

Editorial

La neumonía en niños: problemas persistentes para su adecuada caracterización y tratamiento

Dr. Pedro de Sarasqueta - Jefe de Neonatología, Hospital de Pediatría "Garrahan"

La neumonía es la tercera causa de mortalidad infantil (MI) en el mundo y se estima que produce 1.328.000 defunciones en niños menores de 5 años (aproximadamente el 10% del total de casos de MI). Esta mortalidad está concentrada en 15 países que son los de mayor población, peores sistemas de salud y tasas más altas de MI. Se estima que sólo un 40% de los casos de los casos de neumonía en estos países tienen atención durante esta enfermedad (médico, enfermera, agente sanitario) y una fracción muy baja son internados.

La estrategia de la OMS recomendada para el tratamiento de la neumonía es el empleo de ampicilina o cotrimazol oral en los niños con diagnóstico presuntivo de neumonía (tos con o sin fiebre, respiración rápida y retracciones intercostales). Esta recomendación, asume por algunos estudios epidemiológicos realizados, que los agentes que producen neumonía

con mayor frecuencia son *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*. El meta-análisis de los estudios controlados del tratamiento con antibióticos, muestra una reducción de la mortalidad menor a 50%, por lo que se postula hipotéticamente que este alto fracaso del tratamiento empleado para la neumonía podría explicarse por la resistencia bacteriana y sobre todo a que las neumonías se deberían a otros microorganismos.

Las infecciones respiratorias bajas constituyen la tercera causa de muerte infantil en nuestro país y la tasa específica de mortalidad por esta causa ha mostrado un estancamiento en los últimos años. Como infección respiratoria baja se clasifican niños fallecidos con el diagnóstico de neumonía, neumonitis y bronquiolitis.

A diferencia de los estudios en los países con mayor MI en

El 7 de abril, en conmemoración del Día Mundial de la Salud, el Presidente de la Nación Néstor Kirchner y el Ministro de Salud y Ambiente Ginés González García, premiaron al Dr. Pedro de Sarasqueta por su trayectoria en salud materno infantil. En dicho acto se anunció un considerable descenso de la tasa de mortalidad infantil en Argentina en el año 2004.

Objetivos de esta publicación

El Nro 18 de *Atención Primaria de la Salud*, *Boletín PROAPS-REMEDIAR* trata la infección respiratoria aguda baja (IRAB) y, como tema central: la neumonía. El *Editorial* realiza una mirada global acerca de la trascendencia del problema, discute la estrategia de la OMS recomendada hasta la fecha y enfatiza la política nacional implementada: el programa de hospitalización abreviada. *Enfermedades respiratorias en menores de 5 Años, resumen de la situación argentina, 2003*, trae el cuadro de situación de la mortalidad por IRAB en un año crítico –con aumento de la mortalidad específica– y analiza tres aspectos fundamentales: la equidad, la calidad de atención y la propuesta de hospitalización abreviada. *Notificación de neumonías en Argentina* describe el comportamiento y distribución de las notificaciones de neumonías en la Argentina en el año 2003. *La neumonía y el uso de medicamentos en el primer nivel de atención* muestra los resultados del análisis del Programa RemediAR de las recetas confeccionadas: diagnóstico y prescripción, por sexo, edad, provincia. *Bronquiolitis* valida con la misma información –pero con el universo de recetas– lo publicado en el Boletín Nro 10, que surgía del análisis de una muestra. *Evaluación de la atención de la bronquiolitis y la neumonía en el primer nivel de atención* contrasta los resultados encontrados con las evidencias científicas disponibles. Bibliografía recomendada es una sección que destaca aspectos de la problemática de la salud tratados en el boletín y prioriza textos que tienen libre acceso por internet. *Neumonías en niños* es la guía de práctica clínica (GPC) elaborada por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. No obstante, el 60% de la población que concurre a los CAPS es mayor de 15 años de edad, por ello se publica *Recomendaciones prácticas para el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en la APS* que se basa en la GPC elaborada por el comité intersociedades. En ambos casos el enfoque está orientado al primer nivel de atención. *Antibióticos en la infección respiratoria aguda baja en niños* tiene por objetivo ayudar a la decisión: medicar o no con antibióticos una IRAB. *Espaciadores-Aerocámaras* describe este recurso y explica sus ventajas sobre los nebulizadores tradicionales. *Características del espaciador casero para aplicación de aerosoles presurizados en el tratamiento del síndrome bronquial obstructivo* explica como fabricar un espaciador cuando no se dispone de él. *Tratamiento Preventivo del SBOR en 9 CAPS de Tucumán* describe una rica experiencia en la prevención de las bronquitis obstructivas en el primer nivel de atención con budesonide, medicamento provisto por RemediAR. *Una experiencia respiratoria que marcó a fuego nuestra tierra colorada* describe la implementación del Programa de IRAB a nivel local. *Barreras de acceso* describe, desde la perspectiva de las auditorías del Programa RemediAR, los obstáculos que dificultan a los pacientes a ingresar al sistema de salud. *Dúo dinámico* es una de las experiencias de APS premiadas en el Concurso Nacional. *"Menciones de Honor - I Jornadas en Experiencias de APS"* detalla los ganadores de las menciones de honor dentro de las 1eras Jornadas de APS, realizadas los días 7 y 8 de abril en Mar del Plata.

· **AUTORIDADES DEL MINISTERIO** ·

Señor Ministro de Salud y Ambiente de la Nación

- Dr. Ginés González García -

Secretaría de Programas Sanitarios

- Dr. Héctor Daniel Conti -

· **AUTORIDADES PROAPS - REMEDIAR** ·
Coordinación General del Programa

- Dra. Graciela Ventura -

· **Boletín PROAPS-REMEDIAR** ·
Director del Boletín PROAPS-REMEDIAR
- Dr. Ricardo Bernztein -

Comité Editorial

Dr. Carlos Pacheco
Dr. Armando Reale
Dra. Rosa María Durante
Lic. Lucas Godoy Garraza
Lic. Mauricio Monsalvo
Prof. Silvia Pachano

Diseño Editorial

Pablo Conte
Catalina Lucas

Comité Revisor:

- Dra. Perla Mordujovich de Buschiazio -
*Directora del Centro Universitario de Farmacología - Centro
Colaborador de OPS/OMS*
- 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. Mario Meuli -

*Profesor Titular de Farmacología. Facultad de Medicina: Universidad
Nacional de Tucumán*

Dirección postal:

Proaps - Remediación - 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

mail: boletinremediacion@proaps.gov.ar

ISSN 1668-2831

Propietario: **Programa PROAPS - REMEDIAR**

Suscripción gratuita:

suscripcionesremediacion@proaps.gov.ar

el mundo, la causa más común en nuestro país y en otros con estructura económica y social semejante son los virus respiratorios, con predominio del virus sincicial respiratorio, seguido por influenzae, parainfluenzae y adenovirus. Estudios multicéntricos recientes en nuestro país en niños hospitalizados por infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) confirmaron el aislamiento de virus respiratorios en 42,5% de los casos con un alto predominio del virus sincicial respiratorio (91%) y una baja mortalidad de 1,1%. Se diagnosticó bronquiolitis en 65% de los casos y neumonía en 27% de los casos internados.

El programa de hospitalización abreviada (se detalla en las páginas 8-10 del Boletín nº1) se fundamenta en un tratamiento inicialmente desarrollado en Chile desde la década de los 80, que permitió descender en ese país la MI específica por IRAB en 75% en pocos años. Su fundamento es tratar a los niños con IRAB según ciertos factores de riesgo preestablecidos (edad menor de 3 meses, episodios recurrentes, alto riesgo social) y un puntaje de gravedad objetivo con un seguimiento controlado hasta la resolución del episodio.

En nuestro país este programa se ha implementado desde hace tres años. La cobertura alcanzada, de aproximadamente mil centros de atención primaria, es satisfactoria pero insuficiente y se requieren más esfuerzos e intervenciones de los sistemas de atención materno infantil nacional y provinciales para aumentar la cobertura y calidad de la atención.

Los primeros resultados de este programa, informados por diferentes provincias, demuestran que más de 90% de los casos son diagnosticados como bronquiolitis o bronquitis obstructivas recurrentes. Menos del 5% son diagnosticados como neumonías. El programa no incluye la detección del virus o bacterias, por su mala relación costo/efectividad. La mayoría de los casos -más del 90%- pueden ser controlados y tratados hasta la resolución del episodio en el primer nivel

Los números anteriores de Atención Primaria de la Salud; Boletín PROAPS-REMEDIAR están en la página web: www.remediacion.gov.ar en la sección Boletines Remediación.

Boletines publicados:

1. Infección Respiratoria Aguda Baja: bronquiolitis.
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/BOR.
11. Bases del Plan Federal de Salud.
12. Fiebre.
13. Riesgo Cardiovascular - Prescripciones en HTA
14. Parasitosis
15. Dos Años de REMEDIAR
16. Epilepsia
17. El Cuidado del Embarazo
18. IRAB: Neumonía

Publicación revisada por pares. 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 <http://www.bvs.org.ar>. También está indizada en el Index Medicus Latinoamericano LILACS. Tirada de esta edición: 25.000 ejemplares.

de atención. Se demuestra así la eficacia de la adecuada atención médica en los CAPS. Otro beneficio, no menos importante del programa, es prevenir la derivación innecesaria del paciente al hospital de referencia, con las dificultades que acarrea su atención en servicios sobresaturados y la separación del niño de su familia con todas sus consecuencias psico-emocionales.

De la información que surge del análisis de los casos de mortalidad por IRAB puede extraerse una conclusión: en la gran mayoría de los casos la muerte es evitable por acciones eficaces y oportunas del sistema de salud. En efecto, se comprueba que la evolución desfavorable se detecta en niños menores de 6 meses, que han consultado una o más veces al sistema de salud, y la atención ha sido inadecuada por no considerar los factores de riesgo como tales o la gravedad del cuadro y muchos de estos niños mueren en su domicilio.

En este sentido, los resultados de las auditorías del Programa Remediar demuestran que gran parte de las bronquiolitis son tratadas en la atención primaria con antibióticos. Todo lo expuesto hasta ahora respecto de las evidencias actuales de las causas virales de la bronquiolitis y la mayoría de las IRAB demuestra que no debe tratarse con antibióticos la inmensa mayoría de los casos que consultan en el primer nivel de atención. Los casos con neumonía se distinguen por la falta de respuesta al tratamiento propuesto por la hospitalización abreviada, además de ciertos signos de sospecha como la severidad del compromiso del estado de general. Frecuentemente necesitan ser enviados al hospital para el diagnóstico definitivo y su correcto tratamiento. Por lo tanto, se insiste en efectuar en el primer nivel de atención un correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento; derivación inmediata al segundo nivel en los casos que no responden adecuadamente; considerar siempre los factores de riesgo.

La cobertura universal de los niños atendidos en el sector público y la mejora de la calidad de la atención determinaría, en pocos años una reducción importante y estable de la MI por esta causa, tal como sucedió en Chile. Se requiere inevitablemente de un sistema de salud operativo en todo el país, que ofrezca mayores recursos hacia los más pobres, para mitigar las desigualdades existentes y acercarnos a una mayor equidad.

Referencias:

1. - Sazawal S, Black R. Meta-analysis of intervention trials on case management of pneumonia in community settings. Lancet 1992; 340: 528-33.
- 2.- Programa de hospitalización abreviada en las infecciones respiratorias bajas 2004. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación.
- 3.- Estudio multicéntrico en infecciones respiratorias agudas bajas en niños hospitalizados menores de 2 años. Arch Arg Pediat 2003; 101:365-374.

El Reglamento de Publicaciones se encuentra disponible en: www.remediar.gov.ar, sección boletines/boletín N° 17, página 3.

En este número:

Editorial: La neumonía en niños, problemas persistentes para su adecuada caracterización y tratamiento 1
Dr. Pedro de Sarasqueta

Enfermedades respiratorias en menores de 5 Años 4
Administración Nacional " Dr. Carlos Malbrán" - Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni"- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Cartas de lectores 10

Notificación de neumonías en Argentina 10
Dirección de Epidemiología. Unidad de Análisis de la Situación de Salud

La neumonía y el uso de drogas en el primer nivel de atención 11
Subgerencia de Operaciones, Programa REMEDIAR

Bronquiolitis 16
Subgerencia de Operaciones, Programa REMEDIAR

Evaluación de la atención de la bronquiolitis y la neumonía en el primer nivel de atención 17
Dr. Ricardo Bernztein

Bibliografía recomendada 18

Neumonías en niños 20
Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Recomendaciones prácticas para el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en la APS (adultos) 22
Dr. Gabriel Levy Hara

Antibióticos en la infección respiratoria aguda baja en niños..... 26
Dr. Claudio Castaños

Espaciadores-Aerocámaras 27
Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Características del espaciador casero para aplicación de aerosoles presurizados en el tratamiento del síndrome bronquial obstructivo 27
Enfermera Silvia Mercedes Viola

Tratamiento Preventivo del SBOR en 9 CAPS Tucumán 29
Dr. José Ricardo Cortez

Una experiencia respiratoria que marcó a fuego nuestra tierra colorada 30
Dr. Guillermo Rolón

Barreras de acceso a los servicios de salud 31
Subgerencia de Auditoría y Control de Gestión, Programa Remediar

Menciones de honor - I Jornadas de Experiencias en APS .. 33

1eras Jornadas de Experiencias en APS 34
Área de Programación, Programa Remediar

Experiencias de APS "Dúo dinámico" 36
Enf. Elba Sonia Morresi, Chofer Alberto Flores

Enfermedades respiratorias en menores de 5 años

Resumen de la situación argentina, 2003

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos Malbrán"

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni" Blas Parera 8260. (Cp 3000). Santa Fe. Argentina. E-Mail: Inerconi@infovia.com.ar
Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Programa de Salud Integral del Niño - Sub-Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas.

Introducción y Resumen:

Las enfermedades respiratorias son una importante causa de mortalidad y morbilidad en los primeros años de vida. En 2003 alrededor de 1.400 menores de cinco años murieron a causa de estas enfermedades, cifra 40% más alta que la registrada en 2002, resultado del brote epidémico de enfermedades del tracto respiratorio inferior ocurrido en varias jurisdicciones. Esto ubicó en 2003 a las enfermedades respiratorias como la tercera causa de muerte de menores de un año (luego de las afecciones originadas en el período perinatal y de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas) y como la segunda del grupo de 1 a 4 años (luego de las causas externas).

La mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias ocurre en menores de un año, y particularmente entre el mes y los cuatro meses de vida. La neumonía es la principal causa de las defunciones de menores de cinco años por enfermedad respiratoria, pero alrededor del 17% de las muertes por enfermedad respiratoria antes del año de edad se registra como debida a agentes externos.

Comparativamente, la mortalidad por enfermedades respiratorias entre menores de cinco años en Argentina es menor que la de otros países en desarrollo de América, pero es superior a la de Chile, Cuba y Uruguay. El promedio nacional, sin embargo, oculta las marcadas diferencias entre las distintas jurisdicciones: en la provincia con mayor mortalidad la tasa es el doble del promedio nacional, y más de diez veces el valor de la tasa de la provincia con menor mortalidad. De manera análoga, las tasas promedio de cada jurisdicción ocultan las diferencias entre departamentos, registrándose en algunos de ellos tasas cuatro veces superiores al promedio nacional, mientras que en muchos otros no se han registrado defunciones de menores de cinco años por esta causa durante el bienio 2002-2003.

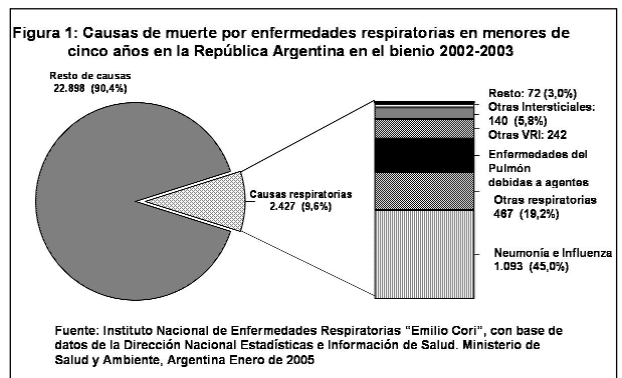
Aunque la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años se redujo en los últimos decenios, desde 2000 muestra una tendencia estable, con un brusco incremento en 2003 que llevó la cifra de muertes a un valor superior al de 1999. La tendencia ha sido diferente en las jurisdicciones, y nueve de ellas registraron un descenso menor al promedio nacional, dos de las cuales tuvieron una tendencia promedio estable o al aumento en los últimos diez años.

Aumentar el descenso anual de la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años resulta fundamental para reducir la magnitud de este problema y lograr las metas nacionales de mejoramiento de la salud en la infancia.

En este sentido las acciones que desarrolla el Programa Nacional de Infecciones Respiratorias hacia las provincias y departamentos de mayor mortalidad reducirá además la brecha entre ellas y se garantizará a los grupos de población más vulnerables el acceso a las medidas de prevención y tratamiento que contribuyan a mejorar la equidad en las condiciones de salud de la población.

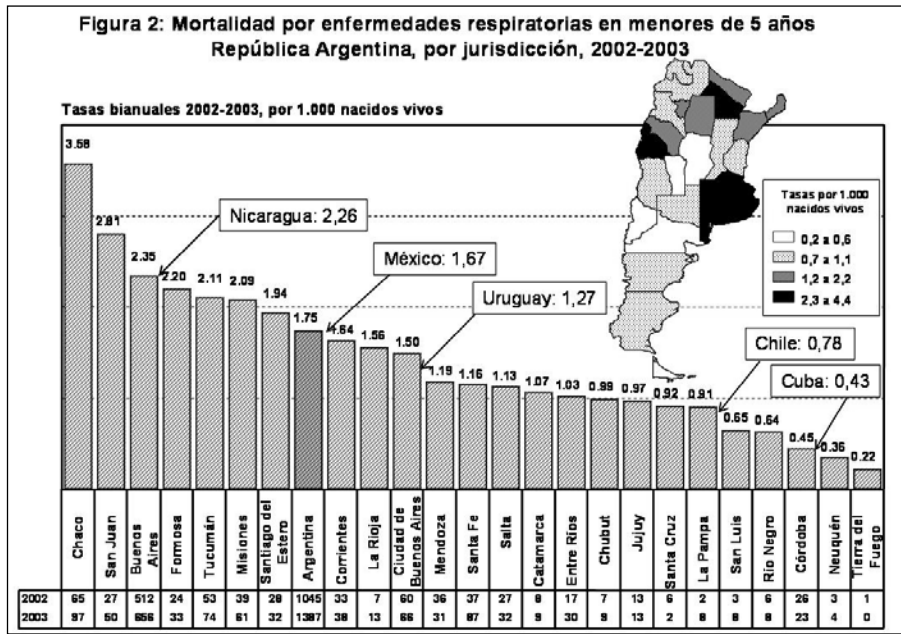
Magnitud y distribución de la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años

En 2003 se registraron 1.387 defunciones de menores de cinco años por enfermedades respiratorias, lo que representó el 10% de las muertes por causas definidas de ese año (Figura 1).



La principal causa de estas muertes fue la neumonía, que ocasionó alrededor de una de cada dos muertes por enfermedad respiratoria. Las defunciones clasificadas como otros trastornos respiratorios fueron responsables de un 20% de las defunciones, seguidas por las enfermedades del pulmón debidas a agentes externos, la mayoría de las cuales se registró como neumonitis debida a sólidos y líquidos. La bronquiolitis, que se ubicó en cuarto lugar entre las enfermedades respiratorias, ocasionó alrededor de una de cada diez muertes por enfermedades respiratorias de menores de cinco años durante 2003.

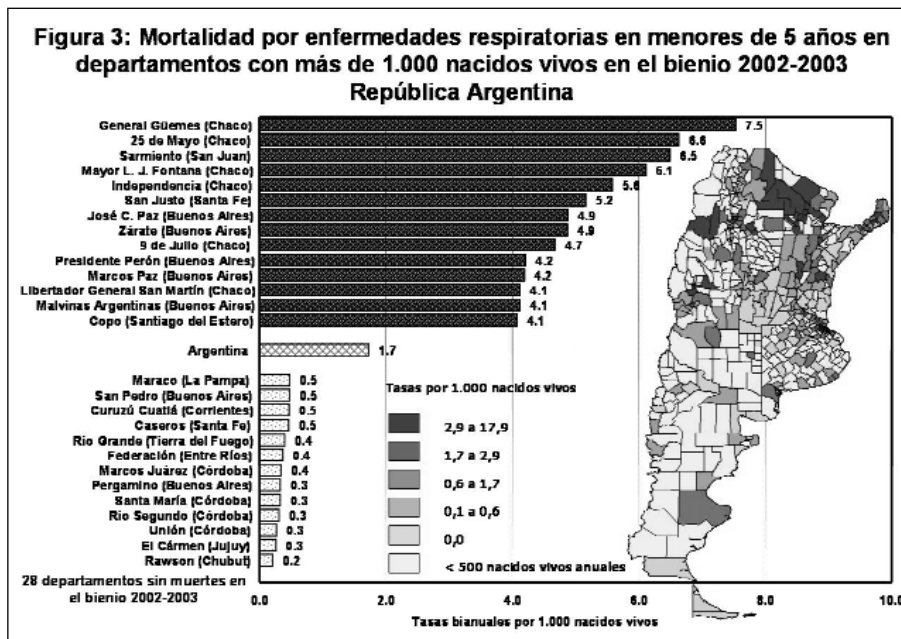
El riesgo de morir por enfermedades respiratorias antes de los cinco años de vida, medido a través de la tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos, fue en 2003 de 1,99, pero esta cifra fue diferente en las veinticuatro jurisdicciones del país. Calculando las tasas bianuales para 2002-2003 se observa que ese riesgo fue entre cinco y ocho veces más bajo que el promedio nacional en Neuquén y Tierra del Fuego, y el doble en Chaco (Figura 2).



