

Epidemiología y Salud

Vol. 2, Nº 3, Junio 2015



Brote escolar de gastroenteritis aguda por *Salmonella typhimurium*

La investigación de este brote demuestra la importancia de la colaboración de las propias empresas de alimentación con el departamento de Salud Pública para conocer el origen y sus posibles factores.

Jaume Giménez Durán, Columnista experto, Palma de Mallorca, España.
Sección Artículos originales, pág. 11

Revista

Epidemiología y Salud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



BUENOS AIRES SALUD

BA

Gobernación de la Provincia de Buenos Aires

D. Daniel Osvaldo Scioli
Gobernador

D. Juan Gabriel Mariotto
Vicegobernador

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Ministro de Salud
Dr. Alejandro Collia

Jefe de Gabinete
Dr. Pablo Garrido

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

Subsecretaría de Planificación
de la Salud
Dr. Alejandro Costa

Subsecretaría de Atención
a las Adicciones
Dr. Carlos Sanguinetti

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

Subsecretaría de Control Sanitario
Dra. Silvia Caballero

Subsecretaría Administrativa
CPN Gerardo Daniel Pérez

Dirección Científica
Dr. Nery Orlando Fures

Coordinación General
Dra. Yamila Comes

Coordinador del Comité Editorial
Dr. Arnaldo Medina

Comité Editorial
(en formación)

Dr. Sergio Alejandre
Dr. Andrés Bernal
Dr. Alejandro Costa
Dr. Sergio Oris Del Prete
Dra. Mariana B. Duarte
Lic. Mariana Juárez

Asesores Científicos

Dr. Enrique Vázquez
Dr. José Moya

Comité Científico
(en formación)

Dra. Graciela Abriata
Dr. Mario Borini
Dr. Jorge Chaui
Dr. Gustavo Carlos Jaluf
Dr. Guillermo Macías
Dra. Adriana Moiso
Dr. Luis Quadrelli
Dr. Rubén Trepicchio
Dr. Alejandro Wilner



Rafael Bernal Castro
Presidente

Rosa María Hermitte
Directora

Andrés Bernal
Coordinador General

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

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11723. Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de sus firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin previa autorización por escrito de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Impreso en Junio 2015 en Dirección Provincial de Impresiones del Estado y Boletín Oficial (DPIEBO), Calle 3 y 523, Tolosa, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Revista

Epidemiología y Salud

Vol. 2, Nº 3, Junio 2015

Novedades

La salud de Buenos Aires..... Pág. 5-10

La mitad de los traumatismos se producen por agresiones y lesiones de tránsito..... Pág. 5

Scioli entregó un dispensario de medicamentos para la unidad de pronta atención de Los Hornos..... Pág. 6

Disertación del viceministro nacional de Salud Dr. Mario Rovere en la Jornada de bienvenida a los ingresantes 2015 al Sistema de Residencias..... Pág. 7

La Provincia realiza una encuesta para detectar a tiempo el cáncer de colon, uno de los más frecuentes..... Pág. 8

Noticias breves..... Pág. 10

Artículos originales

Brote escolar de gastroenteritis aguda por *Salmonella typhimurium*..... Pág. 11

Prevalencia del dolor en pacientes ingresados en un hospital de atención terciaria..... Pág. 15

Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños..... Pág. 19

La colaboración entre médicos de familia y especialistas: vacío de conocimientos y necesidades de investigación..... Pág. 25

Epidemiología de la depresión posnatal..... Pág. 30

Red Científica Iberoamericana

Informes

El acompañamiento terapéutico como estrategia de salud pública..... Pág. 34

Entrevistas

Diferente abordaje del infarto de miocardio en el entorno de la salud pública o privada..... Pág. 36

La adhesión al tratamiento de la osteoporosis..... Pág. 39

Instrucciones para los autores

Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA)..... Pág. 41

Congresos

Eventos recomendados por SIIC



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

Imagen de tapa: Carlos Orduña Barrera, «Los amigos», óleo sobre tela, 2005.

Interior: pág. 34 - Mónica Ozámiz Fortis, «Manos», óleo sobre tela, 2011.

Novedades

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

► La salud de Buenos Aires

Principal causa de muerte joven

La mitad de los traumatismos se producen por agresiones y lesiones de tránsito

Así lo revela un estudio hecho por el Gobierno de la Provincia y la Fundación Trauma sobre 14 000 casos atendidos en nueve hospitales públicos. Los hombres triplican a las mujeres. Los traumatismos son la tercera causa de muerte en la población general y la principal en menores de 45 años.

Un estudio sobre 14 000 personas con lesiones traumáticas atendidas en hospitales de la Provincia de Buenos Aires reveló que el 47 por ciento había sufrido las heridas en accidentes de tránsito o como consecuencia de agresiones. Los hombres, tres veces más que las mujeres. Entre los menores, en cambio, la mayor parte de los traumas (un 37 por ciento) se produjeron por caídas.

Los datos son parte del seguimiento que llevan adelante el gobierno de

la Provincia de Buenos Aires y la Fundación Trauma en nueve establecimientos públicos provinciales durante los últimos cinco años.

El 13 de junio, en la Casa de la Provincia de Buenos Aires, los referentes del ministerio de Salud y de la Fundación presentaron las nuevas cifras de lesiones traumáticas, que constituyen la principal causa de discapacidad y muerte joven.

Además de dar a conocer la estadística actualizada, el director provincial de Hospitales de la Provincia, Claudio Ortiz, anunció que a los hospitales que vienen trabajando en el registro de los traumatismos, se acaban de sumar otros tres centros, por lo que la red quedará integrada por 12 establecimientos. Se trata de la UPA Trauma, de Lezama (ubicada sobre ruta 2 en dirección a Mar del Plata), y los hospitales provinciales Alejandro Korn, de Melchor Romero, y Alende, de Mar del Plata.

Las lesiones ocurridas en accidentes de tránsito, sobre todo las que afectan a motociclistas, son las más frecuentes: constituyen el 24 por ciento de todos los traumatismos. En segundo lugar, aparecen las agresiones, con el 23 por ciento de los casos analizados. En este último grupo se incluyen los hechos de violencia de género, familiar y las peleas callejeras. *“Muchas de estas últimas, también son una derivación de conflictos en el tránsito, que suelen comenzar con un insulto, para pasar a las manos y ter-*



Dr. Jorge Neira, presidente de la Fundación Trauma; Sergio Alejandro, viceministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Claudio Ortiz, director provincial de Hospitales.

minar en el hospital”, explicaron los especialistas.

A la hora de clasificarlas por sexo, se observa que los varones triplicaron en cantidad a las mujeres que concurren a los hospitales por traumatismos.

Tropezones y caídas

De un árbol, de una escalera, de la cama cucheta, de la mesa y hasta de una cornisa, son las caídas de los niños, quienes suelen ser “temerarios” a la hora de explorar, y en

un segundo de descuido pueden terminar en el hospital. Los expertos, reunidos en la Casa de la Provincia de Buenos Aires, también llamaron la atención sobre el cuidado de los niños, porque el 37 por ciento de los ingresos a hospitales pediátricos por traumatismos son producto de caídas.

Alrededor del 5 por ciento de las lesiones traumáticas (incluidos golpes, fracturas, cortes, quemaduras y asfixia, entre otros casos) resultaron mortales. Sin embargo, enfatizan los especialistas de la Fundación, si una persona circula a pie por la vía pública, *“el riesgo de morir se duplica”*. De hecho, el estudio reveló que tanto en adultos como en niños, las muertes de peatones en la vía pública ascienden al 11 por ciento del total de muertes por traumatismos.

“Este registro, que fue un pedido puntual del gobernador Scioli para trabajar en la reducción de la muerte joven, nos permite decir que detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer en todas sus formas, los traumatismos son la tercera causa de muerte y la principal entre los menores de 45 años”, advirtió el ministro de Salud de la Provincia, Alejandro Collia.

Además, el ministro volvió a llamar la atención sobre la falta de prudencia al conducir, *“porque por lo general los traumatismos y los hechos más trágicos en el tránsito no son accidentes, sino hechos que se pueden prevenir si se*

respetan las velocidades máximas, si se usa casco o cinturón de seguridad y si se le da prioridad a los peatones”, enfatizó Collia.

En la presentación, el director provincial de Hospitales, Claudio Ortiz, explicó también que el Programa Trauma integra una red “única en el país”, conformada por nueve centros estratégicamente ubicados para medir el impacto de los traumatismos en la provincia, a los que se sumarán los otros tres anunciados.

Al día de hoy aportan información a ese registro los hospitales Erill, de Escobar; San Martín y Sor María Ludovica, de La Plata; San Roque, de Gonnet; Simplemente Evita, de La Matanza; Güemes, de Haedo; Eurnekian, de Ezeiza; El Cruce, de Florencio Varela, y el sistema de Emer-

gencias Sanitarias con sede en Ensenada. Por su parte, el viceministro de Salud, Sergio Alejandro, quien abrió la jornada junto al presidente de la Fundación Trauma, Jorge Neira, explicó que los traumatismos constituyen una enfermedad “endémica y grave para la salud pública”, porque “provocan altos niveles de discapacidad, pérdida de años laborales, con sus consabidas consecuencias para la familia, enormes gastos sanitarios y miles de muertes prematuras”. Agregó, no obstante, que “lo bueno es poder contar con un registro como éste, y extenderlo más allá de la provincia, para poder realizar una correcta intervención desde el Estado”.

De la presentación participó también la doctora Laura Bosque, referente de la Fundación Trauma.

.....
Inversión de dos millones de pesos

Scioli entregó un dispensario de medicamentos para la unidad de pronta atención de Los Hornos

El gobernador Daniel Scioli visitó la Unidad de Pronta Atención (UPA) de la localidad de Los Hornos, en La Plata, para entregar un dispensario de medicamentos, una inversión de dos millones de pesos que será de utilidad para la entrega de fármacos y tratamientos a los más de 100 pacientes que se atienden por día en ese establecimiento provincial.

El dispensario es, a simple vista, una especie de heladera donde se ordenan los medicamentos. Pero en realidad es una máquina de última generación que permite un mejor control de los fármacos y la optimización de su uso. Para acceder a ellos es necesario ingresar el nombre del paciente, el número de historia clínica y la identificación del enfermero que los retira.

El dispensario permite detectar automáticamente la disminución del stock disponible y, en caso de que el paciente tenga obra social, la UPA recupera su costo.

“En 2013, los hornenses cumplieron el sueño de tener un hospital cerca, un reclamo que venían haciendo desde hace años”, dijo el ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Alejandro Collia, quien acompañó al gobernador durante la recorrida, junto al intendente de La Plata, Pablo Bruera. Y agregó que *“es nuestro gobernador el que trajo esta idea y la puso al servicio de los vecinos: un hospital de complejidad intermedia, abierto día y noche todos los días del año”.*

El gobernador Scioli confirmó que en lo que queda del año se construirán otras 11 UPA24 que estarán ubicadas en Berazategui, Tres de Febrero, Moreno, José C. Paz, Zárate, Florencio Varela, Quilmes, General Pueyrredón, General Rodríguez, General Madariaga y La Matanza.

Desde su apertura el 11 de octubre de 2013, la UPA de Los Hornos atendió 71 008 consultas. De las nueve que ya se inauguraron en distritos bonaerenses, es la única



De izquierda a derecha, Pablo Bruera, intendente de La Plata; Alejandro Collia, ministro de Salud; Daniel Pérez, jefe de gabinete provincial y Daniel Scioli, gobernador de la Provincia de Buenos Aires.

con servicio de Odontología, en el que ya se atendieron 5 220 pacientes.

Con una zona de influencia que abarca a unos 100 000 habitantes, la UPA Los Hornos está emplazada sobre Avenida 66, entre 151 y 153. Su creación respondió a un pedido de vecinos autoconvocados, que se habían organizado bajo el lema “cien mil hornenses por el hospital”. La UPA de Los Hornos es la sexta unidad, de un total de nueve ya inauguradas en barrios con alta densidad poblacional, que el gobierno de la Provincia de Buenos Aires construyó en diferentes distritos para facilitar el acceso a los servicios de salud.

Este hospital intermedio posee un *shock room* totalmente equipado, consultorios para la atención de niños y adultos, sala de observación pediátrica y de adultos, servicio de diagnóstico por imágenes, sala de rayos, sala de suturas, farmacia, enfermería, área de depósitos y mantenimiento. También cuenta una ambulancia cero kilómetro enviada por el gobierno nacional.

Abarca 995 metros cuadrados, y también dispone de ocho

camas de observación (cuatro para adultos, cuatro pediátricas) en dos salas amarillas y dos camas en el *shock room*. Está equipada con cuatro respiradores, ocho monitores multiparamétricos, un ecógrafo, tres electrocardiógrafos, ocho bombas de infusión, dos desfibriladores, un equipo

de rayos X fijo digital y un equipo de rayos X portátil. De la recorrida e inauguración del dispensario también participaron el jefe del Gabinete de Ministros, Alberto Pérez, la directora general de Cultura y Educación, Nora de Lucía, y el gabinete del Ministerio de Salud.

Más de 300 residentes ingresaron al Sistema de Residencia dependiente de la Región Sanitaria XI

Disertación del viceministro nacional de Salud Dr. Mario Rovere en la Jornada de bienvenida a los ingresantes 2015 al Sistema de Residencias

El Hospital Zonal Especializado en Crónicos El Dique, de Ensenada, fue sede de la Jornada de recepción al Sistema de Residencia de la Región Sanitaria XI donde se dio la bienvenida a los más 300 ingresantes a las residencias que se integran a la Provincia de Buenos Aires.

La apertura estuvo a cargo del director ejecutivo del Hospital Descentralizado Región Sanitaria XI, Dr. Nery Fures; el director de Capacitación de Profesionales de la Salud, Dr. Juan Castelli; el Responsable Regional de Residencia de la Región Sanitaria XI, Dr. Jerónimo Chaparro, y contó con la participación especial del viceministro de Salud Nacional, Dr. Mario Rovere.

En su discurso de bienvenida, el Dr. Fures, director de la Región Sanitaria XI, destacó el Sistema de Residencia y manifestó que *"queremos poner en valor la formación en residencia que se desarrolla desde el Estado, como una parte del cambio de paradigma que se viene poniendo en práctica en el modelo de atención en los hospitales, con la incorporación de los residentes"*, y agregó, *"la Región Sanitaria XI se encuentra compuesta por 18 municipios, 35 hospitales y 140 centros de salud que son parte del sistema, y que ustedes van a transitar; desde nuestra gestión venimos trabajando para que ustedes roten por el Primer Nivel de Atención y conozcan desde el inicio el sistema y se sientan parte para mejorarlo; apostamos y creemos en ustedes"*.

El director de la Región Sanitaria XI, también agradeció y destacó la presencia del flamante viceministro de Salud de la Nación, Dr. Mario Rovere, que en su nuevo cargo dio la bienvenida a los residentes, como es tradición todos los años.

"La salud empezó a ocupar actualmente un lugar importante en la agenda del Estado y no tenemos que retroceder sino avanzar", explicó el Dr. Rovere en su discurso y destacó el rol de la formación de los residentes en este nuevo escenario, con igualdad de oportunidades que



Nery Fures, director ejecutivo del Hospital Descentralizado Región Sanitaria XI; Mario Rovere, viceministro de Salud de la Nación; Juan Castelli, director de Capacitación de Profesionales de la Salud; Jerónimo Chaparro, responsable Regional de Residencia de la Región Sanitaria XI.

propicia actualmente el sistema estatal de residencias, donde todos tienen las mismas posibilidades de ingreso en la Argentina, a diferencia de otros países del mundo, en los que este nivel formativo es muy costoso. Por lo tanto, remarcó el fuerte compromiso que deben tener los residentes con este proceso, *"tenemos que rendir cuentas de nuestro servicio y obtener la satisfacción de los ciudadanos que se atienden en el sistema de*

salud público, porque van a trabajar con personas que tienen derechos".

El viceministro Rovere también destacó que el nuevo escenario se enmarca en las necesidades de la población, donde se presentan más problemáticas en enfermedades crónicas, por lo que el sistema sanitario necesita profundizar políticas que ayuden al cambio de conductas y autocuidado de la salud, *"donde nuestra población cuide y valore su propia salud"*, y agregó: *"propiciar un nuevo proceso educativo democrático que posibilite un efecto de contagio, como lo que se vivió ayer en la Argentina cuando la gente gritó ¡Ni Una Menos!"*.

Por su parte, el director de Capacitación de Profesionales de la Salud, Dr. Juan Castelli, manifestó que se incorporan hoy al sistema de la Región Sanitaria XI más de 300 residentes, que en un 70% vienen de las universidades públicas, con una importante vocación de servicio.

En tanto, el responsable regional de Residencia de la Región Sanitaria XI, Dr. Jerónimo Chaparro, se refirió a las políticas sanitarias regionales generales y, en particular, a la violencia institucional y los derechos humanos y salud. Posteriormente, realizó una introducción al sistema de residencias y el encuadre institucional. El objetivo de la jornada fue brindar un marco político sanitario e institucional a los ingresantes al sistema de residencias, que realizarán su formación en instituciones públicas de la Región Sanitaria XI.

Afecta a 4 800 bonaerenses por año

La Provincia realiza una encuesta para detectar a tiempo el cáncer de colon, uno de los más frecuentes

Diagnosticado en sus primeras fases es curable. Por ello, el Instituto del Cáncer inició una campaña en los hospitales públicos para diagnosticarlo a tiempo. Se trata de una encuesta de cinco minutos y, si hay respuestas que hacen sospechar la enfermedad, los pacientes son derivados a la consulta con un gastroenterólogo.

Cada año, unos 4 800 bonaerenses se enteran que tienen cáncer de colon, el segundo en orden de frecuencia detrás del cáncer de mama y a la par del de próstata. La buena noticia es que en el 90 por ciento de quienes se detecta a tiempo, se cura.

Por eso, el gobierno de la Provincia de Buenos Aires busca identificar a las personas en riesgo para que puedan obtener un diagnóstico cuanto antes. ¿Cómo? A los pacientes y familiares que concurren a los hospitales provinciales se les entrega una encuesta rápida y sencilla y, si las respuestas son "sintomáticas", se los deriva a una consulta con un gastroenterólogo que les hará un test sencillo para buscar sangre oculta en materia fecal y confirmar el diagnóstico.

El cáncer de colon es uno de los más fáciles de prevenir: hábitos como la actividad física regular y la dieta baja en grasas ayudan mucho. No obstante, sigue siendo uno de los que más se diagnostica después de los 50 años. Eso sí, advierten los expertos, suele ser silencioso, entonces habrá que hacerse controles periódicos para no descubrirlo cuando ya es demasiado tarde.

La campaña para lograr la detección temprana comenzó en los hospitales provinciales Rossi y San Martín, de La Plata, y pronto se extenderá a otros hospitales de la provincia, a través de un programa que lleva adelante el Instituto Provincial del Cáncer del Ministerio de Salud, con el impulso de la cartera sanitaria nacional en todo el país.

"Un simple test permite conocer si existen pólipos o adenomas, que luego pueden transformarse en células malignas", precisó el ministro de Salud de la Provincia, Alejandro Collia. Y recordó que desde hace tres años, por decisión del gobernador Daniel Scioli, *"pusimos en marcha el Instituto Provincial del Cáncer, en sintonía con el Instituto Nacional"*. La idea es promover campañas como la de detección temprana del cáncer de colon y generar políticas públicas que permitan arribar temprano a la detección y los tratamientos disponibles.

Son los promotores de salud, los médicos clínicos y los ginecólogos los que proponen la encuesta a sus pacientes o a los familiares que acompañan. Las preguntas son sencillas y apuntan a detectar si la persona tuvo o tiene síntomas gastrointestinales llamativos o predisposición a heredar la enfermedad.

"La información de la encuesta nos permite medir el riesgo de esa persona y, en tal caso, se lo deriva a un consultorio del servicio de gastroenterología del mismo hospital en el que está, sin

necesidad de sacar turno", precisó la titular del Instituto Provincial del Cáncer, Alejandra Fontao.

Una vez en el consultorio del gastroenterólogo se puede realizar un simple test de sangre oculta en materia fecal, que permite determinar si existen pólipos o adenomas que luego puedan derivar en células malignas.

Claudio Santos, uno de los especialistas del Instituto Provincial del Cáncer, dijo que las señales de alerta del cáncer de colon incluyen la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn, problemas proctológicos y hereditarios como la poliposis hereditaria y el síndrome de Lynch. No obstante, enfatizó: *"Como estas patologías son notablemente más frecuentes luego de los 50 años, quienes superan esa edad, también son convocados a realizar una consulta con el gastroenterólogo para realizar un examen inicial"*. Hasta ahora, explicó Santos, las personas se muestran predispuestas a completar la encuesta, que no lleva más de cinco minutos, y la mayoría accede a concurrir al consultorio para profundizar el diagnóstico.

Entre las pruebas para diagnosticar la enfermedad figura también la colonoscopia, un método que permite ver por dentro el intestino y verificar si existe o no alguna anomalía.



Campaña con realización de encuesta a pacientes y familiares en los hospitales públicos.

Hábitos que previenen el cáncer de colon

- Alimentarse con gran variedad de frutas y verduras
- Disminuir la ingesta de carnes rojas y grasas de origen animal
- Mantener un peso corporal adecuado
- Hacer ejercicio físico regularmente
- Evitar el consumo de tabaco
- No consumir bebidas alcohólicas en exceso
- A partir de los 50 años, realizar un control con un gastroenterólogo
- En caso de presentar antecedentes familiares de cáncer de colon o pólipos, conviene consultar con un médico, debido a que puede ser necesaria la realización de exámenes a más temprana edad.

Fácil de prevenir, pero frecuente

En nuestro país, el cáncer de colon es el segundo más común, luego del de mama y junto con el de próstata. Y aunque popularmente se cree que afecta más a hombres que a mujeres, se presenta casi con la misma prevalencia en ambos sexos. Los 4 800 nuevos casos que se detectan por año en la provincia constituyen el 35 por ciento de todos los tumores de colon que se diagnostican a nivel nacional; la gran mayoría, a partir de los 50 años. En su fase temprana, cuando el tumor es pequeño y está limitado a la pared del intestino, las posibilidades de curación superan el 90 por ciento.

Santos, quien además es referente del Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal en la Provincia de Buenos Aires, señaló que el *"cáncer de colon se produce por factores hereditarios y ambientales"*. Por eso, indicó que mantener hábitos de vida saludables, como la actividad física y la alimentación adecuada, disminuyen el riesgo de contraer la enfermedad. La evolución de este tumor suele ser lenta, y este dato es clave porque hace más probable su detección temprana, para lo cual es necesario consultar con el especialista al menos una vez al año a partir de los 50 años.

► Noticias breves

Ciclo de entrevistas científicas ACiSE

El infarto de miocardio en el sistema público y privado

La Coordinación Científica de la Fundación SIIC entrevistó al Dr. Ezequiel Zaidel (médico cardiólogo del Sanatorio Güemes y miembro del Consejo Argentino de



Exposición y entrevista del Dr. Ezequiel Zaidel, junto al Dr. Leonardo Gilardi, coordinador científico de SIIC

Residentes en Cardiología [CONAREC]) sobre el artículo titulado *Diferencias en el enfoque del infarto de miocardio en el sistema público y privado*, publicado en Revista CONAREC 29(122):343-348, 2013. La actividad se llevó a cabo el pasado 2 de diciembre de 2014 en la Biblioteca Biomédica SIIC. Consulte la entrevista completa escaneando el código CRR. Esta actividad se llevó a cabo en el marco del programa ACiSE para Residentes en Cardiología, el que se desarrolla a nivel nacional con el patrocinio exclusivo de Laboratorios Argentina. Más información: prensa@siic.info.



Salud(i)Ciencia



La distribución del nuevo número de la revista Salud(i)Ciencia, órgano oficial de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica, comenzó el pasado 1 de junio y prevé alcanzar a miles de profesionales de todas las provincias del país y de diferentes ciudades de América Latina e Iberoamérica. Para consultar la versión digital del volumen 21, número 2, escanee el código CRR.

La distribución del nuevo número de la revista Salud(i)Ciencia, órgano oficial de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica, comenzó el pasado 1 de junio y prevé alcanzar a miles de profesionales de todas las provincias del país y de diferentes ciudades de América Latina e Iberoamérica. Para consultar la versión digital del volumen 21, número 2, escanee el código CRR.



Inscripciones para profesionales en residencias

Fundación SIIC anuncia la apertura de la 1º Convocatoria 2015 para el registro de profesionales en formación en el programa ACiSE para Residentes de la Argentina (ACISERA). La convocatoria comenzará el próximo 6 de julio y se mantendrá vigente hasta el día 27 del mismo mes, inclusive, o bien hasta completarse los cupos. Profesionales residentes, concurrentes y becarios, jefes de residentes e

Instructores, pueden requerir el formulario de inscripción a acise@siic.info.

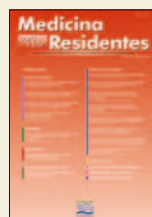
Programas ACiSE para profesionales de la salud y clientes

La Fundación SIIC y el Banco Nación de la Argentina acordaron la renovación anual del programa ACISE NACION, dirigido a profesionales de la salud clientes activos del banco. Las autoridades de ambas entidades destacaron la importancia de este programa, que cubre todas las provincias del país y beneficia con documentación de calidad a profesionales de la salud con desempeño en más de 1 100 instituciones públicas y privadas. La Unidad Coordinadora de este programa estima que a mediados de julio comenzarán las nuevas convocatorias nacionales para la incorporación de nuevos beneficiarios. Más información: acise-nacion@siic.info



Novedades en cardiología

El boletín Excelentes Residentes en Cardiología es producido por SIIC con la participación de CONAREC en la selección de contenido estratégico para residentes y jóvenes profesionales. El nuevo número presenta una selección de los ocho informes y las principales novedades de la especialidad en el bimestre, enlazados a Internet por código CRR. ACiSE para Residentes en Cardiología (ACISERA en Cardiología) es patrocinado de forma exclusiva por Laboratorios Argentina. Escanee el código para visualizar el boletín N° 10.



Con alta participación profesional

Medicina para y por Residentes Vol. 5 N° 2

Se editó un nuevo número de la revista *Medicina para y por Residentes*, dirigida a quienes se inician en el ejercicio de la profesión y a docentes. En la publicación del mes de mayo los comentarios científicos sobre artículos publicados superaron ampliamente los recibidos en anteriores ediciones, con un total de 41 recepciones. La distribución de este volumen comenzará en agosto próximo. Para consultar la versión digital escanee el código CRR.

