



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA



Año 3 Volumen 1 Número 5

Diciembre 2013

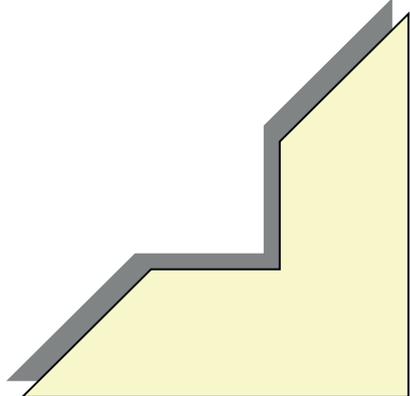
ISSN 2250-5628

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA

Año 3 Volumen 1 Número 5

Diciembre de 2013



INDICE

La Construcción Social del Concepto de Calidad de Vida en Alumnos de la Carrera de Nutrición	3
Inicio, Numero de Consultas y Acciones durante el Control Prenatal de Embarazadas Asistidas en Centros de Salud de Salta Capital	9
El Retratamiento de la Tuberculosis en Salta. Contribución al Control de la Tuberculosis	15
Fitoesteroles Adicionados a Alimentos: Una Estrategia para la Prevención de la Hipercolesterolemia	22
Una Mirada hacia los Ácidos Grasos Omega 3: Aspectos Generales e Incorporación a Productos Alimenticios	26
La Formación del Personal de Salud desde una Perspectiva Intercultural	32
Prevención del Cáncer colorrectal: De la Investigación Básica a la Salud Pública	40

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN ALUMNOS DE LA CARRERA DE NUTRICIÓN

THE SOCIAL CONSTRUCTION OF THE CONCEPT OF QUALITY OF LIFE IN STUDENTS OF THE SCHOOL NUTRITION

Autores: Alicia Rosario Bassani*; Lilian Constanza Diedrich**, María Beatriz Lazarovich***

Doctora en Investigación e Innovación Educativa. Magíster Scientiae en Metodología de la Investigación Científica y Técnica. Diplomada en Estudios Avanzados en el Área de Conocimiento de Didáctica y Organización Escolar. Especialista en Metodología de la Investigación Científica y Técnica. Profesora en Pedagogía. * Profesora en Ciencias de la Educación-UNSA. Especialista en Didáctica-UBA. Master en Nuevas Tecnologías Aplicadas a la Educación. ***Profesora para Enseñanza Primaria. Profesora en Ciencias de la Educación. Profesora en Letras. Diplomada en Educación, imágenes y medios. Especialista en Constructivismo y Educación.*

RESUMEN

Introducción: Las representaciones sociales son un producto sociocultural; tienen la particularidad de no sólo ser pensamiento constituido, sino también pensamiento constituyente; reflejan la realidad, pero del mismo modo la construyen. Sirven como marco de interpretación, orientando la conducta, e intervienen en la construcción de la realidad, transformando el escenario en el que los acontecimientos tienen lugar.

Objetivos: -Caracterizar las representaciones sociales de los alumnos de segundo año de la carrera de nutrición sobre la calidad vida. -Tipificar las representaciones vinculadas a la calidad de vida, de acuerdo a dimensiones diferenciadas.

Metodología utilizada: Estudio de carácter descriptivo y transversal, cuali-cuantitativo. Muestra intencional de 90 alumnos. Encuesta semiestructurada de carácter proyectivo.

Resultados y Discusión: Las representaciones de los estudiantes en relación a los aspectos más significativos para una calidad de vida se centran en torno a salud (86 %), familia (70 %), alimentación (64 %), educación (64%), vivienda (63 %), dinero (60 %).

Conclusiones: Las representaciones sociales en el caso analizado aluden, en primer término, a elementos que se suponen decisivos para el bienestar del sujeto, como la educación, la salud, la vivienda y la alimentación.

En un segundo lugar aparece la dimensión psicosocial, específicamente con el plano interpersonal de los sujetos; así se considera la familia como un eje importante.

En último lugar las representaciones refieren a elementos de índole sociopolítico, como la participación social, la seguridad personal y el acceso a la información.

El grupo etario, el nivel socioeconómico y la carrera de pertenencia determinan las representaciones sociales de los estudiantes con respecto a la calidad de vida.

Palabras Claves: representaciones-calidad de vida- salud-educación

ABSTRACT

Introduction: Social representations are a sociocultural product; they have the distinction of not only being a constituted thought, but also a constituent one; they reflect reality, but, in the same way, they build it. They serve as a framework for understanding and guiding behaviour, and intervene in the construction of reality, transforming the stage on which the events take place.

Objectives: -To characterize the social representations on quality of life of the second year students of the School of Nutrition. -To typify the representations linked to the quality of life, according to different dimensions.

Methodology: Descriptive and transversal study, qualitative and quantitative. Purposive sample of 90 students. Semi-structured projective survey.

Results and Discussion: The representations of students in relation to the most significant aspects for quality of life are focused around health (86%), family (70%), food (64%), education (64%), housing (63%), and money (60%).

Conclusions: Social representations in the case of study refer, first, to elements that are supposed to be determinant for the welfare of the subject, such as education, health, housing, and food.

In second place we find the psychosocial dimension. Specifically, the interpersonal level of the subjects, so the family is considered as an important axis.

Finally, the representations point to socio-political elements, such as social participation, personal security, and access to information.

The age group, socioeconomic status, and career determine students' social representations regarding the quality of life.

Keywords: social representations- quality of life-health-education

INTRODUCCIÓN

Las representaciones sociales son un producto sociocultural; tienen la particularidad de no sólo ser pensamiento constituido, sino también pensamiento constituyente; reflejan la realidad, pero del mismo modo la construyen. Sirven como marco de interpretación, orientando la conducta e intervienen en la construcción de la realidad, transformando el escenario en el que los acontecimientos tienen lugar. La teoría de las representaciones sociales se basa en el supuesto básico que las personas y sociedades juegan un papel activo en la construcción del mundo en que viven, para lo cual intenta ofrecer una comprensión más social de las creencias de las personas. Es decir, desde esta perspectiva, es la sociedad la que proporciona a las personas los conceptos con los cuales piensan y con los cuales construyen sus elaboraciones mentales particulares. Estas representaciones colectivas son exteriores a las conciencias individuales, ya que provienen de los individuos tomados en su conjunto y no en su forma aislada. (Jodelet, 1986)

Según lo planteado por Moscovici, el conocimiento de sentido común o *pensamiento natural* se va construyendo en base a lo que transmite la sociedad al sujeto a través de tradiciones, costumbres, educación, la interacción y comunicación social, conversaciones de la vida diaria, recepción de los medios masivos, entre otros aspectos; lo cual se suma a la experiencia particular del individuo.

Como construcción simbólica, las representaciones sociales no son un constructo interno en la mente de un individuo que toma el lugar del objeto representado; en ellas se plasman los aspectos sociales, culturales e históricos, con lo cual, esta construcción de la realidad pasa a tener existencia independiente del objeto que representa.

Considerando la realidad como construcción social, el sujeto que percibe no puede ser separado de ésta, por tanto, la representación social se encuentra entre lo objetivo y lo subjetivo, posibilitando la relación entre ambos y sólo siendo posible en esta relación.

La expresión calidad de vida se difundió a partir de los años setenta en Occidente para explicar el incremento de las patologías sociales en los países desarrollados, en los cuales pese a los elevados niveles de "bienestar" cada vez más se acentuaban los síntomas de descomposición social: pérdida del sentido de la vida, violencia social, drogadicción, incremento de suicidios. Esta creciente insatisfacción de la población de los países desarrollados puso en cuestionamiento la idea que el "bienestar humano" se vinculaba exclusivamente en la satisfacción de las necesidades materiales y a considerar

y reconocer que existían otras facetas de la vida humana no satisfecha. De hecho esto significó un cuestionamiento a “valores postmodernos” tal como el individualismo egoísta, el materialismo, la idea de progreso y de la sociedad de consumo.(Villavicencio 1999)

Por otra parte, los socialistas demócratas alemanes, se refieren a calidad de vida como un conjunto amplio de condiciones materiales y espirituales que determinan el bienestar efectivo de las personas, sus posibilidades y perspectivas individuales y su lugar en la sociedad. Ellos incorporan a calidad de vida en concepto de libertad, incluyendo en la misma “el no tener miedo”. Presupone la posibilidad de coparticipar y autoexpresarse, el usufructo consciente de las fuerzas propias de cada persona en el trabajo, en la recreación y convivencia humanas, el aprovechamiento de la naturaleza, los valores culturales, en otras palabras, vinculan calidad de vida al enriquecimiento de nuestra existencia en el sentido no material.

En la década de los 60 la OMS y la UNESCO proponen 9 componentes del nivel de vida: salud, alimentación y nutrición, educación, vivienda, empleo, condiciones de trabajo, vestido, recreación y esparcimiento, seguridad social y libertades humanas (Unesco 1961). Es decir, desde una visión amplia de calidad de vida, podemos operacionalizar el concepto en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente. Es en este sentido que la operacionalización del concepto Calidad de Vida ha llevado a tal formulación y construcción de instrumentos o encuestas que valoran la satisfacción de personas desde una mirada general.

En contraste con estas posturas generales y objetivas, se desarrolla paralelamente otro enfoque de calidad de vida que busca determinar los aspectos subjetivos del ser humano. El mismo lo desarrolla Abraham Maslow, a fines de la década de los sesenta, el cual sirve como base para el desarrollo de esta corriente psicologista de la calidad de vida. Realiza una pirámide sobre calidad de vida, en la cual localiza ordenadamente cinco tipos de necesidades que se van cubriendo por niveles o etapas, y a cada lado de las necesidades, se presentan sus respectivos satisfactores.

A fines de siglo, el Programa de las Naciones Unidas, ha intentado medir de forma integral el grado de bienestar alcanzado por el desarrollo, tomando en cuenta aspectos que hacen referencia al aumento de las capacidades de la gente, que entraña una ampliación de sus opciones personales y grupales, y con ello una mayor libertad de elección. La potenciación, que pone énfasis, en la participación de las personas en las decisiones que están íntimamente ligadas a sus vidas, permitiéndoles convertirse en agentes activos de su propio desarrollo. La cooperación, indispensable ya que permite el sostén familiar mediante una amplia red social que sirve de sostén al núcleo familiar y brinda a la vez sentido de pertenencia. Otro eje del desarrollo humano lo constituye la equidad, lo cual implica asegurar igualdad de oportunidades a todos para acceder a diversos satisfactores. Otra orientación central, lo constituye la sustentabilidad, la cual permite satisfacer las necesidades de la generación actual sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras. Por último la seguridad, la cual ha sido considerada por el Informe de Desarrollo Humano, como una dimensión básica del desarrollo del hombre, la cual se explica a partir de siete categorías:

- Económica
- Alimentaria
- En la salud
- En lo ambiental
- En lo político
- En lo personal y
- En lo comunitario

En síntesis, podemos entender a la calidad de vida como una construcción compleja y multifactorial en la cual están imbricados aspectos objetivos referidos a la satisfacción de necesidades básicas de

todos los seres humanos, pero también aspectos subjetivos que hacen a la situación social de la población en una sociedad determinada, como así también ligados a la propia vivencia que el sujeto posee de sí mismo y de su condición.

Salvador Rueda (1997) menciona que analizar la calidad de vida de una sociedad significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y que tienen de su existencia en la comunidad. Por este motivo, significa conocer cómo viven los sujetos, sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones objetivas desean, y evaluar el grado de satisfacción que se consigue. Por tanto, además de los aspectos materiales y la satisfacción de las necesidades básicas de subsistencia, la calidad de vida se vincula con las aspiraciones y percepciones subjetivas de los individuos y grupos sociales a los cuales pertenecen, involucrando aspectos como el bienestar psicológico, la calidad ambiental, la recreación y turismo, la promoción y la participación social y la autorrealización. (Montenegro, M.; 2004)

Levi y Anderson (cit. en Rueda 1997) afirman que un alto nivel de vida objetivo, determinado por los recursos económicos, el hábitat, el nivel asistencial o el tiempo libre; puede ir acompañado por un alto grado de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Sin embargo, esta correlación no siempre estará dada de esta forma, ya que más allá de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad de vida de cada sujeto es el ajuste entre las características de la situación (de existencia y oportunidades).

En base a la consideración de sus múltiples factores, Felce y Perry en 1995, plantean que la calidad de vida involucra los siguientes aspectos: (Gómez-Vela, M. y Sabeh, E.; 1999)

- a) La calidad o nivel de las condiciones de vida de una persona.
- b) La satisfacción experimentada por la persona con sus condiciones vitales.
- c) La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.
- d) La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

OBJETIVOS

-Caracterizar las representaciones sociales de los alumnos de segundo año de la Carrera de Nutrición sobre la calidad vida.

-Tipificar las representaciones vinculadas a la calidad de vida, de acuerdo a dimensiones diferenciadas.

METODOLOGÍA

En este caso, se implementó un estudio de carácter descriptivo y transversal, cuali-cuantitativo.

Se decidió realizar un estudio descriptivo y de corte transversal por cuanto esta metodología permitirá acceder al objeto de este estudio de manera ágil y concreta.

La metodología cuantitativa permitió caracterizar la muestra y realizar las tipificaciones pertinentes.

La perspectiva cualitativa extrae, desde el interaccionismo simbólico, la visión de que la realidad social a estudiar está conformada por significados, símbolos e interpretaciones que los sujetos elaboran en la interacción con otros y no solamente por hechos observables y externos. No habría una única realidad, sino múltiples realidades interrelacionadas. Se optó por trabajar desde la perspectiva de análisis del contenido de las representaciones.

Como técnica de recolección de información, se diseñó una encuesta semiestructurada que consistió, por una parte, en aspectos relacionados a sexo, edad y trabajo; por otra, en un listado de palabras vinculadas a diferentes dimensiones de la calidad de vida que apuntaban a necesidades básicas, percepción del medio y de su propia seguridad; relaciones interpersonales, en cuanto a la persistencia o no de vínculos familiares; percepción acerca de su integración o no a la sociedad: salud, votar, familia, internet, dinero, pareja, educación, seguridad, televisión, elegir, diarios, futuro, vivienda, proyecto y alimento. Estos aspectos debían ser ordenados por los encuestados según el orden de

importancia que cada uno les asignaban, correspondiendo al primero el de mayor importancia y así sucesivamente. Finalmente, en la encuesta se solicitó que el encuestado fundamentara el porqué de la elección de cada una de las seis primeras palabras seleccionadas. La encuesta fue aplicada a una muestra de noventa alumnos que corresponde a los alumnos que cursan la cátedra de Fundamentos de la Práctica Educativa, correspondiente al segundo año de la Carrera de Nutrición, en la cual se realizó la presente investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las representaciones de los estudiantes en relación a los aspectos más significativos para una calidad de vida se centran en torno a salud (86 %), familia (70 %), alimentación (64 %), educación (64%), vivienda (63 %), dinero (60 %).

Rueda (1997) menciona que los diferentes autores que han analizado el concepto de calidad de vida han logrado sistematizar cuatro ejes o ámbitos de interés respecto a dicho término. En primer lugar, se considerarían los elementos que se suponen decisivos para el bienestar del sujeto, como el trabajo, la educación, la salud, la vivienda y los equipamientos.

Por otra parte, estarían los aspectos vinculados con la contribución que tiene el medio en la calidad de vida, la calidad ambiental, como lo son las condiciones del ambiente atmosférico, el ruido, la calidad del agua, del aire, etc.

El tercer eje, estaría relacionado con la dimensión psicosocial, específicamente con el plano interpersonal de los sujetos; así se considerarían las relaciones familiares, de amistad, con los demás miembros de la comunidad, el tiempo libre, el ocio y la recreación.

Finalmente, se toman en consideración elementos de índole sociopolítico, como la participación social, la seguridad personal y jurídica, etc.

CONCLUSIONES

El grupo etario, el nivel socioeconómico y la carrera de pertenencia determinan las representaciones sociales de los estudiantes con respecto a la calidad de vida. Las representaciones sociales en los casos analizados aluden, en primer término, a elementos que se suponen decisivos para el bienestar del sujeto, como la educación, la salud, la vivienda y la alimentación. Se puede afirmar que estas categorías aluden a dimensiones objetivas respecto a la calidad de vida, es decir busca la satisfacción de necesidades materiales, pero no subjetivas del hombre.

En un segundo término podemos decir, que aparece la dimensión psicosocial, específicamente con el plano interpersonal de los sujetos, considerando a la familia como un eje importante, involucrándose así lo comunitario, el grupo social de pertenencia, manifestándose de este modo otras variables interesantes e importantes respecto a la calidad de vida.

En último lugar las representaciones refieren a elementos de índole sociopolítico, como la participación social, la seguridad personal, haciendo referencia a la necesidad de participación social del sujeto en la recreación de sus propias condiciones de vida. En esta oportunidad, la satisfacción de necesidad no solo tiene el sentido de cubrir carencias, sino que implica la potenciación de acciones sociales en la búsqueda permanente de mejorar la calidad de vida.

En el espacio más próximo a una dimensión más física de la salud y desde posiciones próximas a la promoción de una cultura de hábitos saludables, parecería posible pensar en el desarrollo de programas específicos que puedan estar dirigidos a la prevención desde la alimentación-nutrición y desde el ejercicio físico/deporte. El desarrollo de posibles programas de salud laboral también podría inscribirse en este espacio más físico, en la medida en que se trataría de prevenir los posibles malestares o enfermedades ocasionados por el desempeño del trabajo, ya sea desde corrección de posiciones frente al ordenador, ya sean relacionadas con las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo o con otras situaciones laborales.

