

Una publicación de



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Estimado lector

Nos complace presentarle un nuevo número de *Æqualis*, esta publicación que coordinamos desde la Dirección Médica con la intención de informar, intercambiar y poner en diálogo nuestros intereses como comunidad profesional.

En esta oportunidad, contamos con valiosas colaboraciones por parte de variados especialistas, que abordaron temas de actualidad para el área de la Salud. Si bien todos los artículos están dirigidos al vasto conjunto de lectores que conforma el público de *Æqualis*, fue preciso encargar cada uno de ellos a referentes destacados de cada especialidad.

De este modo, la Dra. Roxana Pilotti, médica especializada en diabetes que forma parte del equipo de profesionales de nuestros programas médicos, ha preparado un detallado informe sobre el Consenso para el tratamiento de diabetes tipo II en pacientes con enfermedad renal crónica. Como es sabido, en este grupo de pacientes aumenta la morbimortalidad y el riesgo de hipoglucemia respecto de aquellos que conservan su función renal normal.

Otros artículos, han puesto el foco sobre problemáticas que emergen en los consultorios, y que están relacionadas directamente con nuestro quehacer cotidiano, tales como el que aborda la problemática de la diversidad cultural (a cargo de la Dra. María Pulpeiro) o el que, en su segunda entrega, amplía cuál es el impacto del nuevo Código Civil en la actividad sanitaria, escrito por la gerente a cargo del área de Riesgo y Calidad Médica de SMG.

Por último, queremos destacar dos eventos de importancia que, como todos los años, se vienen desarrollando y continúan creciendo, tanto en cantidad y calidad de disertantes, como en avales institucionales. Ambos tendrán lugar durante la primera quincena del mes de octubre. Cuentan con información detallada en las páginas 14 y 15. Felicitamos a los equipos de trabajo convocantes: Áreas de Docencia e Investigación de SMG y Clínica Pediátrica San Lucas.

Esperamos que el contenido sea de vuestro interés, y como siempre, aguardamos sus comentarios y propuestas a través del correo de lectores.

Dr Ricardo Fabián Watman

Jefe de Políticas Médicas

Dirección Médica de Swiss Medical Medicina Privada

SUMARIO

- 3 Editorial
 - 5 Artículo original
 - 6 Comentario de artículos
 - 8 Artículo original
 - 9 Información Swiss Medical Group
 - 16 Evaluación de tecnologías sanitarias
 - 17 Alerta farmacológica
 - 18 Enfermería
 - 19 Programas médicos
 - 20 Medicina Legal
 - 22 Sección cultural
- Presidente: Dr. Claudio Belocoppitt
 - Gerente General: Ing. Adrián Sasse
 - Director Médico: Dr. Gabriel Novick
 - Editora: Lic. Alma Vanina Estrella
 - Consejo editorial: Dra. Mercedes Manzoni, Dra. Viviana Gramis, Dr. Ricardo Watman.
 - Colaboran en este número: Lic. Analía Berzosa, Dr. Fabricio Cambor, Dra. Andrea Davidovich, Lic. Mariela Esquivel, Dra. Mariana Flichman, Lic. Fabiana Ledezma, Prof. Dr. Ramón Leiguarda, Dr. Silvio Payaslian, Dra. Roxana Pilotti, Dra. María Pulpeiro, Lic. Daria Reque, Dr. Rodolfo Righetti, Lic. Alejandra Rodríguez, Lic. Marcela Sandoval.
 - La imagen de tapa de este Nro. (sin título) corresponde a Leonardo Solaas.
 - Versión descargable on-line en: www.prestadores.swissmedical.com.ar
 - Correo de lectores: aequalis@swissmedical.com.ar
 - La correspondencia puede enviarse a 25 de Mayo 264, 4to piso (1002) C.A.B.A.

Æqualis es una publicación trimestral de SMMP para su red de prestadores y colaboradores. Derechos reservados. La difusión y reproducción del presente material escrito o sus imágenes no podrán realizarse sin la autorización correspondiente. Las notas firmadas representan la opinión de los autores y son de su responsabilidad. Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que marca la ley. Impresa en marzo de 2016 en los talleres gráficos de PUNTHUAL S.R.L. José León Suárez 3.256, C.A.B.A. CP: C1440EZJ. Tirada de esta edición: 2.500 ejemplares.

Artista de tapa *

Leonardo Solaas



Nació en Buenos Aires en 1971. Es programador, diseñador y artista autodidacta. Cursó estudios de Filosofía en la Universidad de Buenos Aires.

Su trabajo se relaciona con el desarrollo de visualizaciones de datos, simulaciones de sistemas

complejos, el diseño de interfaces y la creación de juegos para dispositivos móviles, entre otros temas.

Su actividad docente incluye seminarios y talleres relacionados al arte y la cultura digital, en ámbitos tales como la Maestría en Artes Electrónicas de la Universidad Nacional de Tres de Febrero, el Centro Cultural de España en Buenos Aires y Fundación Telefónica de Argentina.

Ha participado en diversas exposiciones nacionales e internacionales, entre ellas *Plus Code* (Buenos Aires); *Extranjerías* (Buenos Aires y México); *FILE* y *5ta Bienal del Mercosur* (Brasil); *Impakt Festival* (Holanda); *Transmediale*

'06, Readme 100 Software Art Factory e International Media Art Award (Alemania); *Interface & Society* (Noruega), por mencionar algunas.

Recibió los premios *IBM Media Art Award* en Stuttgart, Alemania, y *Mamba-Fundación Telefónica de Arte y Nuevas Tecnologías* en Buenos Aires, entre otras distinciones.

Su obra explora la producción semi-automatizada de dibujos, pinturas, video y sonido a través de sistemas generativos (mayormente, la programación de algoritmos). En ella, son temas frecuentes: las cualidades pictóricas y cromáticas, las alternancias, trayectorias y desplazamientos de la imagen digital. En términos generales, su indagación aborda lo ambiguo y lo impredecible, la aleatoriedad, la semejanza, el orden emergente, el continuo de formas.

La imagen de tapa de este número (S/T) pertenece a la serie "paisaje lineal" (imagen digital, dimensiones variables) y corresponde a 2016.

Para ver más: www.solaas.com.ar

Toda consulta es intercultural

Dra. María Alejandra Pulpeiro

Médica especialista en Pediatría
Hospital Tornú
Swiss Medical Group

“...a cada uno le toca confrontarse al extranjero, y también al extranjero que hay en el interior de cada uno. De alguna manera, todos somos exiliados, puesto que a lo largo de nuestra vida necesitamos llevar anclas, abandonar puertos de partida para alcanzar otros. En la infancia, nos alejamos de nuestro primer país, del cuerpo materno, con algunas sílabas que robamos, una melodía, una pequeña canción, un objeto...”

Michelle Petit¹

La interculturalidad en el consultorio

De un modo u otro todos somos migrantes. Y así como en cada uno de nosotros el impacto de esa migración es diferente, el relato de esa migración, los porqués y los cómo fuimos alojados también lo es.

Cada vez que se abre la puerta de un consultorio, cada vez que propiciamos un encuentro con otra persona, con una escucha dispuesta -seamos conscientes de ello o no- se da un *encuentro intercultural*.

La diversidad cultural

La diversidad no es algo que traen quienes llegan como migrantes, sino que toda sociedad es, en sí misma, plural y diversa. Porque está articulada sobre las diferencias de clase, género, sexualidad, maneras de celebrar y duelar la vida, concepciones acerca de qué es la salud, de los recursos para conservarla o recuperarla y de qué se considera “estar enfermo”.

Entendiendo la *diversidad cultural* como un concepto amplio no reductible a nacionalidades, etnias o fenotipos, sino manifiesta como clases sociales, configuraciones familiares, prácticas de salud y de crianza, creencias, etc. es que podría afirmarse que *la diversidad cultural es tan indispensable para la cultura como la diversidad biológica para la vida*.

La migración en nuestro país

Pese a la percepción del fenómeno migratorio por primera vez desde 1914 (en que conformaban casi un 30% de la población) en el censo poblacional de 2010 la cifra de inmigrantes en nuestro país mostró un crecimiento, representando el 4,5% de la población, contra un 4,1% en el censo 2001.

Por otra parte, al menos desde 1960, la Argentina puede considerarse, un país de emigración.²

Problemas

Existe actualmente un discurso descalificatorio de las poblaciones migrantes sobre las que recaen representaciones relacionadas con el robo, la sustracción de recursos y espacios destinados a los

nacionales. Es así como se escucha que los migrantes ocupan puestos de trabajo a argentinos, dejan sin turnos de atención médica a los argentinos en sus propios hospitales, o arman “tours sanitarios” desde sus países a Argentina.

La ley

Finalmente, no para concluir, sino para propiciar la reflexión y debate, vale recordar que el derecho universal a la salud en Argentina es producto de múltiples luchas y movimientos sociales, cuya última materialización se plasma en la Ley Nacional de Migraciones del año 2004 N° 25.871 (artículos 6 y 8) reglamentada en 2010.

