ipss

La Revista de los profesionales de la salud

ISSN 1022-0259
Vol. 4, Nº 1
Abril 1995

ciencia y tecnología



- Situación nutricional en menores de 6 años
- El Control de la Tuberculosis en el IPSS 1994
- SIDA en Cañete 1993
- Aplicación de la Medicina Tradicional como Terapia Alternativa
- Protocolos de Diagnóstico y Tratamiento del Asma y la Hipertensión Arterial

AVANZANDO

Instituto Peruano de Seguridad Social / Red de Información Científica

ipss

La Revista de los profesionales de la salud

ISSN 1022-0259
Vol. 4, Nº 1
Abril 1995

ciencia y tecnología

Presidente Ejecutivo del IPSS:
Dr. Luis Castañeda Lossio

Edita:
Red de Información Científica

Editor:
Dr. José Pineda Bonilla

Ciencia y Tecnología es la Revista Científica Oficial de los Profesionales de la Salud del **Instituto Peruano de Seguridad Social.**

Distribución gratuita entre *los profesionales de la salud del IPSS.*

Se acepta canje con publicaciones de otras instituciones.

Derechos Reservados
Copyright ©
Instituto Peruano de Seguridad Social.

La reproducción de artículos en todo o en parte sólo podrá ser efectuada previa autorización escrita de la Red de Información Científica, sito en Domingo Cueto 120, 8º piso, Telefax: 472-4570 anexo 2846, 2865. Lima 11, Perú.

Indice

3	EDITORIAL	EDITORIAL	3
4	CARTAS AL EDITOR	LETTERS TO EDITOR	4
	TRABAJOS ORIGINALES	ORIGINAL ARTICLES	
5	Situación nutricional de niños menores de seis años en la zona de responsabilidad del Centro de Salud "Jorge Chávez" de Chiclayo. 1992 Dr. Víctor Soto Cáceres y col.	Nutritional state of children younger than six in Jorge Chávez Health Center. 1992 Víctor Soto, M.D. et al	5
9	El control de la Tuberculosis en el IPSS. 1994 Lic. Nelly Rodríguez Pacheco y col.	Tuberculosis Control in Social Security. 1994 Nurse Nelly Rodríguez et al	9
13	Resistencia secundaria de Mycobacterium Tuberculosis en TBC Crónica Drogoresistente - H.N. Edgardo Rebagliati Martins. 1993. Dra. Sara Palomino Berríos y col.	Acquired resistance of Mycobacterium tuberculosis in Drugresistant Chronic Tuberculosis. Edgardo Rebagliati Martins Hospital. 1993 Sara Palomino, M.D. et al	13
15	Cultivos de M. Tuberculosis en orina con baciloscopía positiva. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 1993 Dra. Sara Palomino Berríos y col.	Cultures of M. tuberculosis in smear positive urine samples. Edgardo Rebagliati Martins Hospital. 1993 Sara Palomino, M.D. et al	15
17	SIDA en Cañete. 1993 Dr. Víctor Córdova Bonifacio y col.	AIDS in Cañete. 1993 Víctor Córdova, M.D. et al	17
19	Prevalencia de parasitosis en la provincia de Concepción. Junín Dr. Pedro y Padilla Machaca y col.	Parasitosis prevalence in Concepción province. Junín Pedro Padilla, M.D. et al	19
	CRONICAS	CHRONICLES	
21	Aplicación de la medicina tradicional como terapia alternativa - Hospital Gustavo Lanatta Luján Dr.Juvenal Carreño	Traditional Medicine aplication as alternative therapy. Gustavo Lanatta Luján Hospital. Juvenal Carreño, M.D.	21
23	Reseña histórica del Seguro Social en el Perú Dr. Ramiro Farfán Rotzoll	Historical profile of Social Security in Perú. Ramiro Farfán, M.D.	23
	PROTOCOLOS:	PROTOCOLS:	
31	Protocolo de diagnóstico y tratamiento del asma. Dr. José Pineda Bonilla	Guidelines on Diagnosis and Treatment of Asthma José Pineda, M.D.	31
37	Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial esencial Dr. José Sosa Rosado	Guidelines on Diagnosis and Treatment of Arterial Hypertension José Sosa, M.D.	37
	SERVICIOS DE SALUD:	HEALTH SERVICES:	
43	Reingeniería de la Planificación en el IPSS Dr.Manuel Lorenzo Hurtado	Reengenieering of Planification in IPSS Manuel Lorenzo, M.D.	43
45	La sábana blanca. Gilberto Medina	White cloth Gilberto Medina	45
47	Grupos que funcionan Dr. Samuel Pecho Vigil	On-fuction groups Samuel Pecho, M.D.	47
49	Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas.	Uniform requirements for manuscrpts submitted to biomedical journals	49
55	LA SALUD EN EL MUNDO.	THE HEALTH IN THE WORLD	55
	LA SECCION DEL SERUMISTA	SERUMIST SECTION	
57	Estado nutricional en la población infantil en 2 provincias de Junín. 1994. Dr. Pedro Padilla Machaca	Nutritional state of children in 2 provinces of Junín. 1994	57
59	REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN	PUBLICATION GUIDELINES	59

Contents

Editorial

Importancia de las Publicaciones en el IPSS

El Seguro Social ha incorporado el concepto de calidad en los diversos servicios de salud que lo conforman , para lo cual ha desarrollado políticas que permiten mantenerla. Una de ellas es la Transferencia Tecnológica, la cual no sólo es el envío de equipos de alta tecnología a lugares distantes del país a través de los Servicios de las Unidades Itinerantes, sino también la difusión de los avances de la ciencia a cada uno de sus profesionales; lo cual logra que sus conocimientos estén acordes con la evolución de la salud en el mundo.

Mantener una permanente difusión o transferencia de avances científicos en los profesionales de la salud, es una tarea permanente de la institución, porque con ella podremos lograr la satisfacción del usuario, basada en la calidad de la atención.

En los servicios de salud se brinda una atención basada en conocimientos, que acompañada de calidez, factor tan importante como el saber, constituye aspectos que la Red de Información Científica transmite a través de los artículos que publica en las revistas científicas.

En este contexto el Instituto Peruano de Seguridad Social considera un reto permanente la actualización de sus profesionales, por lo cual mantiene vigente la Transferencia Tecnológica de conocimientos, la cual contribuye a mantener en cada profesional tres aspectos fundamentales que garantizan el éxito de una empresa: Calidad, productividad y excelencia.

Dr. Luis Castañeda Lossio
Presidente Ejecutivo del IPSS

Cada día en el mundo se descubren nuevos avances en el campo de la salud, lo cual permite que la calidad de vida del hombre mejore, estos avances son necesarios difundirlos entre los profesionales de la salud de nuestra institución para lograr que se mantengan actualizados y puedan aplicar estos conocimientos en bien de la población asegurada.

Herramientas importantes en la difusión son las publicaciones que se constituyen en un medio masivo y simultáneo, por el cual se conocen los avances de la ciencia, en el área de la salud. Contribuye a esta difusión los adelantos producidos en las comunicaciones e informática, haciendo posible que libros, revistas, artículos y documentos de actualidad lleguen a través del correo electrónico a diversas partes del país y del mundo.

El Instituto Peruano de Seguridad Social a través de la Red de Información Científica, contribuye y fomenta la difusión de avances científicos produciendo y editando la Revista Ciencia y Tecnología, la Revista Médica del IPSS, Manuales y otras Publicaciones, donde los profesionales dan a conocer sus logros y experiencias de sus trabajos de investigación o recopilando información actualizada de un tema, en base a datos que recepciona de los diferentes Hospitales Nacionales y mediante el acceso a INTERNET.

En conclusión, siendo la salud un campo con costantes cambios y descubrimientos, la difusión ocupará siempre un lugar importante dentro de los objetivos de nuestra institución, la cual vela siempre por la actualización de sus profesionales.

Red de Información Científica

Cartas al editor

Sociedad de Beneficiencia de Lima Metropolitana
Hospital Privado Rosalía de Lavalle de Morales Macedo
Clínica Hogar de la Madre
Gervasio Santillana 260 - Telf.: 402800 - Fax: 428719

"Año de la Modernización Educativa y del Deporte

Miraflores, Octubre 18, 1994.

Carta Nº 234-DAF-HPRLMM

Señor Lic.
Héctor Alcalde Manco
Gerente Central de
Prod. de Serv. y Prest. Sociales
IPSS.

De nuestra consideración:

Tengo a bien dirigirme a Ud., con la finalidad de acusar recibo por la Revista Médica del IPSS y la Revista Ciencia y Tecnología remitidas por su oficina, agradeciendo su gentil contribución.

Me sucribo de Ud.

Muy Atentamente

JOSE CARLOS NAVARRO LEVANO
Director Administración y Finanazas

Colegio de Abogados de Lima
Decanato

Lima, 04 de Julio de 1994

Señor Lic.
HECTOR ALCALDE
Gerente,
Instituto Peruano de
Seguridad Social
Gerencia Central de Sistemas
Institucionales Red de Información
Científica
Presente.-

Estimado señor Lic.:

Acuso recibo de su atenta comunicación de 7 de junio pasado, recepcionada el 27 del mismo mes, a la cual se ha servido acompañar dos ejemplares de la Revista Ciencia y Tecnología Volumen 2 y 3 de 1993, editada por la Red de Información Científica del IPSS.

Agradezco a Ud. y aprovecho la oportunidad para expresarle las seguridades de mi distinguida consideración.

Atentamente,.

JORGE AVENDAÑO
Decano

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Pabellón de Odontología — Ciudad Universitaria
Teléfono : 518022

"AÑO DE LA MODERNIZACION EDUCATIVA Y DEL DEPORTE"

Lima, setiembre 02 de 1994.

Oficio No. 438-94-FO

Señor Lic.
HECTOR ALCALDE MANCO
Jefe del IPSS. Gerencia
Central del Prod. de Salud
y Prest. Sociales Red de
Información Científica

Presente.-

Asunto: Agradecimiento por donación de Revistas

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarlo muy cordialmente y para hacerle llegar nuestro agradecimiento por su donación de un ejemplar de la Revista Médica del IPSS y la Revista Científica y Tecnológica, las mismas que estarán a disposición de nuestros profesores y alumnos.

Sin otro particular, la oportunidad me permite expresar a Ud. las seguridades de mi mayor consideración y estima.

Atentamente,

Dr. EDGARD FERNANDEZ CHIRINOS
DECANO

c.c. Archivo (02)
EFCH/lar.

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO
Av. Brasil Nº 600 — Breña Telefs. 4246045 - 4246013
Fax (5114) - 323584
Lima, (5) — Perú

"AÑO DE LA MODERNIZACION EDUCATIVA Y DEL DEPORTE"

Lima, 01 de julio de 1994

Oficio Nº 1161-DG-ISN-94

Señor Lic.
HECTOR ALCALDE MANCO
Gerente
GERENCIA CENTRAL DE SISTEMAS INSTITUCIONALES
RED DE INFORMACION CIENTIFICA I.P.S.S.

Presente.-

De nuestra consideración:

Nos es muy grato dirigirnos a Ud., saludándolo cordialmente y a la vez acusar recibo de su atento envío de 02 ejemplares de la Revista Ciencia y Tecnología Vol. 2: Nº3 y 03 ejemplares de la Revista Médica del IPSS Vol. 2 Nº 4.

En relación a ello, reciba usted en nombre de nuestra Institución y el mío propio, nuestro agradecimiento más sincero.

Por otro lado, quisiéramos expresarle nuestra más cálida felicitación por la magnífica edición de las revistas médicas.

Deseándole nuestros mejores votos de éxito y permanente progreso a tan importante institución, aprovecho la ocasión para manifestarle las consideraciones de nuestra estima personal.

Atentamente,

Dra. VIRGINIA BAFFIGO TORRE
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 12365

VBT/REVB/medg.

Situación Nutricional de Niños Menores de seis años en la Zona de Responsabilidad del Centro de Salud "Jorge Chavez" de Chiclayo. 1992

Dr. Víctor Soto Cáceres *

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es la evaluación del estado nutricional de niños menores de seis años de edad en la zona de responsabilidad del Centro de Salud "Jorge Chávez" de Chiclayo.

Se realizó un estudio transversal, con encuestas en todas las casas de la zona, obteniéndose medidas de peso y talla de 691 niños de ambos sexos; los resultados fueron comparados con las tablas de la NCHS.

Encontramos que el 40% de niños tienen algún parámetro de desnutrición; de acuerdo al criterio de Peso/Edad la malnutrición global fue de 22.1% que es el doble del estudio de ENDES 1991 - 1992; con el parámetro peso/talla la malnutrición aguda fue 8.1% seis veces mayor que ENDES y la Talla/Edad, malnutrición crónica fué 36.2% similar a ENDES.

SUMMARY

The aim of this research is the evaluation of the nutritional state of children under six years in the responsability zone of "Jorge Chávez" Health Center, at Chiclayo.

We made transversal study, with survey in all houses of the zone, and the heigth and weight measurements of 961 children of both sex were obtained; the results were compared with NCHS nomograms.

We found evidence of malnutrition in 40% of children; according to Weight/Age, the global malnutrition was 22.1% that's the double of ENDES 1991 - 1992 study; with the parameter Weight/Height the acute malnutrition was 8.1%, six times major than ENDES, and the Height/Age chronic malnutrition was 36.2% similar to ENDES.

I. INTRODUCCION

El estado nutricional del niño menor de seis años es un aspecto de gran importancia en el manejo de la Salud Infantil, a tal punto que existe el PANFAR, Programa de Alimentación de la Familia de Alto Riesgo para actuar en los lugares marginales deprimidos (1).

El aspecto de la Situación Nutricional de niños ha sido estudiada en diversos lugares del Perú, así se tienen los datos de que:

AMERY, en Chimbote realizó un estudio en pueblos jóvenes de la ciudad, encontrando que el 73% de los niños menores de 3 años padecían algún grado de desnutrición y un 50% de éstos eran de 2° y 3° grado.

QUIROZ PALMA, en el centro de salud de Pariacoto en un estudio nutricional de niños menores de 4 años encontró que el 61% presentó algún grado de desnutrición, en los menores de 1 año era de 26.7% comparado con 73% del grupo de 1 a 4 años de edad.

RISCO y colaboradores en un estudio de 1022 menores de 5 años en una comunidad urbano marginal (P.J. del Callao) concluyeron que la desnutrición marginal crónica es muy alta efectuando a los niños desde el primer semestre de su vida (2).

* *Director Ejecutivo C.I.E.S.*
Profesor Principal Facultad Ciencias de la Salud
Universidad Particular de Chiclayo
Sub Gerente de Salud-Lambayeque

Este mismo autor en otro estudio en Ventanilla, en 155 niños menores de cinco años encontró problemas de desnutrición en el 24.2% de tipo crónico marginal y 7.5% deficiarios peso para edad pero no peso para talla (3).

BOTTO, en un estudio en niños menores de 6 años que acudieron a la consulta externa de pediatría en el hospital María Auxiliadora, concluyó que existe una moderada mal nutrición (4).

ENSSA determinó que en el Perú la presencia de desnutrición es de 36% en menores de seis años a nivel nacional, siendo mayor del 60% en algunas regiones de la sierra (5).

Otros estudios en este grupo etáreo en diferentes lugares como Lima, Tumbes, La Selva han sido realizados (6, 7, 8) con resultados variables.

Sin embargo, la real magnitud de la Situación Nutricional de los niños menores de seis años en la zona urbano marginal de Chiclayo, es desconocida, al no existir estudios previos completos

La responsabilidad del Centro de Salud "Jorge Chávez" de Chiclayo abarca justamente una de las poblaciones de más baja condición socio económica del Departamento de Lambayeque, pues comprende numerosos Pueblos Jóvenes de reciente formación o invasiones.

Esto motivó al Centro de Investigación y Educación en Salud realizar una investigación con el apoyo de la Asociación Benéfica PRISMA.

Para el presente estudio planteamos como problema de invstigación ¿Cuál es la Situación Nutricional de los niños menores de seis años en la zona de responsabilidad del Centro de Salud Jorge Chávez de Chiclayo?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1) Establecer el diagnóstico del estado nutricional de los niños menores de 6 años en la zona de responsabilidad del Centro de Salud Jorge Chávez de Chiclayo
2) Determinar las características somatométricas de los niños menores de seis años de la zona de responsabilidad del C. S. Jorge Chávez.

II. MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado un estudio de tipo transversal, diseño descriptivo, en la zona de responsabilidad del Centro de Salud "Jorge Chávez" que comprende los Pueblos Jóvenes:

a.- Jorge Chávez.
b.- Fanny Abanto Calle.
c.- Las Vegas

Se estudió además el Pueblo Jóven La Unión, asentamiento humano que no pertenece oficialmente a la jurisdicción del Centro de Salud Jorge Chávez pero que tampoco recibe ayuda ni asistencia sanitaria o médica de la Cooperativa Pomalca y cuyos dirigentes solicitaron participar en el estudio.

Se captó un total 961 niños en todos esos

poblados (472 varones y 489 mujeres).

III. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

1. Participó un equipo de 4 Profesionales de la Salud (médicos, enfermeras, sociólogos) pertenecientes al C.I.E.S. y 5 encuestadores bachilleres profesionales de Obstetricia o Enfermería para la recolección de datos.
2. El equipo mencionado recibió una capacitación previa y se estandarizó sus mediciones de acuerdo a pautas básicas (9).
3. Con los planos de los asentamientos humanos de la jurisdicción del Centro de Salud Jorge Chávez y del asentamiento humano de la Unión se distribuyeron los grupos de trabajo y material necesario e instrumento de medición efectuándose visita casa por casa, retornando si no estuvieran presente hasta en 3 oportunidades en horarios diferentes.
4. A cada niño menor de seis años se le efectuó tres tipos de mediciones para determinar su estado nutricional:
   a) Peso por edad.
   b) Peso por talla.
   c) Talla por edad.
5. Se dispuso de ficha familiar de riesgo (Sistema PANFAR) así como folleto para la alimentación de la gestante y niños menores de seis años que eran utilizados en cada familia entrevistada.
6. Los resultados obtenidos se comparan con los de la Población Internacional de referencia según datos oficiales del NCHS (Centro Nacional de Estadística Sanitaria de los Estados Unidos de América) exponiéndose en relación de la variación de desviaciones estandar respecto a la mediana (10, 11)
7. Técnica de medición: se utilizaron pautas internacionalmente aceptadas (12)
   a) El peso fue tomado con una balanza de pie portátil en los niños de 2 a 6 años (marca Sochnle) y en báscula de resorte a los menores de 2 años, (Balanza pesabebes de 25 Kg. x 100 gr. Marca ITAC).
   b) La talla en los niños de 2 a 6 años fué tomada con un tallímetro portátil, con el niño de pie sin zapatos sobre una superficie llana con los pies juntos y talones, nalgas y hombros y parte posterior de la cabeza tocando la vara de medir; cabeza levantada con borde inferior de órbita en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo externo. Los menores de 2 años fueron medidos en posición horizontal con un tablero de medición longitudinal estandar de 120 cms.
   c) La edad fue determinada por meses cumplidos de acuerdo a ficha de nacimiento referida por la madre y verificada con su tarjeta de control de niño o vacunaciones o partida de nacimiento según el caso.

IV. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados en forma computarizada elaborándose tablas según los criterios de peso/edad, peso/talla y talla/edad.

Se utilizó las siguientes interpretaciones en cada uno de los indicadores mencionados:

1.- BAJO: inferior a menos dos desviaciones estándar (-2 DS) a la mediana del patrón correspondiente de referencia.

2.- NORMAL: entre más dos y menos dos desviaciones estándar (+ 2 DS y - 2 DS) a la medida del patrón correspondiente a la población de referencia.

3.- ALTO: superior a dos desviaciones estándar (+ 2 DS) a la mediana del patrón correspondiente a la población de referencia.

V. DISCUSION

La población de niños menores de seis años de la zona de responsabilidad del Centro de Salud Jorge Chávez de Chiclayo, que comprende los Pueblos Jóvenes Jorge Chávez, Fanny Abanto Calle, y las Vegas, a los que se añade el Pueblo Jóven La Unión por fines de estudios debido a su ceremonia y desamparo oficial, presenta una población de 961 niños. Esta cifra es menor a la estimada oficialmente en un 15%, remarcando que esa estimación excluía a La Unión del considerado, lo que nos revela la gran divergencia actual entre el tamaño poblacional real actual y las estimaciones estadísticas oficiales.

Es llamativo que la referencia de las madres nos indique un alto porcentaje de niños con menos de 2,500 gr. al nacimiento: un 25% mientras que el sobre peso (mayor de 4,000 gramos) es tan sólo de 6.3%, no existe diferencias estadísticas según sexo.

PESO/EDAD

Cuando se enfoca el parámetro peso/edad, que permite evaluar el estado de nutrición del niño y detectar la desnutrición en forma global, se obtiene que el 22.1% de los niños de 0 - 6 años de la zona de estudio se hallan con situación nutricional considerada baja, menor de dos desviaciones estándar, no existe diferencia por sexo.

Un estudio en el Asentamiento humano "Mi Perú" de Ventanilla encontró en ese parámetro sólo 3.25% en 155 niños evaluados y en otro estudio en el Callao con 1,022 niños fue de 5,47%, muy inferiores al nuestro en este aspecto (2,3) y en Tumbes llegó casi al 10% (8).

En los Pueblos Jóvenes estudiados se aprecia a Fanny Abanto Calle con el mayor porcentaje de desnutrición con un 27.4% y el menor es Las Vegas con 17.1%. En grupos etáreos se llega hasta tener un 40% de desnutrición en los niños de 2 - 3 años y de 5 - 6 años, en Fanny Abanto se observó que a medida que se incrementa la edad varía también el grado de nutrición siendo los niños entre 60 - 71 meses considerados en algo más de la tercera parte como desnutridos.

En la última encuesta ENDES 1991/1992 encuentran que el peso deficiente para la edad es de 10.8% (13) Aspecto similar al de 1984 que era de 13% (14), sin embargo nuestras cifras son mayores en casi el doble, lo que indica la particularidad de esta zona estudiada, en la que el indicador general de desnutrición es mucho mayor.

PESO/TALLA

Este segundo parámetro, que permite evidenciar la Situación Nutricional actual, define si un niño tiene desnutrición aguda; encontramos en la zona de estudio un total de 8.1% de niños con Situación Nutricional Baja.

Al igual que el caso anterior, el Pueblo Jóven Fanny Abanto Calle presentó los más altos porcentajes con 12.1% de desnutrición, mientras que Las Vegas y Jorge Chávez sólo eran el 5%.

Comparados con otros datos se tiene que en Callo y Ventanilla no pasaban del 1% los casos de desnutrición, siendo notablemente inferiores a nuestros resultados, Tumbes tenía 3,2% y Bayobar 2.9%.

La encuesta ENDES 1991/1992 encontró a nivel nacional 1,4% de niños con déficit en este indicador, estimando para la Región Nor Oriental del Marañón 2.6%. Sin embargo considerando que Peso/Talla mide el efecto del deterioro de la Alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato el 8.1% de nuestra zona de estudio, seis veces mayor que el promedio nacional, llama a preocupación.

TALLA/EDAD

El tercer parámetro de evaluación de Situación Nutricional del niño permite valorar el crecimiento logrado y mide la desnutrición crónica, detectando el enanismo nutricional es decir talla baja en relación a la esperada para la edad. Encontramos que algo más de la tercera parte de la población de 0 - 6 años en nuestra zona de estudio presenta desnutrición (36.2%).

Como en los criterios anteriores, el Pueblo Jóven Fanny Abanto Calle llega a un 40%. Esta vez acompañado del Pueblo Jóven Jorge Chávez mientras que el otro Pueblo Jóven Las Vegas llega sólo a 23.6%.

Los estudios del Callao encontraron en este criterio un 22% y en Ventanilla cerca de 16% de desnutrición, con predominio en el grupo etáreo de 36 a 47 meses con 30%, siendo siempre mucho menores en nuestra población que en el grupo etáreo de 24 - 35 meses llega hasta el 63% en el Pueblo Jóven Fanny Abanto Calle. En Tumbes sólo encontraron 16% pero en Bayovar el 51.4% eran enanos nutricionales.

Según ENDES 1991/1992 36.5% de los niños menores de 5 años en el Perú adolecerían de Desnutrición Crónica, con retardo en el crecimiento, daro semejante a la ENSSA - 1984, nuestros hallazgos son similares en este indicador.

VI. CONCLUSIONES

1) El nivel de desnutrición detectado en la zona de responsabilidad del Centro de Salud Jorge Chávez es superior a otros trabajos nacionales publicados, encontrándose que un 40% de la población menor de seis años tiene algún parámetro de desnutrición.

2) El parámetro Peso/Edad determina un 22.1% de niños con situación nutricional baja, siendo predominante en el Pueblo Jóven Fanny Abanto Calle y en algunos grupos etáreos, siendo el doble de lo encontrado por ENDES 1991 - 1992 a Nivel Nacional.

3) El parámetro Peso/Talla determina un 8.1% de niños con situación nutricional baja, igualmente en forma predominate en el Pueblo Jóven Fanny Abanto Calle, dato que es seis veces mayor que el referido por ENDES.

4) El paramétro Talla/Edad determina un 36.2% de niños con situación nutricional baja, predominante tanto en Fanny Abanto, como en Jorge Chávez, indicando el predominio de Desnutrición Crónica, aspecto coincidente con el estudio del ENDES.

5) No existe diferencia significativa en los valores de la situación nutricional según sexo, pero sí según grupo etáreo, siendo más baja en las edades de 24 - 35 meses y 60-71 meses, que serían las de riesgo nutricional en nuestro medio.

6) Existe diferencia significativa en la situación nutricional según Pueblo Jóven estudiado, siendo mayor la desnutrición en el Pueblo Jóven Fanny Abanto Calle, seguido del P.J. Jorge Chávez.

CUADRO 01

PESO REFERIDO AL NACIMIENTO EN NIÑOS DE 0 - 6 AÑOS SEGUN SEXO
ZONA DE RESPONSALBILIDAD C. S. JORGE CHAVEZ - CHICLAYO 1992

PESO AL NACER (en Gramos)	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MENOS DE 2,500 gr.	114	24.2	132	27.0	246	25.6
2,001 - 2,800 gr.	57	10.8	79	16.2	136	14.2
2,801 - 3,000 gr.	50	10.6	53	10.8	103	10.7
3,001 - 3,300 gr.	52	11.0	59	12.1	111	11.6
3,301 - 3,600 gr.	79	16.7	70	14.3	149	15.5
3,601 - 4,000 gr.	88	18.6	66	13.5	154	16.1
4,001 a Más	32	6.8	29	5.9	61	6.3
TOTAL	472	100.0	489	100.0	961	100.00

x^2 : 9.2532 G.L.: 6 p< 0.1

CUADRO 02

SITUACION NUTRICIONAL SEGUN PESO/EDAD POR GRUPO ETAREO
ZONA DE RESPONSABILIDAD C.S. JORGE CHAVEZ-CHICLAYO - 1992

GRUPO ETAREO	SITUACION NUTRICIONAL						TOTAL	
	BAJA		NORMAL		ALTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 5 Meses	2	2.4	15	88.2	8	9.4	85	100
6 - 11 Meses	14	21.2	51	77.3	1	1.5	66	100
12 - 23 Meses	46	27.7	118	71.1	2	1.2	166	100
24 - 35 Meses	41	25.3	121	74.7	0	0.0	162	100
36 - 47 Meses	50	22.8	169	77.2	0	0.0	219	100
48 - 59 Meses	39	19.7	157	79.3	2	1.0	198	100
60 - 71 Meses	20	30.8	44	67.7	1	1.5	65	100
TOTAL	212	22.1	735	76.5	14	1.4	961	100

x^2 : 68.5718 G.L.: 12 p < 0.001

CUADRO 03

SITUACION NUTRICIONAL COMPARATIVA SEGUN PESO/EDAD POR PUEBLO JOVEN
ZONA DE RESPONSABILIDAD C. S. JORGE CHAVEZ - CHICLAYO 1992

PUEBLO JOVEN	SITUACION NUTRICIONAL						TOTAL	
	BAJA		NORMAL		ALTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
JORGE CHAVEZ	55	18.3	241	80.3	4	1.3	300	100
FANNY ABANTO	93	27.4	242	71.4	4	1.2	339	100
LAS VEGAS	21	17.1	100	81.3	2	1.6	123	100
LA UNION	43	21.6	152	76.4	4	2.0	199	100
TOTAL	212	22.1	735	76.5	14	1.4	961	100

x^2 : 12.3404 G.L.: 6 p < 0.05

CUADRO 04

SITUACION NUTRICIONAL SEGUN PESO/TALLA POR GRUPO ETAREO
ZONA DE RESPONSABILIDAD C.S. JORGE CHAVEZ CHICLAYO - 1992

GRUPO ETAREO	SITUACION NUTRICIONAL						TOTAL	
	BAJA		NORMAL		ALTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 05 Meses	5	5.9	77	90.6	3	3.5	85	100
06 - 11 Meses	7	10.6	57	86.4	2	3.0	66	100
12 - 23 Meses	11	6.6	147	88.6	8	4.8	166	100
24 - 35 Meses	19	11.7	138	85.2	5	3.1	162	100
36 - 47 Meses	16	7.3	184	84.0	19	8.7	219	100
48 - 59 Meses	15	7.6	160	80.8	23	11.6	198	100
60 - 71 Meses	5	7.7	58	89.2	2	3.0	65	100
TOTAL	78	8.1	821	85.4	62	6.5	961	100

x^2 : 7.700 G.L.: 12 .p < 0.1

CUADRO 05

SITUACION NUTRICIONAL COMPARATIVA SEGUN PESO/TALLA POR PUEBLO JOVEN
ZONA DE RESPONSABILIDAD C. S. JORGE CHAVEZ - CHICLAYO 1992

PUEBLO JOVEN	SITUACION NUTRICIONAL						TOTAL	
	BAJO		NORMAL		ALTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
JORGE CHAVEZ	15	5.0	271	90.3	14	4.7	300	100
FANNY ABANTO	41	12.1	273	80.6	25	8.3	339	100
LAS VEGAS	7	5.7	109	88.6	7	5.7	123	100
LA UNION	15	7.5	168	84.4	16	8.1	199	100
TOTAL	78	8.1	821	85.4	62	6.5	961	100

x^2 : 14.9683 G.L.: 6 .p < 0.05

CUADRO 06

SITUACION NUTRICIONAL COMPARATIVA SEGUN TALLA/EDAD POR PUEBLO JOVEN
ZONA DE RESPONSABILIDAD C. S. JORGE CHAVEZ - CHICLAYO 1992

PUEBLO JOVEN	SITUACION NUTRICIONAL						TOTAL	
	BAJA		NORMAL		ALTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
JORGE CHAVEZ	121	40.3	175	58.3	4	1.3	300	100
FANNY ABANTO	136	40.1	199	58.7	4	1.2	339	100
LAS VEGAS	29	23.6	92	74.8	2	1.6	123	100
LA UNION	62	31.2	133	66.8	4	2.0	199	100
TOTAL	348	36.2	599	62.3	14	1.5	961	100

x^2 : 28.1596 G.L.: 6 .p < 0.001

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1) MINISTERIO DE SALUD Y ASOCIACION BENFICA PRISMA: Directivas generales para la ejecución del Programa de Alimentación y Nutrición de la familia en alto riesgo. PANFAR. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima 1990.

2) RISCO D.D. AMENIYA H.I. BAICOCHI Y OTROS: Evaluación Nutricional de los niños en un pueblo jóven del Callao. QACY MEDPER 12 (3); 54 - 59; 1985.

3) RISCO D.D. GARCIA C.H. MENDOZA C.A. Indicadores antropométricos en los estudios de prevalencia de desnutrición infantil, Diagnóstico 18 (5): 136 - 139, 1986.

4) BOTTO R.O. CABRERA L.A. SEGURA B.H. y OTROS: sistema contínuo del estado nutricional: Evaluación Octubre-Noviembre 1984 y Julio 1985 en la zona de influencia del Hospital General Base de María Auxiliadora. Diagnóstico 17 (4): 91-100 1986.

5) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA). Lima 1984.

6) BEJARANO B.C.: Situación Nutricional de Niños menores de 06 años de la Comunidad urbano marginal de Bayovar-San Juan de Lurigancho. Tesis Maestría Escuela Salud Pública Universidad de ALABAMA en BIRMINGHAN. Lima 1986.

7) VELASQUES G, BENAVENTE L, CASANOVA V. Prevalencia del déficit de Peso y Estatura en niños preescolares residentes en la Selva Baja Peruana. Act. Med. Per, 1992; 16: 251 - 256

8) CAMPOS AR, HIDALGO L J, BARRETO C M. Evaluación del Estado Nutricional en niños de 03 - 06 años de edad en la Provincia de Tumbes. Diagnóstico 1992; 30: 57 - 60.

9) ANONIMO: Estandarización niños Nº 5, Enero 1989 pg. 17.

10) UNICEF: Evaluación del Crecimiento y del Estado Nutricional en la Población Infantil. Lima, Imp. Seravi 1984.

11) GAILLOUR F.A.: Antropometría. Indicadores Antropométricos en: Niños IV° 11, Junio 1990, pg. 8 - 12.

12) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Medición del cambio del Estado Nutricional, Ginebra, 1983. pg. 11 - 14.

13) INSTITUTO NACIONAL ESTADISTICA E INFORMATICA: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-1992. Set. 1992; 122 - 125.

14) NUÑEZ R.M., MALDONADO FC. Malnutrición Energético Proteico en Ministerio de Salud/OPS. Situación Nutricional en el Perú. Lima: Talleres de Propaceb, 1989; 305-332.

El Control de la Tuberculosis en el Instituto Peruano de Seguridad Social. 1994

*Lic. Nelly Rodríguez Pacheco**
*Dr. José Pineda Bonilla***
*Dra. Nelly Borja Santa Cruz****

RESUMEN

El manejo de la Tuberculosis en el I.P.S.S. se realiza bajo la modalidad de programa, orientado hacia la reducción de las tasas de morbilidad y la resistencia a drogas antituberculosas. Se examinó 74,017 personas en riesgo mediante 100,634 bacilocopías y 6,324 cultivos entre enero y diciembre 1994. Se diagnosticó 6,475 casos de tuberculosis en todas sus formas, correspondiendo el 84% a mayores de 15 años y el 16% a menores de 15 años, el 84% a localización pulmonar y el 16% a localización extrapulmonar.

Se alcanzó un rendimiento diagnóstico del 74%, según confirmación bacteriológica de la forma pulmonar en mayores de 15 años, y una eficiencia en el tratamiento de los casos bacilíferos del 85%.