Aludimos a un concepto de salud entendido como equilibrio personal e integral. Es decir haciendo referencia al equilibrio entre cuerpo y mente. Es por ello que sería interesante considerar en el currículo de formación de profesionales de la salud, tanto nutricionistas como enfermeros, contenidos que aludan a calidad de vida desde visiones más integrales que favorezcan y promuevan el cuidado de la dimensión psíquica de la salud, como así también desde la extensión universitaria, promover espacios de participación social del sujeto a fin de generar propuestas, proyectos que tiendan a generar cambios en sus condiciones de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ander Egg, E. 1990 Técnicas de Investigación Social. Mejico: Ateneo
2. Araya Umaña, Sandra 2002 Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión Cuaderno de Ciencias Sociales 127 Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Académica Costa Rica.
3. Farr, R. 1984. Las representaciones sociales. En Moscovici, S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona- Buenos Aires-México: Paidós.
4. Jodelet, D. 1984. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona- Buenos Aires-México: Paidós.
5. Rueda, Salvador 1997 Habitabilidad y calidad de vida. Extraído desde <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>
6. Valerio Levante, Joanna 2006. Las representaciones sociales de la calidad de vida en personas en situación de calle de la región metropolitana. Santiago de Chile. Tesis

INICIO, NUMERO DE CONSULTAS Y ACCIONES DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE EMBARAZADAS ASISTIDAS EN CENTROS DE SALUD DE SALTA CAPITAL

ONSET, NUMBER OF CHECK-UPS AND ACTIONS DURING PRENATAL CARE ASSISTED IN HEALTH CENTERS OF SALTA CAPITAL

Nelly Beatriz Contreras*, María Inmaculada Passamai**, María Florencia Borelli***, Meri Mayorga****, Sara María de la Vega*****

* Licenciada en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigación. Universidad Nacional de Salta. ** Licenciada en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigación. Universidad Nacional de Salta. *** Licenciada en Nutrición, Magister en Nutrición Humana. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigación. Universidad Nacional de Salta. **** Licenciada en Nutrición, Especialista en Administración de Servicios de Alimentación. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigación. Universidad Nacional de Salta. ***** Bioquímica, Especialista en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Consejo de Investigación. Universidad Nacional de Salta.

RESUMEN

Objetivos: Describir características del inicio, número de consultas y acciones realizadas durante el control de embarazadas asistidas en Centros de Salud de Salta Capital.

Relacionar inicio y número de controles con edad de las embarazadas.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal a 187 embarazadas en 5 Centros de Salud, (Salta Capital, 2012 y 2013). Fuentes de información: historias clínicas, entrevistas; indagando edad, trimestre de gestación, inicio, número de controles, acciones clínicas, exámenes complementarios realizados. Análisis uni y bivariado utilizando programa SPSS v.15.

Resultados: Un 31,5 % con edades extremas, 13% cursando primer trimestre. El 63,9% iniciaron precozmente los controles, 4,8% con número inadecuado de controles según edad gestacional, 46% con antecedentes familiares, 14% con personales. Más del 90% con examen físico consignado, 58% con estado nutricional normal, 42% con patología detectada (anemia, infección urinaria, parasitosis), 72% con visita odontológica, 74,2% consumió suplemento de ácido fólico/sulfato ferroso, el 87,2% con vacunación.

Conclusiones: El inicio del CPN fue precoz mayoritariamente, con número adecuado de visitas según edad gestacional. Los antecedentes personales y familiares, el estado nutricional según edad gestacional, prevalencia de anemia constituyeron factores de riesgo materno-neonatales, que detectados oportunamente habrían favorecido planificar e implementar acciones para minimizar daños en la salud materno-fetal.

Palabras Claves: Control prenatal precoz, numero de controles y actividades.

Onset, number of check-ups, actions during prenatal care.

INTRODUCCIÓN

El Control Prenatal (CPN) es una serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. (1) (2)

Un CPN eficiente debe cumplir con requisitos básicos:

- **Precoz:** la primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción,

protección y recuperación de la salud, para la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo gestacional. (1)

Durante la primera consulta prenatal se debe obtener y documentar mediante anamnesis obteniendo información sobre: datos filiatorios, condiciones sociodemográficas, antecedentes familiares y personales, antecedentes reproductivos y obstétricos, realizar una exploración general física, ginecológica y mamaria, historia alimentaria y del estado nutricional pregestacional, información toda que contribuye a la identificación de factores de riesgo perinatales.

- **Periódico:** La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. La gran mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, junto con el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Argentina, redujeron las metas de 8 a 12 controles y adoptaron en sus normas los 5 controles propuestos por el CLAP/OPS/OMS desde 1988, y ratificado en 2011, para la población de bajo riesgo. (3)

Es así que se estableció una cronología para estas 5 consultas mínimas: primera visita antes de la semana 20 de gestación, segunda visita entre las 22 y 24 semanas, tercera entre las semanas 27 y 29, una cuarta entre las 33 y 35 semanas y la quinta entre las 38 y 40 semanas. (2)

- **Completo o Integral:** Los contenidos mínimos del control deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. (1) (2)

Según el cronograma mencionado anteriormente se dispone una serie de acciones a realizar y tratan de acompañar la diagramación presentada en la Historia Clínica Perinatal sugerida por el CLAP/SMR. En cada consulta debe confluír la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles. (4) En cada consulta prenatal se evalúa la evolución del embarazo desde la consulta previa, se realiza exploraciones y pruebas complementarias, se actualiza la clasificación del riesgo perinatal y se llevan a cabo acciones informativas/educativas y promotoras de la salud de acuerdo con la situación específica de cada gestante.

- **De amplia cobertura:** En la medida que el porcentaje de la población controlada es mas alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbimortalidad materna y perinatal. (2)

Los profesionales de la salud deben considerar al cuidado prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer. En Argentina, muchas mujeres, especialmente la adolescentes, ciertas minorías y mujeres de condición socioeconómicas baja, reciben su primer examen integral de salud durante el control prenatal. (3) Un CPN adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

OBJETIVOS

- Describir características del inicio, número de consultas y acciones realizadas durante el CPN de embarazadas asistidas en Centros de Salud de Salta Capital.
- Relacionar inicio y número de controles con edad de las embarazadas controladas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio fue observacional, transversal y correlacional realizado a 187 embarazadas que asistieron a 5 Centros de Salud dependientes del Primer Nivel de Atención, ubicados en el suroeste y centro de Salta Capital, durante los años 2012 y 2013. La selección de la muestra se realizó a través de muestreo de casos consecutivos, entrevistando a todas las embarazadas que asistieron a cada

centro de salud en un lapso de tres semanas y que aceptaron participar del mismo previa firma de consentimiento informado. La tasa de respuesta a la entrevista fue del 91%.

Los datos se recolectaron de fuentes secundarias (historias clínicas (HC)/carné prenatal) y de entrevistas a las mujeres. Las variables estudiadas fueron edad de las gestantes, trimestre de gestación, inicio y número de controles prenatales realizados, antecedentes de patologías familiares y personales, actividades de exámenes físicos y clínicos, determinación de hemoglobina, patologías presentes, consulta odontológica, consumo de suplementos, vacunación.

Se empleó programa SPSS v.15 para el análisis uni y bivariado, empleando prueba chi cuadrado con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Del total de gestantes, el 31% tenían edades extremas (21% adolescentes y 19% mayores de 35 años). Las edades de las entrevistadas oscilaron entre 14 y 46 años, con una media de 25 años \pm 6 años.

Al momento de realizar el estudio un 13% de las embarazadas cursaban el primer trimestre de gestación, el 87% restante, el segundo y tercer trimestre.

Analizando la edad gestacional de la primera consulta de los controles prenatales, se observó que el 63,6% de las mujeres presentó un inicio precoz, es decir antes de la semana 13 de gestación (promedio 11,4 semanas \pm 5,3 semanas), un 29,9% con inicio aceptable (semana 13 a la 20ª) y el 6,4% en forma tardía (con posterioridad a la semana 20). Estos porcentajes al realizar el mismo análisis, considerando la edad de las embarazadas, no indicaron diferencias significativas. ($X^2 = 2,151$; 4 gl, $p=0,708$, 95% nivel de confianza) (Cuadro I).

El promedio de controles realizados fue de 3,78 controles \pm 2 controles 8 (rango= 1 a 10 controles); un 17% asistía a la primera consulta con el equipo de salud. De las embarazadas que cursaban el primer trimestre (n=25) cumplieron con un número adecuado de visitas, al igual que el 96,4% y 92,3% de las que se encontraron en el segundo y tercer trimestre. Sólo 9 mujeres (4,8%) no concurren al número mínimo de consultas recomendado según la edad gestacional.

El número mínimo de controles prenatales realizados no fue significativo cuando se lo relacionó con la variable edad de las embarazadas. ($X^2 = 0,032$; 2 gl, $p=0,984$, 95% nivel de confianza). (Figura 1)

En relación a las actividades que tenían consignadas en sus HC, en el 100% de las HC se consignaron antecedentes relevantes de patologías familiares y personales, presentando este tipo de antecedentes, en algún familiar directo, el 46% de las gestantes, siendo las patologías familiares prevalentes la Diabetes y la Hipertensión arterial (47% y 36% respectivamente). Un 14% poseía antecedentes personales y de embarazos anteriores de preeclampsia / eclampsia (24%), de hipertensión arterial (17%), nefropatías (13,8%) y Chagas (13,8%).

En cuanto al examen físico de las embarazadas, se observó que el 99,5% tenía consignada la medición de talla y el 98,9% el peso pregestacional. En todos los casos se había realizado medición de altura uterina, cálculo de edad gestacional por FUM y medición de peso correspondientes al último control realizado. Tomando esta última variable y relacionándola con talla y semanas de amenorrea se pudo determinar que el 59% se encontraban con estado nutricional normal para la edad gestacional, un 10 en déficit y el 31% en exceso. Cabe aclarar que el estado nutricional de las embarazadas mayores de 19 años y las adolescentes que cursaban segundo y tercer trimestre de gestación se valoraron con gráficas de Calvo y cols.; las adolescentes que cursaban el primer trimestre de embarazo fueron valoradas con gráfica IMC/edad de OMS, por cuanto el estudio de Calvo y cols. no incluyó adolescentes. Los resultados de estado nutricional según edad de la embarazada se observan en el Cuadro II.

El 53% de las mujeres refirió haber tenido revisión de mamas durante las visitas prenatales.

El 70,55% (n=132) (70,5%) contó con determinación bioquímica de hemoglobina posterior al primer control, evidenciando que el 34% presentó valores inferiores a 11 g/dl.

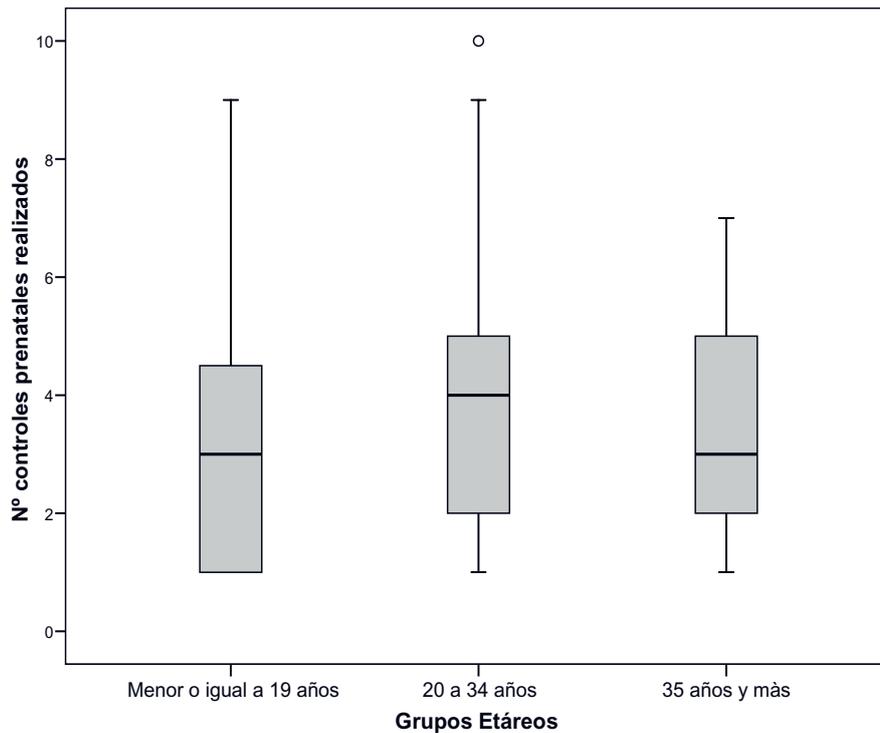
Fueron diagnosticadas con patologías durante el embarazo un 42% %, siendo prevalentes la anemia, infección urinaria y parasitosis. El 74,2% refirió consumir el suplemento de ácido fólico/sulfato ferroso prescripto y el 87,2% indicó estar vacunada.

Analizando la integralidad de la atención prenatal recibida, se menciona que el 100% había cumplimentado con la consulta médica y de enfermería. Cabe recordar que 32 embarazadas realizaban su primer control prenatal, por cuanto este porcentaje de mujeres (17%) no contaba aún con exámenes de laboratorio. Un 74% cumplimentó con la visita odontológica. Se destaca que todos los centros de salud incluidos en el presente trabajo contaban con profesionales Nutricionistas conformando el equipo de salud, por lo que la totalidad de las embarazadas tenían control nutricional realizado.

Cuadro I
Inicio del control prenatal según grupos de edad de embarazadas asistidas en centros de salud. Salta capital. 2012-2013

GRUPOS DE EDAD	INICIO DEL CONTROL PRENATAL						TOTAL	
	PRECOZ		ACEPTABLE		TARDIO			
≤ 19 años	25	62,5%	11	27,5%	4	10,0%	40	100%
20 a 34 años	82	63,6%	39	30,2%	8	6,2%	129	100%
≥ 35 años	12	66,7%	6	33,3%	0	0,0%	18	100%

Figura 1
Numero de controles prenatales realizados según grupos de edad de embarazadas asistidas en centros de salud. Salta capital. 2012-2013



Cuadro II
Estado nutricional / edad gestacional según grupos de edad de embarazadas asistidas en centros de salud. Salta capital. 2012-2013

GRUPOS DE EDAD	ESTADO NUTRICIONAL / EDAD GESTACIONAL							
	DEFICIT		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD	
≤ 19 años	10	55,6%	27	24,5%	2	4,0%	0	0,0%
20 a 34 años	7	38,9%	76	69,1%	41	82,0%	5	62,5%
≥ 35 años	1	5,6%	7	6,4%	7	14,0%	3	37,5%
TOTAL	18	100%	110	100%	50	100%	8	100%

*Se trabajó con 186 casos por no contar con el dato de talla de una observación

DISCUSIÓN

La edad en los extremos de la vida reproductiva de las mujeres es un factor que se asocia con resultados maternos y neonatales. Las mujeres con edades en riesgo representaron casi un tercio del total de entrevistadas.

La atención prenatal es efectiva en la medida en que se realiza tempranamente, y que guarde cierta periodicidad. En este estudio aproximadamente dos tercios de las embarazadas iniciaron precozmente el CPN y cerca del tercio restante en forma aceptable teniendo en cuenta el cronograma definido por el CLAP/SMR, siendo esta característica común a todas las embarazadas independiente de la edad. Estos valores difieren de los citados por Bravi Olivetti y cols. en su estudio efectuado en Corrientes, donde el 23% de los controles fueron precoces, y el 50% y 27% aceptables y tardíos respectivamente (5) y ampliamente superiores a los mencionados por Pécora y cols. (6)

El objetivo de las visitas prenatales es confirmar la buena evolución del embarazo y permiten la identificación del riesgo gestacional, por lo cual es necesario realizar un número adecuado de consultas prenatales a lo largo del embarazo. Los datos de número de visitas realizados mostraron que un alto porcentaje de las mujeres estudiadas habían cumplimentado con las visitas según la edad gestacional. Estos valores difieren de los consignados por Arispe y cols. (7,4% con controles adecuados). (7) En el Primer Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico realizado en 2011 se indica que en Salta durante el año 2011 tuvieron un número de visitas insuficiente el 11% de un total de 15.971 parturientas reportadas. (8)

Los antecedentes familiares de las gestantes indicaron, en un porcentaje considerable, la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Los antecedentes personales representaron un factor de riesgo de desarrollar hipertensión inducida por el embarazo.

El conocer talla materna, peso preconcepcional permiten el cálculo del IMC preconcepcional a fin de evaluar el incremento de peso materno en diferentes periodos del embarazo y detectar estados de déficit o exceso, ya que estos se asocian a patologías durante este periodo y a un aumento en la morbimortalidad del recién nacido. La valoración del estado nutricional actual de la embarazada es de suma importancia ya que permite promover un crecimiento fetal normal, favorece la normal finalización de la gestación como así también la salud de la mujer y sus futuros embarazos. El estado nutricional de las gestantes de este estudio indicó que aproximadamente la mitad se encontraban en riesgo nutricional por bajo peso y por sobrepeso/obesidad, estado que indica la necesidad de una mayor frecuencia en los controles nutricionales que las mujeres que tenían estado nutricional normal. Teniendo en cuenta la edad gestacional de las embarazadas las acciones menos consignadas fueron el examen físico mamario, la realización de análisis bioquímicos sanguíneos y la vacunación. La

prevalencia de patologías, en particular de anemia arrojó cifras valores superiores a los reportados a nivel país en 2008 por el informe surgido de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Anemia: la desnutrición oculta (30,5%). (9)

El porcentaje de gestantes que refirieron consumir suplemento de ácido fólico/hierro también fue superior al reportado en este último informe mencionado (24,4% de las embarazadas argentinas), pero similares a los citados para la Provincia de Salta en el Primer Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico (76,6%). Al respecto se recuerda la recomendación establecida por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, que todas las embarazadas deberían recibir suplementación de hierro.

En su mayoría estas embarazadas recibieron asistencia multidisciplinaria cumplimentando con un CPN de tipo MELON (Médicos obstetras, Enfermeros, Laboratorio bioquímicos, Odontólogos y Nutricionistas). El control odontológico se recomienda realizarlo antes de la 20ª semana de gestación, en este estudio la mitad de las que lo omitieron se encontraban cursando la semana 21ª o más de gestación.