ARTICULO 6 - El Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

ARTICULO 8 - No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

La lógica de inclusión sostenida en esta ley no sólo compete a los ciudadanos argentinos sino a todos los seres humanos por igual que se encuentren en nuestro país, sin ningún tipo de distinción. También es destacable que en el desafío de la atención de familias migrantes (como encuentro con un otro cultural que se da en el ámbito de la consulta) el enriquecimiento es mutuo en cuanto que los profesionales que atendemos personas nos encontramos involucrados con todo nuestro bagaje de conocimientos, pero también de presupuestos, prejuicios y experiencias de vida.

REFERENCIAS

1. Citado en Actas del I Congreso de literatura infantil y juvenil, España, 2004. Trad. al español por Elisa Fenoy, Grupo editorial Luis Vives.

2. “Inmigración Contemporánea en Argentina: Dinámicas y Políticas”, María Inés Pacecca y Corina Courtis, CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) División de Población CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), Santiago de Chile, 2008.

Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal crónica

Ricardo Gómez-Huelgas, Alberto Martínez-Castelao, Sara Artola et al. *Nefrología* 2014; 34(1):34-45

Dra. Roxana Pilotti
Médica especialista en Medicina Interna (UBA)
Especialista en Diabetes (SAD)
Magíster en Diabetes (USAL)
Programas Médicos
Swiss Medical Medicina Privada

La nefropatía diabética (ND) es la primera causa de inicio de tratamiento sustitutivo renal por enfermedad renal crónica terminal en la mayoría de los países occidentales. Aunque el riesgo de enfermedad renal crónica (ERC) es mayor en la diabetes mellitus (DM) tipo 1, la alta prevalencia de DM tipo 2, hace que ésta contribuya a un mayor porcentaje de pacientes con ERC por ND.

En Argentina, según cifras del Registro Argentino de Diálisis, la ND es también la primera causa de ingreso a tratamiento sustitutivo renal.

Los pacientes con esta patología presentan mayor morbimortalidad y mayor riesgo de hipoglucemia que las personas diabéticas con función renal normal.

Dado que el tratamiento de la DM2 en sujetos con ERC resulta controvertido, y hay escasa evidencia disponible, el siguiente consenso busca establecer los objetivos de control y de elección de tratamiento.

Clasificación de la enfermedad renal crónica

Las guía Kidney Disease Global Outcomes (KDIGO) 2012 definen la ERC como la presencia durante al menos 3 meses de un FG inferior a 60 ml/min/1,73 m² o de lesiones renales estructurales (alteraciones histológicas en la biopsia renal) o funcionales (albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario o en las pruebas de

imagen) que puedan provocar potencialmente un descenso del FG.

La nueva clasificación de ERC propuesta por la KDIGO se basa en estadios de FG y albuminuria:

En consecuencia, en pacientes con DM2, se recomienda hacer anualmente un cribado de función renal mediante determinación de filtrado glomerular (FG) y de albuminuria.

Tratamiento de los factores de riesgo cardiovasculares

La ERC se asocia con aumento de episodios cardiovasculares, de allí la importancia del tratamiento de los mismos.

El control de la presión arterial (PA) reduce el riesgo de complicaciones cardiovasculares y retarda la progresión de la insuficiencia renal. Se recomiendan cifras de PA < 140/90 mmHg.

La *dislipemia* es otro factor que acelera el deterioro de la función renal. Asimismo la ERC con FG < 60 ml/min, clasifica al paciente como equivalente coronario y establece un objetivo de c-LDL < 70 mg/dl. Sin embargo, en estadios más avanzados los resultados no son claros. El fármaco de elección es la estatina. Atorvastatina y Fluvastatina son las únicas del grupo que no requieren ajuste de dosis. En hipertrigliceridemia grave se utilizarán fibratos y ácidos omega-3. Se recomienda Genfibrozil, aunque se desaconseja si el FG es < 15 ml/min.

Se debe realizar *antiagregación plaquetaria* con 100 mg de ácido acetilsalicílico, siempre que el riesgo de sangrado no supere el beneficio esperado.

Tratamiento de la hiperglucemia

En la elección del tratamiento, debe considerarse que la ERC predispone a hipoglucemia, y que la mayoría de las drogas antidiabéticas presentan excreción renal, por lo que la vida media se ve incrementada en estos pacientes. Por otro lado, la insulina tiene un aclaramiento renal, por lo que las necesidades de estas, disminuyen en presencia de insuficiencia renal. En consecuencia, en estos pacientes es importante minimizar el riesgo de hipoglucemia, estableciendo objetivos seguros de control glucémico y una adecuada

ESTADIFICACIÓN DE LA ERC-GUÍA KDIGO 2012

- Bajo riesgo (si no hay datos de lesión renal no se puede catalogar siquiera como ERC).
- Riesgo moderadamente aumentado. ■ Alto riesgo. ■ Muy alto riesgo.

PRONÓSTICO DE LA ERC SEGÚN FGe Y ALBUMINURIA: KDIGO 2012			Categorías por albuminuria, descripción e intervalo.			
			A1	A2	A3	
			Normal o aumento leve <30 mg/g <30 mg/mmol	Aumento moderado 20-229 mg/g 3-29 mg/mmol	Aumento grave ≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol	
Categorías por FGe, descripción y rango (ml/min/1,73 m ²)	G1	Normal o alto	>90	■	■	■
	G2	Levemente disminuido	60-89	■	■	■
	G3a	Descenso leve-moderado	45-59	■	■	■
	G3b	Descenso moderado-grave	30-44	■	■	■
	G4	Descenso grave	15-29	■	■	■
G5	Fallo renal	<15	■	■	■	

ERC: enfermedad renal crónica; FGe: filtrado glomerular estimado. Cociente albúmina/creatinina 1 mg/g=0,113 mg/mmol; 30 mg/g (3,4 mg/mmol). Los colores simbolizan el riesgo relativo ajustado para 5 sucesos (mortalidad global, mortalidad cardiovascular, fracaso renal tratado con diálisis o trasplante, fracaso renal agudo y progresión de la enfermedad renal) a partir de un metaanálisis de cohortes de población general.

INDICACIÓN DE FÁRMACOS ANTIDIABÉTICOS S/INSUFICIENCIA RENAL

Estadios 1-2 FG >60 ml/min	Estadios 3a FG 45-60 ml/min	Estadios 3b FG 30-45 ml/min	Estadios 4-5 FG <30 ml/min
Insulina			
Repaglinida			
Inhibidores de la DPP4 ^c			
Metformina ^d			
Sulfonilureas ^e			
Sulfonilureas ^f			
In. glucosidasa			
Agonistas GLP1-RA ^g			
SGLT2-inh			

■ Uso seguro ■ Usar con precaución ■ Uso no recomendado

elección y dosificación de los fármacos antidiabéticos. La hemoglobina glicosilada (HbA1c) es el parámetro de referencia para valorar el control metabólico, aunque en ERC existen circunstancias que limitan su precisión (uremia, anemia, uso de eritropoyetina). La alternativa en estos casos sería realizar controles frecuentes de glucemia capilar.

Se recomienda individualizar los objetivos de control glucémico en función de las características clínicas del paciente. En los pacientes con ERC leve (FG > 60 ml/min/1,73 m²), especialmente si presentan microalbuminuria, es recomendable realizar un control glucémico intensivo y alcanzar una HbA1c de 6,5-7%. Por el contrario, en pacientes con DM2 de larga duración, con comorbilidad importantes y FG < a 60, se recomienda un control menos estricto, con HbA1c de 7,5-8%. No está establecido un nivel óptimo para pacientes en diálisis.

Metformina (MTF)

La función renal debe determinarse antes de iniciar el tratamiento con MTF. Su empleo es seguro en personas con FG de entre 45 y 60 ml/min monitorizando la función renal cada 3-6 meses; en FG de 30 a 45 ml/min reducir al 50% la dosis de MTF y monitorizar la función renal cada 3 meses. No utilizarla en FG inferior a 30. Se recomienda suspender temporalmente su uso en caso de vómitos, diarrea, estudios con contraste yodado, cirugía mayor.

Sulfonilureas (SU)

Considerando que el riesgo de hipoglucemia aumenta en la ERC, las SU no se consideran fármacos de elección en estos pacientes. Su empleo debería limitarse a pacientes con FG > 45 ml/min/1,73 m².

La glibenclámda y la glimepirida son metabolizadas en el hígado a metabolitos activos, que conservan acción hipoglucemiante y se eliminan por la orina, por lo que se acumulan en caso de ERC, y producen hipoglucemias graves.

La gliclazida y la glipizida, tras su metabolización hepática, generan metabolitos inactivos que son eliminados mayoritariamente por la orina, por lo que presentan un menor riesgo de hipoglucemias graves, pudiendo utilizarse en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada, ajustando la dosis y monitorizando función renal.

Glinidas

Las glinidas tienen metabolismo hepático, con menos de 10% de eliminación renal, siendo su vida media, corta, por lo que el riesgo de hipoglucemia es bajo. La repaglinida puede utilizarse con cualquier grado de insuficiencia renal, incluso en diálisis.

La nateglinida, pese a tener metabolismo hepático, se degrada a metabolitos activos que se eliminan por riñón, por lo que no está recomendada en la ERC.