En 1994 se incrementó el exámen extrahospitalario de sujetos de riesgo, manteniendo la tendencia decreciente del número de casos y las tasas de tuberculosis en la población asegurada, la que continuará de mantener la eficiencia alcanzada por el Programa.

SUMMARY

Tuberculosis management is made under program conditions in IPSS, looking for the reduction morbidity rates and drugresistance. 74,017 high risk people were tested through 100,634 smear examinations and 6,324 cultures between january and december 1994. 6,745 any tuberculosis form cases were diagnosed with 84% corresponding to adults and 16% to young people, 84% to pulmonar form and 16% to extrapulmonar form. Diagnostic performance was 74% according to bacteriologic confirmation in older than 15 and the efficiency in the treatment of AFB + cases was 85%. In 1994 tuberculosis case finding increased, keeping the descending tendency in total number and morbidity rates.

I. INTRODUCCION

La búsqueda del control de la tuberculosis en el Perú lleva más de 30 años de trabajo infructuoso, atribuible a factores socio económicos y a las dificultades para ejecutar planes de mediano plazo. El Instituto Peruano de Seguridad Social organizó un Programa de Control de T.B.C. en 1988 con instalación progresiva en los establecimientos de salud de todo el país (1).

El desarrollo del programa en el I.P.S.S. consiguó alcanzar indicadores óptimos de eficiencia en 1993 y se planteó metas operacionales para 1994 buscando mantener dicha eficiencia y la reducción de la enfermedad (2,3). En 1994 se utilizó el enfoque de riesgo en la población asegurada, identificando población en riesgo para examinar más del 90% de ellos, diagnosticando bacteriológicamente a los enfermos.

Los objetivos del Programa en 1994 fueron:

1. Examinar todos los sujetos de riesgo de tuberculosis que acudieron a los establecimientos de salud del I.P.S.S.
2. Detectar y tratar todos los casos de tuberculosis que acudieron a los establecimientos.
3. Examinar población en riesgo en ambientes extrahospitalarios
4. Reducir las tasas de morbilidad de tuberculosis en la población asegurada.

II. MATERIAL Y METODOS

Se evaluó el informe operacional y el estudio de cohortes de tratamiento, correspondiente al período Enero-Diciembre 1,994, reportado por los 223 establecimientos de salud del IPSS que ejecutan el Programa. Ellos representan el 63% de los 355 establecimientos de salud de la institución en todo el país (Cuadro1).

Se examinó 74,017 personas (59,542 sintomáticos respiratorios, 13,105 contactos y 1,370 sospechosos de tuberculosis extrapulmonar) en 223 establecimientos de salud de todo el país, utilizando el protocolo de diagnóstico, incluyendo examen bacteriológico según norma del programa, en los 122 laboratorios comprendidos en la red de laboratorios (Cuadro 1).

Los casos detectados recibieron tratamiento acortado de 6 meses mediante esquema único (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol), con supervisión en el establecimiento durante la primera fase. Se evaluó los resultados del tratamiento a través estudios de cohortes y se elaboró indicadores de rendimiento.

III. RESULTADOS

Se presentan 7 cuadros que muestran los resultados de la siguiente manera: sintomáticos respiratorios según examen, baciloscopías y cultivos según resultados. Los casos diagnosticados se presentan según procedencia, edad, localización y confirmación bacteriológica. Los resultados del tratamiento se presentan según condición de egreso del estudio de

* *Coordinadora del Programa de control de Tuberculosis.*
** *Presidente del Comité Nacional de Programas Complementarios*
*** *Coordinadora de la Red de Laboratorios de Tuberculosis*

cohortes.

IV DISCUSION

El Perú es uno de los países con mayor problema de tuberculosis en América, representando los casos notificados a nivel nacional la cuarta parte de los casos notificados por América Latina y el Caribe. Este hecho se refleja en el aumento de la tasa de morbilidad de tuberculosis en forma sostenida a partir de 1980 alcanzando en 1993 la cifra de 250 x 100,000 y 116 x 100,000 habitantes en la población asegurada.

El Programa de Control de Tuberculosis en el Perú ha ingresado a una fase de consolidación, con un disminución total entre 1993 y 1994 de un 7 al 11% de las tasas de morbilidad e incidencia de la tuberculosis en relación a 1992, año que reportó los niveles más elevados del quinquenio (4). En la población asegurada en 1994 se registra un descenso a 90 x 100,000 asegurados, situación similar al total nacional reportado por el Min isterio de Salud (Gráfico 1).

El programa de control de tuberculosis en el I.P.S.S. operativiza sus actividades a través de su infraestrucutra asistencial, compuesta por 56 Hospitales, 18 Policlínicos, 44 Centros médicos y 237 Postas, alcanzando la implementación del Programa en 223 establecimientos de salud. El laboratorio de tuberculosis brinda al asegurado el diagnóstico bacteriológico, estableciendo el estado basal y operativizando la organización funcional de los 122 laboratorios de tuberculosis.

Los grupos de riesgo evaluados fueron los sintomáticos respiratorios y los contactos, siendo 6.5% la proporción de Bk (+) en sintomáticos respiratorios es decir que 1 de cada 15 examinados fue positivo (cuadro 2). No se evaluó sistemáticamente el grupo de riesgo constituído por los pacientes HIV (+).

El diagnóstico se realizó a través de exámenes bacteriológicos, correspondiendo el 85% de las baciloscopias a las diagnósticas, de las cuales 6.5% fueron positivas (cuadro 3). Se realizaron 6,324 cultivos, cifra superior a los 4,500 de 1993, priorizando su realización en caso de persistencia del esputo negativo y fracaso al tratamiento; resultando positivo el 10%. Este incremento se debió a la mayor oferta y la progresiva utilización de este importante recurso diagnóstico por los servicios de salud (cuadro 4).

De los 7'470,000 asegurados, se identificó y examinó 74,017 sujetos de riesgo (1%), diagnosticando y registrando 6,745 casos (0.09%), de los cuales 6,396 correspondieron a ingresos como nuevo o recaída y el resto a reingresos por abandono recuperado y fracaso al tratamiento. El departamento de Lima reportó el 40% de los casos, seguido por los Hospitales Nacionales (10.5%), Arequipa (8.5%) y La Libertad (5.1%) entre los principales (Cuadro 5).

Los 6,745 casos diagnosticados y tratados corresponden en un mayor porcentaje a mayores de 15 años (84%) y a localización pulmonar (84%), cifra acorde con la experiencia internacional (Cuadro 6). La relación porcentual de los casos pulmonares en mayores de 15 años, según confirmación bacteriológica, fue 74% (cuadro 7), manteniendo una tendencia ascendente en el paso de los años, acercándose a la meta (Gráfico 2).

En regiones con alta incidencia y morbilidad de la enfermedad, el control de contactos puede contribuir con más del 10% de casos nuevos de tuberculosis. En 1994 se detectaron 304 casos de tuberculosis (4.7% de la incidencia) entre los 13,105 contactos examinados, en relación a la capacidad de examinar sólo al 57% de los 22,878 contactos identificados.

El estudio de cohortes de tratamiento muestra valores óptimos de pacientes curados y similares al año anterior (88% y 85%), manteniéndose los porcentajes correspondientes a abandonos (6% y 7%), transferencias no confirmadas (5% y 4%) y fracasos (2%). La eficacia del tratamiento fue 96%, siendo esperable la curación del 99% de enfermos nuevos con este esquema, resultado castigado por la falta de supervisión del tratamiento, posible resistencia primaria u otra causa, lo cual merece especial atención y estudio (Cuadro 8).

El control de la tuberculosis en la población asegurada requiere el esfuerzo conjunto de directivos, trabajadores de salud y población en general, aunado al uso racional de los conocimientos técnicos y recursos disponibles, ampliación de cobertura, uso estandarizado de metodologías y técnicas factibles de aplicación en los diferentes niveles de atención. El Programa de Control de Tuberculosis del IPSS continúa asumiendo su responsabilidad en la localización temprana de casos con tratamiento garantizado, manteniendo cada año su eficiencia, logrando objetivos y metas tendientes a la disminución de la tuberculosis en el grupo etáreo más afectado, la población económicamente activa contribuyendo a mejorar el nivel de salud y calidad de vida.

V. CONCLUSIONES

1. El Programa de Control de TBC del IPSS examinó 74,017 personas en riesgo dentro y fuera de los establecimientos de salud de todo el país en 1994.
2. Se diagnosticó y trató 6,745 casos de tuberculosis en todas sus formas, correspondiendo a una tasa de morbilidad de 90 x 100,000 asegurados, valor inferior al de la población nacional en 1994 y al valor institucional en 1993.
3. Se mantuvo los indicadores de eficiencia alcanzados en 1993 con un rendimiento diagnostico de 74%, según confirmación bacteriológica de la forma pulmonar en mayores de 15 años, y una eficiencia en el tratamiento de los casos bacilíferos del 85%.
4. Se incrementó el examen extrahospitalario de sujetos de riesgo para localización de casos de tuberculosis en todo el país.
5. Se mantuvo la reducción de las tasas de morbilidad iniciada en 1993, manteniendo el porcentaje de casos con confirmación bacteriológica a expensas de la reducción de los casos no confirmados.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. PINEDA, José: Estado actual del Programa de Control de TBC en el IPSS. Rev. Soc. Per. Tisiol. Neum. Enf. Tor. Año 1991-1, enero-junio pp 3-5.
2. PINEDA José: Gestión del Programa de Control de Tuberculosis en el IPSS 1991-1992. Ciencia y Tecnología Vol. 2 Nº 1 abril 1993.
3. PINEDA, José: El control de la tuberculosis en la población asegurada del Perú. 1993. Ciencia y Tecnología Vol. 3 Nº 1-2 abril-agosto 1994.
4. SUAREZ, Pedro: El control de la tuberculosis en el Perú y sus logros en el período 1990-1993. Tuberculosis en el Perú. 1993. Ministerio de Salud. Ed. PROPACEB
5. BORJA, Nelly: Implementación de la Red Nacional de Laboratorios de Tuberculosis del IPSS enero-diciembre 1992. Ciencia y Tecnología. Vol. 2 Nº 1 abril 1993.
6. STYBLO, Karel: Epidemiology of Tuberculosis. Selected Papers. Volume 24. 1991.

CUADRO 1

INFRAESTRUCTURA ASISTENCIAL DEL IPSS - 1,994

RED ASISTENCIAL	Nº
Establecimientos de salud	355
Establecimientos con Programa de TBC	223
RED DE LABORATORIO DE TBC	**Nº**
Laboratorios periféricos de TBC	122
Laboratorios Intermedios de TBC	6
Laboratorio Central de TBC	1

CUADRO 3

BACILOSCOPIAS REALIZADAS SEGUN RESULTADOS IPSS - 1,994

BACILOSCOPIAS	Nº	Diagnóstico		Control	
		Nº	%	Nº	%
Bk Positivo	8,175	6,530	6 %	1,645	9 %
Bk Negativo	110,703	94,104	94 %	16,599	91 %
TOTAL	118,878	100,634	100 %	18,244	100 %

CUADRO 5

Nº DE CASOS DE TUBERCULOSIS NOTIFICADOS SEGUN DEPARTAMENTOS IPSS - 1994

GERENCIA	Incidencia	Morbilidad	bk (+) > 15 años
Amazonas	22	22	13
Ancash	173	177	92
Apurimac	47	56	18
Arequipa	507	570	140
Ayacucho	37	38	19
Cajamarca	145	147	72
Cusco	268	270	193
Huancavelica	11	11	10
Huánuco	44	44	19
Ica	327	333	58
Junín	250	276	96
La Libertad	310	346	185
Lambayeque	182	187	140
Lima - Callao	2574	2637	1627
Loreto	153	165	66
Madre de Dios	38	40	22
Moquegua	67	73	37
Pasco	72	70	40
Piura	160	164	83
Puno	184	196	52
San Martín	34	34	26
Tacna	104	107	53
Tumbes	14	16	6
Ucayali	56	56	30
Hospitales Nacionales	617	710	189
TOTAL	6396	6745	3288

CUADRO 2

SINTOMATICO RESPIRATORIO SEGUN EXAMEN IPSS - 1,994

SINTOMATICOS RESPIRATORIOS	Nº	%
Examinados	59,542 (Bk + 3878)	83 (6.5 %)
No examinados	12,373	17
TOTAL	71,915	100

CUADRO 4

Nº CULTIVOS REALIZADOS IPSS - 1,994

CULTIVOS	Nº	%
Positivos	718	11.4 %
Negativos	5,606	88.6 %
TOTAL	6,324	100 %

CUADRO 6

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE TBC SEGUN EDAD Y LOCALIZACION 1,994

GRUPO ETAREO	TOTAL	Pulmonar		Extrapulmonar	
		Nº	%	Nº	%
Menores 15 años	993	880	16 %	113	11 %
Mayores 15 años	5403	4472	84 %	931	89 %
TOTAL	6396	5352	100 %	1044	100 %

CUADRO 7

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE TBC PULMONAR SEGUN CONFIRMACION BACTERIOLOGICA EN MAYORES DE 15 AÑOS IPSS - 1994

CONFIRMACION	Nº	%
Confirmada BK (+)	3237	73 %
Confirmada cultivo (+)	51	1 %
Sin confirmar bk (-)	1074	24 %
Sin confirmar y sin bk	110	2 %
TOTAL	4472	100 %

CUADRO 8

RESULTADOS DE TRATAMIENTO UNICO SEGUN ESTUDIO DE COHORTES IPSS - 1,994

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	Nº	%
CURADOS	364	85 %
FRACASOS	13	2 %
FALLECIDOS	31	7 %
ABANDONOS	19	4 %
TRANSFERENCIAS SIN CONFIRMAR	9	2 %
TOTAL	436	100 %

GRAFICO 1

TASA DE MORBILIDAD DE TUBERCULOSIS EN TODAS SUS FORMAS • 1988 - 1994

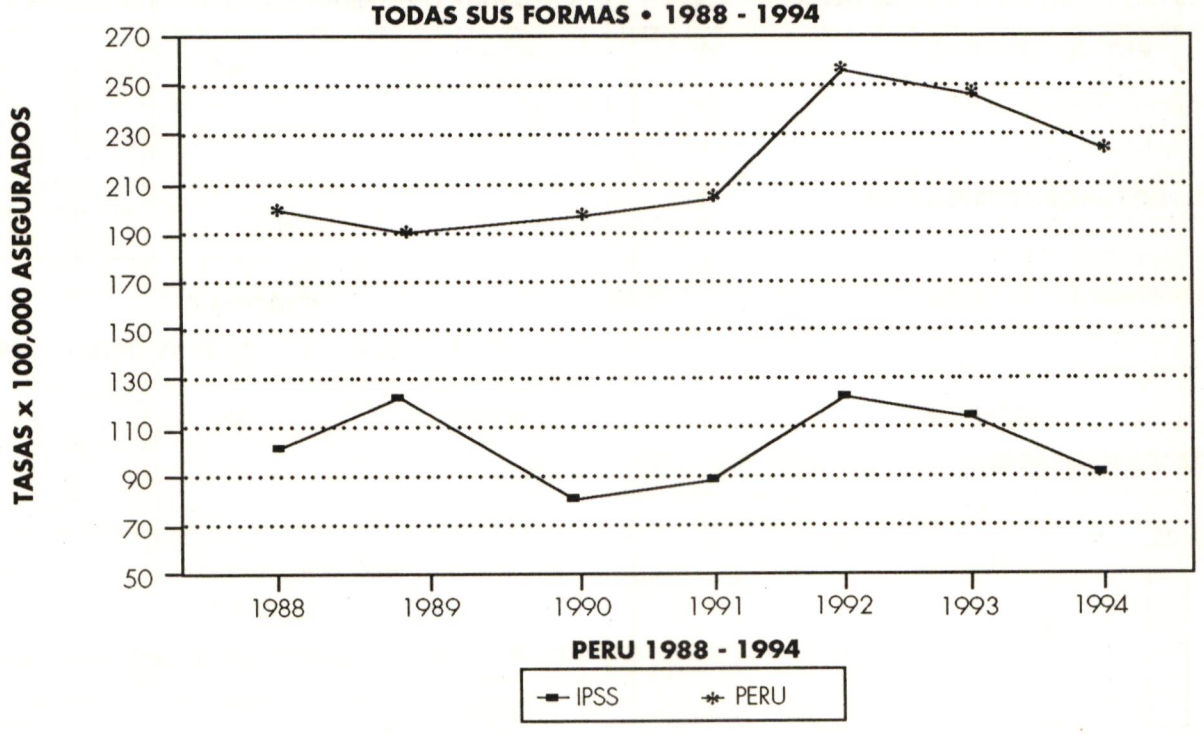
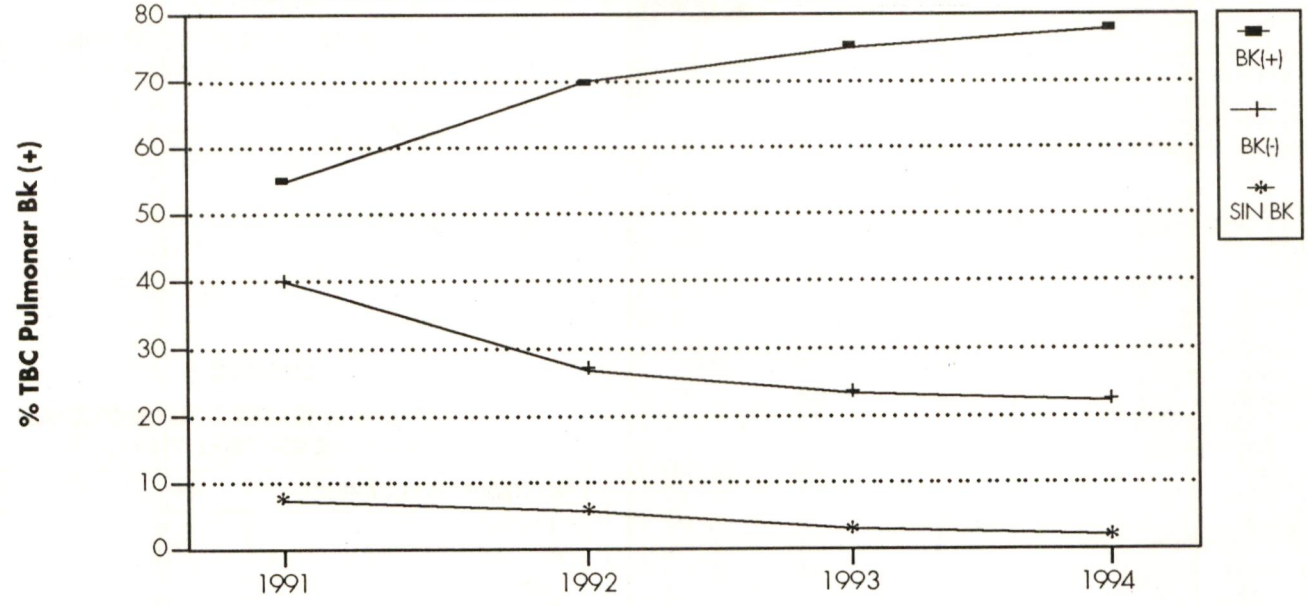


GRAFICO 2

PORCENTAJE DE TBC PULMONAR EN MAYORES DE 15 AÑOS SEGUN BACILOSCOPIA - IPSS 1991 -1994



Resistencia Secundaria de *Mycobacterium tuberculosis* en TBC Crónica Drogorresistente - H.N."Edgardo Rebagliati Martins". 1993

* *Dra. Sara Palomino Berrios*
Lic. Carlos Penalillo P.
Lic. Juan Cáceres

RESUMEN

El Hospital Edgardo Rebagliati Martins atiende pacientes tuberculosos crónicos que requieren ser evaluados mediante estudios de sensibilidad. Se estudiaron 130 muestras cultivadas en medios Ogawa, determinando sensibilidad a 5 drogas. Todas las muestras presentaron resistencia por lo menos a 1 droga, siendo mayor a Isoniacida y Rifampicina (89 y 88%).

SUMMARY

Edgardo Rebagliati Martins Hospital gives health care to chronic tuberculosis patients who need sensitivity tests. 130 samples were tested and cultured in Ogawa media, evaluating sensitivity to 5 drugs. Every sample was resistant at least to 1 drug, mostly to Isoniazide and Rifampicine (89 and 88%).

I. INTRODUCCION

El Hospital E. Rebagliati M. es considerado como Referencial (Nivel IV) y como tal tiene la responsabilidad en el manejo de pacientes complicados que son transferidos de Hospitales y Policlínicos de todo el país. En nuestro estudio tratamos específicamente con aquellos pacientes tuberculosos crónicos que por múltiples factores resultan en fracasos terapéuticos, por lo que requieren ser evaluados con el estudio de sensibilidad y resistencia antibiótica para proporcionar al Médico Neumólogo tratante el resultado que servirá de base para la elaboración del esquema de retratamiento.

La resistencia del M. tuberculosis en los casos que estudiamos es del tipo Adquirido o Secundario y ocurre en quienes recibieron drogas antituberculosas que produjeron acción seleccionadora, correspondiendo clínicamente a enfermos que recibieron tratamiento antituberculoso previo y enfermos que durante y después del cuarto mes de quimioterapia persisten con baciloscopía positiva o vuelven a mostrarla después de haberse negativizado constituyéndose en fracasos terapéuticos (1).

II. MATERIAL Y METODOS

Se procesaron 130 muestras de pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar crónica, transferidos de policlínicos como fracasos terapéuticos, recaídas o multirresistencia, a los que se les solicitó cultivo, sensibilidad y resistencia.

Se combinan dos metodologías para el procesamiento de cultivos para M. tuberculosis (2), lo que implica el tratamiento del esputo con fosfato trisódico al 15% para homogenizarlo y decontaminarlo, luego es neutralizado el sedimento con agua destilada estéril para finalmente realizar el sembrado en dos medios de cultivo Ogawa. Estos se incuban a 37°C por 60 días, se realizan lecturas semanales hasta observar el desarrollo de las Mycobacterias que como promedio sucede entre los 14 y 20 días. Las cepas aisladas son estudiadas y por sus características físiscas y bioquímicas se determina el aislamiento del ***Mycobacterium tuberculosis.*** Seguidamente se remitieron las cepas al Instituto Nacional de Salud para el estudio de sensibilidad y resistencia a las siguientes drogas: Isionacida (H), Estreptomicina (S), Ethambutol (E), Rifampicina (R), y Pirazinamida (Z), cuyos resultados son los que analizaremos.

III. RESULTADOS

Las cifras obtenidas, en porcentaje de drogorresistencia, reflejan un índice preocupante y desesperanzador por la curva ascendente en la presentación de estos si los comparamos con el estudio realizado en el año 1992 sobre un total de 56 cepas resistentes (3).

El Cuadro 1 muestra cifras cercanas al 90% de resistencia tanto a Isoniacida como a Rifampicina, apareciendo la Pirazinamida con 47.8% que es una droga de elección para el retratamiento. En tanto que Estreptomicina y Ethambutol presentan cifras superiores al año 92; el E se ha incrementado de 17,5 a 26,9% y la S de 30,3 a 40,8%.

En el Cuadro 2, las cepas resistentes a una droga disminuyeron de 21,4 a 10,1% comparando con el año 92, esto debido al incremento en la presentación de casos de resistencia a dos o mas drogas.

La asociación H-R siempre mantiene los mas altos índices como lo demuestra el cuadro 3 con el 25,4%, en tanto que las otras asociaciones H-S, H-E, H-Z, E-R y R-Z, en total llegan al 6,9%.

De igual forma el cuadro 4 muestra los grupos de resistencia a tres drogas, siendo H-S-R con 13,1% y H-R-Z con 12,3% los de mayor índice; H-E-R, S-E-R, H-S-Z y S-R-Z llegan al 8,9%, elevándose las cifras totales de 19,6% a 32,3% respecto al año anterior.

El índice de los casos de resistencia a cuatro drogas también es alto; 20,9%, siendo H-S-E-R el de mayor presentación (8,5%) y la Z acompañando a H-S-R y H-E-R con 6,2% cada uno. (Cuadro 5)

Finalmente, se observa en el Cuadro 6 los casos de resistencia a todas las drogas (H-S-E-R-Z) que alcanzan el 4,6%.

IV. DISCUSION

Las cifras son elocuentes, mas aún si las

* *Servicio de Microbiología - H.N. Edgardo Rebagliati Martins - IPSS*

CUADRO 1

RESISTENCIA DE ***M. tuberculosis*** SEGUN DROGA
n = 130

DROGA	CEPAS RESISTENTES	%
ISONIACIDA	116	89.2
RIFAMPICINA	115	88.5
PIRAZINAMIDA (*)	43	47.8
ESTREPTOMICINA	53	40.8
ETHAMBUTOL	35	26.9

(*) n = 90

CUADRO 2

CEPAS DE ***M. tuberculosis*** RESISTENTES A 1 DROGA SEGUN DROGA
n = 130

DROGA	CEPAS RESISTENTES	%
REFAMPICINA	7	5.4
ISONIACIDA	4	3.1
ESTREPTOMICINA	1	0.8
PIRAZINAMIDA	1	0.8
TOTAL	13	10.1

CUADRO 3

CEPAS DE ***M. tuberculosis*** RESISTENTES A 2 DROGAS SEGUN DROGAS
n = 130

DROGA	CEPAS RESISTENTES	%
H-R	33	25.4
H-S	3	2.3
H-E	2	1.5
H-Z	2	1.5
E-R	1	0.8
R-Z	1	0.8
TOTAL	42	32.3

CUADRO 4

CEPAS DE ***M. tuberculosis*** RESISTENTES A 3 DROGAS SEGUN DROGAS
n = 130

DROGA	CEPAS RESISTENTES	%
H-S-R	17	13.1
H-R-Z	16	12.3
H-E-R	5	5.8
S-R-E	2	1.5
H-S-Z	1	0.8
S-R-Z	1	0.8
TOTAL	42	32.3

CUADRO 5

CEPAS DE ***M. tuberculosis*** RESISTENTES A 4 DROGAS SEGUN DROGAS
n = 130

DROGA	CEPAS RESISTENTES	%
H-E-S-R	11	8.5
H-S-R-Z	8	6.2
H-E-R-Z	8	6.2
TOTAL	27	20.9

CUADRO 6

CEPAS DE ***M. tuberculosis*** RESISTENTES A 5 DROGAS SEGUN DROGAS
n = 130

DROGA	CEPAS RESISTENTES	%
H-S-E-R-Z	6	4.6

comparamos con otros estudios realizados tanto en el Perú como en América Latina donde observamos profundas diferencias. El Instituto Nacional de Salud en su estudio (4) encontró una prevalencia de la resistencia a una o mas drogas antituberculosis del 80,3%. Sin embargo Argentina presenta 26,6% en 1992, Chile 61,4% en 1991, y México 78,9% entre los años 1990-1993 en casos de resistencia adquirida (6)

Este alto número de pacientes crónicos drogorresistentes, los que se incrementan anualmente en 40 aproximadamente, están condenados fatalmente a esperar una recuperación que en porcentaje viene decayendo. Esto debido, principalmente, a la poca atención o quizá el desconocimiento de las autoridades de que estos casos requieren tratamientos largos con drogas que son de elevado costo pero que representan la única esperanza de recuperación para los pacientes.

El laboratorio, conocedor de esta realidad y preocupado profundamente por estos pacientes, colabora como integrante del PCT llevando el control y seguimiento en cultivos y sensibilidad, proporcionando en el menor tiempo posible los resultados que son de gran importancia para la elaboración de nuevos esquemas de tratamiento. El uso de drogas de segunda línea como la Ciprofloxacina (5), Kanamicina, Etionamida, Claritromicina, Tioacetozona, Amoxicilina-Acido Clavulánico, etc. que, lamentablemente, vienen recibiendo los pacientes en forma irregular hace que también desarrollen resistencia, por lo que es de suma necesidad e importancia el implementar cuanto antes estudios de sensibilidad y resistencia a estas drogas.

Finalmente, para evitar una alta proporción de fracasos entre portadores de cepas bacilares con resistencia adquirida, se debe reforzar el esquema básico para estos casos, tanto en su etapa inicial, con dos medicamentos complementarios, como en la etapa de consolidación en que se debe agregar uno; ambas etapas deben prolongarse (7).

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- FARGA, V.: "TUBERCULOSIS", Ed. Mediterráneo, pp. 133-137, 1989.

2.- PENALILLO, C.: "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS BACTERIOLOGICOS EN TBC", Ser. Microbiología HNERM-IPSS, 1994.

3.- PALOMINO et al.: "PERFIL IN VITRO DE DROGORRESISTENCIA EN CEPAS DE *Mycobacterium tuberculosis* EN EL HNERM-IPSS, ABR. - OCT. 1992, Ciencia y Tecnología, Vol. 2 N°1, pp. 19-20, 1993.

4.- SANABRIA et al.: "RESISTENCIA A DROGAS ANTITUBERCULOSAS EN EL PERU - ESTUDIO EN CEPAS DE PACIENTES TRATADOS (1985-1989)", Rev. Farmacol. Terap. (Lima) 2(1), 1992.

5.- LEYSEN et al.: "MYCOBACTERIA AND THE NEW QUINOLONES", Antimicrob. Agent. Chemother. 33: 1-5, 1989.

6.- COLABAT: "INFOR MACION SOBRE RESISTENCIA INICIAL Y ADQUIRIDA A LAS DROGAS ANTITUBERCULOSAS DE AMERICA LATINA", Boletín Informativo de COLABAT, Año 10 (1), pp. 9-14, 1994

7.- YAÑEZ, A. ibid. 6

Cultivos de M. tuberculosis en Orina con Baciloscopía Positiva

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 1993

Dra. Sara Palomino,
Lic. TM Carlos Penalillo,
*Lic. TM Juan Cáceres**

RESUMEN

La sospecha de TBC renal por la positividad del BK en orina obliga a comprobarlo mediante el aislamiento. Se estudiaron 259 muestras de orina con BK positivo entre enero y diciembre 1993. Se obtuvo 15 cultivos positivos (5.8%), correspondiendo 8 a M. tuberculosis y 7 a M. sp. Todas las cepas fueron sensibles a todas las drogas.

Por la baja positividad, toda sospecha de TBC renal debe ser comprobada con cultivo de orina para M. tuberculosis.

SUMMARY

The suspicionof Kidney's tuberculosis based on the finding of Acid Fast Bacilli in the urine requires to prove it by culture. 259 AFB positive samples were evaluated between January and December 1993.

The results were 15 positive cultures (5.8%), belonging 8 to M tuberculosis and 7 to M. sp. Every sample was sensitive to every drug. Because of the low positivity, every Kidney's tuberculosis suspicion must be proved with urine culture for M. tuberculosis.

I. INTRODUCCION

La existencia de pacientes con sospecha de TBC renal teniendo como sustento diagnóstico la positividad de su exámen directo en orina, nos obligó a agudizar nuestro cuidado y esmero por comprobar tal patología con el aislamiento de la Mycobacteria.

II. MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 259 muestras de orina con baciloscopía positiva de igual número de pacientes con sospecha de TBC renal procedentes de consulta externa y hospitalización entre enero y diciembre 1993.

Las muestras correspondían a la primera micción matinal, las que se dejan reposar por espacio de 30 minutos para luego eliminar la parte superior de la misma quedándose el concentrado que lo recogemos en tubos estériles de 16 x 125 aproximadamente 15 ml. Luego se centrifuga a 3,500 rmp x 20 minutos, y el sedimento resultante se utiliza para hacer el frotis y colorearlo con Ziehl Neelsen, dejando el resto para cultivo.

Se procede a descontaminar y homogenizar el sedimento de orina con fosfato trisódico al 15% agregando de 3 a 4 volúmenes por 1 de muestra, se incuba a 37°C hasta el día siguiente. Posteriormente los homogenizados son centrifugados a 3,500 rpm X 20 minutos, se elimina el exceso de fosfato trisódico y el sedimento es neutralizado para finalmente proceder a sembrar el sedimento resultante en medio de cultivo Ogawa por duplicado.

Los cultivos fueron revisados semanalmente por espacio de 60 días estudiando aquellos que resultaron positivos, determinando finalmente la presencia de ***Mycobacterium tuberculosis*** o ***Myco-bacterium sp.***

III. RESULTADOS

Del total de cultivos procesados, 207 correspondieron a pacientes de sexo femenino (80%) y 52 al sexo masculino (20%). La procedencia fué en su mayoría de consulta externa: 199 (77%), principalmente de Urología, Nefrología y Medicina Interna; 60 (23%) fueron de hospitalización.

Se obtuvo 15 cultivos positivos (5.8%) y 244 negativos (94.2%), correspondiendo 8 aislamientos de ***Mycobacterium tuberculosis*** (3%) y 7 fueron ***Mycobacterium sp.*** (2.8%)

A las 8 cepas de ***Mycobacterium tuberculosis*** se les realizó el estudio de sensibilidad y resistencia, resultando todas sensibles a Isoniacida, Estreptomicina, Ethambutol, Rifampicina y Pirazinamida.

IV. DISCUSION

De los resultados obtenidos creemos importante considerar los siguientes aspectos:

- La sospecha de una TBC renal debe ser rigurosamente comprobada con el cultivo de orina para M. tuberculosis.
- Existen en gran número las Mycobacterias saprófitas o contaminantes que son bacilos ácido alcohol resistentes atípicos presentes en muestras de orina, lo que nos obliga a realizar necesariamente una toma de muestra estéril a partir del segundo chorro de la primera orina matinal.
- De aislarse ***Mycobaterium sp.*** éste debe corroborarse con un segundo cultivo.
- Es importante resaltar la alta sensibilidad de las cepas aisladas a las drogas antituberculosas, lo que asegura éxito terapéutico.

V. BIBLIOGRAFIA

1. CASAL, M.: "Microbiología Clínica de las enfermedades por micobacterias", España 1992
2. LENNETTE : "Manual de Microbiología Clínica", Ed. Panamericana, Argentina 1985
3. OPS : "Bacteriología de Tuberculosis", Isabel N. de Kantor, Nº 11

* *Servicio de Microbiología, Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" - IPSS*

MED.

Medical Equipment Dental S.A.

IMPORTACIONES - DISTRIBUCIONES

INSTRUMENTAL Y EQUIPOS:
MEDICO • DENTAL • Y LABORATORIO

Instrumental de Cirugía • Mesas
de Operaciones • Centrifugas
Aspiradores de Secreción
Microscopios • Balanzas • Material
Descartable • Mobiliario
Médico • Material Dental.