CONCLUSIONES

El inicio del CPN de estas embarazadas fue precoz y/o aceptable en su mayoría, con un número adecuado de visitas al equipo de salud acorde a la edad gestacional. Las acciones consignadas en las HC indicaron que los antecedentes personales y familiares, el estado nutricional para la edad gestacional, la prevalencia de anemia constituyen factores de riesgo materno-neonatales, pero que al ser detectados oportunamente habrían favorecido la planificación e implementación de acciones tendientes a minimizar daños en la salud del binomio madre-hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fescina, R. H.; De Mucio, B.; Díaz Rosello, J. L.; Martínez, G.; Serruya S.; Durán, P. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizada en APS. 3ª Ed. Montevideo, Uruguay: CLAP/SMR; 2011. (Publicación CLAP/SMR, 1577). P. 39 y 40.
2. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Primera Edición. Argentina, 2013. P. 30 y 37.
3. Schwarcz, R.; Uranga, A.; Lomuto, C.; Martínez, I.; Galimberti, D.; García, O. M.; Etcheverry, M. E.; Queiruga, M. El Cuidado Prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2001. P. 7.
4. Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Ginebra: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2003.
5. Bravi Olivetti, M. A.; Pedrozo, L. R.; Santillán, R. M.; Machado, S. Características de los controles prenatales de pacientes púerperas internadas en el Hospital "Dr. José R. Vidal" de la Ciudad de Corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 213 – Diciembre 2012. P. 7
6. Pécora, A.; San Martín, M. E.; Cantero, A.; Furfaro, K.; Jankovic, M. P.; Llopart, V. Control prenatal tardío: ¿Barreras en el sistema de Salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2008; 27 (3). P. 118
7. Arispe, C.; Salgado, M.; Tang, G.; González, C.; Rojas, J. L. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev. Med. Hered. 22 (4), 2011. P. 171
8. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Primer informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión: desarrollo e implementación a escala nacional de un sistema de información en salud de la mujer y perinatal en Argentina. Buenos Aires: OPS, 2013. P.81
9. Kogan, L.; Abeyá Gilardón, E.; Biglieri, A.; Mangialavori, G.; Calvo, E.; Durán, P. Anemia: La desnutrición oculta. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud –ENNyS– 2008. Argentina. Ministerio de Salud. 2008. P. 54

EL RETRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN SALTA. CONTRIBUCIÓN AL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

*Adamo, J.O.; *Acosta, S.; *Moi, A.; *Ola, E.

Canteros, M.; **Franco, R.; *Gutiérrez, S.;

* *Docente investigador UNSa* ***Bioquímica Lab. Tuberculosis y Micobacteriosis Hospital Señor del Milagro* ****Médico Jefe Tisiología Hospital Señor del Milagro*

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa de evolución crónica que requiere un prolongado tratamiento, habitualmente 6 meses con ingesta de 4 medicamentos y eventualmente un inyectable diario en los primeros 60 días. Esta característica asociada a la toxicidad de las drogas y en muchos casos a la presencia de factores de riesgo en los pacientes, inducen al abandono del tratamiento o bien a la irregularidad en la ingesta. La consecuencia inmediata suele ser el fracaso del objetivo que se persigue, manteniéndose el paciente en condición de contagiante y en no pocas ocasiones la adquisición de multirresistencia a drogas. En esta investigación se presentan los resultados del retratamiento en un hospital de referencia a nivel provincial, donde se evidencia la escasa contribución al control de la tuberculosis.

Palabras clave: tuberculosis, abandono del tratamiento, retratamiento, multirresistencia a drogas.

INTRODUCCIÓN

En materia de control de la tuberculosis (TB), suele afirmarse que en los países subdesarrollados con indicadores de morbimortalidad elevados por la endemia, la primera prioridad es asegurar un buen tratamiento a los enfermos que se diagnostican y sólo entonces proceder a la búsqueda de nuevos casos. Situación distinta suele ocurrir, en los países que han superado esta etapa y logran índices de curaciones con la quimioterapia moderna superiores al 80% de los enfermos, en cuyo caso es necesario implementar todas las actividades necesarias para asegurar el diagnóstico oportuno de los casos contagiosos y así progresar en el corte de la cadena de transmisión de la enfermedad.

La República Argentina se encuentra aún entre los primeros, a pesar de una larga historia que ya supera los treinta años, intentando aproximarse a los indicadores de control.

El control efectivo de la TB se basa en la adecuada detección de casos y en el tratamiento apropiado hasta su curación. La estrategia de la OMS para el control de la TB, el Tratamiento Directamente Observado de Corta Duración (DOTS), permite que los casos sean detectados y tratados con los regímenes apropiados. El DOTS sigue siendo la prioridad más alta para alcanzar el control de la TB en todo el mundo.

Cuando las personas no completan el tratamiento estandarizado o cuando se les aplica el tratamiento equivocado, permanecen contagiantes. Los bacilos en sus pulmones pueden desarrollar resistencia a las drogas anti-TB. Las personas a quienes contagian tendrán la misma cepa resistente a la droga. Mientras que la TB resistente a una o más drogas es generalmente tratable, requiere una quimioterapia prolongada (hasta dos años de tratamiento) que a menudo es mucho más cara (a veces es cien veces más cara que el tratamiento de TB susceptible a las drogas) y es más tóxico para los pacientes.

Los objetivos de la OMS que debían ser alcanzados para el 2005, ratificados por la Asamblea de Salud Mundial en 1991, fueron expresados como "detectar el 70% de casos nuevos infecciosos de TB y curar al 85% de aquellos detectados".

Según el informe del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. E. Coni" (INER), presentado en 2006, de los 5.719 casos de tuberculosis pulmonar (examen directo positivo) que se diagnosticaron en todo el país durante 2004, el 63,3% recibió DOT, una cifra 9,5% más alta que

en 2003. El resultado del tratamiento se conoció en el 71,6% de los casos, lo que significa que no se dispone de datos sobre más de 1.500 enfermos bacilíferos detectados ese año. Entre los 4.096 casos con información del resultado del tratamiento, el 77,12% finalizó el mismo y alrededor de un 10% hizo abandono del tratamiento sin finalizarlo. Aunque la proporción de casos que finalizó el tratamiento en 2004 fue ligeramente superior a la del año anterior, en 2004 se incrementó el número de casos para los cuales no se obtuvo datos sobre el resultado del tratamiento, bajando la cobertura de evaluación en casi siete puntos con respecto al año anterior. El abandono del tratamiento, además, aún permanece en una cifra elevada cercana al 10%, valor que se ha mantenido prácticamente estable durante los últimos cinco años, representando un número anual de entre 400 y 500 casos de tuberculosis pulmonar bacilífera que interrumpen el tratamiento de la tuberculosis antes de finalizarlo. (1)

Esta información, referida al total del país, pone de manifiesto las dificultades que debe atravesar la Argentina para alcanzar las metas propuestas por la OMS para el año 2015, cual es reducir a la mitad las tasas de prevalencia y mortalidad de TB. (2)

Una consecuencia grave del abandono del tratamiento es la resistencia o multiresistencia del bacilo a las drogas (MRD), un grave problema individual, se ha incrementado en la última década. Se estima que en Argentina, de las 12278 personas con tuberculosis notificadas en 2003, al menos, 300 presentarían MRD. Está demostrado que la misma, en nuestro medio ha tenido como causa la reunión en un mismo hospital de enfermos crónicos, bacilíferos, eliminadores de bacilos resistentes a las drogas, y de pacientes inmunodeprimidos, casos de sida, que rápidamente se infectaron, enfermaron, y diseminaron esos bacilos a otros pacientes antes de morir. La única estrategia validada para terminar con las causas de este problema, es el DOT ambulatorio, temprano y controlado de los casos diagnosticados por baciloscopia. Este método rápido y de bajo costo permite identificar a los pacientes contagiantes. La internación no mejora el índice de curación, y además de la separación del paciente de su familia, genera el riesgo de infección intrahospitalaria.(3)

Salta, junto a Jujuy son las provincias con los mayores índices de la endemia, a tal punto que superan a la media nacional de morbimortalidad duplicando o triplicando los valores elaborados por el INER. En la tabla 1 se observan datos comparativos de morbilidad por TB según residencia, localización de la TB y confirmación bacteriológica (tasas por 100.000 habitantes/año).En tanto la tasa de mortalidad en el mismo año fue de 2,1 para Argentina y 5,4 para Salta.

Lugar	Total	Pulmonar	Pulmonar +	Baciloscopia +
Argentina	28,4	24,1	15,7	14,4
Salta	71,6	63,7	30,4	28,9

Informe INER 2006 (4).

El Hospital Señor del Milagro de Salta, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, es el nosocomio que tradicionalmente fue y sigue siendo centro de atención de los pacientes con TB. Fue asiento de la antigua Dirección Provincial de Lucha Antituberculosa hasta 1979, año de la creación del Programa de Control de la TB, órgano responsable de la integración de las actividades de control a los servicios generales de salud como estrategia para incrementar la cobertura y reducir el abandono. Este hospital, por las características relacionadas con la concentración del recurso humano capacitado, se constituyó en el centro de referencia provincial para todo caso con dificultades de diagnóstico, casos de TB extrapulmonar, fracasos de tratamiento, TB con patología asociada (diabetes, HIV, alcoholismo, etc.) y los retratamientos cuando se asocian a abandonos reiterados y sospecha de resistencia a drogas. En función a lo descripto, surgió la necesidad de investigar las actividades con las que el hospital responde al Control de la TB en la provincia de Salta.

OBJETIVO GENERAL

Analizar las actividades relacionadas al retratamiento de la TB en el Hospital Señor del Milagro, según normas nacionales y recomendaciones internacionales en el marco del Programa de Control de la TB de la provincia de Salta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar casos que fueron sometidos a retratamiento de TB
2. Analizar el diagnóstico bacteriológico y pruebas de sensibilidad practicadas
3. Verificar la existencia de antecedentes de riesgo y comorbilidad asociada
4. Analizar el esquema terapéutico instituido y la aplicación de DOT
5. Determinar la evolución del caso al momento de la observación
6. Verificar y analizar el estado nutricional de pacientes internados

PACIENTES Y MÉTODOS

Mediante un método observacional descriptivo, se analizaron historias clínicas y fichas de control de tratamiento de todo caso que fuera derivado al hospital o demandara asistencia por medios propios y se le ordenara internación presentando bacteriología positiva de esputo. La observación se realizó en un período de 30 meses desde mayo 2010 a octubre de 2012.

En cuanto al estado nutricional, se efectuó evaluación mediante antropometría de casos si al momento de la investigación el paciente estuvo internado.

DEFINICIONES OPERACIONALES

- Recaída (recidiva): Un paciente tratado previamente por tuberculosis que ha sido considerado curado o con tratamiento completo y se presenta con una tuberculosis bacteriológicamente positiva (esputo directo o cultivo).
- Fracaso: Un paciente en tratamiento que presenta esputo positivo al quinto mes o después del curso del tratamiento.
- Abandono: Un paciente cuyo tratamiento se ha interrumpido por dos veces consecutivas o más.
- Retorno después de abandono: Un paciente que vuelve a recibir tratamiento con bacteriología positiva, después de una interrupción del tratamiento de dos o más meses.
- Reacción adversa: Un paciente que presenta signos de lesión orgánica compatible con las lesiones provocadas por una o más drogas antibacilares habiendo iniciado el tratamiento con bacteriología positiva y se mantuvo con el esquema original por 30 o más días.

RESULTADOS

Siguiendo las definiciones adoptadas por la OMS(5), en el período de estudio se detectaron 45 casos a los que se indicó retratamiento de TB (Tabla 1).

Tabla 1. Casos de retratamiento de Tb durante 2010-2012.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
20 a 29	7	6	13	28.9
30 a 39	8	1	9	20.0
40 a 49	4	3	7	15.6
50 a 59	9	2	11	24.4
60 y +	2	3	5	11.1
Total	30	15	45	100.0

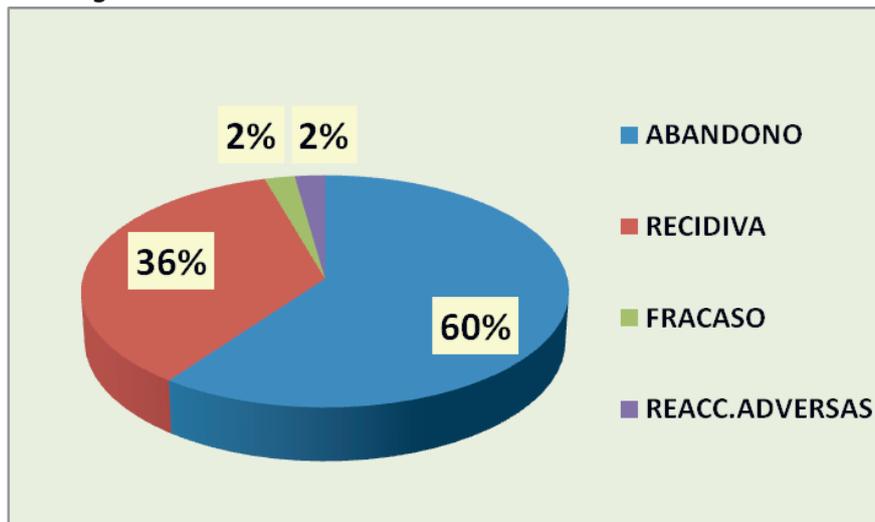
Se observa un notable predominio de varones sobre mujeres y casi la mitad de ellos corresponde a población joven, menores de 39 años, para quienes los factores de riesgo encontrados en esta investigación suelen ser frecuentes, tal es el caso de las adicciones, la diabetes y la co-infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV).

En todos se comprobó la existencia de informes de laboratorio bacteriológico con pruebas de sensibilidad a drogas (PSD), efectuadas en el Laboratorio del Instituto Dr. Carlos Malbrán de Buenos Aires.

En referencia a estos casos, la recomendación del Programa Nacional y las recomendaciones internacionales, coinciden en que se debe iniciar el retratamiento con el esquema original compuesto por Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol, hasta conocer los resultados de las PSD. Comprobada la existencia de alguna resistencia por parte del bacilo a una o más drogas, el esquema se adecua de acuerdo con la existencia de drogas de segunda línea en el Programa de Control de TB. Este procedimiento se cumple de acuerdo con lo prescripto. Sin embargo, la estrategia DOTS que asegura la administración e ingesta estricta de los medicamentos, no se cumple en ninguno de los sectores de internación y tampoco para los tratamientos ambulatorios.

En Figura 1 se presentan las causas por la que los casos han recibido la indicación de retratamiento. En tal sentido, el “abandono” del tratamiento original constituye la causa de mayor frecuencia, superando notablemente a las otras.

Figura 1. Causas de retratamiento de TB durante 2010-2012.



La evaluación de los factores de riesgo permitió determinar que en una gran cantidad de casos había factores asociados (Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Presencia de factores de riesgo según edad.

EDAD	S/FACTOR	C/FACTOR	%	TOTAL
20 a 29	1	12	92.3	13
30 a 39	0	9	100.0	9
40 a 49	0	7	100.0	7
50 a 59	6	5	45.5	11
60 y +	4	1	20.0	5
TOTAL	11	34	75.6	45

Observamos que casi la totalidad de los casos menores de 49 años (28 sobre 29) presentan algún factor de riesgo asociado, los que por su tipo, favorecen la falta adhesión al tratamiento y abandono. En la Tabla 3 se visualizan los factores de riesgo encontrados en los pacientes sujetos a retratamiento.

Tabla 3. Factores de riesgo

EDAD	ALCOHOL	DROGAS	HIV	DIABETES	TOTAL	%
20 a 29	6	6			12	35.3
30 a 39	5	4			9	26.5
40 a 49	4	1	2		7	20.6
50 a 59	3	1		1	5	14.7
60 y +				1	1	2.9
Total	18	12	2	2	34	100.0

De los 34 casos con factor de riesgo, más de la mitad presenta adicción alcohólica y algo superior a un tercio a drogas prohibidas, lo que representa el 88% de casos con factor de riesgo que favorecen el abandono y el 67% sobre el total de casos observados en la investigación.

La MRD es el problema que los programas de control deben asumir como de difícil solución hasta el presente, debido a la inexistencia de drogas más efectivas para eliminar el bacilo en menor tiempo al que proponen los esquemas vigentes hasta el momento. Nosotros encontramos que el 22% de los pacientes sometidos a retratamiento presentaban MDR (Tabla 4).

Tabla 4. MRD en los casos de retratamiento según grupo etario

EDAD	TOTAL	MRD	%
20 a 29	13	2	15.4
30 a 39	9	1	11.1
40 a 49	7	1	14.3
50 a 59	11	5	45.5
60 y +	5	1	20.0
Total	45	10	22.2

Es importante destacar que en esta serie, la prevalencia de MRD tiene un valor (22 %) considerablemente mayor al publicado por Brito, R.C. y otros, quienes sobre 156 casos de retratamiento identificaron 27 con MRD (17 %). (6)

También, la investigación evaluó el estado en el que se encontraba cada casodela serie observada al momento del análisis de la historia clínica o ficha de tratamiento. Se destaca el elevado porcentaje de nuevos abandonos, aun tratándose de casos de retratamiento, los que sumados a los fallecidos se aproximan al 50 % de la serie observada (TablaS 5 Y 6).

Tabla 5. Evolución de los casos de retratamiento durante el período 2010-2012

ESTADO	MASC	FEMEN	TOTAL	%
EN TRATAMIENTO	11	8	19	42.2
ABANDONO	12	2	14	31.1
FALLECIDO	4	4	8	17.8
ALTA	3	1	4	8.9
TOTAL	30	15	45	100.0

Tabla 6. Mortalidad en la serie de pacientes estudiados

EDAD	TOTAL	MUERTES	%
20 a 29	13	2	15.4
30 a 39	9	0	0.0
40 a 49	6	3	50.0
50 a 59	11	2	18.2
60 y +	5	1	20.0
Total	45	8	17.8

Finalmente, para la evaluación del estado nutricional de los pacientes que se encontraron internados durante el período de la investigación, se aplicó el método antropométrico, utilizando el protocolo propuesto por la *International Society for the Advancement of Anthropometry (ISAK)*. La mayor parte presentó algún grado de desnutrición: el 27 % se encontraba con desnutrición grave, con un IMC < a 16 Kg/m², similares proporciones (27 %) presentaron desnutrición leve y un 9 % desnutrición moderada. Este indicador, tiene un valor pronóstico, y se acepta que valores tan bajos como < de 16 Kg/ m² se acompaña de un aumento de morbilidad. Solamente un tercio se encontraron dentro de la normalidad.