Se editó un nuevo número de la revista *Medicina para y por Residentes*, dirigida a quienes se inician en el ejercicio de la profesión y a docentes. En la publicación del mes de mayo los comentarios científicos sobre artículos publicados superaron ampliamente los recibidos en anteriores ediciones, con un total de 41 recepciones. La distribución de este volumen comenzará en agosto próximo. Para consultar la versión digital escanee el código CRR.



Uso del Código Respuesta Rápida (CRR)

Proceda de la siguiente manera:

- Enfoque la cámara de su teléfono móvil del tipo *Smartphone* (u otro dispositivo de mano con cámara y GPRS) al CRR impreso, evite los contrastes de luz y obtenga una foto de él o simplemente aguarde unos segundos.
- El sistema lo llevará automáticamente a www.siicsalud.com.

Artículos originales

Brote escolar de gastroenteritis aguda por *Salmonella typhimurium*

School outbreak of acute gastroenteritis caused by *Salmonella typhimurium*

Jaume Giménez Durán

Médico, Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Consumo, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Antonia Galmés Truyols, Médica, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Consumo, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Ramón García Janer, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Consumo, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Francisca Bibiloni Guasp, Farmacéutica, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Consumo, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Antonio Nicolau Riutort, Médico, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Consumo, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/129180

Segunda edición, ampliada y corregida: 24/9/2014

Enviar correspondencia a: Jaume Giménez Durán, Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Consumo, 07010, Palma de Mallorca, España
jaumegd@gmail.com

➤ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Resumen

Se produjo un brote de gastroenteritis aguda por *Salmonella typhimurium* asociado con el consumo de hamburguesas en una escuela de verano, con una elevada tasa de ataque y un alto porcentaje de hospitalizaciones en el grupo de menor edad. Las edades de los niños expuestos oscilaban entre los 8 y los 16 años. Se produjeron 7 casos graves que requirieron ingreso hospitalario. Se propusieron dos hipótesis, que no pudieron ser verificadas, como origen del brote: contaminación en origen o durante el proceso de elaboración, con mayor probabilidad en la trituradora. Los factores causantes del brote podrían haber sido un tiempo excesivo de descongelación, el uso inadecuado de la temperatura, un tratamiento térmico insuficiente y deficiencias en la limpieza y desinfección de la máquina picadora de carne. No se pudo descartar un portador asintomático como origen de la contaminación, ya que no se procedió a la toma de muestras de heces del personal manipulador. La investigación de este brote demuestra la importancia de la colaboración de las propias empresas de alimentación con el departamento de Salud Pública (en este caso a través de la consultoría sanitaria) para conocer el origen del brote y sus posibles factores contribuyentes. Sin embargo, la falta de rigurosidad en los registros de los procesos de autocontrol dificulta la identificación de la fuente de contaminación y las posibles deficiencias en la manipulación o conservación de los alimentos.

Palabras clave: brotes de enfermedades, enfermedades transmitidas por alimentos, gastroenteritis, *Salmonella typhimurium*, epidemiología

Abstract

Outbreak of acute gastroenteritis (AGE) due to *Salmonella typhimurium* associated to the consumption of hamburgers in a summer boarding school with a high attack rate and a high percentage of hospitalizations among the youngest. The ages of the exposed children were between 8 and 16 years-old. There were 7 severe cases that required hospitalization. Two hypotheses, that could not be verified, were suggested as the origin of the outbreak: contamination in the slaughterhouse or in the elaboration process, more likely in the mincing machine. Excessive time of defrosting, temperature misuse, inadequate heat treatment, and deficient cleaning and disinfection of the mincing machine could have been the factors causing this outbreak. As stool sample of the food handlers were not obtained, an asymptomatic carrier as the source of contamination could not be ruled out. The investigation of this outbreak demonstrates the importance of collaboration of the food companies with the Department of Public Health (in this case through the health consultancy) in order to identify the outbreak source and possible contributing factors. However, the lack of rigor in the records of the processes made difficult to identify the source of contamination and possible deficiencies in the handling or storage of food

Key words: disease outbreaks, foodborne diseases, gastroenteritis, *Salmonella typhimurium*, epidemiology

Introducción

Las enfermedades transmitidas por agua y alimentos¹ constituyen un problema de alcance mundial, tanto en países desarrollados²⁻⁴ como en vías de desarrollo.⁵⁻⁷ Las gastroenteritis de causa alimentaria se ven favorecidas por el aumento del comercio internacional de animales destinados al consumo humano o de sus productos derivados.^{8,9} Estos intercambios pueden facilitar la dispersión de diferentes patógenos y dificultar su control. En los países tradicionalmente conocidos como occidentales, los patógenos que causan gastroenteritis son principalmente virus, seguidos a distancia por las bacterias. La salmonelosis es una de las principales zoonosis de origen alimentario y representa un reto especialmente significativo en este contexto, sobre todo durante los meses más cálidos. En España se notificaron, en el período 2004-2007,

3 511 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos^{10,11} a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 1 687 de los cuales fueron debidos a *Salmonella*.¹² Durante los años 2004 y 2005, el Laboratorio Nacional para la referencia de *Salmonella* de origen humano recibió para su estudio 10 136 cepas de *Salmonella* para tipificar. *S. enteritidis* fue la más frecuente (54.2% y 43.1%), seguida a distancia por *S. typhimurium* (24.4% y 28.3%). En el 41.2% de los brotes no se tipificó *Salmonella*. En 2011, la proporción de subtipos en aislamientos microbiológicos comunicados al Sistema de Información Microbiológica (SIM), que recoge la información de laboratorios clínicos distribuidos en el 80% del territorio español, pasó a ser: *S. enteritidis* 34.4% y *S. typhimurium* 34.8%, con el 30.8% restante debido a otros serotipos y a formas no tipificadas.

Tabla 1. Distribución de los expuestos por edad, sexo y aparición de síntomas.

Grupo de edad	No afectados	Afectados	Total expuestos	Tasa de ataque	Ingresados	Tasa de hospitalización
8 a 12 años	6	15	21	71.4%	6	40.0%
13 a 18	5	15	20	75.0%	1	6.7%
> 18 años	2	1	3	33.3%		0.0%
Total	13	31	44	70.5%	7	22.6%
% varones	69.2%	51.6%	56.8%	--	42.9%	--
Edad, en años (DE)	16 años (10.5)	13.7 años (6)	14.3 años (7.4)	--	10.9 años (2.2)	--

DE, desviación estándar

Los brotes producidos por *Salmonella* se han reducido en las Islas Baleares a una cuarta parte desde comienzos de la década de 1990 y casi a una décima parte si tenemos en cuenta el número de personas afectadas, en paralelo a la implantación de diversos programas de control en empresas alimentarias y de restauración y, en los últimos años, al programa de control de la salmonelosis en granjas avícolas. No obstante, la presentación de salmonelosis en forma de brotes comunitarios¹³ en restauración colectiva a gran escala¹⁴ puede suponer un problema relevante, tanto por la carga de enfermedad como por la trascendencia económica para el sistema sanitario y los afectados.¹⁵ En España, las medidas de control de la salud pública son una competencia propia de las comunidades autónomas. En las Islas Baleares está implantado un programa de autocontrol sanitario que implica la implementación de una serie de actividades planificadas que se corresponden con varios requisitos higiénicos previos: diseño higiénico de instalaciones, mantenimiento preventivo, control de proveedores, control del agua potable, limpieza y desinfección, control de plagas, control y formación de manipuladores y control de procesos de manipulación de alimentos. Estos requisitos se completan con un programa de verificación del sistema mediante auditorías internas y la recolección y análisis de muestras de alimentos. Este sistema es auditado periódicamente por técnicos de Salud Pública mediante visitas previamente concertadas, en las que se verifica la implementación de los programas citados basándose en la constatación visual y verificación de la documentación y los registros. Los centros escolares de Baleares están incluidos en dicho programa desde 2008. En cuanto a la investigación de brotes de origen alimentario, los Servicios de Seguridad Alimentaria y Epidemiología disponen de guías específicas de actuación (circuitos de información, protocolos de inspección y de revisión documental, acciones específicas relativas a manipuladores de alimentos, toma de muestras y seguimiento).

Presentamos la investigación de un brote de gastroenteritis aguda (GEA) de origen alimentario detectado durante el mes de julio de 2010 entre los participantes en una escuela de verano para niños de entre 8 y 16 años y sus controles. La alerta inicial fue comunicada al servicio de epidemiología de Baleares por el microbiólogo de una clínica privada que detectó *Salmonella* en el coprocultivo de un niño de 12 años ingresado por presentar un cuadro de gastroenteritis moderadamente grave.

Métodos

La investigación epidemiológica se inicia con la identificación de todos los posibles expuestos a una fuente común e incluye encuestas alimentarias y clínicas a todos ellos.

La investigación ambiental consistió en una visita de inspección al colegio durante la cual se revisaron las condi-

ciones higiénico-sanitarias de la cocina y las dependencias para almacenaje y conservación de alimentos, los procesos de manipulación de los alimentos presuntamente asociados con el brote y los registros del sistema de autocontrol. El colegio contaba con una asesoría externa para realizar las actividades de autocontrol de alimentos, entre cuyas funciones estaba incluido el análisis microbiológico de alimentos ante incidencias relacionadas con éstos. Se les requirieron los resultados obtenidos en los análisis de los alimentos relacionados con el brote y se recogieron las cepas de *Salmonella* sp aislada para ulteriores estudios.

Las pruebas de laboratorio para la investigación etiológica incluyeron análisis bacteriológico de heces y de alimentos y subsecuente serotipia y fagotipia de las cepas aisladas.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete SPSS 17.0 y EPIDAT 3.1. Se efectuó un análisis univariado para cada alimento y multivariado mediante regresión logística para los que resultaron con asociación estadísticamente significativa en el primer análisis. Se estableció el valor de corte de la significación estadística en el 5%.

Resultados

Investigación epidemiológica

Los expuestos fueron 46 niños, 31 de ellos afectados (tasa de ataque de 67.4). Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal (93.5%), fiebre (90.3%) y diarrea (77.4%), con menor frecuencia vómitos (38.7%) y cefaleas (41.9%). Siete pacientes requirieron hospitalización. Se pudo encuestar a casi la totalidad de la cohorte de expuestos (44 de 46). La media de edad de los expuestos era de 13.7 años, con una desviación típica (DT) de 6.03, y el 55% de eran varones. La media de edad de los afectados era menor que la del resto y, entre los afectados, la menor edad era la de los ingresados. La Tabla 1 presenta la distribución por edad, sexo y presentación de síntomas. No aparecieron casos entre el personal de cocina y comedor del establecimiento, ni constan procesos previos de gastroenteritis entre ellos.

El primer caso inició los síntomas el día 11 de julio a las 7 de la mañana y el último el 12 de julio a las 19 horas. La curva epidémica es la típica de una fuente común de exposición (Figura 1).

En el análisis univariado, la aparición de GEA se asoció con 3 alimentos consumidos el día 10: tortilla y croquetas de la comida y hamburguesas de la cena. En el multivariado, solamente el consumo de hamburguesa conservaba la significación estadística (*odds ratio* [OR] 36.25, intervalo de confianza [IC] 95%: 2.55 a 515.28; Tabla 2).

Investigación ambiental

El establecimiento afectado es un centro escolar en funcionamiento desde 2009. La actividad del servicio de comi-

Tabla 2. Resultado del análisis estadístico univariado y multivariado.

	Análisis univariado					Análisis multivariado						
	N	χ^2	Sig.a. bilat.	OR-MH	IC95%	B	E.T.	Wald	GL	Sig	Exp(B)	IC95%
Hamburguesa	31	17	0.000	24.9	4.2-148.0	3.59	1.4	7.029	1	0.008	36.248	2.6-515.3
Tortilla	25	6.4	0.011	6.5	1.4-30.3	-0.66	1.3	0.249	1	0.618	0.517	0.04-6.9
Croquetas	31	6.2	0.013	6.2	1.4-28.7	1.906	1.1	3.165	1	0.075	6.723	0.8-54.9
Ensalada	34	1	0.328	0.3	0.04-3.2							
Macarrones	39	2.7	0.098	6.7	0.5-82.3							
Fruta 1	34	1	0.328	2.4	0.6-10.0							
Fruta 2	28	0.1	0.804	1.2	0.3-5.1							
Fruta 3	27	0	0.958	1.0	0.2-4.4							
Yogur	13	0.1	0.759	1.3	0.3-5.9							
Constante						2.153	1.1	4.114	1	0.043	0.116	

B, parámetro estimado; E.T., error estándar; Exp(B), OR para el parámetro; GL, grados de libertad; IC95%, intervalo de confianza del 95%; OR-MH, odds ratio por prueba de Mantel-Haenszel; Sig., significación; Sig.a.bilat., significación asintótica bilateral; Wald, índice de Wald

das es efectuada por una empresa externa. En febrero de 2010 había sido sometido a auditoría externa por técnicos de Salud Pública, que verificaron una implantación superior al 90% de los programas de requisitos previos.

En las visitas de inspección realizadas con motivo del brote de GEA no se hallaron deficiencias relevantes. Los registros de autocontrol no estaban disponibles en el momento de la primera visita. En relación con el proceso de manipulación de las hamburguesas, y según el relato del cocinero, éstas se habían elaborado con 3 tipos de carne (ternera, cerdo y pollo), que había sido adquirida en una empresa autorizada los días 4 y 8 de junio y congelada tras su compra. El proceso de descongelación se había iniciado el día 9 y duró 12 horas, tras las cuales se trituroó y se prepararon las hamburguesas, que se habrían conservado en heladera a 3°C durante unas 24 horas. Se prepararon a la plancha para su consumo el día 10 por la noche. *A posteriori* se presentaron registros de limpieza de la picadora de carne y de análisis de superficie de ésta. Del resto de procesos (congelación, descongelación, temperaturas de conservación en congelador y frigorífico y temperaturas y tiempo de cocción) no se presentaron registros.

Investigación microbiológica

Los análisis microbiológicos realizados por el laboratorio clínico y el de la empresa consultora identificaron *Salmonella sp* en 6 coprocultivos de niños afectados y en una hamburguesa cruda, elaborada junto con las consumidas en la cena del día 10. El laboratorio de Salud Pública local identificó todas las cepas como *Salmonella typhimurium* y remitió 3 cepas (2 de procedencia clínica y una ambiental) al Centro Nacional de Microbiología, que pudo confirmar la identidad de subespecie (*enterica I*), serotipo (*typhimurium 4,5,12:i:1,2*) y fagotipo (7var) de las cepas clínicas y ambientales. Las tres cepas presentaban el mismo antibiograma; la cepa ambiental presentó el mismo perfil de campo pulsado que una de las clínicas y una banda de diferencia con la segunda. No se tomaron muestras de la materia prima que, en el momento de la inspección, quedaba todavía congelada.

Discusión

Se trata de un brote de GEA por *Salmonella typhimurium* cuyo vehículo fueron las hamburguesas, con una elevada tasa de ataque y un alto porcentaje de hospitalizaciones en el grupo de menos edad. No se pudo

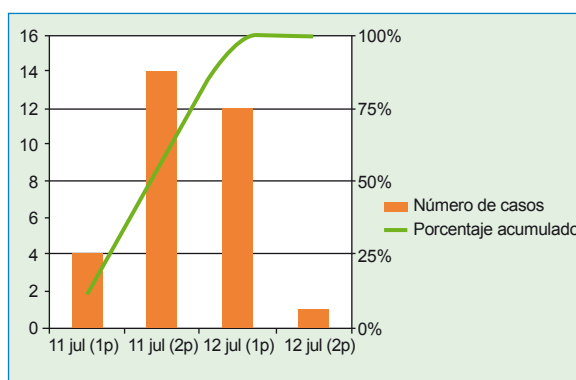


Figura 1. Curva epidémica, en períodos de 12 horas (1p = 0-12 horas; 2p = 13-24 horas)

determinar el origen de la contaminación, en origen o durante el proceso de picado por previa contaminación de la picadora o durante la elaboración de las hamburguesas. En el primer caso, si la temperatura no hubiera sido la adecuada (hecho que fue imposible verificar), el largo tiempo de descongelado habría constituido un factor favorecedor del crecimiento bacteriano. Además, el proceso de cocción, insuficiente para que toda la masa alcanzara la temperatura necesaria para eliminar el microorganismo, habría sido otro factor favorecedor de la aparición del brote.

En los procedimientos de autocontrol se requiere el registro a tiempo real de una serie de procedimientos e indicadores (tales como procedimientos de limpieza y desinfección de enseres y maquinaria o temperaturas de frigoríficos y congeladores) y su disponibilidad en cualquier momento, bien para controles internos bien para la inspección de Salud Pública. En este caso, la falta de disponibilidad de los registros hasta unos días después de la inspección obliga a dudar de su veracidad y no permite descartar una desinfección deficiente de la picadora de carne ni temperaturas de refrigeración inadecuadas. Otro posible punto de contaminación de la carne podría haber sido la elaboración de las hamburguesas. Aunque al parecer no había manipuladores con diarrea antes del brote, ni afectados en éste, no se puede descartar un portador asintomático como origen de la contaminación ya que no se procedió a la toma de muestras de heces del personal manipulador, tal como se establece en la guía interna de

manejo de brotes alimentarios. El análisis interno de las actuaciones llevadas a cabo en la investigación del brote reveló alguna disfunción; en concreto, no se habían tomado muestras de la materia prima ni tampoco se habían realizado coprocultivos a los manipuladores. Estos aspectos se hicieron más explícitos en el manual, para una mejor orientación técnica en futuras investigaciones de brotes.

Conclusiones

La investigación de este brote demuestra la importancia de la colaboración de las propias empresas de alimentación con el departamento de Salud Pública (en este caso, sobre todo, a través de la consultoría sanitaria) para conocer el

origen del brote y sus posibles factores contribuyentes, con la finalidad de corregirlos y mejorar los procesos y, de este modo, prevenir nuevos brotes. Sin esta colaboración probablemente no hubiera sido posible establecer la identidad de las cepas ambientales y clínicas. En cambio, la falta de rigurosidad en los registros de los procesos de autocontrol dificulta la identificación de la fuente de contaminación y las posibles deficiencias en la manipulación o conservación de los alimentos, para su corrección.

Finalmente, no se pudo descartar la hipótesis del origen en un manipulador portador por no haberse seguido los procedimientos recomendados en la investigación de brotes de origen alimentario.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siic.salud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Lista de abreviaturas y siglas

GEA, gastroenteritis aguda; OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confianza.

Cómo citar este artículo

Giménez Durán J, Galmés Truyols A, García Janer R, Bibiloni Guasp F, Nicolau Riutort A. Brote escolar de gastroenteritis aguda por *Salmonella typhimurium*. Epidemiología y Salud 2(3):11-4, Jun 2015.

How to cite this article

Giménez Durán J, Galmés Truyols A, García Janer R, Bibiloni Guasp F, Nicolau Riutort A. School outbreak of acute gastroenteritis caused by *Salmonella typhimurium*. Epidemiología y Salud 2(3):11-4, Jun 2015.

Autoevaluación del artículo

Las enfermedades transmitidas por agua y alimentos constituyen un problema mundial que obliga a implantar normativas de higiene en el comercio internacional. Los agentes microbianos causantes de brotes de gastroenteritis transmitidos por alimentos son múltiples y conllevan diversos perjuicios económicos y personales. Las salmonelosis no tíficas ni paratíficas constituyen un amplio grupo de agentes causantes de gastroenteritis agudas a nivel mundial.

De las siguientes proposiciones, señale cuál es la única verdadera:

A, La etiología más frecuente de las gastroenteritis son las bacterias, seguidas de virus y parásitos; B, En los meses fríos aumenta la incidencia de salmonelosis; C, *Salmonella* contamina únicamente carne de ave y huevos; D, Los niños, los ancianos y los enfermos crónicos son susceptibles de presentar cuadros graves de deshidratación por salmonelosis; E, Frutas y verduras no pueden transmitir *Salmonella* porque ésta es una bacteria de origen animal.

Verifique su respuesta en www.siic.salud.com/dato/evaluaciones.php/129180

Bibliografía

- Lowe S. An overview of gastrointestinal infections. Nurs Stand 16(49):47-52, 2002.
- Ross IL, Heuzenroeder MW. Use of AFLP and PFGE to discriminate between *Salmonella enterica* serovar Typhimurium DT126 isolates from separate food-related outbreaks in Australia. Epidemiol Infect 133(4):635-644, 2005.
- Torpdahl M, Sorensen G, Ethelberg S, Sando G, Gammelgaard K, Porsbo LJ. A regional outbreak of *S. Typhimurium* in Denmark and identification of the source using MLVA typing. Euro Surveill 11(5):134-136, 2006.
- Wolkin AF, Patel M, Watson W, Belson M, Rubin C, Schier J, et al. Early detection of illness associated with poisonings of public health significance. Ann Emerg Med 47(2):170-176, 2006.
- Gosset Osuna G, Bessudo D, Pérez Guerrero S, González C, Becerril P. Institutional epidemic gastroenteritis caused by *Salmonella enteritis* Worthington type in 1976. Bol Med Hosp Infant Mex 36(1):9-14, 1979.
- Lalko J, Terech I. [Use of 2 bacteriophages for *Salmonella typhimurium* bacilli in the evaluation of homogeneity of a food poisoning epidemic]. Przegl Epidemiol 29(1):41-44, 1975.
- McCall B, McCormack JG, Stafford R, Towner C. An outbreak of *Salmonella typhimurium* at a teaching hospital. Infect Control Hosp Epidemiol 20(1):55-56, 1999.
- Stephens N, Sault C, Firestone SM, Lightfoot D, Bell C. Large outbreaks of *Salmonella Typhimurium* phage type 135 infections associated with the consumption of products containing raw egg in Tasmania. Commun Dis Intell 31(1):118-124, 2007.
- Tackett CO, Dominguez LB, Fisher HJ, Cohen ML. An outbreak of multiple-drug-resistant *Salmonella enteritis* from raw milk. JAMA 253(14):2058-2060, 1985.
- Martinez E, Varela M, Cevallos C, Hernández-Pezzi G, Torres A, Ordoñez P. Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos. España, 2004-2007. Bol Epidemiol Semanal 16:241-252, 2008.
- Rigo-Medrano M, Moneris C, Fernandez-Torregrosa J, Roda J. Importancia de las actuaciones de los agentes de control de seguridad alimentaria en la investigación de un brote de toxoinfección por *Salmonella typhimurium*. Bol Epidemiol Semanal 19(12):164-175, 2011.
- Pérez-Ciordia I, Ferrero M, Sánchez E, Abadías M, Martínez-Navarro F, Herrera D. [Salmonella enteritis in Huesca, 1996-1999]. Enferm Infecc Microbiol Clin 20(1):16-21, 2002.
- Dechet AM, Scallan E, Gensheimer K, Hoekstra R, Gunderman-King J, Lockett J, et al. Outbreak of multidrug-resistant *Salmonella enterica* serotype Typhimurium Definitive Type 104 infection linked to commercial ground beef, northeastern United States, 2003-2004. Clin Infect Dis 42(6):747-752, 2006.
- Kapperud G, Lassen J, Dommarsnes K, Kristiansen BE, Caugant DA, Ask E, et al. Comparison of epidemiological marker methods for identification of *Salmonella typhimurium* isolates from an outbreak caused by contaminated chocolate. J Clin Microbiol 27(9):2019-2024, 1989.
- Prazuck T, Compte-Nguyen G, Pelat C, Sunder S, Blanchon T. Reducing gastroenteritis occurrences and their consequences in elementary schools with alcohol-based hand sanitizers. Pediatr Infect Dis J 29(11):994-998, 2010.

Curriculum Vitae abreviado del autor



Jaume Giménez Durán. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona en 1987. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Palma de Mallorca 1990. Master en Control of Infectious Diseases, por la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres 1998. Master en Epidemiología Aplicada de Campo, por la Escuela Nacional de Sanidad - Instituto de Salud Carlos III, Madrid 2009.

Actualmente trabaja en temas de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y programa de control y prevención de la tuberculosis en el servicio de epidemiología de la D.G. de Salud Pública de las Islas Baleares.

Prevalencia del dolor en pacientes ingresados en un hospital de atención terciaria

Prevalence of pain in hospitalized patients in a tertiary hospital

Juan Máximo Molina Linde

Psicólogo, Investigador, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Sevilla, España

Sergio Martínez Peláez, Técnico superior de investigación, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Sevilla, España

Jesús Ruiz Aragón, Investigador, Agencia Evaluación Tecnologías Sanitarias, Sevilla, España

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/128997

Primera edición, www.siicsalud.com: 1/12/2012

Enviar correspondencia a: Jesús Ruiz-Aragón,
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias,
41007, Sevilla, España
jesusm.ruiz.ext@juntadeandalucia.es

➤ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de los autores.

Resumen

Estudio de prevalencia del dolor en pacientes ingresados en el Hospital Universitario Virgen de la Nieves de Granada mediante entrevistas personales a una muestra representativa de 271 pacientes con una media de edad de 56.79 años (desviación estándar: 18.21); el 49.07% eran hombres. El porcentaje de pacientes que afirmó presentar dolor en el momento de la entrevista fue del 49.1%, si bien aumentó al 76% cuando se les preguntó si habían tenido dolor en algún momento durante la hospitalización. En cuanto a la intensidad del dolor, los pacientes contestaron que fue dolor leve en un 28% de los casos, moderado en un 16.2%, intenso en un 4.1%, e insoportable en un 0.7%. Más del 85% de los pacientes recibió tratamiento adecuado para el dolor. Los analgésicos más frecuentemente utilizados fueron los antiinflamatorios no esteroides (77.5%), la vía de acceso más frecuente fue la oral-sublingual (52%) y la eficacia analgésica se consideró muy buena o buena en el 68.3%, según los pacientes. La pauta analgésica a demanda alcanzó el 27.7%. Los resultados fueron similares a los de otros estudios de prevalencia del dolor, aunque algo más bajos si nos basamos en dicha cifra en el momento de la entrevista. Resulta preocupante que la pauta analgésica a demanda del paciente sea tan alta, y la carencia de una escala o medida de referencia del dolor, de lo que se concluye que es necesaria la promoción de actividades formativas en relación con la terapéutica del dolor.