Glitazonas

Las glitazonas pueden utilizarse en cualquier grado de ERC, sin embargo, sus efectos adversos (edemas, insuficiencia cardíaca, fracturas) limitan su uso. Se recomienda emplearlas con precaución en pacientes con FG < 60 ml/min/1,73 m² y evitar su indicación cuando el FG sea < 30 ml/min/1,73 m².

Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP4)

Las gliptinas tienen bajo riesgo de hipoglucemia, ya que estimulan la secreción de insulina de forma glucosa dependiente.

La sitagliptina, vildagliptina y saxagliptina se eliminan en su mayor parte mediante excreción renal, bien sin metabolizar (sitagliptina), bien como metabolitos activos (vildagliptina y saxagliptina). En consecuencia, estos fármacos deben ajustar su dosis con FG < 50 ml/min.

La sitagliptina se debe usar a dosis de 50 y 25 mg con FG de 50-30 ml/min/1,73 m² y < 30 ml/min/1,73 m² (incluyendo diálisis), respectivamente.

La vildagliptina se debe usar a dosis de 50 mg si el FG es < 50 ml/min/1,73 m², incluida la ERC en estadio 5.

La linagliptina tiene eliminación hepatobiliar, y en consecuencia puede utilizarse en ERC. No necesita ajuste de dosis, ni siquiera en pacientes en diálisis.

Agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP1)

Existe poca experiencia de uso de GLP1 en ERC. Los efectos adversos gastrointestinales inducidos por estos fármacos pueden ser más frecuentes

en este grupo de pacientes. Por todo esto, su uso está limitado a pacientes con enfermedad renal leve-moderada.

Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2-inh): dapagliflozina, canagliflozina y empagliflozina

Actúan inhibiendo la reabsorción de glucosa en el túbulo proximal. Son fármacos de administración oral que no provocan hipoglucemia, inducen pérdida de peso y descensos de la PA. No se recomienda su uso concomitante con diuréticos, en situaciones de depleción de volumen (ej. gastroenteritis aguda) ni en personas mayores de 75 años. Están indicadas con FG mayor a 60 ml/min/1,73 m². Se debe monitorizar la función renal antes de iniciar tratamiento, y entre 2-4 veces al año posteriormente.

Insulina

En ERC disminuyen los requerimientos de insulina debido a la reducción del catabolismo renal de insulina y disminución de gluconeogénesis renal. Por ello se aconseja monitorear las dosis de insulina en forma estrecha a través de glucemia capilar. Cuando el FG disminuye de 60 ml/min, la dosis de insulina debe reducirse 25%, y si baja de 20 ml/min/1,73 m² se reducirá un 50%. En ERC terminal se aconseja comenzar con 0,25 UI/kg de insulina, con ajustes posteriores en función del autocontrol glucémico.

Si bien para los requerimientos basales, puede utilizarse insulina glargina, detemir o NPH, las dos primeras inducen menos hipoglucemias. Asimismo, si fuese necesario agregar insulina pre prandial, se recomienda usar análogos de acción rápida (aspártica, glulisina, lispro).

Conclusiones

- La metformina es la droga de elección en FG mayor a 45 ml/min.
- Con FG entre 30 y 45 ml/min se utiliza MTF con ajuste de dosis y monitoreo estrecho de función renal.
- Si hubiese que agregar otra droga, se aconseja DPP4 o repaglinida. Si no se llega al control, añadir insulina basal.

Comentario

La DM2 es un importante factor de riesgo modificable para el desarrollo de ERC, y asimismo constituye una morbilidad en la nefropatía no diabética, siendo un grave problema de salud pública, por su elevada morbimortalidad y alto costo. Debemos aunar los esfuerzos en etapas iniciales de la DM, a fin de evitar la aparición de ERC o entretener la evolución de la misma. El enfoque de tratamiento debe ser multidisciplinario, controlando todos los factores de riesgo. Debemos ser cautos en la elección de los fármacos, seleccionándolos según su farmacocinética y su perfil de seguridad.

Hemoperitoneos funcionales autolimitados

Dr. Rodolfo Righetti

Dr. Eugenio Piraino

Dra. Ludmila Apartin

*Médicos especialistas en Ginecología
Swiss Medical Group*

La rotura espontánea o traumática (frecuentemente producida durante las relaciones sexuales) de quistes ováricos funcionales, tanto foliculares como lúteos, lleva implícito el riesgo de desarrollar un hemoperitoneo de magnitud variable, que puede presentarse con un volumen mínimo muchas veces asintomático, o llegar hasta situaciones que conlleven repercusión hemodinámica. La conducta habitual es la exploración quirúrgica laparotómica o laparoscópica no reconociendo en el acto, habitualmente, sitio de sangrado activo y limitándose el mismo a la aspiración y lavado.

El presente artículo reporta los resultados de un estudio iniciado por el equipo cuando decidió mantener una actitud expectante frente a dichos cuadros y sólo intervenir ante la sospecha de sangrado activo.

Diseño y objetivo del estudio

El estudio consistió en un diseño observacional que incluyó a 154 pacientes mujeres internadas en sanatorios privados de C.A.B.A. con diagnóstico de hemoperitoneo de origen funcional, entre 2009 y 2014. Las mismas fueron evaluadas y tratadas por el equipo de resolución de urgencias ginecológicas.

Al momento de la internación se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros considerados mayores:

- tiempo transcurrido desde el inicio del dolor (considerado el parámetro más relevante);
- situación hemodinámica, posterior a analgesia efectiva;
- hematocrito y hemoglobina de ingreso.

La valoración ecográfica de la magnitud del hemoperitoneo fue considerada un parámetro menor.

La conducta terapéutica incluyó: internación, colocación de plan de hidratación parenteral, analgesia reglada con opiáceos, valoración cada 6 horas de la situación hemodinámica y hematocritos seriados, cada 6 horas, durante las primeras 24 hs. teniendo en cuenta la hemodilución. Se realizó transfusión de GR frente a caídas de hematocrito superiores a 10 puntos.

Principales resultados

El 70% de la población presentó dolor de 12 hs. o más de evolución, con un rango entre 6 y 48 hs. El status hemodinámico se mostró estable al ingreso en el 70 % de las pacientes, mientras que en el 30% restante, se estabilizó luego de la colocación de un plan de hidratación parenteral. El hematocrito promedio al ingreso fue de 29% con valores que oscilaron entre 22 y 37%. La ultrasonografía mostraba la presencia de sangre en cavidad en grado variable. El cuadro fue resuelto en forma médica en el 95% de las pacientes. El 5% restante fue intervenido en forma laparoscópica, constatándose sangrado ovárico escaso pero persistente que requirió hemostasia directa. Cabe aclarar que en el 80% de las pacientes de este grupo, el tiempo transcurrido entre el inicio del dolor y la intervención fue menor a 6 hs. En la mayoría de las pacientes que requirieron cirugía, el factor determinante de la misma fue la dificultad de manejo social, en muchos casos mediado por las múltiples opiniones encontradas, vertidas por los diferentes actores médicos. El promedio de internación fue de 48 hs.

Conclusiones

El manejo conservador se presenta como una opción válida y deseable frente a este cuadro, evitando el intervencionismo innecesario y sus consecuencias futuras sobre la fertilidad (adherencias, entre otras). Resulta condición previa ineludible el diagnóstico certero, habiéndose descartado otras causas de hemoperitoneo, tales como traumatismos abdominales, embarazo ectópico, entre otras. No obstante, son necesarios más estudios, con casuísticas más amplias, que demuestren la validez estadística de este tipo de manejo frente a la cirugía.

Comentario

Cambiar paradigmas no resulta sencillo, sin embargo, éstos pueden y deben ser cuestionados. Esto implica una actitud de apertura al cambio frente a conductas rígidas tan comunes en nuestra profesión. Posiblemente, tal ejercicio redunde en beneficio de nuestras pacientes evitando intervenciones innecesarias y sus potenciales daños.

Información Swiss Medical Group

IV Jornada de Bioseguridad de SMG

“El técnico como motor de los procesos de esterilización”



Como cada año, se realizó la IV Jornada de Bioseguridad de Swiss Medical Group, que tuvo lugar el pasado 10 de agosto en el auditorio del Sanatorio de los Arcos. La actividad es convocada por las Centrales de Esterilización de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina y del Sanatorio de los Arcos.

En esta oportunidad, la jornada se centró en el rol del técnico, quienes compartieron su experiencia en el procesamiento de diversos materiales propios de cada unidad asistencial.

La actividad se dividió en dos turnos y logró una gran concurrencia, contabilizando alrededor de 90 asistentes. Contó con el auspicio de Johnson (división ASP), Kims, ST Pack, Igaltext, Ultraline, Imaging Digital y Lectus.



Farmacéuticas *Silvia Robilotti* (Jefe de Bioseguridad de CyMSA y Sanatorio Agote) y *Andrea Mosconi* (Jefe de Bioseguridad de Sanatorio de los Arcos y Clínica Zabala).