Al utilizar el pliegue cutáneo tricipital, para determinar la reserva energética, se observó que la mayoría se encuentra en una situación de desnutrición grave. Solo una persona estuvo dentro de los valores de normalidad, según este indicador.

Los pacientes presentaron distintos grados de desnutrición, según los indicadores estudiados. Esta situación pone en riesgo la recuperación de los pacientes debido a que el estado nutricional condiciona la respuesta del organismo ante situaciones patológicas.

DISCUSIÓN

El total de casos analizados en la investigación, revela que solo se derivan al hospital "casos problemas", es decir aquellos que entre sus antecedentes presentan abandonos reiterados (la mayoría), persistencia de positividad de las bacterias en el esputo luego de varios meses de tratamiento y también las TB extrapulmonares (larga evolución y complicaciones), casos éstos últimos que no fueron incorporados a la presente investigación en función a la importancia epidemiológica de los pulmonares positivos.

La mayoría de los casos (65 %) corresponden a personas jóvenes, en plena edad productiva de la vida, con franco predominio de varones. El grupo, así conformado, presentó una fuerte asociación con factores de riesgo de tipo social, como alcoholismo y drogadicción, lo que justifica el gran número de abandonos (60 %) observados en la serie.

La recidiva (35 %) se advierte como segunda causa importante para iniciar retratamiento, lo que sumado a los abandonos, alcanza el 95 % de los casos estudiados.

Estas dos causas, constituyen el sustento y resultado de lo que se observó cómo práctica habitual en el Hospital Señor del Milagro de Salta. El tratamiento administrado, hecho confirmado con la investigación sobre funciones y cumplimiento de normas por parte del personal de enfermería. Asimismo la ausencia de DOT también justifica la elevada MRD observada en la serie.

Se considera que la elevada letalidad observada en los pacientes del estudio, resulta congruente con las características de grupo de alto riesgo y ausencia de DOT, tanto en el hospital como en los servicios supervisados por el Programa de Control.

Por último, los distintos grados de desnutrición observada, además de comprometer la recuperación de los pacientes, podría considerarse como un importante factor de riesgo asociado (co-morbilidad) que requiere profundizar la investigación en este aspecto.

CONCLUSIONES

La investigación revela que la TB sigue siendo un grave problema de salud para la provincia de Salta. Las normas nacionales y recomendaciones internacionales se cumplen parcialmente, lo que justifica el elevado número de abandono en los tratamientos y también los elevados índices de MRD.

La MRD constituye un grave problema a vencer si aparecen nuevas drogas para el retratamiento bajo estrategia DOTS.

Mientras ello ocurra, el hospital no podrá contribuir al objetivo del control si no aplica DOT y expande la capacitación del recurso humano dentro de su área de influencia. (7)

De acuerdo a los valores observados en la evaluación nutricional, es absolutamente necesario investigar la desnutrición como factor de co-morbilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANLIS "Dr. Carlos Malbrán" INER "Emilio Coni" "TUBERCULOSIS EN ARGENTINA 1980-2005" PROGRAMA DE TUBERCULOSIS.DOC.TEC.08/06, en Revista Argentina del Tórax, vol 67 N° 1- 4. 2006
2. OMS. "TUBERCULOSIS" FactSheet Nro. 104, Revisada en marzo de 2004, en Revista Argentina del Tórax, Vol. 65, N° 1-4. 2004
3. MICELI, Isabel N.P. Medicina (B. Aires) [online]. 2005, vol.65, n.6 [citado 2013-04-13], pp. 553-556 . Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000600017&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1669-9106.
4. INER "Emilio Coni" "NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA PERÍODO 1980-2006", en REVISTA ARGENTINA DEL TORAX, vol. 68, N° 1-4. 2007
5. OMS/UICter/ARHT "REVISION DE LAS DEFINICIONES INTERNACIONALES EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS" Int J TubercLungDis 2001; 5 (3): 213-215, en Revista Argentina del Tórax, 2001 vol. 62, N° 1-4
6. BRITO, R.C. y otros. "La tuberculosis fármaco resistente en seis hospitales de Río de Janeiro" Revista Internacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. 14 (1): 24-33, Francia, enero 2010.
7. OPS. "PLAN DE EXPANSIÓN DEL MANEJO PROGRAMÁTICO DE LA TUBERCULOSIS RESISTENTE A MEDICAMENTOS. Hacia el acceso universal de la TB-D/M/XDR en Las Américas 2010 -2015" Washington, D. C.: OPS, 2011.
8. Gil Angel. Nutrición Humana y Estado de Salud. Ed Medica Panamericana. México 2010
9. Norton K y Olds T. Antropométrica. Ed Biosystem Servicio Educativo. Buenos Aires 2000.
10. WHO. Dieta Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Serie de Informes Técnicos 916. Ginebra 2003

FITOSTEROLES ADICIONADOS A ALIMENTOS: UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA

*Paz, Noelia Fernanda; *Gonzalez de Oliveira, Enzo; ** Villalva, Fernando Josue; ***Armada, Margarita y ****Ramón, Adriana Noemí.

*Licenciada en Nutrición. Becaria de CONICET. ** Becario BIEA del CIUNSa. ***Ingeniera Química.
****Magister en Salud Pública. Universidad Nacional de Salta.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen en la actualidad la primera causa de muerte en el mundo occidental y, si bien esta patología tiene un origen complejo y es la conjunción de muchos factores, se acepta que los niveles altos de colesterol plasmático constituyen un importante indicador de riesgo para su desarrollo¹.

Por ello, las intervenciones dependen de los valores de hipercolesterolemia, donde en las moderadas (201 - 240 mg/dL) se aconseja el manejo dietético asociado a una mayor actividad física²; y en las graves (> 240 mg/dL), además de lo anterior, es necesario el tratamiento farmacológico³.

Si bien la intervención dietoterápica clásica, se orienta a una menor ingesta de colesterol, también se pueden aplicar estrategias nutricionales innovadoras, como la incorporación de compuestos que disminuyen el colesterol sanguíneo, entre ellos los fitoesteroles⁴. La Unión Europea sugiere que un consumo regular de un mínimo de 2 g/día de fitoesteroles añadidos a diferentes alimentos, reducen un 7-10,5 % las concentraciones sanguíneas de colesterol LDL⁵.

Por otro lado, la Food and Drug Administration (FDA) recomienda que el consumo diario de un mínimo de 1,3 g/día de fitoesteroles y de 3,4 g/día de fitoestanoles^{6,7}, lograría un descenso de entre el 8-15% en el colesterol LDL⁷.

DESARROLLO DEL TEMA

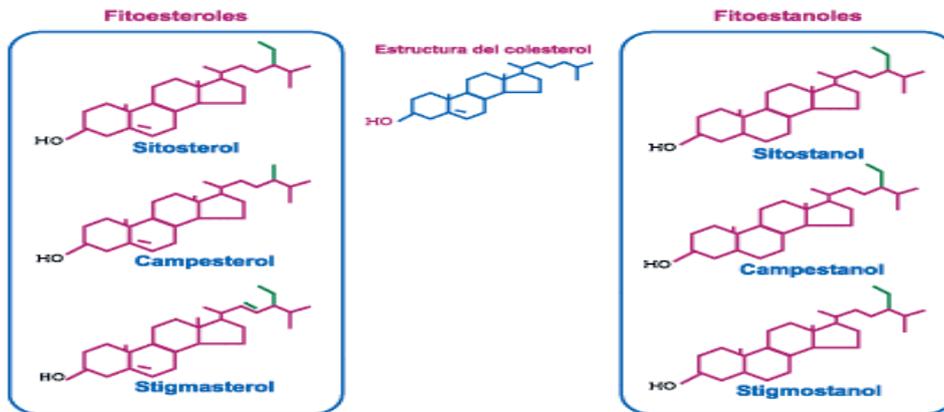
Generalidades

Los fitoesteroles son compuestos derivados de plantas con estructura y funciones análogas al colesterol de los vertebrados: intervienen en la estabilización de la bicapa de fosfolípidos de las membranas celulares y en la estructura del núcleo de las plantas. Dentro del grupo se encuentran dos categorías: los esteroides con un doble enlace en C5, y los estanoles con una reducción en la misma posición, pero que pueden ser convertidos a los primeros mediante hidrogenación⁸. En la actualidad se han identificado más de 200 tipos de fitoesteroles, siendo más abundantes los que se observan en la Figura N° 1.

Mecanismo de acción

Los fitoesteroles son metabolizados en el intestino delgado a través de un proceso que implica tres etapas:

Figura N° 1
Estructura química de los principales fitoesteros y fitoestanoles.



Fuente: Valenzuela & Ronco, 2004.

1) Lumen intestinal/ micela mixta: los fitoesteros son más lipofílicos que el colesterol, por lo tanto pueden desplazarlo competitivamente de la micela mixta formada por sales biliares, fosfolípidos, y lípidos provenientes de la dieta. En consecuencia el mismo no es emulsionado y no puede ser absorbido, por lo que es eliminado junto a los esterios a través de las deposiciones¹⁰.

2) Célula intestinal/enzima AcilCoa Colesterol Acil Transferasa (ACAT): Para formar los quilomicrones (lipoproteínas transportadoras), es necesaria la transformación del colesterol, de su forma libre a su forma esterificada. Para esto es necesaria la enzima ACAT. Los fitoesteros absorbidos inhiben la acción de la misma, por lo tanto, parte del colesterol libre absorbido no puede reesterificarse para ser incorporado al quilomicron y aumentan su excreción al lumen intestinal^{10,9}.

3) Célula intestinal/transportador ATP Binding Cassette (ABC): los esterios y estanoles aumentan la actividad del transportador ABC, cuya acción es bombear las moléculas de colesterol no reesterificado al lumen intestinal, aumentando su excreción^{10,9}.

Fuentes naturales de fitoesteros en alimentos

Las principales fuentes de fitoesteros se resumen en la Tabla N° 1.¹¹

La dieta occidental proporciona aproximadamente 150-400mg de fitoesteros y entre 20 y 50mg de fitoestanoles por día, este consumo puede llegar a ser mayor en dietas vegetarianas. No obstante, si tenemos en cuenta la recomendación de 2g/día⁶, las cantidades consumidas son insuficientes para tener un efecto significativo en la disminución del colesterol¹³, motivo por el cual se justifica la adición de estos compuestos a los alimentos.

Tabla N° 1
Contenido promedio de fitoesteros contenidos por porción de alimento

Alimentos	Porción recomendada (g)	Fitoesteros aportados por porción (g)	Alimentos	Porción recomendada (g)	Fitoesteros aportados por porción (g)
Aceite de maíz	13	0,12	Pan	60	0,03
Aceite de girasol	13	0,05	Naranja	80	0,02
Aceite de soja	13	0,04	Higo	80	0,02
Margarina	10	0,02	Limón	80	0,01
Aceite de oliva	13	0,03	Pomelo	80	0,01

Semillas sésamo	15	0,05	Ananá	80	0,01
Almendras	30	0,05	Manzanas	80	0,01
Nueces	30	0,04	Aceitunas negras	20	0,01
Salvado de trigo	10	0,02	Coliflores	80	0,03
Pan de trigo	60	0,05	Zanahorias	80	0,01
Harina trigo int	50	0,03			

Fuente: Marangoni & Poli, 2010; C.A.A., 2010.

Los fitoesteroles y los alimentos

El impacto de las diferentes composiciones de los alimentos en el efecto hipocolesterolemiantes aún no ha sido completamente aclarado. Abumweis¹⁴ ha clasificado los alimentos en cuatro grupos de acuerdo con el contenido de grasa y las características físicas utilizados para administrar los fitoesteroles en: 1) las grasas para untar, 2) mayonesa y aderezos para ensaladas, 3) leche y yogur y 4) otros como chocolate, barras de cereales, bebidas, jugos, carne y productos horneados. La incorporación en los grupos 1, 2 y 3 se asoció con una mayor eficacia en la reducción del colesterol LDL con respecto a la de otros alimentos, lo que sugiere el papel importante de la matriz alimentaria en el efecto de la reducción del colesterol. En particular, se ha demostrado que los fitoesteroles adicionados a leches parcialmente descremadas tienen un impacto tres veces mayor con respecto al pan y los cereales¹⁵. En general, los datos de los ensayos a corto y largo plazo indican que la reducción del colesterol sanguíneo por la administración de fitoesteroles se observa dentro de pocas semanas y permanece estable durante un año de suplementación¹⁶.

Estudios clínicos con alimentos

Con el objetivo de evaluar la eficacia hipocolesterolemiantes de un producto lácteo en forma de yogur bebible comercializado en España, se realizó un estudio en el que se incluyeron 32 personas de ambos sexos con colesterol LDL superior a 120 mg/dl. Los pacientes consumieron durante 3 semanas un envase de 130ml, conteniendo 2 g de fitoesteroles. Al inicio y final del tratamiento se valoraron colesterol total, LDL, HDL e índice LDL/HDL. Al finalizar el tratamiento se observó una reducción del colesterol total (235 ± 34 a 219 ± 35), un descenso significativo ($p < 0,01$) respecto al nivel inicial de LDL (157 ± 30 a 140 ± 34 , mg/dl) e índice LDL/HDL ($3,2 \pm 1,0$ a $3,0 \pm 1,2$), sin modificación significativa en HDL (48 ± 15 a 53 ± 29)¹⁷.

En nuestro país, se evaluó la eficacia en la reducción del LDL de un yogur adicionado con 1,6g de fitoesteroles por envase (120ml), administrado durante 6 semanas. Participaron 83 personas con hipercolesterolemia moderada. Al finalizar el estudio, se observó una reducción promedio del 12,2% de LDL con respecto a las concentraciones iniciales¹⁸.

La evidencia disponible nos lleva a pensar que la reducción del LDL pueden corresponder a una disminución de las personas que mueren cada año por causas como el infarto agudo de miocardio (IAM) y el accidente cerebrovascular (ACV), sucesos que tienen una directa relación con la hipercolesterolemia.

CONCLUSIONES

Si bien los fitoesteroles se encuentran naturalmente en algunos alimentos de origen vegetal, su aporte resulta insuficiente para cubrir la ingesta diaria recomendada, necesaria para la prevención de la hipercolesterolemia. Es por ello, que resulta indispensable pensar en nuevas alternativas para vehicular este componente bioactivo a fin de incrementar su consumo y disminuir la síntesis y absorción del colesterol total y LDL, cuyo aumento en el organismo está estrechamente relacionado al riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saini, H.K.; Arneja, A.S. & Dhalla, N.S. Role of cholesterol in cardiovascular dysfunction. *The Canadian Journal of Cardiology*, 2004; 20(3):333-346.
2. Reddy, S.K. & Katan, M.B. Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases. *Public Health Nutrition*, 2004; 7(1A):167-86.
3. Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. "Physical activity and good nutrition: essential elements to prevent chronic diseases and obesity". *Nutrition Clinic Care*, 2003; 6(3):135-8.
4. Stock, J. "Focus on lifestyle: EAS Consensus Panel Position Statement on Phytosterol-added Foods". *Atherosclerosis*, 2014; 234:142-145.
5. Diario Oficial de la Unión Europea. Reglamento nº 376/2010. Modificación del Reglamento (CE) nº 983/2009 sobre la autorización o la denegación de autorización de determinadas declaraciones de propiedades saludables en los alimentos relativas a la reducción del riesgo de enfermedad y al desarrollo y la salud de los niños". [En línea] Disponible en: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:111:0003:0004:ES:PDF>
6. Foods and Drugs Administrations (FDA). Fodd Additives Permitted for direct addition to food or human. *Federal Register*, 2003; 68:250. [En línea] Disponible en: <http://www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/98fr/03-32101.htm>
7. *Advanced Organic Materials*. Fitoesteroles en Productos Lácteos. *Tecnología Láctea Latinoamericana*, 2006; 41:38-41.
8. Lagarda, M.J.; García Llatas, G. & Farré, R. Analysis of phytosterols in foods. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis*, 2006; 41:1486–1496.
9. Valenzuela, B.A. & Ronco, A.M. Fitoesteroles y Fitoestanoles: aliados naturales para la protección de la salud cardiovascular. *Revista Chilena de Nutrición.*, 2004; 31(1):161-169.
10. Olagnero, G.; Marcenado J. & Irei, V. Alimentos Funcionales: compuestos de naturaleza lipídica. *DIAETA*, 2007; 25(120):31-42.
11. Marangoni, F. & Poli, A. Phytosterols and cardiovascular health. *Pharmacological Research*, 2010; 61:193–199.
12. Código Alimentario Argentino. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud. Poder Ejecutivo Nacional, 2009. [En línea] Disponible en: <http://www.anmat.gov.ar/codigo/caa1.htm>
13. Nolasco, S.M. La Naturaleza al Servicio de la Salud. *Énfasis Alimentación*, 2008; 4:68-74.
14. Abumweis S.S., Barake R. & Jones P.J. Plant sterols/stanols as cholesterol lowering agents: ameta-analysis of randomized controlled trials. *Food & Nutrition*, 2008; 52.
15. Clifton, P.M.; Noakes, M.; Ross, D.; Fassoulakis, A.; Cehun, M. & Nestel, P. High dietary intake of phytosterol esters decreases carotenoids and increases plasma plant sterol levels with no additional cholesterol lowering. *Journal of Lipids*, 2004; 45:1493–1499.
16. Plat, J. & Mensink, R.P. Plant stanol and sterol esters in the control of blood cholesterol levels: mechanism and safety aspects. *American Journal of Cardiology*, 2005; 96:15D–22D.
17. Algorta Pinedaa, J.; Chinchetru Ranedob, M.J.; Aguirre Andaa, J. & Terrerosa, S.F. Eficacia hipocolesterolemia de un yogur que contiene ésteres de estanol vegetal. *Revista Clínica Española*, 2005; 205(2):63-6.
18. Plana, E. Los fitoesteroles añadidos a un alimento a base de yogur contribuyen a alcanzar el objetivo de c-LDL en personas con hipercolesterolemia. *European Journal Nutrition*, 2007; 47(1):32-9.

