



Una publicación de



SWISS MEDICAL  
MEDICINA PRIVADA

PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD



# Editorial \*

*Win, lose or draw (gane, pierda o empate)*  
Gregg Allman - The Allman Brothers Band

## Estimado lector

Llegamos a ustedes con un nuevo número de *Æqualis*, con el fin de continuar fomentando el intercambio entre profesionales de la salud de todas las disciplinas. Nos convoca el deseo de mantener una comunicación fluida, seleccionando temas que aparecen en nuestro diario quehacer como desafíos a nuestras decisiones y juicios.

En este número destacamos el artículo de la Dra. Gabriela Vidiella, Coordinadora de Infectología de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina y el Sanatorio Agote, sobre actualización de gripe y coinfecciones, más específicamente neumonía bacteriana en adultos que ya fueron afectados por influenza, y las indicaciones de tratamiento y vacunación como medida principal de prevención. Frecuentemente en la práctica de consultorio encontramos pacientes resistentes a aplicarse vacunas en general, y también aquellos que expresan dudas respecto de la antigripal en particular. Disponer de argumentos sólidos para ayudarlos a decidir lo contrario es algo siempre bienvenido. Otro tema que urge en nuestra realidad cotidiana es la del equipo de salud y muy particularmente la imprescindible función de Enfermería, con todos los desafíos planteados por la Licenciada Silvia Wesenack, actual Líder del proyecto de Escuela de Enfermería de Swiss Medical Group, que ha tenido a su cargo durante más de 20 años la Jefatura Corporativa del área. Su artículo nos abre a gran cantidad de preguntas e inquietudes acerca de cómo modificar una realidad que parece más desafiante cada día, como lo es la escasez de un recurso esencial para el cuidado y prevención de la salud.

Adicionalmente abordamos temas como el diagnóstico temprano de las cardiopatías congénitas, la reglamentación de la Ley de dislexia, además de otros temas que hemos considerado de interés.

Esperamos seguir recibiendo contribuciones, críticas y sugerencias a través del correo de lectores.

## Dr. Juan Carlos Cha Torea

Jefe de Políticas y Servicios Médicos  
Gcia. de Servicios Médicos y Auditoría  
Swiss Medical Medicina Privada

# SUMARIO

- 3 Editorial
  - 5 Nota de opinión
  - 6 Artículo original
  - 10 Caso clínico
  - 12 Información Swiss Medical Group
  - 16 Evaluación de tecnologías sanitarias
  - 17 Alerta farmacológica
  - 18 Programas médicos
  - 19 Enfermería
  - 20 Medicina Legal
  - 21 Historia de la Medicina
  - 22 Sección cultural
- Presidente: Dr. Claudio Belocoppitt
  - Gerente General: Ing. Adrián Sasse
  - Director Médico: Dr. Gabriel Novick
  - Editora: Lic. Alma Vanina Estrella
  - Colaboran en este número: Dr. Sebastián Alessandria, Dr. Ariel Almada, Dra. Florencia Biasoli, Dr. Eduardo Cerdá, Dr. Juan Cha Torea, Lic. Vanina Estrella, Dra. Romanette Hurtado, Dra. Carina Maciá, Dr. Leonardo Mezzabotta, Dr. Claudio Racana, Dr. Juan Vasen, Dra. Virginia Versacce, Dra. Gabriela Vidiella, Lic. Silvia Wesenack.
  - La imagen de tapa de este Nro. se titula "Iberá" y corresponde a Majo Caporaletti.
  - Versión descargable on-line en: [www.prestadores.swissmedical.com.ar](http://www.prestadores.swissmedical.com.ar)
  - Correo de lectores: [aequalis@swissmedical.com.ar](mailto: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 junio de 2017 en los talleres gráficos de ROTATIVOS UNICOM SRL Dinamarca 3487 - Temperley (B1834FKK). Tirada de esta edición: 2.500 ejemplares.

## Artista de tapa \*

### Majo Caporaletti



Nace en Buenos Aires en 1986. Es Licenciada en Artes Visuales con orientación Dibujo por el Instituto Universitario Nacional del Arte (IUNA). Asistió al taller de Lula Mari en Buenos Aires y al atelier de Morfología de Philippe Comar y Valérie Sonnier en la École Nationale Supérieure des Beaux-Arts de París.

Se desempeñó como docente de

Dibujo en el IUNA y como escenógrafa en importantes teatros parisinos. Actualmente dicta clases particulares en su taller y trabaja como escenógrafa/realizadora teatral en Buenos Aires. Realizó exposiciones individuales en galería Ambos Mundos (2015) y en la Biblioteca del Congreso de la Nación (2017). Expuso junto a Sandro Pacucci en Maison de l'Argentine en París (2014). Ha obtenido premios y participado de salones como: 106 Salón Nacional de Artes Visuales, Palais de Glace 2017; Salón de Artes Plásticas Manuel Belgrano, Museo Sívori 2013-2015-2018; Salón Nacional de Pintura "Jose A. Nardin"

Santa Fé 2015-2016; XVII Salón Nacional de Entre Ríos, Museo Artemio Alisio 2016; Portes Ouvertes des ateliers d'artistes, Montreuil, Francia 2014- 2015; Salón de Dibujo Prilidiano Pueyrredón, CCRecoleta 2010-2012; IV Salón de pintura Fundación Vittal, Espacio Modos 2017; Primer Premio XX Salón Primavera San Fernando 2015; Prix Dauphinois pour l'art contemporain, Paris 2015; Primer Premio V Concurso Faber-Castell/Librería Thesis 2009, por mencionar algunos. Recibió becas del IUNA en 2009 y 2010.

Su producción se compone de dibujos y pinturas en los que aborda temas como la naturaleza, el paisaje, la figura humana y el retrato. Por medio de la técnica del óleo consigue destacar volúmenes, superficies y texturas de gran realismo.

La imagen de tapa de este número es "Iberá" (carbonilla y óleo s/tela, 120 cm x 100 cm) y corresponde a 2018.

Para ver más:

<http://www.majocaporaletti.com.ar/>

<https://www.instagram.com/majo.caporaletti/>

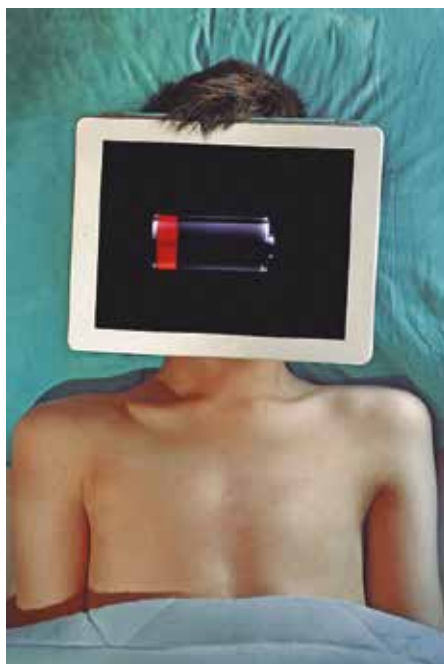
## ¿Niños o cerebros? Sacarnos las pilas, sacarles las pilas

*Una lectura necesaria -en tiempos de vértigo, vacíos de narratividad - para encontrar diferentes ritmos, temporalidades y nuevos sentidos.*

**Dr. Juan Vasen**

*Médico especializado en Psiquiatría  
Infanto-juvenil  
Psicoanalista  
Forum Infancias*

Bajo el nombre electromecánico *burnout* se engloban formas de sufrimiento y agotamiento de quienes, desoyendo señales corporales de alarma, acceden a exigencias sociales superiores a sus posibilidades de respuesta. Ante el agotamiento, la frase de aliento en español suele ser "Ponete las pilas", lo contrario al Low Battery inglés. Chicos y jóvenes en las escuelas y adultos en sus trabajos van cual "perritos detrás del sulky", con la lengua afuera, intentando alcanzar objetivos superiores a sus fuerzas. Algo diferente del estímulo que significa el deseo y más cercano al agobio por la obligación. A esas subjetividades aceleradas y exigidas se las califica y evalúa con el término "deshumanizado". Algo así como "quemado y expulsado".



Desde una perspectiva centrada en lo biogenético y su abordaje técnico, que desmenuza en funciones cada vez más sofisticadas nuestras aptitudes y debilidades, podemos ilusionarnos con terapéuticas sofisticadas y de curso rápido. Bastaría cambiar, como si fueran repuestos, unos miedos por otros, inflar al Yo como si se tratara de un neumático pinchado o ponerle líquido refrigerante a un Superyó recalentado, para recuperar la funcionalidad. Por esta vía, entonces sí, psicólogos y psiquiatras vamos a

hacer carrera como mecánicos del alma, corriendo el riesgo de atragantarnos de engranajes que pretenden ser visibilizados en neuroimágenes. En cambio, contactar con lo frágil, demorarse en la comprensión de lo herido, acompañar la cicatrización de una piel psíquica lastimada requieren pausa, tiempo y alegría.

### Despatologizar, renombrar

La psicopolítica neoliberal representada en las sucesivas ediciones de los manuales DSM cree que no hay nada de esto por descifrar. Reflexionar sobre el presente y porvenir de la infancia, intentando evitar los atajos biologizantes o medicamentosos que se aproximan más a una "cosmética del comportamiento" que a un uso criterioso de psicofármacos en chicos. Buscar alternativas a las prácticas de reprogramación sin comprensión y a las de exclusión diferenciadora configura un gran desafío.

