

EOPs: Recomendaciones en seguridad vial para niños y efectividad de las intervenciones en atención primaria

Recommendations on car safety in pediatric patients and efficacy of primary practice interventions

Santiago Esteban*

Resumen

AA partir de una viñeta clínica de una familia con dudas con respecto a las recomendaciones en seguridad vial para sus hijos, se revisan las recomendaciones actuales, concluyéndose que deben utilizarse asientos adecuados a la edad y el tamaño del niño, desaconsejándose el consumo de drogas que alteren la capacidad de conducción, así como la utilización de teléfonos móviles durante la misma. Además se revisaron las recomendaciones sobre efectividad de intervenciones en el consultorio, sin encontrarse evidencia de adecuada calidad para expedirse a favor o en contra.

Abstract

From a clinical vignette of a family consulting about car safety measures, the author searched the current recommendations. He concludes that adequate car seats must be used according to age and size of the child, as detailed in the guidelines. Also, avoiding drugs that impair driving is advised, as is not using mobile phones while driving. Likewise, evidence on efficacy of primary practice interventions on implementing these recommendations was searched, without finding high quality research to support any conclusion.

Palabras clave: Seguridad vial, niños, adolescentes. **Key words:** Car safety, infants, teenagers.

Caso clínico

Se presenta a la consulta una pareja de 37 y 34 años de edad, padres de tres niños (1, 5 y 8 años). Recientemente sufrieron una colisión de tránsito (ex accidente) automovilística de la cual resultaron ilesos. Tienen dudas sobre cuáles son las mejores recomendaciones de seguridad vial para sus hijos.

El médico reconoce ésta situación como una excelente oportunidad para brindar consejo y se pregunta cuáles son las recomendaciones actuales y qué evidencia existe sobre la efectividad de las intervenciones de consejería brindadas por el equipo de salud.

Pregunta que generó el caso:

En niños ¿cuáles son las recomendaciones en términos de seguridad vial y cuál es la efectividad de las intervenciones en el consultorio?

Estrategia de búsqueda

Se buscó en Trip Database (www.tripdatabase.com) utilizando los siguientes criterios de búsqueda: Car safety, collision counseling, motor vehicle counseling, car collision alcohol, car collision marijuana, car collision drugs, motor vehicle crash, DUI, DIW, car seat safety. Luego se eligieron los artículos y las guías de práctica clínica más recientes que presentaran la mayor calidad de evidencia.

Epidemiología del trauma vial

Según datos del Informe Mundial de la Organización Mundial de la salud (OMS) de 2002, aproximadamente 1,18 millones de personas murieron traumáticamente por lesiones de tránsito (3242 muertes por día), lo que representa el 2,1% de todas las muertes.

La situación actual de Argentina no es muy alentadora. Según datos de la OMS, las muertes traumáticas vinculadas al tránsito son la tercera causa de muerte en menores de cinco años y representan el 6% del total de muertes en esta población¹, predominando durante la adolescencia^{2,3**}. Las estadísticas de

2011 estiman 7517 muertes por año (21 muertes/día, para una población de 40 millones de habitantes y una densidad de 314 vehículos c/1000 habitantes en 2007)^{4,5,6}; situación francamente peor a la EE.UU (315 millones de habitantes y 812 vehículos c/1000 habitantes en el mismo año), donde se producen 30 muertes por día^{7,8}.

Los sistemas y las recomendaciones en seguridad para menores de 18 años se han diseñado sobre la base de los cambios que se producen en esa primera etapa de la vida, tanto en términos físicos como de funciones.

Las recomendaciones que apuntan a la seguridad vial durante los primeros años de vida -previamente a que el paciente esté habilitado para manejar-, se basan principalmente en sistemas de sujeción (cinturones de seguridad) y sus diferentes adaptaciones según el tamaño del ocupante, y en las recomendaciones a los conductores respecto de las condiciones óptimas de manejo (buen descanso previo, no uso de alcohol, drogas y teléfono móvil, etc.), y que son las mismas que se realizan en los adolescentes autorizados para conducir (en Argentina desde los 16 años).