UNA MIRADA HACIA LOS ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3: ASPECTOS GENERALES E INCORPORACIÓN A PRODUCTOS ALIMENTICIOS

*Goncalvez de Oliveira, Enzo; **Paz, Noelia Fernanda, ***Villalva, Fernando; ****Armada, Margarita y*****Ramón Adriana.

Licenciado en Nutrición. Becario PGT I CONICETLicenciada en Nutrición. Becaria PGT II CONICET. *** Becario BIEA del CIUNSa. ****Ingeniera Química. *****Magister en Salud Pública. Universidad Nacional de Salta.*

Introducción

La industrialización, urbanización, desarrollo económico y la globalización del mercado han generado cambios en el estilo de vida de las personas, aumentando el estrés, lo que originó hábitos alimentarios inadecuados y un nivel de actividad física insuficiente para mantener un equilibrio óptimo de energía y un peso saludable; debido a ello, se incrementó la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como obesidad, diabetes, dislipemias, entre otras; constituyendo, actualmente, la principal causa de mortalidad y discapacidad a nivel mundial y que, particularmente, en Argentina explican más del 60 % de las muertes (1, 2).

El desbalance en el Valor Calórico Total (VCT), representado por el alto consumo de grasa, es un factor determinante de las ECNT, lo que impulsó a que las investigaciones se orienten a demostrar el efecto del consumo de este nutriente. Hoy en día se sabe que no todas las grasas son perjudiciales, existen grupos de Ácidos Grasos (AG) que poseen efectos benéficos para la salud (3, 4). Por un lado, tenemos los AG monoinsaturados, que poseen un doble enlace en su estructura química, y por otro lado, se encuentran los denominados AG poliinsaturados (AGPI), que cuentan con dos o más dobles enlaces. Dentro de estos últimos, si el primer doble enlace está en el carbono 3 son AG omega 3 (AG ω -3), en cambio, si se halla en el carbono 6 es un AG omega 6 (AG ω -6) (3, 4). De la familia de los AG ω -3, los más estudiados, por su importancia en diversas funciones en el organismo, son los ácidos alfa linolénico (ALA), eicosapentaenoico (EPA), docosapentaenoico (DPA) y docosahexaenoico (DHA); y de los AG ω -6 el linoleico (LA) y el araquidónico (ARA). Tanto el LA como el ALA son considerados esenciales, ya que el organismo no los puede biosintetizar y son los precursores, dentro de su familia, de los demás, por ello deben ser aportadas por la alimentación (4).

La sustitución de las grasas saturadas por AGPI provenientes de granos y semillas, ha generado cambios en las últimas dos décadas en la composición de AG de la alimentación, ocasionando una mayor ingesta de LA (5). Por ejemplo, en nuestro país el aceite de mayor consumo es el de girasol (70 %) (6) que contiene 68,20 % de LA y solo 0,50 % de ALA (7). Este incremento en el consumo de LA, afecta la conversión endógena por competitividad del ALA a EPA y DHA e inhibe la incorporación a los tejidos de estos últimos (5).

Existen, además, otros factores que afectan la conversión de ALA a DHA, como sexo, edad, genética y estado fisiológico (8). Se ha estimado el porcentaje de conversión mediante isotopos de ALA a EPA entre un 5 a 0,20 % y a DHA en 0,50 % (9).

En el Diagrama N° 1 se detalla el proceso de bioconversión del ALA al DHA.

Diversos estudios demostraron que los AG ω -3 tienen propiedades antiinflamatorias, antiarrítmicas y antitrombóticas, además, reducen los niveles de colesterol total y mejoran la relación HDL y LDL colesterol, mediante diversos mecanismos de acción (2, 10, 11, 12).

Las recomendaciones sobre su consumo surgen a partir de la última reunión de expertos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) donde se aconsejó un aporte de AGPI entre un 6 y 11 % del VCT, dentro de ellos 0,50 a 2 % por los AG ω -3, y del 0,50 a 0,60 % se aconseja que sea el ALA. En relación al EPA y DHA, en conjunto, se deben consumir entre

0,25 a 2 g/día. Es importante mencionar que el consumo próximo a límites inferiores contribuiría a prevenir síntomas de deficiencias de estos AG, mientras que, valores cercanos a los superiores favorecerían el alcance de los efectos benéficos antes citados (2). También la FAO establece que un consumo alto de AGPI, en valores superiores del 11 % del VCT, existe riesgo de peroxidación lipídica, particularmente cuando la ingesta de tocoferol es baja (2).

Debido a todo lo expuesto, las investigaciones científicas y las industrias de alimentos estudian la incorporación de AG ω -3 en diversas matrices alimentarias para contribuir a aumentar el consumo, lograr los efectos saludables sobre el organismo y prevenir las ECNT (13, 3). Por ello, esta revisión biográfica tiene como propósito conocer fuentes alimentarias de los AG ω -3 y la microencapsulación como una alternativa tecnológica de incorporación de estos compuestos a productos alimenticios.

DESARROLLO DEL TEMA

Fuente alimentaria

En el Cuadro N° 1 se detalla el contenido de AG ω -3: EPA, DHA y ALA en pescados y alimentos de origen vegetal.

Si bien los pescados y sus aceites tienen un alto contenido de EPA y DHA, estos no son de consumo frecuente por la población Argentina. Por otro lado, algunas semillas, granos y sus aceites contienen ALA, destacándose la semilla y el aceite de chía (5, 17). En base a ello, se puede observar a la chía y sus derivados como una potencial alternativa de aporte de AG ω -3, ya que en la región del NOA, el consumo de alimentos marinos, es de frecuencia baja a nula (18). Es de destacar que esta semilla tiene un contenido de aceite de alrededor del 33%, con un 62 a 64% por ALA (15, 19, 20).

Nueva tecnología en la incorporación AG ω -3

La incorporación directa de AG ω -3 a los alimentos puede generar productos de poca aceptabilidad debido a que dichos compuestos tienden a oxidarse produciendo sabores desagradables (21), por ello se estudian nuevas tecnologías.

Una de ellas es la microencapsulación, que es un proceso mediante el cual ciertas sustancias son introducidas en una matriz o sistema pared con el objetivo de impedir su pérdida, para protegerlos de la reacción con otros compuestos presentes en el alimento y evitar que sufran reacciones de oxidación debido a la luz u oxígeno. El compuesto encapsulado se libera gradualmente, dando productos alimenticios con mejores características nutricionales y sensoriales; al enmascarar sabores u olores desagradables, además, otorgan mayor estabilidad durante el almacenamiento, y liberan el compuesto de manera controlada luego del consumo del producto (22).

La microencapsulación permite la incorporación de ingredientes, como el aceite de chía, generando efectos positivos, aportando una protección extra frente a factores externos como: oxígeno atmosférico, temperatura, humedad del ambiente, pH del alimento, radicales libres, garantizando su absorción, con una degradación mínima y sin detrimento de las características sensoriales del producto final (21).

Rodea González et al (2012) microencapsularon aceite de chía mediante secado por spray. Se realizaron emulsiones de aceite de chía, agua y mezclas de biopolímeros concentrado de proteína de suero con goma de mezquite y goma arábiga, como material de pared y total de sólidos de 30 y 40% del peso. Las microcapsulas tuvieron un tamaño entre 13,17 y 28,20 μ m. La eficiencia de encapsulación fue mayor al 70% (23).

Guida, L, et al (2013) del Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI) microencapsularon aceite de lino para incorporarlo a un pan. Se empleó secado por spray. Se utilizaron diversos materiales de pared solos o en mezclas: maltodextrina, proteína de suero, goma arábiga. Obtuvieron una eficiencia de encapsulado mayor al 90%. El contenido de ALA en el aceite extraído se vio afectado muy levemente por el proceso en todas las muestras (24).

Incorporación de AG ω -3 en productos alimenticios

Al evaluar la posibilidad de incorporar AG ω -3 a productos alimenticios se debe tener en cuenta que el Código Alimentario Argentino (CAA) (25) determina que para que un alimento sea considerado "Fuente" debe contener: 300 mg de ALA o 40 mg de EPA + DHA y de "Alto Contenido": 600 mg de ALA o 80 mg de DHA + EPA.

Como se planteo anteriormente, existen productos alimenticios en los que se ha incorporado AG ω -3, a continuación se detallan algunos ejemplos en matrices lácteas:

- Queso de cabra de pasta blanda con aceite de pescado: se fortificó en 3 concentraciones de 60, 80, y 100 g de aceite en 3600 ml de leche de cabra. Además se formuló una muestra control. De las tres formulaciones adicionadas la muestra con 60 g de aceite de pescado fue la que registró mayor aceptación por los consumidores ubicándose en la categoría "me gusta moderadamente". Se obtuvo un queso con un promedio de 127 mg de EPA + DHA por porción (28 g). Los niveles de fortificación, pudieron ser añadidos al queso de pasta blanda sin afectar negativamente a la vida útil. (26). Según el CAA se estableció que este producto fue de "Alto contenido"
- En el mercado nacional existen dos productos que fueron adicionados con AG ω -3, ellos son una Leche Parcialmente Descremada donde se incorporó AG de origen marino, fitoesteroles esterificados y calcio; aportando 0,10 g de AG ω -3/100 ml. Por otro lado, se encuentra una leche entera y parcialmente descremada con DHA. Las mismas tienen un aporte de 42 mg de DHA/porción, tratándose de un alimento "fuente" según el CAA.
- En el marco de los Proyectos del Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta (CIUNSa) N° 2126/0 "Producción de alimentos funcionales en agroindustrias rurales" y el N° 2071: "Ingredientes bioactivos en la formulación de alimentos con atributos saludables para la prevención de ECNT" se está realizando una tesis doctoral cuyo objetivo es obtener y microencapsular aceite de chía para adicionar a quesos de leche de cabra. El fin es lograr un producto fuente de AG ω -3. Se pretende optimizar la microencapsulación a través de Secado por Spray y Liofilización, empleándose goma arábica y brea como material de pared. Se formularán quesos de leche de cabra de alta y baja humedad con el microencapsulado (MAC), fijándose parámetros del proceso de elaboración, etapa del agregado del MAC, calidad y características nutricionales, texturales, sensoriales y estabilidad al almacenamiento.

Diagrama N° 1 "Proceso de bioconversión del ALA al DHA"



Fuente: Adaptado de Coronado Herrera, et al (2006) (4).

Cuadro N° 1 “Contenido de EPA, DHA y ALA en pescados y alimentos de origen vegetal (g/%)”

Alimento	EPA	DHA	ALA
Caballa	0,50 ^a	0,69 ^a	-
Atún	0,36 ^a	1,14 ^a	-
Sardina	0,53 ^a	0,86 ^a	-
Trucha	0,33 ^a	0,82 ^a	-
Salmón	1,00 ^a	0,72 ^a	-
Pejerrey	0,30 ^b	0,50 ^b	-
Merluza	0,06 ^b	0,10 ^b	-
Jurel	0,42 ^b	0,76 ^b	-
Aceite de jurel	8,40 ^b	16,30 ^b	-
Aceite de sardina	11,20 ^b	21,40 ^b	-
Aceite de Atún	5,20 ^b	21,80 ^b	-
Semilla de Lino	-	-	57,50 ^c
Semilla de chía	-	-	63,80 ^c
Aceite de chía	-	-	65,60 ^d
Aceite de girasol	-	-	0,50 ^e
Aceite de Oliva	-	-	0,60 ^e
Aceite de Soja	-	-	7,80 ^e
Aceite de Maiz	-	-	0,90 ^e
Aceite de Canola	-	-	9,20 ^e
Aceite de Lino	-	-	52,70 ^e

a: FAO, 2008 (2); b: Mason y Mella, 1985 (14); c: Ayerza, 1995 (15);

d: Ixtaina, 2010 (16); e: Bockisch, 1998 (7); - Sin valores o trazas.

CONCLUSIÓN

Las ECNT en la actualidad son una de las principales causas de mortalidad, generalmente ocasionado por el ritmo de vida. Por ello las investigaciones científicas y las industrias de alimentos incrementaron el estudio de compuestos que contribuyan a la prevención y su factibilidad de incorporarlos a matrices alimentarias, para el consumo de alimentos saludables. Dentro de dichos compuestos con efectos benéficos sobre el aparato cardiovascular se encuentran los AG ω -3, que tiene propiedades antiinflamatorias, antiarrítmicas y antitrombóticas.

El consumo de alimentos de origen marino, fuente de estos AG, es baja en la región del NOA, por lo que resulta difícil cubrir los requerimientos. Además, los altos consumos de LA, afectan la conversión del ALA a DHA, por ello la importancia de aumentar el consumo de alimentos ricos en AG ω -3. Como alternativa se están revalorizando los cultivos andinos como ser la semilla de chía y su aceite, que tiene un alto contenido de ALA. La utilización del aceite de chía en la incorporación de alimentos es una alternativa para incrementar las fuentes de dicho AG, pero la adición directa, por lo general, genera productos de poca aceptabilidad por oxidación de las grasas. Una tecnología utilizada, es la microencapsulación, que permite disminuir el sabor característico de los AG y evita la pérdida potencial de los mismos. Este proceso es factible, generando alternativas de productos alimenticios “fuentes” y con “alto contenido” (CAA), dando otra posibilidad al consumidor a la hora de elegir, donde además del valor nutricional clásico del producto, se pueden incorporar estos compuestos que contribuyen a una alimentación equilibrada, que en conjunto con una actividad física regular pueden prevenir las ECNT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de la Nación (2011). "Ley 25.501: Control y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares". En <http://www.msal.gov.ar>.
2. FAO (2008). "Grasas y Ácidos Grasos en Nutrición Humana". Consulta de Expertos. Estudio FAO Alimentación y Nutrición. En www.fao.org/docrep/017/i1953s/i1953s.pdf
3. Alfonso Valenzuela B. y C. Sanhueza (2009). "Aceites de origen marino; su importancia en la Nutrición y en la Ciencia de Alimentos" en Revista Chilena Nutrición Vol. 36 N° 3 pp 246 – 257.
4. Coronado Herrera, M.; Salvador Vega, L.; Rey Gutiérrez, T.; García Fernández, G y G Díaz González (2006). "Los Ácidos Grasos Omega 3 y Omega 6: Nutrición, Bioquímica y Salud" en Revista de Educación Bioquímica. Vol. 25 N° 3 pp 72 – 79.
5. Gibson, R. A.; Muhlhausler, B.; y M. Makrides (2011) "Conversion of linoleic acid and alpha-linolenic acid to long-chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFAs), with a focus on pregnancy, lactation and the first 2 years of life" en Maternal and Child Nutrition. Vol 7 pp 17 – 26.
6. SAGIR (2006) "Plan de Competitividad para el Girasol 2006 - 2015" Asociación Argentina de Girasol. Cuadernillo Informativo N° 11. Noviembre.
7. Bockisch M (1998) "Extraction of vegetable oils". Fats and oils handbook. AOCS press.
8. Edward Emken (2003) "Alpha-Linolenic Acid Conversion to n-3 LC-PUFAs" en PUFA Newsletter. Vol 7 Issue 3 pp 3 – 5.
9. Emken, E. A.; Adlof, R.O.; Duval, S. M. y G. J. Nelson (1999). "Effect of dietary docosaheptaenoic acid on desaturation and uptake in vivo of isotope labeled oleic, linoleic and linolenic acids by male subjects" en Lipids. Vol. 34 pp 785 – 791.
10. Rodríguez, E.; De Bonis, J.; González Posada, M.; Torres, A.; L. Pérez, L.; Domínguez, M.L.; Lorenzo, V. y D. Hernández (1997). "Tratamiento de la dislipemia postrasplante renal: efecto comparativo de la lovastatina y ácidos grasos poliinsaturados omega-3" en Nefrología Vol XVII N° 1 pp 49 – 54.
11. Wen; Y. T.; J.H. Dai, J.H.; y Q. Gao (2014) "Effects of Omega-3 fatty acid on major cardiovascular events and mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis of randomized controlled trials" en Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases. Vol. 24 pp 470 – 475.
12. Alonso, A; Martínez González M. A.; y M. Serrano Martínez (2013). "Ácidos grasos omega-3 de pescado y riesgo de enfermedad coronaria" en Medicina Clínica Vol. 121. pp 28 – 35.
13. Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación (2003). Ley 25.724: Programa de Nutrición y Alimentación Nacional.
14. Mason L. y Mella, M. A. (1985) "Materias grasas de consumo habitual y potencial en Chile" Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile.
15. Ayerza R (1995) "Oil Content and Fatty Acid Composition of Chia (*Salvia hispanica* L.) from Five Northwestern Locations in Argentina" en Journal Am Oil Chemical Soc. Vol. 72 pp 1079 – 1081.
16. Ixtaina V. Y (2011) "Caracterización de Semillas y Aceite de Chía (*Salvia hispanica* L), obtenido mediante distintos procesos. Aplicación en la Tecnología de Alimentos". Tesis Doctoral. Universidad Nacional de la Plata.
17. Coates W, Ayerza R (Jr) (2005). "Ground chia seed and chia oil effects on plasma lipids and fatty acids in the rat" en Nutrition Research. Vol. 25 pp 995–1003.
18. Ayerza R (Jr) y Coates W (2011). "Protein content, oil content and fatty acid profiles as potential criterio to determine the origin of commercial lygrown chia (*Salvia hispanica* L.)" en Industrial Crops and Products. Vol. 34 pp 1366 – 1371.