Los temas desarrollados fueron, entre otros:

- “Uso del neuronavegador y procesamiento del instrumental” a cargo del equipo de esterilización del Sanatorio de los Arcos.
- “Rol del técnico de esterilización en la desinfección y esterilización de insumos para Terapia Intensiva Neonatal. Protocolo de desinfección de incubadoras, servo cunas, incubadoras de transporte, etc.” a cargo del equipo de esterilización de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina.
- “Rol del técnico de esterilización frente a la preparación de materiales para el paciente quemado: integración al equipo clínico quirúrgico para su curación y rehabilitación” a cargo del equipo de esterilización del Sanatorio Agote.
- “Procesamiento del material de cirugía oftalmológica de urgencia” a cargo del equipo de esterilización de la Clínica Zabala.

Información Swiss Medical Group

Instituto de Neurología y Neurocirugía de Swiss Medical Group

Equipo Médico

Director: Prof. Dr. Ramón Leiguarda

Staff

Dra. María Alejandra Amengual

Neurología cognitiva

Dr. Diego Ballesteros

Movimientos anormales

Dr. Damián Consalvo

Epilepsia

Dra. Eliana Garino

Epilepsia

Dr. Alejandro Giacchino

Neurología vascular

Dr. Hector Giacobe y equipo

Neuroradiología intervencionista

Dr. Gastón Imhoff

Neuroinmunología

Dr. Martín Sáez y equipo

Neurocirugía

Dr. Eduardo Seoane y equipo

Neurocirugía

Dr. Tomás Sepich D'Almeida

Psiquiatría

Lic. Yanina Sasson

Evaluaciones neurocognitivas

y del lenguaje

Dra. Paz Zuberbühler

Neuromuscular



En abril del año pasado abrió sus puertas el Instituto de Neurología y Neurocirugía de Swiss Medical Group. El mismo tiene su sede en el Sanatorio De los Arcos y está dirigido por el Prof. Dr. Ramón Leiguarda. AEqualis lo entrevistó para conocer más sobre este ambicioso proyecto.

¿Qué tipo de servicio ofrece el Instituto?

En conjunto, el Instituto permite brindar una atención integral del paciente neurológico, contando con los métodos diagnósticos de avanzada necesarios, asistencia en la emergencia, internación neurológica y consultorios externos. Trabajamos de manera interdisciplinaria, conjuntamente con los departamentos de Emergencias y Terapia Intensiva, que permiten brindar respuestas rápidas a ciertas urgencias neurológicas como el ataque cerebrovascular (ACV), epilepsia, infecciones del sistema nervioso, entre otras.

¿Cómo está conformado el staff?

Está integrado por un equipo conformado por neurólogos, neuropsiquiatras y neurocirujanos, neuropsicólogos y fonoaudiólogas para la atención de pacientes con

patologías neurológicas y neuroquirúrgicas, tanto en internación como en forma ambulatoria.

¿Hay también profesionales de las subespecialidades?

Sí, por supuesto. Además del equipo de especialistas de Neurología general, contamos con profesionales especializados en Neurología cognitiva, Neurología vascular, Neuropsiquiatría, Epilepsia, Movimientos anormales, Neuroinmunología y Patologías neuromusculares, así como equipos de Neurocirugía especializados en Cirugía endovascular, estereotáxica, endoscópica, de epilepsia, neurooncológica, entre otros.

¿Qué estudios complementarios se realizan?

El Instituto cuenta con estudios complementarios avanzados en neuroimágenes, que incluyen resonancia magnética de alta resolución (3 Tesla), resonancia magnética funcional, tractografía, angiografía cerebral con sustracción digital, tomografía computada, inclusive intraoperatoria angiografía y neuronavegador para la planificación de procedimientos quirúrgicos,



todos ellos, herramientas de vanguardia necesarias para arribar a diagnósticos correctos. Asimismo, estudios de electroencefalografía; incluyendo tratamientos más efectivos y una unidad de Video-EEG, que permite registrar eventos epilépticos en tiempo real con su correlato electroencefalográfico; potenciales evocados, electromiografía y velocidades de conducción nerviosa, estudios de sueño conforman nuestro laboratorio de Neurofisiología.

¿Y en cuanto a investigación y docencia?

El año pasado nos constituimos en sede de la carrera de especialista universitario en Neurología y en Psiquiatría, ambas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Por otra parte, incorporamos anualmente dos becarios para la especialización en Neurología Clínica, que terminan además con la certificación de Especialistas del Ministerio de Salud y realizamos investigación clínica en enfermedad de Alzheimer y otras demencias, accidente cerebrovascular, epilepsia redes neurales. También llevamos adelante un programa de difusión a la comunidad.



PARA SOLICITAR TURNO POR CONSULTORIOS EXTERNOS:

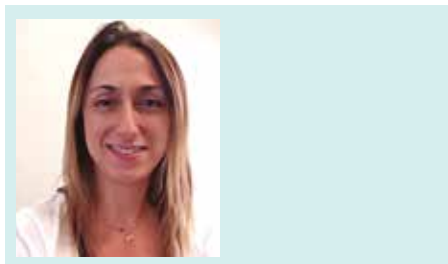
0810 333 8876

4778 4500 (int. 4601) y 4778 4613



El Prof. Dr. Ramón Leiguarda, prestigioso académico y referente de la especialidad, fundó y presidió la Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (FLENI), es miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Nacional de Educación, y Profesor Adjunto en Neurología de la UBA. Además, fue nombrado Maestro de la Medicina, y ha publicado más de 160 trabajos científicos en el exterior y 44 capítulos de libros de la especialidad.

Vertical de Salud: un sistema integrado de Historia Clínica Digital en Swiss Medical Group



Lic. Analía Berzosa

Gerente de Sistemas Unidades Asistenciales
Gerencia Corporativa de Sistemas y Tecnología
Swiss Medical Group

El "Vertical de Salud" es un proceso de implementación de un único sistema de Historia Clínica Digital para todos los centros asistenciales de Swiss Medical Group. Por ello, impacta altamente en toda la organización y en especial en las Unidades Asistenciales y los centros asistenciales venideros.

Para dicho proyecto fue asignado un grupo de Sistemas de Unidad Central, liderado por la Lic. Analía Berzosa, con quien conversamos para conocer más detalles.

¿Qué es el "Vertical de Salud"?

Es un sistema de gestión sanatorial y de historia clínica digital. Concentra toda la gestión administrativa y asistencial, desde que un paciente ingresa hasta que se va de nuestros centros. Se trata de un proyecto que busca unificar la actividad y los procesos de nuestros centros asistenciales, centros médicos y odontológicos en todo el país, bajo un sistema informático único.

A mediano y largo plazo, el objetivo es nuclear los diferentes procesos involucrados en las Unidades Asistenciales e incorporar toda la red de productos y servicios de salud de Swiss Medical Group.

¿Cuál es su principal beneficio?

Tiene muchos. En principio, el médico podrá acceder de forma rápida y en un mismo lugar, a todos los episodios del paciente, así como a las prestaciones que éste haya recibido en guardia, ambulatorio o internación. Es decir, dispondrá de toda la información en forma unificada. Esto no sólo optimiza los plazos de atención, sino que facilita la toma de decisiones médicas, impactando directamente en el paciente.

Además, sabemos que la informatización de estas interacciones, disminuye la incidencia de error.

Por otro lado, al nivel de la gestión, el VS permite utilizar la información para producir indicadores de gestión y calidad de información las que, a su vez, facilitan la toma de decisión gerencial.

Y a nivel macro, podemos decir que todo el grupo Swiss Medical busca alinearse a las prácticas de calidad mundial en materia de informatización de sus procesos en ámbitos de Salud.

¿Cómo surgió el proyecto?

Este proyecto surgió de la mano de la apertura del Sanatorio De Los Arcos en 2006. Por aquel entonces, habíamos empezado a trabajar junto a un proveedor en la implementación de historia clínica digital, que luego quedó como un sistema de gestión sanatorial administrativa en el que únicamente se hacía la epicrisis en forma digital y el resto, en forma manual. Esta experiencia nos sirvió para comprender que era necesario definir nuestros procesos y madurar como organización en este sentido, ya que cada unidad tenía su criterio, su forma de hacer las cosas.

En los años siguientes, a la par que se conformaba un área de Informática Médica, retomamos la evaluación de proveedores, hicimos un proceso detallado para la selección de los mismos y viajamos a otros países para conocer experiencias de implementaciones similares. Así fue que entendimos que este no era un proyecto tecnológico sino puramente asistencial, de modo que decidimos involucrar a todos nuestros directores médicos y a muchos médicos de staff como referentes del proyecto para la evaluación de la solución.





Te referís a la necesidad de conocer los procesos ¿en qué consistió ese trabajo?

Hicimos una revisión, estandarización y definición de todos los procesos de las unidades asistenciales. Durante un año y medio, trabajamos en conjunto con todos los referentes de cada unidad, documentando más de 180 procesos.

En esta etapa, siempre tuvimos presente una gestión del cambio, es decir, buscamos trabajar con las personas y los procesos sin centrarnos en qué podían hacer los sistemas actuales, sino en cómo y qué necesitaban nuestros procesos para llevarse a cabo con eficacia. Adecuar nuestras necesidades a procesos ya probados mundialmente y no el sistema a los requerimientos y necesidades puntuales de cada unidad o sector.

¿Cómo está conformado el equipo de trabajo del proyecto?