EXHIBICION Y VENTAS:

Jr. Pablo Bermúdez 282 - Jesús María - Lima
Teléfonos: 433-8045 433-8984
Telefax: 433-8185 Telex: 25409 CP PE

SIDA en Cañete

1993

* *Dr. Víctor H. Córdova Bonifacio*
** *Lic. Enf. Teresa Nonones Julián*

RESUMEN

El SIDA es una enfermedad de distribución mundial que no respeta sexo, edad, raza ni situación geográfica; como lo señalamos en este estudio durante el año 1993, en el Hospital II - Cañete. Se evaluaron 1,209 muestras hallando 10 casos VIH positivos, 70% del sexo masculino y 80% provenientes de Imperial. Sólo 6 fueron confirmados por Inmunofluoresciencia.

SUMMARY

AIDS is a world wide disease without difference between sex, age, race or country, according to our 1993 results in Cañete Hospital. 1,209 samples were tested with 10 HIV positive, 70% male and 80% from Imperial. Only 6 were confirmed by I.F.

I. INTRODUCCION

El SIDA es una de las enfermedades que actualmente no cuenta con tratamiento, siendo la Prevención y Educación las únicas formas de evitar que se propague y disemine. La necesidad económica y la dependencia llevan a actividades que aumentan el riesgo de trasmisión de VIH. La epidemia de VIH-SIDA en nuestro país y localidad es inferior en comparación a otros países; sin embargo la promiscuidad, la pobreza, la subordinación de la mujer y el analfabetismo son factores que aceleran la propagación de la epidemia del VIH-SIDA por lo que se debe tener presente su prevención.

Por lo expuesto, el presente trabajo se realizó con el propósito de alertar a nuestra población sobre los efectos devastadores de esta infección y su fácil propagación.

II. MATERIAL Y METODOS

Fueron incluídos todos los casos VIH-positivos del Hospital II - Cañete comprendidos de Enero a Diciembre de 1993.

Se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes que se hallan en control en el Programa de VIH-SIDA, que funciona desde el año 1992.

En el estudio retrospectivo de un año de duración se emplearon, para el diagnóstico, los reactivos de detección rápida de HIV anticuerpo por método recombinante HIV Spot Test é Inmunocomb. Para la confirmación de los casos se envió al paciente o la muestra de sangre del mismo al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, donde emplearon la prueba de Elisa y el Test de Inmunofluorescencia, de acuerdo a las normas del Programa Nacional de ETS-VIH/SIDA.

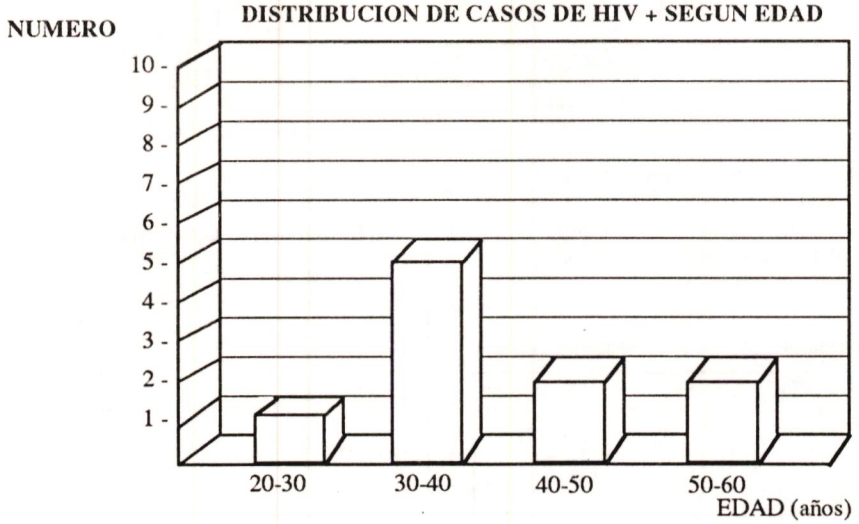
III. RESULTADOS

De un total de 1,209 muestras para estudio de HIV, se encontraron positivos 10 casos por método recombinante; de los cuales se llegaron a confirmar por Inmunofluorescencia 6 casos. 1 caso no se confirmó por falta de colaboración del paciente. (Cuadro 1)

CUADRO 1
DISTRIBUCION DE CASOS HIV +
SEGUN CONFIRMACION POR INMUNOFLUORESCENCIA

RESULTADO I.F.A.	No. de Casos
Positivo	6
Negativo	3
No realizado	1

GRAFICO 1
DISTRIBUCION DE CASOS DE HIV + SEGUN EDAD

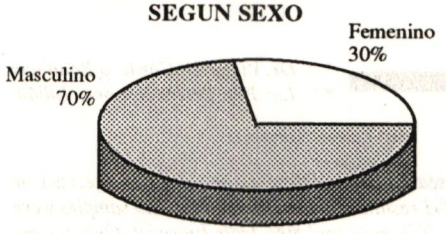


* *Presidente del Comité Hospitalario de ETS-VIH/SIDA Hospital II-Cañete.*
** *Miembro del Comité Hospitalario de ETS-VIH/SIDA Hospital II Cañete.*

La edad de los pacientes se encontraba entre 20 y 60 años, con una mayor incidencia entre los 30 y 40 años de edad (50%) (Gráfico 1)

Del Total de casos HIV positivos, el 70% corresponde al sexo masculino y el 30% al sexo femenino; todos residentes de la Provincia de Cañete. (Gráfico 2)

GRAFICO 2
DISTRIBUCION DE CASOS HIV + SEGUN SEXO



Del grupo que corresponde al sexo masculino, se estudiaron los factores de riesgo, hallándose que el 71.4% de casos (5) presentó comportamiento heterosexual; 1 (14.3%) comportamiento bisexual y 1 (14.3 %) que tiene como único antecedente que su esposa es HIV positivo y recibió Transfusión de sangre hace 6 años. (Gráfico 3)

Los signos y síntomas más frecuentes encontrados en los pacientes fueron: diarrea, baja de peso, disminución del apetito, como se presenta en el Cuadro 3.

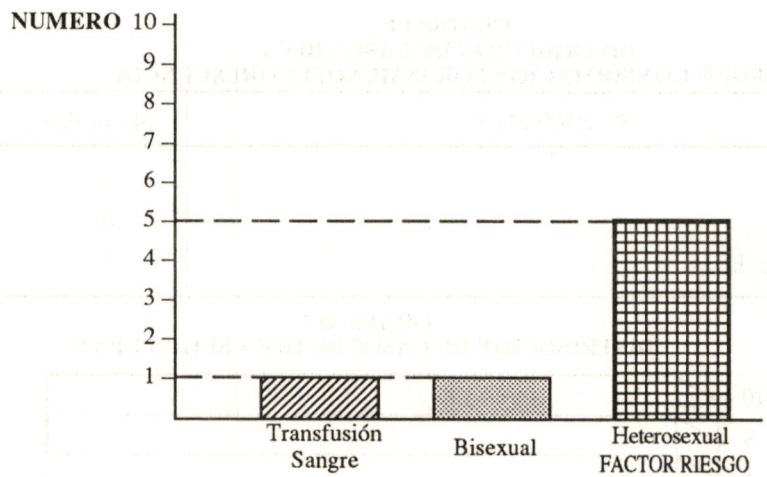
CUADRO 3

SIGNOS Y SINTOMAS DE LOS CASOS HIV+

SIGNOS Y SINTOMAS	No.
1. Diarrea	6
2. Tos seca	4
3. Baja de peso	4
4. Fiebre	2
5. Dism. del apetito	3
6. Candidiasis	3
7. Lesión perineal	2
8. Adenopatía	2

Se diagnosticaron diversas enfermedades concomitantes como: Tuberculosis, cuadros respiratorios del tracto superior, diarreas crónicas y candidiasis. (Cuadro 4).

GRAFICO 3
DISTRIBUCION DE CASOS HIV + VARONES SEGUN FACTORES DE RIESGO



Se halló mayor incidencia en la población de Imperial (80 %), zona bastante comercial que se halla a 5 minutos de nuestro Centro Hospitalario, Hospital II-Cañete (San Vicente de Cañete). (Gráfico 2)

CUADRO 2

DISTRIBUCION DE CASOS DE HIV/SIDA SEGUN PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	No. de Casos
Imperial	8
Mala	1
Quilmaná	1

CUADRO 4

ENFERMEDADES CONCOMITANTES

ENFERMEDADES	No.
1. Tuberculosis	2
2. Faringitis	3
3. Laringitis	3
4. Diarrea crónica	6
5. Candidiasis mucocutánea	3

IV. DISCUSION

Podemos manifestar que el VIH-SIDA es una enfermedad de distribución universal, de transmisión sexual y con predominio en el sexo masculino.

En el Trabajo que describimos se encontraron como síntomas manifiestos; diarrea crónica, baja de peso progresivo, lesiones en piel y mucosas, tos seca sin expectoración como lo describe la literatura.

Geográficamente en Cañete, se encontró un mayor porcentaje de casos en la población del distrito de Imperial, zona de comercio, con gran afluencia de personas de fuera del lugar, alta presencia de personal de riesgo (homosexuales y prostitutas).

En el Trabajo se describe la prevalencia de la infección por VIH-SIDA en la población heterosexual y adulta predominantemente entre 30 a 40 años. Ello llama la atención y pone en alerta para realizar la prevención y educación en la población general y orientarnos en las zonas de mayor incidencia.

Con esto queremos demostrar que la Prevención y Educación son las primeras medidas de lucha contra la infección del VIH-SIDA, que deben ser difundidas en los Centros de gran influencia popular y en los diferentes niveles de Instrucción.%.

V.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- ANTIGONI PEREZ, JUANA — Manual de Atención Integral del paciente VIH/SIDA - IPSS - Edición Junio 1993 - Lima Perú.

2.- SCIENTIFIC AMERICAN - AIDS - Octubre 1988.

3.- JORGE SANCHEZ, GUIDO MAZZOTI, LUIS CUELLAR, PABLO CAMPOS, EDUARDO GOTUZZO - SIDA, Epidemiología, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la infección VIH/SIDA - Edición 1994.

4.- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - Pautas para la Atención Clínica en la persona adulta infectada por el VIH - 1994.

Prevalencia de Parasitosis en la Provincia de Concepción - Junín.

Mayo-Julio 1994

*Dr. Pedro Padilla Machaca**
*Lic. Rocío Condori Yaucan***
*Lic. Tania Baldeon acevedo***
*Dr. César Altamirano****

RESUMEN

Se buscó determinar la prevalencia actual de las enteroparasitosis en niños de hasta 6 años de las zonas urbana y rural de la provincia de Concepción. Se estudiaron 3 muestras de deposiciones de 249 niños de la provincia de Concepción; 154 de la zona urbana y 95 de la zona rural en el laboratorio del Policlínico Jauja. La prevalencia hallada fue 47% de casos positivos, correspondiendo 41% a la zona urbana y 55% a la zona rural, siendo más frecuente el Ascaris lumbricoides.

SUMMARY

The actual prevalence of enteroparasitosis in children younger than 6 was studied both in rural and urban areas of Concepción province. We tested 3 stool samples of 249 children from Concepción province; 154 from urban area and 95 from rural area in the laboratory of Jauja Policlinic. The prevalence found was 47% of positive cases, with 41% for urban area and 55% for rural area, being more frequent Ascaris Lumbricoides.

I. INTRODUCCION

En las grandes metrópolis de América Latina existe un deterioro gradual de las condiciones de vida de extensos sectores, surgiendo las poblaciones marginales caracterizadas por viviendas insalubres, desprovistas de agua potable, red de alcantarillado y otras condiciones básicas. Este problema se agrava por la ignorancia de la mayoría de individuos acerca de la higiene individual y familiar, sus hábitos y actitudes perniciosas para la salud, la de su familia y la de la comunidad. Estas circunstancias proporcionan las condiciones ecológicas para la aparición de infecciones producidas por agentes biológicas y de modo particular de los parásitos. Estas mismas condiciones se aplican a las poblaciones rurales, dispersas en extensas zonas, que viven del trabajo agrícola efectuado con procedimientos anticuados y cuyo beneficio es mínimo. Cálculos aproximados de la frecuencia de infecciones parasitarias en el mundo dan cifras superiores a 4 millones de personas infectadas; de las cuales por lo menos la décima parte enferma anualmente a causa de ellas y un número aproximado en 1 millón de personas pierden la vida por dicha causa.

La mayoría de enteroparasitosis son prevalentes en los niños debido a los mecanismos de trasmisión por fecalismo. Asimismo, se caracterizan por el polimorfismo en la sintomatología, no ofreciendo síntomas ni signos patognomónicos, con tendencia a la evolución crónica de los síntomas, con alternancia de episodios agudos y silencios sintomatológicos, debido a esto el diagnóstico sólo es presuntivo y debe ser confirmado por exámenes complementarios: el de deposiciones, el de Graham y los serológicos. El primero de ellos tiene su máximo rendimiento cuando es seriado; por lo general para lograr una seguridad aceptable se solicitan 3 exámenes seriados consecutivos. Así, frente a un cuadro digestivo de etiología no precisada se debe pensar en una enteroparasitosis y pedir los exámenes confirmatorios correspondientes.

Los objetivos del trabajo fueron:

- Determinar la prevalencia actual de las enteroparasitosis en niños de hasta 6 años de las zonas urbana y rural de la provincia de Concepción.
- Determinar el tipo, frecuencia y asociación de enteroparasitosis encontrados en dichas zonas.
- Determinar el grado de asociación entre algunos factores que se relacionan con parasitosis.

II. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo entre los meses de Mayo a Julio de 1994 tanto en la Zona urbana como rural de la Provincia de Concepción en niños de hasta 6 años de edad. La muestra se tomó en forma aleatoria por conglomerados para lo cual se realizó un censo previo en la que se determinó el número de Mz/parcela, # de viviendas, # de familias y # de niños de hasta 6 años por familia.

Población: Se eligieron 249 niños de la provincia de Concepción; 154 provenientes de la zona urbana (Distrito Concepción) y 95 de la zona rural (Distrito 9 de Julio).

Se tomaron 3 muestras de deposiciones, en frascos previamente preparados por nuestro equipo, de los niños seleccionados las cuales fueron procesadas en el laboratorio del Policlínico IPSS - Jauja. Los resultados fueron registrados en una ficha de recolección de datos en la cual se incluía el antecedente del grado de escolaridad de la madre.

III. RESULTADOS

- Se obtuvieron en total 116 (46.8%) casos

* *Médico Serums*
** *Gerencia Departamental Junín*
*** *Unidad Epidemiología - Hosp. III HUANCAYO*

positivos, correspondiendo a la zona urbana 63 (40.9%) y para la rural 53 (55.3%).

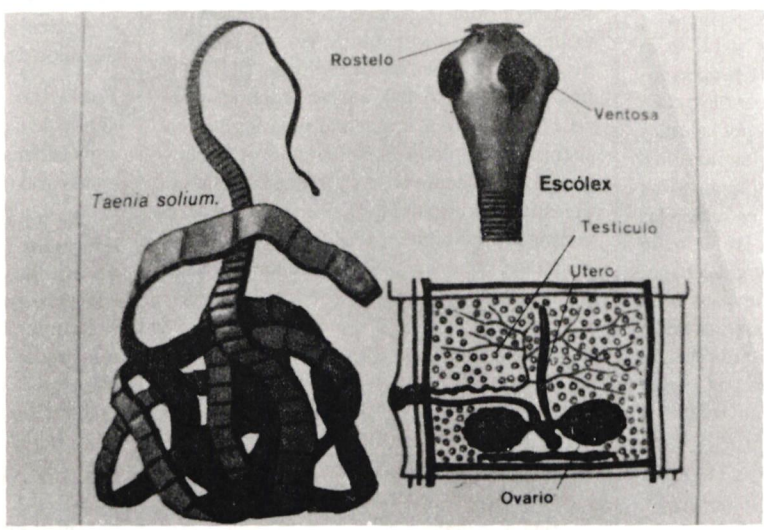
- El parásito encontrado con mayor frecuencia fue el Ascaris Lumbricoides, tanto en zona urbana 24 (43.02%), como rural 32 (43.5%); seguido de Giardia Lamblia en 36 (31%).
- La relación uni/multiparasitosis resultó ser la siguiente: uniparasitados 126 (32.4%), siendo ésta en zona urbana de 54 (30.65%) y en zona rural 72 (53.7%) mientras que los multiparasitados fueron 27 (17.6%), 13 (19.4%) en zona urbana y en zona rural 14 (16.3%).
- En lo que se refiere a multiparasitismo se encontró con mayor frecuencia la asociación Ascaris Lumbricoides más otro parásito en 16 casos (75%) teniendo en zona urbana 6 casos (60%) y en zona rural 12 (42.9%); seguido de la asociación Giardia Lamblia más otro parásito en 4 (16.7%) en general siendo en zona urbana 3(30%) y en zona rural 1 (21.4%).
- En lo referente al antecedente de visualización del parásito, sólo lo hicieron en 60 casos (13.7%), siendo en zona urbana 23 (10.5%) y zona rural 32 (18.8%).
- En relación al grado de escolaridad de la madre y parasitosis, se observó que a mayor grado de escolaridad de la madre disminuía la asociación con visualización del parásito, tanto en zona urbana como rural, siendo mayor dicha asociación en esta última.

IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES

- Las infecciones parasitarias tiene algunas características generales tales como: afectan a todas las edades pero especialmente a los niños, perturbando el desarrollo físico y mental, marcándose para toda su vida. Así en nuestro estudio encontramos una prevalencia del 46.56% de enteroparasitosis en la provincia de Concepción, siendo mayor en la zona rural (55.3%) que en la urbana (40.6%). Siendo los parásitos encontrados con mayor frecuencia el Ascaris Lumbricoides (43.3%) seguido de Giardia Lamblia en 31%.
- Como se ha visto esta prevalencia es mayor en zonas rurales o sub-urbanas, desprovistas de agua potable y alcantarillado; a menudo se comprueban infecciones por varias especies de parásitos asociados a microbios y virus con la consiguiente influencia en la acción patológica. Así en nuestros casos alrededor de un 20% están multiparasitados encontrándose en primer lugar la asociación de Ascaris Lumbricoides más otro parásito, seguido de Giardia Lamblia más otro parásito.
- Se sabe también que la parasitosis prevalece en individuos de escasa cultura cuya ignorancia en instrucción básica sanitaria les induce a practicar acciones o hábitos errados para su salud y la de sus semejantes. Es así también que encontramos que a mayor grado de escolaridad de la madre se relaciona a menor presentación de parasitosis en los niños.

V. BIBLIOGRAFIA

1. ATIAS, A; NEGMHE, A: Parasitología Clínica: 2a Ed. 1984. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile.
2. COX, F.F.G: Modern Parasitology. Blackwell SC Public, London 1982.
3. FANTA: Enfermedades parasitarias. Generalidades en: Menenghello. T. Pediatría. Bs As Intermed Vol 2. ps 1727-1730 1988.
4. KINGHT R: Parasitic Disease in man. Churchill Livingstone, Edinburg 1982.
5. PUFFER R.R. Y SERRANO C.V.: Características de la mortalidad en la niñez. Publicación científica No. 262. OPS. Washington DC 1975.
6. SCRIMSHAW NS. TAYLOR C.R.: Nutrición e infecciones: Su acción recíproca Monografía 67. Ginebra OMS 1973.



Encontramos una prevalencia del 47% de enteroparasitosis en la provincia de Concepción.

"Aplicación de la Medicina Tradicional como Terapia Alternativa - Hospital Gustavo Lanatta Luján"

Setiembre - Diciembre 94

*Dr. Juvenal Carreño**

Durante el período comprendido entre Setiembre y Diciembre 1994 se ha implementado paulatinamente y puesto en marcha el PROGRAMA DE MEDICINA TRADICIONAL del Hospital Gustavo Lanatta Luján del IPSS, iniciándose con la atención de pacientes jubilados y/o cesantes. Para tal fin se ha aperturado un consultorio en los lugares del cobro de haberes a partir de Octubre del año en curso, donde los pacientes acuden voluntariamente a recibir tratamiento con plantas medicinales para tratar sus dolencias, atendiéndose un promedio de 30 pacientes por día de consulta dos veces por mes. Hasta la fecha se tiene un total de 210 pacientes, de los cuales el 25% son continuadores ó acuden por segunda vez a la consulta. La meta fijada para el año 1994 fue de 240 consultas.

La capacidad de producción ha sido de 354 productos "Farmakón Infusión", siendo los centros de acopio: Irrigación Santa Rosa y la localidad de Humaya y anexos. En este último se encuentra además en funcionamiento el laboratorio donde se procesan medicamentos naturales en forma artesanal, cumpliéndose con todas las normas e higiene para su procesamiento y dispensación.

A) DIFUSION

1.- **Arte, Diseño y Montaje de: Etiquetas, propaganda (trípticos) y afiches.**

a.- **Etiquetas.-** Especificaciones técnicas:
- Etiquetas para tinturas, pomadas y frotaciones en papel Couché de 80 grs. satinado.
  Impresión en dos colores: verde y naranja.
  Tamaño: 9.5 x 4 cm.
- Etiquetas para las infusiones en cartulina Tag de 120 grs. color crema satinado.
  Impresión en dos colores: verde y naranja
  Tamaño: 15 x 5.5 cm.

b.- **Propaganda.-** Especificaciones técnicas:
- Volantes impresos en cartulina Tag de 120 grs. color crema satinado.
  Impresión en dos colores (verde claro y verde oscuro) por ambas caras.
  Tamaño: 8 x 21 cm.

c.- **Afiches.-** Especificaciones técnicas:
- Impresos en papel Couché de 120 grs.
  Impresión en una cara en color naranja, verde, negro y rojo.
  Tamaño: doble oficio.

2.- **Organización de una actividad científica sobre Medicina Tradicional;** llevada a cabo el 12 de Octubre del año en curso en el Auditorium del Hospital Gustavo Lanatta Luján. Contándose con la participación del Dr. Manuel Fernández - Director Administrativo del Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA).

3.- **Conferencia de Prensa:** al medio periodístico de la localidad; llevada a cabo el día 09 de Noviembre de 1994.

4.- **Taller de Capacitación;** realizado con las Postas Médicas correspondientes a la Gerencia Zonal Lima-Norte el 15 de Diciembre de 1994.

B) INSTALACION Y AMBIENTACION DEL LOCAL

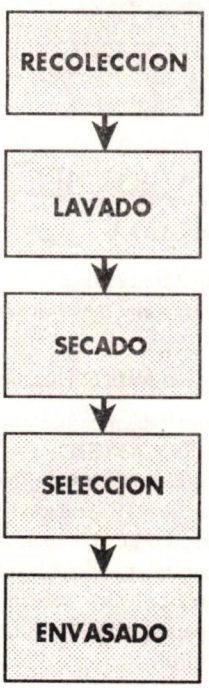
Sito en la localidad de Humaya a 30 Km. de la ciudad de Huacho (zona rural).

Se han tomado tres ambientes de la Posta Médica de Humaya, aproximadamente 60 mts. cuadrados, donde se procesan las plantas artesanalmente, implementándose lo siguiente:

- 03 desecadores de madera con mallas metálicas.
- 01 cocina a gas, con dos hornillas (industrial).
- 02 andamios de madera.
- 01 vitrina de madera.
- Reparación de las tuberías de agua y desagüe.
- Colocación de mayólicas en la zona de lavado.

C) PROCESO DE PRODUCCION DE PLANTAS MEDICINALES-FARMAKON INFUSIONES:

DIAGRAMA DE FLUJO



* *Sub Gerente de Salud Lima Norte - Huacho*

PRODUCTOS ENVASADOS "FARMAKON INFUSIONES"

PRODUCTO	HIERBA	PESO TOTAL	CANTIDAD ENVASADA	INDICACIONES
FI - 01	ALACRAN	35 gr	30	Artritis Reumatoide
FI - 02	MATICO COLA DE CABALLO	50 gr	26	Artritis Reumatoide
FI - 03	PAJARO BOBO EUCALIPTO	50 gr	10	Tos Asmática
FI - 04	AGRACEJO	30 gr	65	Cálculos Renales
FI - 05	HERCAMPURE	30 gr	61	Trastornos Hepáticos
FI - 07	ASMACHILCA EUCALIPTO	50 gr	67	Transtornos Respiratorios
FI - 08	LLANTEN JUAN ALONSO HUAMANPINTA	50 gr	24	Prostatismo
FI - 09	COLA DE CABALLO MATICO RAIZ DE VALERIANA	50 gr	10	Ulcera estomacal y duodenal
FI - 10	YARABISCA LLANTEN COLA DE CABALLO CEBADA	50 gr	10	Infecciones Renales
FI - 12	RAIZ DE VALERIANA MANZANILLA TORONGIL PIMPINELLA	50 gr	51	Transrtornos Neuróticos

CUADRO 1

ATENCIONES DE MEDICINA TRADICIONAL

PROGRAMADO No	ATENCIONES No.	COBERTURA %
240	210	87.5 %

CUADRO 2

No. DE CONSULTAS POR TIPO DE PACIENTE

TIPO DE PACIENTE	No	%
NUEVO	158	75.2
CONTINUADOR	52	24.8
TOTAL	210	100.0

CUADRO 3

No. DE CONSULTAS POR CUADRO CLINICO

CUADRO CLINICO	TOTAL		1ra. ATEN-CION	2da. ATEN-CION	3ra. ATEN-CION	4ta. ATEN-CION	5ta. ATEN-CION	6ta ATEN-CION
	No.	%						
278	3	1.4	0	1	1	1	0	0
300	29	13.8	2	4	6	6	6	5
346	3	1.4	1	1	0	1	0	0
454	4	1.9	1	1	0	1	0	1
455	3	1.4	0	0	1	0	1	1
460	16	7.6	3	2	3	3	3	2
462	13	6.2	2	1	3	3	2	2
490	5	2.4	1	1	1	1	0	1
493	3	1.4	1	0	0	1	1	0
532	1	0.5	1	0	0	0	0	0
535	27	12.9	3	5	4	5	3	7
573	4	1.9	1	1	0	0	1	1
574	3	1.4	1	1	0	0	0	1
576	26	12.4	5	4	3	6	4	4
590	6	2.9	0	0	1	2	2	1
714	64	30.5	13	14	12	10	6	9
TOTAL	210	100	35	36	35	40	29	35

D) APLICACION DEL PROGRAMA

1.- **Lugar de Atención:**
a) Colegio Estatal "Nuestra Sra. de Fátima.
b) ANCIJE.

2.- **Ambito Geográfico:** Huacho y Anexos.

3.- **Población:** Pacientes jubilados y/o cesantes del IPSS y ANCIJE.
En los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre se realizó un total de 210 atenciones (cuadro 1), a los cuales se les aplicó una encuesta, previa consulta médica. Posteriormente se seleccionará una muestra para realizar el seguimiento de los casos control.

A los pacientes continuadores que corresponden el 25% del total de consultas (cuadro 2), se les aplicó otra encuesta post-tratamiento para recopilar la información necesaria y precisa para el tema investigado.

4.- Cuadros Clínicos: Las enfermedades tratadas son las siguientes:

a) Artropatías: – Osteoartritis (715)
– Artritis Reumatoide (714)

b) Trastornos Digestivos:
– Gastritis (535)
– Ulcera Gástrica (531)
– Trastornos Hepáticos (573)
– Colelitiasis (574)
– Trastornos de Vías Biliares (576)

c) Trastornos Neuróticos:
– Cefalea (346)
– Insomnio (300)
– Síndrome Ansioso (300)

d) Trastornos Respiratorios:
– Estados Gripales (460)
– Faringitis (462)
– Bronquitis (490)

e) Trastornos Renales:
– Infecciones Renales (590)
– Litiasis Renal (592)

f) Trastornos Urológicos:
– Prostatismo (601)

– La enfermedad de mayor incidencia tratada con plantas medicinales (cuadro 3) ha sido la artritis reumatoide (714) con 64 casos que corresponden al 30.5 % del total de pacientes.

Reseña Histórica del Seguro Social en el Perú

Dr. Ramiro Farfán Rotzoll *

I. INTRODUCCION

A lo largo de la historia el hombre ha buscado la libertad de elegir así como los medios y los elementos que le permitieran a él y a su familia la conservacion de su bienestar, de su supervivencia, de su salud y de su trabajo; predicándolo, para tal efecto, en un principio como declaraciones y consolidándolo después como un derecho en tratados y leyes,

La doctrina de la Seguridad Social, en la medida que fue adquiriendo jerarquía de ley, fue cimentándose en los principios de Libertad, Igualdad y Solidaridad, como derechos indesligables al ser humano.

Esta suscinta descripción del Seguro Social en el Perú trata de mantener una secuencia temporal con la evolución normativa y reglamentaria de la misma, y pretende ser un pequeño aporte a la historia de la Seguridad Social.

II. EL INCANATO

La Seguridad Social en el Perú ha tenido una gran fuente de inspiración en el Incario, cuyos hombres antes de sembrar las tierras del Sol, del Inca o de la Comunidad, sembraban las que correspondían a las viudas, huérfanos, inválidos y ancianos, en la mejor muestra de lo que es la solidaridad humana en beneficio de los más necesitados.

III. LA COLONIA

Durante la **Colonia**, según Garcilaso, el rey Carlos V mandó construir "Hospitales donde sean curados los pobres enfermos" (1541), y el rey Felipe II dispuso que con la fundación de un nuevo poblado se construyera "un Hospital para pobres y enfermos que no sean contagiosos y junto a ellos las iglesias".

* *Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud*

IV. LA REPUBLICA

La **Primera Constitución de 1822**, durante la República, estableció en uno de sus artículos que "los socorros públicos son una deuda sagrada de la sociedad". Y en 1825, al organizarse la primera Junta de Beneficencia, Hipólito Unanue escribió: "plantear las instituciones que tienden al bien público e interesan a la humanidad es uno de los deberes más sagrados y deliciosos de un gobierno justo".

V. CONSTITUCION DE 1919

Después de la Primera Guerra Mundial obtuvieron actualidad las doctrinas de justicia social, de las cuales no fue ajeno el Perú; incorporando en la **Constitución de 1919** determinadas normas sociales sobre la seguridad en el trabajo industrial (Art. 47o), y el fomento por el Estado de las instituciones de previsión y solidaridad social (Art. 56°).

VI. CONSTITUCION DE 1933

En la **Constitución de 1933** se ampliaron los principios de asistencia y previsión social, determinándose que "la Ley establecerá un régimen de previsión de las consecuencias económicas de la desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte" (Art. 48°).

VII. SEGURO SOCIAL OBRERO

El Seguro Social Obrero obligatorio surgió en el Perú el 12 de agosto de 1936 con la ley 8433, en base al proyecto del doctor Edgardo Rebagliati Martins, siendo presidente de la República el General Oscar Benavides; constituyéndose en ese entonces el Perú, justo con Chile y Ecuador, en uno de los primeros Seguros Sociales de América.

El régimen del Seguro Social, que se aplicó con esta ley, estuvo inspirado en los principios generales de previsión social, en las Convenciones de la Conferencia Internacional del Trabajo de 1926 (Seguro Social de Enfermedad) y de 1933 (Seguro Social de Invalidez, Vejez y Muerte), y enlas legislaciones de los sistemas de previsión social europeas (de Alemania, Francia e Italia, preferentemente) y de América (de Chile).

VIII. CENTROS ASISTENCIALES DEL SEGURO SOCIAL OBRERO

En el Perú se construyeron centros asistenciales propios, a diferencia de Europa y Chile, como una modalidad particular (posteriormente imitado por México), como consecuencia de la falta de camas hospitalarias y de una inadecuada distribución geográfica de los hospitales en ese entonces existentes. Se consideró en esa época que era mejor construir hospitales modernos, convenientemente ubicados, en lugar de remodelar las antiguas casonas o conventos donde funcionaban los hospitales de la Beneficiencia. Es así que se edificaron, a través de un sistema escalonado por zonas, centros de atención médica constituidos por un hospital interconectado funcionalmente con una red de consultorios, postas de atención rural y consultorios ambulantes montados en vehículos motorizados.

De esta forma se construyeron:

- Hospital Obrero de Lima (inaugurado el 08.10.40 y puesta en funcionamiento el 10.02.41 con 559 camas).
- Hospital de Ica (10.02.41 con 159 camas).
- Hospital Obrero de Chincha (30.11.41 con 251 camas).
- Hospital Obrero de Huacho (30.11.41 con 251 camas).
- Hospital Obrero de Chocope (29.10.43 con 137 camas).
- Hospital Obrero de Arequipa (11.11.44 con 144 camas).
- Hospital Obrero de Chiclayo (27.12.44 con 224 camas).
- Hospital Obrero de Cañete (19.07.48 con 102 camas).
- Hospital Obrero de Trujillo (02.01.51 con 98 camas).

- Hospital Obrero de Piura (03.08.51) con 140 camas).
- Hospital Obrero de La Oroya (08.06.53 con 157 camas).
- Hospital Obrero de Huariaca (09.03.58 con 157 camas).
- Hospital Obrero de Chimbote (12.08.63 con 140 camas).
- Policlínico Obrero del Callao (07.10.41 con 26 camas).
- Policlínico Obrero de Pisco (05.06.44).
- Policlínico Obrero de Cerro de Pasco (09.03.58 con 33 camas).
- Policlínico Obrero de Lima (12.08.61 con 4 camas)
- Posta Médica de Vitarte (15.10.48 con 8 camas).

En el financiamiento de este programa hospitalario se contó, a partir de 1933, con las cuotas del Estado y con los aportes patronales; difiriéndose la fecha de cobro a los asegurados hasta el momento en que se iniciaran en sus respectivas circunscripciones el otorgamiento de las prestaciones.

IX. HOSPITAL OBRERO

El hospital Obrero tuvo la denominación inicial de Hospital Mixto y Policlínico de Lima, cambiando a Hospital Obrero de Lima, nombre con el que se le conoció hasta el año 1973, fecha en la que cambió a Hospital Central No. 1, por aplicación del Decreto Supremo No. 019-73-TR del 27 de noviembre de 1973, que establecía el Régimen de Organización y Funciones del Seguro Social del Perú, y que en su artículo 22º daba la denominación de Hospitales Centrales a los Hospitales de Lima. En 1981 nuevamente cambia su denominación a Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en homenaje a su primer Director, por Acuerdo No. 4-3IPSS-81 del Directorio del Instituto Peruano de Seguridad Social del 30 de enero de 1981. Igual cambio de nombres siguió el ex Hospital del Empleado.

