

Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao.

Differences in attitudes, knowledge and practice of evidence based medicine.

Señor Editor: Antes que nada debo felicitar al Dr. Luis Romero Mezarina por su trabajo publicado en el Volumen 18 N°2 de la Revista Médica Herediana titulado: Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia., el cual pude leer en el portal de SciELO Perú (http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2007000200006 &lng=es&nrm=iso&tlng=es) (1).

Quien le escribe es Interno de medicina, y desde mi época de estudiante junto con algunos amigos realizamos un trabajo que en términos generales es muy similar al que usted presenta. El motivo de la presente carta es hacerle notar que nos llama la atención que en toda la parte de Introducción y Discusión de su trabajo no se mencione un trabajo que se encuentra publicado en la revista CIMEL y en todas las bases de datos de habla hispana disponibles accesibles en su totalidad desde el año 2005 que es cuando hicimos el trabajo y lo publicamos, le envió el enlace donde se encuentra nuestro trabajo titulado: Nivel de conocimientos y actitudes hacia las píldoras anticonceptivas de emergencia en los médicos ginecoobstetras y obstetras del Instituto Materno Perinatal de Lima Metropolitana Abril - Julio 2003 (http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1680-83982005000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es) (2).

En aras de una mejor discusión, sobretodo habiendo un referente sobre este tema en nuestra realidad como fue nuestro trabajo, es que creemos que nuestros resultados pudieron haber sido parte de una mejor discusión comparativa ya que se realizaron en diferentes épocas y poblaciones.

Atentamente,

Jose Ramos Castillo¹

¹ Interno de Medicina Hospital Loayza. Facultad de Medicina de San Fernando- Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Romero L, Llanos L, Salhuana J, Mayca J, Quijano B. Conocimientos y actitudes de médicos gineco-obstetras de Lima y Callao, sobre los mecanismos de acción y prescripción de la anticoncepción oral de emergencia. *Rev Med Hered* 2007;18:92-99.
2. Rojas J., Cenzano J., Gómez C., et al. Nivel de conocimientos y actitudes hacia las píldoras anticonceptivas de emergencia en los médicos ginecoobstetras y obstetras del Instituto Materno Perinatal de Lima Metropolitana abril-julio 2003. *CIMEL* 2005; 10(1):29-40.

Réplica

Reply

Señor Editor: Debo agradecer la carta enviada por el Sr. José Ramos y su observación realizada, sin embargo me sorprende no haber logrado tener conocimiento de su artículo hasta ahora, a pesar de la exhaustiva búsqueda bibliográfica que se realizó en el momento de preparar nuestra publicación que incluso se llegó a prolongar por algunos años. De todas maneras considero que sí nos hubiera podido servir de mucho.

Saludos Cordiales.

Luis Germán Romero Mezarina
C.M.P. 47833

La pobreza contraataca: Efectos sobre los resultados del TBC-DOTS en el Perú.

Poverty strikes back: Effects on TB-DOTS results in Peru.

Señor Editor: A nivel mundial, la tuberculosis (TBC) ha causado 8.8 millones de nuevos casos y 1,6 millones de muertes durante el 2005 (1). Consecuentemente, la TBC continúa siendo un gran problema de salud pública, especialmente en países de escasos recursos como el Perú. El Reporte de la OMS 2007: Control Global de la Tuberculosis mostró que la tendencia decreciente en el Perú de los casos notificados había llegado a un "plateau" entre los últimos años (2003 a 2005).

Entre 1991 y el 2000, diversos esfuerzos se desarrollaron para reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por tuberculosis, especialmente el uso de un programa basado en un tratamiento efectivo de corto plazo. El DOTS (Tratamiento de Corto plazo Directamente Observado), junto al compromiso político, diagnóstico precoz por medio del frotis de esputo y un microscopio, implementación regular de medicamentos, y la monitorización de los resultados de cada paciente que empezó tratamiento, fueron aplicados según recomendación de la OMS (2). Los análisis de series de tiempo de los casos reportados confirmaron un tasa de reducción nacional e" 5.8% por año y aproximadamente 70% de las muertes entre pacientes frotis positivo se evitaron en aquella década (3). Por estos logros, el Perú se convirtió en un modelo de la eficacia del DOTS, logrando los objetivos de la OMS de 70% de detección de casos y 85% de cura. Sin embargo, entre el 2003 y 2005, el número total de casos notificados se ha incrementado de 31 273 a 33 241. Consecuentemente, cuando las tasas de morbilidad son calculadas se demuestra un incremento desde 115,1 a 119,5 casos por 100,000 habitantes entre aquellos años.