Se trata de un equipo multidisciplinario que está compuesto por unas 25 personas, entre ellos, médicos, enfermeras, e informáticos. Varios de los médicos provienen de los propios staffs de Swiss Medical, ya que muchos han sido y siguen siendo referentes para el proyecto.

¿De qué épocas datan este tipo de implementaciones en el mundo?

En otros países, aproximadamente desde hace 10 años ya existen este tipo de sistemas, y los médicos tienen esta cultura de HC digital, es usual ver al médico o enfermeras escribiendo en la computadora.

En nuestro país, todos estamos avanzando en la dirección de estandarizar la forma de intercambio de documentación, incluso con otras prepagas también. Sin embargo, el proceso es mucho más lento ya que requiere un cambio cultural muy grande.

¿Cuál es, a tu criterio, el principal desafío a nivel de la implementación?

Pienso que se trata de un enorme cambio cultural, no sólo para los médicos que trabajan en Swiss Medical, sino para los médicos argentinos. Venimos de una cultura en el que el registro es principalmente escrito y verbal, esa es la forma en que se dejan documentadas las indicaciones médicas, tanto para el paciente como para el equipo de salud.

¿Cuáles son las perspectivas?

Hoy en día, cada clínica, centro médico u odontológico, y el propio sistema de turnos de nuestro Call Center, tienen sus propios sistemas de gestión, de modo que a medida que se vaya implementando el VS, éstos van a ir desapareciendo.

En el campo de la generación y gestión de datos también hay muchísimo trabajo por hacer, ya sea brindando indicadores de servicios a los prestadores, para que ellos puedan ver su trabajo (en qué punto están, como mejorar, etc..) como también a quienes gerencian la compañía para la toma de decisiones. Además queremos digitalizar toda la información que proviene de los monitores.

En paralelo, actualmente tenemos un proyecto de indicadores para construcción de tableros de control y gestión (por ejemplo, índices de mortalidad, indicadores propios de cada especialidad, entre otros) y el objetivo es implementarlo en los próximos meses.

¿CÓMO PUEDO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO?

Se puede participar asistiendo a las capacitaciones técnicas, interiorizándose sobre las novedades que se publiquen en diferentes medios y difundiendo esta información entre los colegas. Asimismo, en caso que quieran aportar ideas y/o sugerencias que optimicen nuestro trabajo, el equipo de implementación tendrá las puertas abiertas para recibirlas. Iniciamos los primeros pasos de este proyecto, pero tenemos por delante varios años de trabajo en conjunto con todas las áreas involucradas.

XI CURSO PRECONGRESO DE CARDIOLOGÍA DE ADULTOS Y III PRECONGRESO DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA 2016

LA CARDIOLOGÍA A TRAVÉS DEL CASO CLÍNICO



MIÉRCOLES 12 DE OCTUBRE DE 8 A 18.30 hs. | Sociedad Científica Argentina - Av. Santa Fe 1145

INSCRIPCIÓN: Libre y gratuita. Limitada a 200 participantes de cardiología de adultos y 100 participantes de cardiología pediátrica.

ACREDITACIÓN Y DESAYUNO: De 8 a 8.30 hs.

ALMUERZO | SESIÓN DE POSTERS: De 11.45 a 13.15 hs.

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Secretaría de Docencia e Investigación. Swiss Medical Group
Inscripción Online: www.swissmedical.com.ar/precongresocardiologia

HORARIO: De 8 a 18.30 hs.

TELÉFONOS: 4589-1846

MAIL: vanesa.martin@swissmedical.com.ar |
carlos.bruno@swissmedical.com.ar

TEMÁTICA: Se presentará un caso clínico por tema a desarrollar en las controversias como en las mesas de discusión. En las mismas se utilizará un sistema de votación con preguntas previamente formuladas, antes y después de cada una de las mesas.

DIRECTORES MÉDICOS: Dr. Carlos Bruno | Dr. Juan Medrano
Dra. María Claudia Bruno | Dr. Marcelo Crespo | Dr. Mariano Ithuralde
Dr. Sebastián Nani | Dr. Sergio Dubner.

INVITADO NACIONAL: Dr. Sergio Perrone

INVITADO EXTRANJERO: Dr. Diego Delgado | Dr. Bryan Cannon

AUSPICIOS: Sociedad Argentina de Cardiología | Clínica y Maternidad Suizo Argentina | Sanatorio de los Arcos | Clínica Olivos | Sanatorio Agote | Clínica Zabala | Centro Médico Ambulatorio | Comité de Docencia Laboratorio ELEA | Swiss Medical Group.

SORTEOS: Se realizarán sorteos de importantes premios al finalizar el precongreso. (Para hacerse acreedor al mismo deberá estar presente en el momento del sorteo).

DIPLOMAS: Se enviarán de forma digital a través de e-mail. Otorga créditos para la recertificación.



SANATORIO
A G O T E



CLÍNICA Y MATERNIDAD
SUIZO ARGENTINA



de los Arcos
SANATORIO



CLÍNICA
OLIVOS



CLÍNICA ZABALA



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA



SWISS MEDICAL
CENTER



SWISS MEDICAL
G R O U P



Auspicia
ELEA
CARDIOMETABOLISMO

También participa la siguiente empresa: **St Jude Medical.**

IX JORNADA PATAGÓNICA DE PEDIATRÍA



14 DE OCTUBRE DE 2016

ESPACIO DUAM | Acceso aeropuerto Neuquén



TEMAS

HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA - ADOLESCENCIA
NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA - PEDIATRÍA AMBULATORIA
CIRUGÍA PEDIÁTRICA - GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
NEUMONOLOGÍA PEDIÁTRICA - ENFERMERÍA - KINESIOLOGÍA

IMPORTANTE

INSCRÍBASE CON TIEMPO

Alcorta 752, de 9 a 12 hs.
Tel.: (0299) 4425965/4421262
jornadas.pediatricas@sanlucassalud.com.ar

DISERTANTES

INVITADOS NACIONALES

Dr. Christian Boggio Marcet (Hospital Pirovano)
Dra. Celeste Buompadre (Hospital Garrahan)
Dr. Nicolás Fernández (Hospital Gutierrez)
Dra. Mariana Flichman (Gerencia de Riesgo - Swiss Medical Group)
Dr. Alejandro Lepetic (Sociedad Argentina de Infectología)
Dra. Vivian Leske (Hospital Garrahan)
Dr. Jorge Martínez (Hospital Alemán)
Dra. Graciela Schwalb (Hospital Gutierrez)
Dra. Silvina Zaragoza (Hospital Gutierrez)

INVITADOS LOCALES

Dr. Emiliano Altina
Lic. José Luis Fernández Reyner
Dra. Florencia Grabois
Lic. Natalia Otero
Lic. Florencia Osacar
Lic. Fabiana Rosarolli
Dr. Mauricio Scarpello
Servicio de Kinesiología Hospital Castro Rendón
Dr. Alejandro Viale

COORDINADORES

Lic. Daniela Andino
Lic. Ivonne Badella
Dra. Patricia Carbonatto
Dra. María Alejandra Cédola
Dra. Constanza Drozdowski
Lic. Claudia De la Cortina
Dra. Lorena Fasulo
Dra. Marina Gorbarán
Lic. Guillermo Osovnikar
Dra. María Dina Perez Lindo
Dr. Marcos Semprino
Lic. Beatriz Smilovich

ARANCELES:

Profesionales en general
(Médicos y Licenciados): \$400
Enfermeros, Residentes,
Técnicos y otros: \$300
Estudiantes: \$250

AVALES

- Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Prov. de Neuquén Subsecretaría de Salud.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.
- Municipalidad de Neuquén.
- Sociedad Argentina de Pediatría.
- Sociedad de Pediatría del Alto Valle de Río Negro y Neuquén.

Declarado de interés Provincial y Municipal.

Cierre de Inscripción 26/09/2016

SMG
SEGUROS

SMG::LIFE
UNA COMPANÍA DE SWISS MEDICAL GROUP

SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

Agimed
Soluciones para la salud

CLINICA RAÑA

NUTRICIA · Bagó

Montpellier

ULTRALINE S.A.

pe

Johnson & Johnson
MEDICAL COMPANIES

Evaluación de tecnologías sanitarias

Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de SMMP

El Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Swiss Medical Medicina Privada se reúne periódicamente para analizar y definir las normas de cobertura de Swiss Medical Group. En esta sección se comparan y difunden análisis y definiciones surgidas de dichas reuniones.

Score de Calcio

Descripción

La enfermedad cardiovascular representa la primera causa de muerte en nuestro país y a nivel mundial. Diferentes factores como la edad, el sexo masculino, los niveles de colesterol y glucemia plasmática, la hipertensión, el tabaquismo, el sedentarismo, la historia familiar, entre otros, han demostrado estar asociados al desarrollo de ésta. Durante las últimas décadas, muchas estrategias han sido puestas en práctica para controlar los factores de riesgo modificables y así disminuir la carga de enfermedad de esta patología.

Actualmente se encuentran en investigación otros factores que podrían estimar aún mejor el riesgo de cada paciente, entre los que se destaca la detección subclínica de aterosclerosis coronaria mediante tomografía multicorte (TCMC) o tomografía por emisión de electrones (Electrom beam tomography, EBTC). La presencia de calcio en las arterias coronarias está asociada a aterosclerosis. El score de calcio medido por EBTC o TCMC, determina la presencia o ausencia de calcio en las arterias coronarias y la cuantifica mediante el score de Agatston. El estudio es rápido y no invasivo, siendo su principal desventaja la exposición a la radiación, aunque la misma es considerada baja.