Vale destacar que los adolescentes tienen mayor riesgo de participar de una colisión vehicular⁹, mayor predisposición a conducir bajo los efectos de sustancias y sólo el 51%^{10,11} usa el cinturón de seguridad.

Medidas de sujeción

Utilizadas correctamente, las medidas de sujeción recomendadas en niños han demostrado disminuir más de un 70% el riesgo de muerte por colisiones vehiculares en niños menores de un año, y un 54% en niños de uno a cuatro años de edad¹². Un reciente estudio ha documentado una clara asociación entre la falta de uso de sistemas de seguridad y el riesgo de muerte, con un OR en menores de un año de 23,79 (IC95% 1,20 a 473); de 21,11 (4,39 a 101,6) en niños de uno a tres años, de 16,24 (2,76 a 95,54) en niños de cuatro a siete años y de 9,81 (2,05 a 46,9) en el subgrupo de ocho a 12 años¹³. Sin embargo, la utilización incorrecta de sistemas de seguridad también está fuertemente asociada a la probabilidad de muerte en una colisión vehicular¹³, lo que cobra especial importancia teniendo en cuenta que solo aproximadamente 20% de todos los usuarios de sistemas infantiles de sujeción los utiliza apropiadamente¹⁴.

*Servicio de Medicina Familia y Comunitaria Hospital Italiano de Buenos Aires. santiago.esteban@hospitalitaliano.org.ar

** De acuerdo al Índice Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), del total de muertes infanto-juveniles, las muertes que ocurrieron por trauma vinculado al tránsito se distribuyeron de la siguiente manera: 0 a 4 años: 5,3%; 5 a 14 años: 26,3%; 15 a 24 años: 29,1%. En 2009 el porcentaje de menores de 20 años representó el 18% del total de muertes por traumas asociados al de tránsito (aproximadamente 1500).

Datos de EE.UU. de 2010, documentaron que en los adolescentes las colisiones vehiculares son la principal causa de muerte y de discapacidad adquirida, y que la falta de uso de

cinturón de seguridad uno de los principales factores asociados eventos fatales^{15,16,17,18}.

La tabla 1 resume las recomendaciones de seis consensos de expertos.

Tabla 1: resumen de las recomendaciones sobre el posicionamiento de los niños en el vehículo y sobre las medidas de sujeción.

Asiento	Dispositivo a adicionar	Posición	Recomendaciones según edad, peso y altura del niño					
			USPSTF ¹⁹	CPS ²⁰	NHTSA ²¹	AAP ²²	AAFP ^{b23}	CDC ²⁴
Posterior y preferiblemente en el centro	Silla adecuada al tamaño del niño	Mirando hacia atrás	< 1 año	< 1 año y 10kg	< 1 año	< 2 años	< 10 kg ^c	< 2 años
	(chequear recomendación del fabricante)	Mirando hacia adelante	1 a 4 años (10 a 20 kg)	10 a 22 kg y < 1,22 m	1 a 3 años	> 2 años	10 a 20 kg	2 a 4 años y < 18 kg
	Elevador del asiento		4 a 8 años y < 1,4 m	> 18 kg	4 a 7 años	1,2 a 1,4 m	20 a 40 kg ^d	4 a 8 años y < 1,45 m
	Ninguno ^a		8 a 13 años o > 1,4 m	> 8 años, 36 kg y 1,45 m	8 a 12 años	> 1,40 m y < 13 años	> 40 kg y 1,2 o 1,4 m	8 a 13 años y < 1,45 m

aSiempre que la faja oblicua del cinturón de seguridad ajuste sobre sus clavícula y tórax (no sobre el cuello) y que la faja horizontal lo haga sobre la región proximal del muslo (no sobre el abdomen). bRegla 10-20-40. cTratar de que el niño mire hacia atrás hasta que tenga la mayor edad o tamaño posible ("backwards is best"). dUsar el elevador de asiento hasta que sea lo suficientemente grande como para poder usar directamente el cinturón de seguridad. ("boost until big enough").

USPSTF: United States Preventive Services Task Force. CPS: Sociedad Pediátrica Canadiense. NHTSA: National Highway Traffic Safety Administration de EE.UU. AAP: Academia Norteamericana de Pediatría. AAFP: Academia Norteamericana de Médicos de Familia (AAFP). CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU.