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente, Argentina, Enero de 2005.

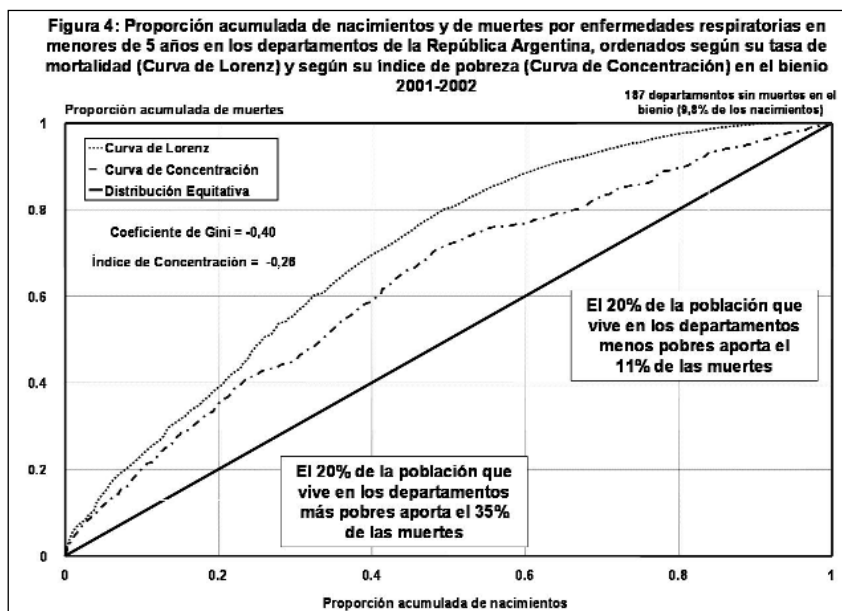
El país muestra un mosaico de diferentes situaciones con provincias que registran tasas más bajas que las de Chile o Cuba y otras con tasas superiores a las de Nicaragua. Los niños que nacen en Chaco tienen durante sus primeros años de vida un riesgo de morir entre 9,9 y 16 veces mayor por enfermedades respiratorias que los que nacen en Neuquén o Tierra del Fuego, respectivamente.

Los contrastes son más importantes hacia el interior de cada provincia (Figura 3). En alrededor de 200 departamentos (o partidos de la Provincia de Buenos Aires) no se registraron muertes por enfermedades respiratorias en menores de cinco años entre 2002 y 2003, mientras que en otros departamentos el riesgo de morir por esta causa fue tres a cuatro veces mayor que el promedio nacional. Comparando departamentos con más de 1.000 nacidos bianuales se observa que mientras que en 27 departamentos que aportan el 6% de los nacimientos del país ocurre el 16% de las muertes por enfermedades respiratorias, en otros 39, que también aportan cerca del 6% de los nacimientos, ocurre sólo el 0,3% de las muertes por esta causa.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente, Argentina, Enero de 2005.

La desigual distribución de la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años se expresa a través de las curvas de Lorenz y de concentración y de sus respectivos índices (Figura 4). Ordenando los departamentos o partidos en forma decreciente según su aporte a la mortalidad, se observa que el 20% de los nacidos vivos del país, que vive en los departamentos con mayor mortalidad, aporta el 40% de las muertes mientras que el 20% de los que viven en los departamentos con menor mortalidad (o sin muertes en el período considerado) aporta sólo el 4% de las muertes. Si el orden se realiza en forma decreciente según el índice de necesidades básicas insatisfechas, el aporte a la mortalidad del 20% más pobre se reduce al 35% y el del 20% menos pobre se incrementa al 11%, lo que refleja que otros factores referidos a la calidad del proceso de atención están también determinando elevadas tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias durante los primeros años de vida.



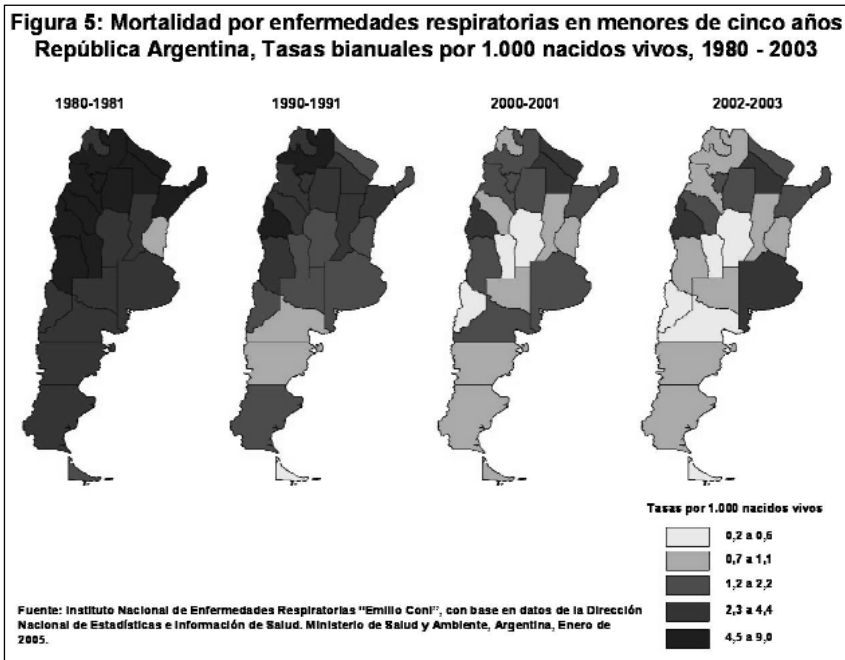
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud PARA 2001 y 2002, Ministerio de Salud y Ambiente, Argentina, 2004; y en datos de necesidades básicas insatisfechas del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Los 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 en:

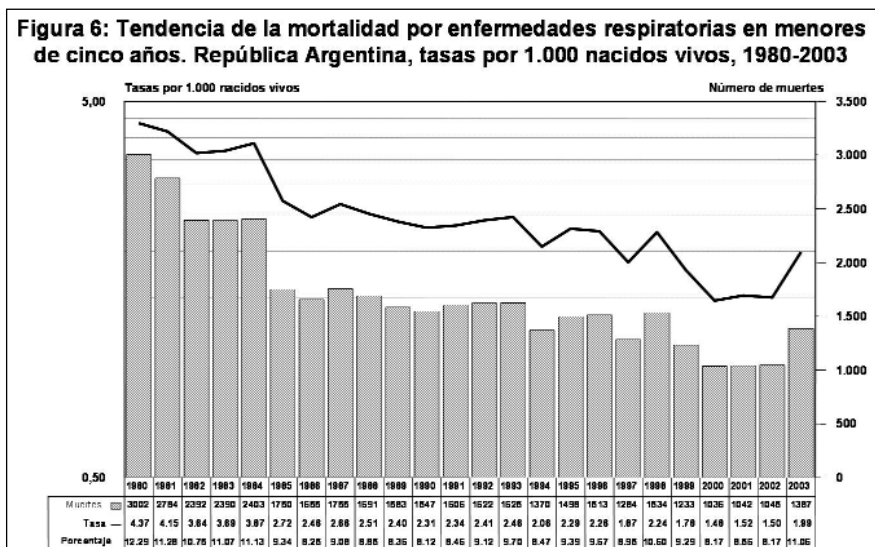
- Ausencia de seguimiento longitudinal de los casos en un proceso de atención inadecuado por cortes transversales.
- No consideración de factores de riesgo (edad del niño, bajo peso al nacer, desnutrición, episodios previos de SBO) y de factores de riesgo social (edad de la madre, alfabetización, hábitat del niño, accesibilidad a los servicios).
- Subestimación de la gravedad de la enfermedad actual con la consecuencia de internaciones tardías y agravamiento evitable del SBO.
- Atención despersonalizada del paciente.
- Atención restringida al motivo de la consulta, pasando por alto la necesidad de dar una respuesta integral y falta de aprovechamiento de una instancia para la prevención y promoción de la salud de ese niño y de su familia.
- Variación de las modalidades terapéuticas usadas entre los 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.
- Saturación de las emergencias pediátricas en la temporada invernal por consultas por SBO. Un alto porcentaje de los cuadros que se presentan como formas leves o moderadas podrían ser resueltos en Centros de Atención Primaria. Esto posibilitaría una adecuada atención en las guardias para los casos graves, permitiendo la derivación oportuna de los casos que lo requieran.
- Déficit de acciones preventivas previas a la enfermedad actual (falta de seguimiento del niño, vacunación incompleta, interrupción de la lactancia materna).
- Fallas en la vinculación de las familias con el sistema de salud.
- Falta de interrelación entre los diferentes niveles de atención (hospitales y centros de salud).
- Falta circunstancial de provisión de insumos terapéuticos en la atención primaria u hospitalaria.
- Déficit en las horas médicas y de enfermería necesarias para cubrir las necesidades de la población en el primer nivel de atención.
- Ausencia de evaluación de los resultados o del impacto de las intervenciones implementadas.

Tendencia de la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años

La mortalidad por enfermedades respiratorias se redujo en los últimos decenios tanto en el país como en sus veinticuatro jurisdicciones, mostrando un notable mejoramiento en la situación (Figura 5). Mientras a inicio de los ochenta, doce provincias registraban tasas por encima de 4,5 por 1.000 nacidos vivos, sólo dos de ellas tenían estos valores a inicio de los noventa y ninguna a inicios del Siglo XXI.

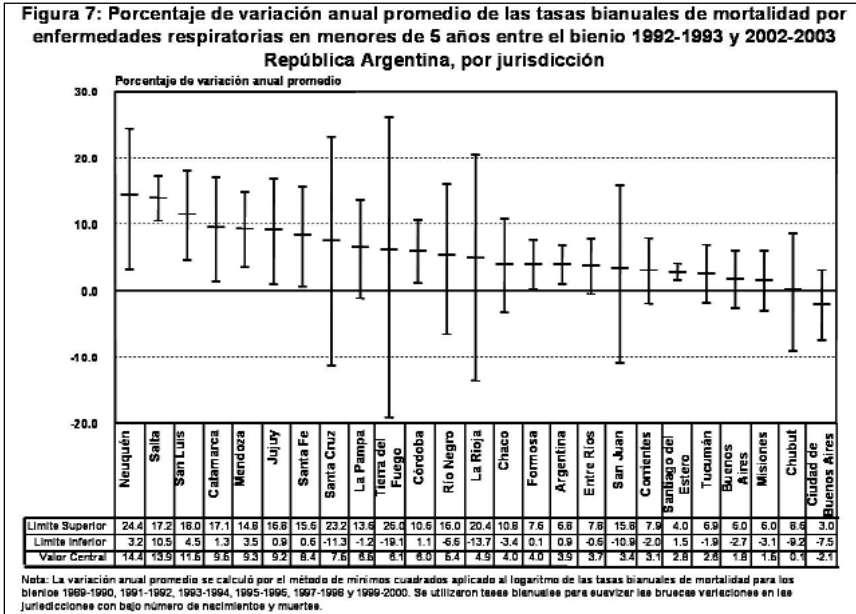


Si bien el problema se redujo, la tendencia registrada entre 1980 y 2003 no fue uniforme (Figura 6). Entre 1980 y 1985 el número de muertes por enfermedades respiratorias en menores de cinco años disminuyó 42% y esto determinó un descenso promedio del 6,7% anual entre 1980 y 1990, con un intervalo de confianza que va del 4,9% al 8,5%. Durante los noventa la tendencia continuó pero fue más baja: 3,6% anual (si bien el intervalo de confianza, 1,3% a 5,8%, se superpone con el anterior): Finalmente, desde 2000 la mortalidad por esta causa permaneció estable y se incrementó bruscamente en 2003 llegando a una cifra superior a la de fines de la década anterior.



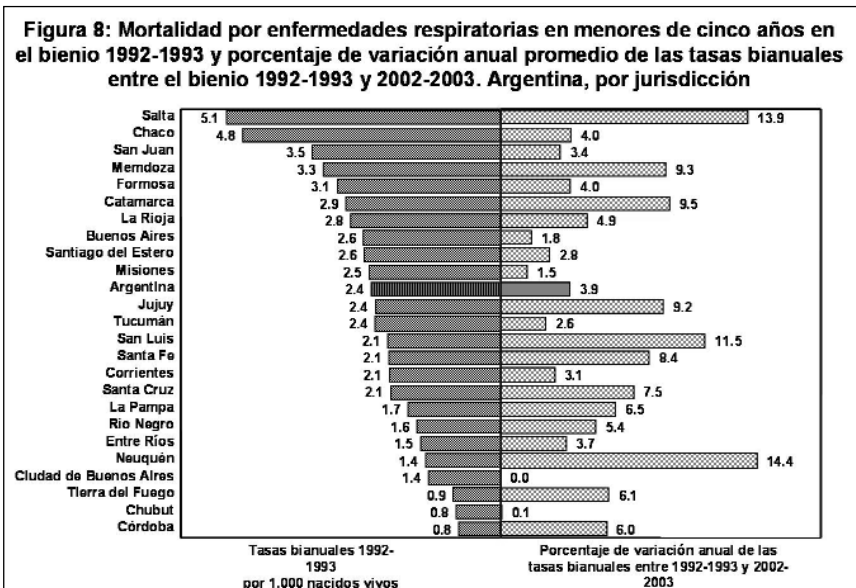
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente, Argentina, Enero de 2005.

La tendencia nacional también oculta la diferente evolución del problema en las jurisdicciones (Figura 7). Entre 1993 y 2003 dos provincias (Neuquén y Salta) registraron un descenso anual promedio tres veces superior al que registró el país en su conjunto; pero la provincia de Chaco y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registraron en el mismo periodo una tendencia estable o incluso al aumento. Nueve jurisdicciones registraron un descenso anual promedio inferior al nacional, y dieciséis no alcanzaron el ritmo de descenso anual necesario para el logro de la meta de reducción de la mortalidad en menores de cinco años propuesta en Plan Federal de Salud (reducción del 25% en cuatro años, o un descenso promedio del 6,9% anual).



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente, Argentina, Enero de 2005.

La comparación entre el descenso anual logrado por las jurisdicciones entre 1993 y 2003, y la magnitud de la mortalidad al inicio de dicho período muestra que no todas las provincias que registraron un alto riesgo de morir por enfermedades respiratorias en los primeros cinco años de vida lograron una importante reducción del problema (Figura 8). En contraste, otras jurisdicciones que ya registraban un bajo riesgo de morir por esta causa en ese grupo de edad alcanzaron un ritmo de descenso anual mucho mayor.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente, Argentina, Noviembre de 2004.

Las dos provincias con mayor mortalidad a inicio de los noventa (Salta y Chaco) mostraron una diferencia de más de tres veces en el descenso anual. Como resultado, Salta pasó de tener la tasa de mortalidad más alta en el bienio 1992-1993 (Figura 8) a ubicarse en décimo tercer lugar en 2002-2003 (Figura 2). Chaco pasó del segundo al primer lugar con la tasa de mortalidad más alta del país. En el mismo período Buenos Aires, que se ubicaba octava en orden decreciente de su tasa de mortalidad, pasó a ser la tercera provincia con tasa más alta, consecuencia del ritmo de descenso durante ese decenio que fue menos de la mitad del que registraron la mayoría de las jurisdicciones.

El contraste en el ritmo de descenso anual logrado por las jurisdicciones incrementó la brecha entre ellas, especialmente durante los últimos tres años. El riesgo relativo de morir por enfermedades respiratorias durante los primeros cinco años de vida entre la provincia con tasa más alta y más baja en el país, que había alcanzado un valor de 7,2 en el bienio 2000-2001 se incrementó a más del doble, 15,9, en el bienio 2002-2003. Este aumento es el resultado del contraste en la tendencia que registraron las jurisdicciones en los últimos años, especialmente cuando se observa que provincias con bajas tasas de mortalidad, como Córdoba, Tierra del Fuego o Neuquén, lograron un descenso anual promedio del 6% o más, mucho mayor que el de provincias con alta mortalidad como Chaco, Formosa o Buenos Aires que, con tasas de mortalidad más elevadas, tuvieron un descenso mucho menor.

Perspectivas y prioridades para el control del problema

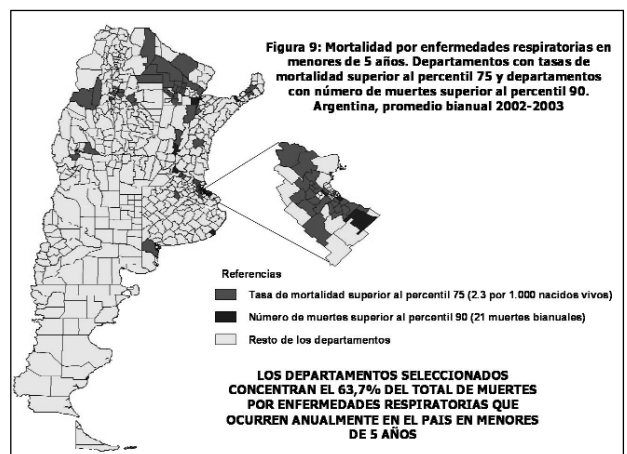
El peso de las enfermedades respiratorias como causa de muerte de menores de cinco años, la tendencia estable a partir de 2000 y el aumento del número de muertes en 2003 determinan que fortalecer las acciones de prevención y control sea una prioridad para mejorar la salud de la infancia. Las brechas entre jurisdicciones y departamentos o partidos, tanto en términos de la tasa como de la tendencia en la última década indican también que los esfuerzos deben ser orientados, con el objetivo de reducir la desigualdad en el riesgo que los niños tienen de morir por esta causa según la jurisdicción o departamento en el que nacieron.

Un conjunto de 72 departamentos con tasas mayores al percentil 75 (superior a 2,33 por 1.000 nacidos vivos), y 10 departamentos adicionales con un número de muertes superior al percentil 90 (21 muertes bianuales), aportan anualmente el 63,7% de las muertes por enfermedades respiratorias que ocurren en Argentina (Figura 9).

El Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas para la prevención, detección precoz y tratamiento del síndrome bronquial obstructivo (bronquiolitis y síndrome obstructivo recidivante) y neumonías, propone desarrollar una estrate-

gia específica, la HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA (HA), a fin de orientar la demanda, mejorar la calidad de atención, aumentar la capacidad resolutoria del 1er nivel de atención y disminuir la morbilidad y mortalidad de menores de 5 años por esta causa.

La HA reside en crear, según las características demográficas y geográficas de cada jurisdicción, "Centros de Hospitalización Abreviada" donde el niño con SBO permanezca por algunas horas, si lo requiere por la intensidad de su cuadro, con un tratamiento efectivo fundado en evidencias experimentales y con impacto objetivo medido por una escala de evaluación de la severidad clínica de la SBO, que permita tomar decisiones terapéuticas objetivas. Además permite la identificación oportuna de los signos de riesgo, el tratamiento ambulatorio específico, el control sistemático hasta la remisión del cuadro o la derivación a un centro de mayor complejidad cuando así lo requiera.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente, Argentina, Marzo de 2004.

Finalmente, es objetivo del programa utilizar la consulta por IRB como un instrumento para una intervención global en la salud del niño, en todos los aspectos preventivos y curativos

Por esta razón, expandir y fortalecer las intervenciones contempladas en el Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas para la prevención, detección precoz y tratamiento del síndrome bronquial obstructivo (bronquiolitis y síndrome obstructivo recidivante) y neumonías, es prioritario para revertir la tendencia actual de la mortalidad por enfermedades respiratorias. Orientando los esfuerzos especialmente a los departamentos con elevado riesgo o número de muertes se reducirán las brechas existentes, contribuyendo de este modo a una mayor equidad en las condiciones de salud de la infancia.

AEROSOL SALBUTAMOL

Con el objetivo de adecuar las presentaciones de los medicamentos destinados a tratar las IRAB y el asma, el Programa Remediador comenzó -a partir de diciembre de 2004- a proveer en cada botiquín 3 aerosoles con salbutamol .

Carta de Lectores: invitamos a todos nuestros lectores a participar de este espacio, enviarnos todas sus opiniones y sugerencias. Las cartas pueden ser enviadas a boletinremediar@proaps.gov.ar

Director de Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMEDIAR:
 Se sugiere, visto el esquema de otros países y para disminuir oportunidades perdidas de vacunación que el refuerzo DPT/SABIN/BCG/TRIPLE VIRAL, llamado "escolar" se aconseje en el **rango etario 5-6 años**, en vez de lo publicado por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, que dice **"6 años" refuerzo**.
 En la revista Pediatrics, enero 2004, se publica el esquema de vacunación recomendado.
 Saludos atentos y felicitaciones por vuestra revista Remediar.