Evidencia disponible

Una revisión sistemática evalúa la capacidad del score de calcio de predecir eventos cardiovasculares y mortalidad en pacientes diabéticos tipo 2, incluyendo 8 cohortes (n=6521) con un seguimiento promedio de 5,8 años. Un score de calcio mayor a 10 se asoció con un riesgo de 5 veces más de eventos cardiovasculares o muerte (HR 5,47 IC 95% 2,6-11,3). La sensibilidad para el resultado compuesto fue de 94% (IC 95% 89-96), con una especificidad de 34% (IC 95% 24-44).

Una cohorte con casi 7.000 pacientes reporta que un score de calcio positivo aumenta el riesgo de enfermedad coronaria en más de dos veces. Otra cohorte reporta que el score de calcio es capaz

de predecir eventos coronarios, siempre que el riesgo del paciente sea mayor al 10%. Las guías de práctica clínica de las sociedades de Cardiología estadounidense y europea coinciden en que existe evidencia para solicitar el score en pacientes con riesgo intermedio. La evidencia es menor para pacientes con riesgo bajo. La cobertura del score de calcio por parte de aseguradoras estadounidenses es más heterogénea: algunas consideran el procedimiento experimental, mientras que otras coinciden en cubrirlo en pacientes con riesgo intermedio.

Conclusiones

Evidencia de buena calidad metodológica sugiere que el score de calcio sumado a los factores de riesgo tradicionales, permitiría identificar mejor los pacientes con mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Los posibles beneficiarios de esta intervención serían aquellos pacientes con riesgo intermedio a 10 años según score de Framingham. No se encontraron estudios aleatorizados que demuestren que intervenciones terapéuticas basadas en el score de calcio reduzcan la morbimortalidad.

Políticas de cobertura

La Sociedad Europea de Cardiología y el Colegio Estadounidense de la Fundación de Cardiología, consideran razonable solicitar score de calcio para predecir el riesgo cardiovascular en pacientes asintomáticos con riesgo intermedio (10-20% a 10 años). No debería solicitarse en pacientes con riesgo menor a 5%.

Swiss Medical Medicina Privada sólo brindará cobertura del score de calcio incluido dentro de la angiotomografía computada coronaria, en las indicaciones diagnósticas aprobadas para la detección de enfermedad coronaria en pacientes sintomáticos, si la probabilidad pre-angiográfica es intermedia, el ECG es inespecífico y el paciente no puede realizar ergometría, y/o en pacientes con ergometría o estudios de perfusión dudosos. No se considerará cubrir el score de calcio como estudio para predecir un evento cardiovascular a largo plazo.

SCORE DE AGATSTON

Cuantificación de calcio

0	NINGUNO
1-99	LEVE
100-400	MODERADO
> 400	SEVERO

Score de calcio se correlaciona directamente con riesgo de eventos y obstrucción arterial coronaria.

Alerta farmacológica

Síndrome DRESS por olanzapina

Farm. Fabricio Camblor
Jefe Farmacia
Clínica Olivos
Swiss Medical Group

El síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptom) es una reacción adversa rara y severa inducida por medicamentos. Se estima que posee una incidencia entre 1 en 1.000 a 1 en 10.000 exposiciones a medicamentos y una mortalidad de 10%¹. Consiste en la manifestación de tres o más de los siguientes síntomas: reacción cutánea (sarpullido o dermatitis exfoliativa), eosinofilia, fiebre, adenopatías y una o más complicaciones sistémicas (hepatitis, miocarditis, pericarditis, pancreatitis, nefritis, neumonitis). La patogénesis es incierta, se cree que puede ser consecuencia de defectos en la vía metabólica de fármacos que genera metabolitos tóxicos y subsecuentemente reacciones inmunológicas. La reactivación de infecciones virales (virus herpes y Epstein-Barr) también puede influir al inducir o amplificar la reacción inmunológica¹.



Reacción cutánea del síndrome DRESS.

Las drogas más frecuentemente reportadas como causantes de este síndrome son fenitoína, carbamazepina, fenobarbital, allopurinol, sulfonamidas y dapsona^{2,3}. Olanzapina es un fármaco perteneciente a la familia de los antipsicóticos atípicos, se la utiliza para el tratamiento de la esquizofrenia, trastorno bipolar I y en algunos casos de agitación y depresión⁵. En Argentina se comercializa bajo los nombres de Apsico, Enolex, Midax, Olanzapina Rospaw, Revertrix, Rolanzax, Sartina, Simina y Zyprexa⁶.

El alerta de la FDA

En el mes de mayo, la FDA advirtió que olanzapina puede ser causante de DRESS⁴. Dicho alerta se generó a

partir de una búsqueda en la base de datos del FAERS (FDA Adverse Event Reporting System) en donde se identificaron 23 casos de síndrome DRESS en todo el mundo desde 1996, año en el que se aprobó el primer producto que contenía olanzapina. De los 23 casos, uno fue mortal y la autopsia lo atribuyó a una insuficiencia cardíaca aguda. En el resto de los casos, se informaron consecuencias graves y 18 tuvieron que ser hospitalizados. En uno se reportó la recurrencia luego de reiniciar el tratamiento y en 9 casos, que los síntomas desaparecieron tras suspenderse el tratamiento. La mediana de tiempo hasta la manifestación del síndrome en los 23 casos fue de 19 días después de iniciado el tratamiento. La mediana de dosis indicada fue de 20 mg/día, pero debe tenerse en cuenta que la manifestación del síndrome ocurrió con dosis de 5 mg/día⁴. Es probable que haya casos adicionales que desconozcamos ya que el FAERS únicamente incluye las denuncias presentadas ante la FDA.

Actualmente no existe tratamiento específico para el síndrome DRESS. Las maneras importantes de controlarlo son la detección oportuna (explicándole al paciente sobre las reacciones cutáneas severas e indicándole cuando debe consultar inmediatamente), la interrupción del agente causante lo antes posible y los cuidados paliativos. En los casos en los que se vean afectados muchos órganos debe considerarse la opción de recurrir a un tratamiento con corticoides sistémicos⁴.

REFERENCIAS

1. *The DRESS Syndrome: A Literature Review. Am J Med* 2011 Vol. 124, No 7.
2. *Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): an original multisystem adverse drug reaction. Results from the prospective RegiSCAR study. Br J Dermatol* 2013;169(5):1071-80. DOI: 10.1111/bjd.12501.
3. *Management of Psychotropic Drug-Induced DRESS Syndrome: A Systematic Review. Mayo Clin Proc.* 2016;91(6):787-801.
4. <http://bit.ly/1VTGtzY>
5. <http://bit.ly/2ay7tmK>
6. <http://ar.privademeccum.com/>

Intervención educativa para mejorar la seguridad en el manejo y cuidado de los pacientes con accesos venosos centrales, transitorios y permanentes

Trabajo científico seleccionado en X Jornada de Enfermería de Swiss Medical 2016.

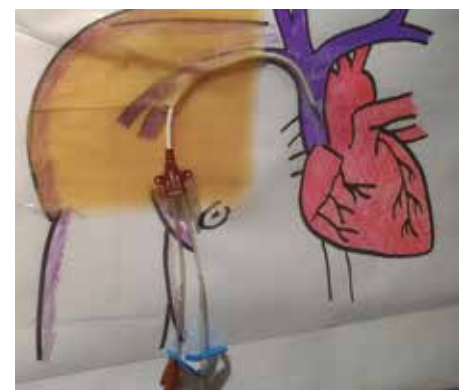
Lic. Esquivel, Mariela
 Lic. Ledezma, Fabiana
 Lic. Rodríguez, Alejandra
 Lic. Reque, Daria
 Lic. Sandoval, Marcela
 Lic. Miranda, Claudia
 Internación General
 Clínica y Maternidad Suizo
 Argentina
 Swiss Medical Group

La colocación de un acceso venoso central es, en la actualidad, un procedimiento muy frecuente. Estos dispositivos son colocados en quirófano, y posteriormente los cuidados inherentes a la habilitación, curación y mantenimiento forman parte de las incumbencias del área de Enfermería. La correcta manipulación de los mismos evita múltiples complicaciones para el paciente. Por esta razón, es de suma importancia la unificación de criterios para el manejo de accesos vasculares centrales transitorios y permanentes. El presente trabajo surgió como resultado de un diagnóstico general de necesidades educativas del área de Internación General de CyMSA.

Diseño y objetivo

En una primera instancia, se diagnosticó el grado de conocimientos de los colaboradores en relación al tema en cuestión, por medio de un instrumento desarrollado para tal fin (encuesta). Luego se pasó a una segunda etapa de capacitación, para la cual se confeccionó material didáctico específico: presentación en power point, basada en las normas infectológicas de la institución, y maqueta de zonas anatómicas de los grandes vasos (ver imágenes) y se realizaron talleres teórico-prácticos. Estos últimos incluyeron demostración de técnica mediante presentación audiovisual y material didáctico, y consistieron en encuentros de 1 hora de duración, para grupos de no más de 6 personas, quienes en su totalidad pudieron practicar la técnica de habilitación de un catéter implantable, utilizando para esto material didáctico de baja fidelidad.