Palabras clave: dolor, prevalencia, paciente hospitalizado, prescripción, analgesia

Abstract

This study presents the prevalence of pain in hospitalized patients at Virgen de las Nieves University Hospital of Granada. We have chosen a representative sample of 271 patients with a mean age of 56.79 years (SD 18.21), 49.07% of whom were male. Based on personal interviews, the percentage of patients who reported having pain at the time of the interview was 49.1%, but rose to 76% when asked whether they had experienced pain at some time during hospitalization. With regard to pain intensity, patients answered that pain was mild in 28% of the cases, moderate in 16.2%, intense in 4.1% and unbearable in 0.7%. Over 85% of patients received adequate treatment for pain. The most commonly used analgesics were NSAIDs (77.5%), the most common form of administration was oral-sublingual (52%). Analgesic efficacy was considered very good or good in 68.3% according to the patients. The analgesic regimen by patient demand reached 27.7%. The results are similar to those found in other studies of pain prevalence, although somewhat lower. It is alarming that the analgesic regimen as demanded by the patient should be so high, and that there is a lack of reference measurements or pain scales. We therefore conclude that it is necessary to promote training activities in relation to treatment of pain.

Key words: pain, prevalence, hospitalized patients, prescription, analgesic

El dolor es el síntoma al que se refieren con mayor frecuencia los pacientes cuando solicitan atención médica. Pese a que un número elevado de enfermos que lo sufre solicita asistencia en la comunidad, existe un porcentaje considerable de pacientes hospitalizados que también lo presentan. Se trata de un hallazgo constante desde el clásico estudio realizado por Parkhouse y col.¹ en 1961 o el conocido trabajo de Marks y Sachar.²

El primer estudio en el que se analizó la presencia de dolor en pacientes hospitalizados fue el de Donovan y col.,³ quienes estudiaron una muestra de 353 pacientes hospitalizados en servicios médicos y quirúrgicos. Indicaron la presencia de dolor en el momento de la entrevista en el 79% de los pacientes y, de este 79%, el 58% tuvo un dolor insoportable en algún momento de su hospitalización. Más recientemente se han realizado estudios con el objeto de determinar la prevalencia del dolor en pacientes que estaban hospitalizados⁴⁻⁹ y, en muchos de ellos, se muestra una progresiva tendencia a la especiali-

zación, que conduce a enfoques parciales del problema, estudiando situaciones clínicas muy delimitadas, como el dolor posoperatorio,^{1,10-18} dada la constatación de la disminución de la morbimortalidad que su prevención lleva asociada. Son escasas y poco actuales las investigaciones publicadas acerca del dolor hospitalario.¹⁹⁻²² Se ha localizado un trabajo reciente de Pastor y Lagrutta²³ realizado en un hospital de Rosario (Santa Fe, Argentina), no publicado en una revista *peer review* pero estrechamente relacionado con esta investigación. Existe la constatación de que gran parte de los sujetos hospitalizados sigue presentando dolor en mayor o menor grado, muchas veces subvalorado por el personal sanitario por tratarse de una situación "pasajera y ligada por naturaleza" al trauma operatorio²⁴ y, del mismo modo, llama la atención cómo los analgésicos todavía son pautados "a demanda" y se retrasa o incluso se relega su administración, pese a que el beneficio reportado para el paciente con el analgésico sea percibido de forma inmediata.²⁵

La *International Association for the Study of Pain* define el dolor como *"una experiencia sensorial y emocional desagradable vinculada con daños reales o potenciales a los tejidos, o descrita en términos de dichos daños"*. Esta definición engloba evidentemente aspectos subjetivos del dolor y reacciones fisiológicas a éste. Partiendo de esta base, deberemos basar la medición del dolor en lo que el paciente nos diga o informe. Sin embargo, disponemos de variables, parámetros o escalas que nos registrarán la intensidad de éste y nos informarán qué grado de dolor presenta el paciente y si la terapéutica aplicada en su caso es efectiva o no. Mediante la objetividad de dichas escalas y sin olvidar la correcta exploración y anamnesis del paciente con dolor, se conseguirá acertar en las pautas a seguir.²⁶

El objetivo del presente estudio ha sido conocer la prevalencia del dolor en los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel, así como el tipo de pautas analgésicas más frecuentemente prescritas por los diferentes equipos médico-quirúrgicos, a fin de planificar sucesivas actuaciones para la optimización de los esquemas analgésicos empleados.

Pacientes y método

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal; el ámbito de éste ha sido el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. La población de estudio han sido todos los pacientes ingresados en el momento de la recogida de datos (812 camas) que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: estar hospitalizado en el momento de la encuesta, edad superior a 14 años y estado de conciencia que permitiera la realización de la encuesta. El estudio fue aprobado por el comité de ética y todos los pacientes fueron informados y aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Se excluyeron los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, reanimación, psiquiatría, unidad de desintoxicación y pediatría por considerarse que escapaban de los objetivos del trabajo y aquellos diagnosticados con alguna enfermedad neurológica (tipo demencia) o psiquiátrica que hiciera dudar de la fiabilidad de sus respuestas. La recogida de información se ha realizado durante 6 meses.

Recopilación de datos

Se ha utilizado un cuestionario individualizado, dividido en tres partes; en la primera se han recogido los datos sociodemográficos y de la historia clínica, como edad, sexo, nivel cultural, estado civil, situación familiar, enfermedad al ingreso, intervención quirúrgica durante la actual hospitalización, días desde la intervención hasta el momento de la entrevista y días desde el ingreso hasta el momento de la entrevista. En la intervención quirúrgica se han diferenciado aquellos pacientes sometidos a maniobras invasivas (tipo cateterismo, punción biopsia, etc.) de los sometidos a cirugía como tal. Dentro de estos últimos se han clasificado por áreas de intervención quirúrgica (cirugía de cabeza-cuello, cirugía cardiotorácica, cirugía de abdomen y genitourinaria, cirugía traumatológica y ortopédica, incluida la cirugía de la columna; cirugía plástica y reparadora, y dermatológica).

La segunda parte del cuestionario consistió en variables que se han recogido mediante entrevista con el paciente: presencia o no del dolor, así como la intensidad de éste al ingreso, durante la hospitalización y en el momento de la entrevista. Para la valoración del dolor se utilizó

la escala verbal simple con las siguientes categorías: ausente, leve, moderado, intenso e insoportable; asimismo, se recogió la localización del dolor dividiéndola en cabeza-cuello, tórax, abdomen y extremidades; si el dolor permitía el descanso nocturno, si consideraba que se le estaba tratando adecuadamente su dolor, si tenía alivio con los analgésicos y cómo valoraría la eficacia analgésica, que podía ser muy buena, buena, regular, mala o muy mala.

La tercera parte consistió en datos recogidos de la hoja de tratamiento e incidencias de enfermería: prescripción de analgesia o no, si se le administraron ese día los analgésicos, pauta de administración, tipo de analgésicos, motivo de prescripción y vía de administración.

Análisis estadístico

La descripción de las variables se ha realizado mediante media, desviación estándar (DE) y valores mínimo y máximo para variables cuantitativas; para variables categóricas, se han utilizado frecuencias absolutas y relativas. Los cálculos se han realizado con el programa SPSS versión 17.

Cálculo del tamaño muestral

Se calculó el número de pacientes necesarios para obtener una muestra significativa de la población hospitalizada. Se consideraron las siguientes premisas: una prevalencia de dolor en el 50% de los pacientes basada en la bibliografía disponible; una diferencia máxima del 10% entre la prevalencia del dolor en la muestra y en la población, y un nivel de significación estadística del 95%.

Se incluyó una muestra representativa de los pacientes hospitalizados en todas las unidades del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, mediante un muestreo estratificado proporcional al número de camas en cada servicio. Siguiendo la lista de camas disponibles en cada servicio se escogieron los enfermos mediante muestreo aleatorio simple, los enfermos que por alguna circunstancia no entraron a formar parte del estudio fueron reemplazados por otros.

Resultados

Se incluyó un total de 271 pacientes ingresados, con una media de edad de 56.79 años (DE: 18.21; recorrido de 16 a 89 años) y con una distribución similar por sexos (133 hombres y 138 mujeres). En relación con el estado civil, el 67.2% era casado, el 12.5% era soltero, el 14.4% era viudo, el 5.5% era divorciado o separado y el 0.4% formaba pareja de hecho. El 86.3% de los pacientes entrevistados manifestó vivir acompañado. En cuanto al nivel cultural, el 14% era analfabeto, el 35.1% era analfabeto funcional, el 30.6% tenía estudios primarios, el 11.8% tenía estudios secundarios y el 8.5% tenía estudios superiores.

La prevalencia de dolor obtenida en el momento de la entrevista fue del 49.1% (133 pacientes). En cuanto a la intensidad del síntoma, de los 133 pacientes con dolor, 76 refirieron dolor leve (28%), 44 (16.2%) moderado, 11 (4.1%) intenso y 2 pacientes manifestaron presentar un dolor insoportable (0.7%) (Tabla 1).

La prevalencia del dolor en el momento del ingreso hospitalario fue del 69.4%, mientras que un 30.6% manifestó ausencia de éste. En cuanto a la intensidad del síntoma, de los 188 pacientes con dolor, 39 refirieron dolor leve (14.4%), 61 (22.5%) moderado, 11 (4.1%) intenso y 2, insoportable (0.7%) (Tabla 2).

Tabla 1. Prevalencia e intensidad del dolor en el momento de la entrevista.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin dolor	138	50.9%
Con dolor	133	49.1%
Leve	76	28.0%
Moderado	44	16.2%
Intenso	11	4.1%
Insoportable	2	0.7%
Total	271	100.0%

Tabla 2. Intensidad del dolor al ingreso hospitalario.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin dolor	83	30.6%
Con dolor	188	69.4%
Leve	39	14.4%
Moderado	61	22.5%
Intenso	65	24.0%
Insoportable	23	8.5%
Total	271	100.0%

Tabla 3. Intensidad del dolor durante la hospitalización.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin dolor	65	24.0%
Con dolor	206	76.0%
Leve	78	28.8%
Moderado	85	31.4%
Intenso	36	13.3%
Insoportable	7	2.6%
Total	271	100.0%

Tabla 4. Consideración de los pacientes sobre adecuación del tratamiento analgésico.

	Frecuencia	Porcentaje
No	11	4.1%
Sí	231	85.2%
No procede	29	10.7%
Total	271	100.0%

Tabla 5. Alivio con analgésicos, según los pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje
No	5	1.8%
Sí	213	78.6%
No procede	53	19.6%
Total	271	100.0%

Tabla 6. Eficacia analgésica, según los pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	49	18.1%
Buena	136	50.2%
Regular	30	11.1%
Mala	3	1.1%
Muy mala	0	0.0%
No procede	53	19.6%
Total	271	100.0%

La prevalencia del dolor durante la hospitalización fue del 76%. En cuanto a la intensidad del síntoma, de los 206 pacientes con dolor, 78 refirieron dolor leve (28.8%),

85 (31.4%) moderado, 36 (13.3%) intenso y 7, insoportable (2.6%) (Tabla 3).

A un 55.7% de los pacientes no se les había practicado intervención quirúrgica desde su ingreso hasta el momento de la entrevista, mientras que el 44.3% restante sí había sido ya intervenido. De las intervenciones, el 40.2% era resultado de una cirugía y el 4.1% correspondió a maniobras invasivas.

Respecto de si el dolor permitía o no el descanso nocturno, del total de pacientes entrevistados, 57 (21%) manifestaron que el dolor interfirió en sus pautas de sueño.

En cuanto a la zona en la que habían experimentado dolor en algún momento desde el ingreso hasta el momento la entrevista, 95 pacientes (35.1%) señalaron en el abdomen, 61 (22.5%) en el tórax, 59 (21.8%) en las extremidades y 38 (14%) en la cabeza o cuello.

La respuesta a la pregunta "¿considera que se está tratando adecuadamente su dolor?" presentó un elevado porcentaje de respuestas afirmativas (85.2%) frente a un 4.1% de pacientes que consideró que el tratamiento analgésico era inadecuado (Tabla 4).

En cuanto a las pautas analgésicas del total de la muestra, el 53.1% tenía pautados los analgésicos, el 27.7% los tenía a demanda y un 1.1% los tenía en perfusión. Los procedimientos como la analgesia controlada por el paciente no aparecieron entre las posibles pautas analgésicas. El 14.8% de los pacientes tenía algún analgésico de rescate.

En cuanto a las preferencias analgésicas se constató que los antiinflamatorios no esteroideos fueron los más usados (77.5%), seguidos por los opiáceos (11.8%) y los esteroideos (5.9%). Otros analgésicos sólo se usaron en el 6.3% de las ocasiones.

El motivo de prescripción de analgésicos fue principalmente para el dolor en un 74.5% de los casos, para la hipotermia en un 6.6% de las situaciones, como antiagregante en un 4.4%, como antiinflamatorio en un 3.3% de los casos y prescritos para otras finalidades en un 1.8% de las circunstancias.

La vía de acceso más frecuente fue la oral-sublingual (52%), seguida por la intravenosa (28%) y la subcutánea (4.8%). Otras vías, como la transdérmica y la rectal, alcanzaron porcentajes muy bajos.

En la Tabla 5 puede constatarse el alto porcentaje de pacientes (78.6%) que manifestó experimentar algún grado de alivio con la analgesia administrada.

Se presentan en la Tabla 6 los porcentajes de eficacia de los analgésicos que se han suministrado según la opinión de los pacientes; se observa que la mayoría de los pacientes consideró la eficacia analgésica como muy buena o buena (68.3%), mientras que fueron muy escasos los pacientes que manifestaron que la eficacia analgésica fuese mala o muy mala (1.1%).

Discusión

Los resultados de los distintos parámetros valorados en este estudio están en consonancia con lo publicado en la mayor parte de la bibliografía consultada.^{22,23,27} De esta forma, encontramos que la prevalencia del dolor en los pacientes ingresados en nuestro hospital ha sido del 49%, la cual consideramos mayor de lo tolerable en los hospitales actualmente, más aún teniendo en cuenta que la no presencia del dolor es un objetivo actual dentro de los planes de calidad. Este porcentaje es algo inferior al publicado por Padrol,²⁷ que refiere un 61% y cuyos criterios de inclusión son muy parecidos a los del presente estudio, e inferior también al mostrado en Pastor y La-

grutta²³ (86.5%). Además, hasta un 13.3% de los pacientes con dolor manifestó que el dolor era intenso, si bien los encuestados indicaron en un 85.2% de los casos que la terapia analgésica recibida fue adecuada.

El uso de la prescripción a demanda parece excesivo, ya que se encontró en 1 de cada 4 tratamientos investigados. Esta forma de prescripción deja en manos del paciente y del equipo de enfermería la decisión de administrar o no el analgésico. Al investigar las hojas de registro

de enfermería para ver si se había administrado o no el fármaco, se observó que el personal no cuenta con método alguno de medida o escala de referencia para evaluar el dolor y, por tanto, para registrarlo.

Este hecho, junto con el excesivo uso de la prescripción a demanda, nos lleva a plantear la necesidad de promover acciones formativas en relación con la terapéutica del dolor, tanto entre los facultativos como entre el personal de enfermería.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Lista de abreviaturas y siglas

DE, desviación estándar

Cómo citar este artículo

Molina Linde JM, Martínez Peláez S, Ruíz Aragón J. Prevalencia del dolor en pacientes ingresados en un hospital de atención terciaria. *Epidemiología y Salud* 2(3):15-8, Jun 2015.

How to cite this article

Molina Linde JM, Martínez Peláez S, Ruíz Aragón J. Prevalence of pain in hospitalized patients in a tertiary hospital. *Epidemiología y Salud* 2(3):15-8, Jun 2015.

Autoevaluación del artículo

El dolor es el síntoma al que se refieren con mayor frecuencia los pacientes cuando solicitan atención médica. Pese a que un número elevado de enfermos que lo sufre solicita asistencia en la comunidad, existe un porcentaje considerable de pacientes hospitalizados que también lo presentan.

¿Cuál de estas afirmaciones acerca de la prescripción de analgésicos a demanda en pacientes internados es correcta?

A, Su uso es ocasional; B, Se dispone de óptimos métodos de reconocimiento por parte del personal de enfermería; C, La decisión de administración es propia del médico; D, Todas son correctas; E, Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/128997

Bibliografía

- Parkhouse J, Lambrechts W, Simpson BRJ. The incidence of postoperative pain. *Br J Anaesth* 33:345-353, 1961.
- Marks RM, Sachar EJ. Undertreatment of medical inpatients with narcotics analgesics. *Ann Intern Med* 78:173-181, 1973.
- Donovan M, Dillon P, Mc Guire L. Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *Pain* 30:69-78, 1987.
- Abbott F, Gray-Donald K, Sewitch M y col. The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain* 50:15-28, 1992.
- Johnston CC, Abbott FV, Gray-Donald K, Jeans ME. A survey of pain in hospitalized patients aged four to fourteen years. *Clin J Pain* 8:154-163, 1992.
- Salomon L, Tchery-Lessenot S, Collin E, Coutau A, Levy-Soussan M y col. Pain prevalence in a French teaching hospital. *J Pain Symptom Manage* 24(6):586-592, 2002.
- Costantini M, Viterbori P, Flego G. Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage* 23(3):221-230, 2002.
- Durieux P, Bruxelle J, Savignoni A, Coste J, Groupe de travail "douleur a l'hospital Cochin". Prevalence and management of pain in a hospital: a cross-sectional study. *Presse Med* 30:572-576, 2001.
- Yates P, Dewar A, Edwards H, Fentiman B, Najman J, Nash R, Richardson V, Fraser J. The prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients. *J Clin Nurs* 7:521-530, 1998.
- Miranda A. Bases anatómicas del dolor. En: Miranda A. Dolor posoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento. Barcelona, España; 1992. p. 28-53.
- Aliaga L, Villar Landeira JM. El dolor postoperatorio, ese gran olvidado. *Dolor* 3:159-160, 1987.
- Alloza JL. El tratamiento del dolor agudo: estudio comparativo entre dos hospitales generales de España y EUA. *Farmacia Clínica* 3:40-53, 1986.
- Alloza JL. El tratamiento del dolor agudo: estudio comparativo entre dos hospitales generales de España y EUA. II. Cómo ven las enfermeras el dolor posoperatorio. *Farmacia Clínica* 1:48-60, 1987.
- Castellanos A, Delgado E, Sada T. Prevalencia del dolor posoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Rev Soc Esp Dolor* 2:91-97, 2011.
- Bonica JJ. Postoperative pain. En: Bonica JJ (ed.). *The management of pain*. Lea & Febiger; 1990. p. 461-480. (vol 1).
- Parkhouse J, Lambrechts W, Simpson BRJ. The incidence of postoperative pain. *Br J Anaesth* 33:345-353, 1960.
- Watts GT. Inadequate analgesia. *Lancet* 1:678, 1975.
- Vallano A, Aguilera C, Arnau JM, Baños JE, Laporte JR y col. Management of postoperative pain in abdominal surgery in Spain. A multicentre drug utilization study. *Br J Clin Pharmacol* 47:667-673, 1999.
- Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Rué M, Baños JE. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin* 101:51-54, 1993.
- Guitart J, Martrat A, Bori R, Camps R, Gomez V y col. Estudi de prevalença del dolor en pacients ingressats al nostre centre. *Rev Fund Policlin Platón* 3-5, Sep-Dic 1999.
- Valero J, Palacios P, Vázquez-Barro A, López-Suso E, Carpintero D. Estudio de la prevalencia del dolor en el Hospital Juan Canalejo de La Coruña. *An Med Intern* 12:584-588, 1995.
- Strohbecker B, Mayer H, Evers GC, Sabatowski R. Pain Prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. *J Pain Symptom Manage* 29:498-506, May 2005.
- Pastor EA, Lagrutta M. Prevalencia y manejo del dolor en un hospital de tercer nivel de complejidad. Disponible en: www.clinica-unr.com.ar/Posgrado/Graduados/Prevalencia%20y%20manejo%20del%20dolor%20en%20un%20hospital%20de%20tercer%20nivel%2002%20mar%202011.%20postgrado.%20Para%20subir2.pdf. Consultado: Diciembre 17, 2012.
- Miranda A. Dolor posoperatorio: definiciones y problemáticas. En: Miranda A. Dolor postoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento. Barcelona, España: JIMS; 1992.
- Gálvez Mateos R, Calleja Hernández M. Guía de práctica clínica: manejo intrahospitalario del dolor. Granada, España: Grünenthal; 1999.
- García Romero J, Jiménez Romero M, Fernández Abascal R, Fernández-Abascal Puente A y col. La medición del dolor: una puesta al día. *Med Integral* 39:317-320, 2002.
- Padrol A, Pérez-Esquiva, Olona M, Francesch A, Thomas I y col. Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 8:555-561, 2001.

Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños

Validated instruments for measuring the oral health in children

Paulina Muñoz Mújica

Odontólogo, Cirujano Dentista, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México, León, Guanajuato, México

Javier de la Fuente Hernández, Cirujano Dentista, Maestro en

Ciencias, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México, León, Guanajuato, México

Fátima del Carmen Aguilar Díaz, Odontóloga, Maestra en Ciencias Odontológicas, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México, León, Guanajuato, México

Harumi Shimada Beltrán, Bióloga, Doctora en Ciencias, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México, León, Guanajuato, México

Laura Susana Acosta Torres, Doctora en Ciencias Odontológicas, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México, León, Guanajuato, México

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/139632

Primera edición, www.siicsalud.com: 30/10/2014

Enviar correspondencia a: Paulina Muñoz Mújica, Blvd UNAM 2011, 36969, León, Guanajuato, México
paulinamm87@hotmail.com

+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Resumen

Existe un creciente interés en reconocer la salud bucal como un componente de la calidad de vida, por lo cual actualmente los esfuerzos en la investigación del sector odontológico no sólo se enfocan en rehabilitar padecimientos bucodentales, sino en explorar la relación existente entre el estado de salud bucal y la calidad de vida, para poder evaluarla, mejorarla y mantenerla. Las enfermedades bucales son las más comunes entre las enfermedades crónicas, y son un importante problema de salud pública debido a su prevalencia y al impacto que tienen sobre las personas y sobre la sociedad. Es por esto que han sido desarrollados cuestionarios dirigidos a la población infantil y a sus padres o cuidadores para medir el impacto de las afecciones bucales en la calidad de vida; estos indicadores comprenden diferentes dominios como el dolor y la incapacidad para realizar las funciones normales de la boca, trastornos del sueño, pérdida de días escolares, grado de bienestar emocional, bienestar social y el impacto que generan estas afecciones en la vida familiar. Es por esto que el objetivo de la presente revisión sistemática es mostrar un panorama actual sobre el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal en los niños y los diferentes instrumentos que existen a nivel mundial para evaluarla.

Palabras clave: salud pública bucal, odontología infantil, validación de instrumentos, percepción en salud bucal

Abstract

There is a growing interest in recognizing oral health as a component of quality of life. The dentistry is not only focusing on research for rehabilitating oral-dental diseases, but also in exploring the relationship between oral health status and quality of life, in order to evaluate, improve and maintain it. Oral diseases are the most common chronic diseases and remain a major public health problem. This is because of its prevalence and, the impact on individuals and society. For this reason have been developed questionnaires for children and their parents or caregivers to measure the impact of oral conditions on quality of life, with different domains including: pain and inability to perform normal functions of the mouth, sleep disturbances, loss of school days, degree of emotional, social well-being and the impact generated by these conditions in family life. Therefore, the aim of the present systematic review is to show a current overview of the concept of oral health-related quality of life in children and the different instruments that exist around the world for evaluate it.

Key words: dental public health, pediatric dentistry, validation of instruments, perception in oral health

Introducción

En últimos años ha existido un creciente interés en reconocer la salud bucal como un componente de la calidad de vida (CV), por lo que ahora los esfuerzos en la investigación del sector odontológico se centran en rehabilitar padecimientos bucodentales y en explorar la relación existente entre el estado de salud bucal y la calidad de vida. Las enfermedades bucales son consideradas un importante problema de salud pública debido a su prevalencia y al impacto que tienen sobre los individuos y la sociedad.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que del 60% al 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental, por lo cual el gasto en salud representa del

5% al 10% para los países de ingresos altos.² Aunado a esto, el gasto que generan las afecciones bucales en los niños se traduce en ausentismo escolar, pérdidas de días laborales de los padres y gasto económico familiar.³

El término calidad de vida fue utilizado por primera vez por el economista británico Cecil Pingou en 1920. Más tarde, después de la Segunda Guerra Mundial, este término fue expandiéndose a otros ámbitos como la sociología, las ciencias políticas y la salud, entre otros campos.⁴ Dentro del área de la salud el concepto de CV es difícil de definir, ya que abarca un universo multidimensional, referido a eventos que son de carácter predominantemente subjetivo y están en constante evolución, lo que implica el uso de juicios personales y sociales.⁵ El concepto de CV fue introducido y estudiado por primera vez en el área de la salud en pacientes con enfermedades neoplásicas.⁶ De manera simple, la CV relacionada con la salud (CVrS)

Agradecimientos: Los autores del presente artículo agradecen al Lic. Luis Daniel González Espejel por su asesoramiento en lengua inglesa. A la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM, por brindar su infraestructura para la búsqueda de información. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México, por el apoyo financiero como becario.

puede definirse como el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente en su bienestar.⁷

En lo que concierne al área odontológica, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVrSB) se refiere al impacto de las principales afecciones bucales en la vida diaria de los individuos, así como las limitantes en las funciones normales del aparato estomatognático.⁸ Para evaluar esta condición, durante varias décadas se han elaborado indicadores que miden esta interacción, los cuales son cuestionarios diseñados principalmente para adultos mayores, mientras que son de desarrollo reciente los indicadores para los niños;⁹ estos indicadores comprenden diferentes dominios, entre ellos: el dolor y la incapacidad para realizar las funciones normales, los trastornos del sueño, la pérdida de días escolares y el bienestar emocional y social de los niños.¹⁰ Las afecciones bucales que han sido evaluadas por la CV son principalmente caries dental, maloclusión, traumatismos dentales⁹ y fluorosis.¹¹ La caries dental tiene un impacto negativo en los niños, ya que causa dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño, irritabilidad, baja autoestima y disminución del rendimiento escolar.¹² En lo que respecta a la maloclusión, su impacto en calidad de vida está relacionado principalmente con el ámbito psicosocial,¹³ en el cual los niños presentan dificultad para sonreír debido a la posición de sus dientes. La CV se ve afectada en los niños que han sufrido traumatismos dentales graves, debido a la presencia de dolor e incapacidad, así como cambios de coloración en los órganos dentales afectados. Estas alteraciones son limitantes para realizar sus actividades diarias de manera normal y comprometen el dominio de la autopercepción.¹⁴ La fluorosis dental causa alteraciones en la apariencia de los órganos dentales, lo cual trae consigo una alteración en la autopercepción, el bienestar social y emocional de los niños, generando sensaciones de incomodidad, así como dificultades para sonreír e interactuar con otros individuos.¹⁰ Evaluar el impacto de la CVrSB en los niños es de gran importancia para promover políticas públicas de salud que atiendan las necesidades de la población y concienticen a los padres o cuidadores sobre el impacto de las afecciones bucales en la CV de sus hijos. Es por esto que el objetivo de la presente revisión sistemática es mostrar un panorama actual sobre el concepto de CVrSB en los niños y los diferentes instrumentos que existen a nivel mundial para evaluarla.