En el campo esa revolución en defensa de los tiempos propios, ese acontecer como praxis de la libertad debe adoptar la forma de una despatologización. Y hacer honor a la frase de Saramago: "Dentro nuestro hay algo que no tiene nombre, eso es lo que somos". Vaciar entonces al sujeto de nombres impropios permite abrir camino a una apuesta singularizadora: que quede libre para esa forma de vida que todavía no tiene nombre. Para la que tenemos que buscar nuevas palabras, otras constelaciones, quizás otras lenguas. Es importante, porque eso es lo que somos.

*El texto corresponde a un fragmento del epílogo del libro "¿Niños o cerebros? Cuando las neurociencias descarrilan...", recientemente publicado por Noveduc Libros. Su autor, Juan Vasen, es Jefe de Residentes en el Hospital de Niños E. Gutiérrez. Desde 1985 ha desarrollado diversas responsabilidades en el Hospital Infanto-Juvenil "Carolina Tobar García". Es miembro fundador del Programa de Reinserción Social "Cuidar-Cuidando" (en convenio con el Jardín Zoológico de la ciudad) y actualmente es Secretario General de Forum Infancias.*

## Neumonía bacteriana en adultos post influenza

**Dra. Gabriela Vidiella**

Especialista en Infectología  
Coordinadora de Control de  
Infecciones

Clínica y Maternidad Suizo Argentina  
Sanatorio Agote  
Swiss Medical Group

A pesar de la disponibilidad de agentes antibacterianos y antivirales, la neumonía, la bronquiolitis y otras infecciones del tracto respiratorio inferior continúan siendo la mayor causa de morbimortalidad en el mundo, afectando a adultos mayores de 70 años y niños menores de 5 años de edad. Se estima que sobre un total de 2.74 millones de muertes causadas por infecciones respiratorias bajas en el mundo, 70% ocurren en estos grupos vulnerables y 10% son atribuibles a influenza.

### Incidencia de la coinfección

Influenza es uno de los principales patógenos que han sido encontrados asociados a neumonías bacterianas. *Streptococcus pneumoniae* y *Staphylococcus aureus* son las bacterias más frecuentemente aisladas, le siguen en frecuencia *Streptococcus pyogenes* y *Haemophilus influenzae*. Tanto la influenza A y B pueden causar morbimortalidad elevada debido a superinfección bacteriana.

*Staphylococcus aureus* metilino resistente adquirido en la comunidad (CA-MRSA) ha sido identificado en brotes de neumonía severa con alta mortalidad en jóvenes sanos con influenza.

La experiencia de la pandemia H1N1 del año 2009 mostró una tasa de coinfección bacteriana de 34% entre los pacientes que requirieron internación en cuidados intensivos. La prevalencia de coinfección durante la temporada de influenza estacional reportada fue entre 9 y 31%. La coinfección usualmente ocurre dentro de los primeros 6 días de la infección por influenza. Las personas mayores de 65 años y niños menores de 5 años con neumonía secundaria durante influenza estacional tienen un curso más severo y de mayor mortalidad que aquellos sin antecedente de infección viral. Los adultos jóvenes también tienen riesgo elevado durante la influenza pandémica.

### Patogénesis

Los agentes causantes de neumonía bacteriana secundaria reflejan la colonización de la flora nasofaríngea. Este hallazgo respalda la teoría de que la infección viral causa compromiso del clearance de estas

bacterias normalmente no patógenas. La colonización de la flora habitual de nasofaringe bajo determinadas circunstancias puede proliferar de manera invasiva. La neuraminidasa viral tiene tropismo por el ácido salicílico presente en las células epiteliales respiratorias promoviendo la adhesión bacteriana y la infección. La neuraminidasa viral también disrumpe la barrera mucosa de las células del tracto respiratorio y degrada parcialmente la mucina. Influenza así como otros virus aumentan la adhesión bacteriana incrementando la expresión de receptores para bacterias en las células epiteliales y afectando negativamente la función ciliar del tracto respiratorio. Otro mecanismo descrito es la alteración en la producción de una respuesta de citoquinas que a su vez resulta en producción de interferones I y II comprometiendo la función de macrófagos y neutrófilos.

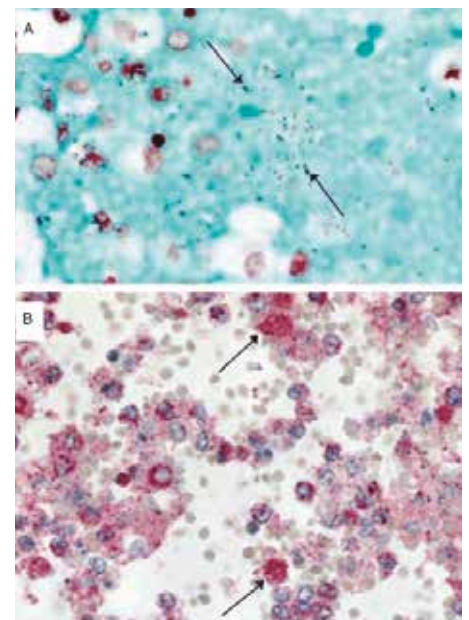


FIGURA 1. Diagnóstico histoquímico e inmunohistoquímico de *Streptococcus pneumoniae* en un paciente con influenza A H1N1 2009 pandémica. (A) Detección de coco Gram-positivo (flecha) con el uso tinción de Gram de Lillie- Twort en tejido pulmonar. (B) Tinción inmunohistoquímica de múltiples *Streptococcus pneumoniae* (flecha) con el uso de fosfatasa inmunoalcalina con naftol rojo rápido y contratinción con hematoxilina.

## Presentación clínica

El diagnóstico de coinfección debe ser considerado en personas con enfermedad tipo influenza y signos o síntomas sugestivos de neumonía severa o sepsis, especialmente durante la temporada de influenza.

La metodología de RT-PCR (real time PCR) o PCR multiplex son de elección, dada la alta sensibilidad y especificidad para identificar influenza en muestras respiratorias. La excreción viral continúa por 8-10 días en huéspedes inmunocompetentes y por más tiempo en inmunocomprometidos. El patrón radiológico no permite distinguir entre influenza exclusivamente vs. coinfección. Los estudios microbiológicos de esputo o lavado bronquioalveolar deberán solicitarse ante la sospecha de coinfección. Los hemocultivos deberán ser solicitados y el antígeno urinario para *S. pneumoniae* en caso de estar disponible.

## Tratamiento

El tratamiento empírico precoz con antivirales y antibióticos debe ser iniciado ante la sospecha de coinfección. El tratamiento antiviral con oseltamivir debe iniciarse en todo paciente hospitalizado con insuficiencia respiratoria aguda, y pacientes ambulatorios con factores de riesgo para complicaciones de influenza.



FIGURA 2. Influenza A H1N1 2009 pandémica y neumonía bilateral por *Klebsiella pneumoniae* en un paciente con cáncer nasofaríngeo. Consolidaciones bilaterales.

La elección del tratamiento antibiótico empírico dependerá de la gravedad inicial del episodio, la elección del sitio de internación y la consideración especial de algunos patógenos como por ej. riesgo de infección por *P. aeruginosa*. La cobertura de *Staphylococcus aureus* *meticilino* resistente debe ser iniciada ante sospecha de neumonía necrotizante (rápido comienzo del distress respiratorio agudo, hemóptisis). En modelos experimentales el linezolid mostró un efecto inmunomodulador en la producción de la toxina relacionada con la neumonía necrotizante causada por CA MRSA, que no mostró la vancomicina. Sin embargo, no hay estudios que demuestren en neumonía intrahospitalaria por MRSA superioridad del linezolid con respecto a vancomicina en mortalidad. En pacientes con MRSA con CIM a vancomicina >2 mcg/mL, se prefiere linezolid.

## Prevención

La vacunación antigripal constituye el método principal de prevención frente a influenza y sus complicaciones. La vacunación contra neumococo reduce la incidencia complicaciones secuelas y mortalidad por neumonía y enfermedad neumococcica invasiva. La vacunación contra neumococo reduce la incidencia, complicaciones, secuelas, mortalidad por neumonía y enfermedad neumococcica invasiva. Existe evidencia de que la vacunación contra neumococo e influenza puede reducir la hospitalización por neumonía y que el porcentaje de reducción es aún mayor cuando ambas vacunas fueron administradas. Existe un efecto aditivo de la vacunación dual en cuanto a disminución de la mortalidad luego de la infección por influenza.