Conducción bajo los efectos de alcohol o drogas

Actualmente, no contamos con datos de Argentina, sin embargo, cifras de EE.UU. de 2010 informan 10228 muertes secundarias a eventos de tránsito protagonizados por conductores bajo la influencia del alcohol (aproximadamente un tercio del total de los fatales)⁷⁷. Vale aclarar que la probabilidad de fatalidad es mayor en jóvenes de 16 a 20 años que en los mayores de 35, independientemente de los niveles de alcohol en sangre²⁵.

El consumo de drogas (marihuana, éxtasis, cocaína) se ha asociado al 18% de las muertes por colisiones vehiculares.²⁶ Un reciente metaanálisis estimó que comparados con los conductores sobrios, los que están bajo los efectos agudos de la marihuana tienen un riesgo de casi el doble (OR de 1,92; IC95% 1,35 a 2,73) de participar en un evento fatal²⁷, mientras que algunos estudios sugieren que las combinaciones de estos estupefacientes con alcohol, resulta aún más riesgosa que su consumo en forma individual²⁸.

Distintas asociaciones recomiendan no ingerir alcohol en absoluto ni antes ni durante la conducción²⁹. Sin embargo en Argentina esas recomendaciones rigen sólo para los conductores profesionales, en quienes se exige niveles de alcoholemia nulos (0,0 g/L)^{§§30,31}.

En relación a conducir bajo la influencia de drogas (marihuana, cocaína, éxtasis/MDMA), y aunque la evidencia no sea contundente aún, se desaconseja su consumo previamente y durante la conducción^{††30, 32}.

*** En niños de 0 a 14 años, del total de muertes por colisiones vehiculares (1210), 211 (17%) involucraron a un conductor bajo los efectos del alcohol y en el 62% de estos el niño viajaba como pasajero en el vehículo que conducía la persona alcoholizada.

§§ Para el resto de los conductores particulares nuestras leyes establecen un máximo nivel sanguíneo permitido de 0,5 g/L para los conductores particulares y de 0,2 g/L para los motociclistas y los ciclomotoristas.

†† En Argentina La Ley Nacional de tránsito prohíbe la conducción bajo la influencia de estupefacientes, e incluso en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde el año 2010, se realizan tests en busca de drogas en los conductores.

Distractores durante el manejo

Estos incluyen el uso del teléfono móvil, el envío de mensajes de texto o correos electrónicos, el uso de la radio, la conversación con otro pasajero, el comer en el automóvil, etc.

Las estadísticas de EE.UU. informan que durante 2010, 3092 personas resultaron fatalmente heridas en traumas asociados al tránsito que habían involucrado a un conductor distraído y unas 416.000 resultaron heridas, representando un 18% del total de heridos en este tipo de evento³³. Del grupo de menores de 20 años involucrados en colisiones vehiculares, el 11% reportó haber estado distraído en el momento del accidente. Vale destacar que la utilización de teléfonos móviles al conducir resultó tan peligrosa como la conducción bajo los efectos del alcohol³⁴.

Solo se encontraron recomendaciones claras en relación al uso del teléfono móvil, desaconsejándose su uso^{35,36}. Se han promulgado leyes en varios estados de EE.UU., Europa y también en Argentina, prohibiendo la utilización de los teléfonos celulares mientras se conduce^{30,37}.

Sobre la consejería brindada por parte del equipo de salud

Según recomendaciones de la USPSTF³⁸, no hay evidencia suficiente para evaluar el beneficio adicional, más allá de la eficacia de las leyes y las intervenciones comunitarias, de las recomendaciones impartidas en los consultorios para aumentar la tasa de utilización de los sistemas de sujeción en

automóviles, y para desaconsejar el consumo de alcohol vinculado con el manejo automotor en la población general (recomendaciones tipo I). Sin embargo existe evidencia de que este tipo de intervenciones de consejería son efectivas en el subgrupo identificado como abusador de alcohol (recomendación tipo B).

Conclusiones y recomendaciones

Esta revisión examinó las recomendaciones actuales en seguridad vial para niños y la eficacia de la consejería por parte del equipo de salud para mejorar su implementación.