Para la búsqueda de las fuentes bibliográficas que conforman la presente revisión sistemática se localizaron 100 artículos científicos, originales y de revisión de las bases de datos: Pubmed, *Scencedirect* y *Research Gate*, usando las palabras clave: *oral health-related quality of life*, *measuring health-related quality of life*, *assessment of oral health related quality of life*, *oral health related quality of life in children*. De los artículos revisados, fueron seleccionados aquellos cuyo contenido hiciera referencia a la validación y adaptación a diferentes idiomas de instrumentos para evaluar la CVrSB en la población infantil, así como aquellos que dieran las bases conceptuales del tema de interés.

Calidad de vida y salud bucal: perspectiva de padres y niños

La relación de los niños con sus padres se forja desde antes del nacimiento, por lo cual, si los padres son participantes en todo el proceso de aprendizaje de sus hijos, asumirán mejor sus funciones y responsabilidades

desde las etapas más tempranas de la vida, teniendo un beneficio claro en la salud bucal de sus hijos.¹⁵ De acuerdo con Rohr y Bagramian, la CV en niños difiere de la mayoría de los adultos en dos formas importantes: a) los niños no tienen una autorregulación del comportamiento en relación con la promoción de la salud y b) la atención sanitaria es responsabilidad de sus padres o cuidadores.¹⁶

Se ha informado que la autopercepción se forja en los niños escuchando y observando a sus padres o cuidadores. Para un niño, tener una buena autoestima y autopercepción significa:¹⁷ sentirse bien con su cuerpo; reconocer y estar orgulloso de su género; contar con un bienestar emocional adecuado, sintiéndose parte de su núcleo familiar; sentirse capaz de realizar cualquier actividad; tener la seguridad de que sus necesidades de cualquier tipo serán cubiertas.

Instrumentos y cuestionarios

Los instrumentos utilizados para medir la CVrSB son construidos como cuestionarios autoaplicados en la mayoría de los casos, compuestos por una serie de preguntas que abarcan las diferentes dimensiones de la CV, como la limitación funcional, el bienestar emocional, el bienestar social, la percepción de síntomas bucales, el ambiente en la escuela, trastornos del sueño, nivel de autopercepción y de autoestima.¹⁸

En el caso de los niños de 5 años de edad, los instrumentos que existen para medir la CVrSB son generalmente respondidos por los padres,¹⁹ los cuales detectan las afecciones bucales no necesariamente por la expresión de dolor de sus hijos, sino por el cambio en sus patrones de sueño y alimentación. Existen diversas problemáticas para medir el nivel de CVrSB de manera convencional en los niños pequeños, debido al dominio del idioma, la capacidad para establecer escalas de dolor, para detectar las limitaciones funcionales, el bienestar social y emocional, y para lograr identificar lo saludable de lo no saludable.²⁰ Debido a su dificultad para expresar el dolor y los síntomas bucales con precisión, dadas sus condiciones cognitivas, son los padres quienes interpretan el dolor en sus hijos.¹⁷ A medida que pasa el tiempo, los niños desarrollan rápidamente sus destrezas mentales, y aprenden mejores formas de describir sus experiencias sus ideas, sus sentimientos²¹ y su perspectiva de salud,²² pero necesitan del apoyo de sus padres para comprender y descifrar los síntomas bucales.

Child Perceptions Questionnaire

En 2002 Jokovic y colaboradores desarrollaron el *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ), el primer instrumento que mide la CVrSB en los niños, con un rango de edad de 8 a 10 años,²³ y de 11 a 14 años;²⁴ ambos cuestionarios abarcan las dimensiones de: síntomas bucales, limitación funcional, bienestar social y bienestar emocional. La versión de 8 a 10 años consta de 29 preguntas y un tiempo de recuerdo de cuatro semanas, mientras que la versión de 11 a 14 años cuenta con 37 preguntas y un tiempo de recuerdo de tres meses. Las respuestas se registran en una escala Likert, donde 0 = nunca, 1 = una o dos veces, 2 = a veces, 3 = a menudo, y 4 = todos los días o casi todos los días. El puntaje máximo es de 100 y el mínimo de 0 para el CPQ8-10. Las respuestas para el CPQ11-14 se registran en una escala y tienen un rango posible de la suma de respuestas de 0 a 103; esto quiere decir que, a mayor puntaje, peor CV. El tiempo de recuerdo es de tres meses. Las respuestas se registran al igual que en el

Tabla 1.

Nombre	Acrónimo	Autores	País	Año	Preguntas	Dominios
<i>Child Perception Questionnaire 11-14</i> ²⁴	CPQ ₁₁₋₁₄	Jokovic y col.	Canadá	2002	37	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas bucales Limitación funcional Bienestar emocional Bienestar social
<i>Child Perception Questionnaire 8-10</i> ²³	CPQ ₈₋₁₀	Jokovic y col.	Canadá	2002	29	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas bucales Limitación funcional Bienestar emocional Bienestar social
<i>Child-Oral Impact Daily Performance</i> ²⁹	Child-OIDP	Gherunpong y col.	Tailandia	2004	8	<ul style="list-style-type: none"> Comer Hablar Higiene bucal Dormir Emocional Sonreír Estudiar Contacto social
<i>Child Oral Health Impact Profile</i> ²⁶	COHIP	Slade y col.	Australia	2007	34	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas orales Bienestar funcional Bienestar emocional Ambiente en la escuela Autopercepción
<i>Family Impact Scale</i> ³⁰	FIS	Stein y Riessman	EE.UU.	1983	27	<ul style="list-style-type: none"> Carga económica Impacto social Impacto familiar Tensión personal Estrés causado por la enfermedad
<i>Parental Perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life</i> ³⁵	P-CPQ	Jokovic y col.	Canadá	2003	46	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas orales Bienestar funcional Bienestar emocional Ambiente en la escuela Autopercepción
<i>Early Childhood Oral Health Impact Scale</i> ³⁷	ECOHIS	Pahel y col.	EE.UU.	2004	13	<ul style="list-style-type: none"> Situaciones funcionales psicológicas y sociales
<i>Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old Children</i> ³⁹	SOHO-5	Tsakos y col.	Reino Unido	2012	7	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para comer, beber, hablar, jugar, dormir, sonreír. Apariencia de la sonrisa

CPQ 8-10 y CPQ 11-14 en una escala de Likert de 0 a 4. El CPQ11-14 ha sido modificado a versiones cortas de 16 y 8 preguntas.²⁵

Child Oral Health Impact Profile

Slade y colaboradores desarrollaron el cuestionario *Child Oral Health Impact Profile* (COHIP), en Australia, en 2007.²⁶ El cuestionario consta de cinco dominios: la salud oral, el bienestar funcional, el bienestar social y emocional, el entorno escolar y la propia imagen. El COHIP fue diseñado para medir la CVrSB de los niños entre las edades de 8 y 15 años, utiliza ítems formulados tanto positiva como negativamente. Este instrumento se ha utilizado en Francia²⁷ y en los Estados Unidos.²⁸

Child Oral Impact Daily Performance

Gherunpong y colegas, en 2004, adaptaron el cuestionario *Oral Impact Daily Performance* (OIDP), desarrollado originalmente para adultos, a una versión para niños, conocida como *Child Oral Impact Daily Performance* (Child-OIDP);²⁹ en el cual se realizaron ajustes en el lenguaje, cambios en la secuencia de las preguntas, disminución del tiempo de recuerdo a tres meses, simplificación la escala de medición, optando por utilizar la escala Likert de 0-3, así como la incorporación de gráficos para hacer el cuestionario más amigable y atractivo a los niños. El Child-OIDP mide principalmente ocho áreas: comer, hablar, higiene bucal, dormir, emocional, sonreír, estudiar, contacto social.

Family Impact Scale

Stein y Riessman³⁰ desarrollaron el cuestionario *Family Impact Scale* (FIS) para medir el impacto de las afecciones bucales de los niños de 5 a 6 años en el sistema familiar,

el cual es contestado por los padres de familia. El FIS comprende 27 ítems, toma aproximadamente 10 minutos contestarlo, y puede ser utilizado como un cuestionario, cuando la capacidad de lectura es adecuada o cuando se aplica en forma de entrevista.³¹ Las dimensiones que evalúa el FIS son: 1) carga económica, o el grado en que la enfermedad cambia la situación económica de la familia; 2) el impacto social o la calidad y la cantidad de interacción con otras personas fuera de la familia inmediata; 3) el impacto familiar, que se refiere a la calidad de interacción dentro de la unidad familiar; 4) la tensión personal, la carga subjetiva experimentada por el cuidador principal, y 5) cómo hacer frente a las estrategias empleadas por la familia para dominar el estrés de una enfermedad o la discapacidad del niño. Todos los artículos tienen una escala de cuatro puntos estándar que van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. El valor total de la FIS se calcula mediante la suma de todos los puntajes de los ítems, el cual puede variar de 0 a 56, una mayor puntuación indica un mayor grado de impacto de las condiciones bucales del niño sobre el desempeño de los padres o cuidadores y la familia en su conjunto. El FIS ha sido utilizado en Brasil,³² Turquía³³ y China.³⁴

Parental Perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life

En 2003 Jokovic y su equipo desarrollaron el *Parental Perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life* (P-CPQ) como complemento de los cuestionarios CPQ8-10 y CPQ 11-14 que son dirigidos a los niños. El P-CPQ es respondido por los padres de familia con hijos en edades comprendidas de los 6 a los 14 años. El P-CPQ está conformado por 46 ítems y un tiempo de recuerdo de

Tabla 2.

Cuestionario	Idioma	País	Año	Edad población	Consistencia interna (alfa de Cronbach)	Confiabilidad prueba reprobada
CPQ ₁₁₋₁₄	Árabe	Arabia Saudita ⁴²	2006	11-14	0.81	0.65 ^a
	Portugués	Brasil ⁴³	2008	11-14	0.86	0.85 ^a
	Portugués	Brasil ⁴⁴	2009	11-14	0.95	0.92 ^a
	Alemán	Alemania ⁴⁵	2012	11-14	0.87	0.83 ^a
	Inglés	Reino Unido ⁴⁶	2005	11-14	0.87	0.83 ^a
	Danés	Dinamarca ⁴⁷	2009	11-14	0.87	NI
	Chino	China ⁴⁸	2008	11-14	0.79	NI
	Chino	China ⁴⁹	2007	11-14	0.89	0.88 ^a
CPQ ₈₋₁₀	Español	México ⁴⁹	2011	8-10	0.89	0.67 ^a
	Inglés	Reino Unido ⁵⁰	2006	8-10	0.90	0.65 ^a
	Portugués	Brasil ⁵¹	2009	8-10	0.95	0.96 ^a
	Danés	Dinamarca ⁴⁷	2009	8-10	0.82	NI
	Bosnio	Bosnia-Herzegovina ⁵²	2012	8-10	NI	NI
	Child-OIDP	Español	Perú ⁵³	2008	8-10	0.62-0.65
Canarés		India ⁵⁴	2013	11-12	0.60	0.85 ^a
Inglés		Reino Unido ⁵⁵	2006	10-11	0.58	0.82 kappa
Portugués		Brasil ⁵⁶	2008	11-14	0.63	0.79 ^a
Swahili		Tanzania ⁵⁷	2007	13	0.77	0.8 y 1 ^b
Malayo		Malasia ⁵⁸	2012	11-12	0.80	0.84 ^b
Francés		Francia ⁵⁹	2005	10	0.57	0.75 ^b
Español		España ⁶⁰	2010	11-12	0.68	0.98 ^a
Hebreo		Israel ⁶¹	2013	6-11	NI	NI
Persa		Iran ⁶²	2013	13-18	0.89	NI
COHIP	Coreano	Corea ⁶³	2012	8-15	0.88	0.88 ^a
	ECOHIS	Inglés	Estados Unidos ⁶⁴	2007	5	0.95
Turco		Turquía ⁶⁵	2011	5-6	0.93	0.86 ^a
Persa		Irán ⁶⁶	2010	2-5	0.93	0.82 ^a 0.81 ^b
Chino		China ⁶⁷	2009	0-5	0.91	0.64 ^a
Francés		Francia ⁶⁸	2008	0-5	0.82	0.95 ^a
Lituano		Lituania ⁶⁹	2012	0-5	0.869	0.98 ^a
Portugués		Brasil ⁷⁰	2012	2-5	0.86	0.94 ^a
SOHO-5		Portugués	Brasil ⁷¹	2013	5-6	0.90 niños 0.77 padres
	Turco	Turquía ⁷²	2009	1-9	0.90	0.95 ^a
FIS	Chino	China ⁷³	2007	NR	0.82	0.87 ^a
	Portugués	Brasil ⁷⁴	2009	11-14	0.79	0.83 ^a
P-CPQ	Portugués	Brasil ⁷⁴	2007	NR	0.82	0.83 ^a
	Español	Perú ³⁶	2007	NR	0.82	0.83 ^a

NI, no informada; ^a, coeficiente de correlación intraclase; ^b, kappa ponderada.

tres meses, abarca los dominios de: bienestar social, bienestar emocional, presencia de síntomas orales y limitación funcional. Las respuestas se registran en una escala Likert, donde 0 = nunca, 1 = una o dos veces, 2 = a veces, 3 = a menudo, y 4 = todos los días o casi todos los días. El puntaje máximo es de 80 y el mínimo de 0.³⁵ El P-CPQ ha sido utilizado en Perú³⁶ y Brasil.³⁷

Early Childhood Oral Health Impact Scale

En 2006, Pahel y colegas desarrollaron el *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS),³⁸ el cual consta de 13 preguntas diseñadas para evaluar el impacto de los problemas relacionados con las experiencias de tratamientos bucales en la CV de preescolares de 2 a 5 años y de su familia. Las respuestas tienen una escala Likert en la que: 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = ocasionalmente, 4 = frecuentemente, 5 = muy frecuentemente. Un puntaje alto en el resultado de ECOHIS sugiere una calidad de vida desfavorable. El ECOHIS se ha utilizado en los Estados Unidos.³⁸

Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-Old Children

La *Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-Old Children* (SOHO-5) fue desarrollada por Tsakos y colaboradores en el Reino Unido en 2012,³⁹ este instrumento brinda información sobre el impacto que tienen las afecciones bucales en la CVrSB de niños menores de 5 años, el SOHO-5 está conformado por una sección dirigida a los

niños, la cual contiene siete ítems y evalúa la dificultad para comer, beber, hablar, jugar, dormir, sonreír y la apariencia de la sonrisa. Las respuestas se disponen en una escala numérica donde no = 0, un poco = 1, mucho = 2. Para facilitar la comprensión de las respuestas por parte de los niños, el SOHO-5 se apoya en una tarjeta que explica las respuestas por medio de una escala de dolor representada por imágenes de caras. Los ítems dirigidos a los padres son siete y evalúan la dificultad que tienen sus hijos para comer, jugar, hablar, dormir, evitar sonreír por dolor, por la apariencia de su sonrisa y la alteración en su autoconfianza. Las respuestas se disponen en una escala numérica en la cual nada = 0, un poco = 1, moderadamente = 2, mucho = 3, demasiado = 4; la respuesta "no sé" no se usa en la forma de autoaplicación, ésta es empleada cuando el cuestionario se aplica en modo de entrevista. Los resultados se obtienen sumando todas las respuestas. Un puntaje más alto indica un mayor impacto de las afecciones bucales sobre la CV de los niños.

Para facilitar la identificación de los diversos instrumentos que existen para evaluar la CVrSB en los niños, en la Tabla 1 se aprecia un resumen que abarca los autores, el número de preguntas y los dominios que evalúa cada instrumento. Los instrumentos usados para medir la CVrSB en los niños se han desarrollado principalmente en los países angloparlantes, lo que genera la necesidad de validarlos y adaptarlos culturalmente al español.⁴⁰ Cada vez son más los instrumentos de CVrSB adaptados y validados en diferentes idiomas. Este proceso es importante, ya que una traducción

insustancial de un cuestionario puede crear una interpretación errónea del fenómeno a estudiar debido a las diferencias culturales entre la población en la que fue creado el instrumento y en la población en la que será usado.⁴¹ En la Tabla 2 se presenta la lista de cuestionarios que han sido adaptados y validados a diferentes idiomas, así como los resultados de la consistencia interna y de prueba-reprueba, los cuales nos indican la confiabilidad que tienen estos instrumentos para poder ser aplicados en la población y obtener mediciones certeras que se aproximen a la realidad estudiada; con esto, investigadores de todo el mundo podrán tener conocimiento sobre los diversos instrumentos que ya puede ser aplicados en las distintas poblaciones.

Conclusión

La CVrSB es un área del conocimiento odontológico que se ha desarrollado rápidamente en los últimos años; en lo que respecta a la población infantil, la creación de cuestionarios ha hecho posible obtener mediciones sobre el impacto de las enfermedades bucales en la CV y representa un instrumento importante para los profesionales

de la salud. La adaptación y validación de los cuestionarios a otros idiomas ha brindado la posibilidad de evaluar la población infantil alrededor del mundo.

Otro de los grandes aportes que se han realizado en el campo de la investigación de CVrSB es la creación de cuestionarios aplicables a preescolares, al unir las perspectivas del niño y del padre de familia.

Los resultados obtenidos de estas mediciones son útiles para encaminar la toma de decisiones en la prestación de servicios de salud bucal, la cual no debe estar sólo encaminada a dar atención clínica, también debe considerar la integración de las necesidades sociales en salud bucal, tomando en cuenta el daño que las afecciones bucales causan en el desempeño de la vida diaria en los niños y sus familias.

Esto permitirá lograr una participación en la promoción de la salud bucal por parte de los profesionales de la odontología y de la sociedad, ya que las experiencias que adquieran los niños en la vida temprana pueden influir en sus futuras actitudes y el comportamiento relacionado con su salud bucal.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Lista de abreviaturas y siglas

CV, calidad de vida; OMS, Organización Mundial de la Salud; CVrS, calidad de vida relacionada con la salud; CVrSB, calidad de vida relacionada con la salud bucal; CPQ, *Child Perceptions Questionnaire*; COHIP, *Child Oral Health Impact Profile*; OIDP, *Oral Impact Daily Performance*; Child-OIDP, *Child Oral Impact Daily Performance*; FIS, *Family Impact Scale*; P-CPQ, *Parental Perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life*; ECOHIS, *Early Childhood Oral Health Impact Scale*; SOHO-5, *Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-Old Children*.

Cómo citar este artículo

Muñoz Mújica P, Aguilar Díaz FC, De la Fuente Hernández J, Shimada Beltrán H, Acosta Torres LS. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. *Epidemiología y Salud* 2(3): 19-24, Jun 2015.

How to cite this article

Muñoz Mújica P, Aguilar Díaz FC, De la Fuente Hernández J, Shimada Beltrán H, Acosta Torres LS. Validated instruments for measuring the oral health in children. *Epidemiología y Salud* 2(3): 19-24, Jun 2015.

Autoevaluación del artículo

La calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVrSB) es un concepto multidimensional que mide el impacto de las enfermedades bucales en la vida diaria de las personas. Las mediciones se llevan a cabo mediante cuestionarios que abarcan diferentes dimensiones y son útiles para encaminar la toma de decisiones en la prestación de servicios de salud bucal.

¿Cuáles son las principales dimensiones que abarcan los cuestionarios que miden la CVrSB en niños?

A, Limitación funcional, bienestar emocional y social; B, Comportamiento escolar; C, Bienestar; D, Felicidad; E, Limitación funcional, bienestar emocional y social, síntomas bucales, autopercepción, trastornos del sueño y el lenguaje.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/139632

Bibliografía

- Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization* 83(9):644-644, 2005.
- Organización Mundial de la Salud. [Internet] Salud bucodental. Actualizado: Febrero de 2007; Consultado: Octubre 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es>.
- Gift HC, Reisine TS, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 82:1663-8, 1992.
- Schawartzmann L. Calidad de vida relacionada a la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 9(2):9-21, 2003.
- Slade GD. Measuring oral health and quality of life. En *Background and Rationale for the Conference*. 1997.
- Lepele A, Hunt S. The problem of quality of life in Medicine. *JAMA* 278:47-50, 1997.
- Gift HC, Reisine TS, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* (82):1663-8, 1992.
- Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale* 12:894-901, 2006.
- Abanto JA, Böncher M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. *Rev Estomatol Herediana* 20:38-43, 2010.
- Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. *Measuring oral health and quality of life*. Pp. 11-24, 1997.
- Do LG, Spencer A. Oral health-related quality of life of children by dental caries and fluorosis experience. *J Public Health Dent* 67:132-139, 2007.
- Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent* 20:209-212, 1996.
- O'Brien C, Benson PE, Marshman Z. Evaluation of a quality of life measure for children with malocclusion. *J Orthod* 34:185-93, 2007.
- Alvarez JHA. Impacto das doenças e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais [Doctoral dissertation]. Universidade de São Paulo. 95 p. 2009.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [Internet]. Desarrollo Psicosocial de los niños y las niñas. Actualizado: Julio de 2004; Consultado Octubre 2013. Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/conocimiento/desarrollopsico.htm>.
- Rohr Inglehart M, Bagramian RA, editores. *Health-related quality of life*. Michigan: Quintessence Books, 2002.
- Laporte D. Autoimagen, autoestima y socialización, guía práctica con niños de 0 a 6 años. Narcea S.A. de Ediciones, Madrid, España, 2006.
- Wallander JL, Schmitt M. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *Journal of Clinical Psychology* 57(4):571-585, 2001.
- Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health related quality of life? A systematic review. *Int J Dent Hyg* 6:108-13, 2008.
- Rebok G, Riley A, Forrest C y col. Elementary school-aged children's reports of their health: A cognitive interviewing study. *Quality of Life Research* 10:59-70, 2001.
- National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. [Internet] Consejos de crianza positiva para el desarrollo saludable del niño. Actualizado: 18 de julio de 2014; Consultado Octubre 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/positiveparenting/index.html>.