## BIBLIOGRAFIA

1. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and etiologies of lower respiratory tract infections in 195 countries: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet Infect Dis* 2017(11):1133-1161.
2. The risk of lower respiratory tract infection following influenza virus infection: A systematic and narrative review. *Vaccine* 2018; 36(1): 141-147.
3. Epidemiology, microbiology, and treatment considerations for bacterial pneumonia complicating influenza. *Int J Infect Dis* 2012;16(5):e321-e331.
4. Bacterial coinfection in influenza: a grand rounds review. *JAMA* 2013;309(3):275-282.
5. Critical illness from 2009 pandemic influenza A virus and bacterial coinfection in the United States. *Crit Care Med* 2012;40(5):1487-1498.
6. *Staphylococcus aureus* community-acquired pneumonia during the 2006 to 2007 influenza season *Emerg Med* 2009;53(3):358-65.
7. Influenza vaccines to control influenza-associated bacterial infection: where do we stand? *Expert Rev Vaccines* 2015;14(1):55-67.
8. Guía de vigilancia epidemiológica y recomendaciones para prevención y diagnóstico de las Infecciones respiratorias agudas en la Argentina. MSAL 2017.
9. The additive benefits of influenza and pneumococcal vaccinations during influenza seasons among elderly persons with chronic lung disease. *Vaccine* 1999;17(Suppl 1):S 91-3.
10. Additive preventive effect of influenza and pneumococcal vaccines in elderly persons. *Eur Respir J* 2004; 23(3): 363-8.
11. 1.MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009 Oct 2;58(38):1071-4.
12. (Fig. 1) Bacterial coinfections in lung tissue specimens from fatal cases of 2009 pandemic influenza A (H1N1) - United States, May-August 2009.
13. (Fig.2) Pneumonia due to pandemic (H1N1) 2009 influenza virus and *Klebsiella pneumoniae* capsular serotype K16 in a patient with nasopharyngeal cancer. *J Microbiol Immunol Infect.* 2012 Oct;45(5):382-4.

## *Pautas para el diagnóstico temprano de cardiopatías congénitas*

**Dra. Carina Maciá**

*Médica especialista en Cardiología  
Pediátrica*

*Centros Médicos Ambulatorios  
Swiss Medical Group*

Las cardiopatías congénitas se presentan en un 1% de los recién nacidos<sup>1</sup> y representan por tanto una gran preocupación para los médicos pediatras en los controles periódicos de salud así como ante la aparición de síntomas.

Afortunadamente la gran mayoría de las mismas son del tipo denominado *cardiopatías simples*, para las cuales la resolución quirúrgica tiene una elevada tasa de éxito y, en ocasiones, sólo requieren control evolutivo para su resolución espontánea. Este grupo es encabezado en frecuencia por las comunicaciones inter-ventriculares (CIV) en un 30%, seguidas de las comunicaciones interauriculares (CIA, 8%), ductus (8%) y coartación de aorta (7%).

Tanto para las cardiopatías simples como para las complejas las tasas de supervivencia son cada vez más elevadas gracias a la disponibilidad de los mejores tratamientos médico-quirúrgicos, por lo que su pesquisa y correcto diagnóstico resultan claves. El pediatra de cabecera es el principal actor para el diagnóstico temprano a través de una derivación oportuna.

### **Sospecha de cardiopatía**

Desde el período prenatal, con el advenimiento de las ecografías obstétricas cada vez más detalladas y con mejor resolución es posible en operadores entrenados detectar las cardiopatías complejas que requerirán programar el nacimiento en un centro de complejidad. Esto se realiza como parte del Scan Fetal aproximadamente a las 20 semanas de gestación. De requerirse mayor detalle, se consultará con un cardiólogo infantil entrenado en Ecocardiografía fetal.

En el recién nacido se manifestarán la mayoría de las cardiopatías que requieren atención rápida. Sin embargo, es frecuente que algunas manifestaciones aparezcan luego del descenso de las presiones pulmonares, aproximadamente a los 20-30 días del nacimiento, por lo que el examen físico debe ser exhaustivo en cada control del lactante y del niño.

Podemos encontrarnos con pacientes críticamente enfermos, pacientes aparentemente sanos y hasta cardiopatías como hallazgos en estudios de screening a lo largo de la vida del niño.

### **Examen físico cardiovascular**

A partir del examen físico completo se podrán detectar signos y síntomas para categorizar distintos síndromes clínicos: soplos (funcionales u orgánicos), insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico o bajo gasto cardíaco, cianosis o, combinaciones de los mismos, que servirán para orientar el diagnóstico así como las intervenciones iniciales.

El examen consiste en:

- Observación del aspecto general del niño, coloración y estado nutricional.
- Palpación del tórax para detectar frémitos y de los pulsos femorales para descartar alteraciones del arco aórtico.
- Auscultación para detectar soplos o alteraciones de los ruidos cardíacos (en posición prona y sentado).
- Saturometría con oxímetro de pulso.
- Toma de tensión arterial (de ser posible en miembro superior e inferior).

### **Características de un soplo funcional**

El soplo funcional suele ocurrir al comienzo o a la mitad de la sístole, es de corta duración, tiene un contorno crescendo-decrescendo (soplo de eyeción), es mesocárdico, de baja intensidad y prácticamente nunca es diastólico. Suele disminuir o desaparecer con el cambio de decúbito dorsal a posición sentado o de pie. El soplo funcional más común es el vibratorio o de Still, causado por la vibración de las válvulas, las cuerdas y la pared ventricular durante la sístole. Estos soplos pueden acentuarse por situaciones de hiperdinamia (fiebre, anemia, entre otros).

Si las características del soplo no cumplen con lo descrito o se asocian a otros síntomas se debe sospechar estar ante la presencia de un soplo orgánico (patológico).

### **Sospecha de insuficiencia cardíaca**

Se debe sospechar incapacidad del corazón para mantener las demandas del organismo ante falla de crecimiento, taquipnea, taquicardia, sudoración importante, historia de infecciones respiratorias recurrentes.

Al examen físico se manifiesta con precordio activo, puede haber frémito sistólico, soplos, tercer ruido (galope) y hepatomegalia. Las comunicaciones inter-ventriculares



medianas a grandes, los ductus medianos a grandes, el canal auriculoventricular, las anomalías del retorno venoso pulmonar, entre otras, son ejemplos de cardiopatías que producen insuficiencia cardíaca.

### Cuándo sospechar bajo gasto cardíaco y qué significa

Cuando la causa es una obstrucción al flujo anterógrado en el lado izquierdo del corazón, se producirán signos de bajo gasto cardíaco, es decir que el volumen de sangre expulsado por el ventrículo es insuficiente. De persistir esta situación el paciente entrará en shock cardiogénico. Los signos a detectar son:

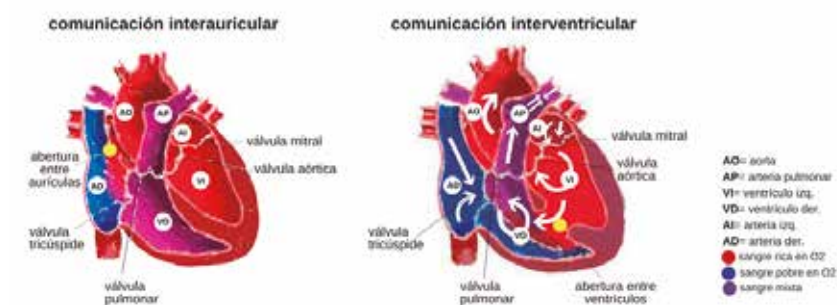
- Pulsos femorales no palpables o débiles.
- Piel fría y marmórea en extremidades con cianosis distal.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Hipotensión arterial.
- Oliguria.

Este síndrome clínico requiere una pronta atención para la supervivencia del paciente. Se presenta en su forma más severa en las interrupciones del cayado aórtico, coartación de aorta severa, estenosis aórtica crítica e hipoplasia de cavidades izquierdas. En general, las manifestaciones iniciarán en los primeros días de vida, usualmente con la constricción del ductus arterioso.

### Paciente cianótico

Las cardiopatías cianóticas en general se manifiestan en el período neonatal o en el lactante. Puede observarse cianosis central en reposo o con el llanto con insaturación arterial.

Cabe destacar que las cardiopatías no son las únicas causas de insaturación arterial, por lo que siempre es importante diferenciar neumopatías y patologías que cursen con depresión de SNC. Para ello, históricamente se realizaba la prueba de la hiperoxia. Aportando O<sub>2</sub> al 100%, en la neumopatía se observa mejoría, en tanto en la cardiopatía la saturación no aumenta significativamente (menos de 30 mmHg en estado ácido base arterial). Actualmente, con la accesibilidad a la ecocardiografía este método se encuentra en desuso.



Siempre es recomendable, en especial en recién nacidos, realizar saturimetría pre y post ductal para valorar si hay diferencias. Y ante la sospecha de cardiopatía cianótica ductus dependiente, colocar PGE1 por goteo IV continuo.

### Métodos disponibles para el diagnóstico de una cardiopatía

Una vez realizada la anamnesis y un minucioso examen físico serán de utilidad los métodos complementarios. La radiografía de tórax y el ECG se encuentran disponibles en la mayoría de los centros y ayudarán a aproximar el diagnóstico. Sin embargo, el Gold Standard es la realización de ecocardiograma doppler color para definir estructura y función cardíaca, dado que es un método accesible y completo en manos de un operador capacitado. En ocasiones, cuando la información no pueda adquirirse por los métodos antes mencionados se recurrirá a estudios de imágenes más complejos como lo son la angiotomografía cardíaca, la resonancia nuclear magnética cardíaca o la angiografía. Y en caso de sospechar arritmias puede requerirse holter cardíaco de 24 hs o prueba ergométrica graduada.

