y gráficos: No deberá ser la repetición de lo redactado en el texto.

e) **Conclusiones:** afirmaciones breves y precisas, responderán al objetivo de la investigación fundamentadas por los resultados obtenidos.

f) **Discusión y Comentarios:** especulaciones y nuevas hipótesis, surgidas de la investigación. Podrá incluir recomendaciones.

g) **Bibliografía:** se citará consecutivamente al orden de aparición en el texto siguiendo el estilo propuesto por el CIERM en "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (N Eng J Med 1991; 324: 424-8). (JAMA 1993, May 5; 269: 2282-86).

h) **Abreviaturas o siglas:** se indicarán entre paréntesis, cuando aparezca por primera vez la palabra que se empleará en forma abreviada.

II. Trabajos de Actualización: con apartados de Introducción, desarrollo de los diferentes aspectos del tema y si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, se incluirá un apartado de Discusión. El texto tendrá una extensión máxima de 8 páginas y la bibliografía deberá ser lo más completa según las necesidades de cada tema.

III. Comunicaciones breves: tendrán una extensión máxima de 1 hoja de texto. La bibliografía no tendrá un número mayor de 10 citas. El texto debe prepararse con una breve introducción, presentación de lo observado y discusión o comentario.

IV. Cartas al editor: estarán referidas a los artículos publicados o cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Deben prepararse de la misma forma que los trabajos, procurando que no tengan una extensión mayor de 1 hoja. Es necesario que tengan un título. Pueden incluirse hasta un máximo de 5 citas bibliográficas.

El Comité Editorial someterá los trabajos enviados al Boletín a un arbitraje externo que los aprobará, sugerirá modificaciones o rechazará. El Comité Editorial se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente al reglamento señalado o que no posean el nivel de calidad mínimo exigible. En estos casos los serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones.

La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores. El Boletín no se responsabiliza tampoco por la pérdida del material enviado.

Los trabajos, comentarios y cartas deben dirigirse al **Comité de Redacción del Boletín: Av. 9 de Julio 1925 P:8- Casillero 54, (C1073ABA) Ciudad Autónoma de Bs. As., Argentina** o a boletinremediar@proaps.gov.ar.

Bibliografía

- Agency for Health Care Policy and Research. Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. Vol 1. Issues. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1995. (AHCPR publication No 95-0045.)
- Real Academia Española. (1992). Diccionario de la Lengua española XXI. Espasa Calpe. Madrid.
- Williams G. La normatización para mejorar la calidad en los servicios de salud. Calidad en sistemas y servicios de salud. Programa de Educación a Distancia. Medicina y Sociedad. Instituto Universitario CEMIC. Fundación Donabedian. 2001
- Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, Lohr KN(eds). Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington D.C. National Academy Press, 1992.
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR y cols. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999; 282:1458-1465.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. 2ª ed. Londres: Churchill Livingstone, 2000.
- Encarna Grifell Martín, Joan Miquel Carbonell Riera y Felipe Infiesta García. Desarrollo e implantación de Guías De Práctica Clínica. Serie De Documentos Técnicos de CHC Consultoría I Gestió N° 1. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona, febrero de 2002.
- Field MJ, Lohr KN, eds. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
- Lohr KN, Eleazer K, Mauskopf J. Health policy issues and applications for evidence-based medicine and clinical practice guidelines. Health Policy 1998; 46: 1-19.
- Taxonomy of health system standards 2001, Other USAID Supported Study. University Research Corp. (URC) Center for Human Services; Joint Commission Resources.
- Larizgoitia I. Guías de Práctica Clínica. Evaluación Sobre Tecnologías en Salud Para Países del MERCOSUR. OPS. Marzo 2001.
- Resolución Ministerial 899/01. Ministerio de Salud de la Nación. Soc. Arg. de Medicina Familiar, urbana y rural. Asoc. Argentina de Medicina Familiar. Centro de Investigación y docencia en epidemiología y Salud (CIDES). Asociación Médica Argentina. Guías de Orientación para el de Diagnóstico y Tratamiento de los motivos prevalentes de consulta en APS.
- Moyano H. Importancia de las vías clínicas en la gestión de la calidad y de los costos hospitalarios. Revista Gestión en salud. Mayo 2003. Año 2; Num 5: pp6-11.

EL BOLETIN DE APS

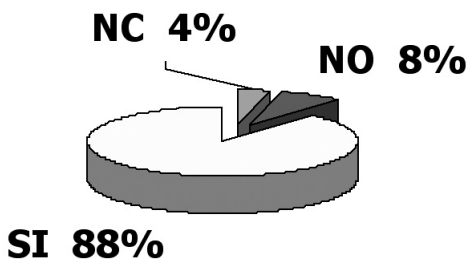
En el marco de las actividades de la Red de Control Social Directo, conformada por Cáritas y Cruz Roja Argentina, el Programa ha logrado acceder a valiosísima información recabada en terreno, por más de 200 voluntarios de estas instituciones, en todas las jurisdicciones en las que se implementa el Programa Remediar.

Los resultados de una muestra representativa de este universo (1.450 grillas de visita de control social analizadas) demuestran que el grado de recepción del boletín de APS y el interés por el mismo, revelan porcentajes altos de aceptabilidad por parte de los equipos de salud de los CAPS.

Además, si se analiza este indicador cronológicamente el interés por la publicación de Remediar fue creciente a partir de la continuidad de la llegada y de la riqueza de su contenido.

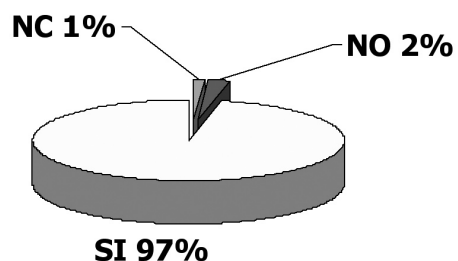
Este tipo de noticias nos alegran y nos invitan a seguir trabajando, contribuyendo desde nuestro lugar a la construcción de una nueva salud. Este es un compromiso que hemos asumido desde el lanzamiento del boletín, considerado por Remediar herramienta fundamental de la estrategia de capacitación continua que implementa el programa, y que complementa las actividades de capacitación en servicio y uso racional de medicamentos.

Gráfico N° 1
Pregunta: ¿Recibió el CAPS el Boletín de Remediar sobre APS?



Fuente: Sistema de Información Remediar

Gráfico N° 2
Pregunta: ¿Resultado de Interés para el Equipo de Salud?



Fuente: Sistema de Información Remediar