En relación a los sistemas de sujeción y a pesar de algunas discrepancias menores, todas las guías revisadas concuerdan en los métodos y tiempos de implementación: 1) hasta los dos años de edad viajar en una sillita adecuada al tamaño del niño ubicada mirando hacia atrás en el asiento posterior del vehículo; 2) hasta los cuatro años de edad, hasta pesar 20 kg o hasta medir 1,20 m, viajar en una sillita adecuada al tamaño del niño ubicada mirando hacia delante en el asiento posterior del vehículo; 3) hasta los ocho años, hasta pesar 40 kg o hasta medir 1,40 m utilizar un elevador del asiento que permita una correcta sujeción del cinturón de seguridad, viajando en el asiento posterior del vehículo en posición hacia delante; 4) a partir de los ocho años de edad, cuando el peso supera los 40 kg o la altura los 1,40 m plantear la posibilidad de abandonar el elevador del asiento si existe un adecuado ajuste de las correas del cinturón de seguridad sobre la clavícula y el tórax la banda oblicua y sobre la

porción proximal del muslo la banda horizontal, viajando en el asiento de atrás siempre hasta los 13 años.

5) siempre que sea posible, colocar la butaca del niño en el asiento central de atrás; 6) que el conductor y el acompañante usen siempre el cinturón de seguridad.

Dado que las recomendaciones emitidas por la AAFP son simples, prácticas y fáciles de ser recordadas, son las que aplicamos en nuestra práctica diaria. Respecto de la falta de evidencia sobre la efectividad de la consejería por parte del equipo de salud, es importante recordar que una recomendación tipo I implica que no contamos con evidencia de buena calidad para contestar esa pregunta y no que exista evidencia de que la intervención no sea efectiva. Existen investigaciones que reportaron eficacia de este tipo de consejería, pero que provienen de ensayos clínicos de que no permitieron distinguir entre el efecto de las intervenciones comunitarias y el de las recomendaciones impartidas por el equipo de salud. Asimismo, la mayoría fueron realizados durante las décadas del "setenta y ochenta" del siglo XX, previamente a la implementación de la mayoría de las leyes de seguridad vial en niños, por lo que es imposible determinar cuál sería el impacto de este tipo de consejería en la actualidad. Sin embargo, dado que tampoco existe evidencia de daño y conociendo el bajo cumplimiento de la ley en nuestra región, consideramos que es pertinente seguir aprovechando los encuentros entre las personas y el sistema de salud como una oportunidad para brindar consejería.