Dr. Daniel Kronenberg - Médico Pediatra - MN 54273

Estimado Dr. Kronenberg, hemos reenviado su carta a epidemiología y publicamos la respuesta:
 Gracias por el archivo y sus comentarios sobre la vacunación de INGRESO ESCOLAR. El calendario oficial de vacunación reflejado en las Normas Nacionales de Vacunación (2003) efectivamente menciona los 6 años de edad, como punto de corte. En los niveles operativos el refuerzo se efectiviza en el rango 5-6 años en el momento de ingreso escolar (una política similar a la norma del calendario del National Immunizations Program de EU, publicado en Pediatrics). Se utilizan los seis años como el límite superior del rango en el cual el niño debe definitivamente contar con estas vacunas del refuerzo. En las provincias en que la vacunación escolar se realiza de manera centralizada, con la participación de equipos que se trasladan a las escuelas, se utiliza el rango 5-6 de edad, comenzando la vacunación a los 5 años y controlando los carnets de los niños de 6 para recuperar oportunidades perdidas. Permanentemente tomamos recaudos para reforzar estos aspectos y superar en la práctica la antigüedad a la que puede dar lugar el documento en cuestión.

Muchas gracias por su inquietud y su valiosa sugerencia,

Atentamente, Dra. Susana Panero - Epidemióloga - MSAN

Fe de erratas:

Debido a un problema de impresión hemos omitido involuntariamente la notificación de uno de los 200 trabajos ganadores del Concurso Becas para estímulo. Pedimos las correspondientes disculpas a su autor, el Dr. Jean Pierre Lavigne.

Trabajo	Seudónimo	Provincia	Localidad
Accidentes domésticos en pediatría	Leila	Bs. As.	Quilmes

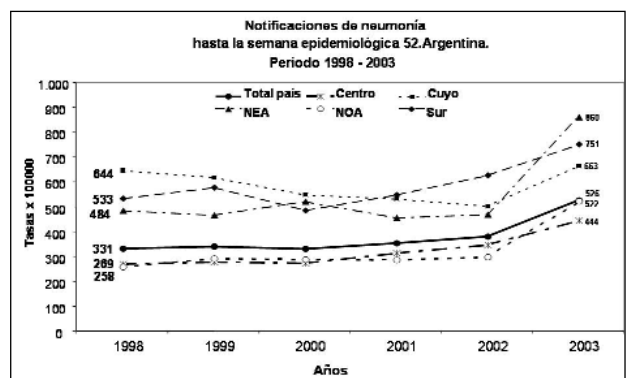
Notificación de neumonías en Argentina

Dirección de Epidemiología. Unidad de análisis de la situación de salud - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Se realiza la descripción del comportamiento y distribución por regiones de las neumonías en todos los grupos de edad en la Argentina, año 2003. No son incluidos los datos del año 2004, porque aún no están cerrados en todas las jurisdicciones. El análisis se basa en **notificaciones** y, cuando éstas mejoran –ya sea por capacitación o por cambio en el sistema- no debe concluirse que hay un aumento en la incidencia.

Situación de la notificación

En el periodo 1998-2003, las notificaciones presentaron una tendencia positiva, pasando de una tasa de 331 por 100.000, a una tasa de 526 por 100.000 habitantes en todos los grupos etáreos.
 Durante todo el periodo se observaron 2 grupos de regiones del país bien diferenciados. Uno en el que se presentaron tasas de notificación por encima de la tasa nacional: Cuyo, Sur y NEA; y un grupo que presentó tasas inferiores: NOA y Centro.



Fuente: Dirección de Epidemiología. 2005

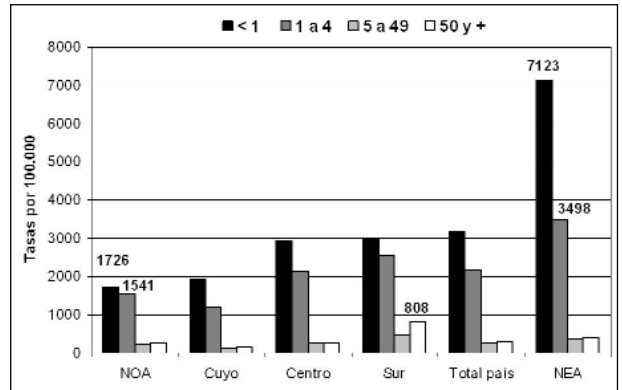
En el año 2002, 2 regiones presentaron un comportamiento diferente: NEA y NOA, quienes cambiaron su tendencia duplicando sus tasas. La región del NEA pasó de una tasa de 468 por 100.000 a una tasa de 860 por 100.000; la región

del NOA por su parte, pasó de una tasa de 297 por 100.000 a 522 por 100.000, alcanzando la media nacional.

Se muestra la distribución de las notificaciones por grupos de edad.

Tasas por 100.000 de neumonías, por grupos etáreos y jurisdicciones de Argentina. SE 52. 2003.

En el 2003 se notificaron un total de 190.627 neumonías a la Dirección de Epidemiología. Considerando las neumonías en las que se consignaba la edad (171.034 notificaciones), estas se distribuían los menores de 5 años y el grupo de 5 a 49 años, concentrando el 42% y 35 % de las notificaciones respectivamente. La región del NEA presenta las tasas más altas de notificación en menores de 5 años, y la región Sur en el grupo de 5 a 49 años.



Fuente: Dirección de Epidemiología. 2005.

La neumonía y el uso de medicamentos en el primer nivel de atención

Subgerencia de Operaciones - Programa REMEDIAR.

El **propósito** de este artículo es exponer los principales resultados del Programa REMEDIAR en relación al cuidado de la neumonía, que es la infección respiratoria aguda baja (IRAB) que mayor mortalidad ocasiona en el primer nivel de atención (PNA).

Se describen las alternativas medicamentosas que ofrece REMEDIAR para el tratamiento de la neumonía y sus costos, tanto en las farmacias como para el programa. Se muestran las frecuencias de consultas por IRAB -entre ellas las neumonías- en el PNA. La distribución de consultas por neumonía por edad y jurisdicción. Se analiza la prescripción de medicamentos en el primer nivel de atención desagregados por edad y por provincias. Todos estos resultados son obtenidos de la información primaria generada por el Programa REMEDIAR.

Metodología

La **información primaria de REMEDIAR** utilizada en este análisis proviene de los formularios que los CAPS remiten regularmente: Formulario Único de Receta "R" y Formulario "B".

El **Formulario R** o **receta** es utilizado para acreditar la dispensa al paciente en los casos en que la consulta médica implica la prescripción de un medicamento incluido en el botiquín. Este registro tiene una importancia fundamental para la identificación de los beneficiarios del programa y la

evaluación de los resultados del mismo, así como para registrar el diagnóstico, con su código, y el medicamento prescripto. El Formulario Único de Receta (R) es el instrumento básico de recolección de información por parte de REMEDIAR. El mismo permite evaluar los resultados del programa, adecuar los medicamentos que componen el botiquín y efectuar las mejoras necesarias.

El **Formulario "B"** ha sido diseñado para el registro mensual de consumo de medicamentos y consultas. Mensualmente, con el fin de llevar un registro y para el control de la UEC, el CAPS debe entregar la información consolidada al último día del mes acerca de: número de consultas y recetas realizadas, cantidad de medicamentos dispensados y en stock (remanente). Esto se hace sobre la base de los medicamentos del Programa recetados diariamente en el CAPS en el Formulario Único de Receta (R) y el registro de la cantidad de consultas realizadas en el mes (que llevan los CAPS).

Al momento de la entrega del Botiquín, el operador logístico del Programa es responsable de retirar del CAPS los Formularios B y las Recetas (Formulario R) del mes anterior, con el objetivo de mantener la base de datos actualizada. La tabla 1 muestra la metodología utilizada para el análisis de la información.

Los datos sobre sexo y edad se hacen sobre la base de todos los Formularios R, independientemente de

Tabla 1. Metodología.

Fuente	Contenido	Unidad de Análisis	Principales Indicadores
Formulario R (Receta RemediAR)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Codificado; • Tratamiento Prescrito; • Datos Básicos del Paciente (Edad, Sexo, etc.). 	Universo de recetas: septiembre y octubre de 2003.	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de Diagnósticos (*); • Frecuencia de Tratamientos Prescritos, por diagnósticos (*); • Frecuencia de datos básicos de beneficiarios.
Formulario B (Registro Mensual de Consumo de Medicamentos y Consultas)	Datos mensuales de: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo por medicamento (prescripción); • Stock por medicamento (en meses); • Consultas (totales); • Recetas RemediAR. 	Total de Formularios rendidos por CAPS, actualizados al presente.	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo: Tasa de prescripción del medicamento cada 100 Recetas RemediAR; • Stock: Meses de consumo promedio cubierto con el remanente de medicamento disponible en CAPS; • Consultas y Recetas promedio mes; • Tasa de Receta RemediAR por consultas.

(*) Aperturas por datos básicos de beneficiario, por provincia y partidos del conurbano.

si tienen un diagnóstico o más. Los datos de prescripción sí se calculan en base a **-solamente-** los Formularios R con el código correspondiente como código único.

Un **sesgo** es la falta de información sobre medicamentos provistos por otros programas.

Hay que aclarar que el **Formulario R determina frecuencia y no incidencia o prevalencia**, 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 prevalencia.

Codificación:

Para la codificación de los problemas de salud en la receta REMEDIAR, al prescribir medicamentos del programa, se utiliza la **CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE PROBLEMAS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA (CEPS-AP)** -1era versión- 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. Los médicos prescriptores de REMEDIAR han sido capacitados para la codificación, y el índice alfabético del Manual CEPS-AP fue distribuido a todos los CAPS. 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 más breve y simple que la CIE-10. Se puede recurrir a la clasificación tabular o al índice alfabético. En la clasificación tabular, los códigos que nos ocupan son:

411 Influenza [gripe] (J10; J11).

412 Neumonía (J12-J18)

Incluye: neumonía viral, bacteriana, por otros microorganismos y los NE y bronconeumonía NE

Excluye: debida a aspiración de sólidos y líquidos y la NE (420) NE; neonatal, congénita (649); influenza (411).

413 Bronquitis aguda (J20)

Incluye: bronquitis NE en menores de 15 años; bronquitis aguda y subaguda con broncoespasmo, fibrinosa, membranosa, purulenta, séptica, traqueitis y traqueobronquitis aguda.

Excluye: bronquitis NE en personas de 15 y más años de edad (417); bronquitis alérgica [asmática] (419); crónica NE, mucopurulenta, traqueobronquitis NE (417); crónica obstructiva simple (418).

414 Bronquiolitis aguda y NE (J21)

Incluye: con broncoespasmo.

415 Infección aguda NE de las vías respiratorias inferiores (J22)

417 Bronquitis NE y bronquitis crónica (J40-J42)

Excluye: bronquitis [aguda] en menores de 15 años (413); alérgica [asmática] (419), química (420)

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

Incluye: enfermedad pulmonar obstructiva crónica NE [EPOC]; asma obstructiva, **bronquitis crónica asmática obstructiva (BOR)**, bronquitis enfisematosa,

Excluye: bronquiectasia (424), bronquitis asmática [asma] (419); crónica, mucopurulenta y traqueitis crónica (417); enfermedad pulmonar debida a agentes externos (420);

419 Asma y estado asmático (J45-J46)

Incluye: bronquitis asmática NE, asma predominantemente alérgica, bronquitis alérgica NE, fiebre del heno con asma, rinitis alérgica con asma, asma no alérgica, asma mixta y estado asmático.

Excluye: asma obstructiva crónica y bronquitis crónica asmática [obstructiva] (418); enfermedades pulmonares debidas a agentes externos (420)

Resultados

El Módulo de Salud de la Encuesta de Condiciones de Vida, realizada en 2001 por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) -programa del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación- mide la tasa de consultas a servicios, entre ellos del Sector Público y, allí a CAPS y, la frecuencia de prescripciones¹. De cada 100 consultas realizadas

en el primer nivel de atención, 60 pacientes se retiran con una prescripción medicamentosa y 40 de ellos son provistos del medicamento por el Programa REMEDIAR. En la actualidad -2005- se prescriben aproximadamente 1.500.000 Formularios R (recetas) por mes (Fuente: Formulario B) en los CAPS. Por razones operativas, no todas las recetas llegan desde los CAPS a la Unidad Ejecutora Central de Remediar, por lo que sólo se procesan las disponibles. De las recetas procesadas, se consideran aquellas que tienen un código válido.

Los tratamientos se entregan completos en las consultas. El índice de tratamientos prescritos por receta es 1,2.

Tabla 2. Contenido de un botiquín estándar (1) de utilidad en el cuidado de la neumonía. Precios minoristas y precio al que compra REMEDIAR por tratamiento.

	Unidades en el botiquín	Tratamientos en el botiquín	Precio de mercado por tratamiento en pesos (2)	Precio de REMEDIAR por tratamiento en pesos (3)
Amoxicilina Fco	18	18	16.3	2.0
Amoxicilina Comp.	339	16	18.6	2.3
Eritromicina Fco.	2	2	26.1	2.7
EritromicinaComp.	53	2	40.2	5.0
Cefalexina Fco.	8	8	18.8	1.9
Cefalexina Comp.	127	5	38.7	4.7
Salbutamol Fco.	7	7	12.2	0.5
Salbutamol Aerosol	3	3	36.5	4.5
Paracetamol Fco.	7	7	7.4	0.7
Paracetamol Comp.	35	4	2.3	0.2
Ibuprofeno Fco.	7	7	13.7	0.9
Ibuprofeno Comp.	261	33	4.3	0.3
Dexametasona Fco.	5	5	8.7	1.0
Betametasona Gotas	1	1	12.2	2.1
Budesonide Aerosol	2	2	53.4	4.9

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

(2) Manual Farmacéutico Argentino. Datos a julio 2004.

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

La Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación proveyó a las provincias más de 10.000 cámaras espaciadoras a fines de 2004.

Frecuencia de IRAB

http://www.siempro.gov.ar/productos/encuesta/ecv2001/encuesta_ecv2001.htm

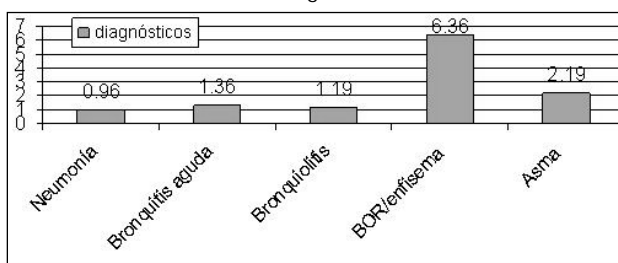
Fueron estudiadas 1.874.556 recetas correspondientes a septiembre/octubre de 2003, de las cuales 1.688.100 tienen código válido. Es necesario considerar que las IRAB son patologías de distribución estacional, con pico de incidencia en el invierno.

1. El Botiquín REMEDIAR

En la tabla 2 se expone el contenido del Botiquín Remediar en relación a los medicamentos necesarios para el tratamiento de la neumonía y se comparan los precios de mercado y de Remediar por tratamiento.

En el gráfico 1 se exponen las frecuencias de diagnósticos relacionados con las IRAB correspondientes a los meses de septiembre y octubre de 2003.

Gráfico 1. Frecuencia de diagnósticos.



Fuente: Formularios R. Sept/oct 2003.

El diagnóstico de neumonía en el PNA

En el 0.96 % de las recetas se registró el diagnóstico de neumonía, código 412. Cómo se confeccionan aproximadamente 1.500.000 de recetas mensuales, se concluye que remediare provee medicamentos para la atención de 14.400 neumonías mensuales. En el 55,4% de ellas hubo un **único diagnóstico** (son las recetas utilizadas para el análisis de las prescripciones), en el 44,6% hubo **diagnóstico múltiple**.

En la tabla 3 se describen los diagnósticos asociados al de neumonía en los casos de diagnóstico múltiple.

Tabla 3. Diagnósticos asociados a neumonía (en el 44,6% de las recetas).

Problema de Salud	Frecuencia
FIEBRE	38.70%
BOR, EPOC, ENFISEMA	7.56%
DOLOR	5.89%
ASMA	5.08%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	4.08%
ANEMIA FERROPENICA	4.05%
FARINGITIS	3.71%
GASTRITIS Y DUODENITIS	3.38%
PARASITOSIS INTESTINAL	2.64%
CONJUNTIVITIS	2.54%
BRONQUIOLITIS	2.11%
ENF. SIST. RESP.	2.11%
OTRAS ENF VRS	1.74%
DESNUTRICIÓN	1.44%
DIABETES MELLITUS	1.30%
DERMATOMICOSIS	1.04%
OTROS	12.64%
Total general	100%

Fuente: Formularios R.

Es necesario comentar que como diagnósticos asociados aparecen en primer término síntomas –como fiebre- y enfermedades –como EPOC, asma o desnutrición-.

En la tabla 4 se muestra la distribución del diagnóstico neumonía por grupos de edades.

Tabla 4. Distribución de neumonías por edades.

Grupo de edad	Frecuencia (%)
<1	6.9%
1 a 4	32.0%
5 a 14	23.9%
15 a 24	7.8%
25 a 49	15.9%
50 a 64	8.0%
>64	5.5%
Total	100%

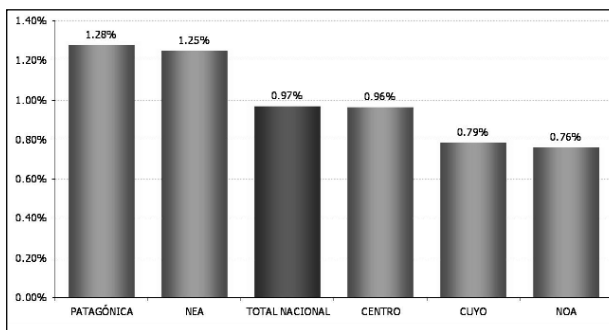
Fuente: Formularios R.

Se observa el 63% de las neumonías se registran en menores de 15 años de edad.

Respecto a la **distribución por sexo**, en el 55% de las recetas con diagnóstico neumonía, el sexo fue femenino y en el 45% masculino. Pero esa mayor frecuencia femenina se diluye, ya que en el período citado, en el 61% de las recetas totales fueron registradas mujeres.

En el gráfico 2, se muestra la distribución del diagnóstico neumonía distribuido por regiones.

Gráfico 2. Distribución del diagnóstico neumonía por regiones.

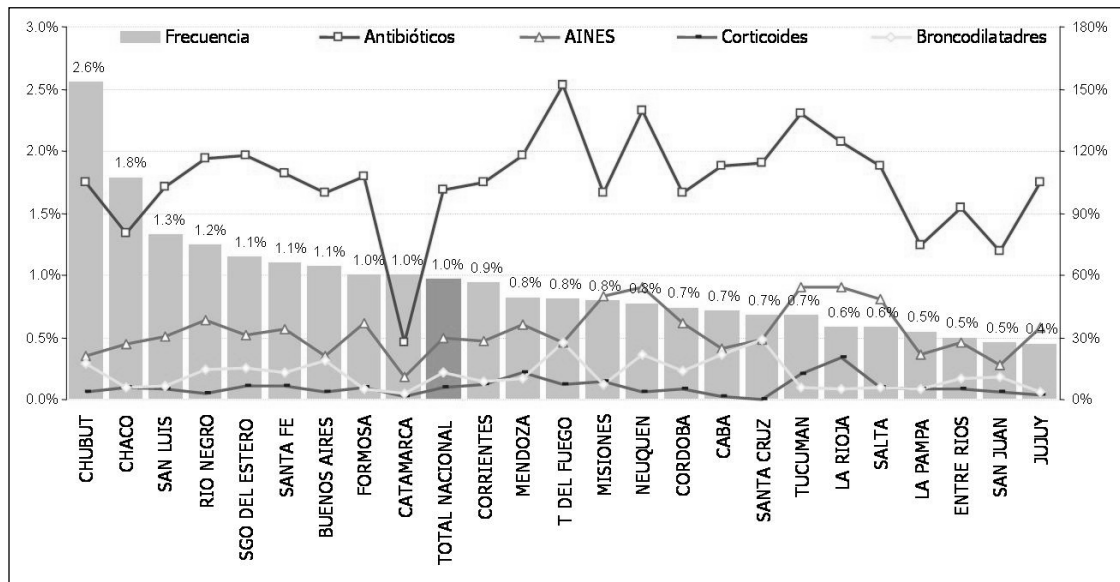


Fuente: Formularios R.

Si bien es esperable que en la Región Patagónica se registre la mayor frecuencia de neumonías, llama la atención que la diferencia con el NEA sea mínima, y con el NOA casi del doble. Es necesario desagregar la frecuencia por provincias para determinar si las variaciones se deben a razones epidemiológicas o a variaciones en la práctica clínica.

En el gráfico 3 se muestran: la distribución de diagnóstico neumonía desagregado por provincia –eje de la izquierda-; y las prescripciones según grupo terapéutico (antibióticos, antiinflamatorios no esteroides, corticoides, broncodilatadores) –eje de la derecha-.

Gráfico 3. Distribución del diagnóstico neumonía por provincias y prescripciones.



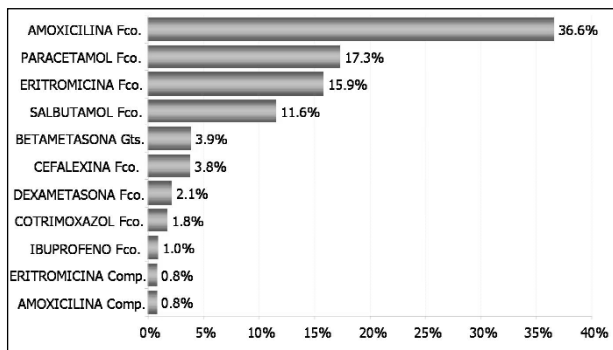
Fuente: Formularios R.