19. Rocha Uribea, J. A.; Novelo Perez, J. I.; Castillo Kauila, H.; Rosado Rubio, G. y C. G. Alcocer (2011). "Extraction of oil from chia seeds with super critical CO₂" en *The Journal of Supercritical Fluids* Vol. 56 pp 174 – 178.
20. Coates W, Ayerza R (Jr) (1998). "Commercial production of chia in Northwestern Argentina" en *Journal Am Oil Chem Soc* Vol. 75 pp 1417 – 1420.
21. Castro González, M. I. (2002). "Ácidos grasos omega 3: beneficios y fuentes" en INCI [revista en la Internet]. Vol. 27 (3) pp 128-136.
22. Yáñez Fernández, J; Salazar Montoya, J.A.; Chaires Martínez, L.; Jiménez Hernández, J.; Márquez Robles M. y E. Ramos (2002). "Aplicación de la Biotecnología en la microencapsulación" en *Avance y Perspectiva*. Vol. 21 pp 24 – 30.
23. Rodea González, D.A.; Cruz Olivares, J; Román Guerrero, A.; Rodríguez Huezo, M. E.; Vernon Carter, E. J., y C. Pérez Alonso (2012) "Spray-dried encapsulation of chia essential oil (*Salvia hispanica* L.) in whey protein concentrate-polysaccharide matrices" en *Journal of Food Engineering* Vol. 111 pp 102–109.
24. Guida, L.; Martínez, V.; López, M. C.; Blasco, R.; Hermida, L. y G. Gallardo (2013) "Microencapsulación de aceite vegetal rico en ácidos grasos w-3 para el desarrollo de alimentos funcionales". Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI).
25. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos, y Tecnología Médica (ANMAT) (2014). "Código Alimentario Argentino". Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud. Poder Ejecutivo Nacional.
26. Brianna, H.; Brian Perkins, L.; Calder, L. y D. I. Skonberg (2012) "Fish Oil Fortification of Soft Goat Cheese" en *Journal of Food Science* Vol. 77 Feb pp 128 – 133.

LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL

THE TRAINING OF HEALTH FROM A CULTURAL PERSPECTIVE

Mg. Mónica Sacchi; Esp. Alejandra Bergagna A; Mg. Karina Carrizo
Proyecto N° 1878 - Consejo de Investigación. Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de Salta

RESUMEN

Introducción: El proceso salud-enfermedad-atención como señala Eduardo Menéndez (1994) es un hecho fundamentalmente social, que no se define solo por profesionales, sino que es construido por los conjuntos sociales que crean significados sociales colectivos respecto a algunos de sus padecimientos. La valoración cultural en el proceso de atención de enfermería significa la identificación y documentación sistemática de las creencias, significados, valores, símbolos y prácticas de cuidado cultural de los individuos o grupos. Esta perspectiva incluye la visión del mundo, las experiencias de vida, el contexto medioambiental, la etnohistoria, el idioma y la influencia de diversas estructuras sociales (M. Leininger, 1999).

Objetivo: analizar las demandas de las comunidades indígenas relativas al personal de salud a partir de los testimonios de usuarios del sistema público de salud.

Metodología: diseño cualitativo con técnica de entrevistas abiertas en base a ejes pre establecidos a autoridades, caciques y referentes de pueblos originarios.

Resultados: es recurrente la demanda en la formación intercultural del personal de salud como modo de establecer puentes que contribuyan a la comprensión de los distintos sistemas médicos y la adecuación de los modelos de atención, así como la importancia otorgada a la posibilidad de formación de los jóvenes en el ámbito universitario.

Conclusiones: La Universidad tiene la responsabilidad de formar al personal de salud con enfoque intercultural para que pueda desempeñarse en contextos complejos y diversos y tienda a una mayor equidad en salud, que es el derecho a la satisfacción de las necesidades y protección a los riesgos; acceso a los servicios de salud de calidad y capacidad resolutive adecuada y acceso a información pertinente y comprensible para resguardar la salud y la posibilidad de tomar decisiones.

Palabras claves: interculturalidad; formación; personal de salud; enfermería.

Key words: multiculturalism; training; health personnel; nursing.

INTRODUCCIÓN

En la Argentina, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, los indicadores de morbi mortalidad indican que los pueblos originarios tienen mayores tasas de mortalidad infantil y materna, así como mayores índices de enfermedades prevenibles como la diarrea, desnutrición, tuberculosis, entre otras.

Su situación de extrema pobreza, su histórica postergación de la agenda pública expresada en la ausencia de políticas integrales, la falta de reconocimiento y valoración social de su cultura, un sistema educativo que no facilita el acceso y la permanencia de los indígenas que allí concurren, produce un círculo vicioso de marginación y exclusión.

Las demandas más frecuentemente expresadas por la mayoría de las comunidades indígenas de la región están relacionada con lo que se denomina la Inaccesibilidad Cultural en Salud. Esta situación afecta al mismo tiempo la equidad y eficacia de las acciones del Sistema Sanitario, cuyo modelo de

atención resulta en una oferta homogénea para cualquier usuario, ignorando las particularidades culturales, lo que significa que se realiza aplicando procesos decontextuados, que enfatizan la asistencia a la enfermedad más que la promoción de la salud, considerando al proceso salud-enfermedad-atención como un proceso fundamentalmente biológico, desprovisto de componentes culturales, valorativos y simbólicos, cuya respuesta es básicamente “técnica”.

En nuestro país hasta hace poco tiempo, el ámbito de la salud parecía impermeable o indiferente a la incorporación de la “interculturalidad” como tópico de intervención. En los últimos años, no obstante, asistimos a la conformación de programas dirigidos al colectivo indígena que paulatinamente consideran este aspecto al momento de fundamentar la perspectiva de sus iniciativas.

Como en la gran mayoría de los países latinoamericanos donde confluyen diversas culturas originarias, nuestra realidad sociocultural es también diversa, compleja y dinámica; sus encuentros y desencuentros forman parte de la vida cotidiana y de nuestra propia identidad. Todos ellos con diferencias socioculturales que se expresan en la cosmovisión, modos de vida y formas particulares de entender y abordar los problemas de salud-enfermedad y atención.

La postura intercultural parte de reconocer puentes de enriquecimiento mutuo entre distintos sistemas médicos, que pueden complementarse. Por tal razón, es urgente ofrecer una metodología que les permita a unos y otros, los que curan y los que demandan, diferentes modelos de atención a la salud, encontrar los puntos de encuentro e identificar el origen de sus diferencias para adecuar la actuación y los servicios a las necesidades de la población que demanda atención, especialmente a los que piensan distinto y se les dificulta el acceso a estos servicios (Campos Navarro Roberto: 2006)

Es necesario por otro lado, problematizar los modelos actuales de atención, para poder desentrañar los valores, creencias y construcción del otro como paciente o usuario, para así poder visualizar estas construcciones y representaciones que atraviesan los procesos de atención y promoción de la salud.

Estos cambios no pueden soslayar una cuestión fundamental; trabajar desde una perspectiva de derechos, procurando garantizar el acceso a los derechos que históricamente han sido conculcados a los pueblos originarios, siendo necesarios pero no suficientes los cambios de paradigma en cuanto a los modelos de atención de salud y de educación.

Resulta por lo tanto un camino necesario a recorrer, el de generar puentes con los referentes de los pueblos originarios, para poder conocer su perspectiva de la problemática e indagar acerca de las demandas que tienen tanto hacia el Sistema Sanitario como a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud. Solo a partir del encuentro y del intercambio de experiencias y vivencias podrá irse construyendo el “diálogo intercultural”, con la participación de los distintos actores sociales involucrados en el proceso de promoción de la salud.

EL DERECHO A LA SALUD Y EL MARCO LEGAL

El problema de la relación intercultural en Salud ha sido objeto de muchos análisis y debates en América Latina, y muchos países han avanzado en reformas sustantivas del Sector Salud en marcos interculturales. La OPS (Organización Panamericana de la Salud) en su Resolución V de La Salud de los Pueblos Indígenas (1993) otorga prioridad “al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas, respetar su cultura y sus conocimientos ancestrales” (IIDH, 2009:77).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (Organización de las Naciones Unidas), resalta que para dar cumplimiento al mejoramiento del estado de salud de las poblaciones indígenas (artículo 12), “Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales” (IIDH, 2009:70).

Si se remite al plano de los derechos, el artículo 23 de la Declaración de las Naciones Unidas de los Pueblos Indígenas versa “Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud (...),

y en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones” (setiembre, 2007) Asimismo, el artículo 24 afirma que “Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud”.

El Artículo 15 de la Constitución de la provincia de Salta reconoce y “garantiza el respeto a la identidad, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, la posesión y propiedad comunitaria de las tierras fiscales que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano”. Aun así, mientras en el derecho se asegura su reconocimiento, la preexistencia en el territorio, la valoración de sus creencias y pautas culturales y se afirma la necesaria participación de los pueblos en la gestión referida a sus recursos naturales, educación y salud, la población originaria representa el grupo social en peores condiciones sociales y económicas. Son los que tienen mayor dificultad de acceso a educación, salud y vivienda y los que sufren situaciones de discriminación y marginación social.

De acuerdo a ello, se considera necesario que las y los jóvenes indígenas se preparen para tomar el protagonismo en los ámbitos de decisión y poder para gestionar efectivamente y de manera concreta sus proyectos, la formación profesional y la intervención en sus comunidades.

La Constitución Nacional en el inciso 17 del artículo 75 expresa: “**Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos.** Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural...”

La Ley de Educación Nacional 26.206 en su Capítulo XI, artículos 52 a 54, garantiza el derecho constitucional de los pueblos indígenas a recibir una educación que contribuya a preservar y fortalecer sus pautas culturales, su lengua, su cosmovisión e identidad étnica. En este sentido, y en concordancia con lo que expresa Cortéz Lombana (2008) existen universidades que han abierto sus puertas a este tipo de estudiantes, ofreciéndoles algunas condiciones económicas y académicas “preferenciales”. No obstante, las alternativas son aún muy débiles en cuanto a la posibilidad de brindarles una formación “diferencial”, que tenga en cuenta sus particularidades socioculturales y los apoye en los retos que los estudiantes enfrentan; que responda a las necesidades de sus pueblos, que fortalezca su identidad, su resistencia y su capacidad de desarrollarse enfrentando el mundo globalizado y multicultural sin perder su identidad.

El objetivo del trabajo es analizar las demandas de los pueblos originarios relativas al recurso humano del Sistema Sanitario así como conocer sus expectativas respecto a la formación del personal de salud. El diseño metodológico es cualitativo ya que busca indagar, desde la perspectiva de los propios actores sociales, sus opiniones, valoraciones y percepciones relativas a la relación con los agentes de salud del Sistema Sanitario y en consecuencia las demandas que realizan. Por tratarse de este tipo de abordaje, la muestra es intencional hasta la saturación de la información obtenida, con la aplicación de entrevistas a informantes claves como caciques, representantes, curadores, usuarios en general, que fueron realizadas durante el trabajo de campo en las localidades de Orán, Tartagal e Iruya. Asimismo fueron sistematizados los testimonios recogidos en el marco de las II Jornadas de Salud Intercultural organizadas por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Sede Regional Orán y el equipo del proyecto de investigación, en la cual estuvieron presentes referentes de comunidades originarias de diversas localidades de la provincia.

RESULTADOS: VIEJAS DEMANDAS Y DESAFÍOS PENDIENTES

En el marco del Proyecto de Investigación N° 1878 del CIUNSA, se realizaron entrevistas a referentes de pueblos originarios. Los resultados muestran que son principalmente dos los aspectos recurrentes que manifiestan, aspectos que tienen que ver con la falta de preparación del personal de salud para trabajar en contextos con diversidad cultural y con la expectativa de formación de los jóvenes de las comunidades en el área de la salud.

En relación a la formación del personal de salud, los testimonios de los representantes de las comunidades son explícitos en cuanto a la visión de la necesidad de una formación de los recursos humanos en salud que tenga en cuenta los saberes y prácticas ancestrales vigentes. Plantean la complementariedad, al afirmar que el “saber científico” también es importante, junto con los conocimientos que ellos poseen.

Así lo expresa un cacique kolla: *Siempre dijimos que los académicos nos entiendan y respeten nuestra pauta cultural. La doctora nos atendía bajo un espinillo. Así era. Ella aceptó nuestra pauta cultural y nosotros aceptamos su saber académico. Y así salimos adelante.*

Otro representante indígena expresa: *Aproximarnos la ciencia y nosotros. Lo que la ciencia no conoce, eso es nuestro secreto. Pero lo que la ciencia ya sabe, no hay que ocultarlo, sino fortalecer y coordinar* (Barrio Estación. Tabacal, Orán).

Reconocen que este conocimiento cuando se da, es solo a nivel de los agentes sanitarios, poniendo en evidencia la condición subalterna de estos sistemas médicos que son concebidos por el Sistema de Salud como saberes de menor nivel, solo para los no profesionales:... *Enseñar a todo el equipo de salud sobre nuestra cultura. No sólo al agente sanitario. Se requiere capacitación intercultural a todos los miembros del equipo de salud. Esta capacitación la tienen que solicitar los caciques. Nosotros les tenemos que enseñar. ¿Cómo nos van a entender si no nos conocen?*(Representante de Organización Territorial Kolla de Chaupi Rodeo–Curador)

Manifiestan, de acuerdo a su propia experiencia, las consecuencias que trae la falta de formación acerca de las características socioculturales de la población a la cual tiene que asistir el sistema sanitario: *Una vez llegó un médico a Yacuy y el estante estaba vacío, y le dijimos “doctor, usted va a tener que trabajar con el curador hasta que llegue la medicación”. El médico dijo “yo mañana me voy porque no estoy preparado”* (agente sanitario de pueblo originario).

Un cacique wichi plantea otra situación: *Que los médicos que llegan y que se abren al diálogo aprendan nuestras costumbres... Cuando viene un médico que no se abre al diálogo, a la comunidad, es un gran problema porque la gente ya no se atiende* (Cacique de la Comunidad Wichí Lote 75. Embarcación).

La demanda de formación no se circunscribe al conocimiento de los aspectos “culturales” del proceso salud-enfermedad-atención/cuidado, sino a la necesidad que el personal de salud conozca las condiciones de vida de las comunidades: *Sería bueno que los profesionales se capaciten porque no conocen, no saben cómo vivimos* (indígena guaraní)

El manejo de la lengua es un aspecto fundamental en la relación entre la comunidad y el personal de salud, aspecto no es considerado en la formación y que se convierte en una barrera difícil de sortear en el vínculo que debería establecerse:... *la Universidad debe tratar de incluir como materia la lengua materna, tanto en los distintos pueblos, como segunda lengua sería en vez del inglés, el castellano como lengua extranjera para nosotros que los chicos sean capacitados porque me pidieron los chicos en Tartagal, los que están cursando tercer año el año pasado y estaban en segundo querían aprender y tuvieron problemas cuando hicieron las pasantías para mí que ellos se sentían impotentes y como toda persona que no entiende se siente impotente o no sabe qué va a hacer...* (Agente sanitario guaraní)¹

En el marco de un Taller realizado en San Ramón del la Nueva Oran con referentes de pueblos originarios kollas y guaraníes, los participantes realizaron la siguiente propuesta referida al personal sanitario, manifestando que:

- *Los profesionales conozcan la lengua, la cultura y costumbres de las comunidades. Que se den cursos de capacitación.*
- *Que cambien las políticas educativas... Los preparan para mayor complejidad y no para trabajar en comunidades. El personal que vaya, que esté preparado para trabajar allí.*

1 Pereyra A. – Díaz Aciar B. “Comunicación Intercultural: vivencias del personal de salud”, 2011.

Respecto al personal de enfermería demandan de modo concreto: *Tienen que intercambiar, que visiten las comunidades, que vayan conociendo las costumbres para aprender a dar un trato más humanitario. Van a estar más familiarizados y tener un trato humanizado.* (Taller Orán)

Los testimonios evidencian una demanda de formación que apela no solo a lo cognitivo sino también al manejo de actitudes y herramientas para un mejor trato con el paciente: *que se atienda bien a las personas... que no sean discriminados, porque hay muchas enfermeras que están dentro del hospital, que también muchas veces es raza de nosotros y ellos son los que más discriminan a las personas... Y no sé si será que se sienten que están tan orgullosos que están dentro del hospital trabajando... no sé, eso es lo que yo no me puedo explicar tampoco.* (Curandera guaraní)

Refiriéndose al equipo de salud en general expresan: *Los profesionales tienen falta de predisposición para las comunidades indígenas. Las guardias deben saber que las personas no son iguales y que se debe respetar esas diferencias* (Indígena guaraní)

El reclamo por cambios en la capacitación del personal de salud se resume en la petición de *Formar profesionales con una fuerte identidad* (Taller San Ramón de la Nueva Orán)

En relación a las Oportunidades de Formación para los pueblos originarios expresan: *Necesitamos que se incluya a nuestros hermanos como agentes sanitarios. Queremos que nuestros hijos se titulen en la Universidad* (Cacique de la Comunidad Kolla del Barrio Estación. Tabacal, Orán).

Necesitamos que nuestros hermanos sean agentes sanitarios, enfermeros. Que se comuniquen en nuestro idioma. Que los que nos atienden sepan la lengua nuestra. Que haya enfermeros y sanitarios de nuestra comunidad (Cacique de la Comunidad Wichí Lote 75. Embarcación)

Nosotros no tenemos [agente] sanitaria que visite casa por casa. Queremos que una hermana de nuestra misión estudie para ser sanitaria y tenga trabajo con nosotros (Cacique de Misión Evangélica. Colonia Santa Rosa).

Es en ese sentido que demandan que la oportunidad de formación de los jóvenes requiere también de cambios en la cultura y modalidad organizacional de las instituciones educativas: *Que la universidad tenga más apertura para Pueblos Originarios y que haya mayor apertura para que ingresen nuestros jóvenes a carreras y cursos.* (Representante de la Organización de Nacionalidades y Pueblos Indígenas de Argentina (ONPIA). Promotora de Salud, Aguaray.

El Presidente de la Comunidad Wichí Lote 75 de Embarcación se pregunta *¿Porqué no podemos tener agentes sanitarios y enfermeros de nuestra comunidad?*

La accesibilidad a la educación, en este caso terciaria, es un derecho de todos los habitantes de nuestro país, siendo un requerimiento el que las instituciones formativas posibiliten ese acceso: *Necesitamos que la UNSa tenga más accesibilidad con las paisanas que van a estudiar.* Representante de la Comunidad Estación.