### Derivación al especialista en Cardiología

Ante todo recién nacido con soplo, taquipnea no justificada por patología pulmonar o que presente cianosis o baja SpO<sub>2</sub> será necesario hacer interconsulta con Cardiología Infantil previo a egreso de la maternidad. En caso de lactantes con soplo pero con buen progreso ponderal, que juegan y se desarrollan bien, se sugiere realizar consulta programada (de no cumplir con lo antes mencionado, la consulta debería ser más precoz).

En niños previamente sanos en edad pre-escolar en los que se ausculta un soplo por primera vez, se sugiere transmitirlo con tranquilidad a los padres y programar la consulta con Cardiología. Frecuentemente suele tratarse de casos de soplos funcionales.

En el niño o adolescente con dolor precordial en reposo que cede espontáneamente y no se asocia a otros síntomas la consulta será también ambulatoria.

En cuanto a los síncope en niños o adolescentes sin historia personal o familiar previa de relevancia, en los que el episodio de síncope se produzca en situaciones predisponentes (durante un recital, en verano, en el subte o en la bandera, por ejemplo); el médico pediatra deberá dar pautas de alarma y programar consulta ambulatoria.

Se deberá tener especial consideración en los casos en que el episodio de síncope o dolor precordial se produzca durante el ejercicio o inmediatamente después de finalizado este, aunque el paciente se recupere rápidamente. En estos casos se sugiere la realización de ECG in situ de ser posible. La misma recomendación aplica a todo paciente con palpitaciones.

### REFERENCIAS

- (1) Dato extraído del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/cardiopatiasongenitas>
- Heart disease in infants, children and adolescents. Moss and Adams. 8va Edición.
- Cardiopatías congénitas. Cardiología Perinatal. Somoza F. 2da Edición.
- Cardiología Pediátrica. Attie. 2da Edición.
- Protocolos de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas, vol. I. Grupo CTO, 2015.

# Caso clínico

## A propósito de un caso: divertículo de Meckel en niños

**Dra. Romanette Hurtado Latapiat**

Médica pediatra y neonatóloga  
Coordinadora

**Dra. Florencia Biasoli**

Médica pediatra y gastroenteróloga

**Dr. Claudio Racana**

Médico pediatra

Jefe Servicio Pediatría

**Dr. Ariel Almada**

Médico pediatra

Coordinador

Swiss Medical Center Barrio Norte

Swiss Medical Group

El divertículo de Meckel (DM) es el defecto congénito más común del tracto gastrointestinal (2-3% de la población general). Tiene predominancia en varones y se relaciona a otras anomalías congénitas como defectos cardíacos, del sistema nervioso, onfalocelo, atresia esofágica o duodenal, síndrome de Down y Enfermedad de Hirschprung.

Produce síntomas en alrededor del 4% de los pacientes, y a medida que aumenta la edad, la tasa de complicaciones disminuye. Las formas de presentación más frecuentes son la hemorragia digestiva y la oclusión intestinal. Otras formas menos comunes incluyen la inflamación, la fístula umbilical, la hernia de Littré (incarceración de hernia inguinal que contiene el DM) y los tumores, entre ellos el tumor carcinoide y tumores del músculo liso. El hallazgo de DM puede ser también incidental en estudios por imágenes o como hallazgo intraoperatorio.

### Caso clínico

Paciente de 2 años de edad, sin antecedentes perinatales de importancia, alimentado con leche materna exclusiva los primeros seis meses de vida, adecuado desarrollo psicomotor, inmunizaciones completas, sin alergias a medicamentos ni antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia. Cursando cuadro respiratorio de 5 días de evolución, en tratamiento con Betametasona y Azitromicina. Consulta por dificultad respiratoria en aumento, llanto persistente y fiebre. Al examen clínico presenta regular estado general, febril, buena entrada de aire bilateral, taquipneico, taquicárdico, distensión abdominal con defensa generalizada. La impresión diagnóstica es abdomen agudo quirúrgico. Recibe como tratamiento en UTIP: ayuno, plan de hidratación parenteral, manejo del dolor con opiáceos.

#### LABORATORIO:

GB: 15.700

Amilasa: 706

PCR: 9.5

HMC2: negativo

Líquido peritoneal: enterobacter cloacae



Radiografía toraco - abdominal: niveles hidroaéreos con aire en cavidad abdominal.

Se realizó exploración quirúrgica en forma urgente, constatando divertículo de Meckel perforado, se realiza resección segmentaria e ileostomía.



Agradecimientos: Dr. Fernando Heine (Coordinador Cirugía Infantil Swiss Medical) y Dra. Georgina Grizzutti (pediatra internista SMCBN).



Evoluciona favorablemente, permaneciendo internado durante 8 días en control clínico, con tratamiento antibiótico y progresando la alimentación sin complicaciones. A 8 semanas de la cirugía se realiza el cierre de la ileostomía con buena evolución posterior.



## Discusión y conclusiones

El DM resulta de obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico, una estructura que conecta el saco vitelino primitivo al intestino medio en el feto en desarrollo. La falla en la obliteración del conducto vitelino resulta en muchas anomalías, entre ellas el DM que representa el 90% de todas las malformaciones del saco vitelino, cuya pared contiene todas las capas del tubo digestivo. Es frecuente la presencia de mucosa hete-

rotópica, principalmente en los pacientes sintomáticos, 75% vs. 35% en los asintomáticos. Los tipos de mucosa ectópica más comúnmente observados son la gástrica (25-40%) y la pancreática (5%), excepcionalmente contiene mucosa de duodeno, yeyuno, o recto. La localización a lo largo del intestino delgado es variable.

**La oclusión intestinal** por DM se da en general en lactantes. Debe considerarse en cualquier niño previamente sano, sin cirugías previas y que presente obstrucción intestinal. Los mecanismos que la producen son la invaginación intestinal en la que el DM actúa como cabeza de invaginación, el vólvulo alrededor de remanentes vitelinos que forman bandas fibrosas que unen al DM con la pared intestinal y la hernia de Littré.

**La hemorragia por DM** ocurre en general en la primera infancia, se presenta como hematoquecia, indolora y ocasiona el desarrollo de anemia. Está causada por úlceras que se desarrollan en la mucosa ectópica cuando el divertículo secreta ácido clorhídrico. La perforación excepcionalmente puede ocurrir como complicación de una úlcera péptica en la mucosa heterotópica.

**La inflamación** es más frecuente en niños mayores y produce un cuadro de abdomen agudo indistinguible de una apendicitis aguda.

Entre los **exámenes complementarios** se destaca el centellograma con Tc99, isótopo que puede ser captado y secretado por la mucosa gástrica. El estudio es positivo cuando se observa la aparición de una mancha suspendida en el centro del abdomen, entre el estómago y la vejiga. Se le ha atribuido una sensibilidad del 85% y una especificidad del 95%, y la misma puede ser aumentada pre-medicando al paciente con ranitidina o inhibidores de la bomba de protones, que bloquean la excreción del trazador en el estómago.

El tránsito baritado del intestino delgado tiene muy baja sensibilidad y utiliza radiación, por lo cual no se recomienda. La videoendoscopia digestiva alta y la colonoscopia tienen indicación en pacientes con hemorragia digestiva de origen oscuro, descartan diagnósticos diferenciales

pero no alcanzan el segmento del íleon donde habitualmente se localiza el DM. La videocápsula endoscópica podría detectar el sitio de sangrado o visualizar el ostium diverticular pero no se utiliza de rutina.

En pacientes con alta sospecha y estudios negativos la exploración quirúrgica por laparoscopia o laparotomía permite hacer diagnóstico y eventual tratamiento.

**El tratamiento** de un paciente con DM complicado es quirúrgico. Se recomienda la exéresis del divertículo con margen de intestino sano y anastomosis terminoterminal. En los casos de perforación con peritonitis generalizada debe evaluarse la posibilidad de una ostomía temporaria.

Cuando el hallazgo de DM es incidental deberá considerarse la edad del paciente, si presenta algún síntoma posiblemente relacionado y las características del divertículo para decidir su extirpación.

**El pronóstico** a largo plazo es excelente. Se espera que los pacientes se recuperen por completo después del tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Martínez Ferro, M. *Neonatología quirúrgica. Capítulo 35 (404-407)*
2. Matsagas MI, Fatouros M, Koulouras B, Giannoukas AD. *Incidence, complications, and management of Meckel's Diverticulum. Arch Surg. 1995;130:143-6.*
3. Mendelson KG, Bailey BM, Balint TD and Pofahl WE. *Meckel's Diverticulum: review and Surgical Management. Curr Surg. 2001;58:455-7.*
4. Synder CL. *Meckel's diverticulum, in Ashcraft KW, Murphy JP, Sharp RJ, et al (Eds). Pediatric Surgery. 5. Ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p. 541-4.*
4. Yahouchy EK, Marano AF, Etienne JC, Fingerhut AL. *Meckel's Diverticulum. J Am Coll Surg. 2001;192:658- 62.*
6. Yamaguchi M, Takeuchi S, Awazu S. *Meckel's diverticulum investigation of 600 patients in Japanese literature. Am J Surg 1978;136:247-9.*
7. Moses WR. *Meckel's diverticulum. Report of two unusual cases. N Engl J Med. 1947;237:118-22*



## PREMIO SWISS MEDICAL QUALITAS 2018

Se encuentra abierta la convocatoria de trabajos para participar del **Premio Swiss Medical Qualitas 2018**, que entrega **Swiss Medical Medicina Privada** desde hace más de 20 años como estímulo al trabajo científico.