El diseño de los planos fue efectuado por la firma Stevens, Curtins and Mason , de Boston, USA; y la construcción fue iniciada en 1938 por la Empresa Fred T. Ley y Co. de Lima, con sede principal en Nueva York, sobre un área de terreno de 13,204 m^2 de un total de 42,046.37 m^2. El Hospital fue diseñado para 737 camas, inaugurándose el 8 de diciembre de 1940 y poniéndose en funcionamiento el 10 de febrero de 1941 con una dotación de 559 camas. Como Hospital Central No. 1 fue ampliada en 911 camas y 48 cunas, teniendo en la actualidad 930 camas.

En la organización del Hospital Obrero se aplicó la administración moderna de los hospitales de Estados Unidos, con la departamentalización de sus grandes unidades; organización que después fue adoptado por el Hospital del Empleado. Este Hospital sirvió de eje para la coordinación de una red hospitalaria de 12 hospitales y 4 policlínicos, repartidos a nivel nacional.

Su primer director fue el Dr. Guillermo Almenara Irigoyen, quien también ejerció la Gerencia General y la Superintendencia General de Hospitales de la Caja Nacional del Seguro Social, siendo después Ministro de Salud. Bajo su gestión se preparó por primera vez al personal técnico administrativo que requería el hospital y se organizó su cuerpo médico con un Estatuto. Anexo al Hospital obrero se crearon las Escuelas: de Enfermería (1939), de Dietistas (1947), de Laboratoristas Clínicas (1950) y más adelante el de Medicina Física y Rehabilitación (1961). Estas Escuelas fueron desactivadas en la década de los ochenta, al igual que las del hospital del Empleado, siendo sus egresados personal altamente capacitado.

X. SERVICIOS CONTRATADOS DEL SEGURO SOCIAL OBRERO

Para complementar la atención de su población asegurada la Caja del Seguro Social Obrero, con la participación de su Dirección de Prestaciones de Salud, contrató con el Ministerio de Salud Pública la prestación de servicios asistenciales en los Hospitales Centros de Salud de: Tumbes, Cajamarca, Iquitos, Huaraz, Tarma, Huancayo, Huànuco, Tingo María, La Merced, Puno, Tacna, Tórax (Bravo Chico) y Hermilio Valdizán. Con la Sociedad de Beneficiencia Pública contrató la atención en los Hospitales: Larco Herrera, D.A. Carrión (Callao), San Juan de Dios (Callao), Bellavista (Callao), Maternidad (Lima), Barranca (Chancay), San Juan de Dios (Pisco) y Palpa (Palpa). Y con el Sector Privado contrató la atención en las Clínicas Americana (Juliaca), Ruhr (Huancayo), San Antonio (Lima), Hogar de la Madre(Lima), Figari (Lima) y Martín de Porres (Chancay); con los Centros Mineros para la atención en los centros asistenciales de las minas: Buenaventura (Huancavelica), Northern (Chilete), Southern (Toquepala), Cerro de Pasco Co. y Sindicato Minero Río Pallanga; y con las Negociaciones Agrícolas de las Haciendas: Chicama, Chiclín, Pomalca, Pátapo-Pucalá, Cayaltí y San Nicolás (Nepeña).

XI. LIMITACIONES DEL SEGURO SOCIAL OBRERO

La Ley 8433 restringía el Seguro Obligatorio a los trabajadores obreros protegiéndolos contra las contingencias de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte; siendo su aplicación únicamente en las zonas donde existieran centros asistenciales propios o contratados en las principales ciudades del país; habiendo quedado de esta manera al márgen de este beneficio departamentos enteros o algunas provincias.
A diferencia del Seguro Social para Obreros, que estuvo limitado en su aplicación a donde hubieran servicios propios o contratados, en el régimen del Seguro Social del Empleado, creado por la Ley 13724, sí se aplicó a nivel nacional por el Sub-Sistema de la Libre Elección, en lo referente a las prestaciones de salud, mediante la afiliación de médicos.

XII. SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO

El 19 de Noviembre de 1948, durante la Junta Militar de Gobierno presidida por el General Manuel Odría, se dio el Decreto Ley No. 10902 que creó el **Seguro Social del Empleado** con carácter obligatorio; el cual cubría los riesgos de enfermedad, maternidad, vejez y muerte, tanto de los empleados públicos como de los particulares.

XIII. PRINCIPIO DE LA LIBRE ELECCION

El 16 de Octubre de 1952 se independizó el Seguro Social del Empleado de la Caja Nacional del Seguro Social. Y el 11 de julio de 1958, mediante el Decreto Supremo No. 13016, se dio el Estatuto Provisional del Seguro Social del Empleado, en donde se incluyó, a pedido expreso de la Federación Médica Peruana, el Principio de la Libre Elección de los médicos y clínicas en forma irrestricta; quedando sentado a partir de ese momento, en la legislación, en la práctica y en la doctrina, el Sistema de la Libre Elección, como el derecho de todos los trabajadores a poder elegir el sistema de atención de su salud que mejor le conviniera por su libre albedrío.
Este Estatuto Provisional estuvo vigente hasta el 09 de Noviembre de 1961, en que, mediante la Ley No. 13724, se dio el Estatuto definitivo del Seguro Social del Empleado.

XIV. HOSPITAL DEL EMPLEADO

El 20 de Setiembre de 1951, durante el regimen del General Odría, se colocó la primera piedra de lo que luego sería el Hospital del Empleado; iniciándose la construcción del edificio de 14 pisos y un amplio sótano por el consorcio de Ingenieros del Perú, en base al proyecto elaborado por la firma Stone y Ayde - Lott en un terreno de 16 hectáreas entre las avenidas Salaverry y Arenales, adquirido a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; siendo inaugurado el 24 de julio de 1956 y entregado en condiciones operativas el 18 de octubre de 1958, como uno de los Hospitales más grandes, más modernos y mejor equipados de América del Sur, durante el gobierno de Manuel Prado. Sus áreas incluían medicina, cirugía y maternidad, excluyéndose un block de pediatría por no darse la atención a los hijos en ese entonces. Inició sus funciones con 447 camas, habiendo estado proyectado para 1250, contando en la actualidad con 1311 camas y 152 consultorios externos (funcionales).

XV. CONFLICTO CON LA FEDERACION MEDICA PERUANA

Fue al ponerse en funcionamiento el Hospital Central del Empleado, hoy Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el tres de Noviembre de 1958, bajo la dirección del Dr. Guillermo Kaelin que se desencadenó el conflicto más serio entre el Seguro Social del Empleado y la Federación Médica Peruana, que tuvo como sus preclaros representantes a los doctores Vicente Ubillús, Juan F. Valega, Honorio Delgado, Alberto Hurtado, Oswaldo Hercelles y Luis Espejo; que luego derivó en la primera Huelga Médica y en la desagremiación de los Médicos que postularon e ingresaron a dicho Hospital. A consecuencia del conflicto, el cuatro de Noviembre del citado año, el Consejo Directivo del Seguro del Empleado hizo público un comunicado señalando "que el Estatuto del Seguro del Empleado, cuya aplicación se ha iniciado, contempla en forma irrestricta el principio de la Libre Elección de médicos y clínicas, tal como lo solicitó la Federación Médica Peruana, y que el funcionamiento del Hospital Central bajo el Sistema Cerrado no repercute en contra del futuro de la medicina".
Asimismo, decía "que el Consejo Directivo de la Caja en ningún momento ha acordado la destitución de los Medicos de Control", quienes no habían aceptado los nombramientos para ocupar diversas plazas en dicho Hospital Central.

XVI. ESTATUTO DEL SEGURO DEL EMPLEADO

Como corolario del conflicto entre el Seguro del Empleado y la Federación Médica Peruana, el 18 de Noviembre de 1961 se promulgó la Ley No. 13724 que le daba un Estatuto, que en su articulado incluía el derecho de los asegurados a "elegir al profesional y la clínica y hospital en que debe ser atendido" (Art. 32º); a la vez que creaba un sistema de reembolso por tarifas por el Seguro sobre la base del pago por servicios a los profesionales, clínicas, farmacias y boticas afiliadas en un Registro Público. El Artículo 76º, inciso d), decía: "el asegurado no participará en el costo de los medicamentos, con excepción de los que figuren en el respectivo petitorio farmacológico"; y el inciso c): "la Caja reembolsará directamente al profesional, clínica, botica o farmacia, el valor de las prestaciones cuando éstas hayan sido debidamente tramitadas de acuerdo a las normas que fije el Reglamento".

El sistema de pago directo a las farmacias tuvo su origen en este dispositivo, dando lugar su aplicación en ese entonces a que en pocos meses los gastos por medicinas se cuadruplicaran, viéndose el Seguro del Empleado obligado a suprimir dicho procedimiento para no quebrar. Con la Ley Nº 13724 se constituyó la Caja de Enfermedad-Maternidad, en donde estuvo considerada una Caja de Pensiones.

XVII. REGLAMENTO DE LA CAJA DE ENFERMEDAD MATERNIDAD

El 3 de Agosto de Resolución Nº 045-GG-66 se dio el Reglamento de la Ley Nº 13724 de la Caja de Enfermedad-Maternidad, estableciéndose en su Artículo 69º el derecho a elegir por los beneficiarios de las prestaciones asistenciales entre dos sistemas excluyentes: el Directo o la Libre Elección. En su Artículo 70º definía al Sistema Directo "a las prestaciones que se otorgaban en los centros asistenciales propios o en los Hospitales Contratados".

XVIII. MEDICOS CONSULTANTES

Un aspecto interesante en la atención de los asegurados fue el Convenio de Médicos Consultantes entre el Seguro Social del Empleado y el Ministerio de Salud, firmado el 26 de Diciembre de 1968; que permitió cubrir con eficacia la atención de la salud en muchas provincias, algunas muy alejadas, de gran parte del territorio nacional, donde hubiera un médico del Ministerio de Salud y un grupo de asegurados. El médico consultante actuaba a la vez como médico de control de la Libre Elección y como médico tratante, atendiendo a los asegurados dos horas diarias fuera de su jornada laboral con el Ministerio de Salud, cobrando del Seguro Social un emolumento mensual de tres mil soles. Mediante esta modalidad de atención se contrataron a 119 médicos en todo el país; y que lamentablemente se fueron reduciendo hasta desaparecer, después de la creación de las Regiones en el Seguro Social, por desinformación y por la congelación de su remuneración. Este sistema en la práctica ha sido sustituido por los médicos del SERUMS.

XIX. UNIFICACION DE LOS SEGUROS SOCIALES

Como paso trascendente en la unión de los Seguros Sociales, el 1º de mayo de 1973 entró en vigencia el Decreto Ley Nº 19990, que creaba el Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social, unificando los diferentes regímenes de pensiones existentes, otorgando iguales prestaciones en base a iguales aportaciones.

Como acto culminante de esta unificación, el 6 de Noviembre de 1973, mediante Decreto Ley Nº 20212, se creó el Seguro Social del Perú, que fusionaba los ex-Seguros Sociales en un solo organismo administrativo, aboliendo las diferencias en la denominación de obreros o empleados, y derogando las leyes que crearon tanto el ex-Seguro Social Obrero y el ex-Seguro Social del Empleado.

El 30 de Noviembre del mismo año (1973), mediante el Decreto Supremo Nº 019-73-TR, se reglamentaba el Decreto Ley 20212, definiéndose la organización y funciones de los órganos ejecutivos, de control, de asesoramiento y de línea del Seguro Social del Perú. Es así que se crearon las Gerencias de Prestaciones No. 1 (ex Obrero) y No. 2 (ex Empleado), cambiándose la denominación del Hospital Obrero a Hospital Central No. 1 y del Hospital del Empleado a Hospital Central No. 2.

XX. SERVICIOS CONTRATADOS CON EL SECTOR PUBLICO

La Ley No. 13724 (Art. 74º y 76º) del 09.11.61, su ampliatoria con el Decreto Ley No. 19851 y el Decreto Ley 22482 (Art. 16º) del 27.03.79, otorgaba al Seguro Social la potestad de firmar convenios y contratos con los sectores públicos y privados.

Es así que el año 1978 el Seguro Social firmó un Convenio con el Ministerio de Salud, que fue renovado en 1980, para que esta institución brindara atención a los asegurados en todos sus establecimientos a nivel nacional; Convenio que se ha mantenido vigente por no haber sido solicitado su rescisión por ninguna de las partes. El pago acordado era por una tarifa que se reajustaba cada seis meses en forma automática y progresiva de acuerdo al incremento del Indice de Precios al Consumidor; que ha derivado en la práctica a su inaplicabilidad por el incremento desproporcionado de la tarifa.

En 1987 el Seguro Social del Perú contrata con el Ministerio de Aeronáutica la atención de su personal, familiares, magistrados del Poder Judicial y asegurados, en el Hospital Central de Aeronáutica, también en base a una tarifa.

XXI. CONTRATOS CON CENTROS ASISTENCIALES PRIVADOS

El Seguro Social del Perú contrata los servicios ambulatorios de hospitalización de varias Clínicas, en aplicación de la Resolución ministerial No. 1269-75-TR del 18.11.75. Es así que se contrata en 1976 a las Clínicas: Lizárraga, San Antonio, Villarán, Chorrillos, Lasanta, Pinel, San Isidro, Rhur (Huancayo), Barton (Callao) y Santa Rosa (Ica); en 1977 Médicos Asociados SCRL (Internacional); en 1978: Hospital Rosalía Lavalle de Morales Macedo (Hogar de la Madre) y Ministerio de Aeronáutica; y en 1979: Maison de Santé. En 1983 se dejan sin efecto estos contratos para la atención ambulatoria. En 1985 se contratan los servicios de hospitalización para la Región Lima de las Clínicas: Maisón Santé, Villarán, Lima, Santa Clara, San Isidro, Mariátegui, María Auxiliadora, Caravedo, Pinel, Vicenzo Chiaruqui, Vitarte SA anexo Santa Clara, Santa María, Montefiori, Santa Angela, Vitarte, San Antonio (Chosica) y Chorrillos.

En igual forma, para el tratamiento de los pacientes renales con hemodiálisis, el IPSS contrató en 1983 los servicios de los Centros de Diálisis privados.

En 1992 se realizan contratos con Clínicas para la atención de paquetes quirúrgicos que requieren de corta estancia, con el objetivo de desembalsar la congestión en los hospitales del IPSS por procesos quirúrgicos simples, como son las hernias, eventraciones, várices, hemorroides, amigdalitis, próstata y oftalmológicos.

XXII. SISTEMAS DE PENSIONES

El sistema de jubilación en el Perú dio un paso importante el 21 de abril de 1961 al crearse el Fondo de Jubilación Obrera y la Caja Nacional del Seguro Social Obrero (encargada de administrarla), que asumió los riesgos de vejez y muerte, anteriormente cubiertas por la Ley No. 8433 (que creó el Seguro Social Obrero en 1936). A partir de 1961, mediante este fondo, se otorgaron a los obreros las pensiones de Vejez, Viudez y Orfandad, además de las asignaciones de sepelio y capital de defunción a los deudos del trabajador, en todo el país (a diferencia del Seguro Social Obrero que sólo daba atención en ciertas circunscripciones). Es a partir de aquí que se amplía el Sistema de Pensiones.

- El 10 de julio de 1946 se dio la Ley No. 10624, que establecía el régimen de pensiones para los trabajadores en calidad de empleados.
- El 22 de agosto de 1947 con Resolución Ministerial No. 1060-145 se creó la Caja de Retiro y Previsión Social de los Profesionales del TURF.
- El 18 de noviembre de 1961 por la Ley No. 13724 se creó la Caja de Pensiones del Seguro Social del Empleado además de la Caja de Enfermedad-Maternidad, entrando en vigencia el 11 de julio de 1962. Esta Caja otorgaba pensiones de invalidez, vejez, sobrevivientes (viudez y orfandad).
- El 22 de enero de 1965 por Decreto Supremo No. 001 se creó la Caja de Beneficios Sociales del Pescador.
- El 6 de mayo de 1966 con la Ley No. 16124 se creó el Fondo de Retiro del Chofer Profesional Independiente.
- El 4 de diciembre de 1968 entró en vigencia el Decreto Ley No. 17262 que creó el Fondo Especial de Jubilación de Empleados Prticulares (FEJEP).
- El 25 de julio de 1972 por Decreto Ley No. 19749 se creó el Fondo de Derechos Sociales del Artista.
- El 26 de diciembre de 1972 por Decreto Ley No. 19846 se creó el Régimen de Pensiones del personal militar y personal de las Fuerzas Armadas y Policiales.
- Mediante el Decreto Ley No. 22150 se unificaron las normas del Régimen del Servicio Diplomático.
- El 24 de abril de 1973, como culminación de este largo proceso de normas, se dio el Decreto Ley No. 19990 creando el Sistema Nacional de Pensiones, que unificaba los regímenes de pensiones del Obrero y del Empleado y reemplazaba a las Cajas de Pensiones del Seguro Social Obrero, Seguro Social del Empleado y JEFEP.
- El 26 de febrero de 1974 por Decreto Ley No. 20530 se estableció el Régimen de Pensiones y Compensaciones para los trabajadores del Sector Público, no comprendido en el DL 19990, que tenía como antecedentes al régimen de cesantía, jubilación y montepío de la Ley General de Goces de 1850 y a la Caja de Pensiones del Seguro Social de la Ley 13724.

XXIII. REGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD

El Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú fue creado el 27 de Marzo de 1979 por el Decreto Ley Nº 22482, unificando los regímenes de salud previstos en las Leyes Nº 8433 y 13724; entrando recién en vigencia el primero de Julio de 1979.
El Decreto Ley Nº 22482 establece que las Prestaciones Asistenciales se otorgan mediante los Servicios Propios, los Servicios Contratados y el "derecho a la Libre Elección" (Art. 16º); brindando prestaciones asistenciales con atención médica integral, preventivo-promocional, en dinero (subsidios); y en caso de fallecimiento, prestaciones por sepelio (Art. 15).

El monto del subsidio diario por enfermedad fue incrementado excesivamente al 100% de las remuneraciones, mediante la Ley No. 23861, el 8 de junio de 1984; asumiendo el empleador el pago de los primeros 20 días de incapacidad.

Como este Régimen del DL 22482 extendía las atenciones a la familia, cónyuge e hijos menores de 18 años (Art. 18o.), –en forma escalonada y progresiva, previo estudio matemático actuarial, tal como lo establecía la 2ª Disposición Transitoria (que se efectuó con apoyo de la OIT)–, ésta se amplió inicialmente por Acuerdo del Directorio del IPSS del 19 de Noviembre de 1984, dándose la atención a partir del 12 de marzo de 1985 a los hijos menores de 14 años de edad, pero sólo para atención ambulatoria y medicinas. Para esta ampliación de cobertura se incrementaron en 1984 las aportaciones del 5% al 9%, que permitió a su vez el saneamiento financiero del IPSS. Posteriormente, sin efectuarse estudio matemático actuarial, por Acuerdo del Directorio del 19 de setiembre de 1986, se amplió, en el mes de enero de 1987, la atención en los servicios propios a los hijos menores de 18 años, proporcionándoseles atención integral incluída la hospitalización; pero, sin tener la infraestructura hospitalaria ni la organización médica especializada en pediatría para brindar una atención adecuada, problema que hasta el momento no ha sido superado.

A la cónyuge se la incluyó en esta ampliación de la atención con Carta Circular No 009-PE-IPSS-86, sin Acuerdo de Directorio. En ninguno de los casos se dio el Decreto Supremo, como lo establecía el DL No. 22482 (2ª Disposición Transitoria).

La atención al cónyuge, incapacitado total o permanentemente para el trabajo, a cargo de la asegurada obligatoria o facultativa pensionista, comprendido en el Decreto Ley No.

22482 (inc.c, Art. 2), se ha venido dando excepcionalmente, a pesar de que no hay ninguna reglamentación al respecto. La atención de salud a los hijos inválidos de los asegurados o pensionistas, mayores de 18 años, incapacitados para el trabajo, fue aprobada por el Consejo Directivo el 20 de febrero de 1990, pero no fue reglamentada ni tuvo los estudios actuariales.
Puede observarse la mala aplicación y la difícil interpretación de los términos "menores de 14 años", "menores de 18 años" y "mayores de 18 años", que han conducido a error muchas veces.

XXIV. INTEGRACION FUNCIONAL

En el gobierno del Presidente Alan García, siendo Ministro de Salud el Dr. David Tejada, se dio el 26 de agosto de 1986 el Decreto Supremo No. 022-86-SA de Integración Funcional del IPSS con el Ministerio de Salud. Es mediante esta Ley que los siguientes centros asistenciales del Ministerio de Salud pasaron al IPSS:

- Hospital Cayetano Heredia (Piura).
- Hospital I de Paita y Talara (Piura).
- Hospital I de Ferreñafe (Lambayeque).
- Hospital II de Tarapoto (San Martín).
- Hospital I de Rioja, Moyobamba y Juanjui (San Martín).
- Hospital I de Moquegua.
- Hospital I de Satipo.
- Hospital II de Mollendo (Arequipa).
- Hospital I de Lampa (Puno).
- Hospital I de Urubamba (Cuzco).
- Centros Médicos de Urcos, Chepén, Chota y Caraz.
- Postas Médicas de Curahuasi, Lamas, Orellana, Oxapampa y Sandia.

Objetivo de esta Ley era que el IPSS asumiera los Hospitales, y el Ministerio de Salud los Policlínicos y Postas Médicas. Por esta Integración los Centros Asistenciales del IPSS adoptaron la denominación del Ministerio de Salud de Hospitales de Apoyo, incluido los Policlínicos. Estos Hospitales siguen siendo propiedad del Ministerio de Salud, pero bajo responsabilidad y funcionamiento del IPSS, que se ha hecho cargo de la atención de toda la población no asegurada de un determinado ámbito geográfico. Los Comités Nacional y Dapartamental de Integración Funcional no han funcionado en el presente gobierno. Tampoco se han efectuado las transferencias presupuestales para la atención de la población no asegurada.

La Integración Funcional fue distorsionada en su aplicación al ser utilizada para incorporar al personal del Ministerio de Salud a la planilla del IPSS, como si la Integración fuera orgánica.

Con la jerarquización de los centros asistenciales del IPSS en 1993, éstas han asumido otra denominación: Postas Médicas, Centros Médicos, Policlínicos, Hospitales I, II, III y Hospitales Nacionales.

XXV. CONSTITUCION POLITICA DEL PERU DE 1979

La Constitución Política del Perú, sancionada el 12 de julio de 1979 durante el gobierno militar del General Morales Bermudez, y puesta en vigencia a partir del 28 de julio de 1980 con el gobierno constitucional del Arq. Fernando Belaunde Terry, establecía que "la asistencia y las prestaciones asistenciales son Directas y Libre", ratificando así el Sistema de la Libre Elección; y como en ella se disponía que una institución autónoma tendría a su cargo la seguridad social de los trabajadores y sus familiares, el Gobierno expidió el 16 de julio de 1980 el Decreto Ley Nº 23161, que cambió la denominación del Seguro Social del Perú por Instituto Peruano de Seguridad Social, como una organización autónoma y descentralizada, la cual asumía las funciones, atribuciones, derechos, obligaciones y patrimonio del primero, a la vez que autorizaba la modificación de su estructura orgánica; desprendiéndola así de su dependencia al Gobierno Central a través del Ministerio de Trabajo.

XXVI. INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Ratificando lo dispuesto por la Constitución Política de 1979, el Artículo 1º de la Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social, promulgada el 14 de Diciembre de 1987 por el Congreso de la República por Ley 24786, precisaba que "el Instituto Peruano de Seguridad Social – IPSS es la institución autónoma y descentralizada", y el artículo 2º le encargaba las funciones de administrar los regímenes de Prestaciones de Salud, de Pensiones y Prestaciones Sociales y los que la Ley le encargue.

Las Prestaciones Sociales, de acuerdo a esta Ley, se deberán dar a través de programas de educación, recreación y rehabilitación laboral, priorizando a los grupos de población más vulnerables, y en especial a la tercera edad.

Esta única Institución, encargada según mandato constitucional de velar por la Seguridad Social de la población, ha ido incorporando progresivamente a otros grupos poblacionales y laborales; es así que en 1986 se incorporaron los trabajadores del campo (por Ley No. 24645) al régimen de prestaciones de salud; y en 1987 (por Ley No. 24705) las amas de casa y madres de familia, sin límite de edad y facultativamente, al régimen de salud y/o pensiones. Con la Ley 24786 se amplió el ámbito del IPSS, permitiendo la incorporación de los trabajadores del mar, la población afectada por siniestros y catástrofes, los impedidos físicos y mentales, los que sufren pena privativa de la libertad, los turistas extranjeros y los escolares, ampliación que todavía no se ha hecho efectiva. No se han incorporado a este sistema único las Fuerzas Armadas y Policiales, los trabajadores del TURF (jinetes) y los de la Caja del Pescador, que mantienen su propio sistema de prestaciones.

XXVII. EMPRESAS EXONERADAS

Las firmas exoneradas de las aportaciones al Seguro Social, en forma parcial o total, al régimen de Prestaciones de Salud, en base a la Ley Nº 13724 del 18.11.61, fueron fundamentalmente las empresas mineras; las cuales actuando en sustitución del Seguro Social otorgaron atención en sus propios centros asistenciales mineros bajo la supervisión del Seguro Social. Cuando los trabajadores mineros salían fuera de su centro de trabajo, por diferentes motivos, eran atendidos en los hospitales del Seguro Social con una Credencial otorgada por el Seguro.

La Ley No. 24786 (Art. 36º) del Instituto Peruano de Seguridad Social estableció que el pago de aportaciones al IPSS era obligatorio, sin excepción alguna; dejando de esta manera sin efecto esta sustitución y exoneración de las aportaciones. El 10 de mayo de 1993 se da el DL Nº 020-93-EM autorizando a los titulares de la actividad minera a deducir un porcentaje de sus aportaciones por prestaciones de salud al IPSS, de acuerdo a la categorización de su centro asistencial.

XXVIII. RED ASISTENCIAL DEL IPSS

Al amparo del Decreto Ley 22326 del 24 de octubre de 1978 fueron concebidos los Hospitales Regionales del Cusco, Pucallpa, Arequipa y Huancayo, construyéndose bajo la modalidad de llave en mano por administración controlada, sin guardar proporción con las reales necesidades poblacionales. El Hospital del Cusco, terminado de construir en junio de 1981, por estar sobredimensionado y paralizado, fue considerado un elefante blanco, al igual que el de Pucallpa. En 1983 el IPSS entró en grave crisis financiera, en gran parte causada por: la falta de aportación del gobierno, la obligación de tener sus depósitos en el Banco de la Nación (que sólo daba un interés del 3% frente a una inflación del 6%), a préstamos y bonos al gobierno para la construcción de carreteras y a no tener balances desde el año 1973 (durante el gobierno de las Fuerzas Armadas); razón por lo que se dejó sin efecto los contratos con las clínicas privadas para la atención ambulatoria, trasladándose la atención a un conjunto de Policlínicos que fueron

construidos y adecuados en una serie de edificios de propiedad del IPSS. Es así que se inauguraron progresivamente en Lima Metropolitana y el Callao los Policlínicos: Angamos, Próceres, Villa María del Triunfo, Chincha y Francisco Pizarro; que conjuntamente con los Policlínicos Unión y Grau restructurados, y los Policlínicos Sabogal y Castilla, recientemente inaugurados en los años 1981 y 1982, conformaron una red asistencial por Niveles de Atención, eficientes para ese entonces. Lamentablemente el Policlínico Salaverry, también inaugurado en 1984, no entró en funcionamiento por oposición del Cuerpo Médico del Hospital Edgardo Rebalgiati Martins, por estar dentro del área de dicho hospital. Es, al año siguiente, durante el gobierno del Dr. Alan García Pérez, que se vuelve a inaugurar como el pabellón Madre-Niño, como un anexo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, para la atención ampliada a los hijos de los asegurados.

XXIX. EL ULTIMO DECENIO

Es durante el gobierno del Dr. Alan García que se da la Integración Funcional del IPSS con el Ministerio de Salud, ampliando su capacidad de atención hospitalaria en los departamentos de Piura, Moquegua y San Martín, fundamentalmente. Al mismo tiempo se realiza el convenio con la empresa Sercoplán de la República Argentina para el equipamiento de todos los centros asistenciales del IPSS; que desafortunadamente tuvo serias deficiencias, resultando muchos equipos malogrados o sin instalarse. El Hospital del Cusco fue equipado mediante este convenio y puesto en funcionamiento en 1986.

La espiral inflacionaria durante el gobierno del Dr. Alan García, con gran recesión e inflación, condujo nuevamente en 1990 a una severa crisis económica al país y al IPSS; que sumado a la burocratización, a la falta de pago de aportaciones incluído el Estado, y a la obligación de utilizar el Banco de la Nación para todo el manejo financiero, con el cobro excesivo por sus servicios, agravó la atención de los pacientes y el pago a los pensionistas. Con el gobierno del Ing. Alberto Fujimori y en la Presidencia del IPSS el Dr. Luis Castañeda Lossio, en 1990, se abrió el manejo financiero a toda la banca comercial y se mejoraron las aportaciones. Los centros asistenciales de mayor nivel de complejidad son modernizados, equipándose con aparatos sofisticados, dando una atención de gran calidad. El Sistema de la Libre Elección es reemplazada, en la práctica, por el Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada (PAAD) en Lima, sin aplicarse a nivel nacional.

Se forman los Equipos Médicos Itinerantes, que dan atención dentro de los hospitales del IPSS. Y se desarrollan los Policlínicos Móviles y el Hospital de Campaña para la atención extramuros.

Se da un manejo empresarial, cambiando las Direcciones de los Hospitales Nacionales por Gerencias; y las Direcciones Nacionales de Salud y de Prestaciones Sociales se convierten en Gerencias Centrales. Se promueve el autocuidado de la salud con orientación telefónica con el Programa ALO IPSS. Por primera vez en 22 años, el 31 de marzo de 1995, se presenta el balance del IPSS.

XXX. CONSTITUCION POLITICA DE 1993

Dentro de una política de corte neoliberal, donde la participación del Estado se reduce y se traslada –en gran parte, las actividades tradicionalmente en manos del gobierno– a los sectores privados, es que la obligación del Estado Peruano de "garantizar el derecho de todos a la Seguridad Social", tal como lo establecía el Art. 12º de la Constitución de 1979, se modifica sustancialmente a sólo "reconocer el derecho universal y progresivo de toda persona a la Seguridad Social" (Art. 10º) en la nueva Constitución de 1993; dejando, así, de ser la Seguridad Social en el Perú un derecho del ciudadano, que asume el Estado para proteger al individuo y su familia contra las diferentes contingencias, tal como lo establece la Declaración de los Derechos Humanos.

Por otro lado, la responsabilidad del IPSS como la institución autónoma a cargo de la Seguridad Social de los trabajadores y familiares, ha sido sustituida por la garantía que da el Estado al "libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas" (Art. 11º).

XXXI. SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD Y PENSIONES

Es bajo este contexto que, el 8 de noviembre de 1991, en forma complementaria al IPSS, se crea el Sistema Privado de Salud por Decreto Legislativo Nº 724; creándose, respectivamente, a las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS) y a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) como las encargadas de administrar sus respectivos fondos, actuando como órgano contralor en representación del Estado la Superintendencia de cada una de ellas. El 22 de noviembre de 1992, mediante el Decreto Ley No. 25897, se reglamenta el Sistema Privado de Pensiones y las AFP.

XXXII. OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL

El 6 de diciembre de 1992 es creada, por Decreto Legislativo Nº 25967, la Oficina de Normalización Previsional, dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas, como la entidad encargada de administrar todos los regímenes de Pensiones. De esta manera el IPSS ha quedado, a partir del 1º de enero de 1995, únicamente a cargo de las Prestaciones de Salud y las Prestaciones Sociales.

La prestaciones que otorga el Sistema Privado de Pensiones (SPP) son de jubilación, invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio, no estando incluidas las Prestaciones de Salud y los riesgos de Accidentes de Trabajo, que las sigue dando el IPSS.

XXXIII. PRESTACIONES SOCIALES

La contribución de solidaridad entregada al IPSS, del 1% de la remuneración asegurada de los trabajadores afiliados a las AFP, de acuerdo a este Decreto Ley No. 25897, está destinada exclusivamente al funcionamiento de los programas de bienestar social, para personas discapacitadas o de más de 65 años de edad (art. 30º). Estos objetivos han reducido el campo de acción de las Prestaciones Sociales brindadas por el IPSS, que antes se otorgaban a todos los pensionistas, sin este límite de edad.

XXXIV. COLOFON

La historia de los pueblos y de sus instituciones son historia si ésta es escrita e impresa. En tanto estas instituciones permanezcan en las mentes y en los corazones de las diferentes generaciones, éstas sobrevivirán.

El Perú tiene en su rico pasado un legado de solidaridad, siendo el Seguro Social su heredera. El Seguro Social en el Perú, como institución estable y fuerte, como lo ha demostrado su historia, tiene un rol muy importante que cumplir, que no puede ser detenido por transitorios intereses mezquinos, por ser uno de los cimientos del bienestar general.

El conocer su historia debe ser motivo e inspiración para su fortalecimiento, superando los errores del pasado, para el logro de una verdadera Seguridad Social en el país.