Que los agentes sanitarios sean de nuestras comunidades. Que hayan becas de la universidad para nuestros hermanos. Representante de la Organización de Pueblos de la Nación Diaguita. Comunidad Calchaquí.

Queremos complementar la medicina tradicional y la medicina oficial, dando acceso a nuestros jóvenes a estudiar en la Universidad. Representante de la Comunidad Las Pailas. Cachi

Pero también manifiestan la responsabilidad que tienen como comunidad de apoyar a los jóvenes que quieren estudiar, revelando las dificultades que atraviesan por el hecho de tener que adaptarse a una realidad que les es ajena, con pocos recursos, en una institución que difícilmente los incluye: *Hay que acompañar, que vengan los dirigentes debemos preocuparnos por los chicos que estudian. Ellos si no son apoyados desde la comunidad, fracasan. No es solo una necesidad de la comunidad hacia afuera, si quieren profesionales la comunidad debe apoyarlos* (Taller de San Ramón de la Nueva Orán)

EL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD

Si se toma como referencia el logo de nuestra universidad ***“mi sabiduría viene de esta tierra”***, cabe preguntarse ¿Cómo pasar en lo académico de relaciones de dominación, mansedumbre y actitudes

etnocéntricas, a relaciones de mutualidad e interculturalidad? ¿Cómo pensar en una reorientación del conocimiento?

El creciente y sostenido ingreso de estudiantes de pueblos originarios a la Facultad de Ciencias de la Salud en estos últimos años pone en evidencia la necesidad de establecer y expandir mecanismos de acceso, permanencia y titulación de los estudiantes indígenas, favoreciendo su participación en la generación de conocimientos y modelos de aprendizaje culturalmente pertinentes.

Las demandas más frecuentemente expresadas por la mayoría de las Comunidades Indígenas de la región están relacionadas con lo que se denomina la Inaccessibilidad Cultural en Salud. Este factor afecta al mismo tiempo la equidad y eficacia de las acciones del propio Sistema de Salud.

La "Accesibilidad Cultural al Sistema de Salud" está determinada por valores, normas, conocimientos y actitudes propios de la población en relación con la salud y la enfermedad, que pueden facilitar u obstaculizar el acceso al sistema de atención y, por ende, condicionar los resultados de las acciones (Kornblit A., Mendez Diz A., 2000)

Sin embargo algunas de aquellas intenciones que movilizaron el acta fundacional de nuestra universidad, que el escudo sintetiza "mi sabiduría viene de esta tierra", han comenzado a materializarse hace aproximadamente una década con el incremento de la matriculación de alumnos que proceden de comunidades originarias. La región ha venido experimentando un desplazamiento de la demanda indígena desde el nivel de la educación básica hacia el de la educación superior, incluida la universitaria. Ello no ha significado en lo absoluto el abandono de demandas esenciales que tienen que ver con una educación básica de mayor pertinencia y calidad, sino más bien la extensión de tales reivindicaciones para trascender la educación básica hasta entonces constituida en una suerte de umbral.

Son diversas las dificultades, pero una de las más significativas guarda relación con la mayor complejidad y abstracción que requiere el aprendizaje de los lenguajes disciplinares, debido, entre otras cosas, a la presencia de nuevos conceptos, al uso de una nueva gramática y a las mayores o menores dificultades del estudiante para establecer relaciones entre estos nuevos conocimientos y la realidad cotidiana. (Bergagna A., 2013)

Resulta imprescindible acompañar al actual trabajo con mayores niveles de involucramiento y participación del colectivo docente que permitan la construcción de sentido, condiciones y acciones desde una perspectiva institucional con el propósito de avanzar en una formación con mayor pertinencia cultural.

Coincidiendo con Czarny (2012) existe una deuda histórica de la universidad pública para respetar, valorar e incorporar los conocimientos indígenas y sus lenguas. El desafío de cambiar y relativizar su supuesta universalidad debe empezar por los hechos –en las aulas-, no sólo a través de una legislación que retrase por años la apertura académica a la compleja realidad intercultural latinoamericana. Se trata de desandar en las mentes y los cuerpos el mensaje hegemónico escolar en el que se plantea una sola lengua-el español- y una sola cultura –la dominante occidental- como valores universales incuestionables. (Czarny, 2012)

CONCLUSIONES

La política de atención a la diversidad encarada desde la Universidad, exige una respuesta específica a cada situación para poder garantizar que, con distintas estrategias todos puedan acceder a la educación superior; transitar y graduarse con aprendizajes significativos y culturalmente pertinentes y en las mejores condiciones posibles.

La interculturalidad en salud nos demanda el trabajar en un diálogo que históricamente ha sido negado entre los servicios de salud y las comunidades indígenas. La inaccesibilidad social, cultural, económica y geográfica de los pueblos originarios a la atención médica, está transparentando demandas en relación al reconocimiento positivo de la diferencia en pos de un diálogo intercultural, que posibilite el respeto y rescate de los saberes tradicionales.

Es imperiosa la necesidad de generar puentes entre los saberes culturales y los saberes académicos,

siendo estos últimos deudores de los primeros, por cuanto tienen más elementos y herramientas para forjar un cambio en la construcción de conocimientos.

La investigación y capacitación intercultural en salud así como el trabajo en las comunidades, resultan acciones de suma importancia para mejorar la calidad de la atención, influir en un trato digno y equitativo y como consecuencia contribuir al cambio en la gestión de los servicios sanitarios en las zonas indígenas.

El incorporar contenidos de salud intercultural en los programas regulares de capacitación del personal sanitario es uno de los caminos que conduce a cambios tales como reformas del trato, tiempos de espera, información clara y adecuada a las necesidades culturales, para así poder ir construyendo un diálogo que redunde en el mejoramiento de los perfiles de salud de la población originaria.

Encontrar la educación adecuada en estos contextos exige la búsqueda de un equilibrio que se convierte en un desafío a alcanzar. Los jóvenes son conscientes de los dilemas que enfrentan: por un lado, exigen mayor adecuación y pertinencia cultural y social en la educación recibida en su entorno local y comunitario pero, por otro lado, no quieren quedar limitados a un conocimiento exclusivamente local que no tenga valor en un mercado de trabajo global que en muchos casos puede ser su destino final (Busquets, 2013).

Desde la función docente se hace imprescindible fortalecer la intencionalidad pedagógica de poner en juego diferentes perspectivas para la comprensión de problemas complejos del mundo y para el estudio de situaciones y hechos que sean identificados como problemáticos o dilemáticos por los estudiantes en su comunidad, generando o fortaleciendo los lazos con sus comunidades en espacios de aprendizaje que conecten la escuela al mundo social, cultural y productivo.

Todas estas iniciativas son necesarias pero no suficientes si no se enmarcan en los cambios en las condiciones de vida de las comunidades, y en el respeto a sus derechos, proceso de largo aliento que resulta imprescindible para hacer posible la garantía de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AlbóXavier (2004) "Interculturalidad y salud", en Fernández Juárez (coordinador) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito, Ecuador.
2. Albergucci R.(2003) Educación y Estado, organización del sistema educativo, Ed. Docencia
3. Bergagna, M. A. (comp.) (2013) La inmortalidad de nuestras culturas milenarias. Ed. V.M. Hanne. Salta, Argentina
4. Bergagna, A Cardozo, N. (2008) Proyecto de Orientación al Ingresante. Facultad de Ciencias de la Salud, UNSa
5. Borzone, C. Rosemberg, M. (2000) Leer y escribir entre dos culturas. Ed. Aique. 1º Ed.
6. Busquets,M. Saraví, G. Abrantes, P.(2013) Adolescentes indígenas en México: derechos e identidades emergentes. Unicef
7. Bruner, J., (1988) Desarrollo cognitivo y educación, Madrid: Ediciones Morata.
8. Campos Navarro, R. (2006) "Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006)", en Fernández Juárez, Salud e Interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural. ISBN 84-8427-481-0.
9. Campos Navarro, R. (2009) "Apuntes del Curso de posgrado Salud Intercultural", Salta.
10. Czarny, M. G.(2012) Jóvenes indígenas en la UPN AJUSCO: Relatos escolares desde la educación superior. Universidad Pedagógica Nacional, México
11. Del Compare, M. (2008) La Orientación en la Universidad. Documento de trabajo Encuentro de Universidades Interculturales e Indígenas de América Latina. Seminario de Expertos Pueblos indígenas y educación superior en América Latina y el Caribe México, D. F., 20 de febrero de 2007

12. Facultad de Ciencias de la Salud. Informe Final CILEU (2009). Universidad Nacional de Salta.
13. Intercultural Bilingüe (ed.) Educación superior para los pueblos indígenas de América Latina. Memorias del Segundo Encuentro Regional. México, D. F.: IESALC – SEP, 379393.
14. Menéndez, E. (1994). Enfermedad y curación ¿Qué es la Medicina Tradicional? Revista ALTERIDADES, 1994 - 4 (7): Págs. 71-83
15. Menéndez, Eduardo (2002). La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Bellaterra, Barcelona.
16. Ortega B. I. (2014) “Juventud indígena, interculturalidad y Vivir Bien” en Desarrollo Rural. Exploraciones. 20, Instituto para el Desarrollo Rural de Sudamérica – IPDRS, La Paz (Bolivia).
17. Paladino, M. (2008) Pueblos indígenas y educación superior. Datos para el debate. Fundación Equitas. ISEES. 2008
18. Secretaría Académica Universidad Nacional de Salta Proyecto CILEU (2009).
19. Ruiz-Llanos, A. (2007) ‘La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: Una propuesta transdisciplinaria’. Bol MexHis Fil Med.
20. Rocha, M. (2009) Interacciones multiculturales. Universidad Externado de Colombia
21. Schmelkes, S. (2004) “Proyecto Universidad Intercultural Bilingüe. Coordinación General de Educación Intercultural Bilingüe”, En Coordinación General de Educación.
22. Trombetta, S. (1999) Seminario Internacional “Sistemas de Admisión a la Universidad” MEC.
23. Varese, S. (1987) “La cultura como recurso: el desafío de la educación indígena en el marco del desarrollo nacional autónomo”. En M. Zúñiga, J. Ansión y L. Cueva (eds.) Educación en poblaciones indígenas. Políticas y estrategias en América Latina. Santiago de Chile: UNESCOOREALC / III. 169192.

PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL: DE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA A LA SALUD PÚBLICA

José María Sanguinetti
Médico Especialista en Gastroenterología – Universidad de Buenos Aires
Profesor Adjunto Cátedra de Fisiopatología
Jefe del Servicio de Gastroenterología Hospital Militar Salta

RESUMEN

El Cáncer Colorrectal (CCR) es el segundo tumor más frecuente en nuestro país. Las recomendaciones para su detección temprana existen desde hace tiempo.

A las observaciones epidemiológicas, anatómicas e histológicas se le sumaron diversos hallazgos que la biología molecular aportó que permiten explicar mejor los procesos patológicos y fue modificándose en los últimos años a la luz de nuevos descubrimientos.

El CCR es “resultado de una progresión y acumulación de diversas alteraciones genéticas” donde la inflamación crónica juega también un rol. La mayoría de los CCR son esporádicos y los restantes se relacionan con antecedentes familiares, Síndromes polipósicos, no polipósicos y Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Cuando hacemos referencia a la prevención nos referimos a la detección temprana. Ninguna de las pruebas disponibles tiene un período de realización mayor a diez años, esto es por el tiempo que puede demorar la acumulación de alteraciones (entre cinco y quince años).

La Prevención del CCR es un ejemplo de la integración de las diferentes áreas del conocimiento que llega hasta los programas de Salud Pública mejorando la calidad de vida de la población.

Palabras clave: Cancer de Colon, Prevención, Fisiopatología.

ABSTRACT

Colorectal Cancer (CCR) is the second tumor in frequency in our country. Since almost fifteen years we have recommendations for the early detection of this tumor.

To epidemiological, anatomical and pathological observations there were a few discoveries that molecular biology made that became into a better understand of the pathophysiology of CCR. Today we know that CCR is the result of a progression and accumulation of different genetic alterations where chronic inflammation also plays a role.

The vast majority of CCR are sporadic, the rest of them are related to familiar predisposal, poliposis and “non poliposis” syndromes and with Inflammatory Bowel Disease.

When we talk about prevention we refer to secondary prevention (early detection). None of the tests proposed for the early detection has an interval less than ten years; this is because the time that the adenoma-carcinoma sequence can develop is between five and fifteen years.

The CCR prevention is an example of what can achieve the integration of the different levels of investigation to improve the quality of life of population.

Key words: Colorectal cancer, Prevention, Pathophysiology.

Los tumores son una de las causas más frecuentes de muerte a nivel mundial. En el año 2011 los tumores con estrategias de tamizaje o screening (Próstata, Colon, Mama y Útero) representaron el 6,1% de las muertes en nuestro país.¹ En 2009 fueron la causa de muerte en el 18,6% de las defunciones en Salta; correspondiendo el 5,5% correspondió al Cáncer Colorrectal (CCR), Próstata, Mama y Útero.² El promedio anual de casos de CCR en nuestro país es superior a los trece mil casos.³

EPIDEMIOLOGÍA

El (CCR) es la tercera causa de muerte a nivel mundial por cáncer y en EEUU es la segunda. La Argentina es un país con alta prevalencia de CCR, siendo segundo en distribución y en mortalidad. La tendencia de la mortalidad por CCR se mantiene estable en los últimos treinta años siendo algo más favorables para las mujeres.⁴ En Estados Unidos y Europa esta tendencia ha disminuido en los últimos años probablemente por la incorporación de la polipectomía endoscópica como método preventivo; de todas maneras en el contexto de una población envejecida es esperable un aumento del número de casos en las próximas décadas.⁵

Las medidas de detección temprana de algunos tumores (entre ellos el CCR) existen desde hace tiempo avaladas por diferentes Sociedades Científicas, y Organismos Oficiales.^{6 7 8 9 10 11}

Las actuales guías de prevención del CCR son un claro ejemplo de lo que la integración de los diferentes tipos de investigación (experimental, básica, epidemiológica, tecnológica y económica) logra actuando en conjunto.

LA SECUENCIA ADENOMA – CARCINOMA

Las observaciones histológicas condujeron a la conclusión de que el CCR surge de la displasia de la mucosa colónica normal. Fearon y Vogelstein a comienzos de los noventa en el siglo pasado propusieron una vía genética para esta “secuencia adenoma-carcinoma” que fue modificándose en los últimos años a la luz de nuevos descubrimientos.¹²

Existe un aumento con la edad de la prevalencia de adenomas y carcinomas con un pico de adenomas cinco años antes del de carcinoma. Epidemiológicamente las regiones con mayor incidencia de adenomas coinciden con la de carcinoma.¹³

Las evidencias histológicas mostraron una asociación entre las dos patologías y numerosos adenomas presentan focos carcinomatosos.¹⁴

A estas observaciones se le suman los hallazgos que la biología molecular aportó y que no sólo apoyan el modelo adenoma-carcinoma sino que permiten explicar mejor los procesos patológicos subyacentes.¹⁵

Continuando el modelo propuesto de la progresión escalonada se ha evolucionado mucho en el entendimiento molecular de la carcinogénesis del CCR.

El CCR es “resultado de una progresión y acumulación de diversas alteraciones genéticas”¹⁶ que abarcan oncogenes, genes supresores tumorales y de reparación de ADN. Es hoy una enfermedad heterogénea donde se identificaron cuatro vías moleculares que resultan en la transformación maligna:¹⁷

- La Inestabilidad Cromosómica (CIN)
- El fenotipo Mutador (CIMP)
- La Inestabilidad Microsatelital
- La del Pólipo Aserrado

La identificación de estas alteraciones permite determinar diferentes características patológicas y pronósticas.

La inflamación crónica juega también un rol en el desarrollo del CCR. La asociación con la Enfermedad Inflamatoria Intestinal está basada en alteraciones moleculares relacionadas con la COX2 y con el Factor de Necrosis Tumoral Alfa entre otros.¹⁸

La relación clínico patológica así como el pronóstico de cada “línea” patogénica todavía se encuentran en estudio si bien se han observado mutaciones y/o alteraciones relacionadas con el comportamiento menos agresivo (Inestabilidad Microsatélite),¹⁹ con menor supervivencia (niveles de COX2)²⁰ y con respuesta terapéutica (mutación KRAS).²¹

TIPOS DE CCR

La mayoría de los CCR (65-85%) son esporádicos en tanto que los restantes se relacionan con antecedentes familiares (15 a 20%), Síndromes polipósicos, no polipósicos y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En los casos esporádicos el antecedente familiar incrementa el riesgo de padecerlo por lo también en estos casos existe una predisposición genética.

La historia natural del CCR es un proceso que parte de la mucosa colónica normal hasta el Cáncer demorando entre 5 y 15 años y que incluye una serie de modificaciones genéticas, celulares e histológicas. Por ejemplo el Síndrome de Poliposis Adenomatosa Familiar o el Síndrome de Lynch presentan alteraciones Autosómicas dominantes o recesivas.²² El Síndrome de Lynch (Cáncer Colorrectal no polipósico hereditario) es consecuencia de mutaciones en genes reparadores del ADN con un desarrollo muy rápido y asociación con tumores en otros órganos (endometrio, estómago, ovario y tracto urinario por ejemplo). Existen diferencias entre el riesgo de desarrollo de la enfermedad de acuerdo al gen afectado y al sexo; estos hallazgos llevaron a la modificación de los tiempos para realizar colonoscopías e incluyeron dentro de los protocolos diagnóstico el testeo genético en casos seleccionados.

PREVENCIÓN

Cuando hacemos referencia a la prevención del CCR en realidad nos referimos a la detección temprana del mismo. Si bien existen datos que relacionan factores dietarios (fibra por ejemplo) o medicamentosos (AINEs) como potenciales medidas de prevención primaria, la realidad es que las campañas de salud pública se han enfocado en la prevención secundaria a través de la detección temprana de lesiones (pólipos) potencialmente malignas y de determinar las poblaciones con riesgo promedio y elevado de CCR.