De la lectura del gráfico 3, surge el predominio del uso de antibióticos en la neumonía (uso racional de medicamentos). Sin embargo llama la atención la gran variabilidad en la práctica clínica: tanto en la frecuencia de diagnóstico como en los hábitos prescriptivos.

Prescripciones

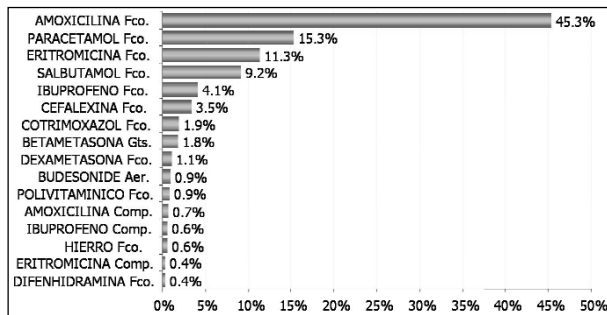
En los gráficos 4-8 se observan los medicamentos prescriptos para las neumonías en todo el país cuando en las recetas hay un código único. Con el objetivo de evaluar el uso de medicamentos, se desagregaron las prescripciones según grupos de edad.

Gráfico 4. Prescripciones para neumonía en menores de 1 año de edad



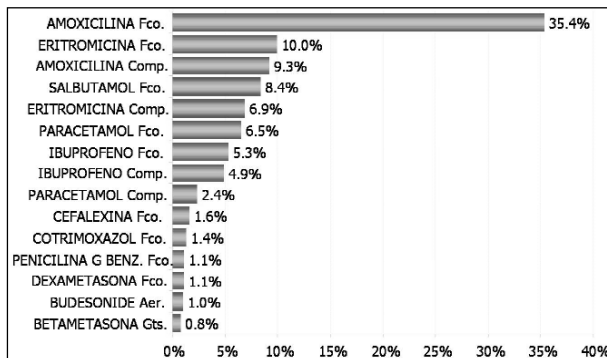
Fuente: Formularios R.

Gráfico 5. Prescripciones para neumonía en niños de 1 a 4 años de edad.



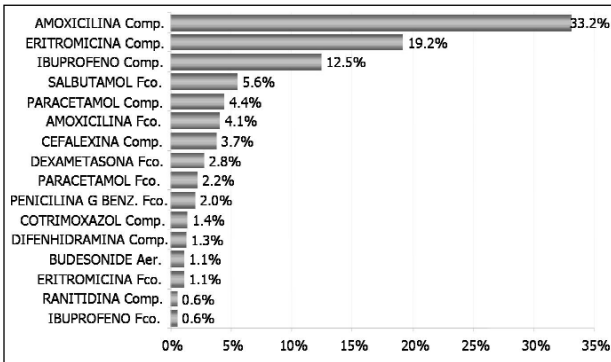
Fuente: Formularios R.

Gráfico 6. Prescripciones para neumonía en niños de 5 a 14 años de edad.



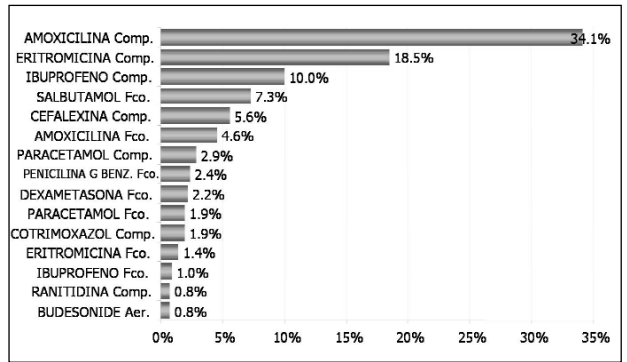
Fuente: Formularios R.

Gráfico 7. Prescripciones para neumonía en pacientes de 15 a 64 años de edad.



Fuente: Formularios R.

Gráfico 8. Prescripciones para neumonía en pacientes mayores de 64 años de edad.



Fuente: Formularios R.

Bronquiolitis

Subgerencia de Operaciones - Programa REMEDIAR

En mayo de 2004, en *Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMIEDIAR* N° 10, se analizaron los diagnósticos y las prescripciones por provincia en las bronquiolitis. En dicho boletín –y en el Nro 1- se publican las recomendaciones terapéuticas para el manejo de esta patología. La metodología incluyó el análisis de una muestra de 150.000 recetas, correspondiente a mayo, junio y julio de 2003. Desde Remediar, la pregunta realizada -considerando la gran variabilidad de práctica clínica que afecta la atención de cada problema de salud- es cuál es el valor de la muestra.

A partir de septiembre de 2003 se cuenta con el análisis del universo de recetas (que no se ve afectado según qué CAPS tomó la muestra), con lo que se revisó el tema. Con una n. de 1.874.556 recetas correspondientes a septiembre/octubre de 2003 se evaluaron prescripciones-por grupo terapéutico- para bronquiolitis (tabla 1), en las recetas que presentaron la bronquiolitis (cuadro viral) cuando el diagnóstico fue

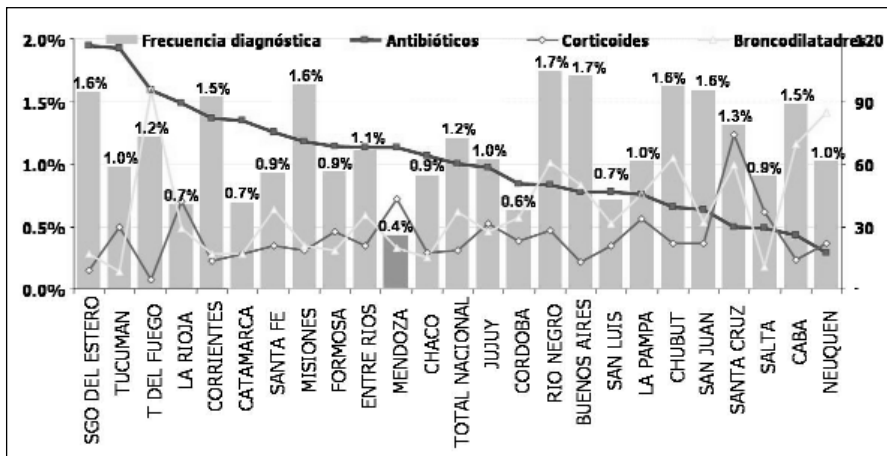
único –o sea la prescripción no se debió a un segundo diagnóstico-. Se desagregaron los diagnósticos y las prescripciones por provincia (gráfico 1).

Se observa que en términos generales, los resultados de la muestra –con sobreprescripción de antibióticos en muchas provincias, subutilización de salbutamol, y gran variabilidad de la práctica clínica- han sido validados.

Tabla 1. Prescripciones en bronquiolitis (código CEPS-AP 414)

Grupo terapéutico	porcentaje
Antibióticos*	39,6%
Broncodilatadores	24,7%
Antitérmicos/analgésicos	19%
Corticoesteroides (orales, inhalados, ampollas)	10%

Gráfico 1. Diagnósticos de bronquiolitis y prescripciones por provincia.



Fuente: Formularios R.

Evaluación de la atención de la bronquiolitis y la neumonía en el primer nivel de atención (PNA)

Dr. Ricardo Bernztein - Programa RemediAR

En *Atención Primaria de la Salud*, Boletín PROAPS-REMIAR N° 10 (de mayo 2004) se concluía –con preocupación– que en patologías virales como **bronquiolitis**, o en las sibilancias recurrentes o asma, existe una gran sobreutilización de antibióticos, que acarrea riesgos de resistencia bacteriana y efectividad efímera, así como de efectos adversos. También preocupaba la dilapidación de recursos escasos, ya que si no se utilizaran antibióticos en estas patologías virales, RemediAR ahorraría \$1.283.000 anuales (equivalentes –para la misma población y en ese momento– a \$ 8.396.937 como gasto en farmacias).

Como se observa en el anterior artículo de este boletín –Bronquiolitis– los resultados de la muestra han sido validados y:

- causa alarma la gran variabilidad en el diagnóstico (sin sustento epidemiológico),
- la sobreprescripción de antibióticos en muchas provincias y la subutilización de salbutamol (la muestra podría estar sesgada por la provisión de aerosoles por parte de algunos programas provinciales).

La variabilidad está relacionada con la práctica clínica y no se observa una distribución del diagnóstico de acuerdo a variabilidad epidemiológica. Por otro lado, provincias como Santiago del Estero, Tucumán, Tierra del Fuego (esta última no incluida en la muestra) presentan una gran sobreutilización de antibióticos, con los resultados de mayor resistencia bacteriana, efectos adversos e inadecuado gasto de recursos escasos.

En el caso de la **neumonía**, en cambio, hay Uso Racional de Medicamentos (URM), ya que ésta es una infección severa y aguda del parénquima pulmonar, con frecuente etiología bacteriana, y su principal indicación es el tratamiento antibiótico, al no poder descartarse la etiología viral. Tanto en niños¹ como en adultos², en el primer nivel de atención la amoxicilina es la primera indicación, ya que cubre el *S. pneumoniae* y el *H. influenzae*. Como alternativa está indicado un macrólido (RemediAR dispone de eritromicina) que da cobertura al *Mycoplasma pneumoniae* y a la *Chlamydia pneumo-*

niae.

El análisis de los gráficos 5 a 9 del artículo “La neumonía y el uso de drogas...” muestra que en el manejo de los antitérmicos hay una clara preferencia de los médicos prescriptores por el paracetamol en los primeros años de vida y por el ibuprofeno en los mayores. Ambos son medicamentos provistos por el Programa RemediAR. El ibuprofeno y el paracetamol son los medicamentos analgésicos y antipiréticos más utilizados en el mundo³ –de características farmacocinéticas distintas, tanto la absorción como la distribución y la eliminación son diferentes (paracetamol: droga básica, baja unión a proteínas, alto clearance renal) e ibuprofeno (droga ácida, altamente unida a proteínas, bajo clearance renal)–. El perfil de la droga varía con la edad del paciente. Siempre se prefirió el paracetamol para los menores, por su seguridad. Pero, Lesko⁴ demostró en 1999 la seguridad de ambas drogas. Para la analgesia y fiebre en adultos ambos mostraron eficacia y seguridad^{5,6,7,8}.

En un porcentaje de pacientes se asocia a la infección un cuadro obstructivo, ya que en todas las edades se observa la prescripción de salbutamol a los pacientes con neumonía.

Al evaluar la atención de la bronquiolitis y la neumonía en el PNA, es de suma importancia cuidar la **prevención**, con especial hincapié en dos aspectos no siempre considerados: 1. efectos protectores de la **lactancia materna** (ver bibliografía recomendada), 2. **contaminación del aire doméstico** (cigarrillo, brasero, hacinamiento).

Resulta muy interesante que este boletín reúne **tres fuentes de información independientes** en un mismo período –el 2003– de un mismo problema:

- **Departamento de Estadística e Información de la Salud** en *Enfermedades respiratorias en menores de 5 Años –resumen de la situación argentina, 2003–* se estudian las IRAB a partir de la mortalidad;
- **Dirección de Epidemiología, Unidad de Análisis de la Situación de Salud** en *Notificación de neumonías en*

¹<http://www.sap.org.ar/educacion/consensos/irab/conira23.htm#nm>

²Luna C et al y Grupo Argentino de Estudio de la NAC. Neumonía Adquirida en la Comunidad. Guía Práctica elaborada por un Comité Intersociedades. Medicina (Buenos Aires) 2003;63:319-43. Acceso libre en: <http://www.sadi.org.ar/images/NAC.pdf>.

³Autret E, Reboul-Marty J, Henry-Launois B, Laborde C, Courcier S, Goehrs JM, et al. Evaluation of ibuprofen versus aspirin and paracetamol on efficacy and comfort in children with fever. *European Journal of Clinical Pharmacology* 1997;51:367-71.

⁴The Safety of Acetaminophen and Ibuprofen Among Children Younger Than Two Years Old. Lesko S, Mitchell A. *Pediatrics* 1999;104:e39.

⁵Furey SA, Waksman JA, Dash BH. Nonprescription ibuprofen: side effect profile. *Pharmacotherapy*. 1992;12:403-407.

⁶Cooper SA, Schachtel BP, Goldman E, Gelb S, Cohn P. Ibuprofen and acetaminophen in the relief of acute pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Pharmacol*. 1989;29:1026-1030.

⁷Bradley JD, Brandt KD, Katz BP, Kalasinski LA, Ryan SI. Comparison of an antiinflammatory dose of ibuprofen, an analgesic dose of ibuprofen, and acetaminophen in the treatment of patients with osteoarthritis of the knee. *N Engl JMed*. 1991;325:87-91.

⁸Packman B, Packman E, Doyle G, et al. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief, and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. *Headache*. 2000;40:561-567.

Argentina se estudia la morbilidad –sólo neumonías, como tasa y con el sesgo de la notificación–;

• **Receta del Programa Remediar** en *La neumonía y el uso de drogas en el primer nivel de atención y Bronquiolitis* –mide frecuencia de diagnóstico, sólo considera el primer nivel de atención–.

La Región NEA aparece como con alta morbilidad (notificaciones epidemiológicas y recetas Remediar) y alta mortalidad. La Región Patagónica, en cambio tiene alta morbilidad (por ambas fuentes) y baja mortalidad.

Llama la atención la gran **variabilidad en la práctica clínica**: tanto en la frecuencia de diagnóstico como en los hábitos prescriptivos. Se ve, como la frecuencia por regiones esconde la gran variabilidad existente hacia dentro de cada región. Por ejemplo, como se aprecia en el gráfico 3 del artículo *La neumonía y el uso de drogas en el primer ...*, en relación al diagnóstico son inexplicables las diferencias de frecuencia de neumonías entre provincias vecinas como Chubut –la provincia con mayor frecuencia, igual a 2,36%– y Santa Cruz con una frecuencia de 0,61%. Lo mismo sucede en regiones vecinas como Chaco –en el NEA– con 1,46% y Jujuy –en el NOA con 0,39%. La variabilidad afecta también las prescripciones. La frecuencia de prescripción de antibióticos por receta (puede haber más de un tratamiento por receta) cuando el diagnóstico es neumonía es del 152% en Tierra del Fuego, 140% en Neuquén y 138% en Tucumán: ¿Se utiliza más de un tratamiento por paciente? ¿En ese caso, Remediar definió de manera insuficiente el tratamiento o en algunas provincias se sobreutilizan los antibióticos? En la Provincia de Buenos Aires la frecuencia de prescripción de antibióticos es 99%, lo que significa que por cada paciente con diagnóstico de neumonía se prescribe un tratamiento antibiótico de acuerdo a la definición de Remediar. En cambio, dicha frecuencia es del 72% en San Juan, 75% en La Pampa y 80% en el Chaco. En Catamarca se prescriben antibióticos en el 27% de las recetas con diagnóstico de neumonía: ¿se trata de error en el diagnóstico, la codificación o en la prescripción?

Desde que en 1938 se informaron inexplicables diferencias en las tasas de amigdalectomías que se realizaban en esco-

lares que vivían en condados vecinos de Inglaterra⁹, se estudia el fenómeno de la enorme e inexplicable variabilidad en el manejo de las condiciones de salud (procedimientos quirúrgicos, uso de medicamentos, estudios diagnósticos, implementación de programas sanitarios) definida como: *variación en la utilización de recursos en pequeñas áreas*. Hay evidencia que muestra que la localización del sitio de práctica es un motor más importante que el costo, la calidad o los resultados de la atención médica provista¹⁰, con la que coincide el análisis del uso de medicamentos en la neumonía antes mencionado. La variabilidad puede justificarse cuando se debe a diferencias en tipo o severidad de patologías evaluadas o a diversas situaciones epidemiológicas.

La atención sanitaria basada en evidencias (ASBE) es un proceso de aprendizaje continuo que consiste en la incorporación de la mejor evidencia disponible –revisiones sistemáticas, metaanálisis– dentro de la práctica clínica o sanitaria diaria. El enfoque basado en la evidencia promueve: a) la adopción de intervenciones que causan más beneficios que daño y que son costo-efectivas; b) la disminución de la variabilidad en la práctica sanitaria, muchas veces causal de inequidad y c) la investigación local, útil a corto plazo.

A través del análisis y difusión en este Boletín de los principales problemas de salud en el PNA, así como de las guías de práctica, se espera una mejoría continua en la calidad de atención. En los procesos asistenciales, la **estandarización** de los mismos, contribuye a la mejora de la calidad¹¹. La expectativa es homogeneizar la atención, que la probabilidad de un diagnóstico y la prescripción del medicamento no dependa del sitio dónde se realiza la consulta, sino de la mejor evidencia científica. La adopción de normativas supone beneficios tales como:

- Cambio de actitudes entre los profesionales: interiorización de que las recomendaciones de las normativas mejoran los cuidados.
- Cambio de comportamiento: que la práctica clínica tenga en cuenta las recomendaciones.
- Cambio en los resultados clínicos y en la salud de la población: mejora en la calidad de la atención, la salud y la satisfacción del paciente.

¹Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1938;31:1219-36.

²Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variation in health care delivery. *Science* 1973;182:1102-8.

³Ortiz Z. Atención Sanitaria Basada en Evidencia. *Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS REMEDIAR* Nro 12. Julio 2004;2:22-3.

⁴Williams G y Martínez Sagasta C. La normatización y la calidad asistencial. *Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS REMEDIAR* Nro 10. Mayo 2004;2:25-7.

Bibliografía Recomendada

Esta sección de Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMEDIAR contiene comentarios elaborados por el comité editorial acerca de artículos que pueden resultar de gran utilidad para la actividad de los profesionales que se desempeñan en la APS. Los artículos aquí publicados gozan de rigor metodológico y son cuidadosamente seleccionados. Destacan aspectos de la problemática de la salud tratados en el boletín y que en varias ocasiones revisten carácter inédito para la bibliografía científica corriente ("agregan evidencia"). Se priorizan textos que tienen libre acceso a través de Internet.

1. L.Véjar, J.C.Casterán, P.LeCerf, C.Castillo. VEJAR E, Leonardo, CASTERAN, Juan C, NAVARRETE, Patricia et al. **Factores de riesgo de fallecer en domicilio por neumonía, de niños chilenos de estratos socioeconómicos bajos, Santiago de Chile** (1990-1994). *Rev Med Chil* 2000 Jun; 128(6):627-32.

El 60% de las muertes por neumonía ocurre en el hogar -la neumonía es la mayor causa de muertes en el hogar- asociadas a falta

de camas en el hospital, manejo inadecuado de pacientes externos (ej: rechazo de la atención) y consultas tardías de las madres. En el estudio se compararon lactantes fallecidos en el hogar por neumonía con un grupo control con el objetivo de validar los **factores de riesgo del niño y de la madre** que rodean dichas muertes. Se estudiaron todos los casos que involucraron a menores de un año fallecidos en el hogar, en el sector suroriente de Santiago entre 1990 y 1994, n = 53 casos, la mayoría **menores de tres meses y varones**. A todos se les efectuó necropsia y auditoría o autopsia oral. Se elaboró un score para evaluar el riesgo de morir por neumonía (ver abajo). El análisis univariado de riesgo relativo de muerte factores asociados al niño mostró: desnutrición, bajo peso al nacer (PN<2.500 gr.), hospitalización previa, malformaciones congénitas, antecedente de BOR; asociados a la madre: tabaquismo y adolescencia. El análisis de regresión logística mostró como factores independientes: **desnutrición, bajo peso al nacer, hospitalización previa, tabaquismo materno**. Esta información permite mejorar las actividades preventivas focalizadas.

Score de riesgo de morir por neumonía: 0-5 Ptos Score Leve, 6-10 Ptos Score Moderada, > 10 Ptos Score Grave.

El Score debe realizarse en el primer control en salud postnatal, cuando ingresa al CAPS, y deberá actualizarse en los controles siguientes en salud o enfermedad.

	Puntaje	R.N.	1 mes	2 meses	3meses	4 meses	5 meses	6 meses
Malfomaciones Congenitas	11							
Hospitalizacion Anterior	6							
Tabaquismo Materno	6							
Desnutricion	5							
Escolaridad Insuficiente	4							
Bajo peso de Nacimiento	3							
Lactancia Materna	3							
Madre Adolescente	2							
SBO Recurrente o BOR	2							
	Total							

2. Herman Goossens, Matus Ferech, Robert Vander Stichele, Monique Elseviers, for the ESAC Project Group. **Uso de antibióticos en pacientes ambulatorios en Europa y asociación con resistencia bacteriana** (Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study). *Lancet* 2005; 365: 579-87. Acceso libre en: <http://www.thelancet.com>

La resistencia a los antibióticos es un trascendente problema de Salud Pública. **El uso de antibióticos fue detectado como la principal causa de presión selectiva que lleva a la resistencia bacteriana.** Se comparó el uso de los mismos en 26 países europeos desde enero de 1997 hasta diciembre de 2002. Se vio como la tasa de prescripción de antibióticos en la atención primaria en Europa varía mucho (la más alta en Francia y la más baja en Holanda), así como la tasa de resistencia bacteriana. Durante el período de estudio, se advirtió un cambio hacia el uso de antibióticos de amplio espectro más nuevos y una disminución en las prescripciones de fármacos de menor espectro más antiguos. Se demostró que el mayor uso de antibióticos está asociado a elevadas tasas de resistencias bacterianas. Se concluye que **la estrategia de Salud Pública debe ser disminuir el uso de antibióticos para preservar la eficacia de los antibióticos "milagrosos" del siglo XX.**

3. W H Oddy, P D Sly, N H de Klerk, L I Landau, G E Kendall, P G Holt and F J Stanley. **Lactancia materna y morbilidad respiratoria en la infancia (Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study).** *Arch. Dis. Child.* 2003;88:224-228. Acceso libre al texto completo en: <http://adc.bmjournals.com>

Numerosos trabajos prospectivos han demostrado ya la relación inversa entre la lactancia materna y el riesgo de morbilidad respiratoria. Este es el primer estudio que recolecta información -registro alimentario- previo al análisis de los resultados relacionados con la patología respiratoria. El objetivo fue investigar la relación entre la duración de la lactancia materna y los niveles de morbilidad respiratoria en el primer año de vida. Se estudió prospectivamente en Australia una cohorte de 2602 recién nacidos vivos (captados en el embarazo y seguidos con un registro diario: alimentario y de enfermedad respiratoria). Los principales resultados relevados fueron las visitas al médico, al hospital o internaciones debida a infecciones respiratorias (altas, bajas con sibilancias o bajas no sibilantes). La principal variable fue la duración de la lactancia materna: predominante o parcial. Se consideraron factores confundidores al sexo, edad gestacional, tabaquismo en el embarazo, hermanos mayores convivientes, educación y edad materna. Los resultados mostraron: significativo aumento de infección respiratoria alta cuando se suspendió lactancia materna predominante antes de los 2 meses o parcial antes de los 6 meses de edad; lactancia materna predominante menos de 6 meses o parcial menos de 8 meses se relacionó con un aumento significativo de infección respiratoria baja asociada a sibilancias. Los autores concluyen que la lactancia materna predominante por 6 meses y parcial hasta el año se relaciona con una franca reducción de morbilidad respiratoria en el primer año de vida.