Finalmente, se evaluó el impacto de la capacitación, a través de la misma encuesta utilizada en la etapa de diagnóstico. El objetivo fue la unificación de criterios en el manejo de accesos vasculares centrales, con el propósito de optimizar los cuidados de enfermería.



Resultados

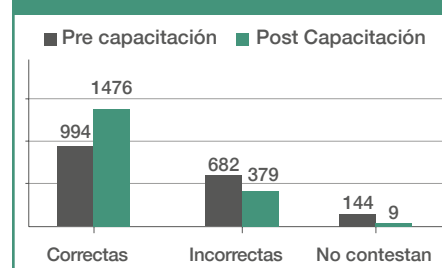
Participó el 100% de la dotación real de Enfermería, obteniendo, pre-capacitación, los siguientes resultados: respuestas correctas 54.62% (994); incorrectas 37,47% y no responde 7.91%. En la etapa post-capacitación los porcentajes fueron los siguientes: respuestas correctas 79,18% (1.476); incorrectas 20,33%; no responde 0.48%. (Ver detalle en gráfico 1).

En base a estos resultados se observa un 24.6% de aumento de respuestas correctas, un descenso del 17.14% en las respuestas incorrectas, y también descenso de 7.43% en la categoría "no responde".

TABLA 1: DIFERENCIAS DE PORCENTAJES DE RESPUESTAS PRE Y POS CAPACITACIÓN

PREGUNTAS	PRE	POS	DIFERENCIA
CORRECTAS	54.62%	79.18%	24.6%
INCORRECTAS	37.47%	20.33%	17.14%
NO RESPONDE	7.91%	0.48%	7.43%
TOTAL	100%	100%	

GRÁFICO 1: N° RESPUESTAS EN RELACIÓN A PRE Y POST CAPACITACIÓN, CATÉTERES VENOSOS CENTRALES



Conclusiones

Los resultados permiten concluir que las actividades de capacitación desarrolladas contribuyeron a incrementar los conocimientos sobre los cuidados de enfermería en pacientes con catéteres centrales y por ende, a mejorar la seguridad brindada a los pacientes con dichos dispositivos.

Deshabitación tabáquica durante la internación: una oportunidad de intervención en el paciente fumador

Dra. Andrea Davidovich

Médica neumóloga

Programas Médicos

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

Según la OPS¹, el tabaco mata a 6 millones de personas cada año. Se estima que la mitad de los fumadores morirán por una enfermedad causada por el tabaco, perdiendo un promedio de 10 a 15 años de vida. En nuestro país y de acuerdo a los datos arrojados por la 3^a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2013), 1 de cada 4 personas afirmó consumir tabaco².

Intervenir durante la internación

La internación en un centro asistencial, ya sea programada o de urgencia es una oportunidad única para intervenir en cesación tabáquica por varios motivos:

- 1) El ambiente libre de humo ofrece una oportunidad de transitar la abstinencia lejos del medio de exposición habitual del fumador;
- 2) Funciona como motivador para sostener la cesación una vez de alta;
- 3) Permite una intervención intensiva y multidisciplinaria mientras el paciente está internado, mejorando las probabilidades de éxito a largo plazo;
- 4) Los pacientes internados por enfermedades relacionadas con el tabaco se encuentran más receptivos a recibir ayuda para dejar de fumar.

Efectividad de las intervenciones

Muchos estudios aportan evidencia acerca de la efectividad de las intervenciones en este grupo de pacientes. En 2012, una revisión sistemática³ acerca de las "Intervenciones en cesación tabáquica en pacientes hospitalizados" de Cochrane Collaboration analizó 50 ensayos clínicos (EC) sobre abstinencia lograda entre los 6 y 12 meses del alta hospitalaria. Las intervenciones fueron realizadas por médicos, enfermeros, psicólogos y/o personal del equipo de cesación tabáquica. Se concluyó que:

- Las intervenciones consistentes en consejo intensivo o tratamiento cognitivo conductual (TCC) iniciadas durante la estancia en el hospital y seguidas de contactos de apoyo durante al menos un mes pos alta, aumentaron las tasas de abandono del hábito de fumar (RR 1,37; 95% IC 1,27 a 1,48; 25 EC).
- La adición de terapia de reemplazo nico-

tínico al TCC aumentó la tasa de cesación tabáquica comparado con el TCC solo (RR 1.54, 95% IC 1.34 a 1.79; 6 EC).

- La adición de vareniclina al TCC no mostró efectos significativos (RR 1.28, 95% IC 0.95 a 1.74; 2 ensayos clínicos), así como tampoco lo mostró adicionar bupropión (RR 1.04, 95% IC 0.75 a 1.45; 3 EC).

- Resultados similares fueron observados en un subgrupo de pacientes fumadores admitidos en el hospital por enfermedad cardiovascular. En este subgrupo, el TCC con un seguimiento posterior incrementó la tasa de cesación tabáquica (RR 1.42, 95% IC 1.29 a 1.56) pero una intervención menor no³.

- Un EC donde se realizaron intervenciones que incluyeron TCC y tratamiento farmacológico en pacientes internados, fumadores con enfermedad cardiovascular, mostró significativa reducción de todas las causas de mortalidad y readmisiones hospitalarias durante un período de seguimiento de 2 años⁴.

Intervenir antes de una cirugía

Por otro lado, dejar de fumar previamente a una operación mejora la evolución postoperatoria⁵. Un meta-análisis de 5 estudios mostró que intervenciones para promover la cesación tabáquica antes de la cirugía, se asociaron a una menor aparición de complicaciones postoperatorias (RR 0,56, 95% IC 0,41–0,78) y a mayor tasa de cesación al año (RR 1,61, 95% IC 1,12–2,33)⁶⁻⁷. Las intervenciones intensivas son las que mayor beneficio reportaron⁶.

Conclusiones

Contamos con evidencia para recomendar las siguientes intervenciones en todo paciente fumador internado⁸:

- 1) Al ingreso: preguntar y documentar sobre su consumo de tabaco.
- 2) Para los fumadores: incluir el tabaquismo como uno de los problemas durante la internación y para el seguimiento al alta.
- 3) Intervenir con TCC y farmacológica para ayudar a mantener la abstinencia y tratar sus síntomas durante la internación y luego del alta.
- 4) Planificar seguimiento luego del alta por al menos un mes.

REFERENCIAS

(1) <http://bit.ly/24MqAep>

(2) 3^o encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013.

(3) *Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev 2012, CD001837.*

(4) *Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. Chest 2007;131:446–52.*

(5) Ministerio de Salud de la Nación. *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Buenos Aires, 2011.*

(6) *Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD002294.*

(7) *Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation. Br J Surg 2009;96:451-61.*

(8) *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.*

Nuevo Código Civil: ¿cómo impacta en nuestra actividad asistencial? Parte II

Dra. Mariana Flichman

Especialista en Clínica Médica y Medicina Legal
Gerente de Riesgo y Calidad Médica
Directora del Comité de Seguridad del Paciente
Swiss Medical Group



Continuaremos desarrollando en esta segunda parte del artículo los aspectos más relevantes del nuevo código civil y comercial en relación a nuestra actividad como profesionales sanitarios.

En la primera parte de este artículo, explicamos que el Código establece una nueva clasificación etaria de los menores, dejándose de lado la distinción entre *menores impúberes* y *menores adultos* que establecía el anterior Código Civil. De ahora en más, según el artículo 25 *se considera menor de edad a todo aquel que no haya cumplido los 18 años y se denomina adolescente al menor de edad que ya ha cumplido los 13 años*. Dentro del grupo adolescentes (13 a 18 años) se establecen dos sub-grupos. El de los adolescentes menores de 16 años: pueden tomar decisiones, pero junto a sus padres. Pueden consentir procedimientos no invasivos solos. Y el de los adolescentes de 16 a 18 años: en cuestiones inherentes a la salud, pueden brindar consentimiento por sí mismos.

Marco normativo mixto y situaciones particulares

Dado que el marco normativo es mixto, pues contempla dos aspectos: *edad y madurez suficiente*, ambos deberán ser valorados por el profesional actuante. De este modo, cada profesional deberá evaluar las situaciones particulares y justificar la decisión de informar o no a los padres, en la historia clínica. Por ejemplo: “Se decide informar a los padres por considerar que el menor no tiene la madurez suficiente para afrontar el diagnóstico, y para asegurar la continuidad del cuidado”. Entendiendo siempre que la obligación de velar por la salud del menor se encuentra por sobre el deber de confidencialidad.

En las Unidades Asistenciales de Swiss Medical, el Comité de Seguridad en conjunto con los Servicios de pediatría hemos desarrollado una Norma de atención de Menores para aplicación Institucional, disponible para ser consultada.

Rechazo terapéutico formulado por los padres: ¿hasta dónde debe ser aceptada esta decisión?