22. Harter S, Pike R. The pictorial scale of perceived competence and acceptance for young children. *Child Dev* 55:1969-1982, 1984.
23. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent* 26:512-518, 2004.
24. Locker D, Jokovic A, Tompson B, Prakash P. Is the Child Perceptions Questionnaire for 11-14 year olds sensitive to clinical and self perceived variations in orthodontic status? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 35:179-185, 2007.
25. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14 year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes* 1:4, 2006.
26. Slade GD, Reisine ST. The child oral health impact profile: current status and future directions. *Community Dent Oral Epidemiol* 35:50-53, 2007.
27. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E, Gremeau-Richard C, Lecuyer MM, Tsakos G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. *Eur J Oral Sci* 113:355-362, 2005.
28. Dunlow N, Phillips C, Broder HL. Concurrent validity of the COHIP. *Community Dent Oral Epidemiol* 35:41-49, 2007.
29. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHLD-OIDP. *Community Dent Health* 21:161-169, 2004.
30. Stein RE, Riessman CK. The development of an impact-on-family scale: preliminary findings. *Med Care* 18:465-472, 1980.
31. Stein RE, Jessop DJ. The impact on family scale revisited: further psychometric data. *J Dev Behav Pediatr* 24:9-16, 2003.
32. Barbosa TS, Duarte Gavião MB. Evaluation of the Family Impact Scale for use in Brazil. *J Appl Oral Sci* 17:397-403, 2009.
33. Bek N, Simsek EI, Erel S, Yakut Y, Uygur F. Turkish version of impact on family scale: a study of reliability and validity. *Health and Quality of Life Outcomes* 7:4, 2009.
34. McGrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hägg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *Int J Paediatr Dent* 18:267-74, 2008.
35. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life. *J Public Health Dent* 63:67-72, 2003.
36. Albites U, Abanto J, Bönecker M, Paiva SM, Aguilar-Gálvez D, Castillo JL. Parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life (P-CPQ): Psychometric properties for the Peruvian spanish language. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 19:e220, 2014.
37. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Pordeus IA, Allison PJ. Measuring Parental-Caregiver Perceptions of Child Oral Health-Related Quality of Life: psychometric properties of the Brazilian version of the P-CPQ. *Braz Dent J* 20:169-174, 2009.
38. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHS). *Health Qual Life Outcomes* 30:6, 2007.
39. Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson L. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health and Quality of Life Outcomes* 10:62, 2012.
40. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria* 15:34-43, 2001.
41. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública Mex* 55:57-66, 2013.
42. Brown A, Al-Khayal Z. Validity and reliability of the Arabic translation of the child oral-health-related quality of life questionnaire (CPQ11-14) in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 16:405-411, 2006.
43. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Allison PJ. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 14(6):2, 2008.
43. Barbosa TS, Tureli MC, Gavião MB. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health* 18:9-13, 2008.
44. Bekes K, John MT, Zyriax R, Schaller HG, Hirsch C. The German version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ-G11-14): translation process, reliability, and validity in the general population. *Clin Oral Investig* 16:165-171, 2012.
45. Marshman Z, Rodd H, Stern M, Mitchell C, Locker D, Jokovic A, Robinson PG. An evaluation of the Child Perceptions Questionnaire in the UK. *Community Dent Health* 151-155, 2005.
46. Wogelius P, Gjørup H, Haubek D, Lopez R, Poulsen S. Development of Danish version of child oral-health-related quality of life questionnaires (CPQ8-10 and CPQ11-14). *BMC Oral Health* 2:9-11, 2009.
47. Li XJ, Huang H, Lin T, Huang GM. Validation of a Chinese version of the child perception questionnaire. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* 26:267-70, 2008.
48. McGrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hägg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *Int J Paediatr Dent* 18:267-274, 2008.
49. Del Carmen Aguilar-Díaz F, Irigoyen-Camacho ME. Validation of the CPQ8-10ESP in Mexican school children in urban areas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 1:e430-435, 2001.
50. O'Brien K, Wright J. The Child Perception Questionnaire is valid for malocclusion in the United Kingdom. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 129:536-540, 2006.
51. Martins MT, Ferreira FM, Oliveira AC y col. Preliminary validation of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. *Eur J Paediatr Dent* 10:135-140, 2009.
52. Hadzipasic-Nazdrjajic A. Validation of the Child Perceptions Questionnaire 8-10 in Bosnia and Herzegovina. *Mater Sociomed* 24:157-161, 2012.
53. Bernabé E, Sheiham A, Tsakos G. A comprehensive evaluation of the validity of Child-OIDP: further evidence from Peru. *Community Dent Oral Epidemiol* 36:317-325, 2008.
54. Agrawal N, Pushpanjali K, Garg AK. The cross cultural adaptation and validity of the child-OIDP scale among school children in Karnataka, South India. *Community Dent Health* 30:124-126, 2013.
55. Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *Health Qual Life Outcomes* 1:4:38, 2006.
56. Castro R, Cortes M, Leão A y col. Child-OIDP index in Brazil: Cross-cultural adaptation and validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 6:68, 2008.
57. Mtaya M, Astrøm AN, Tsakos G. Applicability of an abbreviated version of the Child-OIDP inventory among primary schoolchildren in Tanzania. *Health Qual Life Outcomes* 13(5):40, 2007.
58. Yusof ZY, Jaafar N. A Malay version of the Child Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP index: assessing validity and reliability. *Health Qual Life Outcomes* 8(10):63, 2012.
59. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E, Gremeau-Richard C, Lecuyer MM, Tsakos G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. *Eur J Oral Sci* 113:355-62, 2005.
60. Cortés-Martincorena FJ, Rosel-Gallardo E, Artazcoz-Osés J, Bravo M, Tsakos G. Adaptation and validation for Spain of the Child-Oral Impact on Daily Performance (C-OIDP) for use with adolescents. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 15:e106-111, 2010.
61. Kushnir D, Natapov L, Ram D, Shapira J, Gabai A, Zusan SP. Validation of a Hebrew version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *Oral Health Prev Dent* 4:323-330, 2013.
62. Asgari I, Ahmady AE, Broder H, Eslamipour F, Wilson-Genderson M. Assessing the oral health-related quality of life in Iranian adolescents: validity of the Persian version of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP). *Oral Health Prev Dent* 11:147-54, 2013.
63. Ahn YS, Kim HY, Hong SM, Patton LL, Kim JH, Noh HJ. Validation of a Korean version of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP) among 8- to 15-year-old school children. *Int J Paediatr Dent* 22:292-301, 2012.
64. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHS). *Health Qual Life Outcomes* 30:36, 2007.
65. Peker K, Uysal Ö, Bermeck G. Cross - cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the early childhood oral health impact scale among 5-6-year-old children. *Health Qual Life Outcomes* 22:9-118, 2011.
66. Jabarifar SE, Golkari A, Ijadi MH, Jafarzadeh M, Khadem P. Validation of a Farsi version of the early childhood oral health impact scale (F-ECHOHS). *BMC Oral Health* 6:10-14, 2010.
67. Lee GH, McGrath C, Yiu CK, King NM. Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHS). *Int J Paediatr Dent* 19:399-405, 2009.
68. Li S, Veronneau J, Allison PJ. Validation of a French language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHS). *Health Qual Life Outcomes* 22:6-9, 2008.
69. Jankauskien B, Narbutait J, Kubilius R, Gleiznys A. Adaptation and validation of the early childhood oral health impact scale in Lithuania. *Stomatologija* 14:108-113, 2012.
70. Martins-Júnior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOHS). *Cad Saude Publica* 28:367-374, 2012.
71. Abanto J, Tsakos G, Paiva MS, Goursand D, Raggio PD, Bönecker M. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Quality of Life Outcomes* 11:16, 2013.
72. Bek N, Simsek EI, Erel S, Yakut Y, Uygur F. Turkish version of impact on family scale: a study of reliability and validity. *Health and Quality of Life Outcomes* 7:4, 2009.
73. McGrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hägg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *Int J Paediatr Dent* 18:267-274, 2008.
74. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Pordeus IA, Allison PJ. Family Impact Scale (FIS): psychometric properties of the Brazilian Portuguese language version. *Eur J Paediatr Dent* 10:141-146, 2009.

Curriculum Vitae abreviado de la autora

Paulina Muñoz Mújica. Cirujana Dentista, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México. Equipo editorial del sitio web Conocimientosweb.net. Desarrolladora del sitio web Edukativos.com.

La colaboración entre médicos de familia y especialistas: vacío de conocimientos y necesidades de investigación

Collaboration between family physicians and specialists: knowledge gaps and research needs

Charo Rodríguez

PhD, McGill University; École National d'Administration Publique, Montreal, Canadá

Nassera Touati, PhD, École National d'Administration Publique, Montreal, Canadá

Jean Louis Denis, PhD, École National d'Administration Publique, Montreal, Canadá

Acceda a este artículo en
siicsalud


Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/128888

Segunda edición, ampliada y corregida: 15/9/2014

Enviar correspondencia a: Charo Rodríguez,
McGill University, 5858 Cote-des-Neiges Boulevard,
3rd Floor, Suite 300, Room 28, Montreal,
H3R 1Z1, Canadá
charo.rodriguez@mcgill.ca

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

Resumen

Objetivo: Identificar las lagunas de conocimiento y las necesidades de investigación de los procesos de colaboración entre médicos de familia y especialistas. **Métodos:** Revisión tradicional de la literatura empírica sobre la colaboración profesional entre médicos publicada entre 1990 y 2012. **Resultados:** Veintiséis artículos fueron finalmente incluidos. En los trabajos revisados, el concepto de colaboración aparece poco claro y rara vez definido. La evidencia empírica disponible parece indicar que los médicos de familia se muestran más predispuestos a la colaboración que los especialistas, y alegan dos razones principales para ello: adquirir más conocimientos y fomentar el respeto mutuo. Por su parte, los especialistas tienden a no considerar a los generalistas como sus iguales, y si colaboran con ellos, lo hacen para formarlos y conseguir una mejor gestión del flujo de pacientes. Diversos factores de orden individual, organizativo e institucional parecen ejercer una influencia sobre la dinámica de colaboración entre generalistas y especialistas. Sin embargo, los resultados observados son poco concluyentes. **Conclusiones:** A pesar de su reconocida relevancia, la colaboración entre médicos de familia y especialistas es un proceso extremadamente complejo y no muy conocido. Para su mayor comprensión, se necesitan trabajos empíricos más exhaustivos que contemplen diferentes niveles de análisis y examinen en profundidad diversas dinámicas de acción de los actores implicados.

Palabras clave: colaboración, colaboración intraprofesional entre médicos, cuidados compartidos

Abstract

Objective: To identify knowledge gaps and research needs on collaboration between family physicians and specialists. **Methods:** A traditional literature review of the empirical evidence on medical collaboration from 1990 to 2012 was performed. **Results:** Twenty-six articles were finally included. In the papers reviewed the concept of collaboration appears unclear and barely defined. The available empirical evidence suggests that family physicians are more inclined than specialists to collaborate due to the following two reasons: to acquire further medical knowledge and to gain mutual respect. Specialists are less inclined to consider family physicians as their equals, and if they collaborate with them, they do so in order to educate them and modulate patients' flow. Several individual, organizational and institutional factors seem to influence collaborative dynamics between generalists and specialists, but the observed results appear inconclusive. **Conclusions:** Despite its relevance, collaboration between family physicians and specialists appears to be an extremely complex and poorly known process. In order to better understand it, more comprehensive empirical investigations that consider different levels of analysis and to examine in-depth actors' dynamics appear necessary.

Key words: collaboration, intraprofessional medical collaboration, shared care

Introducción

La colaboración, desde la cooperación entre profesionales de la salud en el plano individual hasta la integración o institucionalización de estructuras y prácticas cooperativas de tipo sistémico,¹ ha atraído fuertemente la atención de profesionales de la salud, políticos e investigadores en organización y gestión de los servicios de salud durante las últimas décadas. Así, al menos en la literatura especializada anglosajona, y más en concreto norteamericana, si las décadas de 1980 a 1990 fueron las de la competencia gestionada (*managed care*)²⁻⁴ y los sistemas integrados de salud (*integrated delivery systems*),^{5,6} estos últimos años son sin lugar a duda los de los cuidados compartidos (*shared care*)^{7,8} y centrados en el paciente (*patient-centred*),⁹ producidos por equipos

multidisciplinarios o interdisciplinarios de profesionales de la salud.¹⁰ Muchos son los argumentos a favor de esta modalidad de producción de cuidados, particularmente en el nivel primario de atención; entre ellos cabe destacar la optimización de los servicios ofertados (más accesibles y rentables), la mejora de la práctica profesional en entornos con un mejor clima de trabajo y un mayor grado de satisfacción, y la promoción de la innovación en la organización de servicios.¹¹

En este contexto la literatura, tanto empírica como teórica, sobre la colaboración interprofesional es cuantiosa. Nos referimos a la colaboración establecida entre profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas de la salud, generalmente operando en un mismo nivel asistencial, en el que cada individuo aporta la especificidad de

los conocimientos propios de su disciplina, así como su experiencia profesional, para conseguir mejorar la atención a los pacientes.

Sin embargo, la colaboración profesional entre médicos de familia (o generalistas) y especialistas, los cuales habitualmente trabajan en diferentes niveles de asistencia, ha sido relativamente mucho menos estudiada.¹² Si se sabe que se trata de un proceso no exento de problemas.¹³ La percepción de las dificultades que la colaboración entre médicos lleva consigo existe incluso durante el período de formación de posgrado (residencia) de los futuros profesionales, en particular en lo relativo a conocimientos médicos y responsabilidad profesional.¹⁴

Profundamente interesado por el tema, nuestro equipo de investigación inició en 2009 un minucioso trabajo de revisión de la literatura y de conceptualización de la colaboración entre médicos,¹⁵⁻¹⁷ que culminó con la obtención de una subvención de investigación otorgada por los Institutos de Investigación en Salud de Canadá en 2011. En el marco de este estudio, aún en curso, nuestro propósito en el presente artículo ha sido identificar las lagunas de conocimiento y las necesidades de investigación de los procesos de colaboración entre médicos generalistas y especialistas. A continuación se describen los métodos de identificación y selección de los trabajos revisados. Se presentan después los resultados, discutidos, de la revisión realizada sobre la evidencia empírica identificada. Se concluye el trabajo con un resumen de los conocimientos revisados y nuestras sugerencias para investigaciones futuras.

Métodos

Se llevó a cabo una revisión tradicional, o narrativa,^{18,19} de la literatura empírica sobre los procesos de colaboración entre médicos generalistas y especialistas. Se consideraron trabajos publicados en inglés, francés o español entre 1990 y 2012, los cuales fueron identificados a través de búsquedas bibliográficas realizadas en las bases de datos Medline, ProQuest y Google Scholar con la ayuda de las palabras clave: *medical collaboration, physician collaboration, family physician/general practitioner and specialist collaboration, y shared care model*. El título y los resúmenes de los artículos así identificados fueron primero examinados con el fin de corroborar que efectivamente eran trabajos empíricos sobre los procesos de colaboración médica. De este modo fueron rechazados todos aquellos que: a) estudiaban un tema que no era la colaboración entre médicos generalistas y especialistas, b) eran artículos de opinión, c) proponían instrumentos de medida de los resultados de la colaboración.

Resultados y discusión

En total, finalmente fueron seleccionados 26 trabajos. Los resultados del análisis efectuado sobre ellos se reagrupan en cuatro grandes áreas temáticas.

La colaboración: un proceso difícil de definir

Según el diccionario, la colaboración es "la acción y efecto de colaborar", y colaborar significa "trabajar con otra u otras personas en la realización de una obra". La colaboración sería entonces el proceso (o los procesos) mediante el cual los individuos interactúan conscientemente con el fin de alcanzar un objetivo común, así como el resultado de dicha interacción. En el caso que nos ocupa, la colaboración entre médicos de familia (o generalistas) y especialistas se referiría pues al trabajo clínico conjunto de estos profesionales en el diagnóstico, trata-

miento y seguimiento de pacientes, y los resultados de dicho trabajo clínico colaborativo en materia de nuevas modalidades de gestión de los pacientes.

Algunos trabajos de revisión de la literatura en servicios de salud intentan clarificar el término colaboración y algunos otros que se utilizan indistintamente, como cooperación, continuidad o integración. Así, Mitchell y colaboradores,²⁰ en su revisión sistemática de la literatura sobre los efectos de la relación entre médicos generalistas y especialistas, definen la cooperación organizada como "... any formal arrangement that linked the GPs with specialist practitioners in the care of the patient. This definition thus included case conferences between the specialist and GP, shared consultations, organized consultations by GPs of patients in specialist inpatient units, visits by specialist staff to a GP clinic, as well as formal shared care arrangements between the patient's GP and a specialist clinic". Esta definición se situaría más bien en el ámbito profesional individual, y se referiría únicamente a todo acuerdo *formal* entre generalistas y especialistas. Así definida, la cooperación organizada excluiría toda interacción informal entre los actores en juego, lo que se considera esencial en contextos organizativos colaborativos realmente efectivos.²¹

Haggerty y colaboradores²² también se centran en el plano individual cuando revisan la literatura sobre la continuidad de los cuidados o servicios de salud. Teniendo en cuenta los trabajos producidos en diferentes campos disciplinarios (medicina de familia, enfermería, gestión), la continuidad es para estos autores una dimensión crítica de la producción de servicios de salud, distinta de la coordinación o la integración. La continuidad implicaría, por una parte, el conjunto de cuidados ofrecidos a un paciente en particular y, por otro lado, los cuidados dispensados de manera longitudinal y coherente en el tiempo. Varios profesionales pueden estar implicados en la producción de cuidados continuos, pero lo que realmente caracteriza la continuidad es la percepción, tanto de pacientes como de proveedores, de que el conjunto de cuidados de salud dispensados estén conectados entre sí de manera coherente.

Por su parte, Rodríguez y des Rivières,¹ en su revisión de la literatura sobre los servicios integrados de salud en perinatalidad, distinguen varios procesos cooperativos que se producen a diferentes estratos: 1) el nivel individual correspondería a la continuidad tal y como fue definida por Haggerty y col.,²² así como a una coordinación secuencial o recíproca entre dos profesionales (la referencia tradicional del médico de familia al especialista ilustraría la coordinación secuencial, la cual sería una coordinación recíproca si hubiera una respuesta en sentido contrario); 2) el nivel programático se referiría a la coordinación de servicios, no únicamente entre dos profesionales, sino a la que se desarrollaría en el seno de un equipo; 3) el término colaboración se reservaría para las relaciones cooperativas entre organizaciones (o nivel interorganizativo), y por último 4) el término integración implicaría la institucionalización de prácticas cooperativas a través de todo el sistema de salud (nivel sistémico), ya sea en ámbitos individuales, grupales o entre las diferentes organizaciones de salud.

Resulta por lo tanto llamativo constatar que en los trabajos empíricos aquí examinados, la naturaleza (ontología) de la colaboración, por lo general, se presupone; es decir que la conceptualización y la definición de la colaboración entre médicos de familia y especialistas están generalmente ausentes, refiriéndose, en el mejor de los casos, a la coordinación de servicios.²⁰ Por consi-

guiente, aunque la colaboración en todas sus vertientes aparece como una de las características más importantes y deseables de un sistema de salud de calidad, existe una dificultad evidente para definir sin equívocos su significado, en particular cuando se trata de la colaboración entre médicos generalistas y especialistas.

Motivados a colaborar, pero por distintas razones

La evidencia empírica de la que disponemos actualmente, obtenida en el contexto de los sistemas de salud de diferentes países occidentales, muestra que los médicos de familia (o generalistas) están predispuestos a relacionarse con los médicos especialistas por dos motivos fundamentales.

En primer lugar, los generalistas están interesados en desarrollar relaciones con los especialistas de profesional a profesional, es decir, directas y personales,^{12,23} que vayan más allá de la referencia tradicional,²⁴ con el fin de aprender de éstos^{23,25} y poder ofrecer una mayor calidad de servicios.²⁶ Esta motivación está fuertemente ligada a la esfera cognitiva, es decir al deseo de los médicos de familia de mejorar su nivel de conocimientos médicos. Prueba de ello es que la necesidad de colaborar con los especialistas surge de un modo particularmente intenso en subdisciplinas médicas para las cuales los médicos de familia se sienten insuficientemente formados y por las que, sin embargo, sufren una intensa demanda asistencial, p. ej.: trastornos mentales.^{24,26}

En segundo lugar, los médicos de familia desean relacionarse con los especialistas también con el objeto de ganarse el respeto de éstos.²³ En este sentido, un estudio canadiense relativamente reciente demostró la percepción generalizada existente entre los médicos de familia acerca de la falta de respeto de la que eran objeto por parte de algunos especialistas.²⁷ Los autores subrayan que el problema es complejo y, por consiguiente, para su resolución se necesitaría la adopción de diferentes estrategias, tanto en la esfera individual como en la sistémica. Sin embargo, un estudio descriptivo cualitativo llevado a cabo en Inglaterra diez años antes, en el que participaron tanto médicos generalistas como especialistas hospitalarios, demostró claramente la existencia de un alto grado de respeto mutuo.²⁸ Estos resultados, en apariencia contradictorios, podrían poner de manifiesto diferentes grados de legitimidad de la práctica médica generalista en estos dos países, así como la existencia de diferencias significativas en la estructura organizativa y de gobierno de los sistemas de salud respectivos. De hecho, en ciertos países parecen haber dado resultados prometedores determinadas intervenciones que favorecen el conocimiento mutuo y la colaboración entre los futuros médicos durante su período de formación.²⁹

Considerados globalmente, estos resultados sugieren que, con el objetivo final de favorecer la colaboración entre médicos de familia y especialistas, sería necesario considerar no sólo la dimensión cognitiva (médico en calidad de experto) sino también las dimensiones de identidad profesional, imagen y reputación, de naturaleza claramente política, y todo ello desde los primeros años de formación universitaria.^{30,31}

Por otra parte, los especialistas parecen menos dispuestos a colaborar que los generalistas, y si lo hacen, es fundamentalmente con la intención de "formarlos", y modular con ello el flujo de pacientes referidos.³² Asimismo, los especialistas demuestran menos inclinación a consi-

derar a los médicos de familia como sus iguales.^{25,32} De nuevo, estos resultados revelan la importancia que tiene la interacción existente entre las estructuras de poder, la posesión del conocimiento del experto, y la construcción de la identidad e imagen profesionales.

Incentivos y barreras a la colaboración

Un estudio muy reciente,³³ llevado a cabo en Canadá, señala que la edad y el sexo son factores que se asocian con las relaciones entre médicos de un modo muy diverso. Así, cohortes de médicos de familia canadienses pero que gozan de una cierta experiencia clínica (profesionales de entre 40 y 50 años) colaboran más con otros profesionales de la salud (colaboración interprofesional) de lo que lo hacen profesionales de más edad. Esta colaboración se ve favorecida por un contexto político que fomenta la cooperación entre los profesionales (nivel sistémico), así como por el trabajo clínico dispensado en grupo, y no de manera independiente (nivel organizativo).^{33,34} El efecto género parece ser también importante, ya que los médicos varones se relacionan más con los médicos especialistas, y los médicos de sexo femenino con las enfermeras.

También en ámbitos individuales la dimensión cognitiva aparece de nuevo como un elemento crítico a considerar para una mejor comprensión de la existencia de relaciones cooperativas entre los médicos. Así, las pruebas empíricas existentes sugieren que si el médico de familia tiene un nivel de formación, conocimientos y experiencia clínica previa en una determinada práctica especializada (p. ej.: salud mental), sus relaciones profesionales con psiquiatras y especialistas en salud mental se verán favorecidas de manera sensible.³⁴

Factores a nivel organizativo pueden ejercer también una influencia en la colaboración entre médicos. En este sentido, ciertos estudios sostienen que las nuevas tecnologías de la información, tales como las videoconferencias,^{35,36} podrían favorecer la estructuración de prácticas colaborativas entre generalistas y especialistas. Eso no quiere decir, sin embargo, que la existencia de este tipo de tecnologías consiga ejercer un impacto positivo sin paliativos sobre la colaboración, ya que su influencia se ve modulada por una compleja red de dimensiones técnicas y de gestión.³⁷ Es más, las tecnologías de la información podrían incluso generar resultados paradójicos al perpetuar las fronteras entre las organizaciones.³⁸

En lo referente a las dificultades para establecer vínculos colaborativos, los trabajos revisados tienden a demostrar que la falta de conocimientos y experiencia clínica de los médicos de familia, así como la edad y el sexo, se manifiestan como variables individuales que dificultarían, en grado variable, la colaboración con los médicos especialistas.³⁵ La necesidad de clarificar los respectivos roles a desempeñar en el proceso de colaboración también ha sido reseñada.^{39,40}

Otros elementos, esta vez de orden institucional, parecen poder actuar igualmente como obstáculos para la práctica colaborativa. Por ejemplo, ciertos estudios pusieron de manifiesto que el método de remuneración por acto médico dificulta la colaboración del generalista con el especialista.^{26,33} Asimismo, el ejercicio de la medicina familiar como práctica clínica independiente, o efectuado en una zona rural, parece un constituir inconveniente para la organización de nexos colaborativos con los especialistas.³³

Dicho de otro modo, si bien es frecuente que el discurso de apoyo a la colaboración domine la esfera política, parece necesario que esa voluntad se aplique a la reali-

dad de las estructuras administrativas y operacionales que afectan el trabajo clínico de los médicos en su quehacer cotidiano.^{26,41}

Consecuencias para los pacientes de la colaboración entre médicos

Los autores que se han interesado en los efectos que la colaboración entre los médicos produce en los cuidados dispensados a los pacientes se han ocupado fundamentalmente de estudiar aquellos que presentan un perfil crónico (p. ej.: salud mental), de comorbilidad (ancianos) o ambos. En efecto, parece lógico pensar que la necesidad de colaboración que manifiestan los profesionales implicados se encuentre directamente relacionada con la perdurabilidad y la complejidad de los problemas que afectan a los pacientes. Así, la colaboración entre equipos de atención primaria, que incluyen médicos de familia, y equipos de atención especializada, que incluyen geriatras, parece mejorar claramente la calidad de los servicios ofertados a los ancianos.^{42,43} Asimismo, las pruebas empíricas existentes indican que la colaboración entre generalistas y especialistas en salud mental favorece una mejor gestión para el paciente que sufre de episodios depresivos.⁴⁴ Mitchell y colegas²⁰ señalan igualmente que la relación formal entre los médicos generalistas y los especialistas mejora más rápidamente los resultados funcionales en los pacientes con problemas de salud mental y consigue mejores efectos intermedios (p. ej.: la adecuación de la prescripción de medicamentos), aunque parece no tener ninguna consecuencia significativa sobre resultados de salud de carácter físico.

Conclusiones y sugerencias de investigación futuras

El discurso mayoritario en las políticas sanitarias es el de fomentar categóricamente la colaboración entre los profesionales de la salud. A pesar de su popularidad como modalidad primordial de producción de servicios de salud, hemos podido corroborar que, en concreto, la colaboración entre médicos de familia (o generalistas) y especialistas permanece aun hoy ampliamente inexplorada, dado que la atención de los investigadores se ha dirigido preferentemente a las relaciones de colaboración interprofesionales.

Nuestra revisión de la literatura empírica sobre la colaboración entre generalistas y especialistas también nos ha permitido constatar que el concepto mismo de colaboración continúa siendo ambiguo; es asimilado a veces a la coordinación de los servicios, pero su significado sigue sin estar claramente definido.

Las pruebas empíricas aquí revisadas sobre la colaboración entre médicos sugieren igualmente que en la diada generalistas-especialistas, los primeros son más proclives a interrelacionarse que los segundos. Además, hemos podido verificar que tanto el nivel de conocimientos médicos como cuestiones de identidad, de imagen, de reputación profesional y políticas son dimensiones que tienen un papel significativo en la relación de colaboración entre médicos de familia y especialistas. Sabemos igualmente que factores estructurales organizativos (p. ej.: trabajo en equipo) e institucionales (p. ej.: remuneración por acto médico) pueden tanto favorecer como dificultar las prácticas colaborativas entre médicos. Y disponemos de datos que sugieren que la colaboración entre médicos puede favorecer la calidad de los cuidados dispensados a los pacientes, en particular cuando éstos presentan comorbidades o problemas de salud crónicos.

Todas estos hallazgos revelan que las relaciones colaborativas entre médicos de familia y especialistas, aun potencialmente beneficiosas, son de un alto nivel de complejidad; que su estudio ha sido hasta ahora insuficiente y fragmentado; que se trata de procesos aún mal conocidos, y que tampoco sabemos todavía cómo fomentar de manera efectiva el interés por el trabajo cooperativo, y cómo podemos convertir el deseo de colaboración en una práctica real y eficaz.

Con el fin de paliar este vacío de conocimientos, y tomando como base la revisión de la literatura aquí resumida, argumentamos la necesidad de adoptar, en futuras investigaciones, perspectivas analíticas globales e integradoras. Así, sugerimos el examen conjunto de las diversas dinámicas de acción (p. ej.: cognitivas, identitarias, de imagen, políticas) que aparecen íntimamente imbricadas en la materialización de las prácticas colaborativas entre médicos generalistas y especialistas. Del mismo modo, y dado que estas dinámicas de acción entre los profesionales están influidas por las estructuras sociales que caracterizan los ámbitos organizativos e institucionales, aparece deseable no solo la consideración del nivel analítico individual sino también de los niveles organizativo e institucional o social.

Los conocimientos exhaustivos que este tipo de estudios podría generar serían útiles no sólo para la mejor comprensión de estos procesos, sumamente complejos, sino también para el diseño, implantación y posterior evaluación de estrategias que faciliten de manera efectiva las relaciones de carácter cooperativo entre los médicos, así como la implicación activa y eficaz de los pacientes en dicha colaboración.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Cómo citar este artículo

Rodríguez Ch, Touati N, Denis JL. La colaboración entre médicos de familia y especialistas: vacío de conocimientos y necesidades de investigación. *Epidemiología y Salud* 2(1):25-9, Jun 2015.

How to cite this article

Rodríguez Ch, Touati N, Denis JL. Collaboration between family physicians and specialists: knowledge gaps and research needs. *Epidemiología y Salud* 2(1):25-9, Jun 2015.