Neumonías en niños

Guía para la atención pediátrica en el CAPS o consultorio externo hospitalario

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Definición

Infección aguda del parénquima pulmonar con signos clínicos de ocupación alveolar y radiológicos de opacidad, sin pérdida de volumen, de localización única o múltiple.

Se reserva el nombre de neumonía multifocal o bronconeumonía al cuadro con múltiples imágenes de opacidad radiológica, generalmente mal definidas, sin límites segmentarios, acompañado de grave estado general del paciente.

Epidemiología

Los virus son los responsables más frecuentes de neumonías en menores de 1 año. Dentro de las bacterias, *Streptococcus pneumoniae* (a cualquier edad), *Haemophilus influenzae* tipo b en los menores de 5 años. En el recién nacido (menor de 1 mes) se deberá tener en cuenta la posibilidad de *Streptococcus* grupo B, enterobacterias y *Staphylococcus aureus*. Entre el 1 a 3 meses además de los gérmenes anteriores, la *Chlamydia trachomatis*. A partir de los 5 años de edad el *Mycoplasma pneumoniae* y la *Chlamydia pneumoniae* comienzan a aumentar su prevalencia.

Cuadro clínico

Se deberá valorar:

- Semiología del aparato respiratorio (síndrome de condensación, eventualmente derrame).
- Compromiso del estado general.
- Signos y síntomas acompañantes (dolor abdominal, exantemas, etc.).
- Importante: tos, taquipnea, tiraje y fiebre son los indicadores más fieles de neumonía, por lo que se debe remarcar la importancia de su presencia. Los lactantes tienen menos tos, debe jerarquizarse la presencia de quejido, aleteo nasal, cianosis, somnolencia o dificultad para dormir y alimentación deficiente.

Exámenes complementarios

- Hemograma: Es de limitado valor. La leucocitosis y la desviación a la izquierda de la fórmula leucocitaria pueden asociarse a infección bacteriana. La leucopenia es signo de gravedad.
- Radiología: La radiografía de tórax es necesaria para el correcto diagnóstico y seguimiento de las neumonías. Da noción de ubicación topográfica, magnitud lesional y evolución secuencial. Es de escaso valor en el diagnóstico etiológico. La imagen más típica corresponde a opacidades homogéneas lobares o segmentarias; sin embargo, la pre-

sencia de infiltrados reticulares difusos no descarta el diagnóstico de neumonía. **Siempre se pedirá radiografía de tórax de frente**; el estudio de perfil sólo se solicitará en caso de duda diagnóstica. Los estudios radiológicos se efectuarán al ingreso y una vez finalizado el tratamiento para asegurarse la ausencia de secuelas, recordando que la imagen radiológica puede persistir alterada mucho tiempo (30 días) a pesar de una evolución clínica favorable. **Pese a la importancia del estudio radiológico, la dificultad en obtenerlo nunca deberá retrasar el inicio del tratamiento antibiótico.**

- Pesquisa etiológica: No es necesaria en pacientes ambulatorios.

Criterios de derivación hospitalaria

- **TODO NIÑO MENOR DE 6 MESES.** Entre los 6 y 12 meses deberá considerarse la situación clínica del niño, factores de riesgo de IRA, contexto social, accesibilidad a centro de atención médica.
- **PACIENTE CON SIGNOS DE SEPSIS.**
- **FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO.**
- **PACIENTES CON ENFERMEDAD DE BASE: CARDIÓPATAS,**
- **EPOC, INMUNODEFICIENCIAS.**
- **NEUMONÍA MULTIFOCAL o NEUMONÍA CON DERRAME.**
- **DESNUTRIDOS DE SEGUNDO O TERCER GRADO.**
- **ASOCIACIÓN CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS: SARAMPIÓN O VARICELA.**
- **DIFICULTAD RESPIRATORIA MODERADA A SEVERA.**
- **MEDIO SOCIAL QUE NO ASEGURE TRATAMIENTO ADECUADO AMBULATORIO.**

Se derivarán:

Al 2do Nivel de atención: Los niños que requieran internación sin ARM ni procedimientos diagnósticos especiales.

Al 3er Nivel de atención: Los que requieran ARM o procedimientos diagnósticos especiales.

Tratamiento

Hidratación: En el paciente ambulatorio se recomendará al encargado de cuidar al niño que ofrezca abundante líquido por boca.

Alimentación: Siempre que sea posible, se mantendrá la lactancia materna; en todos los casos se intentará mantener un aporte nutricional adecuado

Antitérmicos: Cuando corresponda podrán emplearse anti-térmicos como el paracetamol (30-50 mg/ kg/ día, en 3 a 4 dosis).

Kinesioterapia: Habitualmente, es suficiente con recomendar a los padres, cuando sea necesario, mantener la vía aérea superior permeable mediante la aspiración de las secreciones y, eventualmente, mantener al paciente en posición semisentada.

Tratamiento antibiótico

Pese a la alta prevalencia de infección viral en niños con Neumonía, al no poderse descartar la etiología bacteriana se debe instituir tratamiento antibiótico.

Tratamiento empírico inicial: Este implica el empleo de determinados antibióticos según el germen que se sospeche. Se basa en la prevalencia de diversos agentes patógenos según elementos epidemiológicos o clínicos.

En los pacientes ambulatorios sólo se modificará si la evolución es desfavorable.

El tratamiento está destinado a cubrir las dos bacterias más frecuentes en este grupo: *Streptococcus pneumoniae*, que causa neumonía en todas las edades pediátricas y *Haemophilus influenzae* tipo b en los menores de 5 años. El *Mycoplasma pneumoniae* responsable de neumonías a partir de los 5 años y la *Clamydia* en menores de 6 meses.

Tratamiento empírico de las neumonías ambulatorias	
TRATAMIENTO POR 10 DÍAS	
Pacientes de 6 meses a 5 años, o más	Amoxicilina (80 mg/ kg/ d), oral cada 8 hs, o Ampicilina (100 mg/ kg/ d), cada 6 horas, lejos de las comidas.
	Penicilina G: 150.000 U/ kg/ día, cada 6 hs. Eritromicina (*): 50 mg/ kg/ día cada 8 hs Claritromicina (*): 15 mg/kg/día cada 12 hs Azitromicina (*): 10 mg/kg/día cada 24 hs

(*) Alternativas para tratamiento de Neumonías Atípicas

Dosis máxima de Amoxicilina: 3 gramos.

Ampicilina: 3 gramos

Eritromicina: 1-2 gramos

Seguimiento

Los pacientes tratados en forma ambulatoria deberán ser controlados diariamente las primeras 48 horas, y luego cada 48-72 hs hasta el alta definitiva. Se instruirá a los encargados del cuidado del niño sobre signos de alarma, asegurándose de que hayan sido comprendidos. Se aprovechará la oportunidad para insistir en el valor de la prevención y vacunas. Si a las 48 ó 72 hs no cede el cuadro clínico o aparecen complicaciones (derrame, etc.), se debe derivar al paciente para reevaluar el tratamiento y o decidir la internación.

Tratamiento de las neumonías en la internación

Las variables a considerar en la selección del antibiótico para el tratamiento de las neumonías en la internación son: epi-

demiológicas, cuadro clínico, edad y hallazgos radiológicos. El tratamiento se ajustará al resultado de la pesquisa etiológica: hemocultivos (bacterias), inmunofluorescencia en aspirado nasofaríngeo (virus) y serología (*Mycoplasma* y *Clamydia*).

Neumonía del recién nacido

Cefotaxime 100-200 mg/ kg/ día, cada 6-8 hs I.V. o Ceftriaxone 50 mg/ kg/ día cada 12 hs I.V. o Ampicilina 150 mg/ kg/ día, cada 6 hs I.V. + Gentamicina 5 mg/ kg/ día I.M.

Neumonía en paciente de 1 mes a 6 meses

Ampicilina 100 mg/ kg/ día cada 6 hs I.V.. En pacientes inmunocomprometidos o con sepsis grave o con Neumonía intrahospitalaria, o fracaso de medicación previa:

Ceftriaxone 50 mg kg/ día, cada 24 hs I.V. o IM, o Cefuroxima 100 mg/ kg/ día cada 8 hs, o Cefotaxime 100 mg/ kg/ día cada 8 hs I.V. Menores de 6 meses con sospecha de *Clamydia* agregar :Eritromicina 40-50 mg/ kg/ día, cada 8 hs VO.

Neumonía en mayores de 6 meses

Ampicilina 100 mg/ kg/ día cada 6 hs I.V, dosis máxima 3 g. En situaciones especiales o fracaso terapéutico inicial se puede utilizar:

Ceftriaxona 50 mg/ kg/ día en 1 dosis diaria o Cefotaxima 100 mg/ kg/ día cada 6 hs I.V. Eritromicina 40-50 mg/kg/día cada 8 hs V.O. en Neumonía atípica.

Duración del tratamiento

10 días, con buena evolución clínica, hemocultivos negativos y afebril, rotar ATB a vía oral.

Bibliografía

- Hebe González Pena, Fernando Ferrero, María F. Osorio, Mario Grenoville. Consenso sobre IRAB en menores 2 años (SAP). Archivos Arg. Pediatría 1996. Vol 94:4. Acceso libre en: <http://www.sap.org.ar/educacion/consensos/irab/index.htm>.
- Dr R.Rubinsky; Dra A.M.Balanzat. Infecciones respiratorias en niños. Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 11 (pag 215-249): "Neumonías bacterianas y virales". Manual para el control de las enfermedades transmisibles 1997.OPS. 1999.
- Neumonías. A. S. Benenson. pag 335-345., Editor.
- Neumonía. Capítulo 14. Libro azul de la infectología pediátrica. Publicación Sociedad Argentina de Pediatría.
- L.Véjar, J.C.Casterán, P.LeCerf, C.Castillo. Cómo identificar a los niños en riesgo de fallecer por neumonía en el hogar. Rev Med Chil 2000 Jun; 128(6):627-32.

Recomendaciones prácticas para el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en la APS (adultos)

Dr. Gabriel Levy Hara. Médico infectólogo del Hospital C.G Durand, Bs. As. Profesor Adjunto de Microbiología e Infectología de la Universidad Maimónides. Coordinador de la Comisión de Uso Apropiado de Recursos de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es un problema frecuente en la APS. En la Argentina, es la 6° causa general de muerte, y la 5ta en personas mayores de 60 años. Si bien el 80% de las NAC podrían ser manejadas en forma ambulatoria, existen factores – muy variables en diferentes partes del mundo- que llevan a la internación a muchos pacientes que carecen de criterios médicos para la misma. Entre esos factores se encuentran el desconocimiento del profesional respecto de dichos criterios y las causas sociales (falta de acceso a los tratamientos antibióticos, dificultad en el acceso a la consulta médica de control, falta de contención del ambiente familiar, etc.)

La mortalidad global de las NAC varía entre un 10- 15%, pero la misma difiere significativamente dependiendo de las características del paciente y la severidad del cuadro clínico. Los pacientes sin criterios de internación, en condiciones de ser tratados en forma ambulatoria, tienen una mortalidad de solo el 1-2%. En contraste, los ancianos tienen una mortalidad del 18%, y en aquellos residentes en institutos geriátricos aumenta al 30%. Finalmente, los pacientes que requieren internación en terapia intensiva aumentan sus probabilidades de muerte al 40%.

El tratamiento antibiótico (ATB) óptimo de la NAC es un importante tópico de salud pública aún no aclarado. Uno de los principales motivos de esta situación es que establecer el diagnóstico etiológico suele ser muy dificultoso, y la literatura nos brinda datos sumamente heterogéneos. Tanto es así, que de la revisión de la misma surge la impresión que su publicación ha sido muy influenciada por intereses comerciales. De hecho, los costos de un tratamiento con amoxicilina son muy inferiores a los correspondientes para un nuevo macrólido o quinolona fluorada.

En este sentido, muchas de las recomendaciones terapéuticas elaboradas por sociedades científicas de los EEUU tienden a recomendar con insistencia el uso de estas nuevas clases de drogas por sobre las más antiguas, como la amoxicilina o las tetraciclinas.

En el año 2003 fue publicada una Guía Práctica para el manejo de la NAC elaborada por un comité intersociedades científicas de la República Argentina. En el presente artículo se resumen los puntos más salientes que debe conocer el médico de APS para el manejo racional de esta patología.

¿Cuáles son las etiologías más frecuentes productoras de NAC?

Aún en los estudios más cuidadosos que utilizaron adecuadas técnicas microbiológicas tanto para el diagnóstico directo como el serológico, cerca del 50% de los episodios permanece sin diagnóstico etiológico. Desafortunadamente, la mayoría de esos estudios son heterogéneos en cuanto a edad, procedencia de pacientes, presencia de comorbilidades, uso previo de ATB y metodología diagnóstica utilizada. Como hemos referido arriba, esta gran variabilidad es tomada como sustento para justificar las diferencias importantes que existen en las recomendaciones empíricas de los tratamientos tanto para el paciente de manejo ambulatorio, como para el internado en sala general y en UTI.

Las principales barreras en la práctica diaria para confirmar un diagnóstico etiológico son la dificultad para obtener un esputo significativo (en cerca del 50% de pacientes), el bajo rendimiento de los hemocultivos (<15%), la escasa disponibilidad de bacteriólogo de guardia, y la baja intención del médico para solicitarlos. Por su parte, la respuesta de anticuerpos ante las infecciones atípicas más frecuentes (*M.pneumoniae* y *C.pneumoniae*) es lenta – esto es, el diagnóstico etiológico se confirmaría varias semanas después de iniciado el cuadro, cuando el paciente ya está curado y en general no debe regresar a la consulta para estudios adicionales- y los puntos de corte para definir una serología positiva siguen siendo motivo de debate entre los expertos.

En la tabla 1 se detallan los patógenos más frecuentemente aislados en los tres escenarios posibles de atención del paciente con NAC. Los datos allí resumidos provienen de los estudios mejor diseñados realizados tanto en la Argentina como en el resto del mundo.

Por su parte, existen comorbilidades que aumentan el riesgo de infecciones por determinados patógenos, como se describe en la tabla 2. De todos modos, es preciso recordar que el neumococo es el responsable de por lo menos dos terceras partes de las NAC en toda la población, incluyendo a aquellas personas que poseen alguna comorbilidad predisponente para la infección por otro agente.

Tabla 1. Etiología de las NAC.

	Pacientes Ambulatorios	Hospitalizados Sala General	Pacientes que requieren UTI
Origen de los datos	7 estudios (6 de Europa y 1 de Argentina), n= 555	36 estudios de Europa, Estados Unidos, Oceanía y Argentina, n= 7616	7 estudios de Europa, Estados Unidos y Argentina, n= 630
<i>S. pneumoniae</i>	28,1	23,5	29,8
<i>H. influenzae</i>	7,0	4,4	7,6
<i>Legionella spp</i>	0,9	5,0	6,7
<i>M. catarrhalis</i>	0	1,4	3,1
<i>S. aureus</i>	0,2	1,1	12,2
Bacilos Gram - aerobios	0,4	3,0	9,0
<i>M. pneumoniae</i>	8,5	7,2	1,6
<i>C. pneumoniae</i>	6,3	7,1	1,4
<i>C. psittaci</i>	0	1,6	<1
<i>C. burnetii</i>	0,9	0,9	1
Todos los virus	17,3	10,1	2,4
Nada	55,3	46,6	38,6

Modificado de Luna C, Calmaggi A et al. Neumonía adquirida en la comunidad: guía práctica elaborada por un comité intersociedades. Medicina (Bs.As) 2003; 63: 319-343.

Tabla 2. Condiciones epidemiológicas más frecuentes asociadas a infecciones por determinados agentes infecciosos.

Condición	Patógenos a considerar
Alcoholismo	<i>S. pneumoniae</i> , anaerobios, enterobacterias, TBC
EPOC y/ o tabaquismo	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i>
Diabetes	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S.aureus</i>
Residente en geriátricos	<i>S. pneumoniae</i> , enterobacterias, <i>H influenzae</i> , <i>S. aureus</i> , anaerobios, <i>C. pneumoniae</i> .
Mala higiene dental	Anaerobios
Drogadicción endovenosa	<i>S. aureus</i> , anaerobios, TBC, <i>P.carinii</i>
Aspiración masiva	Anaerobios, neumonitis química
Obstrucción de la vía aérea	Anaerobios, <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i>
Enfermedad estructural del pulmón (bronquiectasias, fibrosis quística)	<i>P. aeruginosa</i> , <i>P. cepacia</i> , <i>S. aureus</i>
Tratamiento ATB reciente	<i>S. pneumoniae</i> resistente, <i>P. aeruginosa</i>

Modificado de Luna C, Calmaggi A et al. Neumonía adquirida en la comunidad: guía práctica elaborada por un comité intersociedades. Medicina (Bs.As) 2003; 63: 319-343.

Entonces, ¿debemos tratar a los agentes atípicos en forma empírica en NAC leve?

Como surge de la tabla 1, la incidencia combinada de *C.pneumoniae* y *M.pneumoniae* es relativamente baja, menor al 15%. Además, en casi todos los estudios estos agentes predominan en cuadros leves, no complicados y ha sido ampliamente establecido que *la demora en iniciar un tratamiento frente a estos agentes atípicos NO aumenta la morbimortalidad*. Por otra parte, debemos recordar que en Argentina la incidencia de *Legionella pneumoniae* – único agente atípico que produce cuadros significativamente más severos- es muy baja. Las recomendaciones elaboradas por sociedades de los EEUU – donde la incidencia de legionelosis es considerablemente mayor- incluyen el tratamiento de agentes atípicos en muchas de las situaciones clínicas dirigiéndose principalmente hacia este patógeno.

Por lo tanto, no sería necesario tratar bacterias atípicas en los cuadros leves que pueden ser manejados en forma ambulatoria, e incluso no lo sería en todos los pacientes que requieren internación en sala general. Si bien desde hace ya unos años la distinción entre neumonías típicas y atípicas basada en parámetros clínicos, radiológicos y de laboratorio ha sido refutada por muchos estudios clínicos y por varios comités de expertos, es posible todavía sospechar la presencia de una infección bacteriana aguda. Esto ocurre en pacientes que comienzan en forma brusca con un cuadro de fiebre, sin síntomas respiratorios altos o inespecíficos (simil infección viral) previos, dolor torácico, expectoración abundante – y muchas veces francamente purulenta- y que presenten un claro infiltrado alveolar en la radiografía de tórax.

¿Cuáles son los ATB disponibles para el tratamiento de las NAC?

Las drogas disponibles son muchas, y lamentablemente no siempre se utilizan en modo adecuado. En las siguientes líneas se resumen las principales ventajas y desventajas de cada una de ellas, que han dado las bases farmacológicas para las recomendaciones intersociedades del año 2003.

Amoxicilina

Ventajas: en dosis de 3g/día cubre casi todos los neumococos en Argentina y el mundo, en razón de los nuevos puntos de corte de sensibilidad actualmente vigentes. Es de bajo costo, y su eficacia es absolutamente equiparable a los nuevos macrólidos y quinolonas tanto en estudios clínicos bien diseñados como en dos metaanálisis recientes.

Desventaja: es ineficaz frente a agentes 'atípicos', aunque como hemos visto esto es poco relevante en el contexto clínico dado que la demora en tratar a estos agentes no aumenta las complicaciones.

Amoxicilina + inhibidores β l (clavulánico o sulbactama)

Ventajas: mantienen la misma cobertura del *S.pneumoniae* y aumentan el espectro frente a posibles patógenos en personas > 65 años y/o con comorbilidades (*H.influenzae*,

S.aureus y enterobacterias). Su eficacia ha sido documentada en muchos ensayos bien diseñados.

Desventajas: Mayor costo y efectos adversos digestivos. Iguales consideraciones que para la amoxicilina respecto a los agentes atípicos.