Como concepto primordial, el derecho de los padres ejercido a través de la Patria Potestad, termina en el momento en que el mismo afecte el derecho del niño a la salud y la vida. En estos casos, cuando entendemos que la decisión de los padres pone en riesgo al menor, debe realizarse una comunicación a la entidad protectora de los derechos del niño, propia de cada Jurisdicción. Si la urgencia o gravedad del caso lo ameri-

A CONTINUACIÓN, PARTE DEL TEXTO NORMATIVO:

“Se presume que el adolescente entre 13 y 16 años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resulten invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o su integridad física (sic).

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniéndose en cuenta su interés superior sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico” (sic).

“A partir de los 16 años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo” (sic).

PARA CABA Y GBA: LÍNEA 102. CONSEJO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (ÁMBITO DE C.A.B.A.):
4393 1063/4326 4533. Fax: 4326 1909
Celular de guardia permanente de abogados del consejo: 15 5662 9923/15 5662 8894.

ta, puede incluso hacerse a través de la Comisaría local, solicitando el inmediato aviso al Juzgado de turno.

Responsabilidad de las profesiones liberales

En su artículo 1.768, el Código Civil y Comercial sienta los siguientes principios:

a) *Somete la actividad de los profesionales liberales a las reglas de las obligaciones de hacer:* como dijimos, obligación de medios, es decir, de ajustarse a las buenas prácticas médicas (medicina basada en la evidencia) más allá del resultado.

b) Como regla general, *la responsabilidad es subjetiva:* deberá probarse la culpa, es decir, una falla en el proceso de atención.

c) *La responsabilidad podrá ser objetiva cuando el profesional haya comprometido un resultado.*

d) *No se aplica la responsabilidad por el riesgo de la cosa ni por actividades riesgosas.* La introducción de este cambio es muy importante. En ejemplo común es el uso del electrobisturí (ante un daño producto del uso adecuado, el profesional no deberá responder). El texto del anteproyecto, es de mucha utilidad para la comprensión de este aspecto:

Excluir la responsabilidad objetiva por el uso de cosas riesgosas tiene su razón de ser. Es que el progreso de la medicina va de la mano de la utilización de aparatología cada vez más compleja, utilizada en beneficio del propio paciente. De ahí que haya riesgos que van de la mano de los beneficios.

El progreso conlleva riesgos y provoca a veces efectos no deseados. En palabras de Sir Cyril Chantler, Jefe Colegio de Directores Médicos de Reino Unido:

«La medicina solía ser simple, inefectiva y relativamente segura. Ahora es compleja, efectiva y potencialmente dañina»...

Para concluir, y aunque su análisis excede el alcance de este artículo, destacamos otros cambios significativos: regula la investigación en seres humanos (art. 58-59); establece la disposición sobre los derechos personalísimos y las directivas anticipadas (art. 60); establece también una fórmula matemática para el cálculo de las indemnizaciones (art. 1746); y, finalmente, en el art. 1.748 establece que los intereses corren desde el momento de hacerse efectivo el daño, sólo por mencionar algunos de los tantos aspectos en la regulación de nuestra actividad.

“La actividad del profesional liberal está regulada de la siguiente manera: Se aplican las reglas de las obligaciones de hacer. La imputación es subjetiva, excepto que se haya comprometido un resultado concreto. Cuando la obligación de hacer se preste con cosas, no es objetiva, excepto que causen un daño derivado de su vicio. La actividad del profesional liberal no está comprendida en la responsabilidad por actividades riesgosas. Estos criterios son los que ha aplicado mayoritariamente la jurisprudencia y han sido defendidos por la doctrina. El profesional promete un hacer que consiste en una diligencia conforme a las reglas de la profesión, sin que pueda asegurar un resultado; de allí que la imputación sea subjetiva y pueda liberarse probando su falta de culpa. En cambio, si promete un resultado, la imputación es objetiva. El profesional actúa con cosas, pero su imputación sólo es objetiva cuando éstas exorbitan el obrar humano por un vicio. No puede considerarse que exista una actividad riesgosa en general calificada ex ante”.

Caleidoscopio

*

COLUMNISTA INVITADO: Dr. Silvio Payaslian

Director médico

Clínica Zabala

Swiss Medical Group

A los 6 o 7 años de edad, no recuerdo cómo, llegó a mis manos una revista de historietas que marcó mi vida: *Las Andanzas de Patoruzú*, de Dante Quinterno. Esta fue mi primera aproximación a la lectura recreativa, no con los libros, sino con las historietas. Atraído por su tapa de colores, me zambullí en esas páginas llenas de personajes telúricos que me maravillaban en cada cuadrado con sus aventuras inigualables. Entablé un vínculo indestructible con ese indio Tehuelche que me hacía esperar ansioso, semana por medio, la entrada de mi viejo a casa con el nuevo número de la revista. Patoruzú, con su fortaleza y bondad infinitas, se convirtió rápidamente en mi ídolo. Upa con esa tierna inmadurez, Isidoro con su picardía desmedida y la Chacha con esas empanadas fenomenales que le cocinaba a toda la familia Patoruzek, eran otros de los personajes entrañables de la historieta. Es el día de hoy que, si me cruzo con una revista de Patoruzú, siento la misma alegría que sentía cuando niño.

Años más tarde, ya en la adolescencia, me topé con la que es declarada por la mayoría de los "historietófilos" (disculpen el neologismo) como la mejor historieta argentina

de todos los tiempos: *El Eternauta*, de Hector German Oesterheld y Francisco Solano López. Primero debo decir que coincido con los historietófilos: es la mejor historieta que he leído. Si bien fue escrita y dibujada en los años '50, llegué a ella por comentarios y notas que aparecían en la Revista Fierro. El inicio del relato de *El Eternauta*, con Juan Salvo y sus amigos jugando al truco, interrumpidos por la noticia de un extraño evento lejano, con un súbito corte de luz y la aparición por la ventana de su casa de una nevada radioactiva que iba liquidando gente en las calles de Vicente López es de esos comienzos de libros que son inolvidables (al nivel de la primera página de *Cien años de soledad*, si se me permite la comparación). Ese comienzo genial nos llevará

rápidamente a una invasión impensada en una Buenos Aires apocalíptica que convierte a esta obra en una lectura obligada para todo amante del "novenio arte".

Por último, no puedo dejar de mencionar entre las grandes historietas argentinas que me cautivaron, a *Las Puertitas del Señor López*, de Carlos Trillo y Horacio Altuna, maestros entre maestros. *Las Puertitas...* aparecida en la recordada revista *Humor*, nos llevaba de la mano de ese oficinista gordito, petiso y oprimido, que al abrir esas puertitas de los baños se (y nos) liberaba de las cadenas amordazantes en esos años aciagos, permitiéndonos volar a lomo de nuestras más soñadas fantasías, aún a riesgo de chocar con nuestros más profundos temores. Una obra de arte.



"Patoruzú"



"El eternauta"



"Las puertitas del Sr. López"

Reseña de Libro

*

Por: Alma Vanina Estrella

Arte y Medicina 1

Alfredo Buzzi

EAB Editorial Alfredo Buzzi

278 págs.

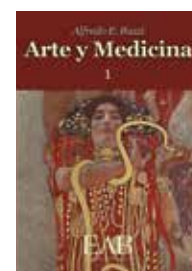
Dos vastos y fascinantes universos como lo son la Medicina y el Arte han ejercido la atracción de los hombres desde tiempos remotos. Esta inquietud ha sido abordada en innumerables publicaciones provenientes del campo de las Humanidades Médicas, a lo largo de la historia. Sin embargo, más contadas son las obras que han puesto a ambas disciplinas en diálogo, abarcando todas las épocas, hasta llegar a los tiempos actuales. Tal es el ambicioso objetivo de la colección que presenta Alfredo Buzzi, a través del proyecto editorial que lleva su nombre.

En los distintos volúmenes que la componen, la obra explora los múltiples aspectos de la relación entre Arte y Medicina: desde cómo han interpretado el mundo médico y de las enfermedades los artistas hasta cómo las obras de arte pueden oficiar como medio de comprensión de los contextos histórico-sociales en los que acontecen las distintas enfermedades epocales (plagas, algunas enfermedades mentales). Otros aspectos, tan distantes entre sí, como el análisis de la obra de los médicos que han sido pintores, la iconografía utilizada en los textos médicos, o la utilización del arte en el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de algunas enfermedades, también son planteados con gran claridad expositiva.

En este primer volumen, se podrán encontrar reproducciones de obras clásicas que abarcan desde una represen-

tación de la cirrosis por El Bosco hasta artistas más contemporáneos como Gustav Klimt, Picasso o John Collier, pasando por Miguel Ángel y Rembrandt, entre muchos otros.

Este libro puede ser de interés tanto para estudiantes y profesionales de la Salud como para amantes del arte, e incluso personas que sienten curiosidad por el cruce de estas disciplinas. En suma, la perspectiva desde la que se ha pensado y realizado esta obra considera que Ciencia y Arte no sólo tienen temas en común, sino que constituyen per se, un importante campo de estudios académicos interdisciplinarios.





Correo de lectores

Estimados lectores, ponemos a su disposición una casilla de correo electrónico para que nos hagan llegar comentarios, propuestas y/o novedades que deseen divulgar:
aequalis@swissmedical.com.ar