CUADRO 1

PRINCIPALES ACTIVIDADES DE SALUD DEL IPSS

ACTIVIDADES	1968	1973	1983	1985	1990	1992	1993	1995
CONSULTAS	2'677,783	3'833,239	5'901,336	4'857,134	5'946,370	8'628,311	8'764,477	9'494,194
ATENCION DE EMERGENCIA	261,342	408,474	595,785	570,000	979,919	1'361,752	1'652,479	1'748,962
EGRESOS	70,219	90,916	155,822	110,000	158,726	233,824	252,819	256,715
ESTANCIAS	1'026,025	1'191,758	1'990,978	S/I	1'398,765	1'703,559	1'680,362	1'646,589
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	—	—	39,028	S/I	52,680	104,128	129,649	141,018
PARTOS	—	—	37,729	33,000	54,199	61,881	59,945	59,030
RECETAS	7'368,384	10'311,258	15'078,483	13'185,451	12'805,105	25'004,147	25'191,035	27'063,280

CUADRO 2

POBLACION PROTEGIDA POR EL IPSS

POBLACION	1984	1985	1986	1988	1989	1990	1992
PENSIONISTA	202,980	210,800	225,200	253,600	350,000	478,000	489,000
ASEGURADA ACTIVA	2'408,030	2'504,800	2'604,900	2'835,400	2'952,900	3'190,700	3'301,000
DEPENDIENTE	173,000	2'527,100	2'597,600	3'051,000	3'183,000	3'612,100	3'698,000
CONYUGES	82,000	767,100	797,600	860,000	900,000	962,800	986,000
HIJOS < 1 AÑO	91,000	——	——	——	——	——	——
HIJOS < 14 AÑOS	——	1'760,000	1'800,000	——	——	——	——
HIJOS < 18 AÑOS	——	——	——	2'190,000	2'283,000	2'649,300	2'712,000
TOTAL	2'784,010	5'242,700	5'427,700	6'140,000	6'485,900	7'280,800	7'488,000
NACIONAL	19'197,900	19'697,500	20'207,100	21'255,900	21'791,500	21'550,000	22'332,100

CUADRO 3

TOTAL DE TRABAJADORES POR AÑOS

AÑOS	12/1968	1/1980	1/1993	1984	1985	1988	1990	1992	1993	1994	3/1995
TRABAJADORES	13,000	26,850	30,791	28,604	29,492	41,616	40,937	32,228	19,842	19,842	19,705

CUADRO 4

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IPSS

	1974	1982	1985	1990	1992	1993	1994	INTEGRADOS
TOTAL ESTABLECIMIENTOS	166	—	—	332	280	350	348	(24)
HOSPITALES NACIONALES	—	2	2	2	4	4	4	—
HOSPITALES CENTRALES	2	2	2	—	—	—	—	—
HOSPITALES III	—	—	—	12	8	8	9	(1)
HOSPITALES REGIONALES	4	4	4	—	—	—	—	—
HOSPITALES II	—	—	—	26	14	14	13	(2)
HOSPITALES ZONALES	12	10	10	—	—	—	—	—
HOSPITALES I	—	—	—	95	28	29	29	(12)
POLICLINICOS	3	9	13	—	16	18	19	—
CENTROS MEDICOS	—	2	10	—	41	42	48	(4)
POSTAS MEDICAS	56	3	—	197	169	235	226	(5)
PUESTOS DE FABRICA	68	—	—	—	—	—	—	—
PUESTOS RURALES	21	—	—	—	—	—	—	—
CAMAS	4116	4966	—	6710	6929	6895	6127	—
CONSULTORIOS	—	—	1492	2077	1975	2005	1934	—

Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento del Asma

*Dr. José Pineda Bonilla**

ASMA CRONICA

1. **CODIGO:** 493
2. **DEFINICION:**
   - 2.1 Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas caracterizada por exacerbaciones, generalmente reversibles pero que pueden ser severas e incluso fatales.
   - 2.2 Se incluirá en el presente protocolo a todo paciente con historia de episodios recurrentes de tos, sibilancias, opresión torácica y dificultad respiratoria con o sin evidencia de obstrucción variable al flujo aéreo.
   - 2.3 Se excluirá al paciente con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca.
3. **OBJETIVOS**
   - a. Alcanzar y mantener el control de los síntomas.
   - b. Prevenir las exacerbaciones.
   - c. Mantener la función pulmonar lo más cercano posible a lo normal.
   - d. Mantener niveles normales de actividad, incluso al ejercicio.
   - e. Evitar los efectos adversos de los medicamentos.
   - f. Prevenir el desarrollo de obstrucción irreversible de vías aéreas.
   - g. Prevenir la mortalidad por asma.
4. **NIVEL DE DIAGNOSTICO:**

   Nivel I - II : Asma Leve - moderada
   Nivel III - IV : Asma severa
5. **CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:**
   - a. Diagnostico de enfermedad:
     - ** Historia de axacerbaciones recurrentes, caracteristicamente nocturnas, a menudo provocadas por factores exógenos como alergenos, irritantes, ejercicio e infecciones virales.
     - ** Mediciones objetivas de obstrucción al flujo aéreo y su variabilidad mediante flujometría o espirometría
   - b. Diagnóstico de severidad:
     - * Estadío Leve
     - * Estadío Moderado
     - * Estadío Severo

* *Jefe del Programa de Control del Asma y EPOC Gerencia de Programas Especiales de Salud.*

CLASIFICACION DE LA SEVERIDAD DEL ASMA

SEVERIDAD	HALLAZGOS ANTES DEL TRATAMIENTO	FUNCION RESPIRATORIA	MEDICACION NECESARIA
LEVE	Síntomas Intermitentes <1-2 veces/sem Sint. nocturnos < 2 veces/mes Asintomático entre episodios	Flujometría basal > 80% previsto Variabilidad Flujom. > 20% Fliujometría normal post broncodilatador	Beta 2 inhalado condicional
MODERADA	Exacerbaciones >1-2 veces/sem Sint. nocturnos >2 veces/mes Necesidad casi diaria de Beta2 inhalados	Flujom. basal 60-80% previsto Variabilidad flujom. 20-30% Flujometría normal post broncodilatador	Antiinflamatorio inhalado diario Broncodilatador acción prolong. diario, esp. síntomas nocturnos
SEVERA	Exacerbaciones frecuentes Sint. contínuos Sint. nocturnos frecuentes Actividad física limitada Hospitalizado en año previo Muy severa exacerbación previa	Flujomatría basal <60% previsto Variabilidad flujometría > 30% Flujometría baja aún con terapia óptima	Antiflamatorio inhalado diario a altas dosis Broncodilatador acción prolong. diario, esp. síntomas nocturnos Uso frecuente de corticoide sistémico

6. MANEJO:

6.1 Asma Crónica Leve

Procedimientos Auxiliares

1. Medición de flujometría periódica en adultos y niños mayores de 7 años
2. No requiere otros exámenes auxiliares.

Medidas Generales

1. Educar a los pacientes para identificar y evitar los factores desencadenantes.
2. Enseñar a los pacientes la medición de la flujometría y la técnica inhalatoria.
3. Proporcionar apoyo mediante el Programa de Control del Asma para seguimiento periódico.

Terapia Específica

Esquema 1:

1. Salbutamol 100 ug condicional. Vía inhalatoria. no más de 3 veces/semana.
2. Salbutamol 100 ug previo a ejercicio o exposición a alergeno. Vía inhalatoria.

El paciente registrará periódicamente su flujo espiratorio máximo en su domicilio en su cartilla personal que mostrará durante la consulta externa. La enfermera medirá y registrará el valor durante su atención en el Programa.

Tiempo de tratamiento: 3 meses

- De haber respuesta adecuada en el período indicado se suspenderá la terapia, permaneciendo en control periódico por el Programa ante la posibilidad de reaparición de la sintomatología.
- Si luego de aplicar el esquema 1, el paciente persiste sintomático se iniciará de nuevo el esquema.
- Si luego de aplicar el esquema 1, el paciente exacerbara la frecuencia o intensidad de sus síntomas se considerará Estadío Moderado.

6.2 Asma Crónica moderada

Procedimientos Auxiliares

1. Medición de flujometría periódica en adultos y niños mayores de 7 años.
2. Realización de Pruebas de Función Respiratoria, en caso de disponibilidad de equipo.
3. Exámenes bacteriológicos de esputo para descarte de infecciones respiratorias bacterianas.

Medidas Generales

1. Brindar educación al paciente y su familia acerca de la naturaleza de la enfermedad e importancia de los factores desencadenantes mediante charlas y cartillas educativas.
2. Enseñar al paciente a utilizar las aerocámaras para mejor aprovechamiento de la terapia inhalatoria.
3. Enseñar ejercicios respiratorios útiles, incluyendo práctica de la natación.

Tratamiento Específico

Esquema 2:

1. Beclometasona 200 - 500 ug/día. Vía inhalatoria.
2. Salbutamol 100 ug condicional hasta 3-4 veces/día. Vía inhalatoria.

Tiempo de tratamiento: 6 meses

– Si luego de aplicar el esquema 2, el paciente persiste o exacerba la frecuencia o intensidad de sus síntomas se utilizará el esquema 3.

Esquema 3:

1. Beclometasona 800-1,000 ug/día. Vía inhalatoria.
2. Teofilina de acción prolongada 3-4 mg/kg/d. Vía oral.
3. Salbutamol 100-200 ug condicional hasta 3-4 veces/día Vía inhalatoria.

Tiempo de tratamiento: 6 meses

- Si luego de aplicar el esquema 2, el paciente persiste o exacerba la frecuencia o intensidad de sus síntomas, se considerará Estadío Severo.

Terapia Coadyuvante:

De acuerdo a la evaluación practicada, se administrará terapia específica en caso de diagnosticar patología asociada.

6.3 Asma Crónica Severa

Procedimientos Auxiliares

1. Medición de flujometría periódica.
2. Radiografía de tórax.
3. Pruebas de Función Respiratoria.
4. Pruebas de provocación con alergenos específicos.

Medidas Generales

1. Educación personalizada al paciente y su familia con ayuda de material audiovisual.
2. Visita domiciliaria para evaluar alergenos domiciliarios.
3. Perfeccionamiento de la técnica inhalatoria.
4. Fisioterapia respiratoria.

Tratamiento Específico

Esquema 4:

1. Beclometasona 800-1,000 ug/día. Vía inhalatoria.
2. Teofilina de acción prolongada 3-4 mg/kg/d. Vía oral.
3. Salbutamol 100-200 ug condicional hasta 3-4 veces/día. Vía inhalatoria.
4. Prednisona 0.5 mg/kg/día. Vía oral. Reducir la dosis a los 7 días al mínimo posible.

Tiempo de tratamiento: 12 meses

7. CRITERIOS DE CONTROL, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

7.1 Control:

Todo paciente diagnosticado de Asma ingresará al Programa de Control del Asma para recibir consulta médica, atención de enfermería, administración supervisada de medicamentos, atención social y visita domiciliaria.

7.2 Referencia:

* Asma Crónica Severa

* Asma complicada en cualquier estadío De niveles I - II a niveles III - IV.

7.3 Contrareferencia:

Luego de controlado el cuadro y mejorado el estadío, con epicrisis e indicaciones de manejo.

8. DESCANSO MEDICO:

Estadío leve: no requiere descanso.
Estadío moderado y severo: mientras limite la actividad física, según criterio médico.

ASMA AGUDA

1. CODIGO: 493

2. DEFINICION:

2.1 Exacerbación del asma caracterizada por empeoramiento progresivo de la obstrucción al flujo aéreo y evidencia por disminución del flujo espiratorio.

2.2 Se incluirá en el presente protocolo a todo paciente con asma que presente un episodio de dificultad respiratoria progresiva, tos, sibilancias, opresión torácica o alguna combinación de estos síntomas.

3. OBJETIVOS:

a. Aliviar la obstrucción de vías aéreas

tan pronto como sea posible mediante la administración repetitiva de beta 2 inhalados y la temprana introducción de corticoides.

b. Aliviar la hipoxemia.

c. Restaurar la función pulmonar a lo normal, tan pronto como sea posible.

d. Evitar futuras exacerbaciones a través de su manejo y seguimiento por el Programa de Control del Asma.

e. Desarrollar un plan de acción individual, para el caso de una futura exacerbación.

4. NIVEL DE ATENCION:

Nivel I - II: Asma aguda leve (diagnostico y tratamiento)
Asma aguda moderada y severa (diagnóstico, manejo inicial y referencia)

Nivel III - IV: Asma aguda moderada y severa

5. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:

a. Severidad de la exacerbación: (anexo 1)

Estadío Leve (Crisis Asmática Leve)
Estadío Moderado (Crisis Asmática Moderada)
Estadío Severo (Crisis Asmática Severa)

b. Factores de Riesgo de Muerte: Datos evidenciables de la Anamnesis y que deben registrarse en la Historia Clínica:

- Uso habitual de corticoides sistémicos.
- Hospitalización por asma en el año anterior.
- Antecedente de intubación por asma.
- Enfermedad psiquiátrica o problemas sicosociales.
- Falta de cumplimiento del tratamiento.

6. MANEJO : (anexo 2)

6.1 Asma Aguda Leve

Procedimientos Auxiliares

Medición de flujometría

Medidas Generales

El paciente debe disponer, previamente, de un plan escrito de autocuidado que le permita reconocer los signos de deterioro, iniciar el tratamiento bronco dilatador por vía inhalatoria en casa y buscar ayuda médica en el servicio de Urgencias o, en su defecto, en el Programa de control del Asma.

Tratamiento Sintomático

Esquema 1:

a. Salbutamol 200 - 400 ug cada 20 minutos durante la primera hora. Vía inhalatoria con aerocámara.

b. En niños, según la disponibilidad de terapia inhalatoria, puede usarse alternativamente:
Fenoterol 2-4 mg solución. Vía nebulización. Por 1 vez.

Evaluación a los 60 minutos:

* **Respuesta adecuada:**

Mejoría clínica duradera más de 4 horas.
Flujometría mayor del 80% del previsto.

El paciente continuará Salbutamol cada 3-4 horas vía inhalatoria por 24-48 horas, siendo transferido y controlado en Consultorio Externo de Medicina o Pediatría. Si existe mejoría sostenida en síntomas y flujometría, puede continuar el tratamiento ambulatorio. La recuperación completa de la exacerbación a menudo es gradual y puede requerir continuar la medicación por varios días para mantener el control de los síntomas y la mejoría en la flujometría.

* **Respuesta incompleta:**

Falta de mejoría clínica duradera
Flujometría menor del 80% del previsto

De no haber una respuesta pronta y sostenida, se considerará como episodio moderado o severo y se le referirá al servicio de Emergencia del Hospital de nivel III - IV correspondiente para evaluación y manejo.

6.2 Asma Aguda Moderada

Evaluación inicial en Emergencia:

a. Historia: severidad de síntomas, medicación habitual, duración y causa del episodio actual, hospitalización y atenciones de emergencia.

b. Examen físico: severidad de la exacerbación y descarte de complicaciones.

Procedimientos Auxiliares

a. Flujometría horaria

b. Hemograma en pacientes con esputo purulento o fiebre para descartar infección bacteriana.

c. Radiografía de Tórax en caso de sospecha de complicación cardiopulmonar.

d. Gases arteriales en flujometría entre 30-50%.

Medidas Generales

1. Se administrará oxígeno nasal suficiente para alcanzar saturación de oxígeno del 90%.

2. La sedación está contraindicada.

3. Antibióticos en pacientes con fiebre y esputo purulento sugestivos de infección bacteriana.

4. Se hidratará a los niños con escasa ingesta oral.

Tratamiento Sintomático

Esquema 2:

a. Fenoterol 2 -4 mg solución cada 20 minutos en 1 hora. Vía nebulización. Alternativamente puede utilizarse: Salbutamol 200-400 ug cada 20 minutos en 1 hora. Vía inhalatoria con aerocámara ó Adrenalina 0.3 mg cada 20 minutos en 1 hora. S.C.

b. Prednisona 0.5 mg/kg. Vía oral.
En caso de ingesta reciente de corticoide oral:
Hidrocortisona 250 mg. E.V. 1 dosis.

Reevaluación del caso en forma horaria:

* Respuesta adecuada:

Mejoría sostenida 60 minutos después de la última dosis del tratamiento.
Examen físico normal.
Flujometría mayor del 70%.

Se continuará tratamiento con salbutamol inhalado y prednisona siendo transferido a Consultorio.

* Respuesta inadecuada después de dos horas:

Se considerará episodio severo y será hospitalizado.

6.3 Asma Aguda Severa

Evaluación inicial en sala de hospitalización:

a. Historia detallada: antecedentes de insuficiencia respiratoria o complicaciones de corticoterapia, senectud, embarazo, complicaciones médicas.

b. Examen físico: Controles vitales, es-

tado de conciencia e hidratación, presencia de cianosis.

Procedimientos Auxiliares

a. Flujometría.
b. Radiografía de torax.
c. Gases arteriales.
d. Electrolitos: Sodio y Potasio.

Medidas Generales

1. Hidratación adecuada del paciente pediátrico.
2. Control estricto del balance hídrico.
3. Oxígeno nasal húmedo 5 lt/minuto.

Tratamiento Sintomático

Esquema 3

a. Fenoterol 2-4 mg solución, en adultos, y 3 gts/kg peso, en niños, cada hora. Vía nebulización.

b. Aminifilina E.V. en infusión permanente (bomba de infusión) o por microgotero.

c. Metilprednisolona 100 mg. cada 6 hors. Vía E.V.

Evaluación continua:

* Mejorado:

Sibilancias mínimas o ausentes
Menos de 1 episodio nocturno con síntomas leves
Buena tolerancia a las actividades
Flujometría mayor del 70% del previsto.

Se continuará la medicación por vías inhalatoria y oral. Se educará al paciente acerca del uso de la medicación y medición de flujometría en casa, preparándolo para el alta.

* No mejorado o agravado:

Se le transferirá a la Unidad de Cuidados Intensivos para continuar la medicación nebulizada e intravenosa, monitorización y ventilación mecánica en caso de insuficiencia respiratoria hipercapnica.

7. CRITERIOS DE REFERENCIA, HOSPITALIZACION, CUIDADO INTENSIVO, ALTA Y CONTROL:

7.1 Referencia: Asma aguda moderada y severa

De niveles I - II a niveles III y IV, luego de diagnóstico y manejo inicial, para atención por Emergencia y potencial requerimiento de Cuidados Intensivos

7.2 Hospitalización:

* Respuesta inadecuada dos horas después de iniciado el trata-miento.
* Severa y persistente limitación al flujo aéreo (flujometría menor del 40%)
* Antecedente de asma aguda severa con hospitalización.
* Presencia de factores de riesgo.
* Síntomas prolongados antes de llegar a Emergencia.
* Domicilio alejado de servicios de salud.
* Dificultades en domicilio.

7.3 Cuidado Intensivo:

* Falta de respuesta a la terapia en Emergencia.
* Presencia de confusión, somnolencia u otros signos de paro respiratorio inminente o pérdida de la conciencia.
* Paro respiratorio inminente: hipoxemia pese a oxígeno suplementario (p02 menor de 60 mmHg) y/o pC02 mayor de 45 mmHg.

7.4 Alta:

* Mejoría clínica sostenida durante observación de 60 minutos después de la última dosis de broncodilatador.
* Flujometría mayor o igual al 70% del previsto.

7.5 Control:

Todo paciente diagnosticado de asma, nuevo o en control, será referido en el momento del alta al Programa de Control del Asma para su manejo y seguimiento.

8. RECURSOS HUMANOS:

NIVEL I : Médico general capacitado. Enfermera. Auxiliar de Enfermería.

NIVEL II : Médico especialista. Enfermera. Auxiliar de Enfermería.

NIVEL III-IV : Médico especialista. Enfermera especializada. Personal paramédico especializado.

RECURSOS MATERIALES:

En orden progresivo, según niveles de complejidad:

Asma Leve: Aerocámara
Nebulizadores - Mascarillas
Oxígeno (Balón-empotrado)
Flujómetro
Medicamentos:
- Salbutamol 100 ug inhalador
- Fenoterol solución 0.5%
- Adrenalina 1/1000 Ampollas

Asma Moderada: Laboratorio: Hemograma, Gases arteriales
Equipo de Rayos X
Equipo de reanimación.
Medicamentos:
- Metilprednisolona x 500 mg. Ampollas
- Prednisona 5 mg. Tabletas.
- Dextrosa 5% 1000 cc. Frasco

Asma severa: Laboratorio : Electrolitos, dosaje de teofilina.
Unidad de Cuidados Intensivos.
Ventilador mecánico.

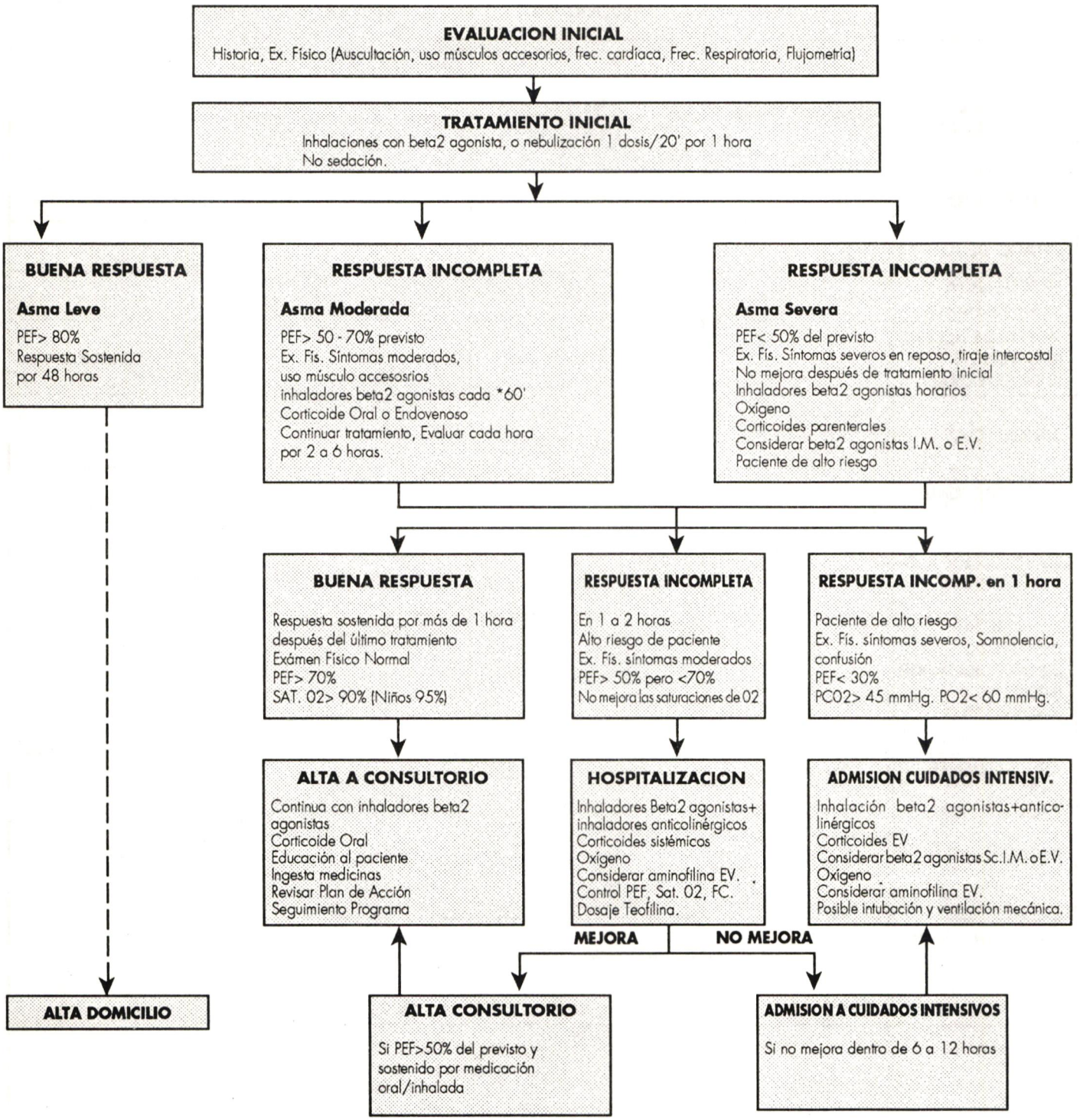
REFERENCIAS BIBILIOGRAFICAS

- "The Pediatric Asthma Management Plant" Woolcok Aj, Rubinfeld AR, Seale Jp,et al. 1991
- "Guidelines for Management of Asthma" I-Chronic Persistent Asthma and II-Acute Severe Asthma British Medical Journal. 1990.
- "International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Asthma. International Asthma project... Albert L. Sheffer. U.S.A. 1992.
- Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Asthma Education Program. 1991.

SEVERIDAD DE LA EXACERBACION DEL ASMA (Anexo 1)

	LEVE	MODERADA	SEVERA	PARO RESP. INMINENTE
DIFICULTAD RESPIRATORIA	CAMINANDO PUEDE ACOSTARSE	HABLANDO INFANTE APACIBLE LLANTO ENTRECORTADO DIFICULTAD P/COMER PREFIERE ESTAR QUIETO	DESCANSO INFANTE DEJA DE COMER	
PRONUNCIA	ORACIONES	FRASES	PALABRAS	
ESTADO DE ALERTA	PUEDE ESTAR AGITADO	SIEMPRE AGITADO	SIEMPRE AGITADO	SOMNOLIENTO O CONFUSO
FRECUENCIA RESPIRATORIA	AUMENTANDO	AUMENTANDO	SIEMPRE > 30/MIN	
MUSCULOS ACCESO RETRACCION SUPRASTERNAL				MOVIMIENTO TORACICO ABDOMINAL PARADOJICO
SIBILANCIAS	MODERADAS A MENUDO SOLO ESPIRATORIAS	RUIDOSO	USUALMENTE RUIDOSO	AUSENCIA DE SIBILANTES
PULSO POR MINUTO	< 100	100 - 200	> 120	BRADICARDIA
PULSO PARADOJICO	AUSENTE <10 mm Hg.	CASI PRESENTE 10 - 25 mm Hg.	SIEMPRE PRESENTE > 25 mm Hg. (ADULTO) 20 - 40 mm Hg. (NIÑO)	AUSENTE SUGIERE FATIGA DE MUSCULOS RESPIRATORIOS
FLUJOMETRIA DESPUES DE BRONCODILATADOR INICIAL % PREVISTO O % MEJORIA CLINICA	MAYOR DE 70 - 80 %	ENTRE 50 - 70 %	<50% PREDICTIVO < 100 L/MIN EN ADULTOS o ULTIMA RESPUESTA EN MENOS DE 2 HORAS	
AIRE AMBIENTE Pa02 Y/O PaC02	NORMAL EXAMEN NO NECESARIO USUALMENTE <45 mm Hg.	>60 mm Hg. <45 mm Hg.	<60 mm Hg. POSIBLE CIANOSIS > 45 mm Hg: POSIBLE FALLA RESPIRATORIA	
SATURACION OXIGENO	>95%	91 - 95%	<90 %	
	HIPERCAPNEA (HIPOVENTILACION) SE DESARROLLA MAS FACILMENTE EN NIÑOS QUE EN ADOLESCENTES Y ADULTOS			
	GUIA DE PULSO Y RESPIRACION NORMAL EN NIÑOS EDAD <2 MESES — FRECUENCIA NORMAL <60/min — PULSO <160/Min. 2-12 MESES — FRECUENCIA NORMAL <50/min — PULSO <120/Min. 1-5 AÑOS — FRECUENCIA NORMAL <40/min — PULSO <110/Min.			

MANEJO DE LAS EXACERBACIONES ASMA (Anexo 2)



Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial

*Dr. José M. Sosa Rosado**
*Dr. Fernando Sibille Loli***

I. TITULO: HIPERTENSION LEVE-MODERADA EN EL ADULTO

II. CODIGO: 401

III. DEFINICION:

Para fines del presente protocolo se incluirá:

3.1 Todo paciente con hipertensión arterial (HTA) esencial (primaria) evaluado en estadío leve-moderada.

3.2 Todo paciente nuevo que se ajuste a los criterios de diagnóstico de hipertensión arterial esencial (primaria) Leve-moderada. Estadíos I-II (V JNC) Fases I-II de la OMS.

IV. OBJETIVOS

4.1 Diagnosticar y tratar adecuada y oportunamente al paciente con hipertensión arterial leve a moderada.

4.2 Utilizar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos efectivos y eficientes, tendiendo a la monoterapia.

4.3 Evitar la presentación de complicaciones prevenibles, a fin de disminuir la morbi-mortalidad prematura.

V. NIVEL DE DIAGNOSTICO:

5.1 Atención ambulatoria: Nivel I-II, hipertensión arterial leve; moderada controlada/no controlada.

5.2 Criterios de Hospitalización: Evolución a:

- Angina de pecho de reciente aparición.
- Hipertensión acelerada.
- Disfunsión ventricular izquierda aguda.
- Diagnóstico de hipertensión secundaria.
- Encefalopatía hipertensiva.

* *Médico Cardiólogo Presidente del Programa Salud Integral del Adulto.*
** *Médico Internista*

V. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:

a). **Cifras de Presión Arterial** (En mm de Hg.):

	Presión Sistólica	Presión Diastólica
Leve (Estadío I):	140-159	/ 90-99
Moderado (Estadío II):	160-179	/ 100-109

Para la definición de la severidad predomina la cifra mayor de la presión sistólica o diastólica.

b. **El diagnóstico se basa en:**

- El promedio de 2 ó más lecturas tomadas en 3 ó más visitas con una semana de intervalo que se toma en posición sentada, con brazo derecho o izquierdo desnudo apoyado a nivel del corazón y no haber ingerido café o fumado 30 minutos previo a la toma de presión.

c) **Factores de Riesgo:**
Datos evidenciales en la anamnesis y que deben registrarse en la historia clínica.

- Historia familiar de enfermedad coronaria prematura (antes de los 55 años)
- Hábito de fumar (≥ 10 cigarrillos/día/año).
- Historia de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares previos.
- Diabetes Mellitus.
- Obesidad
- Estilos de vida sedentario.
- Stress.

d) **Compromiso de órgano blanco:**
Registrar la presencia o ausencia de signos asociados a compromiso de:

- Corazón
- Riñón
- Cerebro
- Retina
- Vascular periférico

IV. MANEJO (Ver Fluxograma de Manejo)

6.1 Procedimientos Auxiliares

a) En todo paciente con hipertensión arterial moderada o leve se deberá evaluar evidencia de compromiso de órgano blanco, mediante los siguientes exámenes:

- Dosaje de: Creatinina sérica o Urea.
- Glucosa
- Colesterol Total
- Triglicéridos
- Exámen de orina completo
- Electrocardiograma
- Exámen oftalmológico basal. Fondo de ojo.
- Tele Rx de Tórax.

b) Reevaluación de éstos exámenes:

- Si son negativos: deberán reevaluarse anualmente.
- Si son positivos: se recomienda control cada tres meses, salvo situaciones que a criterio del especialista requieran una evaluación más frecuente.

6.2 Medidas Generales:
Los valores óptimos esperados a obtener en pacientes menores de 60 años con los tratamientos a instalar son:

PA Sistólica	Pa Diastólica
120-130 mm Hg	80-85 mm Hg

6.2.1 Esquema 1: Modificación del estilo de vida

Este esquema se aplicará en todo paciente con hipertensión arterial, independiente del estadío clínico y del uso o no de terapia farmacológica (salvo contraindicaciones específicas).

Hipertensión Arterial leve:

- Sin factores de riesgo y sin sintomatología asociada deberá

ser controlado cada tres meses, de acuerdo a los lineamientos de atención del paciente crónico requiriendo como manejo sólo el mencionado en el Anexo Nº 1 (Esquema 1 de tratamiento).

- Si tiene factores de riesgo y/o sintomatología; y no se encuentra alteraciones en los exámenes auxiliares, se continuará con lo mencionado en el Anexo Nº 1.
- Si no hay evidencia de otra entidad concomitante realizar por lo menos 06 meses de modificaciones en el estilo de vida para poder iniciar monoterapia.

6.2.3 Modificar los factores de riesgo, (Ver Anexo 1).
En todo paciente se intentará modificar los factores de riesgo.

6.3 Terapia específica

6.3.1 Esquema 2: Tratamiento Farmacológico Inicial.
Para el paciente con:

- HipertensiónArterial esencial Leve ó moderada, con compromiso de órgano blanco
- Hipertensión no controlada Luego de 06 meses de realizar modificaciones en el estilo de vida, sin evidencia de otra entidad concomitante:

a) Iniciar con monoterapia:
– Diuréticos o betabloqueadores (salvo contraindicaciones Ver Tabla 1)
· Hidroclorotiazida: 12.5 - 50 mg/d en 1 dosis.
· Propranolol: 40 - 320 mg/d en 3 dosis
· Atenolol: 25 - 100 mg/d en una dosis
b) Alternativas:
– Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina
· Captopril 25 - 100 mgr en tres dosis
· Enalapril 10 - 40 mgr en dos dosis
· Calcio Antagonista
- Nifedipina de 30 a 90 mg x d 3 dosis.
- Diltiazem 180 a 240 mg x d. 3 dosis.
- Verapamil 240 a 300 mg x d. 3 dosis.

b) Evolución:
Si después de 1-3 meses
· La respuesta a la terapia inicial es inadecuada:
(PA Sistólica y/o diastólica en valores superiores a valores normales PA< 140/90 mm Hg), pero no existen efectos colaterales:
· Considerar:
· Incrementar la dosis de la primera droga si ha estado en valores mínimos.
· Sustituirla por una droga de otra clase. (Ver Tablas 1 y 2, Anexo 2)

6.3.2 Esquema 3:

Indicaciones:

a) Tratamiento farmacológico para uso en presencia de patologías concomitantes.
b) Contraindicación al uso de diuréticos o betabloqueadores (Se sugiere seguir las indicaciones de la Tabla No. 1).
c) Considerar que la hipertrofia ventricular izquierda es el factor de riesgo independiente más importante de desarrollar eventos adversos.

VII CRITERIOS REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA CONTROL Y ALTA

Control:

	Esquema 1	Esquema 2	Esquema 3
· Médico:	c/3 meses	c/3 meses	c/2-3meses
· Psicológico:	c/6 meses	c/6 meses	c/6 meses
· Enfermera:	c/01 mes	c/01 mes	c/01 mes
· Nutricionista:	c/6 meses	c/6 meses	c/6 meses

Es necesario que el control del Hipertenso Arterial se realice por un equipo multidisciplinario, los cuales seguirían las pautas establecidas para el control de paciente hipertenso crónico.
Alta en caso de Hospitalización:
Al remitir la compilación de la hipertensión Arterial.
Presión Arterial en valores adecuados para el paciente
Referencia : A Centros Asistenciales con capacidad de resolución.
A nivel II : Evidencia o sospecha de HTA secundaria
IRC leve o moderada
Insuficiencia coronaria
Disfunción ventricular izquierda
A nivel III ó IV: Diagnóstico de HTA secundaria
IRC terminal
Cardiopatía isquémica
HTA severa o refractaria al tratamiento.

Contrarreferencia:
Paciente diagnosticado y estabilizado debe regresar y permanecer en su nivel de origen, con epicrisis y prescripción del hospital de referencia.

8. DESCANSO MEDICO

No se requiere en el tratamiento ambulatorio

9. COSTO APROXIMADO

Incluye una consulta, de diagnóstico y los medicamentos del tratamiento farmacológico inicial por tres meses.

10. ANEXOS

Fluxograma del Manejo Hipertensión Arterial leve-moderada.

Anexo 1: Modificación de Estilos de Vida

Tablas : 1. Dosis recomendadas de los agentes Antihipertensivas.
2. Drogas Antihipertensivas y Entidades Concomitantes.
3. Combinaciones entre antihipertensivos.