Macrólidos (eritromicina, roxitromicina, claritromicina, azitromicina)

Ventajas: son drogas activas frente a bacterias y agentes atípicos y su eficacia ha sido documentada en ensayos clínicos bien diseñados

Desventajas: existe un preocupante aumento de resistencia tanto a nivel mundial como en Argentina cercana al 25%, relacionada con su mayor utilización en los últimos años. Las concentraciones séricas – particularmente la de azitromicina- son relativamente bajas. Estos dos factores se han relacionado con una mayor incidencia de bacteriemias intratratamiento y – en consecuencia- un incremento potencial en la morbimortalidad.

Doxiciclina

Ventajas: es activa frente al 90% de *S.pneumoniae* y frente a agentes 'atípicos'. Es una droga barata y con buen perfil de tolerancia.

Desventajas: los ensayos clínicos que demuestran su eficacia son relativamente pocos como para acumular un alto nivel de evidencia.

Fluoroquinolonas (levofloxacin, gatifloxacin y moxifloxacin)¹

Ventajas: muy activas frente a neumococos y otras bacterias patógenas en pacientes >65 años y/o con comorbilidades así como frente a agentes 'atípicos'. Se utilizan una vez al día y son bien toleradas.

Desventajas: su costo es elevado. Existe un aumento de resistencia progresiva en muchas regiones del mundo, vinculada con su mayor utilización

Ante tanta información disponible relacionada con tantos ATB para el tratamiento de las NAC, ¿cómo debemos interpretar los resultados de los estudios?

En los últimos años se ha difundido más la necesidad de analizar las publicaciones médicas en base a sus niveles de evidencias. Esto significa un avance verdaderamente saludable, ya que en muchas ocasiones los artículos están diseñados, o sus resultados analizados, para favorecer la actividad de una droga sobre otra en función de los intereses comerciales del fabricante.

En relación con el tratamiento de la NAC, podemos señalar un ejemplo paradigmático. En las recomendaciones de la Sociedad de Infectología de los EEUU publicadas en diciembre del 2003 se dice que '*...un metaanálisis mostró significativas mejores respuestas con fluoroquinolonas respecto de beta-lactámicos o macrólidos.*', citando como referencia al

trabajo de Salkind AR y col (Fluoroquinolone treatment of CAP: a meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1938-43). Pero, si recurrimos a dicha referencia encontramos que si bien en el análisis acumulativo por intención de tratamiento las quinolonas superaron a los comparadores con un *odds ratio* de 1.22 (p=.03), el número necesario a tratar para obtener esta ventaja fue de 33 pacientes. *¿Qué significa esto?*: que debiéramos tratar a 33 pacientes con estas drogas para obtener en uno de ellos la ventaja terapéutica por sobre aquellos tratados beta-lactámicos o macrólidos.

¿Cuál es la estratificación del riesgo y dónde debe asistirse al paciente con NAC?

Existen muchos estudios que han procurado determinar los niveles de severidad de las diferentes presentaciones de pacientes con NAC. Si bien ninguna regla reemplaza al buen criterio de médico interviniente, ellas pueden sernos de utilidad en el ámbito de la APS para definir dónde manejar al paciente con NAC.

En la figura 1 se pueden observar los condicionantes que permitirán determinar el riesgo de cada paciente en particular y la decisión de dónde asistirlo, extraídos de las recomendaciones intersociedades de nuestro país.

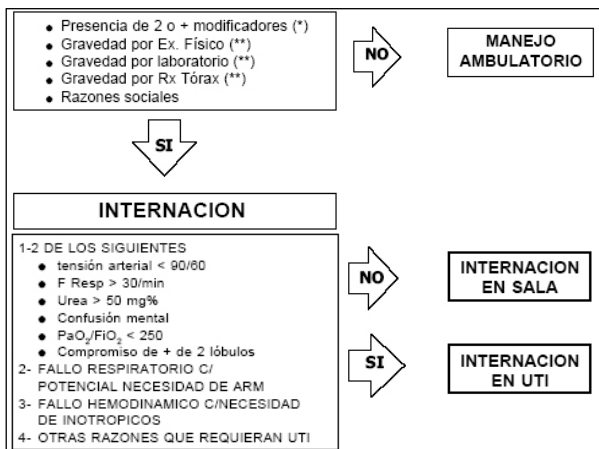


Fig. 1.- Riesgo y lugar de atención. Diagrama de flujo para la toma de decisiones del sitio de atención (ambulatoria, internación en sala general o internación en Terapia Intensiva), de pacientes con NAC.

(*)Modificadores: Edad > 65, alcoholismo, insuficiencia renal, hepatopatía, enfermedad cerebrovascular, neoplasia, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, insuficiencia cardíaca, internación el año anterior por NAC.

(**) Radiografía sugestiva de mal curso evolutivo: Derrame pleural voluminoso o tabicado, cavitación, infiltrados multilobulares o aumento > 50% en 24 hs; Repercusión en examen físico: taquipnea > 30/min, TAS < 90 o TAD < 60 mmHg, taquicardia > 125/ min, temperatura >40° ó < 35°, confusión mental; Laboratorio relacionado a mal curso evolutivo: urea > 50 mg%, Hto < 30%, Na < 130 mEq/l, leucocitos < 3 000 o > 40 000/ mm3, glucemia > 250 mg %, pH < 7.35, PaO2 < 60 mmHg.

¿Cuáles son los tratamientos recomendados para la NAC de manejo ambulatorio?

En razón de lo expuesto a lo largo del presente artículo, los ATB recomendados por el consenso intersociedades se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. Tratamiento empírico inicial del paciente con NAC de manejo ambulatorio.

<p>Grupo 1a: Pacientes ambulatorios <65 años sin comorbilidades</p> <p><i>Elección:</i> amoxicilina 1 g c/8-12 hs</p> <p><i>Alternativas y alérgicos:</i> Eritromicina 500 mg c/6 hs, claritromicina 500 mg c/12 hs, azitromicina 500 mg c/24 hs el 1° día, luego 250 mg por 4 días más, roxitromicina 150 mg c/12 hs o doxiciclina 100 mg c/12 hs</p>
<p>Grupo 1b: Pacientes ambulatorios >65 años y/o con comorbilidades</p> <p><i>Elección:</i> amoxicilina-clavulánico 875/125 mg c/8-12 hs o amoxicilina-sulbactama 875/125 mg c/8-12 hs</p> <p><i>Alternativas y alérgicos:</i> Gatifloxacina 400 mg c/24 hs levofloxacina 500 mg c/24 hs moxifloxacina 400 mg c/24 hs o ceftriaxona 1 g c/24 hs IM</p>

Conclusiones

Aún en nuestros días, cuando contamos con muchas nuevas y muy buenas herramientas terapéuticas para el tratamiento de la NAC, la eficacia de drogas antiguas y más baratas como la amoxicilina está suficientemente documentada como para continuar siendo la primera elección en la mayoría de los pacientes con criterios para ser tratados en forma ambulatoria. A los nuevos ATB debemos usarlos con prudencia para evitar que el aumento de la resistencia nos impida utilizarlos cuando realmente nuestros pacientes los requieran.

Referencias

Luna C, Calmaggi A et al. Neumonía adquirida en la comunidad: guía práctica elaborada por un comité intersociedades. *Medicina (Bs.As)* 2003; 63: 319-343.

Calmaggi A, Clara L, González Arzac M, Levy Hara G, López Furst MJ. Guías para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. <http://www.sadi.org.ar>

Mandell LA, Bartlett JG et al. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin Infect Dis* 2003; 37: 1405- 33

American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy and prevention. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:1730-54

British Thoracic Society guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. *Thorax* 2001; 56 (suppl 4): 1-64

Salkind AR et al: Fluoroquinolone treatment of CAP: a meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1938-43

Mills GD, Ochley M, Arrol B. Effectiveness of ? lactam antibiotics compared with antibiotics active against atypical pathogens in non-severe community acquired pneumonia: meta-analysis. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38334.591586.82 (published 31 january 2005)

Antibióticos en la IRAB en niños

Dr. Claudio Castaños. Servicio de Neumonología Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan"

La infección respiratoria aguda (IRA) es la principal causa de enfermedad en niños menores de 5 años, con predominio de los episodios virales. Si se tienen en cuenta las infecciones de las vías respiratorias altas y bajas, la IRA es la principal causa de uso innecesario de antibióticos, tratamiento inadecuado, lo cual genera no sólo mayor resistencia sino también un incremento en el gasto en salud.

Los dos diagnósticos más importantes en la IRA baja son sin duda la bronquiolitis y la neumonía. El diagnóstico correcto es imprescindible para evitar el sobreuso de ATB.

La **bronquiolitis** se caracteriza por un cuadro que comienza como una infección de vía aérea superior de varios días de evolución, con tos, rinorrea y fiebre de bajo grado. Luego la segunda etapa en la que predomina el compromiso de vía aérea inferior con signos de dificultad respiratoria: taquipnea, tiraje, espiración prolongada y sibilancias y por último el período la recuperación. La bronquiolitis es de etiología viral y no requiere ATB en la mayoría de los pacientes, ya que la sobre infección bacteriana es muy baja (en nuestro medio la sobre infección bacteriana de los pacientes con bronquiolitis fue sólo del 3 %).

La **neumonía**, en cambio, puede ser viral o bacteriana, se caracteriza por presentar fiebre alta, tos, disnea, taquipnea, quejido espiratorio, dolor pleurítico, disminución del murmullo vesicular y estertores crepitantes. En éstas a veces es difícil diferenciar por la clínica y la radiología la etiología, por lo cual todas deberían recibir ATB.

Diagnóstico de neumonía

Conocer que microorganismo es más frecuente en cada grupo de edad es la base para la elección del ATB adecuado.

Edad	Agente Causal
< 1 mes	Streptococo grupo B, Escherichia coli, Listeria monocitógenas, Streptococo pneumoniae, Chlamydias, Gram negativos
1 a 3 meses	Virus respiratorios, Streptococo pneumoniae, Chlamydias, Ureoplasma ureoliticum
3 meses a 5 años	Virus respiratorios, Streptococo pneumoniae, Stafilococcus aureus, Haemofilus influenzae, Micoplasma pneumoniae
> de 5 años	Virus respiratorios, Micoplasma pneumoniae, Chlamydias, Streptococo pneumoniae

La evaluación de un paciente con una enfermedad infecciosa requiere conocer no sólo el germen causal, sino también los factores de riesgo.

Una pregunta que los médicos se hacen ante la presencia de

un paciente con neumonía es si sólo sobre la base de la clínica se puede decidir si una neumonía es viral o bacteriana. Algunos hallazgos clínicos son más sugestivos de una etiología que otra.

Las **neumonías virales típicas** comienzan con una infección respiratoria alta de varios días de evolución con presencia de fiebre y rinorrea, con presencia de tos y dificultad respiratoria progresiva. La dificultad respiratoria se manifiesta por taquipnea con o sin taquicardia, aleteo nasal y retracciones. La presencia de cianosis o estridor alertan para la atención rápida de los pacientes. Los hallazgos en el examen físico no son específicos, generalmente presentan atrapamiento aéreo y obstrucción bronquial, con sibilancias o espiración prolongada, con subcrepitantes focales, diseminados o intermitentes.

Los hallazgos que sugieren una **neumonía bacteriana** incluyen una enfermedad aguda, aspecto toxiinfeccioso, tos productiva, quejido respiratorio y dolor pleural. Si los lóbulos inferiores están afectados, puede producirse irritación diafragmática con dolor abdominal referido. Pueden presentar disminución de la entrada de aire en el área afectada y en algunos casos broncofonía.

En las **radiografías de tórax** las neumonías virales clásicas se presentan con patrón difuso, no focalizado, áreas en parche de tipo bronconeumónico y en los menores de 2 años pueden presentarse como patrón perihiliar, con hiperinsuflación y atelectasias. En las neumonías bacterianas la radiología habitual muestra patrón focal uni o multilobar de consolidación, acompañado de broncograma aéreo en algunos casos. El derrame pleural, los neumatoceles y el absceso pulmonar en la radiografía indican compromiso bacteriano, que se consideran complicaciones de la neumonía.

Los estudios de sangre son poco específicos para determinar a una aproximación etiológica pero una marcada elevación de los glóbulos blancos (mas de 30.000) con predominio neutrófilo sugieren una etiología bacteriana. La eritrosedimentación no es específica, solo indica inflamación.

Hasta el momento no disponemos de estudios complementarios con alta especificidad y sensibilidad para diferenciar la etiología de las neumonías. Con la posibilidad de mejores y más rápidos métodos diagnósticos la posibilidad de identificar a los organismos productores de la neumonía mejorará lo cual evitará en un futuro el uso indiscriminado de ATB.

Bibliografía

- 1-Epidemiología y prevención de las infecciones respiratorias. Ángela Gentile.
- 2-Pneumonia. Campbell,P and Stokes, D. En Respiratory Disease in Children.1994 Williams and Wilkins.
- 3-Pneumonia of Infancy. Bonforte,R. Pediatric Respiratory Disease. W.B.Saunders Company.
- 4-Bacterial Pneumonia in Neonates and Older Children. Miller,M; Ben-Ami,T and Daum,R. Pediatric Respiratory Medicine. 1999 Mosby.

Espaciadores - Aerocámaras

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Deseamos difundir algunas consideraciones sobre el uso de medicamentos en aerosol en la infancia.

Medicamentos de distinto tipo que actúan sobre las vías respiratorias se administran en aerosol para que lleguen directamente a los bronquios. Para esto resulta fundamental la técnica de uso, en particular la coordinación entre la inspiración y el momento en que se dispara el aerosol, para que el medicamento llegue en el mayor porcentaje a los bronquios. **Esta coordinación resulta imposible para los niños.**

A fin de superar este problema, se utilizan desde hace décadas los **espaciadores** y las **aerocámaras** que son **intermedios que se colocan entre el aerosol y la boca.**

Los **corticoides locales** se indican, principalmente, en el tratamiento del asma a largo plazo. Para su administración se ha difundido el uso de **aerocámaras.**

Los **broncodilatadores** se usan para tratar las enfermedades agudas que se presentan con broncoespasmo, como la bronquiolitis, la bronquitis obstructiva recidivante y las crisis de asma, todas muy frecuentes en esta época del año.

El tratamiento con **broncodilatadores en aerosol** en las **enfermedades respiratorias agudas** ha comenzado a tener en nuestro país la difusión que merece para la aplicación de **un medicamento relativamente económico y que se usa por períodos breves.** Para su administración se emplean los **espaciadores.**

En *Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS REMIAR* Nro. 1 (Julio 2003, pag. 5) se publicó: "Se cuenta con dos mecanismos para la administración de broncodilatadores en la infan-

cia: los nebulizadores (gozan de más popularidad) y los aerosoles con aerocámara. Según Newhouse¹, las cámaras son un nuevo paradigma de baja complejidad en la terapia de la obstrucción bronquial. Mejoran la llegada de la droga y su eficacia, siendo su acción más rápida. Disminuyen los efectos adversos por disminuir el depósito de medicación en la orofaringe (80 a 90%) y disminuir la dosis administrada (75%). Mejora el rango terapéutico y la llegada de la droga a la vía aérea inferior. Por otro lado son más económicas, más fáciles de llevar y no dependen de la corriente eléctrica. Otros trabajos confirman las mencionadas ventajas². Cuando la familia no dispone de un nebulizador, podría fabricar la aerocámara de manera casera. Cuando el CAPS cierra, la aerocámara puede servir para facilitar el seguimiento, ser prestada, devuelta y represtada".

Si bien los espaciadores caseros se conocen desde hace décadas, sólo en los últimos años han sido estudiados con rigor científico. Las investigaciones publicadas en revistas médicas internacionales muestran que **si los espaciadores caseros cumplen con determinadas normas** de construcción y técnica de uso, **resultan tan eficaces como los espaciadores y aerocámaras industriales** para la aplicación de aerosoles broncodilatadores.

Finalmente, debe reiterarse que **todas las experiencias clínicas con espaciadores caseros se han realizado con broncodilatadores.** Aunque hay estudios experimentales que han mostrado un comportamiento similar con los corticoides locales, no se han publicado estudios clínicos que comparen la eficacia entre los espaciadores caseros y los espaciadores y aerocámaras industriales en el tratamiento del asma a largo plazo.

¹ Newhouse M.T. Tratamiento del asma con aerosoles: ¿Son obsoletos los nebulizadores? Una controversia que continúa. *J Pediatr* 1999;135:5-8.
² Leversha A. M. et al. Costo efectividad del uso de aerocámaras vs nebulizadores en asma aguda moderada y severa en una publicación pediátrica. *J Pediatr* 2000;136:497-502.

Características del espaciador casero para aplicación de aerosoles presurizados en el tratamiento del Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO)

Enfermera Silvia Mercedes Viola. Jefa de Enfermeras de Guardia Clínica del Hospital de Niños. Programa Provincial de Infecciones Respiratorias Agudas. Sistema Provincial de Salud. Ministerio de Salud Pública. Tucumán - Colaboración: Rafael Ways

Fabricación de Espaciador casero con Sachet de Solución Parenteral de 500cc

1. Extremo superior (aro que se utiliza para colgar el sachet): Se corta con tijera de punta un rectángulo capaz de posibilitar la entrada del extremo inferior del aerosol a presión.
2. Extremo Inferior (pico para conectar el perfus) .Se corta perimetralmente el sachet .El lugar del corte se establece en el punto donde se mida 18 centímetros tomados desde el extremo donde se conecta el aerosol (extremo opuesto)
3. Cubrir con tela adhesiva, goma Eva o calentar los bordes cortados para no lastimar la cara del niño con la superficie

filosa provocada por el corte.

En este borde se puede practicar una "V" de vértice interno, para posibilitar que el borde no se coloque sobre la nariz y de esta manera se adapta el espaciador a la cara ,sin que haya pérdidas (ver figura 2).

4. Al extremo destinado a la cara el niño se puede adaptar también una máscara de nebulizador (ver figura 3).

Medidas teóricas:

Figura 1. AEROSOL + AEROCAMARA

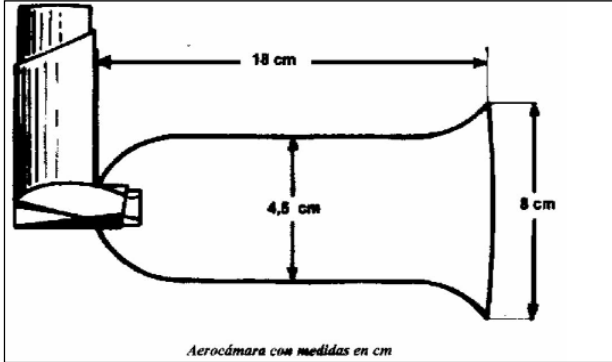


Figura 2.

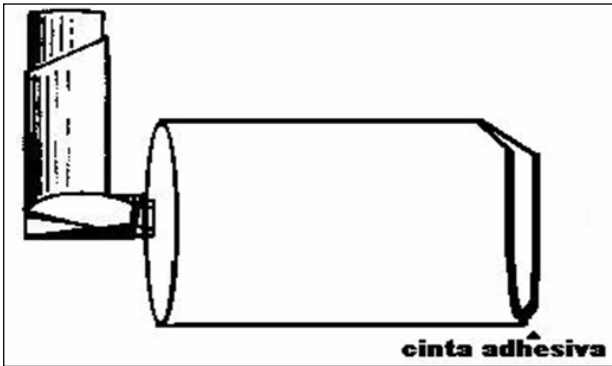
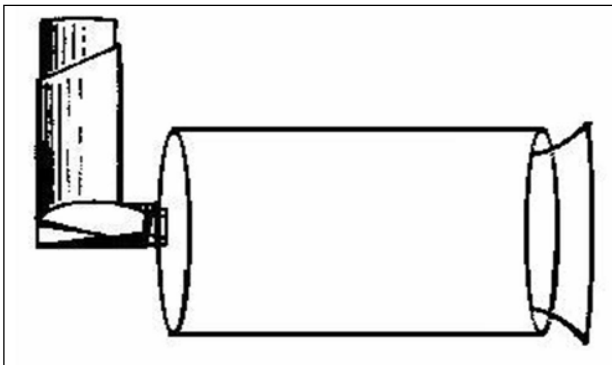


Figura 3.

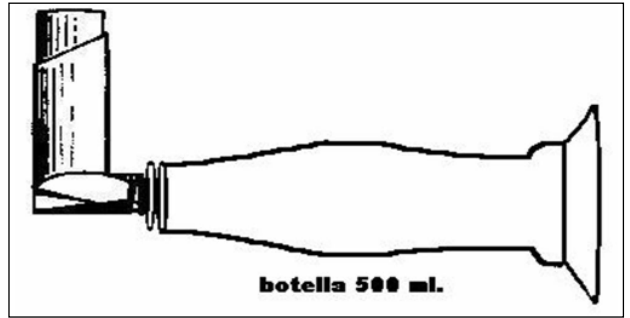


Fabricación de Espaciador casero con botellas de plástico descartables (figura 4).

Utilizar botellas de gaseosas o agua mineral de 500 centímetros cúbicos de capacidad.

1. Extremo Superior (pico de la botella): Con calor y utilizando como medida la tapita del aerosol convertir en rectangular el pico de la botella para permitir la entrada del aerosol.
2. Extremo Inferior : Cortar la botella perimetralmente del otro extremo con cuchillo, sierra o trincheta en forma oblicua a 18 centímetros.
3. Con calor de mechero o agua caliente o gotita fijar la máscara a la botella.