Recibido el 02/06/13 y aceptado el 03/01/14

Referencias

1. UNICEF. Child Info. Estadísticas Argentinas. Disponible en: <http://www.childinfo.org/files/maternal/DI%20Profile%20-%20Argentina.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/65/c030203.xls>
3. Luchemos por la vida. Asociación civil. Cifras detalladas de accidentes de tránsito en Argentina (2011) Disponible en: <http://www.luchemos.org.ar/es/estadisticas/generales/cifras-sobre-accidentes-de-transito-en-argentina-2009>
4. Luchemos por la vida. Asociación civil. Muertes en Argentina por accidentes vehiculares (2011). Disponible en: <http://luchemos.org.ar/es/estadisticas/muertosanuales/muertos2010-2>
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Total del país. Población total y variación intercensal absoluta y relativa por provincia o jurisdicción. Años 2001-2010 Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/cuadrosDefinitivos/Total_pais/P1-P_Total_pais.xls
6. World Bank Data: Motor vehicles (per 1,000 people). Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/IS.VEH.NVEH.P3>
7. Department of Transportation (US), National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). Traffic Safety Facts 2010: Alcohol-Impaired Driving. Washington (DC): NHTSA; 2012. Disponible en: <http://www.nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/811606.PDF>
8. Davis S y col. (July 2012). "Transportation Energy Data Book: Edition 31". Office of Energy Efficiency and Renewable Energy, U.S. Department of Energy. Ver Tabla 3.6, pag. 3-10
9. Insurance Institute for Highway Safety (IIHS). Fatality facts: teenagers 2010. Disponible en: <http://www.iihs.org/research/fatality.aspx?topicName=Teenagers&year=2010>
10. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance System 2011 YRBS Data User's Guide [Online]. (2012). National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Division of Adolescent and School Health. Disponible en: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm>
11. National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA), Dept. of Transportation (US). Traffic safety facts 2010: Young Drivers. Disponible en: <http://www.nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/811169.PDF>
12. Williams S y col. Primary Care Interventions to Prevent Motor Vehicle Occupant Injuries. Prepared for the Agency for Healthcare Research and Quality by the Oregon Evidence-based Practice Center, Portland, Oregon. Evidence Synthesis No. 51. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; August 2007. AHRQ publication no. 07-05103-EF-1
13. Ma X y col. Association between child restraint systems use and injury in motor vehicle crashes. Acad Emerg Med 2012 Aug;19(8):916-23.
14. Rangel S y col. Alarming trends in the improper use of motor vehicle restraints in children: implications for public policy and the development of race-based strategies for improving compliance. J Pediatr Surg. 2008 Jan;43(1):200-7.
15. García-España J y col. Safety belt laws and disparities in safety belt use among US high-school drivers. Am J Public Health. 2012 Jun;102(6):1128-34.
16. Sleet D y col. A review of unintentional injuries in adolescents. Annu Rev Public Health. 2010;31:195-212.
17. McCart A y col. Factors related to seat belt use among fatally injured teenage drivers. J Safety Res. 2004;35(1):29-38.
18. National Highway Traffic Safety Administration. Fatality Analysis Reporting System (FARS) Encyclopedia. 2008. Disponible en: <http://www.fars.nhtsa.dot.gov/Main/index.aspx>.
19. Counseling about Proper Use of Motor Vehicle Occupant Restraints and Avoidance of Alcohol Use while Driving: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 7 August 2007;147(3):187-193
20. van Schaik C. Position Statement of the Canadian Paediatric Society on Transportation of infants and children in motor vehicles. Paediatr Child Health 2008;13(4):313-8. Disponible en: <http://www.cps.ca/documents/position/car-seat-safety>
21. National Highway Traffic Safety Administration. Parents Central. Disponible en: <http://www.nhtsa.gov/Safety/CPS> - <http://www.safercar.gov/parents/RightSeat.htm>
22. Child Passenger Safety. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Pediatrics 2011; 127:e1050-e1066.
23. Child safety seat counseling: three keys to safety. Biagioli F. Am Fam Physician. 2005 Aug 1;72(3):473-8.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Injury prevention and control: Motor vehicle safety. Disponible en: http://www.cdc.gov/motorvehiclesafety/child_passenger_safety/cps-factsheet.html
25. Zador P y col. Alcohol-related relative risk of driver fatalities and driver involvement in fatal crashes in relation to driver age and gender: an update using 1996 data. Journal of Studies on Alcohol 2000;61:387-95.
26. Jones R y col. State of knowledge of drug-impaired driving. Dept of Transportation (US), National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA); 2003. Report DOT HS 809 642.
27. Asbridge M y col. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. BMJ. 2012 Feb 9;344:e536
28. Downey L y col. The effects of cannabis and alcohol on simulated driving: Influences of dose and experience. Accid Anal Prev. 2013 Jan;50:879-86.
29. Luchemos por la Vida, Asociación Civil. Alcohol y conducción. Disponible en: <http://www.luchemos.org.ar/es/sabermas/recomendaciones-breves/alcohol-y-conduccion>
30. Ley Nacional de Tránsito Nro. 24.449. Disponible en: <http://www.inti.gov.ar/chas/pdf/ley24449.pdf>
31. Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/ESP/Leyes%20para%20el%202007/ARGLEY%20NACIONAL%2024_788%20DE%20LUCHA%20CONTRA%20EL%20ALCOHOLISMO.pdf
32. Código de Tránsito de la Ciudad de Buenos Aires. Artículo 5.4.8. Disponible en: http://statico.buenosaires.gov.ar/areas/seguridad_justicia/seguridad_urbana/seguridad_vial/codigo_transito_06.pdf
33. National Highway Traffic Safety Administration. Statistics and Facts about Distracted Driving. Washington, DC: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, 2011. Disponible en: <http://www.distracted.gov/content/get-the-facts/facts-and-statistics.html>
34. Strayer D y col. A comparison of the cell phone driver and the drunk driver. Hum Factors. 2006 Summer;48(2):381-91.
35. National Highway Traffic Security Administration. Blueprint for ending distracted driving. Disponible en: <http://www.distracted.gov/download/campaign-materials/8747-811629-060712-v5-Opt1-Web-tag.pdf>
36. Luchemos por la Vida. Recomendaciones breves. Disponible en: <http://www.luchemos.org.ar/es/sabermas/recomendaciones-breves/uso-del-celular-al-conducir>
37. National Highway Traffic Safety Administration. Policy Statement and Compiled Facts on Distracted Driving. Washington, DC: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, 2011. Disponible en: <http://www.nhtsa.gov/>
38. United States Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse. Ann Intern Med. 2004 Apr 6;140(7):554-6. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/alcohol/alcomissum.pdf>