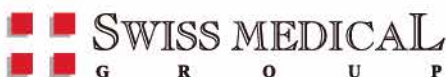
El **Comité Científico Swiss Medical Qualitas**, presidido por el Académico Fortunato Benaim e integrado por los Académicos Roberto Arana, Enrique Gadow, A. Miguel Larguía y Víctor Pérez, y constituido en Jurado del Premio, ha elegido para este año el tema:

**“Enfermedades desatendidas y enfermedades transmitidas por vectores en la Argentina”,**  
*en homenaje al Académico Olindo Martino, recientemente fallecido.*

- Premio: \$70.000 (setenta mil pesos).
- Fecha límite de admisión de trabajos: 30/06/2018.
- Cupo: Participarán los primeros 20 trabajos que realicen la inscripción on-line.

### Informes e inscripción:

[www.swissmedical.com.ar/premio](http://www.swissmedical.com.ar/premio) *(Se recomienda utilizar Google Chrome)*



## *Nuevos Swiss Medical Center de los Arcos y Lomas de Zamora*

A mediados del mes de Mayo inauguró *Swiss Medical Center De Los Arcos*, un nuevo centro médico ambulatorio que se suma a los diez existentes en CABA y provincia de Buenos Aires.

Está ubicado a metros del Sanatorio de los Arcos y cuenta con cómodas instalaciones, prestigiosos profesionales y tecnología de avanzada para ofrecer atención ambulatoria en las siguientes especialidades:

- Neurología
- Neurología cognitiva y neuropsicología
- Epilepsia
- Movimientos anormales
- Neurología vascular
- Psiquiatría
- Neuroinmunología
- Patologías neuromusculares
- Neurocirugía adultos
- Neurocirugía pediátrica
- Electroencefalografía
- Potenciales evocados
- Electromiografía
- Velocidades de conducción nerviosa
- Evaluaciones cognitivas
- Evaluaciones neurolingüísticas
- Cardiología
- Cirugía esofágica
- Cirugía hepática
- Cirugía plástica reparadora
- Clínica médica
- Coloproctología
- Cirugía de cabeza y cuello
- Gastroenterología
- Hematología
- Hepatología
- Infectología
- Medicina del dolor
- Traumatología
- Traumatología infantil



**En el mes de febrero también abrió sus puertas Swiss Medical Center Lomas de Zamora**

Cuenta con las siguientes especialidades médicas:

- Cardiología
- Cirugía general
- Clínica médica
- Dermatología
- Enfermería
- Obstetricia
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Traumatología
- Urología

Ofrece *Estudios de Diagnóstico y atención odontológica integral* (Odontología general y pediátrica, Endodoncia, Ortodoncia, Periodoncia, cirugía odontológica y prótesis e implantes). Cuenta con un "Espacio mujer" donde se brinda atención ginecológica y estudios diagnósticos especializados (densitometría, ecografía mamaria y mamografía).

En Swiss Medical Center Lomas de Zamora también funcionan *consultorios de ART*.



**Swiss Medical Center De los Arcos** está ubicado en calle Guatemala 5455, CABA y el horario de atención es de Lunes a Viernes de 8 a 20 hs.

**Swiss Medical Center Lomas de Zamora** está ubicado en Vicente Oliden 141/151, Lomas de Zamora y su horario de atención es de Lunes a Viernes de 8 a 20 hs. y Sábados de 8 a 14 hs.

[www.swissmedicalcenter.com.ar](http://www.swissmedicalcenter.com.ar)

Para solicitar atención programada los asociados deben comunicarse con la *Central de Turnos al: 0810-333-8876*.

## Departamento de Docencia de Swiss Medical Group: actividad 2018

Directora General: **Dra. Adriana Gamba**

Directora del área de Investigación: **Dra. Patricia Saidón**

Jefe de Gestión del Comité de Docencia e Investigación: **Lic. Cecilia Bellocchio**

Coordinadora del área de Docencia Médica: **Dra. Raquel Rodríguez Nouche**

Asesor: **Dr. Carlos Bruno**

Coordinadora del área de Docencia Enfermería: **Lic. Gonzalo Ledesma**

Coordinador del Programa RCP: **Dr. Gustavo Ontiveros**

El Departamento de Docencia e Investigación de Swiss Medical Group tiene como objetivo promover la capacitación profesional a través de distintos programas y actividades. Asimismo, busca brindar un marco de seguridad, confidencialidad y calidad para la realización de actividades de investigación, tanto en las instituciones de Swiss Medical Group como en otras que soliciten la evaluación como Comité de Ética independiente.

### Área de Docencia y Desarrollo Profesional Continuo

Actualmente la propuesta de formación ofrecida por el área ofrece es:

#### Enfermería

- Curso de formación en Enfermería neonatal
- Curso integral del cuidado y manejo de las lesiones por humedad
- Cuidado crítico pediátrico
- Emergentología pediátrica
- Enfermería en urgencias y emergencias

Para el período 2018 se han programado diversas actividades (*ver tabla en la página siguiente*)

### Becas internas y de posgrado

#### Programa de becas internas

El Programa otorga becas para profesionales de Swiss Medical Group, representando una ayuda económica para los profesionales que asisten a congresos.

#### Programa de becas de posgrado

Las becas de posgrado son un entrenamiento para quienes deseen continuar el aprendizaje después de haber finalizado una residencia médica, o una concurrencia certificada con sistema de residencia. El Programa se encuentra basado fundamentalmente en el aprendizaje en el contexto de práctica que permite a los participantes adquirir el conocimiento a través de la reflexión sobre la actividad laboral de todos los días.

El contrato es por dos años con relación de dependencia, y para acceder al segundo año de la beca es condición pre-

sentar un trabajo de investigación. Abarca las siguientes especialidades:

- Cardiología de adultos
- Cardiología intervencionista adultos
- Cardiología pediátrica
- Clínica médica
- Electrofisiología de adultos
- Electrofisiología pediátrica
- Emergentología
- Residencia de Neurología
- Kinesiólogía cardio-respiratoria
- Neonatología
- Oftalmología, clínica y estudios diagnósticos
- Recuperación cardiovascular periférica pediátrica
- Ultrasonografía
- Terapia Intensiva del adulto
- Cardiopatías congénitas del adulto
- Traumatología

### Charlas a la comunidad

A través de estas actividades, el área de Docencia busca establecer vínculos con la comunidad y ejercer la responsabilidad de educar en la prevención sanitaria. Las charlas son ofrecidas por profesionales expertos de la propia red de Swiss Medical Group y tienen carácter gratuito, requiriendo inscripción previa.

La planificación para el corriente año es la siguiente:

- “Disciplina positiva para padres y educadores” a cargo de la Dra. Nora Zonis
- “Orientación para padres dirigida a la promoción de una sexualidad saludable en la adolescencia” coordinada por la Dra. Irene Melamed.
- “RCP en adultos y niños” a cargo del Dr. Gustavo Ontiveros.
- “Prevención de enfermedades cardiovasculares” coordinada por los Dres. Losada y Del Valle.
- “Vejez saludable y tercera edad ¿Resultados de una opción individual?” por la Dra. Adriana Natividad.
- “Cuidados al cuidador” como parte del Proyecto todo con vos
- “Taller sobre estrés, enfermedad y sufrimiento. ¿Podemos hacer algo para enfrentarlo?” coordinado por la Dra. Elizabeth Ventrice.