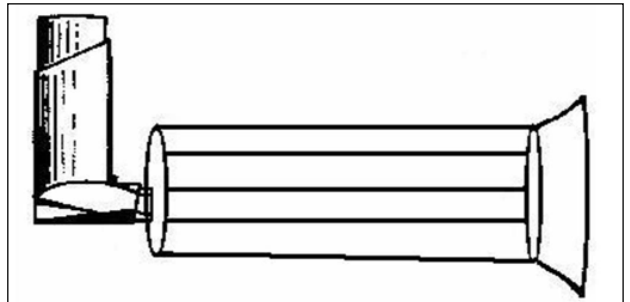
Figura 4.



Fabricación de espaciador casero con biberón (figura 5).

1. Extremo Inferior (base del biberón): Con calor y utilizando tijeras de punta o trincheta calar un rectángulo capaz de posibilitar entrada de aerosol a presión.
2. Extremo Superior: A 18 centímetros del anterior extremo adaptar la mascarilla.

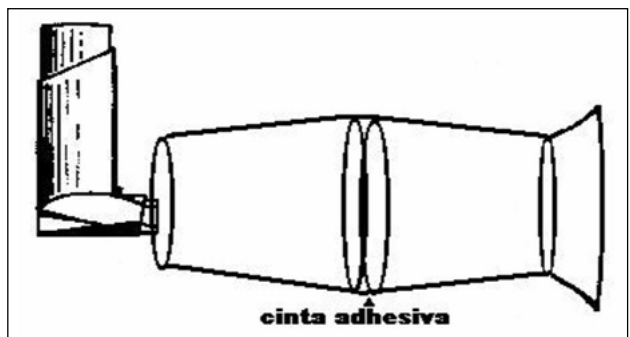
Figura 5.



Otra variantes

Fabricación de Espaciadores caseros de vasos de papel (figura 6).

Figura 6.



A tener en cuenta :

El uso de la aerocámara casera o espaciador es personal y descartable
 El lavado se hace con agua y detergente común. Dejar escurrir entre 6 a 8 horas.
 Luego de usada se guarda en bolsita de plástico.

Plan de tratamiento preventivo del SBOR en 9 CAPS de la provincia de Tucumán

Dr. José Ricardo Cortez - Referente Programa IRA, Área Programática Centro. SIPROSA. Tucumán.2002.

Introducción.

Luego de 5 años de trayectoria del Programa I.R.A. en la provincia de Tucumán, surgió como una necesidad sentida, por los médicos de Atención Primaria y por el Programa, el tratamiento de los niños con Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBOR).

La prevalencia de SBOR corresponde al 28 % en niños menores de 6 años en la provincia de Tucumán en el 2001. La prevalencia global de SBOR es de 9,9 %.

Los SBOR se presentan desde los primeros meses de vida, y puede ser leves 75 %, moderados 20 % y graves un 5 %.

Está comprobado que el diagnóstico de SBOR es eminentemente clínico y se basa en episodios reiterados de obstrucción bronquial y/o tos persistente y por la reversibilidad de los mismos en forma espontánea o ante la administración de broncodilatadores. Es independiente de que sea producida por hiperreactividad posterior a un episodio de bronquiolitis, o que aumentó la ya existente, o un niño con vías aéreas pequeñas, o que sea un asmático, o la suma de las causas mencionadas, teniendo la obligación de descartar los SBOR secundarios a otras patologías. Adoptar una actitud basada en una clasificación según severidad no implica un diagnóstico, pero posibilita una conducta práctica y normatizada en el primer nivel de atención. Los cuadros clínicos pueden presentarse con una frecuencia variable, con alteración del sueño y la actividad física, o llevarlo a la internación por la gravedad del mismo.

Además, está confirmado que los niños con crisis obstructivas recurrentes presentan inflamación crónica lo que lleva a la remodelación de las vías aéreas, que es la alteración anatómica de los bronquios y que producen con el tiempo obstrucción fija e irreversible. En los SBOR moderados y graves, los Corticoides Tópicos Inhalados (CTI), evitan la remodelación, disminuyendo el número y la gravedad de las crisis, pasando el moderado a leve y reduciendo la intensidad del impacto en el grave, mejorando la calidad de vida de estos niños.

Está demostrado la relación de los SBOR con el riesgo de enfermar y hospitalizarse por neumonía, estudios realizados, demostraron la relación de tener SBOR con el riesgo de un 78 % de padecer neumonía y un 23 % de hospitalizarse.

Por lo tanto es importante un manejo normatizado:

- de la crisis aguda
- del SBOR.

Esto nos llevó a realizar una experiencia en el Primer Nivel de Atención, Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), con la colaboración de los médicos que asumieron el compromiso del tratamiento de los niños con SBOR en su Área de

Escala de Gravedad para SBOR

Severidad	Internación último año	Crisis último año	Sibilancias	Despertar Nocturno por Sibil. o tos	Tolerancia Ejercicio (tos o fatiga)
LEVE	NO	5 o menos	De vez en cuando	NO o de vez en cuando	NO o a esfuerzos máximos
MODERADA	NO	6 a 12	Todos los meses	Todos los meses	a esfuerzos moderados
GRAVE	SÍ	Más de 12	Todas las semanas	Todas las semanas	a esfuerzos pequeños

Responsabilidad. Por ello recibieron Capacitación con Guías y fueron acompañados por una Supervisión Capacitante a cargo de del Programa IRA. Esto permitió clasificar, tratar y realizar el seguimiento de los SBOR leves y moderados (estudio funcional a cargo del neumonólogo), siendo derivados los graves al Servicio de Neumonología de referencia, creándose así la red de Referencia – Contrarreferencia, permitiendo que estos niños tengan accesibilidad a un sistema de Salud Pública con calidad y equidad de atención, asegurándoles el tratamiento al brindarles los medicamentos y aerocámaras, y el seguimiento continuo para disminuir la morbimortalidad.

Los factores que inciden en la morbimortalidad dependen del subdiagnóstico, del subtratamiento, de la inaccesibilidad a una atención adecuada, a la imposibilidad de comprar los medicamentos, a la insuficiente educación que el niño y su familia reciben del equipo de salud interviniente y a una inadecuada supervisión del tratamiento indicado. Una gran proporción de niños con SBOR son asistidos por el pediatra y en él recae la responsabilidad del tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

Objetivos

Evaluar el desempeño del médico del 1er nivel, la mejoría clínica y la disminución de internaciones en los niños con SBOR moderados y graves, con la aplicación de la Guía de Tratamiento de SBOR propuesta por el Programa IRA.

Objetivos generales

- Identificar a los pacientes con crisis recurrentes en los CAPS seleccionados.
- Capacitar al Equipo de Salud para clasificar en leves, moderados y graves a los niños con SBOR, utilizando un criterio clínico. Tratar y realizar el seguimiento correspondiente.
- Establecer Centros Centinelas del SBOR.
- Disminuir las cifras de morbimortalidad e internaciones de estos niños.
- Reducción de costos al S.I.P.R.O.S.A. (ahorro por mejoría).
- Evaluar el Plan y ampliarlo a todo el Sistema.

Material y métodos

El estudio se llevó a cabo en 9 CAPS del Área Programática Centro con los niños que concurren a la consulta, durante 1 año, interviniendo 10 médicos. La tarea de los profesionales consistió en:

- Selección de los pacientes con SBOR con una historia clínica elaborada a tal fin y utilizando la siguiente Escala Clínica:

2. Indicación del tratamiento:

- a) **Leve:** Educación del paciente y su familia, evitando los factores desencadenantes y tratamiento de las crisis agudas según Guías.
- b) **Moderado:** igual que el leve más el agregado del CTI, budesonide a 200 microgramos cada 12 hs, total 400 microgramos.
- c) **Grave:** referido al Servicio de Neumonología para su tratamiento (**haciéndonos cargo de los medicamentos utilizados en el tratamiento y del seguimiento**).
3. **Seguimiento normatizado** cada 15 días anotando el control en una planilla.
4. **Provisión** de aerocámara, CTI y control del tratamiento.
5. **Interconsultas** al Servicio de Neumología del Hospital de Niños.
6. **Control** de las Crisis Agudas.
7. **Educación del paciente y su familia:** se elaboraron instructivos para tal fin para el médico y la familia.
8. **Medidas de Control Ambiental:** se elaboraron instructivos para tal fin para el médico y la familia.
9. **Supervisión - Capacitante:** Realizada por el Equipo del Programa IRA.

Resultados

Aproximadamente 380 pacientes consultaron por SBOR durante el año. Los pacientes leves no son analizados en el presente trabajo, ya que no completaron el periodo anual requerido por el Plan SBOR.

De los 107 pacientes tratados durante 1 año, 97 eran moderados y 10 graves; de los moderados 17 continuaron igual y 80 evolucionaron a leves. De los 10 graves que fueron tratados por el Servicio de Neumonología, 5 continuaron igual y 5 evolucionaron a leves y del total de los pacientes tratados, 33 presentaron internaciones antes del tratamiento. Luego del mismo, se redujeron a 7.

La falta de evolución favorable estuvo relacionada frecuentemente con **sociopatía severa** lo que determinó el fracaso del tratamiento.

Conclusiones

La franca mejoría clínica y la disminución de las internaciones demuestra que esta experiencia es reproducible, así como también sus resultados, con lo cual se puede resolver la mayor parte de los SBOR en el Primer Nivel de Atención.

La satisfacción por el agradecimiento de los pacientes y de sus familias es el estímulo que encontró este grupo de médicos, además de sentir que con capacitación y recursos pueden mejorar su calidad de atención.

Por lo tanto asumimos el compromiso de un tratamiento oportuno y eficaz de esta frecuente enfermedad, que lleva, si no es tratada, a un deterioro físico y psicológico irreversible.

Consideramos que este problema es mejor resuelto con **el compromiso de todo el equipo de salud, con articulación intra e intersectorial y participación comunitaria.**

Además por un problema de distancia a los Hospitales de Referencia, el Servicio de Neumonología no puede ocuparse del control, seguimiento y tratamiento de 1800 pacientes moderados que se calcula que consultan en el primer nivel.

Es nuestro anhelo implementar en forma paulatina este plan en toda la provincia.

Bibliografía

- Balanzat Ana. Manejo y control del asma en el primer nivel de atención. Foro regional sobre el control del asma en el contexto de AIEPI. Serie HCT/AIEPI-35.E
- Acuña de Curubeto, Beatriz; Mena, Teresa; Carrizo, Rodolfo. Congreso Regional de Atención Primaria de Salud, Mendoza, Septiembre 2001.
- Acuña de Curubeto, Beatriz; Mena, Teresa; Carrizo, Rodolfo. Tratamiento ambulatorio del Síndrome Bronquial Obstructivo: Diferencias entre agudos y recidivantes (Revisión). II Foro Nacional sobre Promoción de la Salud y Prevención de Riesgos. San Miguel de Tucumán, Septiembre 2001.
- Lopez, Ignacio et al. Revista Chilena de salud publica. 1997.1:9-15.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso Nacional. Asma Bronquial en la infancia. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento. Arch. Arg. Ped. 93:3 199-223:1995.
- Marínez F., Wright A L., Taussig L M y col. Asthma and wheezing in the first six years of life. N Engl J Med 332:3:133-138.1995.
- Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. Editors: Warner JO, Naspitz CK, Co Editor Cropp GJA. Pediatr Pulmonol 25:1-17 1998.
- II Consenso Brasileño no manejo da asma-Jornal de Pneumologia 24:4:173-276 Jul /Ago 1998.
- Girardi G, Astudillo P: Tratamiento ambulatorio del síndrome de obstrucción bronquial. Pediatría: Ed Med Panamericana pag 1351-1354:1997.

Una experiencia respiratoria que marcó a fuego nuestra tierra colorada

Dr. Guillermo Rolón, responsable de Salud Infantil de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia de la Pcia. de Misiones

En los meses de mayo a diciembre de 2004 se llevó a cabo por primera vez en la Provincia de Misiones el Programa Provincial de Infecciones Respiratorias (IRA). Un trabajo que motivó al equipo de salud en su conjunto: médicos pediatras, generalistas, residentes, enfermeras, agentes sanitarios, promotores de salud y administrativos. Al ser realmente capacitados en la temática y conocer la necesidad e importancia de la patología en nuestra provincia, se sumaron de lleno conformando un eslabón fundamental de esta tarea.

Como todo comienzo y, con temor a repetir fracasos anteriores, se decidió trabajar con un pequeño número de quince centros de salud (CAPS), cuatro hospitales de toda la provincia, distribuidos de la siguiente manera:

Zona Capital y Sur:

- 1 Hospital de Pediatría.
- 4 CAPS: Favaloro, San Gerardo, Fátima y San Lorenzo.

Zona Centro:

- 2 Hospitales: Oberá y Alem.
- 4 CAPS: San Javier, V. Torneus, Gob. López, Lopaczek.

Zona Norte:

- 1 Hospital: Eldorado.
- 7 CAPS: Pto. Wanda, Primero de Mayo, Loma del Paraná, Pto. Esperanza, Km. 3, Padre Enrique y Bernardo de Irigoyen.

Se priorizó:

- La capacitación del recurso humano disponible mediante charlas, aportes científicos, manejo del flujograma (esquema), confección manual de espaciadores caseros (fue la que usamos en su totalidad). Se realizó en forma semanal alcanzando un total de 200 personas.
- La necesidad de la llegada a terreno a cada centro de salud.
- La obtención de los registros para la posterior evaluación de

todo trabajo en salud.

Para obtener un mayor impacto se trabajó en forma coordinada con distintas áreas de responsabilidad en lo referente a la salud del niño en nuestra provincia: Sociedad Argentina de Pediatría filial Misiones, Colegio Médico de Misiones, Residencia Médica de Pediatría y Medicina General - Familiar, junto al Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Se coordinó el trabajo en los dos niveles de atención, estableciéndose redes seguras y viables específicamente en IRA.

Se motivó la participación comunitaria y de otras instituciones (Escuelas - Comedores), mediante una campaña masiva de difusión a través de medios radiales, televisivos y gráficos.

Con respecto a los resultados fueron los siguientes:

- Ingresaron a programa IRA 732 niños, 424 menores de 2 años y 308 mayores de 2 años.
- Los casos derivados al hospital fueron 5.
- Los pacientes se clasificaron en: 268 leves, 357 moderados, 51 graves.

- Número de casos que volvió a control a las 24, 48 o 72 horas: 52.

Finalmente, el 9 y 10 de diciembre de 2004 se realizó en Buenos Aires el Encuentro Nacional de IRA, donde cada provincia expuso a través de su referente el trabajo efectuado durante ese año, fue un evento federal, reconfortante, enriquecedor en todos los aspectos, donde las provincias nos sentimos valoradas, contenidas y una vez más, motivadas por todo el grupo humano de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.

Para este año 2005, ya se cuenta con esta experiencia y se pretende una mayor incorporación de CAPS de la provincia al Programa IRA; lo que implicará un mayor esfuerzo en capacitación, difusión y participación del equipo de salud y de la comunidad Misionera, para lo cual nos estamos preparando, sabiendo desde ya que contamos con el apoyo de todos pues formamos parte de esta Gran Red Humana Nacional en lo referente a IRA. Sólo quedan palabras de agradecimiento, de compromiso a seguir trabajando y expresar el deseo de que esto que ocurrió en la provincia de Misiones sea motivador y disparador en otros lugares de nuestro país.

Barreras de acceso a los servicios de salud

Subgerencia de Auditoría y Control de Gestión - Programa Remediar

Claro que hay que romper las barreras, pero ¿con qué ariete?

Definimos barrera de acceso a un obstáculo que dificulta a los individuos de una comunidad a ingresar al sistema de salud.

Frecuentemente los tratados que hacen referencia a los derechos humanos incluyen el deber de facilitar a toda la población el acceso a todo medio que posibilite conservar o recuperar la salud, y esto involucra a los medicamentos esenciales.

Los datos incluidos en el siguiente artículo son el resultado de 1412 auditorías a CAPS y 7622 visitas domiciliarias a beneficiarios realizadas durante el 2004.

Todos los que de alguna manera estamos involucrados en Remediar procuramos colaborar con el sueño "utópico" de la equidad. Y creemos que nuestro principal objetivo es eliminar los impedimentos que amenazan constantemente a los ciudadanos. ¿Con qué instrumento? Es la pregunta. En el desarrollo del artículo, deseamos, esté la respuesta.

En Remediar

El desarrollo del programa Remediar está basado en un reglamento operativo que incluye un listado de incumplimientos. Los desvíos que constituyen barreras de acceso han sido tipificados en las siguientes categorías:

- Que no se entreguen los medicamentos
- Que se reciba el botiquín en el CAPS y no se entreguen medicamentos.
- Que no se entregue porque se discrimine en la entrega a beneficiarios legítimos.
- Pagos para la consulta y/o medicamento:
- Que existan pagos voluntarios para la realización de la consulta médica.
- Que para la entrega de medicamentos se solicite pago.
- Que se exijan pagos obligatorios para acceder a la consulta médica.
- Horas de atención profesional en el CAPS:

- Horas médico semanales inferiores a 20 semanales.

- Horas enfermería inferiores a 6 semanales.

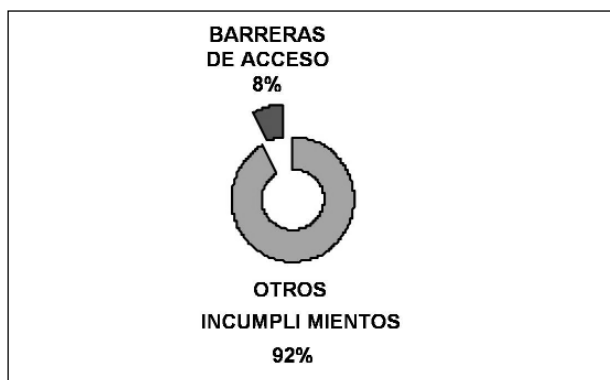
Resultados del ejercicio 2004

Durante el 2004 el 8% de los desvíos detectados correspondió a incumplimientos que funcionan como barreras de acceso.

Consideramos este hecho como muy grave ya que, en definitiva, son dichos desvíos los que atentan directamente contra el bienestar del beneficiario.

Barreras de acceso - Incumplimientos

Año 2004



FUENTE: Sub Gerencia de Control de Gestión y Sistemas de Información

Además, como se observa en el gráfico siguiente, es disímil la distribución del tipo de incumplimientos dentro de los que nos interesan en este artículo.

La **exigencia de pagos** y las **horas de atención profesional** son los primeros en orden de frecuencia relegando a **la falta de entrega de medicamentos** que alcanzó sólo un 5%.

Barreras de acceso
Año 2004

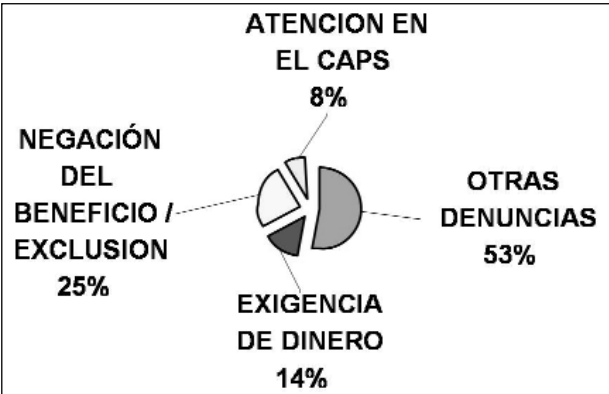


FUENTE: Sub Gerencia de Control de Gestión y Sistemas de Información

Call Center

Durante el transcurso del 2004 se recibieron en el Call Center 38252 llamados procedentes de todo el país de los cuales el 79% fue efectuado por beneficiarios del Programa. En el siguiente gráfico se observa que el porcentaje que ocuparon las denuncias acerca de barreras de acceso ascendió al 47%.

Denuncias
Año 2004



FUENTE: Elaboración propia sobre la información del sistema del Call Center

Barreras de acceso tipificadas
Solicitud de pagos

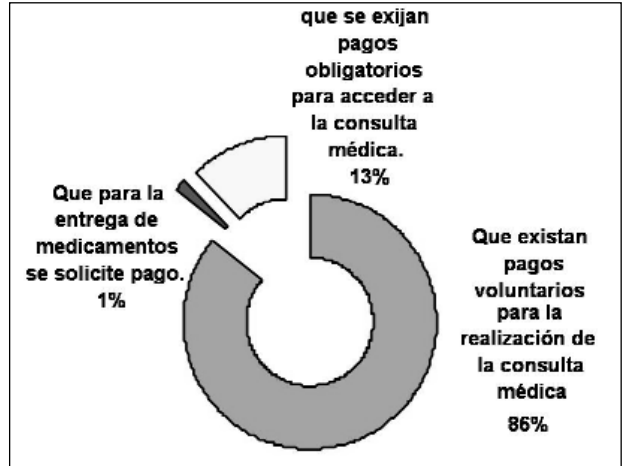
La existencia de pagos para acceder al medicamento o a la consulta médica constituye el incumplimiento más grave. Justifica tal afirmación el hecho de que es condición ineludible ofrecer atención gratuita para que un CAPS sea incorporado como efector del Programa.

Por otra parte, y teniendo en cuenta que el 83% de los beneficiarios se encuentra por debajo de la línea de pobreza, resulta claro que la actitud de exigirles dinero terminaría por derrumbar sus posibilidades de acceder a cualquier tipo de medicamento y/o asistencia sanitaria. El objetivo del PROAPS es incorporar a los ciudadanos al sistema, no rechazarlos.

Finalmente cabe recordar que casos de cobro pueden percibirse como hechos de corrupción.

En el siguiente gráfico se observa la distribución según los tres tipos de incumplimientos relacionados a la solicitud de pagos.