Departamento de Posgrado CURSOS PRESENCIALES

Inicia: **9 de mayo** - Finaliza: **18 de octubre**

PROFAM NIÑOS

Posgrado en problemas frecuentes ambulatorios de la atención de niños

Directores: **Dr. Diego Terceiro - Dr. Julio Busaniche - Dr. Pascual Baran - Dr. Alberto Bressan**

Destinatarios

Médicos generalistas, de familia, pediatras y todos aquellos médicos que trabajan en consultorio de atención primaria.

Objetivos

- Manejar el ámbito ambulatorio los problemas que generan las consultas para la evaluación, el crecimiento y desarrollo del niño en Atención Primaria
- Diagnosticar y tratar los problemas agudos de manejo ambulatorio que generan las consultas espontáneas más frecuentes.
- Identificar y orientar los casos que requieran resolución en niveles superiores especialistas o internación hospitalaria.

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN - CUPOS LIMITADOS

Día y Horario: Un Viernes de 17 a 21 y sábado de 9 a 18hs por mes - Carga horaria: 72 horas

Instituto Universitario del Hospital Italiano
Dpto. de Posgrado - Potosí 4234, 2° piso, CABA
Tel: (011) 4959-0200 int. 5324
Mail: posgrado@hiba.org.ar

Información sobre objetivos, contenidos y bibliografías
www.hospitalitaliano.org.ar/educacion/iuhi
Ingresar a Posgrado - Cursos presenciales

Autorización provisoria del Ministerio de Educación. Decreto N° 591/00, Art. 64 Ley 24.521

ACTUALIZADO A 2012

Manual PROFAM Terapéutica en Medicina Ambulatoria



Resumen actualizado de Terapéutica en Medicina Ambulatoria que contiene los problemas clínicos desarrollados en PROFAM (Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria).

Es una herramienta práctica y fácilmente accesible para utilizar en el consultorio, frente al paciente.

Su objetivo es mejorar la calidad en la prescripción de fármacos que se utilizan en los problemas de salud más frecuentes con los que se enfrenta el médico de atención ambulatoria, para ello, se encuentran listadas para cada problema las drogas que tienen eficacia probada y seguridad a largo plazo, así como también indicaciones terapéuticas en general.

ADQUIÉRALO escribiendo a profam@hospitalitaliano.org.ar

¿Qué vas a estudiar el año que viene?



PROPUESTA ACADÉMICA 2014

PROFAM TE PROPONE

- **Curso superior universitario de Medicina Familiar y práctica clínica ambulatoria** - Modalidades presencial, semipresencial y virtual.
- **Curso universitario de Medicina Familiar y práctica clínica ambulatoria** - Modalidad a distancia.
- **Curso universitario de enfermería en salud familiar** - Modalidad a distancia.
- **Cursos intensivos virtuales:** Actualización en hipertensión arterial y diabetes - Interpretación de electrocardiograma en atención ambulatoria - Salud del anciano, entre otros.
- **Curso de demanda espontánea** - Modalidades presencial y virtual.
- **Curso PROFAM Niños** - Modalidad presencial.
- **Curso de intervenciones en cesación tabáquica (breves e intensivas)**
- **5ª Jornada de actualización en atención primaria de la salud.**