Las estrategias de prevención del CCR se orientan fundamentalmente hacia dos puntos centrales:

- *El primero determinar el riesgo del individuo.*
- *El segundo detectar la lesión lo antes posible en el proceso de acumulación escalonada de aberraciones genéticas.*

Hace casi veinte años se publicaban por primera vez en Estados Unidos las Guías relacionadas con la prevención del CCR. En ellas se animaba a los médicos de atención primaria a realizar el screening (tamizaje) del CCR.²³

Con el tiempo estas recomendaciones se han extendido y actualizado; desde 2010 nuestro país cuenta con sus propias guías que separan el riesgo en promedio y aumentado. (Tabla I)

Los diferentes métodos diagnósticos se orientan a la detección de la lesión en una etapa "pre-neoplásica" o incipiente. En función del riesgo de la persona y la sensibilidad y especificidad del estudio a utilizar varía la periodicidad del tipo de estudio. (Tabla II)

Las distintas pruebas resumidas en la Tabla II expresan la variedad de métodos recomendados para la detección temprana del CCR.²⁴ En su mayoría son de imágenes (radiológicas, tomográficas o endoscópicas) pero incluyen estudios indirectos (Sangre Oculta en Materia Fecal) y estudios muy promisorios directos dirigidos a detectar alteraciones moleculares (ADN fecal).^{25,26}

Ninguna de las pruebas mencionadas tiene un período de realización mayor a diez años en la población con riesgo promedio y en el caso de poblaciones con riesgo elevado el intervalo es menor. Estos períodos se relacionan con el tiempo que puede demorar la acumulación de alteraciones genéticas que varía entre cinco y quince años dependiendo el riesgo.

Un aspecto que cada vez ocupa más espacio en la bibliografía son los llamados "cáncer del intervalo", aquellos tumores que surgen en los períodos entre estudio y estudio.²⁷ Las potenciales explicaciones a estos casos tienen que ver con la Sensibilidad y Especificidad de cada método, las limitaciones técnicas y del operador^{28, 29} pero también con algunas vías patógenas como la del "pólipo aserrado".³⁰

TABLA I. Poblaciones de riesgo para la detección temprana del CCR

Riesgo Promedio o habitual	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
<p>Personas más de 50 años ambos sexos asintomáticos y sin factores de riesgo o con un familiar de 2do o 3er grado.</p> <p>Personas de 40 años o más con antecedentes familiares de adenomas o CCR en un familiar de 1er grado mayor de 60 años o en dos familiares de 2do grado.</p>	<p>Antecedente personal de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CCR tratado con intento curativo • Adenomas <p>Antecedentes familiar de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adenomas o CCR en familiar de 1er grado diagnosticado antes de los 60 años o dos familiares de 1er grado a cualquier edad. 	<p>Padecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Inflamatoria Intestinal. <p>Síndromes Hereditarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poliposis Adenomatosa Familiar • Síndrome de Lynch • Otros

TABLA II.- Diferentes pruebas para la detección temprana del CCR.

Prueba	Sensibilidad	Utilidad	Recomendación	Observaciones
Sangre Oculta en Materia Fecal.	Sensibilidad 50-60% (aumenta al 90% si se usa cada 1 a 2 años)	Riesgo promedio	Anual	Falsos positivos. Diferentes métodos.
ADN fecal	Sensibilidad 42% Especificidad 86%	Riesgo promedio	Todavía no especificado	En etapa experimental
Sigmoidoscopia Flexible	Sensibilidad varía 35 al 70% Especificidad alta	Riesgo promedio	Cada 5 años	No estudia todo el colon
Enema baritado con Doble contraste	Sensibilidad 48%	Riesgo promedio	Cada 5 años	Falsos negativos. Varía mucho con la técnica.
Colonoscopia Virtual	Sensibilidad cercana al 90% Especificidad superior al 80%	Riesgo promedio	Todavía no existe recomendación	Dificultad para lesiones planas. Accesibilidad. Radiación.
Colonoscopia	Superior al 90% para detección de pólipos.	Todas las poblaciones	Dependiendo del riesgo. Riesgo promedio cada 10 años.	Permite tomar biopsias y extraer pólipos. Requiere sedación y tiene mayores riesgos.

CONCLUSIONES

Las intervenciones del equipo de salud para prevenir el CCR están directamente relacionadas con la información que aporta continuamente la investigación básica. El conocimiento de las alteraciones moleculares, sus tiempos y su pronóstico permite mejorar continuamente las técnicas de tamizaje

(como el ADN fecal) y optimizar el uso de los diversos estudios de imágenes disponibles.

El aporte del desarrollo tecnológico mejorando la calidad de los endoscopios y equipos radiológicos ha incrementado la sensibilidad y especificidad de los métodos diagnósticos.

El conocimiento de los aspectos económicos de las diferentes campañas de prevención permitió desarrollar diferentes tipos de análisis que han demostrado su utilidad.^{31 32 33 34}

Las diferencias en el acceso a la tecnología en las distintas regiones del mundo (o de un país o una provincia como la nuestra) deben tenerse en cuenta en el momento de desarrollar programas destinados a la prevención de enfermedades que incluyan estudios diagnósticos como es el caso del CCR.

La Organización Mundial de Gastroenterología en 2007 propone en sus recomendaciones aplicar el “método de cascadas” donde en función de la accesibilidad a recursos tecnológicos y a las características epidemiológicas de la población desarrolla seis modalidades de tamizaje del CCR.³⁵

Hoy la Prevención del CCR es un ejemplo de la integración de las diferentes áreas del conocimiento relacionadas con la salud que desde la investigación básica llegan hasta los programas de Salud Pública mejorando la calidad de vida de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema=66
2. <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Boletin131.pdf> tabla tumores
3. <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/estadisticas>
4. <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/estadisticas>
5. http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/cancer_colorectal_tamizaje_screening_y_vigilancia.pdf
6. http://www.socargcancer.org.ar/consensos/2010_preencion_cancer_colorectal.pdf
7. <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/info-equipos-salud/Guia-programatica-abreviada.pdf>
8. <http://www.lalcec.org.ar/infocancerprostata.html>
9. <http://aaoc.org.ar/pagina/-caincer-de-prasstata>
10. <http://aaoc.org.ar/pagina/-caincer-de-seno>
11. <http://msal.gov.ar/ent/SRV/Guias/PDF/Guia%20de%20RCV.pdf>
12. Fearon ER, Vogelstein B. A genetic model for colorectal tumorigenesis. *Cell* 1990 Jun 1;61(5):759e67
13. Leslie A, Carey FA, Pratt NR, Steele RC. The colorectal adenomaecarcinoma sequence. *Br J Surg* 2002;89:845e60.
14. Wei EK, Wolin KY, Colditz GA. Time course of risk factors in cancer etiology and progression. *J Clin Oncol* 2010 Sep 10; 28(26):4052e7.
15. Perea J, Alvaro E, Rodriguez Y, Gravalos C, Sanchez TE, Rivera B, et al. Approach to early onset colorectal cancer: clinicopathological, familial, molecular and immunohistochemical characteristics. *Endoscopy* 2010; 42(Suppl. 2):E186e7.
16. Catalán V, Honorato B, García F y col. Carcinogénesis colónica: proceso de transformación neoplásica. *Rev Med Univ Navarra*. 2003. 47 (1)15-19
17. Harrison S, Benziger H. The molecular biology of colorectal carcinoma and its implications: A review. *The Surgeon*. August 201; 9 (4): 200–210
18. Terzic J, Grivennikov S, Karin E, Karin M. Inflammation and colon cancer. *Gastroenterology* 2010 Jun;138(6):2101e14.

19. Popat S, Hubner R, Houlston RS. Systematic review of microsatellite instability and colorectal cancer prognosis. *J Clin Oncol* 2005 Jan 20;23(3):609e18.
20. Ogino S, Kirkner GJ, Nosho K, Irahara N, Kure S, Shima K, et al. Cyclooxygenase-2 expression is an independent predictor of poor prognosis in colon cancer. *Clin Cancer Res* 2008 Dec 15;14(24):8221e7.
21. Heinemann V, Stintzing S, Kircher T. Clinical relevance of EGFR and KRAS status in colorectal cancer atients treated with monoclonal antibodies directed against the EGFR. *Cancer Treat Rev* 2008;35:262e71.
22. Al-Tassan, Chmiel NH, Maynard J y col. Inherited variants of MYH associated with somatic G:C->T:A mutations in colorectal tumors. *Nat Genet.* 2002 Feb;30(2):227-32. Epub 2002 Jan 30.
23. Guide to clinical preventive services. 2nd ed. Report of the U.S. Preventive Task Force. Washington D.C: Department of Health and Human Services, 1995.
24. Winawer S, Fletcher R, Rex D y col. Colorectal Cancer Screening and Surveillance: Clinical Guidelines and Rationale – Update Based New Evidence. *Gastroenterology* 2003; 124: 544-560
25. Imperiale T, Ransohoff D, Itzkowitz D y col. Multitarget Stool DNA Testing for Colorectal-Cancer Screening. *N Engl J Med* 2014; 370:1287-1297
26. Robertson D, Dominitz J. Stool DNA and Colorectal-Cancer Screening. *N Engl J Med* 2014; 370:1350-1351.
27. Samadder NJ, Curtin K, Tuohy TM y col. Characteristics of missed or interval colorectal cancer and patient survival: a population-based study. *Gastroenterology.* 2014 Apr;146(4):950-60.
28. Corley D, Jensen C, Marks A y col. Adenoma Detection Rate and Risk of Colorectal Cancer and Death. *N Engl J Med* 2014; 370:1298-1306.
29. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E y col. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med.* 2010 May 13;362(19):1795-803.
30. Patai AV, Molnár B, Tulassay Z y col. Serrated pathway: alternative route to colorectal cancer. *World J Gastroenterol.* 2013 Feb 7;19(5):607-15.
31. Whyte S, Harnan S. Effectiveness and cost-effectiveness of an awareness campaign for colorectal cancer: a mathematical modeling study. *Cancer Causes Control.* 2014 Mar 29.
32. Ekwueme DU, Howard DH, Gelb CA y col. Analysis of the Benefits and Costs of a National Campaign to Promote Colorectal Cancer Screening: CDC's Screen for Life--National Colorectal Cancer Action Campaign. *Health Promot Pract.* 2014 Feb 6.
33. Pande R, Leung E, McCullough P. Impact of the United kingdom national bowel cancer awareness campaign on colorectal services. *Dis Colon Rectum.* 2014 Jan;57(1):70-5.
34. http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/cancer_colorectal_tamizaje_screening_y_vigilancia.pdf



XII CONGRESO ARGENTINO DE GRADUADOS EN NUTRICIÓN Por el derecho a la alimentación

Fecha: 19 al 22 de Mayo 2015

Lugar: Centro de Convenciones
Salta - Argentina



Lic. Cristina Lobo
Pte. del XII Congreso Argentino
de Graduados en Nutrición

Carta de Bienvenida

El Comité organizador del XII Congreso Argentino de Graduados en Nutrición, tiene el agrado de invitarlo a Ud. a participar de este evento científico de trascendental relevancia, a desarrollarse en el Centro de Convenciones de la Ciudad de Salta, su asistencia nos posibilitará contribuir en el estudio, desarrollo y difusión de avances en el conocimiento del campo de la nutrición.

Nos proponemos con este Congreso abrir un espacio fértil para la discusión sobre los conceptos que define nuestro lema, "Por el Derecho a la Alimentación", pero que además debe transformarse y convertirse en nuestra bandera de lucha como sociedad.

La organización de este Congreso se ha propuesto ofrecer un programa académico de excelencia, que contemple las exigencias que el campo que la salud precisa. Creemos que la convocatoria de profesionales responde a la altura de la temática que nos congrega para discutir las problemáticas de un mundo complejo.

Aprovechamos esta bienvenida además para compartir unas palabras que creemos, define a nuestra convocatoria "... entendemos a la SOBERANÍA ALIMENTARIA como la capacidad de los pueblos y sus Estados de decidir su modelo de producción, comercialización y consumo de alimentos, que tenga en cuenta la biodiversidad, sustentabilidad y el trabajo digno, respetando los patrones culturales. Sostenemos que es necesario construir un proyecto a largo plazo que garantice la soberanía alimentaria como modelo productivo y participativo de desarrollo." Nyéléni, Selingué, Mali 2007.

El hecho que hoy se discuta el Derecho a la Alimentación nos hace pensar que ya no se trata de un derecho olvidado, sino que está plenamente vigente. Celebramos esta iniciativa.

Esperamos con este Congreso poder cumplir con sus expectativas; que disfrute de cada jornada, que sea de especial utilidad para su desarrollo personal, laboral y científico. Pero aún más, deseamos como salteños que pueda enamorarse con nuestra Salta y sus paisajes, de la calidez de su gente y que se deleite con nuestros sabores y del especial gusto por la gastronomía.

CONVOCATORIA PARA PUBLICAR EN EL PRÓXIMO NÚMERO DE LA REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Se recibirá trabajos para ser publicados en el N° 5 de la Revista hasta el 28 de febrero de 2014. Enviar los trabajos a la siguiente dirección electrónica: revistasalud@gmail.com y presentarlos en sobre cerrado en Mesa de Entradas de la Facultad de Ciencias de la Salud, dirigido a: Comisión Editorial de la Facultad de Ciencias de la Salud. Avda. Bolivia 5120 – 4400 Salta – Capital. Los trabajos deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Reglamento de Publicaciones. Para mayor información dirigirse a la Secretaría de Postgrado, Investigación y Extensión al Medio de la Facultad (sepeisal@unsa.edu.ar) Teléfono: 0387-4255331

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSa tiene como objetivo difundir el conocimiento científico en el campo de las ciencias de la salud, actividades de extensión y de investigación realizadas por miembros de la comunidad de la Facultad.

Comprenderá las siguientes secciones:

<i>Artículos de investigación originales:</i> incluyen trabajos de investigación que contemplen los siguientes apartados: introducción, objetivos, metodología, resultados principales, discusión, conclusiones y bibliografía. Deberán ser inéditos y tendrán una extensión mínima de 5 y máxima de 10 hojas.
<i>Relatos de experiencias, ensayos, artículos de revisión y actualización:</i> tendrán una extensión mínima de 3 y máximo de 5 hojas. Los ensayos deberán contener introducción, desarrollo del tema y conclusiones
<i>Comunicaciones breves de avances de proyectos de investigación o de extensión y de tesis en desarrollo:</i> tendrán una extensión mínima de 1 hoja y máxima 2 hojas.
<i>Tesis de grado y de post-grado con recomendación de publicación por parte del Tribunal Evaluador:</i> se publicará una síntesis con una extensión mínima de 3 y máximo de 5 hojas.
<i>Novedades:</i> información de reuniones científicas y otras que se consideren de interés.
<i>Actualización institucional:</i> información proporcionada por las distintas dependencias académicas y administrativas de la Facultad referidas a las actividades de gestión, de extensión, docencia y capacitación PAU.
Página informativa del Centro de Estudiantes.

FORMATO DE PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS ORIGINALES

Los manuscritos deberán presentarse en original y 2 copias, impreso en papel blanco en hoja A4, en una sola cara, en letra Arial 10, a espacio 1,5, numeradas en orden consecutivo. Además deberá enviarse vía e-mail a revistafsalud@gmail.com en archivo en Word versión 97-2003. Se requerirá el siguiente orden:

<i>Página de título y autores:</i> en la primera hoja figurará el título del artículo en castellano y en inglés, los nombres y apellidos de los autores, sus grados académicos. Además debe indicarse el responsable de la correspondencia, así como su dirección, teléfono, fax y dirección electrónica.
<i>Resumen:</i> debe tener una extensión máxima de 200 palabras y estructurarse con los subtítulos: objetivos, metodología, resultados y conclusiones. Asimismo deben incluirse de 3 a 5 palabras claves en español y en inglés.
<i>Citas bibliográficas:</i> estas se deben numerar por orden consecutivo y de acuerdo con las Normas de Vancouver.
<i>Artículos en Revistas:</i> a) apellidos e iniciales de todos los autores (si son 7 o más, señalar sólo los seis primeros y añadir et al; b)título completo del artículo, c) abreviatura de la revista como está indizada en el Index Medicus; d) año de publicación; e) volumen en números arábigos; f) números de páginas inicial y final.
<i>Libros:</i> a) apellidos e iniciales de todos los autores; b) título del libro; c) número de la edición; d) ciudad en que la obra fue publicada; e) nombre de la editorial; f) año de la publicación; g)número del volumen su hay más de uno, antecedido de la abreviatura "vol"; h) número de la página citada.

Las unidades de medida deben corresponder al Sistema Internacional de Unidades.

Las tablas o cuadros y figuras deben enviarse en hoja separada, numerando los primeros con números romanos y las figuras con números arábigos, en el mismo orden en que se mencionan en el texto. Se aceptará un máximo de 5 tablas y/o figuras en blanco y negro. Las imágenes deberán ser de alta resolución.

Página de copyright: se enviará en hoja aparte, una solicitud para la publicación del artículo firmada por todos los autores. En la misma se debe dejar constancia en qué categoría presenta el trabajo. Se debe aclarar que no ha sido publicado ni total ni parcialmente, ni ha sido enviado para su evaluación a otra revista científica.

Todos los manuscritos se someterán a una revisión preliminar en la que se determinará si el artículo se encuadra en los objetivos, la política editorial y las normas de la revista, en cuyo caso se enviará a dos especialistas en el tema. Esta evaluación se realizará con el resguardo de confidencialidad correspondiente, para lo cual tanto los evaluadores como los autores desconocerán sus respectivas identidades. La Comisión Editorial informará al responsable sobre la aceptación o no del trabajo, las correcciones y sugerencias efectuadas por los revisores.

Los trabajos deberán enviarse a la siguiente dirección revistafsalud@gmail.com o dejarlo en sobre cerrado en Mesa de Entradas de Facultad de Ciencias dirigido a: *Comisión Editorial de la Facultad de Ciencias de la Salud. Avda Bolivia 5150. 4400 Salta. Capital*

se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 2014,
en los talleres de



Córdoba 714 - 4400 Salta - R. Argentina - Tel/fax 54 387 4234572
administracion@mundograficosa.com.ar