Autoevaluación del artículo

Las relaciones colaborativas entre médicos de familia y especialistas son procesos de un alto nivel de complejidad, y aún mal conocidos, cuyo estudio ha sido hasta ahora escaso y fragmentado.

¿Qué tipo de estudios permitirían mejorar los conocimientos acerca de la colaboración entre los médicos de familia y los especialistas?

A, Los estudios de análisis individual; B, Los ensayos de análisis a nivel organizativo; C, Los protocolos de estudios de nivel institucional; D, Todas son correctas; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en www.siiicsalud.com/dato/evaluaciones.php/128888

Bibliografía

- Rodríguez C, Des Rivières C. A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care* 19:1-15, 2007.
- Miller RH, Luft HS. Managed care plan performance since 1980: a literature analysis. *JAMA* 271:1512-1519, 1994.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 13:46-64, 1994.
- Emanuel E, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 273:323-329, 1995.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
- Leatt P, Pink GH, Naylor D. Integrated delivery systems: has their time come in Canada? *Can Med Assoc J* 154:803-809, 1996.
- Barber C. Shared care brings specialists and family doctors closer for better patient care. *BC Medical Journal* 53:15, 2011.
- Schwann NM, Nester BA, McLoughlin TM. Sense and Sensibility: The role of specialists in health care reform. *Acad Med* 87:258-260, 2012.
- Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 322:444-445, 2001.
- Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 291:1246-1251, 2004.
- Borrill C, West M, Shapiro D, Rees A. Team working and effectiveness in health care. *Brit J Healthc Manage* 6:364-371, 2000.
- Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttrop M, Seeling M, Shanman R, Shekelle PG. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med* 152:247-258, 2010.
- Beaulieu MD. Primary and secondary care: Breaking down barriers for our patients with chronic diseases. *Can Fam Physician* 59:221, 2013.
- Beaulieu MD, Samson L, Rocher G, Rioux M, Boucher L, Del Grande C. Investigating the barriers to teaching family physicians' and specialists' collaboration in the training environment: a qualitative study. *BMC Medical Education* 9:31, 2009.
- Touati N, Lamothe L, Rodríguez C. Understanding intraprofessional collaboration across organizational boundaries. Paper presented at the 26th European Group for Organizational Studies (EGOS) Colloquium. Lisbon, Portugal, July 1-3, 2010.
- Touati N, Rodríguez C. Medical Collaboration for Chronic Care: A framework for analysis. Paper presented at the 2010 Academy of Management Annual Meeting. Montreal, Quebec, Canada, August 6-10, 2010.
- Touati N, Rodríguez C, Denis JL. Medical collaboration for chronic care: a context-based framework for

- analysis. Manuscript currently under review, 2013.
- Cronin P, Ryan F, Coughlan F. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *BJN* 17:38-43, 2008.
- Jesson JK, Mathesson L, Lacey JM. Doing your literature review: traditional and systematic techniques. London: Sage, 2011.
- Mitchell G, Del Mar, C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *Brit J Gen Pract* 52:934-939, 2002.
- Cross R, Gray P, Cunningham S, Showers M, Thomas RJ. The collaborative organization: how to make employee networks really work. *MIT Sloan Manage Rev* 52:83-90, 2010.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 327:1219-1221, 2003.
- Berendsen AJ, Benneker WHGM, Meyboom-De Jong B, Klazinga NK, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 7:4, 2007.
- Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, Hardy-Bayle MC. General practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice* 6:18, 2005.
- Berendsen AJ, Benneker WHGM, Groenier KH, Schuling J, Grol RPTM, Meyboom-De Jong B. DOC questionnaire: measuring how GPs and medical specialists rate collaboration. *Int J Health Care Qual Assurance* 23:516-526, 2010.
- Flury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Family Practice* 13:19, 2012.
- Manca D, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O. Respect from specialists - Concerns of family physicians. *Can Fam Physician* 54:1434-1435, 1435.e1-1435.e5, 2008.
- Marshall MN. How well do general practitioners and hospital consultants work together? A qualitative study of cooperation and conflict within the medical profession. *Brit J Gen Pract* 48:1379-1382, 1998.
- Wong TY, Koh GCH, Lee EH, Cheong SK, Goh LG. Family medicine education in Singapore: a longstanding collaboration between specialists and family physicians. *Ann Acad Med Singapore* 37:132-135, 2008.
- Rodríguez C, Tellier PP, Bélanger, E. Exploring professional identification and reputation of family medicine among medical students: a case study of Quebec. *Education for Primary Care* 23:158-168, 2012.
- López-Roig S, Pastor-Mira, MA, Rodríguez C. Understanding reputation of and professional

- identification with the practice of family medicine among medical students: a Spanish case. *Atención Primaria* 42:601-603, 2010.
- Berendsen AJ, Benneker WHGM, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JPI, Meyboom-De Jong B. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists - a qualitative study. *BMC Health Services Research* 6:155, 2006.
- Sarma S, Devlin RA, Thind A, Chu MK. Canadian family physicians' decision to collaborate: Age, period and cohort effects. *Soc Sci & Med* 75:1811-1819, 2012.
- Flury MJ, Bamvita JM, Farand L, Aubé D, Fournier L, Lesage A. GP group profiles and involvement in mental health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18:396-403, 2010.
- Nilsen LL, Moen A. Teleconsultation - collaborative work and opportunities for learning across organizational boundaries. *J Telemed Telecare* 14:377-380, 2008.
- Nilsen LL. Collaborative work by using videoconferencing: opportunities for learning in daily medical practice. *Qual Health Res* 21 (8):1158-1157, 2011.
- Jarvis-Selinger S, Chan E, Payne R, Plohm K, Ho K. Clinical telehealth across the disciplines: lessons learned. *Telem e-Health* 14:720-725, 2008.
- Bal R, Mastboom F, Spiers HP, Rutten H. The product and process of referral - Optimizing general practitioner-medical specialist interaction through information technology. *Int J Med Inform* 76S:528-538, 2007.
- Diamantidis CJ, Powe NR, Jaar BG, Greer RC, Troll MU, Boulware LE. Primary care-specialist collaboration in the care of patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 6:334-343, 2011.
- Motegi T, Yamada K, Ishii T, Gemma A, Kida K. Long-term management of chronic obstructive pulmonary disease: a survey of collaboration among physicians involved in pulmonary rehabilitation in Japan. *Resp Investigation* 50:98-103, 2012.
- Wadmann S, Strandberg-Larsen M, Vrangboek K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care* 9:1-14, 2009.
- Fenton JJ, Levine MD, Mahoney LD, Heagerty PJ, Wagner EH. Bridging geriatricians to the front lines: evaluation of the quality improvement intervention in primary care. *J Am Board Fam Med* 19:331-339, 2006.
- Dagneaux I, Gilard I, De Lapeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium: a qualitative study of their relationship. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 5:17-25, 2012.
- Hedrick SC, Chaney EF, Felker B, Liu CF, Hasenberg N, Heagerty P, et al. Effectiveness of collaborative care depression treatment in veterans' affairs primary care. *J Gen Intern Med* 18:9-16, 2003.

Curriculum Vitae abreviado de la autora

Charo Rodríguez. MD, MSc y PhD en Salud Pública – Organización y gestión de servicios de salud; Associate Professor, Área de investigación en servicios y políticas de salud, Departamento de Medicina de Familia, Facultad de Medicina, McGill University; Chercheur-boursier Senior del Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S); 2013-2014 Cruess Faculty Scholar in Medical Education, McGill University, Montreal, Canadá.

Epidemiología de la depresión posnatal

Epidemiology of postnatal depression

Cosme Alvarado Esquivel

Profesor investigador, Facultad de Medicina y Nutrición, Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango, México

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/128759

Primera edición, www.siicsalud.com: 7/3/2014
Segunda edición, ampliada y corregida: 8/9/2014

Enviar correspondencia a: Cosme Alvarado Esquivel, Universidad Juárez del Estado de Durango, 34000, Durango, México

+ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales del autor.

Resumen

Este trabajo ha sido realizado con la finalidad de revisar resultados importantes de estudios epidemiológicos publicados recientemente acerca de la depresión posnatal en un número de pacientes. Está incluida la información relevante acerca de prevalencia, factores de riesgo, diagnóstico, prevención y tratamiento de la depresión posnatal. La depresión posnatal afecta directamente a la madre, pero también puede afectar indirectamente a los familiares cercanos. La depresión posnatal puede comprometer el desarrollo infantil. La prevalencia de depresión posnatal en diversos países varía entre 6% y 43%. Los factores de riesgo para la adquisición de depresión posnatal varían sustancialmente entre los pacientes. Esto significa que los factores de riesgo considerados importantes en una población de mujeres en un país pueden no tener influencia en mujeres de otros países. Se ha comunicado un número de factores de riesgo, y éstos se relacionan con diversos aspectos culturales, sociales, financieros, psicológicos, de salud y conductuales. El diagnóstico de depresión posnatal puede hacerse fácilmente con pruebas de escrutinio validadas y puede confirmarse con una consulta psiquiátrica. Las medidas preventivas óptimas contra la depresión posnatal son las que están basadas en el conocimiento de los factores de riesgo prevalentes en mujeres de la región. Para el tratamiento de las mujeres con depresión posnatal, el médico debe considerar, en primer lugar, la intervención psicológica a través de una psicoterapia individual o de grupo e, idealmente, con el cónyuge de la mujer enferma. Aunque el tratamiento farmacológico es eficaz, sólo se puede administrar a mujeres que no estén en período de lactancia.

Palabras clave: depresión, posparto, epidemiología, factores de riesgo, revisión

Abstract

The aim of this work was to review important results of epidemiological studies about postnatal depression in a number of countries published recently. Relevant information about prevalence, risk factors, diagnosis, prevention and treatment of postnatal depression are included. Postnatal depression affects directly the mother but it may also affect indirectly to close relatives. Postnatal depression may affect the development of the infant. The prevalence of postnatal depression in various countries varies between 6% and 43%. Risk factors for acquiring postnatal depression vary substantially among countries. This means that risk factors considered as important in a population of women in a country may have no influence in women of other countries. A number of risk factors have been reported and they are related with various cultural, social, financial, psychological, health and behavior aspects. Diagnosis of postnatal depression is easy to make with validated screening tests and it may be confirmed with a psychiatric interview. Optimal preventive measures are those based on knowledge of risk factors prevailing in women of the region. For the treatment of women with postnatal depression the physician should consider firstly the psychological intervention through individual or group psychotherapy and ideally with the partner of the ill woman. Although the pharmacological treatment is effective it can be administered only to women who are not lactating.

Key words: postnatal depression, epidemiology, risk factors, review

Introducción

La depresión posnatal es la depresión que aparece en las madres poco tiempo después de la terminación del embarazo, ya sea por parto o cesárea. La depresión posnatal tiene una gran importancia epidemiológica. Un número considerable de mujeres en todo el mundo sufre de depresión posnatal.¹⁻⁴ Además, este problema de salud pública no solo afecta a la madre, sino que también puede afectar a su hijo, a su cónyuge y a otros familiares en conjunto. Incluso, puede alterarse la relación matrimonial. En la depresión posnatal, la madre tiene problemas con su autoconfianza, lo cual puede perjudicar la relación materno-infantil temprana e influir negativamente el desarrollo del niño.⁵ Las madres con síntomas depresivos significativos han presentado una reducida calidad de vida relacionada con la salud física y mental. Un estudio reveló que los síntomas depresivos maternos a los cuatro meses posparto predijeron una reducida calidad de vida infantil relacionada con la salud en los 8, 12 y 16 meses.⁶

En un estudio en los Países Bajos, se encontró que los niños de madres con depresión posnatal tenían menor capacidad dinámica para modificar su nivel de control del ego, menor competencia social con sus pares y menor

adaptación a la escuela que los niños de una muestra de la comunidad. Además, las niñas de madres con depresión posnatal tuvieron menor inteligencia verbal y menor número de exteriorizaciones de problemas que sus contrapartes de la comunidad.¹² Recientemente, un grupo de investigadores comunicó un riesgo significativamente incrementado de mortalidad en niños preescolares de madres con depresión posnatal, y el riesgo fue mayormente asociado con causas de muerte no naturales.⁸

En un estudio reciente en el Reino Unido se encontró que los hijos de madres con depresión posnatal fueron más susceptibles de sufrir depresión que los hijos de madres sin depresión posnatal. Esta evaluación se llevó a cabo en jóvenes de 16 años.⁹ En casos extremos de depresión posnatal, podría haber conducta suicida^{10,11} y filicidio materno.^{12,13} La depresión posnatal es una enfermedad que no ha recibido la atención que debería tener por parte del sector de la salud. Esta falta de atención a la enfermedad sucede en la mayoría de los países del mundo.

Prevalencia

La prevalencia de la depresión posnatal varía entre 6% y 43% en los diversos países. En la Tabla 1, se muestran

Tabla 1. Prevalencias de depresión posnatal en diversos países obtenidas con la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.

País	Ciudad/Región	Prevalencia (%)	Referencia
Australia	Sydney	6.2	14
Brasil	Campinas	10.8	4
Canadá	Ontario	8.5	15
Chile	Arica	45	3
Emiratos Árabes Unidos	Sharjah	10	16
Estados Unidos de América	Boston	13	2
Hungría	16 condados	10.8	17
India	Nueva Delhi	6	18
Irak	Erbil	28.4	19
Israel	Negev	43	20
Italia	Florenia	13.2	21
México	Durango	32.6	1
Uganda	Zona rural	43	22

algunas prevalencias informadas en distintos países. La marcada diferencia en la prevalencia de depresión posnatal entre los países se debe probablemente a las diferencias de los factores de riesgo asociados con depresión posnatal entre las poblaciones. Es probable que la prevalencia de depresión posnatal se incremente en el futuro, ya que hay cada vez más razones o factores de riesgo asociados a la depresión que las mujeres deben enfrentar debido a la problemática económica, social y cultural en el mundo actual.

Factores biológicos

Los factores biológicos asociados con la depresión posnatal incluyen el metabolismo alterado de metionina-homocisteína²³, bajos niveles séricos del factor neurotrófico derivado del cerebro²⁴, bajas concentraciones plasmáticas de oxitocina en el embarazo²⁵, bajo índice de omega-3 en el embarazo tardío²⁶, alteraciones en los esteroides ováricos, el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal²⁷⁻²⁹, el sistema neurotransmisor serotoninérgico³⁰, el sistema tiroideo^{28,29} y el sistema inmunitario.^{27, 31} Hay evidencia de que la inflamación y los procesos neurodegenerativos juegan un papel importante en la depresión.^{28,29,32} Se ha observado que niveles elevados de interleuquina-1 beta en orina en el posparto temprano puede incrementar el riesgo de depresión posnatal²⁷. Los niveles plasmáticos y en líquido cefalorraquídeo de algunas citoquinas, como el factor de necrosis tumoral alfa y la interleuquina-6, han sido asociados positivamente con depresión posnatal.³¹ Además, los niveles séricos de leptina en el parto se han asociado negativamente con depresión posnatal durante los primeros 6 meses después del parto.³³

Factores de riesgo

Se ha informado un gran número de factores de riesgo para la adquisición de depresión posnatal. Es necesario tener en mente que los factores de riesgo pueden variar entre países, regiones o grupos de población. Los factores culturales y la diversidad de problemas en los lugares de residencia de las madres tienen influencia en los factores de riesgo. En un estudio en México, la prevalencia de depresión posnatal fue significativamente más alta entre las mujeres con bajo nivel de educación, con más de tres años de vivir con su pareja y en mujeres rurales sin seguro médico.¹ Además, en el análisis multivariado se observó que la depresión posnatal se asoció significativamente con depresión previa, antecedente de depresión posna-

tal, haber sufrido depresión, ansiedad y estrés durante el embarazo, estrés después del embarazo, trauma, mala relación con su pareja, abandono por parte de su pareja, embarazo no deseado, problemas familiares y vivir sin pareja.¹ En otro estudio, en México, se encontró que tener una hija (en lugar de un hijo varón) incrementó significativamente la posibilidad de depresión posnatal.²³ En un estudio en España, el porcentaje de madres en riesgo de depresión posnatal fue significativamente más alto entre las mujeres con nacimiento prematuro.²⁴ En un estudio en Italia, se encontró que los principales factores de riesgo para depresión posnatal fueron los trastornos psiquiátricos durante el embarazo y las técnicas de reproducción artificial.²¹

En Brasil, se han encontrado los siguientes factores asociados con depresión posnatal: violencia física, violencia psicológica, uso de alcohol durante el embarazo y no ser de raza blanca.⁴ Recientemente, en un metanálisis, se observó que la violencia es un factor de riesgo para depresión posnatal.²⁵ La violencia psicológica durante el embarazo por la pareja íntima está fuertemente asociada con depresión posnatal, independientemente de la existencia de violencia física o sexual.²⁶ En Canadá, se han encontrado los siguientes factores vinculados con depresión posnatal: edad materna joven, readmisión hospitalaria materna, no inicio de lactancia materna, incontinencia urinaria, multiparidad, bajo *status* social subjetivo y poco apoyo social.²⁷ La operación cesárea está asociada con riesgo incrementado de depresión posnatal en las mujeres chinas. La tasa de depresión posnatal fue del 21.7% en mujeres con cesárea y del 10.9% en mujeres que tuvieron parto vaginal.²⁸

Otro estudio en China comunicó que el riesgo de adquirir depresión posnatal fue más bajo entre las madres con parto vaginal normal o parto vaginal instrumental que en las que se sometieron a cesárea de urgencia.²⁹ La insatisfacción marital, la insatisfacción en la relación con la suegra, la sintomatología depresiva prenatal y la personalidad propensa a ansiedad se han asociado con depresión prenatal en mujeres chinas.³⁰ Un estudio en Suecia informó que las mujeres que tuvieron su parto en los últimos tres meses del año tuvieron un riesgo significativamente más alto de depresión posnatal que las mujeres que tuvieron su parto en los meses de abril a junio.³¹ Asimismo, en un estudio en China, se informó que el riesgo de depresión posnatal fue mayor en las mujeres con partos en el invierno que en las que tuvieron sus partos en otras estaciones.²⁹

Otros factores relacionados con depresión posnatal incluyen problemas de salud previos y antecedentes de eventos estresantes en la vida.³² Además, las mujeres con depresión posnatal tienen carencia de algunos aspectos de apoyo social por el tiempo del nacimiento de sus hijos.³² La ausencia de apoyo familiar posnatal, especialmente del apoyo del marido, es un factor de riesgo importante de depresión posnatal.^{33,34} El estrés durante el embarazo y el diagnóstico previo de depresión también han sido vinculados con la aparición de síntomas de depresión posnatal en las mujeres canadienses.¹⁵ Igualmente, el uso de tabaco se ha asociado con depresión posnatal.³ Una dimensión de personalidad vinculada con depresión posnatal mayor es el alto perfeccionismo y,

particularmente, la alta preocupación por los errores.³⁵ Respecto de la preeclampsia, la gravedad de la preeclampsia por sí misma no contribuye, aparentemente, a la aparición de depresión posnatal, sino que, más bien las consecuencias de la gravedad de la enfermedad (admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales y la muerte infantil perinatal) son las que causan síntomas de depresión posnatal.³⁶

Diagnóstico

En la depresión posnatal, los síntomas depresivos en la madre generalmente pasan desapercibidos por el médico tratante o éste sólo detecta los casos muy manifiestos con sintomatología grave. Además, la madre con depresión posnatal con frecuencia no manifiesta claramente su enfermedad y no busca ayuda médica. Como resultado, la depresión posnatal no es diagnosticada, no se notifica y no se da la atención adecuada. Sin embargo, la depresión posnatal puede ser fácilmente detectada mediante pruebas de escrutinio. Estas pruebas son rápidas y tienen muy buena sensibilidad y especificidad. Existen varias pruebas de escrutinio, pero la más frecuentemente usada es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.^{1,37} Es importante aplicar escalas de depresión validadas.³⁸ Para confirmar la depresión posnatal, se usa la entrevista clínica estructurada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV),^{1,2,21,30} o algún otro método, como el Mini Inventario Neuropsiquiátrico Internacional¹⁶ y el Inventario de Depresión de Beck.¹⁷

Prevención

La prevención es la medida ideal para combatir la depresión posnatal. Es importante dar educación a los médicos y a las mujeres para que exista una atención preventiva óptima. Una evaluación de rutina para detectar depresión posnatal y apoyo a las madres con depresión posnatal podría reducir los riesgos, en los hijos, de la aparición de depresión clínica en la niñez y la adolescencia.⁹ Una breve intervención grupal antes del parto, enfocada a la educación psicológica, al manejo de estrés, para mejorar los mecanismos para hacer frente a las adversidades, y el apoyo social puede ser eficaz para reducir la sintomatología depresiva posnatal.³⁹ El tratamiento psicológico de la depresión durante el embarazo ha sido de utilidad para prevenir la depresión posnatal.⁴⁰ Es importante dar apoyo familiar posnatal, especialmente por parte del marido, para prevenir la depresión posnatal.^{28,34} Es necesario implementar programas preventivos apropiados para promover la autoconfianza materna.

Estos programas podrían ser de utilidad para prevenir trastronos en el desarrollo infantil que puedan resultar de sentimientos reducidos de autoconfianza materna.⁵ Es también recomendable identificar factores asociados con la depresión posnatal mediante estudios epidemiológicos en países o regiones específicas. Se podrán tomar medidas preventivas específicas en algunos grupos de madres.

La depresión posnatal inducida por violencia puede ser prevenida a través de la identificación temprana.²⁵ Los ginecoobstetras deben tener conocimiento del alto riesgo de depresión posnatal después de la preeclampsia grave, particularmente en las mujeres cuyos hijos han sido admitidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales o han fallecido.³⁶

Una evaluación de perfeccionismo puede considerarse para mejorar la detección de mujeres en riesgo de depresión posnatal, en quienes la intervención temprana puede ser de beneficio.³⁵ Un apoyo más cercano y el seguimiento después del parto debería dárseles a las mujeres que tienen su parto en los últimos tres meses del año, ya que en ellas se ha comunicado un riesgo significativamente más alto de depresión posnatal que en las mujeres que tienen su parto entre abril y junio.³¹ Una intervención educativa para resolver problemas ha disminuido la frecuencia de depresión en madres de nivel socioeconómico bajo con niños prematuros.³¹ El ejercicio durante el embarazo no parece prevenir la depresión posnatal.⁴¹ El médico debe de tener presente que algunas mujeres que sufren de depresión posnatal pueden llegar a cometer filicidio, por lo que además de las acciones preventivas descritas anteriormente el médico debe de recomendar no dejar a la mujer deprimida sola con su hijo.⁵³ Además, es recomendable la organización de servicios de salud mental especializados para madres con trastornos mentales posnatales, la evaluación psiquiátrica de riesgo de infanticidio, y la implementación de medidas de apoyo social, especialmente para madres con problemas financieros o sociales.⁵⁴

Tratamiento

Hay mucho debate sobre la mejor manera de tratar la depresión posnatal.⁴² Aún falta mucho por hacer para identificar tratamientos farmacológicos seguros, eficaces y convenientes para la depresión posnatal. Los antidepresivos serotoninérgicos y los suplementos hormonales han demostrado ser eficaces para tratar la depresión posnatal.⁴³ El tratamiento psicológico para la depresión posnatal es eficaz.⁴⁴ La psicoterapia interpersonal es el mejor tratamiento validado para depresión posnatal y debe ser considerada como el tratamiento de primera línea, especialmente para mujeres deprimidas que están en período de lactancia. Las parejas de las madres deprimidas pueden ser incluidas en la psicoterapia. Igualmente, la psicoterapia de grupo es eficaz para la depresión posnatal.^{45,46} La psicoterapia sola sin medicamentos puede ser de beneficio en muchos casos. Agregar sertralina al tratamiento con psicoterapia no modifica significativamente la respuesta al tratamiento.⁴⁷ Otras intervenciones, como acupuntura, ejercicio, terapia de luz brillante, masajes, suplemento con ácidos grasos omega 3, han sido estudiadas en el tratamiento para la depresión posparto.⁴⁸ Sin embargo, estas intervenciones han sido escasamente evaluadas y aún no se puede concluir sobre su eficacia en el tratamiento de la depresión posnatal.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siicsalud.com

El autor no manifiesta conflictos de interés.

Cómo citar este artículo

Alvarado Esquivel C. Epidemiología de la depresión posnatal. *Epidemiología y Salud* 2(3):30-3, Jun 2015.

How to cite this article

Alvarado Esquivel C. Epidemiology of postnatal depression. *Epidemiología y Salud* 2(3):30-3, Jun 2015.

Autoevaluación del artículo

El conocimiento sobre la prevalencia de la depresión posnatal permite entender la magnitud de la enfermedad como problema de salud pública en diversos países en todo el mundo.

De acuerdo con informes recientes, ¿cuál es la prevalencia de depresión posnatal?

A, Entre el 1% y el 3%; B, Entre el 3% y el 10%; C, Entre el 6% y el 43%; D, Entre el 40% y el 65%; E, Entre el 60% y el 78%.