A pesar que los esfuerzos que continúan realizándose, con tasas de detección de casos sobre el 80% y de éxito del DOTS cercanos al 90%, otros factores deben estar jugando algún rol para poder explicar los hallazgos mostrados en las tendencias de morbilidad, que podrían alterar el consistente control de la tuberculosis.

A través de la historia, la tuberculosis ha estado siempre asociada con pobreza (4), hacinamiento (5), y malnutrición (6). Estos factores proveen el ambiente propicio para la diseminación de la enfermedad. Sin

embargo, reducciones en la incidencia y mortalidad por tuberculosis fueron logradas en algunos países incluso antes de la existencia de medicamentos efectivos, a través de la mejora en las condiciones sanitarias (7). En el Perú, la pobreza y la desigualdad han aumentado durante los últimos años (Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI), desde 42,7% a 48,4% según la evaluación de la línea de pobreza, a pesar del crecimiento económico sostenido de 5% por año y la baja inflación de 1,5%. Las recientes mejoras en el empleo urbano y en los niveles salariales no han podido traducirse en menores índices de pobreza urbana, ya que se han concentrado entre los trabajadores formales con mayor nivel educativo, y en los empleados de empresas de mayor tamaño, y no se han ampliado al sector informal, donde la mayoría de los pobres trabajan. Actualmente, el país está en condiciones de extender el impacto logrado con el crecimiento económico en el empleo y la reducción de la brecha social.

Por esta razón, parece ser que los altos niveles de pobreza, relacionados a los bajos ingresos económicos y la inadecuada distribución de recursos, están limitando el progreso de la Estrategia Nacional para Control de la Tuberculosis. Un estudio previo realizado en los asentamientos humanos en las afueras de Lima reveló que la incidencia y morbilidad causada por la TBC era mucho más alta que el promedio nacional (8). Esto significa que la tuberculosis esta concentrándose principalmente en las zonas más pobres. En estas áreas en particular, el hacinamiento y los pobres estándares de vida tienen el potencial de incrementar la exposición de personas susceptibles a los casos infecciosos de la enfermedad. Además, los más grandes problemas económicos ocurren como resultado de los costos indirectos, tales como la pérdida del trabajo, y especialmente pérdida de productividad por la enfermedad, lo cual convierte a una persona pobre en una persona enferma y mucho más pobre. Consistente con esto, aunque las regiones más pobres tienen una reducción constante en el número de casos notificados, el impacto de la estrategia nacional es inferior al tratar de revelar sus efectos benéficos a gran escala.

En resumen, si la pobreza y las pobres condiciones sanitarias no son confrontadas directamente por medio de programas estructurados, factibles y sostenibles para asegurar una adecuada distribución de los recursos de acuerdo a los logros económicos, será casi imposible controlar la tuberculosis aunque nuevos y menos costosos métodos se desarrollen para mejorar la detección de los casos con los nuevos problemas emergentes que acarrea como la resistencia y la coinfección VIH y TBC. El compromiso político, con

fondos estatales y recursos humanos, fue fomentado y realizado para disminuir la mortalidad y diseminación de la tuberculosis; entonces, ahora es tiempo de lograr el mismo compromiso para asegurar un nivel mínimo de saneamiento y una razonable distribución de los recursos en las zonas más pobres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: Surveillance, planning, financing: WHO Report 2007. Geneva: World Health Organization; 2007.
2. Frieden TR, Sterling TR, Munsiff SS, Watt CJ, Dye C. Tuberculosis. *Lancet* 2003;362(9387):887-99.
3. Suarez PG, Watt CJ, Alarcon E, et al. The dynamics of tuberculosis in response to 10 years of intensive control effort in Peru. *J Infect Dis* 2001;184(4):473-8.
4. Muniyandi M, Ramachandran R, Gopi PG, et al. The prevalence of tuberculosis in different economic strata: a community survey from South India. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; (9):1042-5.
5. Clark M, Riben P, Nowgesic E. The association of housing density, isolation and tuberculosis in Canadian First Nations communities. *Int J Epidemiol* 2002;31(5):940-5.
6. Van Lettow M, Kumwenda JJ, Harries AD, et al. Malnutrition and the severity of lung disease in adults with pulmonary tuberculosis in Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8(2):211-7.
7. Palomino JC, Leao SC, Ritacco V, editores. Tuberculosis 2007: from basic science to patient care. First edition. Tuberculosis textbook.com; 2007. En: <http://www.tuberculosis2007.com/tuberculosis2007.pdf>. (Fecha de acceso: octubre 2007).
8. Bernabe A, Vargas D. Tuberculosis control program evaluation in a shantytown of Lima. *Rev Med Hered*. 2005;16(2):114-9

Antonio Bernabe Ortiz¹

- ¹ Magíster en Control de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Correo electrónico: anbeor@u.washington.edu.