	ACTIVIDAD	COORDINA	INICIO Y FINALIZACIÓN	MODALIDAD	ENCUENTRO	AUDITORIO	DIRIGIDO A
CURSOS VIRTUALES	Capacitación Docente para profesionales de la salud	Dra. Rodriguez Nouche	Marzo a Noviembre	Mixta	Un único encuentro	Sanatorio de los Arcos	médicos - enfermería - kinesiólogos
	Habilidades Comunicacionales en Salud	Dra. Rodriguez Nouche y Lic. Mascaro	Abril a Noviembre	Mixta	Mensual	Sanatorio de los Arcos	prof salud Interdisciplinario
	Búsquedas bibliográficas y medicina basada en la evidencia	Dra. Quispe	6-ago	Virtual	N/A		médicos
	Aportes de la bioética para el desarrollo de mejores prácticas en salud	Dra. Melamed	Septiembre a Octubre	Virtual	N/A		prof salud Interdisciplinario
	Principios básicos para evaluación y tratamiento del dolor	Dr. Guaycochea	segundo semestre a confirmar	Virtual	N/A		médicos
JORNADAS	II Jornada Comité de Ética en Investigación	Dra. Saidon	1° de Agosto	Presencial	1 día	Sanatorio de los Arcos	prof salud Interdisciplinario
	XVI Pre Congreso de Cardiología	Dr. Bruno	17 de Octubre	Presencial	1 día	Sociedad Científica	prof salud Interdisciplinario
	Herramientas para la asistencia psicoemocional del paciente pediátrico	Lic. Micha	Agosto a Noviembre. De 18 a 20:30 hs.	Presencial	Semanal	Sanatorio de los Arcos	prof salud Interdisciplinario
CURSOS PRESENCIALES	Jurei - Actualización Clínica y Ecográfica en Salud Fetal	Dra. Crespo Dr. Votta	9 de Mayo. De 8 a 18 hs.	Presencial	1 día	Sanatorio de los Arcos	médicos - especialidad ecografía
	Jurei - Actualización en Ecografía Vasculat	Dr. Schulte Dr. Ponce	8 de Agosto. De 8 a 18 hs.	Presencial	1 día	Sanatorio de los Arcos	médicos - especialidad ecografía
	Jurei - Introducción a la Ecografía Músculoesquelética	Dr. Balboa	12 de Septiembre. De 13 a 18 hs.	Presencial	1 día	Sanatorio de los Arcos	médicos - especialidad ecografía
	Jurei - Actualización en Ecografía Mamaria	Dra. Weintraub	26 de Octubre. De 8 a 18 hs.	Presencial	1 día	Sanatorio de los Arcos	médicos - especialidad ecografía
	Introducción a la Bioestadística	Dr. Monteverde	Agosto a Noviembre. De 14 a 16 hs.	Presencial	Semanal	Clínica Zabala	prof salud Interdisciplinario
TALLER ATENEOS	Oncología	Dr. Aman	Martes de 12:30 a 14 hs.	Presencial	Semanal	Sanatorio Agote	médicos
	Cardiología	Dr. Bruno	Martes de 8:30 a 10 hs.	Presencial	Semanal	Sala anexa CEI	médicos
TALLER	Vía Aérea	Dra. Lesch	07/06   09/08 25/10   13/12 de 9 a 12 hs. y de 15 a 19 hs.	Presencial	Bimestral	Sanatorio de los Arcos	médicos - enfermería - kinesiólogos
CAPACITACIÓN RCP	BLS	Dr. Ontiveros	A coordinar. De 8:30 a 12:30 hs. y de 15 a 19 hs.	Presencial	DOCENCIA SMG		prof salud Interdisciplinario
	ACLS	Dr. Ontiveros	A coordinar. De 8:30 a 17 hs. y de 9 a 15 hs.	Presencial	DOCENCIA SMG		prof salud Interdisciplinario
	PALS	Dr. Ontiveros	A coordinar. De 8:30 a 17 hs. y de 9 a 15 hs.	Presencial	DOCENCIA SMG		prof salud Interdisciplinario



DEPARTAMENTO DE DOCENCIA  
E INVESTIGACIÓN

Gral. Mansilla 2513 - CABA.  
Contacto:  
Tel.: 011-4962-5911  
[http://www.swissmedical.com.ar/subsiti/docencia\\_investigacion/index.php](http://www.swissmedical.com.ar/subsiti/docencia_investigacion/index.php)



# 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 comparten y difunden análisis y definiciones surgidas de dichas reuniones.

### Biosimilares de Rituximab

#### Descripción

Los medicamentos biológicos constituyen grandes proteínas recombinantes, de estructura compleja, producidas o aisladas a partir de sistemas vivos.

A diferencia de un medicamento biológico, un medicamento biosimilar ha sido definido por la OMS y por la Unión Europea como: *“un producto bioterapéutico similar en términos de calidad, seguridad y eficacia a un producto bioterapéutico de referencia, ya comercializado”.*

Los biosimilares surgen en el mercado por varios factores, entre los que se destacan: el vencimiento de la protección de patentes de los medicamentos biológicos innovadores y la necesidad de reducir costos en el sistema de salud /gobiernos.

Se denomina biosimilitud cuando un producto biológico es similar al producto de referencia, a pesar de presentar diferencias menores en componentes inactivos, pero similitud clínica en cuanto a seguridad, pureza y efectividad. El registro de productos biosimilares está basado en regulaciones y normativas que establecen las agencias regulatorias de los distintos países así como la Organización Mundial de la Salud (OMS). En Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) estableció los requisitos y exigencias para el registro de especialidades medicinales de origen biológico, incluyendo hemoderivados, productos obtenidos por la vía del ADN recombinante, anticuerpos monoclonales (Disposiciones: 7075/11; 7729/11,y 3397/12.)

El rituximab es un anticuerpo monoclonal desarrollado por el Laboratorio Roche (aprobado por la ANMAT en 1998, cuyo nombre comercial es Mabthera®) indicado para el tratamiento de pacientes con linfoma folicular no hodgkin estadios III y IV que no hayan sido tratados previamente, leucemia linfática crónica, granulomatosis de Wegener, poliangiitis microscópica.y artritis reumatoidea con inadecuada respuesta a una o más drogas anti-TNF.

En Argentina se desarrolló el rituximab Novex® (Elea) habiendo sido aprobado

por la ANMAT como un producto genérico bioequivalente en el año 2013.



#### Evidencia disponible

No se encontraron publicados los resultados de ensayos clínicos que comparen efectividad y seguridad del uso de Novex® vs Mabthera® para las indicaciones autorizadas por ANMAT.

#### Conclusiones

- Los estudios clínicos que dieron lugar a la aprobación de rituximab han sido realizados con Mabthera® (Roche), siendo aprobado por ANMAT en 1998.
- Según las autorizaciones de ANMAT, Novex® es considerado un fármaco biosimilar de Mabthera. Sin embargo, no se hallaron estudios clínicos que evaluaran efectividad y seguridad de Novex®

#### Política de cobertura

Rituximab requiere evaluación de Auditoría Médica (AM) para su autorización. Se trata de un medicamento recuperable a través del Sistema Único de Reintegro de la Superintendencia de Servicios de Salud.



## La FDA aprueba Bictegravir (BIC) para el tratamiento de la infección por HIV en adolescentes y adultos

**Dr. Juan Carlos Cha Torea**

Médico infectólogo

Jefe de Políticas y Servicios Médicos

Gcia. de Servicios Médicos y Auditoría

Swiss Medical Medicina Privada

El 7 de febrero de 2018, la Food and Drug Administration (FDA) aprobó la comercialización de Biktarvy (bictegravir, emtricitabina y tenofovir alafenamida), una combinación de dosis fija indicada como un régimen para el tratamiento de la infección por HIV-1 en adultos naïve de tratamiento antirretroviral (ARV) o que reemplazan un régimen ARV en personas virológicamente suprimidas (carga viral <50 copias/mL) con un ARV estable durante al menos 3 meses, sin historia de falla de tratamiento y sin mutaciones asociadas con la resistencia a los componentes individuales de Biktarvy.<sup>1</sup>

BIC es un inhibidor de la integrasa del HIV-1 (II). Actúa sobre la transferencia de cadena de ADN viral en el genoma del huésped e inhibe la replicación del HIV-1. Es un II administrable una vez al día. Ha demostrado una potente actividad antiviral contra el HIV-2 y diversos subtipos de HIV de tipo salvaje, y sinergia combinado con otros ARV, incluidos tenofovir alafenamida (TAF), emtricitabina (FTC) y darunavir (DRV).

BIC tiene un mejor perfil de resistencia y mayor potencia que raltegravir (RAL), elvitegravir (EVG) y dolutegravir (DTG). Además, conserva una actividad completa contra virus aislados de pacientes con resistencia a los II después de una falla virológica en elvitegravir / cobicistat / emtricitabina / tenofovir DF (EVG / COBI / FTC / TDF; Stribild), así como contra virus resistentes a otras clases de antirretrovirales.<sup>2, 3</sup>

La guía para el uso de agentes ARV en adultos y adolescentes que viven con HIV de 2018 desarrollada por el Panel del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (DHHS) – Grupo de trabajo de la Oficina de Investigación del SIDA, sugiere 5 regímenes basados en II para la terapia inicial de la mayoría de los pacientes, a saber:

- (1) BIC / TAF / FTC
- (2) DTG / abacavir (ABC) / lamivudina (3TC)
- (3) DTG / TAF / FTC
- (4) EVG / COBI / FTC / TDF
- (5) RLV / TDF / FTC

Dos de ellos son mejores que los otros

tres: regímenes (1) -un solo comprimido- y (3) -dos píldoras-. Con las opciones (4) y (5), si ocurre una falla en el tratamiento, puede producirse resistencia a II y los inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa. La barrera de mayor resistencia de los tratamientos con (1) y (2) constituye una ventaja. Hasta el momento en los ensayos clínicos de la terapia triple con DLG y BIC, aún no ha habido casos de resistencia emergente del tratamiento.

El régimen (4) contiene COBI, un refuerzo farmacocinético con significativas interacciones medicamentosas. Sobre la opción (2), el riesgo cardiovascular de ABC se confirmó recientemente, requiere determinar el HLA-B5701 y no trata la hepatitis B. Un problema con RLV es que son dos píldoras y no se puede coformular. La opción (5) versus TDF, TAF sería más segura desde el punto de vista renal y óseo.

En clínica la elección dependerá de si es mejor una opción de un comprimido (BIC/TAF/FTC) o si son más importantes los datos clínicos y de la práctica a largo plazo (DTG/ABC/3TC).

### En nuestro país

Lo descrito es el futuro. Mientras tanto debemos prescribir tratamientos que estén incluidos en la Resolución 1561/2012 de la Superintendencia de Servicios de Salud (recupero S.U.R.)<sup>4</sup>

### REFERENCIAS

(1) <https://aidsinfo.nih.gov/drugs/570/bictegravir/0/profesional>

(2) Potent Activity of Bictegravir (BIC; GS-9883), a Novel Unboosted HIV-1 Integrase Strand Transfer Inhibitor (INSTI), Against Patient Isolates with INSTI-Resistance. American Society for Microbiology (ASM) Microbe; June 16-20, 2016. Disponible en: [http://www.natap.org/2016/HIV/062316\\_02.htm](http://www.natap.org/2016/HIV/062316_02.htm).