PROTOCOLO

I. HIPERTENSION ARTERIAL SEVERA DEL ADULTO

II. CODIGO : 401

III. DEFINICION :

Para fines de manejo con el presente protocolo se incluirá:

a. Todo paciente con Hipertensión Arterial esencial (primaria) conocido en estadío severo.
b. Todo paciente que se ajuste a los criterios de diagnóstico de Hipertensión Arterial esencial (primaria) severa.

IV. OBJETIVO :

a. Lograr el adecuado control de la pre-

sión Arterial usando tratamientos costo-efectivos.

b. Evitar o disminuir la presentación de las complicacioens producidas por la hipertensión arterial severa, prevenibles a través de un adecuado manejo TERAPEUTICO.

c. Identificar y tratar las complicaciones en forma oportuna, retardando su prograsión.

V. NIVEL DE ATENCION:

Nivel II, III o IV:

Ambulatoria : Hipertensión arterial severa controlada.

Hospitalización : Cardiopartía Hipertensiva avanzada.
Hipertensión Maligna.
Diagnóstico de Hipertensión Secundaria.
Hipertensión Refractaria al tratamiento.

IV. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:

a) Cifras Promedio de Presión Arterial (En mm de Hg):

	Presión Sistólica		Presión Diastólica
Severa (Estadio III):	180-209	/	110-119
Muy Severa (Estadio IV):	≥210	/	≥120

Para la definición de la severidad predomina la cifra mayor de Presión Arterial Sistólica o Diastólica.

b) Evidencia de daño de órgano blanco
c) Factores de riesgo:

Datos evidenciables en la anamnesis y que deben registrarse en la historia clínica.

- Historia familiar de Enfermedad Coronaria Prematura (antes de los 55 años).
- Hábito de Fumar (≥ 20 cigarrillos/día/año).
- Eventos Cardiovasculares y Cerebrovasculares previos.
- Diabetes Mellitus.
- Obesidad.
- Estilos de Vida Sedentario.

VII. MANEJO: (Ver Fluxograma de Manejo)

Procedimientos Auxiliares

1. En todo paciente con diagnóstico de Hipertensión Severa deberá realizarse las siguientes acciones:

- Descartar posibilidad de hipertensión secundaria (anexo 3).
- Evaluar compromiso de órgano blanco:
  a. Electrocardiograma.
  b. Dosaje de urea o creatinina plasmática.
  c. Dosaje de glucosa y colesterol total, trigliceridos, HDL, LDL, colesterol.
  d. Fondo de ojo.
  e. Depuración de creatinina.
  f. Ecocardiograma.
- Dependiendo de los resultados de los exámenes auxiliares se complementará con otros estudios de acuerdo al criterio del especialista.

Medidas Generales

1. Reforzar las modificacioens del estilo de vida (Ver anexo 1).

2. En pacientes de tercera edad la presión arterial sistólica menor o igual a 155 mm Hg parece ser una meta razonable y segura.

Tratamiento Específico (Ver tablas 1, 2 y anexo 2)

1. Si luego de utilizar terapia farmacológica a dosis plenas la respuesta a la terapia es inadecuada, deberá reevaluarse el caso en sospecha de la presencia de interacciones medicamentosas:

   1.1 Si no se encontrara evidencia de interacciones medicamentosas que alteren la respuesta farmacológica, se sugiere adicionar un segundo o tercer agente, siendo necesariamente uno de ellos un diurético.

   1.2 De haber evidencia de interacción medicamentosa, se realizará la corrección respectiva, modificando la terapia y se reevaluará la respuesta en un período de 01 mes:

VIII CRITERIOS DE CONTROL Y ALTA:

Control:

- Médico : c/2-3 meses
- Enfermera : c/01 mes
- Nutricionista : c/4 meses
- Psicólogo : c/4 meses

Alta:
- Al controlar la complicación del órgano blanco.
- Presión Arterial en valores adecuados para el paciente.
- Presencia de equilibrio hemodinámico.

IX DESCANSO MEDICO:

- En manejo ambulatorio no requiere descanso físico.
- En pacientes hospitalizados, los días de su internamiento y los días que a criterio del especialista requiera posterior a la hospitalización.

ANEXO 1: MODIFICACION DEL ESTILO DE VIDA

Este esquema debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinario, en cada centro asistencial, el deberá estar conformado al menos por una Enfermera capacitada y opcionalmente una Nutricionista, un Psicólogo y será presidido por el Médico encargado del programa de Control de Hipertensión Arterial de dicho centro asistencial.
Se intentará eliminar o controlar los factores de riesgo realizando las siguientes acciones:

- **Reducción de peso en pacientes con Obesidad:**
  Tender a obtener y mantener el Indice de Masa Corporal (I.M.C.) en niveles adecuados, según sexo.

I.M.C.	Valores Límites
Hombre	20 - 28
Mujer	19 - 27

$$\text{I.M.C.} = \frac{\text{Peso (en Kg.)}}{\text{Talla}^2 \text{ (en mts.)}}$$

- **Moderación en la ingesta de alcohol**
  La excesiva ingesta de alcohol puede causar aumento de la Presión Arterial y resistencia a la terapia antihipertensiva, recomendándose no exceder la ingesta de alcohol a una onza de etanol al día.

- **Actividad física regular**
  Realizar actividad física por lo menos 15 a 20 minutos al día o 30 a 45 minutos 3 a 5 veces por semana, siendo ésta con ejercicios de tipo Aeróbico. Considerar ejercicio aquel en el cual la persona puede mantener una conversación normal durante la ejecución del mismo, no deberá ser competitiva sino recreativa, ejemplo caminar, trotar, montar en bicicleta o natación.

- **Reducción de la ingesta de sodio**
  La asociación entre la ingesta de sodio en la dieta y los niveles de la Presión Arterial favorece una reducción de la Presión Arterial en respuesta a la ingesta de sodio. Asimismo la población de mayor edad y los de raza negra son más sensibles a cambios de la ingesta de sodio en la dieta. Se recomienda una ingesta de cloruro de sodio de menos de 6 gr. por día. De contar con una Nutricionista se debe solicitar la evaluación respectiva.
- **Incrementar ingesta de Potasio**
  Una alta ingesta dietética de potasio puede proteger contra el desarrollo de Hipertensión Arterial y la deficiencia de ésta puede incrementar los valores de la Presión Arterial e inducir ectopia ventricular. Los alimentos vegetales contienen un mayor contenido de potasio, de contar con una Nutricionista se debe solicitar la evaluación respectiva.
- **Eliminar el Hábito de fumar**
  Aunque no relacionado a la Hipertensión Arterial, el tabaquismo es uno de los mayores factores de riesgo de enfermedad coronaria, el cual debe ser evitado por todo paciente hipertenso: asimismo se ha reportado un menor efecto hipotensor a los fármacos en pacientes fumadores.
- **Relajación**
  En personas que presenten un nivel de estrés o personalidad de tipo A, se deberá solicitar evaluación por el Psicólogo del centro asistencial.

ANEXO 2. COMBINACIONES ENTRE ANTIHIPERTENSIVOS

1. Calcio Antagonistas más Bloqueador Alfa ó Inhibidor ECA ó Agonista Central Alfa.
2. Alfa Bloqueador más Calcio Antagonista ó Inhibidor ECA.
3. Agonistas Central Alfa más Calcio Antagonistas ó Bloqueador Alfa ó Agonista Central Alfa.
4. Tener en consideración:
   - No es necesaria la restricción del sodio cuando se utiliza un Calcio Antagonistas.
   - Los diuréticos pueden reducir efectividad de los Calcio Antagonistas.
   - La conversión de pacientes a estados de renina baja con Inhibidor ECA puede aumentar el efecto de los Calcio Antagonistas.

Tabla 1.- DROGAS ANTIHIPERTENSIVAS Y ENTIDADES CANCOMITANTES

ENTIDADES	DROGAS DE ELECCION	ALTERNATIVA	CONTRA INDICACION (Relativa o absoluta)
DIABETES MELLITUS	Inhibidor ECA Calcioant. Prazosin		Betabloqueadores Diuréticos Metildopa
HIPERLIPO-PROTEINEMIA	Calcioant. Clonidina Prazosin	Inhibidor ECA Vasodilatadores	Betabloqueadores Diuréticos Metildopa
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	Calcioant. Clonidina Prazosin	Inhibidor ECA Diuréticos Vasodilatadores Metildopa	Inhib. ECA en enf. vasc. ren. Betabloqueadores
INSUFICIENCIA CARDIACA	Inhibi. ECA Diuréticos Nifedipina Prazosin Vasodilata.	Metildopa	Betabloqueadores Verapamil
ANGINA	Betabloq. Calcioant.	Diuréticos	Vasodilatadores directos
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	Inhibidor ECA Calcioant.	Diuréticos Prazosin	Betabloqueadores Metildopa
EPOC-ASMA	Calcioant. Prazosin	Inhibidor ECA Diuréticos Metildopa	Betabloqueadores
TOXEMIA DEL EMBARAZO	Hidrazalina	Metildopa Prazosin Clonidina	Inhibidores ECA Bloqueadores Diuréticos
ENFERMEDAD VASCUALR PERIFERICA	Inhib. ECA Calcioant. Prazosin	Diuréticos Metildopa	Betabloqueadores
ENFERMEDAD CRONICA HEPATICA	Diuréticos ahorradores de k Prazosin	Vasodilatadores	Metildopa Diuréticos
HIPERURICEMIA	Inhibid. ECA Calcioant. Clonidina Metildopa Prazosin	Vasodilatadores	Betabloqueadroes Diuréticos
TERCERA EDAD	Calcioant. Diuréticos Prazosin	Inhibidores ECA Betabloqueadores	Metildopa

Tabla 2.- DOSIS RECOMENDADAS DE LOS AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS					
AGENTE	DOSIS TOTAL/DIA				# DOSIS/DIA
Diuréticos					
• Hidroclorotiazida	12.5	-	50	mg.	1
• Furosemida	20	-	320	mg.	2
Betabloqueadores					
• Atenolol	25	-	100	mg.	1
• Propanolol	40	-	320	mg.	3
Calcio - antagonistas					
• Nifedipino	30	-	120	mg.	3
• Diltiazem	90	-	360	mg.	2-3
• Verapamil	120	-	480	mg.	3
Inhibidores de la ECA					
• Enalapril	2.5	-	40	mg.	1-2
• Captoril	12.5	-	150	mg.	2-3
Antidrenérgicos centrales					
• Metildopa	500	-	2000	mg.	3-4
• Clonidina	0.150	-	1.2	mg.	2
Bloqueadores alfa-adrenérgicos					
• Prazosin	1	-	20	mg.	2-3
Vasodilatadores directos					
• Hidrazalina	50	-	300	mg.	4

TABLA 3. DROGAS EN EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

ENTIDADES	DROGAS DE ELECCION	DROGAS ALTERNATIVAS	DROGAS CONTRAINDICADAS
ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	Nitroprusiato sódico		Betabloqueadores, metildopa, clonidina
INFARTO CEREBRAL	Nitroprusiato sódico No tratamiento		Betabloqueadores, metildopa, clonidina
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	Nitroprusiato sódico No tratamiento	Nifedipino Inhibidor ECA	Betabloqueadores, metildopa, clonidina
INSUFICIENCIA VENTRICULAR AGUDA	Nitroprusiato sódico + Furosemida	Nitroglicerina + Furosemida	Betabloqueadores Hidralazina
ISQUEMIA O INFARTO DE MIOCARDIO	Nitroglicerina	Nitroprusiato sódico Calcio antagonistas	Hidralazina
ANEURISMA DISECANTE DE AORTA	Nitroprusiato sódico + B-bloqueadores		Hidralazina
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	Nitroprusiato sódico	Calcio antagonistas	B-bloqueadores
ECLAMPSIA	Hidralazina Metildopa	Clonidina	Nitroprusiato sódico (uso casos refractorios) Diuréticos
FEOCROMOCITOMA	Fentolamina	Nitroprusiato sódico B-bloqueadores	Calcio antagonistas
PROVOCADAS POR DROGAS - Inhibidor MAO - Cocaína	Nitroprusiato sodio Nitroprusiato sodio	- Prasozina	

TABLA 4. TRATAMIENTO ORAL USADO EN URGENCIAS HIPERTENSIVAS				
DROGA	**ADMINISTRACION**	**INICIO DEL EFECTO**	**TIEMPO DE ACCION**	**DOSIS**
Nifedipino	Sublingual	5 - 10 min.	3 - 6 hr.	Repetir 10 - 20 mg c/5 - 15 min.
	Oral	15 - 20 min.	3 - 6 hr.	Repetir 10 - 20 mg c/5 - 15 min.
Clonidina	Oral	30 - 60 min.	8 - 12 hr.	Iniciar 0.15 mg (1tab.), luego 0.075 mg. (1/2 tab.), max. 7 veces.
Captoril	Oral	30 - 60 min.	6 - 8 hr.	Repetir c/30 min 25 - 50 mg.
Prazozina	Oral	60 - 120 min.	12 - 24 hr.	Repetir después de 1 hora si es necesario.

TABLA 5. MEDICACION PARENTERAL UTILIZADA EN EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS				
DROGA**	**ADMINISTRACION**	**INICIO DEL EFECTO**	**TIEMPO DE ACCION**	**DOSIS**
Nitroprusiato de Sodio	Infusión E.V.	Inmediato	2 - 3 min.	Iniciar 0.5 - 10 ug/Kg/min (0.25 ug/Kg/min para eclampsia o Insuficiencia Renal) Dosis ≥ 2 ug/Kg/min máximo 10 minutos.
Nitroglicerina*	Infusión E.V.	1 - 2 min.	3 - 5 min.	5 - 100 ug/min.

* Opcionalmente puede ser reemplazo por Isorbide Dinitrato

** En caso de no contar con estos productos o no tener la capacidad resolutiva para su utilización, puede ser utilizado como alternativa:

- Nifedipino vía sublingual
- Clonidina en Infusión E.V.
- Enaprilato E.V.

Reingeniería de la Planificación en el Instituto Peruano de Seguridad Social: La Planificación con Base Epidemiológica

*Dr. Manuel Lorenzo Hurtado**

I. INTRODUCCION

Tal como hemos apuntado en un informe anterior (1), la planificación en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) ha de desplazarse de la planificación tradicional en base a recursos e insumos a la planificación con un sustento epidemiológico. Es decir, la planificación deberá tener en cuenta, para el caso de la salud, las características del "mercado de servicios".

Mi intención en este documento, es tratar de graficar cómo se podría realizar este procedimiento y comparativamente situar, ventajas y desventajas entre la planificación actual y la planificación con enfoque epidemiológico (reingeniería).

II. EL PROCESO DE PROGRAMACION

La programación de los servicios en el IPSS se ha venido efectuando, operativamente, de la siguiente forma: se ha calculado las metas tomando en consideración una población adscrita, de la cual se ha estimado, que el 25 a 30% –según estudios no actualizados–, podría estar sujeta a atención.

Con un número estándar de atenciones de 4 por asegurado al año, ese veinticinco o treinta por ciento de la población asegurada es multiplicada por cuatro para obtener la meta anual y entre doce para obtener las metas por mes. O sea, se ha programado, solo con un criterio cuantitativo que no se basa en la problemática de salud-enfermedad de los servicios.

Por ejemplo, para una población de 300,000 asegurados, se ha calculado que el 25% estaría sujeta a ser incluída en la programación del año, lo cual representa un total de 75,000 personas. Como el número de atenciones estándar a ofrecer es de 4, multiplicamos 75,000 por cuatro y esto nos da la meta anual, o sea 300,000 consultas, o lo que es lo mismo decir, que estamos ofreciendo en promedio, 1 control o atención por asegurado al año. Para la meta mensual, dividimos 300,000 entre 12 y obtenemos, como resultado, un total de 25,000 consultas por mes.

Otra fórmula pudiera ser, programar en base a los recursos disponibles. Por ejemplo, si para el caso anterior, un establecimiento cuenta con una planta de 50 médicos, estimaríamos que con un rendimiento estándar de 6 consultas por hora, y con 4 horas contratadas de atención directa a pacientes por 24 días al mes, esta planta de médicos estaría en condiciones de atender o tendría como meta mensual 28,800 consultas, es decir (50 x 6 x 4 x 24=28,800) ó 345,600 al año.

Yo sostengo que ambas formas de programación son muy inespecíficas y no contribuyen a la evaluación del impacto de los servicios (su efectividad, su eficacia).

En el primer esquema, la programación es muy general y endeble (pueden caerse todos los supuestos con un simple reajuste de sus estándares). Por otro lado, al no tomar en consideración el potencial de sus recursos, puede poner freno, con las metas, a su capacidad real de producción –como ocurre en algunos establecimientos de Lima–. (Para la situación graficada en los ejemplos hipotéticos, se tenía una meta de 25,000 consultas, cuando en realidad, el centro asistencial estaba en capacidad de ofertar 28,800).

En el segundo esquema, el proceso descrito, no toma en cuenta las peculiaridades de la población a la cual brinda el servicio. Es decir: su estructura por sexo, grupos de edades, condición del asegurado, etc. La que impregna de especificaciones su mercado.

Es conocido, que los problemas de salud-enfermedad difieren según los grupos etáreos. Por ejemplo, los niños padecen con más frecuencia de las enfermedades eruptivas de la infancia (sarampión, varicela, etc.), de caries dentales; y las personas de la tercera edad de enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión, artrosis, enfermedades periodontales, etc). Al mismo tiempo, a las mujeres le son propios los problemas de salud ligados a la esfera reproductiva (embarazos, cáncer uterino, etc.). Todos estos elementos expuestos constituyen los perfiles epidemiológicos.

Cuando programamos tanto con el primer esquema como con el segundo, no estamos tomando en consideración las peculiaridades de nuestro mercado de servicios, la demanda potencial y sus especifidades. En el primer caso, la programación, desde el punto de vista de la demanda, es global y en el segundo, desde el punto de vista de la oferta, no considera adecuadamente la demanda de servicios.

III. REINGENIERIA DE LA PROGRAMACION

Nuestra posición es, que la programación debe realizarse, con una base epidemiológica, por dos razones:

1) Para que se ajuste, en forma más realista, a la naturaleza y características de la demanda de los servicios.

2) Para que permita definir tasas (incidencia y prevalencia) y metas de impacto a futuro, con las cuales medir, no sólo la eficiencia sino además, la efectividad o eficacia de las acciones de salud de los servicios. Las tasas mencionadas, permitirán a su vez, hacer una comparación entre la calidad de distintos servicios y delimitar áreas geográficas prioritarias con un criterio de riesgo.

Esta programación ha de ser, por definición, descentralizada. Y deberá realizarse por cada establecimiento y dentro de éstos, por cada servicio.

La agregación de servicios definirá las

* *Gerencia de Consulta y Atención Externa*

Los criterios expuestos en este documento son el resultado de una reflexión y propuesta personal, que no compromete una posición institucional.

metas de programación por establecimientos. Estos últimos se agregarán, de abajo hacia arriba, para definir las metas por Gerencias Zonales y Departamentales y el consolidado de éstas y de otros establecimientos especializados, definirá las metas a Nivel Central.

Grafiquémoslo con un ejemplo: Un centro asistencial x, tiene los siguientes servicios:

Medicina
Pediatría
Obstetricia
Odontología, etc.

El Servicio de Pediatría deberá su perfil –según la demanda a su servicio– para un período de tiempo prefijado, el cual pudiera ser de un año.

Digamos hipotéticamente, que ese perfil está compuesto por IRA, EDA, parasitismo, etc. Por cada una de estas entidades nosológicas, se definirán, tasas de incidencia y prevalencia según el caso.

Si la tasa de incidencia de IRA es por ejemplo, de 50,000 casos por 100,000 habitantes, la de EDA de 25,000 casos por 100,000 y la de parasitismo de 1,000 casos por 100,00. Este servicio estimará, con la sumatoria de éstas y otras enfermedades relevantes sus metas para el próximo año, debiendo considerar un margen extra de programación, que incluya la dispersión de otras patologías de baja frecuencia, en tanto se perfeccione el proceso. O sea, 50,000 + 25,000 + 1,000 = 76,000 consultantes al año, a las que habría que agregar, el factor de corrección.
Estos consultantes se multiplicarían después, por el número de atenciones o controles previstos para cada uno de estos daños, para obtener el número total de consultas. O sea, si para cada una de estas entidades se considera 1 control o atención, el número de consultas será de 76,000 (igual al número de consultantes). Si se calcularon 2 atenciones, el número de consultas será el doble del número de consultantes, etc.

La suma de las metas de los servicios definirán las metas del establecimiento asistencial.

Si la prevalencia de Diabéticos en la población adscrita del Servicio de Medicina, es de 10 por 1,000 asegurados, y la de hipertensos de 20 por 1,000. Nosotros pudiéramos contrastar, el resultado de los servicios de un establecimiento con otro, o de una gerencia con otra, o entre zonas geográficas. Y, lo que es más importante, conoceríamos cuál es nuestra demanda potencial de diabéticos, hipertensos, asmáticos, etc., en una localidad. Con esta definición del mercado potencial, y una definición del número de controles o atenciones, que requieren estos pacientes según nuestras normas (protocolos), podríamos definir nuestras metas de programación por servicios.

Con las tasas de incidencia y prevalencia definidas, podríamos plantearnos también, las metas de impacto a futuro.

Las metas de impacto, podrían trazarse de la siguiente forma:

- Reducir en 20% (en x años) la población asegurada (del servicio, centro asistencial, etc.) con cifras de colesterol por encima de 200 mg.%.
- Reducir en 15% la población asegurada obesa.
- Reducir en 30% la población asegurada con cifras de glucosa por encima, por ejemplo, de 140mg%.
- Reducir la prevalencia de Tuberculosis en 10%.
- Etc.

Es decir, tiene que haber un critertio para medir la efectividad de las acciones de los servicios, de manera que éstos no sigan una espiral ciega, cuantitativa, siempre creciente.

Estas metas de efectividad, de lograrse, tendrán un impacto en la demanda de servicios por la consecuente prevención de complicaciones (infartos, accidentes vasculares encefálicos, muertes, etc.) cuyos resultados se capitalizarán, en la atención hospitalaria. Y, deberán analizarse, a todos los niveles, por servicios e integradamente. Para el caso del Nivel Central, se deberá procurar romper el estanco de la juridisción de las Gerencias de Consulta Externa u Hospitales, al nivel de integración superior (la Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud del IPSS).

En resumen, las características de este proceso de rediseño de la planificación institucional, podrían sintetizarse de la siguiente manera:

1) La planificación en el Instituto Peruano de Seguridad Social ha de tener una base epidemiológica y estará articulada al quehacer de los servicios.

2) El proceso de programación tendrá una direccionalidad de abajo hacia arriba. O sea, ha de construirse desde los servicios –y no desde el Nivel Zonal, Departamental o Central–.

3) La programación se realizará con la participación de los profesionales que laboran en los servicios, los cuales, quedarán comprometidos con el cumplimiento de las metas identificadas.

4) Un producto del proceso será, la definición de metas para la evaluación no sólo de la eficiencia sino de la efectividad de las acciones de salud de los servicios.

5) Un enfoque similar ha de sustentar, en el futuro, los pedidos de recursos humanos para los servicios de salud. Nosotros sugerimos que cualquier solicitud de especialistas desde un centro asistencial, para ser considerada, deberá incorporar:

   a) El perfil epidemiológico del servicio.
   b) Las tasas de incidencia o prevalencia de los daños.
   c) Las metas identificadas.
   d) Y, finalmente, el análisis de la necesidad del recurso.

IV. BIBLIOGRAFIA

1) LORENZO H. MANUEL: "Alcances para Evaluar y/o Medir la Productividad o Rendimiento; y la Calidad de la Atención Ambulatoria en el Instituto Peruano de Seguridad Social". Comunicación Personal.

La Sábana Blanca

En un Hospital

"El Hombre es quien sufre su propio dolor"

*Gilberto Medina**

PROLOGO

Parece que al emprender este propósito de escribir, fingiendo algo que no domino, trato de exteriorizar todo lo que pienso, todo lo que sé; pues son casi 30 años trabajando al lado de los enfermos de un Hospital. Estos años y todos los días son inflexibles con todos los seres humanos y mucho más cuando se realiza una labor como el que vende su trabajo, sea intelectual y técnico dentro de una especialidad, en este caso, en recuperar la salud de los miles de compatriotas que acuden al Hospital en busca de una mejoría.

El Hospital, la Cárcel, la Iglesia y el Cementerio para todo hombre, no importa su nivel político, social, económico, cultural, religioso, etc., son los lugares que tarde o temprano nos esperan y con mucha más frecuencia e impostergablemente, EL HOSPITAL donde adyacente se encuentra una Capilla y en ella su sacerdote, todo hombre en el momento que lo necesita, está de hinojos ante el SEÑOR. En un Hospital, TRABAJAN personas que con su sabiduría (Médico) y la abnegada labor del complemento indispensable en recuperar la salud, se encuentra: la ENFERMERA, EL TÉCNICO Y EL AUXILIAR DE ENFERMERIA; este Grupo o Equipo de Salud, empieza a funcionar moviendo todos los engranajes de esa GRAN maquinaria recuperadora de la salud, para encontrar la curación y la pronta mejoría.

Muchas veces he tratado de entender la naturaleza humana y me parece que casi lo comprendo, los que realizamos esta labor santa de devolver la salud a un enfermo, estamos cubiertos aparentemente de una frágil defensa ante el dolor humano. Existe una expresión psicológica "El mecanismo de defensa", este fenómeno psíquico se manifiesta como una protección en todo ser humano y dentro del Hospital se desarrolla muy fácilmente. He visto alumnos de último año de Medicina, (Internos) llorar cuando sus pacientes mueren a pesar de que sus maestros ya sabían el diagnóstico y pronóstico final o terminal. Igualmente enfermeras que recién salen a enfrentarse con la realidad en la cabecera del paciente, perder la serenidad y reaccionar con nauseas y vómitos al ver esas heridas que como un gran taladro perfora la piel y los músculos hasta que se ven los huesos, se llaman ESCARAS que por cierto son tan difíciles de prevenir y curar a los que se les presentan por estar muchos días en las mismas posiciones dentro de una cama de Hospital,

Cuando transcurre el tiempo en la práctica de estos menesteres, el Médico, la Enfermera y el Técnico, aparecen con una coraza casi impenetrable, y una aparente insensibilidad ante el dolor del paciente inclusive ante la muerte.

La muerte, este misterio final o tránsito a una vida que la religión nos dice, el Cielo o el Infierno después de la muerte y sólo dos seres entran a las mismas entrañas de ese sendero insondable del hombre ante la muerte, dicen ser: "el Médico y el Sacerdote".

Esa misma vestimenta invulnerable al dolor ajeno, es penetrado cuando uno mismo resbala a la casa del jabonero (el Hospital). Recuerdo que cuando a un Médico de prestigio le llegan a realizar un examen de alta especialidad TAC "Tomografía Axial Computarizada", la sustancia de contraste, al ser inyectada comienza a gritar de dolor y desesperación el examen es inmediatamente suspendido y trasladado en una camilla a su cama, ya en su habitación comentaba con su colega que él (ella) a los gritos de dolor de sus pacientes, se mantenía inmutable, sólo atinaba a decirles "así es pues hijito, aguanta, no seas cobarde, en esta vida todo duele" estas son las palabras que recuerda haberles dicho en las muchas ocasiones que como Médico se enfrentaba ante el dolor de sus pacientes.

En el quehacer de Enfermería, sucede lo mismo, el dolor insoportable que manifiesta un ser humano, cuando las heridas entran en descomposición y putrefacción, despiden un olor nauseabundo, la Enfermera y su inseparable colaborador llamado Técnico, soportan el hedor que es tan penetrante a pesar de usar mascarillas de protección. Pienso que este trabajo de enfermería está designado sólo para personas con una formación y vocación predestinada, es la única manera de resistir este tipo de trabajo, para aguantar y hacer lo que se se hace, se necesita ser casi un santo o mismo BARCHILLON personaje venido de la Madre Patria (España) muy caritativo que vivió en nuestro País en el Siglo XVI, que cuando le expulsaron de su Hospital por no sé qué, pidió a sus superiores hacer las labores más humildes dentro del Hospital con tal de que no lo separasen de sus hermanos enfermos que tanto quería y él les sirvió hasta el último día de su existencia. Barchilon, Camilo de Lelys, Miss Florence Nightingale y muchos más, son paradigmas dignos de emulación.

Tener vocación al prójimo, pensando que al hacer un buen trabajo, más tarde será recompensado con creces, inclusive aún estando hospitalizado cuando nos toca el TURNO.

Se habla del INFIERNO, creo que este tenebroso lugar se encuentra aquí, sí aquí en esta tierra en que vivimos, el Infierno es el Hospital y la Cárcel; en un Hospital se viven los peores momentos, los dolores mas insufribles, las agonías más largas, inclusive cuando uno está por descansar (morir), te REANIMAN para que sigas pagando la factura, enclavado con una y más agujas por donde ingresa el suero y el medicamento que prolonga la AGONIA. Creo que más dolor uno no puede soportar teniendo agujas y sondas por doquier, más las ataduras de los pies y manos que con esos sujetadores llamados MUÑEQUERAS van liadas a la cama, este cuadro algunas veces

* *Inspectoría Médica y Farmacéutica*
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

se vive en un Hospital; cuando uno ama a su prójimo, el Infierno es eso, así de simple.

Un enfermo hospitalizado desde el primer que ingresa, si es o ha sido bueno con los suyos y con los demás, el día de la VISITA su lecho está lleno de amigos y familiares, su recuperación es fácil, el día del ALTA es más cercano. Inclusive el momento de la adversidad, la muerte , es tan sutil y rápido, la cara de estos seres buenos presentan un rictus de felicidad y sosiego y no de dolor o sufrimiento.

En el hospital lo que dice César Vallejo en sus HERALDOS NEGROS; -"el rostro más fiero y el lomo más fuerte"- se hacen más frágiles, cuando la enfermedad se posesiona de uno.

LA MUERTE, cuando el alma inicia el misterioso viaje de la muerte, según las tradiciones de las grandes religiones del mundo, encontrar a seres de otros niveles de la realidad, tales como ángeles que lo ayudan o jueces que pesan sus buenas o malas acciones en la balanza de la justicia cósmica, variadísimos objetos de arte de toda la historia cultural del hombre, ilustran tales escenas. Una pintura en un fragmento de Cerámica Etrusca, muestra una figura angelical atendiendo a un guerrero caído; un mosaico cristiano de la edad media, muestra a un terrorífico SAN MIGUEL con la balanza de la justicia en la mano. Muchos pacientes o enfermos que he conocido y han estado al borde de la muerte, pudieron relatarme que han visto a tales seres y sobre todo a familiares que ya han hecho ese viaje sin retorno, y en especial con mamá en el ocaso de ese momento crucial, al enfermo se le escucha conversar con su ser más querido o seres más preciados que quedan al desamparo y desolación.

El alma es inmortal, dicen que las almas de los muertos están vivas. En un Hospital cuando se deja gran parte de la vida, trabajando en estos avatares de la Salud, se ve, se siente, se escucha estas aseveraciones, sobre todo en las noches de GUARDIA o rondas nocturnas por el pasillo de un pabellón muchas veces cuando tropezamos con ellos (almas?) sentimos miedo y resignación y no hay nada que hacer, si diariamente se convive.

He estado al lado de pacientes en agonía en centenares de ocasiones coincidentes con mi turno de trabajo diurno o nocturno, con tristeza miro que cuando ese noble órgano cansado deja de latir, el BRILLO que tienen los ojos desaparecen, se vuelven tenues y opacos, la pupila empieza a aumentar de tamaño (midriasis), el Médico por medio de ellos certifica el fin de una vida, al escribir esta líneas la mente se me turba, verdaderamente la muerte es un misterio insondable , indescriptible y penoso.

Para finalizar este introito, hago un clamor a las autoridades de este querido Hospital, para que el servicio Médico de emergencia CODIGO ROJO sea oportuno, cuya presencia de los profesionales que los integran eviten muertes inútiles de **vidas jóvenes**. Este servicio, en las horas de la noche cuando se les solicita por teléfono y perifoneo llegan demasiado tarde y siempre después, cuando queda trasladar en una camilla al mortuorio e introducirlo en una cámara fría y oscura.

LA SABANA BLANCA

EL HOMBRE ES QUIEN SUFRE SU PROPIO DOLOR, el enfermo es un ser humano, es hombre, es hijo, es padre, es hermano, es el sostén de una familia, es esperanza es el que ya trabajó y seguirá laborando posteriormente. El enfermo es el que sufre, el que padece las viscisitudes y el dolor que engendra una herida abierta.

Un enfermo es un ser que ya no tiene las agallas, el coraje, el valor y la hombría cuando se es sano y se tiene la cabalidad y plenitud de las facultades. Cuando se es enfermo y se yace en el lecho del dolor, eres y te sientes la expresión más mínima, ahora sólo queda rezar a Dios y tener fé en tu Médico a quien desde un principio confiaste tu salud, tu vida, a ese profesional de vestir blanco, lo miras desde tu cubil como un Dios, un ser divino quien con su sabiduría, comprensión y trato ha de devolver esa salud quebrantada.

Pero, cuando este ser que en un principio has endiosado, te abandona en manos del Interno, asistente o residente u otro colega, sientes una gran decepción y tristeza, por que el trato que te da un profesional a quien nunca has visto, no es el mismo que el de tu Médico, son seres sin sentimientos, indolentes simples quirúrgicos o pasadores de visita médica y dadores de alta, son incapaces de llamarte por tu nombre y preguntarte o preocuparse de tu mundo interno, de tu dolor espiritual.

Las heridas y los dolores que causan ellos, es nada, lo que más duele es el deterioro moral, espritual e indolencia del Médico que ya no siente ni se preocupa por el dolor y sufrimiento de sus pacientes abandonándolos a su triste infortunio.

Este abandono espritual muchas veces tiene que ser afrontado por el personal de Enfermería (enfermeras, técnicos y auxiliares). Estos trabajadores que secundan al Médico son los santos que laboran con eficiencia, cariño y bondad, cumplen bien con su trabajo y se van de vuelta a sus hogares, sabiendo que han trabajado como buenos cristianos, pensando en ese hombre que sufre, llora y clama una atención.

Pero, hay quienes aparentan esta santidad son inertes, insensibles, sin Don ni vocación para esta clase de trabajo, simplemente son cumplidores de un horario y cobradores de un sueldo. Felizmente son muy pocos que no merecen ejercer este trabajo, porque de ellos el pobre enfermo, sólo recibe; indolencia, maltrato y desconsideración.