Solicitud de pagos
Año 2004



Horas de atención profesional

La falta de recursos humanos actúa como barrera ya que reduce la franja horaria de atención limitando de esta manera las posibilidades de las personas de concurrir al CAPS.

Por otra parte, la necesidad de que los medicamentos sean prescritos por profesionales médicos, no pudiendo ser reemplazados estos por otro tipo de personal, condiciona más la llegada de los medicamentos a los beneficiarios.

En este punto cabe aclarar que en el presente estudio existe un sesgo de población ya que los entrevistados corresponden a beneficiarios que concurren a los CAPS excluyendo a aquellos que no obteniendo atención médica en los centros de salud consultaron en los hospitales o, en última instancia, no lo hicieron.

Falta de entrega de medicamentos

Con un 5% a nivel nacional resulta casi despreciable en el contexto de las barreras de acceso. Los dos incumplimientos que conforman este grupo adoptaron idéntica proporción.

Barreras de acceso no tipificadas

Aquí se incluyen los problemas referidos al acceso geográfico, la falta de entrega de algún medicamento prescripto, la dificultad de los beneficiarios para obtener turnos (hora de concurrencia y tiempo de espera) y el trato recibido por parte de los responsables de los CAPS¹.

Responsabilidades

Del personal de los CAPS

Es responsabilidad del personal de los CAPS conocer los lineamientos de Remediación, procurar no cometer errores en su desarrollo y demandar asesoramiento al Programa cuando lo consideren conveniente.

Por otro lado es fundamental, una vez que se hayan señalado infracciones, que se comprometan con la resolución de dichos inconvenientes. Para ello es necesario que adopten las medidas oportunas para corregir tales situaciones y que establezcan una comunicación fluida con la UEC² a través de los descargos que les son requeridos.

Del Programa

Los funcionarios de Remediación debemos dirigir nuestros esfuerzos en resolver con la mayor celeridad posible las situaciones problemáticas que emergen en los centros de salud. Entendemos que, cuando se tratan temáticas delicadas como el

acceso de la población a los medicamentos, el "tiempo es oro" y el desenlace repetido: privación del derecho a la salud de los que más necesitan.

Ante la detección de incumplimientos debemos acudir y orientar a los responsables. Y ante la ejecución de acciones como una suspensión o una baja, haremos un seguimiento estricto a fin de revertir tal circunstancia y reestablecer la entrega de botiquines. Además, como se señalara anteriormente en este artículo, la

venta de medicamentos del Programa constituye un delito y como tal será penado por la ley³.

Finalmente, y teniendo en cuenta que la falta de información funciona como barrera de acceso, Remediar extenderá los alcances de sus campañas de difusión para que todos los individuos cubiertos por el Programa sepan de su existencia y se acerquen a su CAPS más cercano con el fin de ingresar a la red de salud.

¹Para más información ver Boletín PROAPS-REMIAR N° 17. Artículo ¿Conocemos realmente al beneficiario de Remediar?

²Unidad Ejecutora Central.

³Desde la implementación de Remediar se han detectado tres casos de comercialización de medicamentos. Todos ellos están siendo investigados por la Justicia.

Concurso Nacional de Experiencias de APS

Subgerencia de Comunicación, Participación y Reversión de Recursos Humanos

La convocatoria que hicimos para que los compañeros de los CAPS nos relataran sus experiencias en APS fue un éxito. Alrededor de 1000 relatos mostraron la inquietud de quienes ponen el pecho a las balas en la trinchera del Primer Nivel de Atención de la Salud (PNA). Hubo que discernir acerca de los trabajos que no se ceñían al marco de la convocatoria. Un comité de admisión, rechazó trabajos que presentaban las siguientes características:

- Ser proyectos y no relatos.
- No observar los requisitos que hacían al anonimato de los autores.
- Los que no observaron la extensión de los mismos.

El error más frecuente entre quienes fueron rechazados era el correspondiente a la no interpretación de lo que es un relato. Gran cantidad de participantes, mandaron buenos proyectos que no estaban previstos en esta convocatoria. Por lo que no fueron admitidos. Aún dentro de los relatos, hubo autores que establecieron un formato de presentación mediante una supuesta metodología que no hizo más que complicar la interpretación de los mismos.

Había que seleccionar 200 trabajos y de ellos menciones de honor, correspondientes a cada una de la provincias de nuestro país. Un jurado compuesto por los integrantes de la CAI, (Comisión Asesora Intersectorial), conformada por OPS, UNICEF, Cáritas, Cruz Roja etc., fueron los responsables de la categorización pretendida. Ardua resultó la tarea.

No obstante, la calidad de las propuestas, aún las no premiadas, nos evidencian que lo que creemos es lo más parecido a la verdad. El desafío a futuro va a ser la Planificación Participativa de lo atinente al PNA.

Nuestro compromiso a futuro es seguir profundizando en lo que definimos como jerarquización del PNA.

Capacitar a los componentes de los CAPS en:

- Formulación de proyectos.
- Metodología de la investigación.
- Planificación estratégica.
- Planificación participativa.
- Participación comunitaria.

El objetivo es el producir las normas y procedimientos para los CAPS, con la participación activa de los mismos.

Queremos pasar al olvido la práctica de la norma nacida en un escritorio...

Evento en Mar del Plata

El pasado 7 de abril se realizó en el Hotel Luz y Fuerza de la ciudad de Mar del Plata, la "I Jornada Nacional sobre Experiencias en APS" en el marco de la cual se entregaron los 200 premios y las 24 menciones de honor del Concurso Becas de Estímulo antes citado.

Concurrieron 426 representantes de las provincias, autores de los trabajos premiados, sumándose también los funcionarios responsables de REMEDIAR en las provincias y los Médicos Comunitarios de Mar del Plata y cercanías.

Se trató de una jornada de intenso trabajo, que comenzó con las palabras de bienvenida de la Dra. Graciela Ventura, Coordinadora General del PROAPS-REMIAR.

Palabras de bienvenida de la Dra. Graciela Ventura



Seguidamente se inició la actuación del grupo "Los Calandracas" (teatro para armar), cuya finalidad en el evento era actuar como disparador de profundas reflexiones acerca de las "oportunidades perdidas" en nuestro sistema de salud lo que originó la participación activa del auditorio. A través de una situación de grotesco y humor se intentó reflejar la realidad de la sala de espera de un hospital y luego se invitaba a los asistentes a modificar esta situación "actuando" en el escenario con los actores. Así participaron:

una médica pediatra y una enfermera, con aplausos y risas del auditorio.

"Los Calandracas" (teatro para armar)



Se pasó así de una situación real, a una ideal, para finalmente conformar un escenario posible, al alcance de la actividad cotidiana de los centros de salud.

Fue relevante la participación activa de los asistentes (siempre había manos levantadas pidiendo la palabra) y todos compartían comentarios, críticas y realidades de sus centros de salud. Muchas de las exposiciones fueron espontáneamente aplaudidas por el resto de los asistentes.

Por la tarde se trabajó en talleres grupales de reflexión e intercambio, tomando como consigna disparadora la lectura de los principios que rigen la Atención Primaria de la Salud y confrontándolos luego con su realidad de todos los días, obstáculos, facilitadores para su cumplimiento, llegando finalmente al plenario con el producto de un lema construido por cada grupo que reflejaba sus expectativas acerca de la APS. Algunos de ellos fueron "APS: llegar antes", "APS: luchemos por la salud que nos merecemos", "la Salud es un derecho un bien colectivo, responsabilidad de todos." "APS puede derribar barreras".

Trabajando en un taller



Previamente al evento se convocó a los premiados a presentar un afiche en cartulina que representara el trabajo premiado, con ellos se realizó una exposición en paneles que fue visitada durante todo el día por los presentes. Sorprendió gratamente la dedicación y creatividad puestas en la preparación de los afiches, la mayoría de ellos describió la identidad local de las distintas provincias exhibiendo rasgos típicos y folklóricos.

Exposición de afiches de los trabajos premiados



Al finalizar la Jornada los participantes evaluaron el trabajo realizado a través de una encuesta, expresaron su abierto apoyo a la realización del mismo, destacando los siguientes aspectos: "el compartir experiencias y momentos inolvidables", "un renovado compromiso de trabajar por la gente", "el intercambio con otras realidades del país", "diversidad cultural para abordar la misma problemática", "muchas emociones, alegría y ganas de seguir trabajando en APS", "que no somos los únicos", "de a poco se puede cambiar", y muchas más.

Desde el momento del inicio del viaje en sus respectivas provincias, los participantes se sumaron a un espacio de socialización permanente, interactuando primero con sus compatriotas y luego con los del resto del país. Algunos de los premiados nunca habían viajado a Mar del Plata ni conocido el mar, lo que sumó expectativa y emoción al encuentro.

En un acto emotivo e informal se entregaron los doscientos premios, con intensos aplausos de las delegaciones que acompañaban a los premiados. Por la noche se compartió una cena-show, con verdadero clima festivo, en la cual dirigió la palabra el Ministro de Salud y Ambiente de la Nación y entregaron las menciones de honor los Ministros de Salud provinciales. Todo concluyó con baile hasta la madrugada en que se inició el regreso a sus lugares de origen.

La concreción de este evento fue para el equipo de REMEDIAR un logro significativo, que nos permitió unirnos una vez más en busca de un objetivo común, que consideramos se cumplió con creces: el conocer y homenajear a esos compañeros que trabajan todos los días en los centros de atención primaria de la salud por un país mejor.

El Ministro de Salud y Ambiente Dr. Ginés González García, junto a los participantes que recibieron Mención de Honor



Menciones de Honor

Nombre del trabajo	Seudónimo	Autor	Provincia	Localidad
I.R.A.		Alva Ulises	Bs. As.	Moreno
Desde el ocultamiento a la integración	20 Esperanzas	Ventura Daniel , Iervasi Luis , Santiago Bárbara , Fontan Mariela , Tasat Viviana , Castelli M. De la Paz	Capital Federal	Capital
Talleres de reflexión sobre sexualidad y procreación responsable	Grupo: Vida Plena	Dominguez Gerardo Diego, Lagoria Ana Fernanda, Di Giovanni Ana Verónica	Catamarca	Capital
Por un barrio saludable y una comunidad sana	Pioneros	Narváez María Soledad, Buittoni Alfredo N., Gómez Marta, Merlo Rosa, Candia Rosa , Melgarejo Dario , López Antonia, Chamorro Yanina, Medina Julia, Rolón Francisco , Montiel Susana , Atienza Pabla	Chaco	Resistencia
Manos a la obra	Porsalut	Saez, Normaelia, Balboa- Edita, Violi, Norma	Chubut	Trelew
Trabajo Comunitario de Promoción y apoyo a la Lactancia Materna	Alfalfa	Aguirre Wilde René ; Berardo Delma María	Córdoba	San Basilio
Ahora sí somos un Caps y algo más...	Todos	Pérez Gustavo Alfredo, Varela Sonia Elizabeth , Soto Cristina Liliana , Lencina Ana María , Revollar Ochatoma Rolando , Morales Mirta Graciela , Correa Rolando	Corrientes	Riachuelo
Que la sangre no llegue al río	Pedro Canoero	Alva - Leandro Ramon	Entre Rios	Aldea Brasileira
Acciones de Prevención y Promoción	Vivencias	Lezcano Delicia, Riveros Marta	Formosa	Villa Gral. Güemes
Creación del Servicio Materno Infantil para Control de Niño Sano desde su Concepción	Miski Wawa (Dulce Niño)	Fernandez Rosa Edith, Pereryra María, Lanza Guillermina Irma, Mamani Delia, Guanuco Miriam, Reynoso Beatriz, Cari Rosa, Cáceres Antonia, Vilte Raúl	Jujuy	Santa Bárbara
Entre el ideal y la realidad : la familia ante todo	Health Agent	Castello Selva, Haberkorn Alicia, Marin Daniela	La Pampa	Alpachiri
Campaña masiva y económica contra la pediculosis	Pituileña	Aguirre Karina, Maza Alfredo , Caniza Elena , Olima Nicolasa Elba	La Rioja	Famatina
Historia de un Caps	Las cuyanitas	Godoy - Irma Patricia ; Miranda Gabriela	Mendoza	Tunuyan
Un buen remedio: la sonrisa	Dr. Mbya/Guarrani	Salvatore - Fernando Alberto	Misiones	Fracran
Hay salud después de los 50	Girasoles	Cárdenas Gerardo, Mendoza Silvia , Garrido Armas Dámasa , Bayguán Veronica , González Timoteo	Neuquén	Plottier
El control de embarazo, un desafío. Una propuesta de organización	Sumando	Puga ,María Marta,Garcés, Blanca, Cheuqueman Esther, Soria María Esther, Petroff Gloria, Ulloa Claudia	Rio Negro	San Carlos de Bariloche
Un largo camino para lograr un parto seguro	Sueño de un presente mejor	Diaz Edmundo, Dorán Gabriela	Salta	Iruya
La atención primaria de la salud y el programa Remediar	Cary	Barroso Víctor	San Juan	Ullum
Acciones de Prevención y Promoción	Pire	Rabal Martha, Merigo Sergio, Lucero María E., Castañon Mirtha, Paredes Lillian, Mora Alicia, Vela Andrea, Panza Vilma, Álvarez Edith S., Bongiovanni Raúl, Agüero Gloria, Domínguez Susana	San Luis	Villa Mercedes
Red de Prevención de la violencia de género	karken Yenu	Silveti Eliana	Santa Cruz	Las Heras
Construyendo y participando salud entre dos culturas	Tacuarita	Gastaldi María Gabriela , Kreiman Miriam , Lifschitz Olga	Santa Fe	Rosario
Solidaridad	Solidaridad	Villa - Hernán Fortunato	Santiago del Estero	Choya
Estudio de un brote en la ciudad de Ushuaia: Cimex Lectularius	TDF	Alice Andrea, Martínez Liliana	Tierra del Fuego	Ushuaia
El perjuicio del basural mas grande de Tucumán	Guardianes de la salud	Córdoba Graciela y Alcaraz Patricia, Colaboradores: Argañaraz Angélica , Correa Ramona , Vera M.Eugenia , Díaz Inés , Brito Yolanda , Reynoso David , Tonti Sandra	Tucumán	Capital

“El Dúo dinámico”

- Relato premiado -

Elba Sonia Morresi (enfermera), Alberto Flores (chofer de ambulancia) - Sala de Primeros Auxilios Chasicó, Localidad Chasicó, Provincia de Buenos Aires.

Voy a referirme a experiencias vividas en una pequeña comunidad que se encuentra situada al sudoeste de la Pcia. de Buenos Aires, a 70 Km. de ruta *casí intransitable* de Bahía Blanca y a 50 Km. de *tierra* de Tornquist, cabecera del distrito al que pertenece.

Un pueblo de aproximadamente 250 habitantes, con amplia zona rural (un radio de 40 Km.) y que además recibe a habitantes de localidades vecinas pues cuenta con los tres niveles educativos, cooperativa eléctrica, teléfono, correo, pileta municipal, escuela de fútbol y “la sala médica” a la que concurre personal médico una sola vez por semana y por el período de dos “cortas” horas pero en la que viven un matrimonio conformado por: “la enfermera y el chofer de la ambulancia”. El chofer es mi marido, la enfermera soy yo y quiero comentarles experiencias, vivencias, sentimientos, a manera de iniciar un diálogo que permita comunicarnos más allá de cajas de remedios, formularios y papeleos.

Hace 18 años llegué a este lugar, tenía sólo 20 de edad, me acompañaba mi esposo y la pequeña Helena de menos de un año de vida... Cuando recuerdo aquellos primeros días, meses y hasta años no puedo menos que sonreír al traer a la memoria las miradas de desconfianza y duda con la que me observaban los pobladores y vecinos,... aún más los eventuales “pacientes”. Es comprensible, era difícil confiar la salud en manos de extraños, y más difícil aún ganarse la confianza de esas personas en una salita que aunque no tiene grandes dimensiones resultaba enorme, inmensa, eterna... sumergida en la inmensidad que le daba la ausencia *casí* total de insumos básicos, de remedios, ni siquiera lo más elemental,... ah! y una ambulancia que dejaba muchísimo que desear.

Sin embargo, con mi compañero nos pusimos manos a la obra y sin saber cómo, nos encontramos levantando heridos en el medio del campo, curando serias lesiones físicas, colocando sueros para evitar el “shock”, asistiendo con oxígeno a un intoxicado, aplicando dexametasona a una picadura de abejas, trasladando urgentemente a una joven picada por una “viudita negra”, llevando urgentemente a accidentados de la ruta 35, haciendo masajes torácicos dentro de la ambulancia desesperados para que nuestro paciente cardíaco pueda llegar a Tornquist o a Bahía, aliviando fuertes dolores de enfermos terminales de cáncer, asistiendo a personas indigentes no sólo en lo médico, acompañando ancianos que viven solos, calmando a padres primerizos ansiosos y preocupados por sus bebés, cumpliendo con campañas de vacunación por toda la zona, revisando y autorizando la entrada a la pileta, improvisando insumos para inmovilizar a un muchacho que había caído de un árbol utilizando tablas y chapas que encontramos en el medio del campo,... tantas cosas,... hasta atender el parto de “Sabrina”, una joven de 17 años con la enorme valentía que merece un párrafo aparte.

Una madrugada fuimos despertados por la voz alerta y nerviosa de la mamá de Sabrina que nos decía que había llegado el momento, que ya iba a dar a luz. Salimos en la ambulancia hacia el hospital interzonal que se encuentra en Bahía Blanca pero..., a mitad de camino... la joven ya no podía más, el esfuerzo la estaba llevando al límite de sus fuerzas, el niño ya asomaba su cabecita sin querer salir del vientre de su madre, lo retenían dos vueltas de cordón... su madre me pedía ayuda, sin dudarle quité las circulares del cordón y al instante el pequeño fue expulsado al mundo pero,... el sufrimiento fetal había sido importante y ya no quería respirar... Con masajes en los pies, en la pequeña espalda y soplidos en la boca y en la nariz logramos el llanto de...

Ahí, entre llantos de bebé, risas llenas de lágrimas, la

enorme e intensa emoción que sentimos con mi marido que intentaba mantener la calma y conducir la ambulancia hacia el hospital, comprendí, me di cuenta que Sabrina y todos las personas que atendemos por estos días ya no son nuestros “pacientes”, son nuestros “amigos”, han pasado muchos años casi sin darme cuenta, ya no somos la enfermera y el chofer de la ambulancia, somos “el dúo dinámico”,... en el pueblito y en la zona nos han coronado con título máspreciado por quienes trabajamos en salud: “la confianza, la amistad y el amor”... Hemos logrado compenetrarnos en la realidad de ese lugar y nos hicimos carne en cada uno de quienes nos han necesitado reconociendo en nuestra profesión un vínculo imprescindible e indispensable entre el cuerpo y el alma.

Claro que la sonrisa desaparece de mi rostro cuando intento poner en palabras las innumerables sensaciones de impotencia que recorrieron mi mente y mi corazón en situaciones en las que un simple medicamento a mano hubiera evitado inconvenientes mayores, viajes urgentes a las ciudades vecinas, corridas, momentos de desesperación, sufrimiento de nuestros pacientes amigos, negativas ante algún pedido de alivio, desazón, angustia,... Aprendí que sólo con la voluntad **no** alcanza.

A pesar de que a todo el mundo eso ya casi nos parecía “natural” y que había que arreglárselas con lo que había y como se podía, yo no perdía la esperanza de que en algún momento las condiciones cambiaran y la mirada de quienes toman las decisiones en nuestro país sobre la salud se fijaran en *todos* y en *cada uno* de los habitantes que como dice la Constitución tienen derecho a la salud, en iguales condiciones y posibilidades.

Cuando estaba a punto de bajar los brazos y dejar que la resignación abatiera mi ánimo, las estanterías de la sala comenzaron a llenarse de medicamentos, muchos y muy necesarios que provenían del **Programa Remediar** y una pequeña luz comenzó iluminar mi mente evitando que todo se oscureciera, junto a la fuerza de hacer “todo a pulmón” empecé a sentir, por primera vez que no estamos solos, que pertenecemos a una estructura mayor y que ahora, nos está acercando la mano.

El surgimiento del **Programa Remediar**, si bien no es la solución a todos los problemas de salud de nuestro país ni mucho menos de pueblitos como éste, ha resultado ser una bisagra en el pequeño gran mundo que encierra la sala médica en la que trabajo. De repente estiro mi mano y encuentro el remedio simple o complejo que necesito para cada una de las situaciones que se me presentan y que muchas veces, como ya les he contado son más que complejas. Además, hasta en lo más sencillo, ahora puedo ver como la mayoría de quienes acuden por mi atención pueden irse a sus casas con los antibióticos para sus hijos, antialérgicos, gotas para los ojos, dilatadores para los broncoespasmos, etc., etc.

De pronto siento que “El dúo dinámico” tiene posibilidades de seguir luchando, asistiendo y acompañando a los habitantes de este pueblo que se ha convertido en **nuestro lugar en el mundo**, sin sentir el peso enorme de la angustia, la negatividad y la impotencia que producen la falta de insumos básicos y medicamentos.

Tal vez, “Argentina” tenga chances de dejar de ser un cuerpo “mutilado y enfermo” por los años de abandono y de desidia de quienes debían tomar decisiones políticas justas y acertadas para convertirse, paso a paso en un país íntegro y sano en el que cada uno de sus habitantes tenga las mismas posibilidades y oportunidades de salud en cada uno de los rincones y “**salitas**” de su tierra.