Verifique se respuesta en www.sicsalud.com/dato/evaluaciones.php/128759

Bibliografía

- Alvarado Esquivel C, Sifuentes Alvarez A, Estrada Martínez S, y col. Prevalence of postnatal depression in women attending public hospitals in Durango, Mexico. *Gac Med Mex* 146(1):1-9, 2010.
- Horowitz JA, Murphy CA, Gregory KE, Wojcik J. A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 40(1):52-61, 2011.
- Quelopana AM, Champion JD, Reyes-Rubilar T. Factors associated with postpartum depression in Chilean women. *Health Care Women Int* 32(10):939-49, 2011.
- Melo EF Jr, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DF, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J Affect Disord* 136(3):1204-8, 2012.
- Reck C, Noe D, Gerstenlauer J, Stehle E. Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behav Dev* 35(2):264-72, 2012.
- Darcy JM, Grzywacz JG, Stephens RL, Leng I, Clinch CR, Arcury TA. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *J Am Board Fam Med* 24(3):249-57, 2011.
- Kersten-Alvarez LE, Hosman CM, Riksen-Walraven JM, Van Doesum KT, Smeekens S, Hoefnagels C. Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: comparison with a community sample. *Child Psychiatry Hum Dev* 43(2):201-18, 2012.
- Chen YH, Tsai SY, Lin HC. Increased mortality risk among offspring of mothers with postnatal depression: a nationwide population-based study in Taiwan. *Psychol Med* 41(11):2287-96, 2011.
- Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50(5):460-70, 2011.
- Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 11:57, 2011.
- Da Silva RA, Da Costa Ores L, Jansen K, y cols. Suicidality and associated factors in pregnant women in Brazil. *Community Ment Health J* 2012 (en prensa).
- Trautmann-Villalba P, Hornstein C. Children murdered by their mothers in the postpartum period. *Nervenarzt* 78(11):1290-5, 2007.
- Kauppi A, Kumpulainen K, Vanamo T, Merikanto J, Karkola K. Maternal depression and filicide: a study of ten mothers. *Arch Womens Ment Health* 11(3):201-6, 2008.
- Eastwood JG, Phung H, Barnett B. Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia. *Aust NZJ Psychiatry* 45(12):1040-6, 2011.
- Lanes A, Kuk JL, Tamim H. Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 11:302, 2011.
- Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health* 14(2):125-33, 2011.
- Nagy E, Molnar P, Pal A, Orvos H. Prevalence rates and socioeconomic characteristics of postpartum depression in Hungary. *Psychiatry Res* 185(1-2):113-20, 2011.
- Dubey C, Gupta N, Bhasin S, Muthal RA, Arora R. Prevalence and associated risk factors for postpartum depression in women attending a tertiary hospital, Delhi, India. *Int J Soc Psychiatry* 2011 (en prensa).
- Ahmed HM, Alalaf SK, Al-Tawil NG. Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. *Arch Gynecol Obstet* 285(5):1249-55, 2012.
- Glasser S, Stoski E, Kneier V, Magnezi R. Postpartum depression among Israeli Bedouin women. *Arch Womens Ment Health* 14(3):203-8, 2011.
- Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, y cols. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health* 15(1):21-30, 2012.
- Kakyo TA, Muliira JK, Mbalinda SN, Kizza IB, Muliira RS. Factors associated with depressive symptoms among postpartum mothers in a rural district in Uganda. *Midwifery* 2011 (en prensa).
- De Castro F, Hinojosa Ayala N, Hernández Prado B. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 32(4):210-7, 2011.
- Ortiz Collado MA, Cararach V, Tourne CE. Preventing the risk of postpartum depression and premature childbirth by a psychosomatic approach: a randomized multicenter study. *Med Clin (Barc)* 2012 (en prensa).
- Wu Q, Chen HL, Xu XJ. Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 15(2):107-14, 2012.
- Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, De Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet* 376(9744):903-10, 2010.
- Sword W, Landy CK, Thabane L, y cols. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG* 118(8):966-77, 2011.
- Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *J Womens Health (Larchmt)* 20(12):1881-6, 2011.
- Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *J Affect Disord* 132(1-2):158-64, 2011.
- Siu BW, Leung SS, Ip P, Hung SF, O'Hara MW. Antenatal risk factors for postnatal depression: a prospective study of Chinese women at maternal and child health centres. *BMC Psychiatry* 12:22, 2012.
- Sylvén SM, Papadopoulos FC, Olovsson M, Ekselius L, Poromaa IS, Skalkidou A. Seasonality patterns in postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol* 204(5):413.e1-6, 2011.
- Chojenta C, Loxton D, Lucke J. How do previous mental health, social support, and stressful life events contribute to postnatal depression in a representative sample of Australian women? *J Midwifery Womens Health* 57(2):145-50, 2012.
- Xie RH, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M, Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 50(4):340-5, 2010.
- Gremigni P, Mariani L, Marracino V, Tranquilli AL, Turi A. Partner support and postpartum depressive symptoms. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 32(3):135-40, 2011.
- Gelabert E, Subirà S, García Esteve L, y cols. Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *J Affect Disord* 136(1-2):17-25, 2012.
- Hoedjes M, Berks D, Vogel I, y cols. Postpartum depression after mild and severe preeclampsia. *J Womens Health (Larchmt)* 20(10):1535-42, 2011.
- Scharadosim JM, Heldt E. Postpartum depression screening scales: a systematic review. *Rev Gaucha Enferm* 32(1):159-66, 2011.
- Alvarado Esquivel C, Sifuentes Alvarez A, Salas Martínez C, Martínez García S. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2:33, 2006.
- Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I, y cols. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology? *Psychother Psychosom* 81(2):98-107, 2012.
- Clatworthy J. The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *J Affect Disord* 137(1-3):25-34, 2012.
- Songøygard KM, Stafne SN, Evensen KA, Salvesen KÅ, Vik T, Mørkved S. Does exercise during pregnancy prevent postnatal depression? A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91(1):62-7, 2012.
- Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci* 13(1):89-100, 2011.
- Ng RC, Hirata CK, Yeung W, Haller E, Finley PR. Pharmacologic treatment for postpartum depression: a systematic review. *Pharmacotherapy* 30(9):928-41, 2010.
- Reay RE, Owen C, Shadbolt B, Raphael B, Mulcahy R, Wilkinson RB. Trajectories of long-term outcomes for postnatally depressed mothers treated with group interpersonal psychotherapy. *Arch Womens Ment Health* 2012 (en prensa).
- Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 14(4):277-93, 2011.
- Stuart S. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clin Psychol Psychother* 19(2):134-40, 2012.
- Bloch M, Meiboom H, Lorberblatt M, Bluvstein I, Aharonov I, Schreiber S. The effect of sertraline add-on to brief dynamic psychotherapy for the treatment of postpartum depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 73(2):235-41, 2012.
- Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health* 3:1-14, 2010.

Curriculum Vitae abreviado del autor

Cosme Alvarado Esquivel. Médico cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), Durango; especialista en patología clínica (Laboratorio Clínico), Hospital General, Centro Médico La Raza, IMSS. Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F., México; doctor en ciencias biomédicas, Universidad de Gante, Gante, Bélgica.

Investigador, Profesor, Departamento de Infectología, Facultad de Medicina, UJED; Coordinador, Área de Investigación en Infectología, UJED; Tutor académico, Facultad de Medicina, UJED. Autor de 19 publicaciones recientes en revistas especializadas.

Red Científica Iberoamericana (RedCIbe)

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

Informes Informes observacionales redactados por profesionales de la salud con el objetivo de comunicar sus experiencias científicas.

El acompañamiento terapéutico como estrategia de salud pública

The therapeutic companion as a public health tool

Susana Fernández Carral

Médica, Especialista en Salud Pública, Presidente de Médicos en Prevención, La Plata, Argentina

Acceda a este artículo en [siicsalud](#)



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.

Los nuevos escenarios socioeconómicos y políticos en la Argentina, sumados a los cambios epidemiológicos de las últimas décadas, provocaron transformaciones en las condiciones de vida y en la cotidianidad de la comunidad y uno de esos cambios en particular son los modos de enfermar de las personas, sin que todavía se hayan revertido adecuadamente las estrategias de respuesta en el sistema de salud para mitigarlos.

No es que ya no hagan falta hospitales, ni medicamentos ni médicos, pero la actual prevalencia de padecimientos que están más vinculados con el comportamiento, tanto individual como social, nos plantea una urgente revisión de conceptos y operatorias que rigen las prácticas en los servicios de salud.

Las enfermedades crónico-degenerativas, como también los incidentes traumáticos y de violencia de distinta índole, sumados a la mayor supervivencia de pacientes con grandes déficits psicofísicos, han aumentado los índices de discapacidad, dejando a miles de personas limitadas para afrontar sus actividades corrientes, tanto las relacionadas con la vida productiva como la social.

La discapacidad, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS) es un

término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación.

La persona con limitaciones físicas, sensoriales o mentales sufre la discapacidad no por los padecimientos en sí mismos, sino como resultado de sus derivaciones, es decir, por la exclusión de oportunidades educativas, laborales y de los servicios públicos que estas últimas generan y son esas condiciones de aislamiento las que el sistema aún no logra modificar.

En la Argentina, de acuerdo con el último Censo 2010, el 12.9% de la población tiene alguna discapacidad, lo que implica más de 5 millones de personas, de las cuales el 11.7% son menores de 15 años y el 48.5% está entre 15 y 64 años, es decir, compromete a la población más joven.

Visto desde una perspectiva económica, el aumento de la discapacidad y de la expectativa de vida y la disminución de la tasa bruta de mortalidad causan un incremento en el índice de dependencia (proporción de población no económicamente activa con respecto a la población económicamente activa), lo que significa un aumento de la cantidad de personas pasivas cuyos beneficios sociales deben ser provistos por la población activa. Por lo tanto, esto justifica

ampliamente las necesidades de reformulación de los servicios y las modalidades de atención con prácticas, diferenciadas, menos complejas, menos costosas y más oportunas. Por otro lado, la situación se complica aún más si sumamos las cuestiones de salud-enfermedad asociadas con una cultura de hiperconsumo que originan, al margen de las sustancias involucradas, situaciones de riesgo sobreañegadas.

En ese marco, el sistema de salud en la Argentina, que sigue siendo fragmentado y orientado a la utilización desmedida de la alta complejidad y tecnología (entendida como aparatología) especializada, obliga a un replanteo sobre la formación, el desempeño y la potencialidad de



los equipos de salud. Tanto el financiamiento como el aspecto formativo han conspirado con la esencia misma del arte de curar, que es cuidar (origen etimológico de la palabra medicina, cuyo significado es: curar, aliviar, cuidar), figura que debe ser recuperada en todas las instancias y los principios de las nuevas modalidades de actuación.

Lo “mental” y lo “no mental” del acompañamiento

El acompañamiento terapéutico constituye, para algunos, un dispositivo y para otros, una función y tiene su origen hace décadas en el campo de la salud mental, a partir de la publicación, en 1947, de un libro de la Dra. M. A. Sechehaye –una terapeuta suiza– que da cuenta de una de las primeras experiencias en este tipo de abordaje.

Podríamos asegurar que, aun hoy, el acompañante terapéutico (AT) se mantiene estrechamente vinculado con dos cuestiones principales: por un lado, con el concepto *psi* del acompañamiento, y por otro lado, como la práctica situada en relación con la medicina privada.

Posicionados en una visión integral e integradora de la salud y a pesar, como dice Mías (2008), de los acuerdos existentes respecto de la indivisibilidad de la salud del individuo, en la práctica todavía resulta difícil la aplicabilidad de dichos conceptos, más allá de que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV) mencione como anacrónica la distinción entre trastornos mentales y físicos, (American Psychiatric Association, 1995).

Para revertir dichas situaciones, el AT requiere de un mayor afianzamiento como integrante del equipo de salud, posicionarse como mediador que suma la cotidianidad del paciente y acerca las distancias que habitualmente existen entre la persona que padece y la institución responsable de la atención.

Pero eso requiere una nueva visión de lo que implica institución, aceptando que el hacer también construye institucionalidad, reconociendo que los equipos de trabajo articulados, y no sólo el hospital o los centros de salud, son instituciones. Pensar la institucionalidad nos obligaría a la cita de numerosos pensadores y académicos, pero tomamos el planteamiento de Castoriadis (1998) que afirma: “*entiendo por institución normas, valores, lenguaje, herramientas, procedimientos y métodos de hacer frente a las cosas y de hacer las cosas...*” y sigue: “*aquello que*

mantiene unida a la sociedad es una institución.”

De esa manera, el AT se irá instituyendo en el sistema de salud a partir del propio ejercicio, pero sabiendo que se es acompañante sólo acompañando. En momentos en los que las instituciones no sólo sanitarias sino educativas, jurídicas y sociales, entre otras, han naturalizado funcionamientos expulsivos, el AT puede facilitar una comunicación más directa con la persona padeciente, la familia y el equipo tratante, además de facilitar la territorialización de la atención.

Territorializar no remite sólo a territorio área geográfica donde se debe intervenir, sino además, y principalmente, a territorio área relacional. Es decir, como plantea Chiara (2011): “*supone distintos modos de apropiación del territorio, que se ponen también en juego en la construcción de la estructura sanitaria*”.

Dicha acción comporta la posibilidad de una apertura de las instituciones mencionadas a realidades y dinámicas sociales complejas, muchas veces desconocidas por el funcionamiento endogámico en que se ha caído.

Pero para profundizar dicho proceso, la formación y la actividad de los agentes deben salirse de las viejas prácticas y los modelos ideológicos dogmáticos, evitando quedar atrapados en el mismo funcionamiento; ello supone un profundo debate en todos los espacios formativos y de gestión, que interpele además la voluntad de todo el equipo de salud para diluir posibles resistencias.

Visto desde una perspectiva integradora de la salud, el AT es entonces un trabajador sanitario, capacitado para cuidar, aliviar en distintas situaciones y padecimientos, ya sean psíquicos, físicos, sociales o educativos, a modo de dispositivo preventivo.

El acompañante, en estos términos, será un nuevo integrante del equipo de salud pública complementario, facilitador y promotor en la tarea de reforma del modelo de atención. Un modelo de atención que, además, pone en riesgo al propio sistema por lo desgastado y poco efectivo.

El AT supone, en ese marco, facilitar la inclusión social de las personas que padecen un malestar psíquico, físico o relacional y pensar la salud sin un territorio especial. Se transforma, entonces, en un servicio de apoyo sanitario y social, pero de modo vivencial y no interpretativo, con potencialidad de promover habilidades remanentes y generar redes solidarias de contención para lo cual poner el cuerpo es su herramienta principal.

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Cómo citar este artículo

Fernández Carral S. El acompañamiento terapéutico como estrategia de salud pública. *Epidemiología y Salud* 2(3):34-5, Jun 2015.

How to cite this article

Fernández Carral S. The therapeutic companion as a public health tool. *Epidemiología y Salud* 2(3):34-5, Jun 2015.

Bibliografía sugerida

Castoriadis C. Los dominios del hombre, Las encrucijadas del laberinto. España: Gedisa Editorial; 1998.
Cavagna N. ¿Qué es el acompañamiento terapéutico? *Dinámica* 1(1), 1994.
Chiara M. Buscando conceptualizar la relación entre política de salud y territo-

rio: algunas reflexiones. Panel: “La territorialización de la cuestión social y de las políticas sociales”. Congreso Latinoamericano de Estudios Urbanos; 2011.
Mías CD. Principios de neuropsicología con orientación ecológica. Córdoba: Editorial Encuentro; 2008.

Red Científica Iberoamericana (RedCIbe)

Entrevistas Reportajes a prestigiosos profesionales de la Argentina, América Latina y el mundo entrevistados por los directores médicos de SIIC y los miembros de los Comités Editorial y Científico de Epidemiología y Salud.

Diferente abordaje del infarto de miocardio en el entorno de la salud pública o privada

Different approach of acute myocardial infarction in public or private health system

“La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la Argentina, y sus principales determinantes son el infarto de miocardio, el accidente cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca.”

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a
Ezequiel Zaidel
Médico, Sanatorio Güemes, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

+ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y
referencias profesionales del autor.

Buenos Aires, Argentina (especial para SIIC)
SIIC: ¿Por qué se considera que el infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) constituye un problema con gran repercusión para la salud pública?

EZ: El infarto de miocardio produce un impacto en diferentes esferas, no sólo de la salud pública, sino a nivel sociocultural, por su influencia sobre la mortalidad prehospitalaria y los temores acerca de esta complicación, en la atención médica en todos los ámbitos, tanto prehospitalario como intrahospitalario, y en la salud pública en general dado el costo que genera. Actualmente, la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte a nivel mundial y, obviamente, también en la Argentina. Si bien se ha logrado en los últimos años una reducción de la mortalidad cardiovascular, sigue siendo la causa más prevalente. Las causas de muerte por enfermedad cardiovascular son el infarto de miocardio (IAM), los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca. Los costos en salud que genera el IAM, una entidad que se da en personas en general en edad laboral, son muy grandes.

El sistema de salud en la Argentina se caracteriza por su heterogeneidad. ¿Cuáles son las repercusiones de estas diferencias en relación con la atención de los pacientes con IAMEST?

Como sabemos, en Argentina existe un sistema de salud mixto, es decir, público y privado, pero en realidad son tres sistemas parcialmente diferenciados: el sistema totalmente público, al que puede acceder cualquier persona que desee atenderse, ya sea de Argentina o de otro país, con o sin recursos; un sistema de obras sociales, llamado

seguridad social, en el cual los trabajadores en relación de dependencia, con sus aportes obtiene una cobertura de salud especial con acceso íntegro a la medicina; y un sistema de medicina prepaga, en el cual la gente, en forma particular, compra un servicio médico. Además de esto, en la atención del IAM entran en juego otros mecanismos, como por ejemplo el sistema de medicina prehospitalaria, los sistemas de ambulancias médicas y las guardias externas, que son muy heterogéneas; todos estos elementos desempeñan un papel importante hasta que el paciente con IAM llega al médico cardiólogo. Ese interjuego hace que todavía siga siendo azarosa la atención del IAM y que dependa más de la calidad y de la casualidad de los médicos o profesionales que intervienen en el proceso, desde el inicio del dolor de pecho hasta la implementación de la terapéutica, que del propio sistema de salud público o privado.

¿Existen en el país registros poblacionales previos que hablen de estas diferencias de atención en función de la cobertura de salud del paciente?

Sí, existe información pero escasa. Lamentablemente, no hay datos a nivel nacional recabados por el Ministerio de Salud, pero están siendo llevados a cabo como veremos más adelante. Sin embargo, hay una experiencia previa de un registro realizado por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) en el año 1999, en el cual se analizó un pequeño número de pacientes (35) que no tenían cobertura de salud, a los cuales se los comparó con aquellos que tenían acceso a los sistemas de medicina privada. Los resultados fueron similares a los obtenidos por nuestro grupo.

Hablando de sus resultados, ¿podría resumirnos grosso modo las características del registro CONAREC 17?

El registro CONAREC 17 fue de tipo prospectivo, multicéntrico, con un segmento limitado sólo a la internación de pacientes que cursaran una internación por un síndrome coronario agudo (SCA), con o sin elevación del segmento ST, en 49 centros de Argentina con residencia en cardiología. Es decir, fue un estudio íntegramente realizado por residentes de cardiología afiliados al Consejo Argentino de Residentes en Cardiología (CONAREC).

En ese registro, cuando hablamos de las características iniciales y del primer enfoque que se dio a los

pacientes con IAMEST, ¿qué discrepancias importantes reconocieron entre las instituciones públicas y las instituciones privadas?

Encontramos diferencias en las características clínicas de los pacientes. Si bien no se recabaron datos a nivel de la situación económica de la población, los sujetos que acudían a los hospitales públicos, generalmente tenían un nivel educativo menor, o sea, hasta primario incompleto, y con mayor prevalencia en establecimientos públicos que privados. Además, se presentaban con un primer IAM a una edad más joven, con un promedio de 59 a 62 años, es decir con una diferencia de sólo tres años, y tenían mayor prevalencia de tabaquismo. Cuando se hicieron las coronariografías, que no fueron realizadas en todos los pacientes, se encontró una mayor prevalencia de enfermedades de tres vasos, es decir, presencia de aterosclerosis en tres arterias coronarias, en los individuos atendidos en hospitales públicos. Al analizar todos estos resultados, planteamos la hipótesis que estos pacientes presentan mayor carga de enfermedad, es decir, tienen su primer IAM a una edad más joven y mayor extensión de enfermedad coronaria.

En cuanto a la angiografía coronaria, ¿reconocieron también diferencias entre los dos grupos de instituciones, privadas y públicas, en relación con la organización de los estudios por imágenes o con la prescripción de antiagregantes plaquetarios?

Sí, hubo obviamente diferencias. Si bien eran centros con residencias en cardiología, que en general tienen recursos, los pacientes que ingresaban a hospitales públicos tenían menos disponibilidades que los de centros con hemodinamia. Por lo tanto, en los hospitales públicos se realizó más trombólisis y en los hospitales privados más angiografías. Además, un recurso que se utiliza habitualmente es el ecocardiograma, que se efectúa de rutina en todos los infartos; encontramos que un 11% de los pacientes de hospitales públicos no contaban con un ecocardiograma durante la internación. Este es un dato importante.

En cuanto a los antiagregantes plaquetarios, en ambos grupos casi en el 100% se utilizó aspirina; también se prescribieron más antiagregantes nuevos, como inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa, prasugrel y ticagrelor, en pacientes que acudían a hospitales privados. En forma conjunta, también eran sometidos a más procedimientos angiográficos y angioplastias.

Al hablar de estas discrepancias en un sistema de salud muy particular como es el nuestro, de características mixtas, hasta donde ustedes tienen presente, ¿existen registros parecidos en otros países con sistemas mixtos? ¿Son comparables a los datos encontrados por su grupo?

Sí, podemos mencionar el caso de Brasil que es quizás el más extremo. Hay algunos estudios provenientes de instituciones del norte de dicho país, en la región de Bahía, y también de Río de Janeiro, en los cuales se compararon pacientes públicos con privados, y la diferencia es abismal. Incluso hay una editorial efectuada sobre la publicación de ese artículo, en la Revista de la Sociedad Brasileira de Cardiología, en la que se menciona que hay dos Brasis, hablando de inequidades: un Brasil moderno, civilizado, con resultados angiográficos y en cuanto a las características clínicas similares a los del registro internacional GRACE; y otro Brasil retrógrado, con datos similares a la etapa prerreperusión y previa a la existencia de las unidades coronarias. Al llevar a cabo un registro, observaron que el 50% de los hospitales públicos de Brasil no cuen-

ta con los requerimientos mínimos para el diagnóstico y el tratamiento del IAM. Son datos que nos sorprendieron y, por supuesto, buscamos información de otros países para verificar si esto se da a nivel región. En otras naciones vecinas hay poca información científica; no hay registros pero, probablemente, tengan datos similares. A nivel de regiones más desarrolladas, también pasa algo parecido. Nos sorprendió que en EE.UU. o en Canadá, a pesar que toda la población tiene acceso a la salud, también hay diferencias. En un registro de *Medi Care* en la ciudad de Nueva York (EE.UU.), los pacientes a los que se les agregaba una cobertura de salud extra, pagada por ellos mismos, recibían una mayor cantidad de angioplastias y tenían una mortalidad menor en el IAM. O sea, que este fenómeno de acceso a la salud en relación con el nivel económico se manifiesta en todas las sociedades.

Al hablar de inequidades, al mencionar el trabajo brasilero y en virtud de lo que ustedes encontraron, ¿podemos decir que existen inequidades en el enfoque de nuestros pacientes con IAMEST?

Este estudio tiene una limitación muy grande, y es que se realizó sólo en centros con residencia en cardiología; por lo tanto, puede ser que los datos que presentamos no sean extrapolables al total del país. Considerando eso, el resultado más importante que podemos transmitir acerca de este subanálisis, es que el riesgo de no ser revascularizado si el paciente asiste a un hospital público, es un 70% mayor, en comparación con el riesgo de no ser revascularizado en un hospital privado.

¿Sería posible extrapolar estos resultados a otros SCA?

No. Nosotros seleccionamos para este subanálisis sólo a los pacientes con IAMEST, para los cuales existen guías y algoritmos claros, la ventana de tiempo para la terapéutica es escasa y el 100% de estos enfermos, en teoría, debería recibir tratamientos intensivos en las primeras horas, con un impacto sobre la salud y una mortalidad elevada. Los otros SCA, las anginas inestables y los IAM sin elevación del segmento ST, son muy heterogéneos y la evidencia en cuanto a la revascularización sistemática no es sólida. La mortalidad es menor, por lo tanto, para este análisis seleccionamos solamente a los individuos con IAMEST.

Contando con estos datos y estos resultados tan relevantes, ¿qué estrategias virtuales o potenciales podrían plantearse para intentar mejorar las deficiencias que observaron?

Las estrategias deberían basarse en los puntos en los que encontramos déficits en la atención, sobre todo en los hospitales públicos. Una de ellas sería generar redes de derivación y algoritmos claros para el IAM. Hay algunas experiencias, por ejemplo en la Ciudad de Buenos Aires, como el trabajo publicado por el Dr. Piombo y colaboradores, en el cual se implementó en una red de derivación a centros con angioplastia, con la existencia de trombólisis en todas las instituciones y llamadas telefónicas, o sea, una red muy articulada. En esta investigación se obtuvieron resultados muy alentadores en cuanto a la tasa de reperusión.

Una experiencia similar se presentó en el congreso SAC 2014, por el grupo del Dr. Tajer y el Dr. Silberstein, que presentó los datos de una red de derivación en el conurbano bonaerense para el hospital El Cruce, en el cual 6 hospitales del conurbano enviaban por telemedicina los ecocardiogramas a un centro con hemodinamia. Con la

implementación de esa red lograron aumentar la tasa de revascularización.

En este concepto que están planteando, ¿cuál es el papel del médico en formación, es decir, el residente?

En los centros que cuentan con residencia en cardiología, el residente es el que recibe y se hace cargo, en general, del paciente con IAM, y el que se preocupa y se esmera por reperfundir a tiempo a este enfermo. Entonces, básicamente, la residencia es el mejor sistema de formación y, a su vez, las residencias en general, son útiles para las instituciones porque son sistemas de autocontrol al fomentar la medicina basada en la evidencia, reducir el tiempo puerta-aguja (tiempo desde que ingresa el paciente a la sala de urgencias hasta que se le coloca la medicación pertinente) y puerta-balón (tiempo desde que ingresa el paciente a la sala de urgencias hasta que se le realiza la angioplastia) el máximo posible.

Otro aspecto importante es a nivel ministerial, ya que se encontraron déficits en la atención o el registro sistemático de IAM; actualmente, el área de epidemiología del Ministerio de Salud está iniciando en conjunto con la SAC y la Federación Argentina de Cardiología un registro multicéntrico de IAM, denominado ARGENT-IAMST, cuyo objetivo es cumplir con este déficit de información a nivel global.

Por otra parte, destaco la relevancia de los datos provistos por los registros del Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC), obtenidos a pulmón y sin financiamiento, por un grupo de médicos jóvenes con gran voluntad. Luego de este registro de infarto se llevó a cabo el CONAREC XVIII, que es el registro más grande de insuficiencia cardíaca en Latinoamérica (Rev Argent Cardiol 2014) y el CONAREC XIX, recientemente presentado, acerca de las estrategias antitrombóticas en fibrilación auricular con el advenimiento de los nuevos anticoagulantes orales en la Argentina (Rev Argent Cardiol 2015).

A modo de conclusión, ¿nos podría dar sus recomendaciones principales para la práctica cotidiana?