LA VISITA MEDICA

Si tu Médico durante el día, que tiene 24 horas, se acercara a tu cama un instante y te llamara por tu nombre preguntándote y preocupándose por tu salud, este GESTO para el enfermo es el mejor analgésico del mundo, es como si hubiera recibido el mejor tónico, en ese momento el dolor y la enfermedad se alejan. Sencillo, su Médico lo visitó, su Médico es su dios, después de su verdadero Dios Supremo; el resto que no es tu Médico, son los que sin saber si estás bien, sin fijarse en tu predisposición, sin saber cómo estás anímicamente, espiritualmente, física y moralmente, basta muchas veces que ya no tengas fiebre y estés sentado, el PASADOR de VISITAS MEDICAS ordena tu ALTA; uno se entera cuando los improvisados mozuelos que son de SERVIS que trabajan de auxiliar te botan de la cama, te sientan en una silla sin ningun abrigo ni contar con un centavo para llegar a tu casa, cuando se es viejo, todas las fuerzas se van. Con ese trato el enfermo viejo, ya cansino empieza a deambular en el Hospital hasta que el Servicio Social se interesa en su desgracia. Sólo ví llorar al viejo porque el pasador de visitas no conversó ni lo preparó para dar el ALTA.

REFLEXION: Son muchos pero no todos los que han perdido ese sentimiento humano; existen Médicos, Enfermeros (as), Técnicos y Auxiliares de Enfermería que son como el Pan Divino, buenos, sanos y serviciales. Ellos, ojalá nunca abandonen el Hospital, de lo contrario éste, quedaría en manos de los desalmados que nunca tienen tiempo para el Enfermo, para ese ser que espera en su lecho de dolor, el amanecer de un nuevo día y la cercanía de su Dios y sus Santos.

Grupos que Funcionan

*Dr. Samuel Pecho Vigil**

El entusiasmo por el Trabajo Grupal, se sigue desarrollando, el individualismo va cediendo terreno, el convencimiento de la búsqueda grupal de nuevas ideas, creatividad, alternativas y opciones tiene muchas más oportunidades. Se va profundizando paralelamente al desarrollo de la seguridad y autonomía individual: a mayor identidad personal menor temor al trabajo grupal y mejor aporte en él, es también un buen ejercicio democrático.

Quienes empiezan en esta rica modalidad de trabajo suelen creer que conformar ó estructurar un Grupo humano, es suficiente para que éste funcione y dé resultados inmediatos, olvidando que un Grupo conformado por personas, se constituye también en un organismo viviente siguiendo, por tanto, las leyes generales que cumplen todos los seres vivientes.

Esta creencia explica la aparición de concepciones falsas acerca de los grupos. Referiré cinco falacias frecuentes:

- Nunca se pueden tomar acuerdos y se pierde el tiempo.
- Es peligroso que alguien deje o ingrese al grupo.
- Todos tienen que saber igual.
- Todos deben pensar igual.
- Un grupo jamás debe cambiar.

El trabajo con diferentes objetivos y clases de grupos, (laborales, empresariales, de gestantes, adolescentes, pre-adolescentes, niños, madres solteras, de parejas, familiares, etc.), por muchos años en la Dirección Madre-Niño del HNERM, de nuestra institución, y en Empresas Particulares nos ha llevado a diseñar una Tabla Autoevaluatoria de Funcionamiento Grupal, (TAFG), que puede ser utilizada en grupos laborales y empresariales. Ella tiene las desventajas y ventajas de la simplicidad, después de todo ¿hay algo o alguien que no tenga ambas valencias?

Un grupo al ser un organismo viviente, también requiere ayuda de otros, por otro lado su disfunción se puede explicar, entre otras razones por una "crisis de crecimiento".

* *Fundador y Consultor de la Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil y Familiar DMN. HNERM.*
Fundador y ex-Director Ejecutivo del CIPPSA

TABLA AUTO EVALUATORIA DEL FUNCIONAMIENTO GRUPAL

Las propuestas al estar dirigidas al grupo se refiere a todos y cada uno de sus integrantes:

1.	Desarrollan y se benefician todos	5 4 3 2 1 0
2.	Se valoran y validan constantemente	5 4 3 2 1 0
3.	Se muestran honesta y auténticamente	5 4 3 2 1 0
4.	Asumen riesgos cuando es necesario	5 4 3 2 1 0
5.	Desarrollan creatividad y espontainedad	5 4 3 2 1 0
6.	Compiten constructivamente	5 4 3 2 1 0
7.	Cooperan entre sí "inconscientemente"	5 4 3 2 1 0
8.	Estbablecen y respetan Normas y Acuerdos	5 4 3 2 1 0
9.	Confianza básica en momentos difíciles	5 4 3 2 1 0
10.	Fé y Esperanza cuando "todo va mal"	5 4 3 2 1 0
11.	Asumen por igual errores y logros	5 4 3 2 1 0
12.	Respetan diferencias	5 4 3 2 1 0
13.	Han desarrollado técnicas negociadoras	5 4 3 2 1 0
14.	Expresan lo que piensan, sienten y desean	5 4 3 2 1 0
15.	Manejan y soportan presión ("estrés")	5 4 3 2 1 0

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO GRUPAL

75 a 70 puntos	Altamente funcional
69 a 65 puntos	Funcional
64 a 60 puntos	Disfuncional leve
59 a 54 puntos	Disfuncional leve/moderado
54 a 50 puntos	Disfuncional moderado/grave
49 ó menos	"Grupo" que no funciona

Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas[1]

Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas[2]

En Enero de 1978, un pequeño grupo de directores de revistas médicas generales se reunieron en Vancouver, Canadá, para fijar pautas con respecto a la presentación de los manuscritos enviados a ellas. El grupo, que se ha ampliado y actualmente es conocido como el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (o tambien como el Grupo de Vancouver), se ha venido reuniendo cada año desde entonces y sus inquietudes se han hecho más generales. El comité ha elaborado cuatro ediciones de los Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas; la presente edición, que es la cuarta, fue ligeramente enmendada en enero de 1993. En el curso de los debates referentes a los requisitos que deben cumplir los manuscritos se han suscitado otras cuestiones en torno a la publicación, especialmente los aspectos éticos. Algunas de esas inquietudes han quedado reflejadas en los Requisitos uniformes, mientras que otras han sido abordadas en declaraciones que el comité ha publicado por separado. El contenido del presente informe puede ser reproducido en su totalidad para fines educativos, sin afán de lucro, haciendo caso omiso de los derechos de autor; el comité alienta la distribución del documento, que espera sea de utilidad. A las revistas que accedan a aplicar los Requisitos uniformes se les solicita que citen el documento en sus instrucciones a los autores.

Bol Of Sanit Panm 116(2), 1994

[1] *Versión española basada en: International Committee of Medical Journal Editors, Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. JAMA 1993; 269: 2282-2286.*

[2] *Actualmente se hallan representadas en el comité las siguientes revistas y publicaciones: Annals of Internal Medicine, British Medical Journal, Canadian Medical Association Journal, The journal of the American Medical Association, The Lancet, The Medical Journal of Australia, The New England Journal of Medicine, New Zealand Medical Journal, Tidsskrift for den Norske Laegeforening, The Western Journal of Medicine e Index Medicus.*

Los directores de varias importantes revistas biomédicas que se publican en inglés han decidido uniformar los requisitos técnicos que deben cumplir los manuscritos enviados a ellas. Los requisitos se publicaron a principios de 1979 e incluían el formato de las referencias bibliográficas que la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos preparó para el Grupo de Vancouver. Con el paso del tiempo este grupo se convirtió en el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (CIDRM). Desde entonces el grupo ha venido enmendando ligeramente los requisitos.

Cerca de 500 revistas han aceptado recibir manuscritos preparados según los requisitos. Es importante hacer hincapié en lo que estos significan y en lo que no.

En primer lugar, los requisitos son instrucciones sobre la forma de preparar los manuscritos dirigidas a los autores; no se trata de indicaciones sobre estilo editorial destinadas a la redacción de las revistas. (Sin embargo, muchas revistas han incorporado en su estilo editorial ciertos elementos de los requisitos.)

En segundo lugar, si los autores preparan sus manuscritos según el estilo especificado por estos requisitos, los directores de las revistas participantes en el acuerdo de los requisitos uniformes se comprometen a no devolvérselos para que modifiquen el estilo. No obstante, en el proceso de publicación los manuscritos podrán ser modificados por las redacciones de las revistas para adaptarlos a las particularidades de su propio estilo editorial.

En tercer lugar, los autores que envíen manuscritos a una revista participante se abstendrán de prepararlos de acuerdo con el estilo editorial de ésta y se concretarán a cumplir con los Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas.

Los autores seguirán las instrucciones particulares de la revista en cuestión por lo que se refiere a los temas apropiados para ésta y el tipo de artículos que se le puedan enviar: por ejemplo, artículos originales, revisiones o informes de casos. Además, es probable que en dichas instrucciones figuren otros requisitos exclusivos de la publicación, tales como el número de copias del manuscrito, los idiomas en que éste puede ser redactado, la extensión de los artículos y las abreviaturas admisibles.

Se espera que las revistas participantes declaren en sus instrucciones a los autores que sus requisitos están de acuerdo con los **Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas** y citen una versión publicada de éstos. Este documento se enmendará periódicamente.

RESUMEN DE LOS REQUISITOS

El manuscrito se mecanografiará a doble espacio, incluídos la página del título (página inicial, portada), el resumen, el texto, los agradecimientos, las referencias, los cuadros y los pies o epígrafes de las ilustraciones.

Cada componente del manuscrito empezará en página aparte, siguiendo esta secuencia: página del título; resumen y palabras clave; texto; agradecimientos; referencias; cuadros (cada uno, junto con el título y las notas al pie, en página aparte); y pies o epígrafes de las ilustraciones.

Las ilustraciones se presentarán en forma de impresiones fotográficas de buena calidad, en papel satinado, sin montar y generalmente de 127 x 173 mm, sin exceder de 203 x 254 mm.

Las copias del manuscrito y de las ilustraciones en el número requerido (véanse las instrucciones de la revista) se remitirán en un

sobre de papel resistente. El manuscrito irá acompañado de una carta explicatoria, según se describe más adelante en "Presentación del manuscrito a la revista", y de los permisos necesarios para reproducir material ya publicado o para usar ilustraciones en las que se pueda indentificar a alguna persona.

Síganse las instrucciones de la revista con respecto a la cesión de los derechos de autor. Los autores conservarán copia de todo lo enviado.

PUBLICACION PREVIA Y DUPLICADA

La mayoría de los directores de revista no desean considerar para publicación un manuscrito acerca de un trabajo que ya se ha dado a conocer en un artículo publicado o que se ha descrito en un artículo propuesto o aceptado para publicación en otra parte, ya sea un medio impreso o electrónico. Por lo general, esta norma no impide considerar un artículo rechazado por otra revista o una comunicación completa que sigue a la publicación, por lo común bajo la forma de un resumen, de un informe preliminar. Tampoco impide considerar un artículo presentado en una reunión científica si éste no aparece íntegramente en las actas de la reunión o una publicación semejante. Las informaciones periodísticas acerca de la reunión no se considerarán en general como infracciones de esta regla, pero no habrán de ampliarse mediante datos suplementarios o copias de los cuadros o las ilustraciones. Cuando se propone un artículo para publicación, el autor está obligado a informar plenamente al director para publicación, el autor está obligado a informar plenamente al director de la revista acerca de cualquier presentación del documento a otras revistas o cualquier informe anterior que pudiera considerarse publicación previa o duplicada de un mismo trabajo o de uno muy semejante. Junto con el manuscrito se incluirán copias de los documentos pertinentes para ayudar al director a decidir la manera de hacer frente a este asunto.

Rara vez se justifica la publicación múltiple, que se define como el acto de publicar más de una vez los mismos resultados de un estudio, aunque la redacción se cambie. Una posible justificación es la publicación secundaria en otro idioma, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. Se informará cabalmente a los directores de las dos revistas involucradas; el director de la publicación secundaria tendrá en su poder una fotocopia, reimpreso o manuscrito de la versión primaria.
2. Se respetará la precedencia de la publicación primaria dejando transcurrir un intervalo de por lo menos dos semanas antes de sacar a la luz la versión secundaria.
3. El artículo secundario estará dirigido a un grupo diferente de lectores y no será simplemente una traducción del primario; incluso, a menudo hasta con una versión resumida.
4. La versión secundaria reflejará fielmente los datos y las interpretaciones de la primaria.
5. Mediante una nota colocada al pie de la primera página de la versión secundaria, se informará a los lectores, los colegas de los autores y los organismos de documentación que el artículo se ha editado y se destina a un público nacional en paralelo con la versión primaria, basada en los mismos datos e interpretaciones. Este podría ser un texto apropiado para dicha nota: "El presente artículo está basado en un estudio que se dió a conocer primero en (título de la revista y referencia completa)".

Los directores no aceptarán la publicación múltiple que discrepe de la definición anterior. Si los autores transgreden esta regla, tendrán que atenerse a las medidas editoriales del caso.

La divulgación preliminar, generalmente por conducto de los medios de comunicación de masas, de la información científica contenida en un artículo ya aceptado pero aún sin publicar representa una infracción de las normas de muchas revistas. En contadas ocasiones, y sólo mediante previo acuerdo con el director, puede aceptarse la diseminación preliminar de datos; por ejemplo, cuando se trata de precaver a la gente contra ciertos riesgos para la salud pública.

PREPARACION DEL MANUSCRITO

Mecanografíese o imprímase el manuscrito en papel bond blanco de 216 x 279 mm. o de la medida estándar ISO A4 (212 x 297mm), con márgenes de por lo menos 25 mm. Escríbase solamente sobre una cara del papel. Utilícese doble espacio a lo largo de todo el manuscrito o impreso de computadora, incluidos la página del título, el resumen, el texto, los agradecimientos, las referencias, cada uno de los cuadros y los pies o epígrafes de las ilustraciones. Cada uno de los siguientes componentes comenzará en hoja aparte: página del título, resumen y palabras clave, texto, agradecimientos, referencias, cada uno de los cuadros y los pies o epígrafes de las ilustraciones. Numerénse las páginas en forma consecutiva, empezando por la del título. Sobre el ángulo superior o inferior derecho de cada página anótese el número correspondiente.

PAGINA DEL TITULO

La primera página contendrá: a) el título del artículo, que será conciso pero informativo; b) nombre y apellido(s) de cada autor, acompañados de sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional; c) nombre del departamento o departamentos y la institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo; d) declaraciones de descargo de responsabilidad, si las hay; e) nombre y dirección del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito; f) nombre y dirección del autor a quien se dirigirán las solicitudes de separatas, o nota informativa de que los autores no los proporcionarán; g) origen del apoyo recibido en forma de subvenciones, equipo o medicamentos; y h) título abreviado (titulillo) que no pase de 40 pulsaciones (contando caracteres y espacios), el cual se colocará, debidamente rotulado, en la última línea de la página inicial.

AUTORIA

Todas las personas designadas como autores habrán de cumplir con ciertos requisitos para tener derecho a la autoría. Cada autor debe haber participado en el trabajo en grado suficiente para asumir responsabilidad pública por su contenido.

Para concederle a alguien el crédito de autor, hay que basarse únicamente en su contribución esencial por lo que se refiere a: a) la concepción y el diseño del estudio, o el análisis y las interpretación de los datos; b) la redacción del artículo o la revisión crítica de una parte importante de su contenido intelectual; y c) la aprobación final de la versión que será publicada. Los requisitos a, b y c tendrán que cumplirse siempre. La participación que consiste meramente en conseguir financiamiento o recoger datos no justifica que se le conceda a nadie el crédito de autor. Tampoco basta con ejercer la supervisión general del grupo de investigación. Toda parte del artículo que sea decisiva con respecto a las conclusiones principales deberá ser responsabilidad de por lo menos uno de los autores.

En un artículo de autor corporativo (colectivo) se especificará quiénes son las personas pricipales que responden del documento; a los demás individuos que colaboraron en el trabajo se les concederá un reconocimiento por separado (véase "Agradecimientos").

Los directores de revista podrán solicitar a los autores que justifiquen la asignación de la autoría.

Cada vez con más fecuencia, los ensayos multicéntricos se atribuyen a un autor corporativo. Todos los miembros del grupo que sean nombrados como autores, bien sean en la línea a continuación del título o en una nota a pie de página, deben satisfacer plenamente los criterios de autoría definidos en los Requisitos uniformes. Los miembros del grupo que no los satisfagan deben ser mencionados, con su autorización, en la sección de agradecimientos o en un apéndice (véase "Agradecimientos").

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La segunda página incluirá un resumen (que no excederá las 150 palabras de extensión si es un resumen ordinario o las 250 si es uno estructurado). En él se indicarán los propósitos del estudio o investigación; los procedimientos básicos (la selección de los sujetos de estudio o los animales de laboratorio, los métodos de observación y analíticos); los resultados más importantes (proporciónense datos específicos y, de ser posible, su significación estadística); y las conclusiones principales. Hágase hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio o las observaciones.

A continuación del resumen agréguense, debidamente rotuladas, de 3 a 10 palabras o frases cortas clave que ayuden a los indicadores a clasificar el artículo, las cuales se publicarán junto con el resumen. Utilícense para este propósito los términos de la lista Medical Subject Headings (MeSH) [Encabezamientos de materia médica] del Index Medicus; en el caso de términos de reciente aparición que todavía no figuren en los MeHS, podrán usarse las expresiones corrientes.

TEXTO

El texto de los artículos de observación y experimentales se divide generalmente, aunque no por fuerza, en secciones que llevan estos encabezamientos: introducción, métodos, resultados y discusión. En los artículos largos puede ser necesario agregar subtítulos dentro de estas divisiones a fin de hacer más claro el contenido, sobre todo en las secciones de resultados y discusión. Es probable que otro tipo de artículos —como los informes de casos, las revisiones y los editoriales— exijan otra estructura. Para mayor orientación, los autores deberán consultar la revista en la que pretenden publicar.

Introducción

Exprese el propósito del artículo. Resuma el fundamento lógico del estudio u observación. Mencione las referencias estrictamente pertinentes, sin hacer una revisión extensa del tema. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer.

Métodos

Describa claramente la forma como se seleccionaron los sujetos observados o que participaron en los experimentos (pacientes o animales de laboratorio, incluídos los testigos). Indentifique los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis) y procedimientos con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. Proporcione referencias de los métodos acreditados, incluidos los de índole estadística (véase más adelante); dé referencias y explique brevemente los métodos ya publicados pero que no son bien conocidos; describa los métodos nuevos o sustancialmente modificados, manifestando las razones por las cuales se usaron y evaluando sus limitaciones. Identifique exactamente todos los medicamentos y productos químicos utilizados, sin olvidar nombres genéricos, dosis y vías de administración.

Ética

Cuando informe sobre experimentos en seres humanos, señale si los procedimientos seguidos estuvieron de acuerdo con las normas éticas del comité (institucional o regional) que supervisa la experimentación en seres humanos o con la Declaración del Helsinki de 1975, enmendada en 1983. No use el nombre, las iniciales ni el número de clave hospitalaria de los pacientes, especialmente en el material ilustrativo. Cuando dé a conocer experimentos con animales, mencione si se cumplieron las normas de la institución, las del Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos o cualquier ley nacional acerca del cuidado y el uso de animales de laboratorio.

Estadística

Describa los métodos estadísticos con detalle suficiente para que el lector versado en el tema y que tenga acceso a los datos originales pueda verificar los resultados informados. Siempre que sea posible, cuantifique los resultados y preséntelos con indicadores apropiados de error o incertidumbre de la medición (por ej., intervalos de confianza). No dependa exclusivamente de las pruebas de comprobación de hipótesis estadísticas, tales como el uso de los valores P, que no transmiten información cuantitativa importante. Analice la elegibilidad de los sujetos de experimentación. Proporcione los detalles del proceso de aleatorización. Describa los medios utilizados para enmascarar las observaciones (método ciego), indicando los resultados que dieron. Informe sobre las complicaciones del tratamiento. Especifique el número de observaciones. Mencione las pérdidas de sujetos de observación (por ej., las personas que abandonan un ensayo clínico). Siempre que sea posible, las referencias sobre diseño del estudio y métodos estadísticos serán de trabajos vigentes (indicando el número de las páginas), más bien que de los artículos originales donde (indicando el número de las páginas), más bien que de los artículos originales donde se describieron por vez primera. Especifique cualquier programa de computación de uso general que se hayan empleado.

Las descripciones generales de los métodos utilizados deben aparecer en la sección de métodos. Cuando resuma los datos en la sección de resultados, especifique los métodos estadísticos que se emplearon para analizarlos. Limite el número de cuadros y figuras al mínimo necesario para explicar el tema central del artículo y para evaluar los datos en que se apoya. Use gráficas en vez de los cuadros subdivididos en muchas partes; no duplique los datos en las gráficas y los cuadros. Evite el uso no técnico de términos de la estadística, tales como "al azar" (que entraña el empleo de un método de aleatorización), "normal", "significativo", "correlación" y "muestra". Defina los términos, las abreviaturas y la mayor parte de los símbolos estadísticos.

Resultados

En el texto, los cuadros y las ilustraciones, presente los resultados siguiendo una secuencia lógica. No repita en el texto los datos de los cuadros o las ilustraciones; destaque o resuma tan solo las observaciones importantes.

Discusión

Haga hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellos. No repita con pormenores los datos u otra información ya pre-

sentados en las secciones de introducción y resultados. Explique en la sección de discusión el significado de los resultados y sus limitaciones, incluídas sus consecuencias para sus consecuencias para la investigación futura. Relacione las observaciones con otros estudios pertinentes. Establezca el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio, pero absténgase de hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos. No reclame ningún tipo de precedencia ni mencione trabajos que no estén terminados. Proponga nuevas hipótesis cuando haya justificación para ello, pero identificándolas claramente como tales. Cuando sea apropiado, puede incluir recomendaciones.

AGRADECIMIENTOS

En un lugar adecuado del artículo (como nota al pie de la primera página o como apéndice del texto; véanse los requisitos de la revista) una o varias declaraciones especificarán a) las colaboraciones que deben ser reconocidas pero que no justifican la autoría, tales como el apoyo general del jefe del departamento; b) la ayuda técnica recibida; c) el agradecimiento por el apoyo financiero y material, especificando la índole del mismo; d) las relaciones financieras que puedan suscitar un conflicto de intereses.

La personas que colaboraron intelectualmente pero cuya participación no justifica la autoría pueden ser citadas por su nombre, añadiendo su función o tipo de colaboración; por ejemplo, "asesor científico", "revisión crítica de la propuesta para el estudio", "recolección de los datos", "participación en el ensayo clínico". Estas personas deberán conceder su permiso para ser nombradas. Los autores se responsabilizarán de obtener la autorización por escrito de las personas mencionadas por su nombre en los agradecimientos, pues los lectores pueden inferir que estas respaldan los datos y las conclusiones.

El reconocimiento por la ayuda técnica recibida figurará en un párrafo separado de los testimonios de gratitud por otras contribuciones.

[3] *Evidentemente, por "extranjero" se entiende aquí en relación con el idioma inglés, pues los ejemplos de referencias bibliográficas se han trasladado directamente del original, sin adaptarlas. (N. del T.).*

REFERENCIAS

Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. En este, en los cuadros y en las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numerarán siguiendo una secuencia que se establecerá por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.

Emplee el estilo de los ejemplos que aparecen más adelante, los cuales están basados en el formato que la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos usa en el Index Medicus. Abrevie los títulos de las revistas de conformidad con el estilo utilizado en dicha publicación. Consulte la List of Journals Indexed in Index Medicus [Lista de revistas indizadas en Index Medicus], que se publica anualmente como parte del número de enero y como separata.

Absténgase de utilizar los resúmenes como referencias. Tampoco cite como referencias las "observaciones inéditas" y las "comunicaciones personales". En cambio, puede usted insertar en el texto (entre paréntesis) las referencias a comunicaciones escritas, no verbales. Asimismo, incluya en las referencias los artículos aceptados aunque todavía no estén publicados; en este caso, indique el título de la revista y agregue "En prensa". La información sobre manuscritos presentados a una revista pero que aún no han sido aceptados cítela en el texto como "observaciones inéditas" (entre paréntesis).

Los autores verificarán las referencias cotejándolas contra los documentos originales.

Se presentan a continuación una serie de ejemplos de formas correctas de referencias.

Artículos de Revistas Científicas

1. Artículo ordinario (inclúyase el nombre de todos los autores cuando sean seis o menos; si son siete o más, anótese sólo el nombre de los seis primeros y agréguese "et al."):

   You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. Gastroenterology 1980 Aug; 79(2):311–4.

   Como opción, si una revista utiliza la paginación continua a lo largo de un volumen, podrán omitirse el mes y el número:

   You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. Gastroenterology 1980; 79:311–4.

   Goate AM, Haynes AR, Owen MJ, Farral M, James LA, Lai LY, et al. Predisposing locus for Alzheimer's disease on chromosome 21. Lancet 1989; 1:352–5

2. Autor corporativo:
   The Royal Marsden Hospital Bone-marrow Trasplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post-hepatitis marrow aplasia. Lancet 1977; 2:742–4.

3. No se indica el nombre del autor:
   Coffe drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981;283:628

4. Artículo en idioma extranjero[3].
   Massone L, Borghi S, Pestarino A, Piccini R, Gambini C. Localisations palmaires purpuriques de la dermatite herpétiforme. Ann Dermatol Venerol 1987; 114:1545–7.

5. Suplemento de un volumen:
   Magni F, Rossoni G, Berti F. BN-52021 protects guinea-pig from heart anaphylaxis. Pharmacol Res Commun 1988;20 Suppl 5:75-8.

6. Suplemento de un número:
   Gardos G, Cole JO, Haskell D, Marby D, Paine SS, Moore P, The natural history of tardive dyskinesia. J Clin Psychopharmacol 1988;8(4 Suppl): 31S-37S.

7. Parte de un volumen:
   Hanly C. Methaphysics and innateness: a psychoanalytic perspective. Int J Psychoanal 1988;69(Pt 3): 389-99.

8. Parte de un número:
   Edwards L, Meyskens F, Levine N. Effect of oral isotretinoin on dysplastic nevi J Am Acad Dermatol 1989;20(2 pt 1):257-60

9. Número sin volumen:
   Baumeister AA. Origins and control of stereotyped movements. Monogr Am Assoc Ment Defic 1978;(3):353–84.

10. Sin número ni volumen:
    Danoek K. Skiing in and through the history of medicine. Nord Medicinhist Arsb 1982:86–100.

11. Paginación en números romanos:
Ronne Y. Ansvarsfall. Boldtransfusion till fel patient. Vardfacket 1989; 13: XVI-XVII.

12. Indicación del tipo de artículo, según corresponda:
Spargo PM, Manners JM. DDAVP and open heart surgery [letter]. Anaesthesia 1989;44:363–4.

Fuhrman SA, Joiner KA. Binding of the third component of complement C3 by Toxoplasma gondii [abstract]. Clin Res 1987;35:475A.

13. Artículo que contiene una retractación:
Shishido A. Retraction notice: Effect of platinum compounds on murine lymphocyte mitogenesis [Retraction of Alsabti EA, Ghalib ON, Salem MH. In: Jpn J Med Sci Biol 1979;32:53–65]. Jpn J Med Sci Biol 1980;33:235–7.

14. Artículo retirado por retractación:
Alsabti EA, Ghalib ON, Salem MH. Effect of platinum compounds on murine lymphocyte mitogenesis [Retracted by Shishido A. In: Jpn J Med Sci Biol 1980;33:235–7]. Jpn J Med Sci Biol 1979;32:53–65.

15. Artículo que contiene un comentario sobre otro trabajo:
Piccoli A, Bossatti A. Early steroid therapy in Ig.A neuropathy: still an open question [comment]. Nephron 1989;51:289–91. Comment on: Nephron 1988; 48:12–7.

16. Artículo que ha sido comentado en otro trabajo:
Kobayashi Y, Fujii K, Hiki Y, Tateno S, Kurokawa A, Kamiyama M. Steroid Therapy in IgA nephropathy: a retrospective study in heavy proteinuric cases [see comments]. Nephron 1988;48:12–7. Comment in: Nephron 1989;51: 289–91.

17. Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas:
Shofield A. The CAGE questionnaire and psychological health [published erratum appears in Br J Addict 1989;84:701]. Br J Addict 1988;83:761–4.

Libros y otras mononografías

18. Individuos como autores:
Colson JH, Armour WJ. Sports injuries and their treatment. 2nd rev ed. London: S Paul, 1986.

19. Directores o compiladores como autores:
Diener HC, Wilkinson M, editors. Drug-induced headache. New York: Springer Verlag, 1988.

20. Organización como autor y editor:
Virginia Law Foundation. The medical and legal implications of AIDS. Charlottesville: The Foundation, 1987.

21. Capítulo de libro:
Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr., Sodeman WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: Saunders, 1974:457–72.

22. Actas de conferencias:
Vivian VL, editor. Child abuse and neglect: a medical community response. Proceedings of the First AMA National Conference on Child Abuse and Neglect; 1984 Mar 30-31; Chicago: American Medical Association, 1985.

23. Artículo presentado a una conferencia:
Harley NH. Comparing redon daughter dosimetric and risk models. In: Gammage RB, Kaye SV, editors. Indoor air and human health. Proccedings of the Seventh Life Sciences Symposium; 1984 Oct 29–31; Knoxville (TN). Chelsea (MI): Lewis, 1985:69–78.

24. Informe científico o técnico:
Akutsu T. Total heart replacement device. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Heart and Lung Institute; 1974 Apr. Report No.:NIH-NHLI-69-2185-4.

25. Tesis doctoral:
Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease [dissetation]. Pittsburgh (PA): Univ of Pittsburgh, 1988.

26. Patente:
Harred JF, Knight AR, McIntyre JS, inventors. Dow Chemical Company, assignee. Epoxidation process. US patent 3,654,317. 1972 Apr 4.

Otros trabajos publicados

27. Artículo de periódico:
Rensberger B, Specter B. CFCs may be destroyed by natural process. The Washington Post 1989 Aug 7; Sect A:2(col 5).

28. Material audiovisual:
AIDS epidemic: the physician's role [videorecording]. Cleveland (OH): Academy of Medicine Of Cleveland, 1987.

29. Archivo de computadora:
Renal system [computer program]. MS-DOS versión. Edwardsville (KS): Medi Sim, 1988.

30. Documentos legales:
Toxic Substances Control Act: Hearing on S776 Before the Subcomm. on the Environment of the Senate Comm. on Commerce, 94th Congr., 1st Sess. 343 (1975).

31. Mapas:
Scotland [topographic map]. Washington: National Geographic Society (US), 1981.

32. Libro de la Biblia:
Ruth 3:1-18. The Holy Bible. Authorised King James version. New York: Oxford Univ Press, 1972.

33. Diccionarios y obras de consulta semejantes:
Ectasia. Dorland's illustrated medical dictionary. 27th ed. Philadelphia: Saunders, 1988:527.

34. Obras clásicas:
The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete works of William Shakespeare. London: Rex, 1973.

Trabajos inéditos

35. En prensa:
Lillywhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. Science. In press.

CUADROS

Mecanografíe o imprima cada cuadro a doble espacio y en hoja aparte. No presente los cuadros en forma de impresiones fotográficas. Numérelos consecutivamente siguiendo el orden en que se citan por primera vez en el texto, y asigne un título breve a cada uno. Cada columna llevará un encabezamiento corto o abreviado. Las explicaciones irán como notas al pie y no en el encabezamiento. En las notas al pie se explicarán todas las abreviaturas no usuales empleadas en cada cuadro. Como llamadas para las notas al pie, utilícense los símbolos siguientes en la secuencia que se indica: *, +, ‡, §, ¶, **, ++, ‡‡, ...

Identifique las medidas estadísticas de variación, tales como la desviación estándar y el error estándar de la media.

No trace líneas horizontales ni verticales en el interior de los cuadros.

Cerciórese de que cada cuadro sea citado en el texto.

Si incluye datos publicados o inéditos provenientes de otra fuente, obtenga la autorización necesaria para reproducirlos y conceda el reconocimiento cabal que corresponde.

Incluir un número excesivo de cuadros en relación con la extensión del texto puede ocasionar dificultades al confeccionar las páginas. Examine varios números recientes de la revista a la que planea presentar el artículo y calcule cuántos cuadros pueden incluirse por cada millar de palabras de texto.

Al aceptar un artículo, el director podrá recomendar que los cuadros suplementarios

que contienen datos de respaldo importantes, pero que son muy extensos para ser publicados, queden depositados en un servicio de archivo, como el National Auxiliary Publications Service (NASP) [Servicio Nacional de Publicaciones Auxiliares] en los Estados Unidos, o que sean proporcionados por los autores a quien lo solicite. En tal caso, se agregará en el texto la nota informativa necesaria. Sea como fuere, dichos cuadros se presentarán junto con el artículo.

ILUSTRACIONES (FIGURAS)

Envíe los juegos completos de figuras en el número requerido por la revista. Las figuras estarán dibujadas y fotografiadas en forma profesional; no se aceptarán los letreros trazados a mano o con máquina de escribir. En lugar de los dibujos, radiografías y otros materiales de ilustración originales, envíe impresiones fotográficas en blanco y negro, bien contrastadas, en papel satinado y que midan 127 x 173 mm, sin exceder de 203 x 254 mm. Las letras, números y símbolos serán claros y uniformes en todas las ilustraciones; tendrán, además, un tamaño suficiente para que sigan siendo legibles incluso después de la reducción necesaria para publicarlas. Los títulos y las explicaciones detalladas se incluirán en los pies o epígrafes, no sobre las propias ilustraciones.

Al reverso de cada figura pegue una etiqueta de papel que lleve anotados el número de la figura, el nombre del autor y cuál es la parte superior de la misma. No escribe directamente sobre el dorso de la figuras ni las sujete con broches para papel, pues se rompen y quedan marcadas. Las figuras no se doblarán ni se montarán sobre cartón.

Las fotomicrografías incluirán en sí mismas un indicador de la escala. Los símbolos, flechas y letras usados en estas contrastarán claramente con el fondo.

Si se usan fotografías de personas, estas no deberán ser identificables; de lo contrario, habrá que anexar un permiso por escrito para poder utilizarlas.

Las figuras se numerarán en forma consecutiva de acuerdo con su primera mención en el texto. Si la figura ya fue publicada, se reconocerá la fuente original y se presentará la autorización por escrito que el titular de los derechos de autor concede para reproducirla. Este permiso es necesario, independientemente de quién sea el autor o la editorial; la única salvedad son los documentos considerados como de dominio público.

En el caso de las ilustraciones en color, averigüe si la revista necesita negativos, transparencias o impresiones fotográficas. La inclusión de un diagrama en el que se indique la parte de la fotografía que debe reproducirse puede resultar útil a la redacción. Algunas revistas publican ilustraciones en color únicamente si el autor paga el costo extra.