(3) Bictegravir (GS-9883), a Novel HIV-1 Integrase Strand Transfer Inhibitor (INSTI) with Optimized In Vitro Resistance Profile; National AIDS Treatment Advocacy Project (NATAP); HIV Articles; 2016. Disponible en: [http://www.natap.org/2016/HIV/062016\\_03.htm](http://www.natap.org/2016/HIV/062016_03.htm)

(4) SSS, Res. 1561/2012. [www.sssalud.gob.ar/novedades/archivos/documentos/2012120501N.pdf](http://www.sssalud.gob.ar/novedades/archivos/documentos/2012120501N.pdf)

## Hemorragia postparto: resultados maternos a partir de la incorporación de acciones de gestión institucional

**Dr. Sebastián Alessandria**

Médico obstetra

Coordinador Médico

**Dr. Leonardo Mezzabotta**

Médico obstetra

Jefe Médico

Servicio de Obstetricia

Sanatorio De Los Arcos

La hemorragia postparto (HPP) es la pérdida hemática > 500 ml postparto o 1.000 ml post cesárea. El diagnóstico es inicialmente clínico y se basa en la cuantificación visual de la hemorragia y en el estado hemodinámico de la paciente. La misma está asociada a morbilidad materna severa, mortalidad materna e ingreso a Unidad de Terapia Intensiva.

### Nuestra experiencia: estrategias para reducir la morbimortalidad materna por HPP

De acuerdo a una serie que incluye 36.179 pacientes atendidas en DLA y CYMSA en el período comprendido entre los años 2012 y 2015, se observó que la incidencia de HPP en las clínicas propias fue del 0.72% (n: 260), lo que equivale a una HPP cada 3 – 4 días, correspondiendo a la mitad de las internaciones obstétricas en UTI.

A partir de éste estado de situación, los Servicios de Obstetricia de SMG, en conjunto con el Departamento de Docencia y la Gerencia de Riesgo, desarrollaron diversas estrategias con el objetivo de reducir la morbimortalidad materna asociada a la HPP:

- Guía de Práctica Clínica de HPP.
- Jornadas de HPP: de frecuencia anual, se realizan desde el año 2015 y están dirigidas a los equipos externos y médicos propios. El objetivo es brindar capacitación en cirugía de conservación uterina y el uso de hemostáticos de contacto, fortaleciendo la adherencia a las Guías de Práctica Clínica propias.
- Talleres de Enfermería: se llevan a cabo en el marco de la capacitación continua del

personal incluyendo, entre sus temas, las emergencias obstétricas. Su objetivo es optimizar el diagnóstico precoz de la HPP. d) Equipos institucionales en sanatorios propios: integrado por médicos obstetras de DLA y CYMSA, bajo la supervisión de los jefes de los Servicios de Obstetricia.

### Resultados

Se comparó una serie inicial (n: 7236) correspondiente a los primeros años del Servicio de Obstetricia de DLA (2007–2010) con otra serie a partir de la implementación de las diferentes estrategias descritas incluyendo el período 2014-2017 (n: 15.300). En cada grupo se determinó el número de HPP, siendo para el grupo 1, 55 pacientes y para el grupo 2, 111 pacientes. En cada uno de estos dos grupos se analizaron los siguientes resultados: % de ingreso a UTI, mortalidad materna, % histerectomía, % sutura hemostática, % balón hemostático de Bakri, % embolización selectiva uterina. Se consideraron también las causas prevalentes: atonía uterina y acretismo placentario (ver tabla).

### Conclusiones

La tasa de HPP y el ingreso a UTI fue similar en los dos períodos analizados. Dentro de las causas asociadas a su aparición, hemos observado una disminución en la tasa de atonía y un marcado aumento en la incidencia de acretismo. Las intervenciones desarrolladas entre ambos períodos de estudio (talleres de capacitación, guía de práctica clínica, equipo institucional de HPP y tratamiento multidisciplinario) llevaron a una reducción de la tasa de histerectomía asociada a la HPP a expensas de un aumento en los tratamientos conservadores: suturas y balón hemostático. La menor reducción en la embolización uterina y la tasa similar de ingreso a UTI se asocian al aumento del acretismo placentario en el segundo período debido a la mayor derivación de éstas pacientes a nuestra institución. La reducción del daño asociado a la HPP (histerectomía 32.7% al 13.6%) reduce en una menor morbimortalidad materna, reduciendo el riesgo médico legal y el costo de atención y mejorando significativamente la calidad de la misma.

	GRUPO 1 N=7.236	GRUPO 2 N=15.300
HPP	55 (0.75%)	111 (0.72%)
Ingreso UTI/HPP	29/ 55 (52.7%)	64/ 111 (57.6%)
MM/HPP	0	0
Histerectomía/HPP	18/ 55 (32.7%)	15/ 111 (13.6%)
Sutura Hemostática/HPP	3/ 55 (5,5%)	41/ 111 (37%)
Balón Bakri/HPP	1/ 55 (1.8%)	20/ 111 (18%)
Embolización/ HPP	13/ 55 (24%)	15/ 111 (13.5%)
Atonía/HPP	42/ 55 (51%)	28/ 111 (32%)
Acretismo/HPP	7/55 (9%)	51/ 111 (58%)

## Líneas de trabajo para la formación de recursos de Enfermería en nuestro país

**Lic. Silvia Wesenack**

Líder Proyecto Escuela de Enfermería  
Swiss Medical Group

Dentro del equipo de Salud, la Enfermería tiene una importante representatividad. Es su actividad un factor decisivo en la producción de transformaciones hacia mejores servicios que respondan a las necesidades de la población.

Según datos aportados por el Banco Mundial se requieren 4 enfermeros por cada médico. Actualmente en nuestro país la relación es casi inversa, lo cual determina un faltante de alrededor de 50.000 profesionales, sin tener en cuenta la gran población de los mismos que en breve pasarán al sector pasivo.

### Apuntes para comprender el problema

El déficit de recursos de Enfermería capacitados es una problemática a nivel mundial, y en Argentina no escapamos a esta realidad. Una posible explicación es la ausencia histórica de incentivos para ingresar y permanecer en la profesión, así como de políticas estructurales que eleven las condiciones laborales de los trabajadores de la Salud en general, y, en particular, de los enfermeros.

Si bien en la última década hubo un incremento en la cantidad de alumnos que ingresan a la carrera, también se mantiene un elevado índice de deserción, superior al 50% en los primeros años de estudio. Las investigaciones sobre los motivos que producen el abandono total o parcial de los estudios dan cuenta de factores relacionados a:

Las instituciones formadoras:

- Prácticas didácticas inadecuadas.
- Falta de actualización de los docentes.
- Equipamiento inadecuado.
- Dificultades en la articulación con el sistema de Salud para la realización de las prácticas profesionalizantes.

Las dificultades de los estudiantes en relación con:

- Formación académica previa y nivel de aprendizaje adquirido.
- Falta de conocimiento sobre el alcance y las características de la carrera.
- Las exigencias específicas de las carreras

de Salud.

- Otros factores tales como: género, edad, vulnerabilidad socioeconómica, nivel educativo de los padres, condición laboral, etc.

### Líneas de trabajo

Existen líneas de trabajo para dar respuesta a la problemática y aumentar el número de enfermeros formados anualmente. En este sentido, durante 2016, el Ministerio de Salud, Educación y Deportes de la Nación convocó a Swiss Medical Group, entre otras instituciones, para participar del Programa Nacional de Formación de Enfermería (PRONAFE) cuya meta es la formación de 50.000 enfermeros hasta el 2020.

El aporte del sector privado a dicho programa está centrado en generar y/o potenciar prácticas y canales de comunicación que faciliten la difusión de la carrera técnica de Enfermería como una opción de formación y salida laboral en el segmento de alumnos del secundario a nivel nacional. Además, ofrecer los centros privados como opción para las prácticas en los primeros años de la tecnicatura (sumándose a los centros estatales) puede contribuir a lograr la fidelización de los alumnos, disminuyendo la deserción académica. De este modo, se fortalece el vínculo entre las instituciones formadoras y las instituciones de salud, sumado a los incentivos (becas de estudio para los estudiantes de Enfermería) que brinda el Estado.

Mantener estos ejes de trabajo e investigar otras posibilidades es central para dar un vuelco a la realidad de Enfermería en nuestro medio. Considero esta iniciativa beneficiosa y un gran adelanto ante las necesidades planteadas.

### Hacer visible la Enfermería

Trabajar para hacer visible la Enfermería, implica prestigiarla a partir de la difusión de su rol para la sociedad en general, dando a conocer los pilares en los que sostiene su práctica y su campo de acción, que se amplían permanentemente frente a las nuevas tecnologías e investigación. Ello seguramente contribuirá a sumar aspirantes con vocación de servicio que abracen la profesión como opción de estudio.