Básicamente, y un dato de color, el hecho de que un grupo de residentes con voluntad, sin recursos y sin finan-

ciamiento pueden llevar a cabo registros de semejantes dimensiones. En esta oportunidad presentamos el subanálisis del registro CONAREC 17, con información muy valiosa, pero posteriormente se llevó a cabo el registro CONAREC 18 de insuficiencia cardíaca, que actualmente es el mayor registro en este tema en Latinoamérica. Este año se presentaron también los datos del CONAREC 19 que pone de manifiesto las características y las estrategias antitrombóticas en la fibrilación auricular con el advenimiento de los nuevos anticoagulantes.

Por lo tanto, el primer mensaje es ese: un grupo de residentes puede generar un registro de características similares.

Con respecto a los datos presentados, básicamente pudimos demostrar la existencia de inequidades en la atención del IAM, con mayor tasa de reperfusión en pacientes que acuden a hospitales privados. Como recomendaciones a nivel de salud pública, se debe avanzar en este registro a nivel nacional para tener datos fidedignos acerca de las características y las tasas de reperfusión; además, promover estrategias de prevención, si bien en esto ya se viene trabajando, con la reducción de la tasa de tabaquismo en lugares públicos. También hay una estrategia muy fuerte orientada hacia la reducción en el consumo y en la carga de sal de los alimentos. Es decir, desde el Ministerio de Salud, actualmente el área de epidemiología cardiovascular está trabajando fuertemente en estos aspectos.

Al haber podido trabajar en hospitales públicos, obras sociales y en centros privados, tengo una visión personal de todos los ámbitos. Pude observar lugares públicos con pocos recursos, pero que cuentan con centros de hemodinamia y médicos cardiólogos lúcidos que hacen medicina basada en la evidencia, en los cuales la tasa de reperfusión y el tratamiento del IAM son excelentes; pero también pude ver centros privados de medicina prepaga que no cumplen con las condiciones mínimas para atender un IAM.

Para finalizar, cito al Dr. Carlos Bertolassi, quien, justamente sobre este aspecto afirmaba que *no hay una medicina pública y una privada, sino que hay una medicina buena y una mala*.

El autor no manifiesta conflictos de interés.

Cómo citar este artículo

Zaidel E. Diferente abordaje del infarto de miocardio en el entorno de la salud pública o privada. Epidemiología y Salud 2(3):36-8, Jun 2015.

How to cite this article

Zaidel E. Different approach of acute myocardial infarction in public or private health system. Epidemiología y Salud 2(3):36-8, Jun 2015.

Autoevaluación del artículo

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la Argentina.

Además del infarto de miocardio, ¿cuál es un factor determinante de la mortalidad de causa cardiovascular en Argentina?

A, La fibrilación auricular; B, La insuficiencia cardíaca; C, El bloqueo auriculoventricular; D, Todas son correctas; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/145112

Red Científica Iberoamericana (RedCIbe)

La adhesión al tratamiento de la osteoporosis *Adherence to osteoporosis treatment*

“Sobre la base de un artículo publicado hace unos años, el autor presenta una actualización sobre el cumplimiento del tratamiento de la osteoporosis.”

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

Ariel Sánchez

Centro de Endocrinología de Rosario, Rosario, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud	
	<p>Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)</p>
 <p>+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.</p>	

Rosario, Argentina (especial para SIIC)

SIIC: La adhesión terapéutica suele reducirse con el tiempo en los pacientes con afecciones crónicas. ¿Qué factores se vinculan con esta conducta de las personas con osteoporosis?

AS: Se pueden mencionar varios factores. La rebeldía del paciente ante el diagnóstico de una enfermedad crónica –que no puede curarse, sino solamente controlarse– puede ser uno de los principales. La molestia de la toma repetida de un medicamento, que muchas veces se suma a otros que deben ingerirse por otros trastornos, también debe tenerse en cuenta. Y no es menor la cuestión de los efectos colaterales: hay un 20% de efectos gastrointestinales indeseables con los bisfosfonatos orales, por ejemplo.

De acuerdo con su experiencia, la baja adhesión ¿involucra tanto a los suplementos de calcio y vitamina D como al resto de los tratamientos? ¿Por qué?

Sí, ocurre así. Yo nunca he sido propenso a la indicación de suplementos orales de calcio, y prefiero el uso complementario con alimentos. No siempre las sales de calcio en comprimidos son bien toleradas, ya que algunas causan constipación o molestias abdominales. Es mucho menos frecuente la intolerancia a los suplementos de vitamina D, que suelen indicarse a intervalos semanales, mensuales o períodos más largos todavía, lo que mejora la observancia de las prescripciones médicas por parte de los pacientes.

¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento y la duración de la terapia que permiten asegurar su eficacia en torno de la osteoporosis?

Como con otros planes terapéuticos crónicos, se requiere una persistencia y regularidad en la toma de medicamentos antiosteoporóticos del 80%, por lo menos. Se trata de que los sujetos mantengan por lo menos durante 3 años su tratamiento, para que pueda cumplirse con la repetición de lo realizado en la mayor parte de los estudios clínicos aleatorizados y controlados disponibles en la literatura médica. Por supuesto, la continuación de la te-

rapia por tiempos mayores dependerá de la evolución del paciente y el riesgo estimado de fracturas futuras.

La administración de una correcta dosis diaria de calcio y vitamina D representa un pilar relevante en el enfoque de los individuos con osteoporosis. ¿Cuál es la dosis recomendada en la actualidad?

La ingesta diaria recomendada de calcio elemental es de 1 a 1.5 g. Es conveniente no superar los 2 g. Esto se consigue con la ingesta de 2 a 3 porciones de productos lácteos todos los días. La Guía FASEN sobre la vitamina D recomienda 1 000 a 2 000 UI diarias de esta vitamina (colecalfiferol o ergocalciferol) en personas mayores con osteoporosis. Debe tenerse en cuenta que si el nivel basal de 25-hidroxivitamina D en suero es muy bajo, la dosis de comienzo deberá ser más alta para lograr un nivel óptimo (30 ng/ml o más). En esos casos conviene controlar periódicamente este valor para asegurarse el logro del objetivo terapéutico.

La reducción de la complejidad de los esquemas de tratamiento es una herramienta clave para mejorar el cumplimiento terapéutico por parte de sujetos con afecciones crónicas. ¿Cuál es el papel de los bisfosfonatos en este sentido?

Numerosos trabajos relatan la mejora de la aceptación terapéutica cuando la frecuencia de administración de los bisfosfonatos orales pasa de diaria a semanal y luego a mensual. Del mismo modo, la posibilidad de hacer una aplicación intravenosa trimestral (en el caso del ibandronato) o anual (con el zoledronato) no solamente sirve para evitar las molestias gastrointestinales que se manifiestan con el uso estas sustancias por vía oral, sino que contribuye a mejorar la observancia de las prescripciones y también su eficacia.

¿Existen estudios que demuestren mayor cumplimiento terapéutico de las mujeres posmenopáusicas que reciben bisfosfonatos con intervalos amplios entre dosis? De ser así, ¿cuáles se destacan?

Sí, existen varios estudios, como el VIVA (*BonViva Intravenous Versus Alendronate*), realizado en Alemania y publicado en 2013, que comparó la administración de alendronato oral semanal con la de ibandronato intravenoso trimestral. Más de 6 000 mujeres con osteoporosis posmenopáusica demostraron mayor observancia de las indicaciones y persistencia con el régimen parenteral. Si bien la incidencia de fracturas fue similar en ambos grupos, las mujeres que recibían el tratamiento inyectable tuvieron mayor índice de movilidad y un consumo significativamente menor de analgésicos.

¿Se dispone de datos en nuestro medio acerca de la adhesión de las pacientes posmenopáusicas a los

suplementos de calcio y vitamina D, así como a los bisfosfonatos u otras terapias contra la osteoporosis?

Se realizó un estudio en una clínica especializada hace varios años, que comprobó en la Argentina lo mismo que se había observado en otros países. Esos resultados se presentaron en un congreso internacional, pero probablemente aún no estén publicados de forma completa. Más allá de esto, no conozco trabajos más recientes.

¿Cree que las intervenciones del médico (consejo acerca de los distintos tratamientos) y las campañas de prevención pueden ser útiles para optimizar el cumplimiento terapéutico? ¿Por qué?

No parece que las campañas de prevención sean eficaces en ese sentido, aunque pueden tener otras ventajas. Sin embargo, claramente la intervención educativa del médico acerca del riesgo de fracturas, de los factores de riesgo concomitantes y de la protección brindada por un tratamiento bien realizado es útil para mejorar la conducta respecto de la terapéutica. El estudio GLOW, realizado en 10 países sobre una cohorte de más de 60 000 mujeres de 55 años o más (dos tercios de las cuales tenía más de 65 años), mostró que el 35% de las ellas consideraba su riesgo fracturario inferior al de la generalidad de las mujeres de la misma edad; sólo el 19% de las fumadoras consideraban que el tabaquismo significaba un riesgo adicional, y el 39% de las usuarias corrientes de corticoides tenían noción del riesgo que significaban estas sustancias. Asimismo, 43% de las participantes con diagnóstico densitométrico de osteoporosis se percibían como sujetos en riesgo de fracturarse. Quiere decir que hay un enorme campo para que el equipo de salud eduque a los pacientes con osteoporosis. Esta información seguramente ayudará a mejorar el cumplimiento del tratamiento. A esto se puede agregar que, en un estudio reciente, se considera la interacción médico/paciente el medio más eficaz para asegurar el cumplimiento de la terapia indicada.

En la actualidad, la osteoporosis es abordada por distintas especialidades médicas. ¿Considera que el enfoque multidisciplinario puede mejorar el cumplimiento terapéutico?

No me parece, más bien es lo contrario: si el paciente debe multiplicar sus visitas a distintos especialistas, es

probable que, por razones económicas o de comodidad, termine por abandonar todo. Creo que es mejor que el médico tratante intervenga en esta situación con un buen criterio clínico osteológico y reduzca las interconsultas al mínimo indispensable.

La intolerancia a la administración por vía oral es un factor limitante en todos los tratamientos de largo plazo. ¿Qué papel ocupan las terapias parenterales en la terapia actual de la osteoporosis?

Este tipo de terapias es una alternativa valiosa que merece ser tomada en cuenta cuando la medicación oral no muestra el resultado esperado o cuando los efectos colaterales impiden su continuidad. También son útiles en el caso de los sujetos que viven lejos de centros especializados y no pueden viajar con frecuencia para efectuarse los controles pertinentes, entre otras razones. Además de los bisfosfonatos intravenosos, desde hace 3 años se dispone en la Argentina del denosumab subcutáneo, que resulta muy bien aceptado por los pacientes, por su excelente tolerancia y cómoda frecuencia de administración (semestral).

A modo de conclusión, por favor resuma sus principales recomendaciones para la práctica clínica.

Lo que aconsejo es registrar una buena historia clínica del paciente y tener en mano todos los estudios complementarios que permitan el diagnóstico de osteoporosis primaria (la secundaria merece el tratamiento específico del trastorno primario). También se ha de establecer una buena relación con el paciente, lo cual se logra mediante la explicación con paciencia y claridad de todo lo relacionado con el riesgo de fracturas y el tratamiento elegido. Además, es preciso optar por una terapéutica que interfiera lo menos posible con los hábitos y las obligaciones del sujeto. Al menos durante el primer año de tratamiento, conviene ver al paciente a intervalos regulares para monitorizar su adhesión terapéutica y aclarar todas las dudas que puedan surgirle. Es importante destacar que, en el mundo real, un buen cumplimiento de la terapia brinda una reducción del riesgo fracturario de alrededor del 22% en promedio, lo que resulta comparable con la protección antifracturaria observada en estudios aleatorizados y controlados.

Cómo citar este artículo

Sánchez A. La adhesión al tratamiento de la osteoporosis. *Epidemiología y Salud* 2(1):39-40, Jun 2015.

How to cite this article

Sánchez A. Adherence to osteoporosis treatment. *Epidemiología y Salud* 2(1):39-40, Jun 2015.

Autoevaluación del artículo

La adhesión terapéutica suele reducirse con el tiempo en los pacientes con afecciones crónicas.

¿Qué factores se vinculan con una menor adherencia al tratamiento en personas con osteoporosis?

A, Los efectos adversos; B, La incomodidad de la toma repetida de una medicación; C, La rebeldía del paciente ante el diagnóstico de una afección crónica; D, Todas son correctas, E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en www.sicisalud.com/dato/evaluaciones.php/142160

Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA)

La Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) creó y desarrolló el Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA) con el objetivo de facilitar la publicación de artículos científicos en colecciones periódicas de calidad. La utilización del SSEA es únicamente autorizada a los autores que presenten artículos para su evaluación y posterior publicación. Estos autores acceden a SSEA mediante la dirección de correo electrónico del autor, el número de ICE provisto en la carta de invitación y una clave de ingreso creada por el autor la primera vez que accede.

Solicitud de presentación

Los autores interesados en presentar un artículo para su evaluación y posterior edición en las publicaciones de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) deberán acceder a

www.siic.info/ssea/presentacionpreliminar.php donde completarán un formulario llamado **Presentación Preliminar**.

Inmediatamente luego de completar y enviar el formulario recibirán una **Carta de Invitación**.

Procesos de la edición

Proceso 1 – Aceptación de la invitación

El autor acepta la invitación para presentar un artículo sobre el tema de su interés. Este proceso de una sola etapa solicita unos pocos datos profesionales y otros relacionados con el artículo que el autor se compromete concluir en una fecha determinada.

Estos datos permitirán difundir anticipadamente el trabajo y su probable fecha de publicación. Se le aclara al autor que ello ocurrirá al obtener su aprobación.

Proceso 2- Remisión del artículo

Los autores remitirán sus artículos en línea en www.siic.info/ssea

Proceso de Remisión Usted ha ingresado al **Proceso de Remisión** de su artículo.

Importante: Usted puede completar este formulario en una vez o guardarlo y completarlo en etapas durante 7 días contados desde la fecha en que concluyó la Etapa 1. En ese lapso puede corregir los campos que considere necesario.

Recomendamos **Guardar** la información de cada paso para evitar reescribirla en caso de interrupciones involuntarias o previstas.

Si desea realizar consultas o solicitar ayuda hágalo mediante Mensajes a SIIC (www.siic.info/ssea/main/sugerencia.php).

Etapa 1 – Identificación

1A. Al entrar al sistema por primera vez escribirá su Nombre de Usuario (dirección de correo electrónico del autor) y su Número de Referencia ICE que figura en la invitación recibida como columnista experto. Luego pulse el botón **"Acceso a SSEA"**. Si no posee un Número de Referencia ICE, contactese con Mensajes a SIIC.

La siguiente pantalla contiene la Introducción al Sistema SSEA y sus pasos. Léala atentamente. Luego pulse **"Ingreso"** Escriba sus datos y siga las sencillas indicaciones del sistema y de estas Instrucciones.

1B. El autor designará a la persona que asumirá el seguimiento del proceso. Esta persona, Responsable del Proceso

(RP), garantizará la comunicación con SIIC y viceversa, centralizará el vínculo con los eventuales coautores y facilitará la fluidez del vínculo con los supervisores que iniciarán su labor al concluirse la Remisión del Artículo. Durante los procesos Remisión del Artículo y Evaluación del Artículo, el/la RP se relacionará con el Coordinador Editorial de SIIC y con los supervisores que corresponda según el tema en análisis: normas de edición, científico, inglés biomédico, estilo literario, imágenes, informática y referatos externos. Aconsejamos mantener el/la RP mientras el artículo se encuentre en evaluación.

La tarea editorial culmina con la publicación del artículo aprobado o cuando se notifica al autor su desaprobación.

Etapa 2 – De los autores

2.A. Datos Personales

Autor/es

Incluya los datos completos del autor principal (nombre completo, dirección postal y electrónica, título académico, la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente, etc.).

Breve CV

Redacte un breve CV de alrededor de 100 palabras donde conste su nombre, título académico, posición actual, especialidad y los temas de investigación que le interesan.

2.B. Complementos

Fotografía personal

Agregue su fotografía personal digitalizada en por lo menos 300 dpi ("dots per inch") en archivo JPG o TIFF.

Comuniquenos si le interesaría participar como revisor externo.

2.C. Coautores

De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. Pueden incluirse hasta diez autores.

2.D. Artículos Editados

Artículos registrados en SIIC

Si ya es Columnista Experto de SIIC nuestra base de datos registra artículos suyos editados anteriormente en SIIC o en otras publicaciones. Si precisa corregir alguna cita puede hacerlo en ella.

Otros artículos de su autoría

Registre aquí y en los subsiguientes sectores de *Artículos editados* las citas de cada uno de los trabajos del autor principal que mejor expresen su especialización. Puede indicar hasta 10 artículos editados. Recomendamos que sean lo más recientes posible.

Esta información, como la recogida en otras partes de SSEA, contribuirá a que el lector profundice el conocimiento del autor principal. Los trabajos editados en las

colecciones virtuales de SIIC enlazan a las páginas de sus respectivos autores, elaboradas sin cargo alguno para ellos por el Departamento editorial de la institución.

2.E. Carta de presentación

Podrá presentar el artículo mediante una carta amena, escrita en tono coloquial, en la que tendrá la posibilidad de sintetizar las principales conclusiones del estudio y describir brevemente situaciones especiales acontecidas durante la investigación.

Si el autor lo desea, incluirá el nombre de los coautores y los reconocimientos que considere adecuados. Por favor, dirígala a *Director Editorial de SIIC*.

Etapa 3 – Del artículo

Tipos de Artículos

El autor elegirá el formato apropiado para el contenido que intenta difundir. Los artículos de publicaciones científicas se distribuyen en los siguientes tipos principales (**Artículos originales, artículos de revisión y metanálisis, informes de opinión, artículos descriptivos** [casos clínicos, estudios observacionales, informes breves, comunicaciones especiales, etc.], artículos de consenso y normas clínicas prácticas, correspondencia, reseñas de libros o de artículos publicados en otras fuentes).

En estas Instrucciones consideramos los dos primeros.

Artículo Original

Los artículos que describen los resultados de investigaciones originales, por ejemplo estudios aleatorizados y controlados, estudios de casos y controles, estudios observacionales, series de casos (clínico o preclínico [*in vitro, in vivo, ex vivo, in silico*]), deben constar de Resumen, Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones. La Introducción es una breve referencia a las generalidades del tema por abordar y a su importancia. La última frase de la Introducción debe estar referida a lo que los autores van a presentar o describir.

Materiales y Métodos describirá la muestra (que será de tamaño variable), el origen de los datos analizados, si es retrospectivo o prospectivo, los métodos estadísticos utilizados y la consideración de la significación estadística, en caso que corresponda.

...

Instrucciones completas en:

www.siic.info/ssea/instrucciones_sic_web.php

Ante cualquier inquietud, comuníquese por medio de Mensajes a SIIC: www.siic.info/ssea/main/sugerencia.php, al teléfono 0054-11-4342-4901 o por Fax: 0054-11-4331-3305. (Versión SSEA, n0613)

SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (SIIC)

Instruções para os autores

Pedido de apresentação

Os autores interessados em apresentar um artigo para avaliação e posterior edição nas publicações da Sociedade Iberoamericana de Informação Científica (SIIC) deverão acessar www.siic.info/ssea/presentacionpreliminar.php onde preencherão um formulário chamado **Apresentação Preliminar**.

Inmediatamente após o preenchimento e envio do formulário receberão uma **Carta-Convite**.

Processos da edição

Processo 1 - Aceitação do convite

O autor aceita o convite para apresentar um artigo sobre o tema de seu interesse. Este processo de uma só etapa pede alguns poucos dados profissionais e outros relacionados ao artigo que o autor se compromete a concluir em uma determinada data. Estes dados irão difundir antecipadamente o trabalho e a provável data de sua publicação. Esclarece-se ao autor que isso acontece quando obtiver a aprovação.

Processo 2- Envio do artigo

Os autores enviarão seus artigos on line em www.siic.info/ssea

Processo de Envio

Você entrou no **Processo de Envio** de seu artigo.

Importante: Você pode preencher o formulário de uma vez ou salvá-lo e concluí-lo em etapas ao longo de 7 dias a partir da data de conclusão da Fase 1. Nesse lapso de tempo pode editar os campos conforme necessário.

Recomendamos **Salvar** a informação a cada passo para evitar ter que reescrever no caso de interrupções involuntárias ou previstas.

Se você tiver dúvidas ou quiser pedir ajuda faça-o por meio de Mensajes a SIIC (www.siic.info/ssea/main/sugerencia.php).

Etapa 1 - Identificação

1A. Ao entrar no sistema por primeira vez escreva o seu Nome de Usuário (e-mail do autor) e o número de referência ICE que está no convite recebido como columnista especialista. Em seguida, pressione o botão **"Acceso a SSEA"**. Se não possuir um Número de Referência ICE, entre em contato com Mensajes a SIIC.

A próxima tela contém a Introdução ao Sistema SSEA e seus passos. Leia atentamente. Em seguida, pressione "Entrada". Introduza os seus dados e siga as indicações simples do sistema e das Instruções.

...

Instruções completas na:

www.siic.info/ssea/instruccoes_sic_web.htm

Caso surja qualquer dúvida, comuníque-se com expertos.siic@siic.info, ou por telefone 0054-11-4342-4901; Fax: 0054-11-4331-3305

(Versão SSEA, n0613).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Guidelines for authors

Presentation requirement

Those authors who wish to submit an article for evaluation and publication in the Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) should access

www.siic.info/ssea/presentacionpreliminar.php and fill in the form called **Preliminary Presentation**.

Immediately after completing and sending the form, you will receive an **Invitation Letter**

Editing Processes

Process 1 – Invitation Acceptance

The author accepts the invitation to write an article about a subject of his/her interest.

This one-stage process requires certain professional details and others related to the articles that the author pledges to provide by a stipulated date.

These details will allow the paper to be disseminated in advance with its probable date of publication, while ensuring the reader that that will only occur upon obtaining approval.

Process 2 - Submission of the Article

Authors will submit their articles on line at www.siic.info/ssea

Submission Process

You have accessed the **Submission Process** for your article

Important:

You can complete this form at a time or you can save it and complete it at different moments over 7 days. This period starts when the author finishes Stage 1. During this period you can make those corrections you consider necessary.

We recommend that you Save the information at each stage to avoid having to enter it again in case of involuntary interruptions.

If you wish to ask for help or you have any questions, please write to Mensajes a SIIC (www.siic.info/ssea/main/sugerencia.php).

Stage 1 – Identification

1A. When you first access the System you will write your User Name (email address of the author) and your Reference ICE Number that appears in the invitation received as expert columnist. Then, please click the button **"Access to SSEA"**. If you do not have a Reference ICE Number, contact Mensajes a SIIC.

The next page contains the Introduction to the SSEA System and its stages. Read it carefully. Then click **"Enter"**. Write your personal data and follow the easy instructions given by the system and these Guidelines

....

Complete guidelines in:

www.siic.info/ssea/guidelines_sic_web.htm

For further information or inquiries, please contact expertos.siic@siic.info or call to telephone number (0054 11) 4342-4901; Fax: (0054 11) 4331-3305.

(SSEA version, n0613).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).

Congresos

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

- **XXXVIII Congreso Anual Alergia e Inmunología**
Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
13 al 15 de agosto de 2015
secretaria@aaaieic.org.ar
www.alergia.org.ar
- **Congreso Nacional de Dermatología Estética y Láser**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
21 y 22 de agosto 2015
- **XII Congreso Argentino e Internacional de Mastología**
Sociedad Argentina de Mastología
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
6 al 8 de septiembre de 2015
www.samas.org.ar
- **61° Congreso Argentino de Radiología (CAR 2015)**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
10 al 12 de septiembre de 2015
secretaria@sar.org.ar
- **XIX Congreso Argentino de Nefrología (CAN 2015)**
Rosario, Argentina
16 al 19 de septiembre de 2015
www.can2015.com.ar
- **25° Congreso Argentino de Terapia Intensiva**
Mar del Plata, Argentina
16 al 20 de septiembre de 2015
infoajc@anajuan.com
- **48° Congreso Argentino de Reumatología**
Mar del Plata, Argentina
26 al 29 de septiembre de 2015
www.reumatologia.org.ar/images/home/Congreso-SAR-2015.jpg
- **37° Congreso Argentino de Pediatría**
Mendoza, Argentina
29 de septiembre al 2 de octubre de 2015
congresos@sap.org.ar
- **VI InterAmerican Oncology Conference "Estado Actual y Futuro de las Terapias Antineoplásicas Dirigidas"**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
8 y 9 de octubre de 2015
secretariat@oncologyconferences.com.ar
www.oncologyconferences.com.ar
- **InmunoColombia 2015**
XI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Inmunología (ALAI)
X Congreso Colombiano de Alergias, Asma e Inmunología (ACAAI)
Medellín, Colombia
13 al 16 de octubre de 2015
contacto@inmunocolombia2015.com
www.inmunocolombia2015.com/congreso
- **41° Congreso Argentino de Cardiología**
16° Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
15 al 17 de octubre de 2015
info@sac.org.ar
- **XII Congreso de Cirugía Plástica del Cono Sur-FILACP**
Rosario, Argentina
22 al 24 de octubre de 2015
www.congresocirurgiaplasticaconosur2015.com
- **XXII Congreso Argentino de Hematología**
Mar del Plata, Argentina
28 de octubre al 1 de noviembre de 2015
sah@sah.org.ar
- **XXXII Reunión Anual de la AAOMM**
Asociación Argentina de Osteología y Metabolismo Mineral
Bahía Blanca - Sierra de la Ventana, Argentina
29 al 31 de octubre de 2015
www.aaomm.org.ar
- **40° Congreso Argentino de Coloproctología**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
noviembre de 2015
- **III Congreso Internacional de Clínica Médica y Medicina Interna**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
3 al 6 de noviembre de 2015
- **XII Simposio Internacional de Osteoporosis (SIO 2015)**
Mar del Plata, Argentina
3 y 4 de noviembre de 2015
osteoporosis@fibertel.com.ar
- **13^{er} Congreso Latinoamericano de Cuidado Intensivo Pediátrico**
1^{er} Simposio Internacional de Neonatología y Nutrición Neonatal
1^{er} Encuentro Latinoamericano de Emergencias Pediátricas Pediatría
Quito, Ecuador
9 al 12 de noviembre de 2015
drsantiagocampos@gmail.com
www.ucipecuador2015.com
- **59° Congreso Argentino de Cirugía Torácica**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
9 al 12 de noviembre de 2015
info@sact.org.ar
- **XX Congreso Argentino de Nutrición**
Mar del Plata, Argentina
25 al 27 de noviembre de 2015
info@fase20.com
- **XIX Congreso de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM)**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
29 de noviembre al 2 de diciembre de 2015
ilse@saem.org.ar