Pies o epígrafes de las ilustraciones

Los pies o epígrafes de las ilustraciones se mecanografiarán o imprimirán a doble espacio, comenzando en hoja aparte e identificándolos con los números arábigos correspondientes. Cuando se utilicen símbolos, flechas, números o letras para referirse a ciertas partes de las ilustraciones, será preciso identificar y aclarar el significado de cada uno en el pie o epígrafe. En las fotomicografías habrá que explicar la escala y especificar el método de tinción.

UNIDADES DE MEDIDA

Las medidas de logitud, talla, peso y volumen se expresarán en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilogramo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos.

Las temperaturas se consignarán en grados Celsius. Los valores de presión arterial se indicarán en milímetros de mercurio.

Todos los valores hemáticos y de química clínica se presentarán en unidades del sistema métrico decimal y de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI). La redacción de la revista podrá solicitar que, antes de publicar el artículo, los autores agreguen unidades alternativas o distintas de las del SI.

ABREVIATURAS Y SIMBOLOS

Utilice únicamente abreviaturas ordinarias. Evite las abreviaturas ordinarias. Evite las abreviaturas en el título y el resumen. Cuando se emplee por primera vez una abreviatura, esta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común.

PRESENTACION DEL MANUSCRITO A LA REVISTA

Envíe por correo el número requerido de copias del manuscrito en un sobre de papel resistente; si es necesario, proteja las copias y las figuras metiéndolas entre dos hojas de cartón para evitar que las fotografías se doblen durante la manipulación postal. Meta las fotografías y transparencias en su propio sobre de papel resistente.

Los manuscritos irán acompañados de una carta de presentación que proporcione: a) información acerca de la publicación previa o duplicada, la presentación del manuscrito a otra revista o la publicación de cualquier parte del trabajo, según lo expresado líneas arriba; b) una manifestación de las relaciones financieras o de otros tipo que pudieran desembocar en un conflicto de intereses; c) una declaración de que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores, que se ha cumplido con los requisitos de la autoría expuestos anteriomente en el presente documento y, más aún, que cada uno de los autores cree que el manuscrito representa un trabajo honrado; y d) el nombre, la dirección y el número telefónico del autor corresponsal, quien se encargará de comunicarse con los demás autores en lo concerniente a las revisiones y a la aprobación final de las pruebas de imprenta. La carta incluirá cualquier información suplementaria que pueda resultar útil para el director, tal como el tipo de artículo que el manuscrito representa para esa revista en particular y si el autor (o los autores) estaría dispuesto a sufragar el costo de reproducir las ilustraciones en color.

El manuscrito se acompañará de copias de los permisos concedidos para reproducir material ya publicado, para usar ilustraciones o revelar información personal delicada sobre individuos que puedan ser identificados, o para nombrar a ciertas personas por su colaboración.

MANUSCRITOS EN DISQUETE

Tratándose de artículos que están cercanos a la aceptación final, algunas revistas piden que los autores proporcionen los manuscritos en forma electrónica (en disquetes) y pueden aceptar una variedad de formatos de procesamiento de textos o archivos (también llamados "ficheros") de texto (ASCII).

Al presentar disquetes, los autores deben:

1. Cerciorarse de incluir un impuesto de la versión del manuscrito en disquete.
2. Incluir en el disquete solamente la versión más reciente del manuscrito.
3. Poner muy claramente el nombre del archivo.
4. Rotular el disquete con el formato y el nombre del archivo.
5. Facilitar información sobre el software y el hardware empleados.

En las instrucciones de la revista dirigidas a los autores, estos deben consultar cuáles son los formatos que se aceptan, las convenciones para denominar los archivos, el número de copias que han de enviarse, y otros detalles del caso.

Revistas participantes

Las revistas que han notificado al Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas su disposición a que se les envíen manuscritos preparados de conformidad con las versiones anteriores de los Requisitos uniformes del Comité mencionan este hecho en sus instrucciones a los autores. La lista completa de ellas puede solicitarse a la Oficina de la Secretaría en Annals of Internal Medicine.

Mujeres, las más expuestas al virus del SIDA

Susan Litherland

LONDRES, 29 nov 94 (IPS). Casi la mitad de las nuevas infecciones del virus HIV causante del Sida se registran en mujeres, especialmente las adolescentes, que se contagian mas rápidamente que ningun otro grupo de la población, según un informe del Instituto Panos.

El nuevo documento divulgado en esta capital se publicó con ocasión del Día Internacional del Sida, que se celebrará el 1 de diciembre bajo los auspicios de la ONU.

El 40 por ciento de las 17 millones de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) son mujeres, en comparación con 25 por ciento en 1990, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Laurence Zavriew, autor del informe de Panos, advierte que este giro desde la periferia hacia el mismo centro de la epidemia de Sida tiene repercusiones devastadoras para las estructuras sociales de los países.

Las preocupaciones de Panos, una organización con sede en Londres, son compartidas por otros especialistas que trabajan en el campo de la salud.

Las mujeres son un componente central de la economía informal en los países en desarrollo y a menudo también el "pilar de la familia", afirmó Nkandu Luo, quien labora en la Sociedad para las mujeres y el Sida en Africa, en su filial de Zambia.

"Cuando las mujeres se enferman, toda la estructura familiar se ve amenazada" precisó.

Las mujeres también resultan cada vez más golpeadas por el virus HIV en los países del Norte, donde los grupos mas afectados son los homsexuales, bisexuales y drogadictos que utilizan jeringas.

El informe indica que en Estados Unidos la proporción de casos de Sida entre hombres y mujeres es de siete a uno, dos veces más que hace 10 años.

En los países caribeños, la proporción de infecciones por el virus HIV es casi igual entre los dos sexos.

Mientras tanto, en los países latinoamericanos están incrementándose las infecciones entre las mujeres.

En el Sudsahara Africano, donde la transmisión del virus se registra sobre todo entre los heterosexuales, cada vez son más las mujeres afectadas con respecto a los hombres.

El peligro de que la enfermedad ataque a las mujeres se agrava porque, una vez infectadas, pueden transmitir el virus a sus bebés, destacó Zavriew, también editor de la revista "World AIDS".

La enfermedad del Sida en las mujeres también puede causar dificultades particulares a las familias, en los casos en que ellas son el principal sostén, ya sea de los niños o de los enfermos.

Conforme aumenta el número de mujeres con HIV-positivo, también crece el número de niños infectados,indicó la OMS.

En todo el mundo existen un millón de niños infectados, casi totalmente a través de sus madres, ya sea durante la gestación, el alumbramiento o el amamantamiento, la mayoría de los cuales morirá antes de los 12 años, según Savriew.

Dado que el Sida afecta principalmente a personas en edad reproductiva y a que en los países en desarrollo existen pocos servicios de beneficiencia, los hijos que pierden a uno de los padres a menudo padecen pobreza y desnutrición.

Además, a menudo no tienen acceso a la educación ya que, debido al impacto económico de la enfermedad y la muerte sobre la familia, ésta no se puede dar el lujo de enviar a los niños a la escuela.

"Los sistemas educativos muy afectados por el HIV-SIDA deberán ser modificados a fin de enfrentar la nueva situación", manifestó Sheldon Shaeffer, del Instituto Internacional de Planificación Educativa, con sede en París.

"Las escuelas deberán ofrecer programas educativos más baratos y capacitación más práctica. Las niñas, en particular, necesitarán nuevos cursos de capacitación que les permitan ser económicamente independientes", añadió.

Según Zavriew, su naturaleza biológica y estatus social hacen que las mujeres sean particularmente vulnerables al virus del Sida.

Fisiológicamente, la transmisión del virus HIV de hombre a mujer parece ser el doble de eficaz que de mujer a hombre.

El riesgo de infección de infección es mayor en las niñas adolescentes, cuyos órganos genitales, aún inmaduros, pueden ser una barrera protectora menos segura contra el virus.

Además, sus compañeros tienden a ser hombres mayores que han tenido previamente otras experiencias sexuales.

"En los países en desarrollo, las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años muestran niveles de infección de HIV sustancialmente más altos que los hombres en el mismo grupo de edad", señaló Dorothy Blake, directora adjunta del programa Global para el Sida de la OMS.

En el Subsahara africano, por ejemplo, las mujeres de 19 a 23 años tienen el doble de probabilidades de resultar infectadas en comparación con los hombres de su misma edad.

Dado que no existe la posibilidad inmediata de una cura o vacuna contra el virus, Zavriew afirma que el núcleo de la prevención del Sida sigue siendo que las personas modifiquen su comportamiento sexual, una tarea difícil cuando la infedilidad es por lo general más aceptada en hombres que en mujeres.

Para las mujeres, el simple hecho de casarse puede aumentar el riesgo de ser infectadas.

Panos añade que en los países latinoamericanos las mujeres con mayor riesgo de contraer HIV son las casadas cuyos maridos tienen muchas compañeras sexuales.

* *Inter Press Service*

Destacan éxito de Terapia Anti-Sida en madres Seropositivas

GINEBRA, 25 nov 94 (IPS) Virólogos suizos calificaron de espectacular un tratamiento contra el Sida, denominado AZT, que reduce en dos tercios el riesgo de dar a luz hijos infectados de madres seropositivas.

Los expertos reaccionaron con entusiasmo ante un informe publicado este mes por The New England Journal of Medicine, en el que se afirmó que si esas madres eran tratadas con AZT –una de las pocas drogas antivirales que actúan contra el Sida–, sólo el 8, 5 por ciento de sus hijos nacerían infectados.

En cambio, de no aplicarse ese tratamiento, el peligro de contaminación alcanza al 25,5 por ciento de los recién nacidos.

El impacto por el informe –producto de una investigación franco-estadounidense– fue de tal magnitud en Suiza que esta semana las autoridades sanitarias lanzaron una campaña instando al empleo de AZT entre las embarazadas seropositivas.

"No podemos hacer otra cosa que sugerir el uso de esa droga", declaró Christian Rudin, médico del hospital Pediátrico de Basilea y coautor de las recomendaciones formuladas por el gobierno suizo.

Las revelaciones sobre el efecto del AZT coincidió con anuncios formulados por una serie de organizaciones especializadas locales, con motivo de la jornada mundial contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida), el primero de diciembre.

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) Groupe Sida Geneve y Personas que Viven con Sida coauspician una reunión de debate y difusión, que se realizará ese día en el Hospital Cantonal de Ginebra con expertos locales y de otros países de Europa.

Entretanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su último informe, indicó que cada día se produce 5,000 nuevos casos de Sida en el mundo.

Las estadísticas de la OMS indicaron que actualmente hay 14 millones de adultos afectados por el Sida y en la quinta parte de esos pacientes la enfermedad ya se declaró.

Esas cifras podrían cuadruplicarse en el 2,000, apuntó la OMS.

En enero de 1993, la OMS anunció la puesta en marcha de un plan de mayor coordinación en la lucha contra el síndrome debido a que, en 1987, cuando se acordaron las primeras estrategias, "no se tuvo conciencia del real impacto de la pandemia", apuntó Rudin.

En el programa de la ONU contra el Sida participan, además de la OMS, la Organización de naciones Unidas para Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de Naciones Unidas para las Poblaciones (FNUAP) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El objetivo de esa especial coordinación de la lucha contra el Sida es frenar la expansión de la enfermedad mediante campañas de prevención, mientras se desarrolla la investigación científica que procura el hallazgo de vacunas y medicamentos eficaces.

El verano pasado, la OMS alertó sobre el creciente número de casos de Sida combinada con tuberculosis en el mundo.

Esos casos se multiplicarán por siete en Asia en los próximos 10 años, alertó la OMS. Según las estadísticas, entre el 52 y 70 por ciento de los enfermos de Sida en Tailandia, India y Nepal ya contrajeron la tuberculosis.

"La tuberculosis y el SIDA como infecciones aliadas ofrecen un panorama alarmante", afirmó Arata Kochi, administrador del programa contra la tuberculosis de la OMS.

* *Inter Press Service*

Estado Nutricional en la Población Infantil en 2 Provincias de Junín

Marzo - Junio 1994

*Dr. Pedro Padilla Machaca**
*Dra. Lourdes Alva Betalleluz**
*Dra. Ofelia Inga Ninahuanca**
*Lic. Isabel Camargo**
*Lic. Soledad Falconi**
*Lic. Milagros Orostegui**

RESUMEN

La desnutrición calórica proteíca es responsable de morbimortalidad infantil, siendo el uso de indicadores antropométricos la técnica más práctica y valedera para la evaluación cuantitativa del estado nutricional de los niños. Se estudiaron 640 niños menores de 6 años en Concepción y Tarma mediante una ficha de evaluación nutricional entre marzo y Junio 1994. Encontramos mayor incidencia de desnutrición en la zona rural que en la urbana, en relación a desnutrición crónica.

SUMMARY

Malnutrition is a main cause of children morbimortality, using anthropometric indicators as the most useful and practical technique for quantitative evaluation of nutritional status of children. We studied 640 children younger than 6 in Concepcion and Tarma through a nutritional evaluation form between March and June 1994. We found higher incidence of malnutrition in rural areas than in urban areas in relation ship to chronic malnutrition..

I. INTRODUCCION

La desnutrición calórico proteica es reconocida a nivel mundial como responsable indirecta de la morbimortalidad infantil, evitable en la mayoría de los casos.

Se acepta además que el uso de indicadores antropométricos (peso, talla, edad) debido a su simplicidad de uso y factibilidad en condiciones de campo resulta la técnica mas práctica y valedera para una evaluación cuantitativa del estado nutricional.

Los objetivos del presente estudio son:

- Determinar la magnitud actual de la desnutrición calórico proteica en los niños de hasta 6 años en las provincias de Concepción y Tarma.
- Determinar el grado de asociación de los factores condicionantes relacionados a desnutrición (peso al nacer # de episodios de EDA/IRA grado de escolaridad de la madre y parasitosis intestinal).
- Establecer un perfil actualizado del estado nutricional de las provincias mencionadas, pudiendo integrar a los grupos en riesgo nutricional encontrados a programas de intervención para modificar y mejorar el estado de los mismos.

II. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo entre los meses de Marzo a Junio de 1994 en las Provincias de Concepción y Tarma del Departamento de Junín. Se tomaron las muestras al azar por conglomerados en zona urbana y rural, para lo cual se realizó previamente un censo en el que se determinó: el # de mazs/parcela, # viviendas, # familias y # niños de hasta 6 años/vivienda. Para la toma de datos se aplicó una ficha que incluía el código del niño, fecha de nacimiento, sexo, peso al nacer, peso actual, talla, # episodios EDA/IRA, grado de escolaridad de la madre y visualización de parásitos intestinales.

Para la determinación de mediciones antropométricas se siguieron los parámetros dados por la UNICEF - OMS.

Los datos obtenidos en la ficha de recolección fueron procesados por el programa EPIINFO versión 5.1 (OMS - CDC Atlanta).

* *Profesionales Serumistas*
Gerencia Departamental Junín

CUADRO 1
POBLACION INFANTIL URBANA Y RURAL
JUNIN - 1994

PROVINCIA	URBANA		RURAL		TOTAL
CONCEPCION	D. CONCEPCION	260	D. 9 JULIO	170	430
TARMA	MILAGRO NORTE	120	LA FLORIDA	90	210
TOTAL		380		260	640

III. RESULTADOS

- Se estudiaron 640 niños menores de 6 años: 430 de la Provincia de Concepción y 210 de Tarma. En la zona urbana 260 para la primera y 120 para la 2da. siendo de sexo masculino 130 (50.4%) para Concepción y 65 (53%) para Tarma; al sexo femenino correspondió 128 (49.6%) para el primero y 47% para el segundo.

  Para la población rural 170 corresponden a Concepción y 90 para Tarma de los cuales, 91 (52.9%) son del sexo masculino (Concepción) y 48 (53.4%) a Tarma; mientras que para el sexo femenino 81(47.1%) son de Concepción y 42(46.6%) de Tarma.
- En cuanto al grupo etáreo, en Concepción zona urbana 48.7% están entre 60-71 m y en Tarma 53.3% entre 0-11 m mientras que en Concepción zona rural 20.9% están entre 48-59 m y en Tarma del 32% en el mismo grupo que su zona urbana.
- No se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.
- En relación al diagnóstico de desnutrición con PESO/EDAD en Concepción zona urbana se identificó 27 niños (10.2%) y en Tarma 14 (11.6%) mientras que en Concepción rural a 35(20.3%) y en Tarma sólo 6 niños (7%).
- En cuanto al diagnóstico de desnutrición con TALLA/EDAD se halló en Concepción urbana 72 niños (27.9%) y en Tarma a 37(31%) mientras que en la población rural de Concepción a 66(38.4%) y en Tarma a 37(41%).

- En cuanto al diagnóstico de desnutrición con PESO/TALLA en Concepción urbana se encontró a 13(5.2%) y en Tarma sólo 1 niño (0.8%) mientras que en Concepción rural se encontraron a 9(5.2%) y en Tarma 10 (11%).

IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES

El nivel nutricional de la población infantil estudiada en el Perú es deficiente debido a diversas causas (2, 5, 6, 12, 17); por ello es urgente una intervención nutricional. En nuestro estudio encontramos una mayor incidencia de desnutrición con T/E<3PC en zona rural (Concepción 38.4% y Tarma 47%) que en la urbana (Concepción 27.9% y en Tarma 31%). Este indicador entropométrico T/E nos habla de desnutrición crónica hallada que coincide con la literatura peruana (22, 23, 25), donde se menciona una mayor incidencia de dicha desnutrición en zonas rurales en relación a las urbanas, así ENNSA señala 46% de desnutrición crónica en la costa rural y sólo 28% en la costa urbana y ENDES 45% para la rural y 26% en la urbana. Si comparamos nuestros datos con la primera referencia, la magnitud es menor en nuestra región.

En relación al sexo no se encontró diferencia significativa en la provincia de Tarma, mientras que en Concepción el sexo masculino fue el más comprometido, siendo mayor en la zona rural (36.3%).

Es sabido que la desnutrición crónica expresa los niveles de calidad de vida de la población ya que traduce el factor socio ambiental en el que se desarrolla el niño y se manifiesta posteriormente en la talla promedio de la población que como vemos está disminuída en ambas poblaciones. Esto quiere decir que nuestra población infantil está soportando una prueba de selección natural a los factores relacionados con dicha desnutrición y que los preescolares viejos son los sobrevivientes de esta selección.

El nivel nutricional de una población infantil es producto de diversas causas y/o factores condicionantes (1, 2, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 29), así se reconoce que los episodios de IRA/EDA se relacionan con predicción de mortalidad y/o complicaciones clínicas infecciosas (21, 29) como también intervienen como causa y/o efecto en la desnutrición (11, 24, 27). En nuestro trabajo se encuentra que alrededor de un 30.50 % de niños con <3PC para P/E, P/T y T/E tuvieron antecedentes de 1-4 episodios de IRA/EDA en los últimos 6 meses en ambas provincias tanto en zona urbana como rural siendo ligeramente mayor la asociación en esta última.

Los parásitos también juegan un rol importante como factor condicionante de desnutrición, así (20) se señala al Ascaris lumbricoides como el principal parásito hallado, otros (10,19) señalan la importancia de la Giardiasis como causa y efecto de desnutrición crónica. Nuestro datos señalan que no se encontró asociación relevante para los niños con <3PC con P/E, P/T y T/E con el antecedente de visualización del parásito, tanto en zona urbana como rural en ambas provincias. Esto puede deberse a la falta del examen parasitológico respectivo.

El grado de instrucción de la madre también ha sido reconocido como factor condicionante (13, 16), ya que ello deriva en el desconocimiento del valor nutricional de los alimentos y en los malos hábitos de alimentación e higiene. En nuestro estudio el antecedente de grado de escolaridad de la madre analfabeta o con primaria iba de un 22-100% con <3PC para P/E, P/T y T/E, siendo mayor esta asociación en Tarma y en la zona rural.

Otro factor de riesgo importante reconocido para el retardo del crecimiento y, más aún, para desarrollar desnutrición crónica y/o infecciones recurrentes es el bajo peso al nacer (16, 17, 24), en nuestro trabajo se halló relativa asociación entre los niños con T/E <3PC y su antecedente de bajo peso al nacer (<2500 gr), siendo mayor en Tarma (40%) que en Concepción (20%).

V. BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON MARY ANN: Comparison of Antropometric measures of nutrition stories in preschools children in the developing countries. The American Journal.
2. ASCENCIO MELANY: Factores de riesgo de desnutrición en niños preescolares y efectos de alimentación complementaria en reducir el riesgo de desnutrición. Guatemala S.N. Feb. 1989 (INCAP T 456).
3. BABUI AH: Siddique and malnutrition, cells mediated inmune deficiency and diarreal. A comunity based longitudinal study in rural Bangladesh children. Am. J Epidemiol. 137 (3) 1993 Feb. pp 355-356.
4. CARLIERG MOULTA: Prevalence of malnutrition and vitamin A deficiency in the diourbal fatick and kaclakk racience of Senegal: a controlled study. Am. J. Clin Nut. 1991 Jan 33 (1) pp. 74-77.
5. CASANOVA ROJAS: Encuesta Clínico Nutricional de niños de 0-4 años en la Ciudad de Iquitos. Iquitos S.N. 1988 38 pp.
6. CASTRO DE NAVARRO: Situación Nutricional y Patrones de Alimentación en menores de 5 años. Bogotá I.N.S. Julio 1990.
7. CROSBY W.M.: Study in Fetal malnutrition Am, J Dis. Child. 1991 Aug(6)pp 871-6.
8. ESQUIVEL MERCEDES: Curvas nacionales de Peso/Talla, su interpretación y uso en la Evolución del Estado Nutricional. Rev. Cub. Pediat. 57(4)pp 377-389.
9. GROSS R. DE LIMA: The Relationships between selected antropometric and socioeconomic data in school children for different social estate in Rio Janeiro. Rev. Saude Pubica 1990. Feb 24(1)pp 11-9.
10. GRUPTA MC MEHROTA: Effect of Giardia Infection on Nutritional Status of preschool children. Indian Med. Reg. 1990 Oct 92 pp 341-3.
11. GUERRANT RL: Diarrhea as cause and effect of malnutrition.
12. JIMENEZ HERNANDEZ: Estado Nutricional y algunas características del medio ambiente familiar en niños de 2-9 años Rev. Cub. Alim. Nut. 3(1)pp 18-35 Ene/abr 89.
13. MALACARA J: Talla, peso y superficie corporal en relación a costumbres alimenticias. Rev. Invest. Clin. 33(1) pp 1-17 1991.
14. MATAL: Diarrheal disease as a cause of malnutrition. Am. J. Food Med. 1992 Jul 47 pp 16-27.
15. MORA JOSE: Nuevo método para estimar una prevalencia estandarizada de desnutrición infantil a partir de indicadores antropométricos, Boletín WHQ, vol 67/89.
16. BERRMAN E.R: Compendio Nelson de Pediatría, Nutrición Infantil pp 58-94.
17. PELLTIEL: Epidemiology evidency for a potentiating effect of malnutrition on child mortaly.
18. PICMARSON: Efect of Kwashiorkor malnutrition on measured capilary filtration pate in forearm. Am. J. Phisiolog. 1992 feb. 262 pp 496-502.
19. SULLIVAN PC. Prevalence and treatment of Giardiasian chronical diarrhea and mainutrition Arch. Dues Child 1991 Marz. 66(3) pp 304-6.
20. THEINHLAING: A Controlled Chemotherapy intervention trial on the relationship between Ascaris lumbricoides infestation and malnutrition in children. Trnas. R. Soc. Med Jul-Ag. 85(4) pp 523-8.
21. TUPSITE. Mainutrition and Acute Respiratory Tract Infections Filipinos children Nat Centers.
22. TAM JULY L. Evaluación nutricional de los niños menores de 6 años en el Anexo de las Palmas en Junín. Tesis Bachiller.
23. TAMBINI. Estudio antropométrico en San Pablo de Loreto. Tesis Doctoral.
24. POBLALIND V: Evaluación Nutricional de Lactantes que acuden a consulta externa del Hospital de Satipo de Junín.
25. RICALDI TENARO: Estudio Nutricional de menores de 2 años en el AAHH Ciudad de los Constructores. Tesis Bachiller.
26. VANETALLE: Height Normalized indices of bodys fat free mass and fat mass: Potenciallity indicators of nutrition. Am. J. Clin. Nutric. 1990. Dec 52(6) pp 953-9.
27. YIP R: Acute Mainutrition and high childhood mortality related to diarrhea JAMA 270(5) 1993 Aug. 4 pp 578-90.
28. YOUNG R: Assesment of protein nutriton status. J. Nutr. 1990. Nov. 120 Sppl. 11 pp. 1496-502.
29. VUDHIVAR N: Antropometric indicators of nutrition status socioeconomic factors and mortality in children in Asia. J. Biosoc. Scienc. 1990. Jul. 22(3) pp 273-9.

Reglamento de publicación de la Revista "Ciencia y Tecnología"

I.- DE LA REVISTA

La revista "Ciencia y Tecnología" del IPSS está destinada a difundir los trabajos y el bagaje de conocimientos de la medicina contemporánea y las profesiones de la Salud. Dicha acción la ejerce a través de los profesionales médicos que laboran en la institución así como de otros profesionales que, por su calidad y rigor científico, merezcan la publicación de sus artículos.

II. DE LAS SECCIONES DE LA REVISTA

La revista "Ciencia y Tecnología" del IPSS, contará con las siguientes secciones:

2.1 EDITORIAL

Destinado a aspectos doctrinarios del IPSS o de temas que por su trascendencia y actualidad requieran de la opinión institucional como organismo colegiado. Esta sección es responsabilidad del editor de la revista.

2.2 TRABAJOS ORIGINALES

Corresponden a la sección de trabajos originales e inéditos de diversas especialidades. Para considerar su publicación deberán reunir los siguientes requisitos.

Resumen

En el que se expondrá, en forma precisa, la esencia del trabajo y tendrá su respectiva traducción al inglés, la cual no deberá exceder las 200 palabras.

Introducción

Se especifica la exposición de motivos del trabajo y una breve referencia de la literatura pertinente.

Material y métodos

Que comprenderá:

- Material: Se describirá brevemente las características del material estudiado o empleado en el trabajo.

- Métodos: Se identificará la metodología empleada y se indicará los datos suficientes que permitan a otros investigadores reproducir el mismo estudio.

Se describirán en detalle datos solamente cuando tengan características originales o poco conocidas.

Resultados

Deberán ser de carácter objetivo, con el análisis estadístico en los casos pertinentes y sin interpretación personal. Las tablas y figuras correspondientes se acompañarán en hojas por separado de acuerdo a lo especificado en 3.4.

Discusión o comentario

Comprenderá la interpretación de los resultados, su concordancia o disconcordancia con los trabajos realizados por otros autores sobre la misma materia y las sugerencias o postulados pertinentes.

Bibliografía

Se especificará según las normas del Index Médicus y será presentada en hoja aparte, en el orden en el cual aparece en el texto entre paréntesis

Para artículos: Apellidos del autor o autores, seguidos de las iniciales del nombre, título del trabajo, nombre abreviado de la revista, volumen, número de página, año.

Para textos: Apellidos del autor o autores, seguidos de las iniciales del nombre, título en el idioma original, número de la edición, editorial y año de publicación.

2.3 LA SECCION DEL SERUMISTA

Se considerarán los informes de trabajo que presenten los Serumistas de las diversas profesiones de la Salud que laboran en el IPSS.

2.4 CRONICAS

Presentarán los informes de las Gerencias, tanto Centrales como Zonales y Departamentales, que muestran los avances de actividades que realicen a nivel nacional, regional y local.

III. DE LAS TABLAS E ILUSTRACIONES

Se refiere a tablas, gráficos, fotografías y otros documentos similares:

3.1 Todas las ilustraciones deben ser enviadas en páginas separadas, indicando claramente su numeración y orientación y el lugar del texto donde deben ser ubicadas.

3.2 Las tablas y gráficos serán conformados con los datos estrictamente indispensables y se presentarán numeradas y

acompañados de una leyenda que exprese claramente su contenido en una hoja aparte. Los gráficos serán hechos con tinta china negra sobre cartulina blanca, con letras de imprenta dibujadas, cuyo tamaño o proporción sea tal que no afecte su lectura por la reducción fotográfica. Para la publicación se enviarán los gráficos originales o buenas reproducciones fotográficas en color o en blanco y negro y en tamaño no mayor de 12 x 18 cms. También se reciben diapositivas.

3.3 Las fotografías o reproducciones de radiografías deben ser en blanco y negro y de muy buena calidad técnica; en el reverso se indicará la posición en que se presentarán en la publicación. Las publicaciones de reproducciones a color deberán consultarse al Editor Responsable.

3.4 Los diseños, gráficos y fotografías no deberán sobrepasar el área de dos páginas. El empleo de mayor área deberá consultarse con el Editor Responsable.

IV.NORMAS DE PUBLICACION

Se refiere a aspectos generales de los trabajos.

4.1 Todo trabajo, para su publicación, será enviado o entregado en original con una copia, en la Gerencia Red de Información Científica, sito en Jr. Domingo Cueto 120 - Jesús María.

4.2 La revista "Ciencia y Tecnología" acepta la solicitud de publicación de artículos, sean estos nacionales o extranjeros, inéditos, de cualquier especialidad médica o profesión de la Salud que se ajusten a los requerimientos del presente Reglamento. La solicitud presupone prioridad para la revista "Ciencia y Tecnología" del IPSS.

El Editor Responsable, en un plazo no mayor de 15 días, acusará nota de recepción del trabajo con indicación precisa de la fecha de recibo.

4.3 La revista "Ciencia y Tecnología" se reservará el derecho de aceptar los trabajos que se presenten y de solicitar las modificaciones que considere necesarias para cumplir con las exigencias de la publicación. También se reserva el derecho de uniformizar el manuscrito de acuerdo al estilo de la revista.

4.4 Los trabajos deberán enviarse en original y una copia, en páginas numeradas, escritos a máquina, a doble espacio y con un margen de 4 cms. en papel carta (22 x 28 cms.) Los "Trabajos Originales" no excederán de 15 páginas y los "Informes de Serumistas" no excederán de tres páginas.

El numerado de página, seguirá las recomendaciones del Comité Internacional de Editores Médicos.

La página inicial deberá tener el título del trabajo, título abreviado, nombre o nombres de los autores, lugar de trabajo de los autores, instituciones u organismos que apoyaron la investigación, nombre y dirección del autor a quien puede enviarse correspondencia.

4.5 Los autores que hayan presentado trabajos recibirán una carta del Editor Responsable de "aceptación" o "no aceptación" de dichos trabajos. Los originales de los trabajos no aceptados serán remitidos con la Carta de no Aceptación. Los derechos de autor de los trabajos publicados pertenecerán a la revista "Ciencia y Tecnología" del IPSS.

4.6 La publicación de trabajos por la revista "Ciencia y Tecnología" del IPSS en sus diferentes secciones, no involucran necesariamente solidarizarse con las opiniones vertidas por el o los autores.

4.7 Los trabajos presentados para su publicación en la revista "Ciencia y Tecnología" del IPSS serán calificados por el Comité Editorial y, en algunos casos, por profesionales especializados a solicitud del Comité, los que acompañarán un informe acerca del mismo.

En el caso de contribuciones de miembros del Comité Editorial, serán revisados y calificados por otros profesionales de la especialidad, designados por el Presidente del Comité Editorial.

RESOLUCION DE LA DIRECCION EJECUTIVA

Nº 2003 - DE - IPSS - 92

Lima, 31 de diciembre de 1992

CONSIDERANDO:

Que, mediante Acuerdo Nº 3-16-IPSS-91 del 16 de mayo de 1991 el Consejo Directivo aprobó el Proyecto para el funcionamiento de la Red de Información Científica del Instituto Peruano de Seguridad Social.

Que, la Gerencia Red de Información Científica, tiene por finalidad fomentar las investigaciones médicas; formar y capacitar a profesionales en especialidades médicas; propiciar y auspiciar publicaciones científicas y revistas médicas.

Que, la revista "Ciencia y Tecnología" es el órgano oficial del Instituto Peruano de Seguridad Social, el cual difunde los trabajos de los diversos profesionales de la salud.

Que, dada su importancia, los artículos de la revista "Ciencia y Tecnología" al ser publicados deben guardar uniformidad en su presentación, lo cual permitirá al comité editorial su adecuada revisión.

Que, en tal sentido es necesario normar la publicación de artículos mediante un Reglamento de Publicación.

En uso de las atribuciones conferidas

SE RESUELVE:

1.- Aprobar el Reglamento de Publicación de la revista "Ciencia y Tecnología" del Instituto Peruano de Seguridad Social, que es parte integrante de la presente Resolución.

2.- Otorgar, como incentivo al autor del mejor artículo del año de la revista "Ciencia y Tecnología", un curso de capacitación vinculado a la especialidad del profesional articulista.

Cuando el artículo haya sido escrito por más de un profesional, el incentivo se otorgará al articulista principal.

3.- Encargar al Comité Editorial de la revista "Ciencia y Tecnología" del IPSS la selección del artículo merecedor al incentivo especificado en el artículo anterior.

4.- Disponer que las Gerencias y/o Direcciones de cada hospital brinden las facilidades necesarias por medio de las oficinas de racionalización y estadística, a aquellos profesionales de la salud que requieran información para la elaboración de sus artículos.

5.- La Gerencia Red de Información Científica y la Gerencia de Capacitación deberán realizar las coordinaciones necesarias a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2°.

6.- Delegar en la Dirección Nacional de Salud la designación de los miembros del comité Editorial de la revista "Ciencia y Tecnología" y a realizar las modificaciones y/o correcciones al reglamento aprobado por la presente resolución.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

Ing. Angel Pérez Rodas
Director Ejecutivo

ESTA PAGINA

está reservada para su empresa

Publicidad

Red de Información Científica del IPSS

Jr. Domingo Cueto 120 Lima 11 - Perú
Telefax: 472-4570 Anexo 2846

ipss

AVANZANDO CON TECNOLOGIA MODERNA EL IPSS LLEGA A NIVEL NACIONAL



Con la Tecnología
Médica
más moderna
a nivel mundial,
el INSTITUTO PERUANO DE
SEGURIDAD SOCIAL
avanza y llega
a todo el País
brindando
a sus asegurados
una atención oportuna,
eficiente y completa.

A nivel nacional
el IPSS es más seguro.

Dirección General de
Imagen Institucional

TU SEGURO MAS SEGURO

AVANZANDO