## Ley de Dislexia: implicancias de la reglamentación

**Dra. Virginia Versacci**

Abogada

Legales

Swiss Medical Medicina Privada

El pasado 11 de abril del corriente, mediante el Decreto 289/2018, entró en vigencia la reglamentación de la Ley de Dislexia N 27.306, cuyo objetivo principal es el de *garantizar el derecho constitucional a la educación de aquellas personas que presenten dificultades específicas del aprendizaje (DEA)*.

La Ley está declarada de interés nacional tanto en lo relativo al abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan DEA como también en lo referido a la formación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento, difusión y acceso a las prestaciones.

### Dificultades específicas del aprendizaje

Las DEA son definidas en la misma normativa como *alteraciones de base neurológica, que afectan a los procesos cognitivos relacionados con el lenguaje, la lectura, la escritura y/o el cálculo matemático, sean éstas de cualquier grado de implicancia en el ámbito escolar*.

### Novedades de la reglamentación

Una de las novedades incorporadas por la reglamentación es la disposición del *Ministerio de Educación como Autoridad de Aplicación de la ley*. Este organismo será el encargado de establecer los medios para la detección temprana de las necesidades educativas, capacitar a los docentes, planificar la formación de los recursos humanos y realizar la adaptación curricular. Con el objetivo de poner a las personas que presentan DEA en igualdad de condiciones frente al derecho a la educación y a fin de garantizar el acceso al currículum común, tendrá en cuenta la priorización de la oralidad (en la enseñanza de los contenidos y las evaluaciones), el otorgamiento de mayor tiempo para la realización de las tareas y las evaluaciones, evitará las exposiciones innecesarias de los alumnos en cuestión frente a sus compañeros, ajustarán procesos de evaluación adaptados a los casos particulares, entre otras acciones. Este Ministerio tendrá como colaborador permanente al Consejo Federal de Educación.

Por su parte, el *Consejo Federal de Salud*, conforme surge del artículo 8 de la pre-

sente ley, *deberá impulsar los procedimientos de detección temprana y diagnóstico de las DEA y deberá determinar las prestaciones necesarias para el abordaje integral e interdisciplinario*, que se actualizarán toda vez que el avance de la ciencia lo amerite. La reglamentación reciente agrega que estas acciones se efectuarán mediante un esquema de trabajo que las instituciones correspondientes se comprometen a diagramar en un plazo razonable, respetando los criterios de la medicina basada en la evidencia, eficacia, eficiencia, costo efectividad y los estándares internacionales en la materia.



*La reglamentación de ley implica el abordaje integral e interdisciplinario de las personas con DEA tanto desde el ámbito escolar como también desde la cobertura del sector de la salud.*

### Cobertura prestacional

Todas las prestaciones necesarias para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento quedan incorporadas al PMO. Por el momento, se aguarda que el Consejo Federal de Salud establezca los procedimientos de detección temprana y diagnóstico y determine cuáles serán aquellas prestaciones para este abordaje, el cual se vislumbra no tendrá techo ya que deberá actualizarse en función de los progresos de la ciencia.

## *Agnódice, la ginecóloga disfrazada de hombre*

**Lic. Alma Vanina Estrella**  
Editora de Publicaciones  
Gcia. de Servicios Médicos y  
Auditoría  
Swiss Medical Medicina Privada

La historia de Agnódice nos llega contada por el autor romano Gaius Julius Hyginus (siglo I a. C.) en sus "Fabulae". Si bien en la actualidad algunos investigadores ponen en duda que se trate de una figura histórica real, en sus inicios esta leyenda fue considerada verídica, valiéndole el título de primera médica de la historia y constituyendo un precedente para la historia de la Ginecología.

### **Las mujeres y la Medicina en la antigüedad**

En la antigua sociedad ateniense, las mujeres podían encargarse del cuidado de los enfermos e investigar el funcionamiento del cuerpo y las causas de las enfermedades, ser parteras y ayudar en el alumbramiento, pero no podían ejercer la Medicina, practicarla podía significarles ser condenadas a muerte.

*En la Grecia del siglo IV a. C. las mujeres eran consideradas como menores de edad, no poseían derechos jurídicos ni políticos y debían permanecer bajo la autoridad de un tutor (padre, esposo o hijo varón) durante toda su vida.*

### **Una joven de clase alta disfrazada de hombre**

Agnódice nace a mediados del siglo IV a. C. en la ciudad de Atenas, en una familia de clase alta. Con el consentimiento y apoyo de su padre se traslada a Alejandría para estudiar Medicina con los más renombrados médicos de la época. Para ello tuvo que adoptar la forma masculina: se cortó el pelo, vendó sus pechos y se vistió como hombre. Y así se convirtió en la primera mujer ginecóloga de la que se tiene noticia.



*La historia de Agnódice fue llevada a la literatura a través de una novela histórica "El faro de Alejandría," escrita por Gilliam Bradshaw.*

### **Regreso a Atenas y juicio**

Al finalizar sus estudios, regresa a Atenas, donde, para ejercer como ginecóloga y obstetra, debió seguir vistiendo y comportándose como un hombre. Sólo delante de sus pacientes, revelaba su condición de mujer para que éstas se pudieran sentir cómodas, hecho que hizo crecer tanto su fama que gran parte de las atenienses sólo quisieron ser atendidas por ella.

Sus colegas deciden entonces desprestigiarla a través de rumores y falsos testimonios, acusándola de abuso sexual con penetración a dos pacientes, por lo que es llevada a juicio en el Areópago y condenada a muerte por haber ejercido la Medicina.

### **Defensa y desnudez de Agnódice**

Ante estos hechos, Agnódice se defiende diciendo: "Cuando aquellas mujeres sobornadas por mis envidiosos compañeros médicos hacen falsa declaración de violación, me veo en la obligación de revelar mi verdadera identidad de mujer. Esta es la prueba de que mentís" y quitándose la túnica muestra su sexo a la vista del tribunal. El escándalo fue enorme. Una multitud de mujeres atenienses de todas las clases sociales se concentró proponiendo morir con ella si era condenada y ejecutada. Según el relato de Hyginus, las mujeres increparon a los magistrados diciéndoles: "vosotros hombres no sois esposos sino enemigos, ya que condenáis a quien descubrió la salud para nosotras" "Si ella no puede acercarse a nuestros cuerpos enfermos, tampoco lo haréis vosotros a nuestros cuerpos sanos". Ante esta presión, Agnódice es absuelta y se le permite el ejercicio de la Medicina en Atenas: *deberá hacerlo vestida y peinada como mujer.*

### **La Medicina después de ella**

El juicio de Agnódice provocó que se modificaran las leyes atenienses permitiendo a las mujeres estudiar y ejercer la Medicina. Las parteras o comadronas atenderían los partos sencillos, pero llamarían al médico si surgían complicaciones y, por otro lado, las ginecólogas serían expertas en las enfermedades propias de las mujeres.

## Caleidoscopio

\*

**COLUMNISTA INVITADO: Dr. Eduardo Cerdá**  
*Médico legista*  
*Director Médico*  
*Swiss Medical ART*

Desde el año 2010, el **Taller de Teatro de Swiss Medical Group** es un espacio en el que colaboradores de las diferentes Unidades de Negocio se encuentran una vez por semana a compartir su pasión por el teatro.

La propuesta fue ideada y coordinada por los Dres. Eduardo Cerdá, Director Médico de SMG ART y Juan Emilio Vidales, Director Médico de ECCO. Actualmente, la maestra de teatro es la Lic. Sandra Vignera, perteneciente al área de Informática Médica.

En palabras del Dr. Cerdá, participar del taller de teatro significa participar en la construcción de un espacio que también es un lugar donde jugar a ser, donde tra-

bajar en forma grupal e individual, la voz, el cuerpo. Y asumir el objetivo de explorar y probar siempre.

La dinámica del taller involucra juegos, lecturas e improvisaciones, a través de las cuales se van desarrollando durante el año las diferentes puestas, que culminarán en la muestra anual del taller. Desde la coordinación se realiza un diagnóstico del grupo y se busca conducir el proceso de aprendizaje creando un clima adecuado de trabajo y respeto de cada uno de los integrantes y de sus procesos individuales. *Para nosotros son fundamentales la confianza en el trabajo, incentivar el aprendizaje y el compromiso. Por eso trabajamos para estimular y orientar al*

*grupo, considerando que los protagonistas del proceso de enseñanza-aprendizaje son los alumnos.*

La puesta en escena es el resultado del esfuerzo de todos y compartir su éxito es el regalo más deseado, por eso cada muestra anual del taller es la posibilidad de dar a conocer un año intenso de trabajo y compromiso en torno al amor por el teatro.

*Hacemos teatro porque creemos profundamente que contribuye al desarrollo global de la persona, del cuerpo y de la mente, así como en la posibilidad de conseguir una mejor expresión de nuestros deseos, ideas y sentimientos.*



“La capacidad de gestar y partir símbolos, el echar a volar imágenes, el crear y recrear espacios de fábula y a la vez sentirse dueño de tanta creación, le permite al hombre desenterrar y hacer germinar la riqueza interior tan profunda, como solamente lo puede hacer aquel que se aventura a adentrarse en el mágico juego de lo imaginario.”

(Brites de Vila, G. y Müller, M., 1990)



Imágenes de la Muestra de Teatro SMG del pasado 21 de noviembre de 2017 en la Sala Pablo Neruda del Paseo La Plaza ante más de 400 espectadores.





**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](mailto:aequalis@swissmedical.com.ar)