

# AEQUALIS

Actualización, análisis y comunicación en salud

N 9

marzo - abril - mayo 2011 | año 5



Una publicación de



SWISS MEDICAL  
MEDICINA PRIVADA





# Editorial \*

*“Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo”.*

***Benjamin Franklin***

## **Estimado lector**

En este número de *Æqualis* destacamos el comentario de un artículo del profesor Michael Porter, quien reflexiona –una vez más- sobre el concepto de valor en salud.

Como industria y como sociedad también nosotros nos debemos una reflexión sobre el valor de los servicios de salud. Esto implica poder pensar más allá de nuestros cotidianos “malabarismos” para intentar satisfacer las demandas infinitas de los cuidados de la salud con una oferta finita de servicios. Todo ello en el marco de las exigencias de las entidades reguladoras, de las recomendaciones científicas, los dilemas bioéticos y la desinformación masiva.

Tal vez convenga empezar por entender que todos estamos implicados en el mismo juego; un juego, ciertamente, bastante serio (de hecho, de vida o muerte), donde el individualismo no suma sino que, por el contrario, resta mucho. Nos resta perspectiva, unidad, integración, sinergia, eficiencia, ahorro, satisfacción y en definitiva, valor para los pacientes.

El paso siguiente, deberíamos darlo en el sentido de alcanzar una visión estratégica de alto nivel, compartida entre todos los implicados y la sociedad en su conjunto; un marco de referencia que represente todos los intereses actualmente desintegrados; en suma, un plan maestro a partir del cual ordenadamente crecer.

Eventualmente, con la madurez que nos brinde haber recorrido ese camino, podremos medir y retribuir a los actores del sistema de acuerdo al valor entregado a los pacientes; podremos competir en calidad, resultados y eficiencia. De esa manera, contribuiremos a crear un sistema solidario e integrado de salud.

Cordialmente,

***Dr. Pablo Bonelli***  
*Director Médico*  
*Swiss Medical Medicina Privada*

# SUMARIO

- 3 Editorial.
  - 5 Comentario de artículos.
  - 12 Caso clínico.
  - 13 Evaluación de tecnologías sanitarias.
  - 14 Eventos.
  - 16 Noticias institucionales.
  - 17 Alerta farmacológica.
  - 18 Programas médicos.
  - 20 Medicina legal.
  - 21 Historia de la medicina.
  - 22 Sección cultural.
- Presidente: Dr. Claudio Belocopitt
  - Gerente General: Dr. Miguel Blanco
  - Director Médico: Dr. Pablo Bonelli
  - Editora: Lic. Alma Vanina Estrella
  - Consejo editorial: Dra. Maria Virginia Meza, Dra. Mercedes Manzioni, Dra. Edna Bradichansky, Dr. Ricardo Watman.
  - Colaboran en este número: Dr. Pablo Bonelli, Dra. Edna Bradichansky, Dr. Horacio Canto, Farm. Laura Cittadino, Dra. Carla Cucurell, Dr. Daniel Ferrante, Lic. Romina Galdós, Dr. Gabriel Kohan, Lic. Yesica Mastrodonato, Dr. Leonardo Mezzabotta, Dr. Santiago Moreno, Dra. Ana Pedraza, Dra. Florencia Scattini, Dra. Natalia Tassara, Lic. Luciana Tromba, Dr. Ricardo Watman.
  - 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. Propietario: Swiss Medical S.A. Director: Dr. Pablo Bonelli. 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 2011 en los talleres gráficos de PUNTHUAL S.R.L. José León Suárez 3.256. C.A.B.A. CP: C1440EZJ. Tirada de esta edición: 2.000 ejemplares.

## Artista de tapa \*

### Jorge Abot

Nació en Buenos Aires en 1941. Es licenciado en Sociología por la Universidad de Buenos Aires y estudió dibujo y pintura con Demetrio Urruchúa. La imagen de tapa de este número se titula "Aguas amarillas" (técnica mixta sobre tela, 1,25 m x 1,94 m) y corresponde a 2010.

Desde 1969, fecha de su primera exposición individual, el artista ha realizado más de 40 exposiciones individuales y participado en más de 100 exposiciones colectivas, la mayoría de ellas en capitales europeas: Madrid, Santander, Barcelona, París, Múnich, Düsseldorf.

Ha estado radicado en Madrid durante trece años, en ese período se especializó en Diseño y Comunicación Visual; alternando la pintura con la docencia.

Desde 1990 reside en Argentina. Entre las exposiciones individuales que ha realizado en el país, se encuentran las de Sociedad Argentina de Artistas Plásticos, Galería Van Riel, Museo de Arte Contemporáneo Latinoamericano (MACLA), Centro Cultural Recoleta, Centro Cultural Borges y Galería Palatina.

Sus obras forman parte de diversas colecciones privadas e instituciones de América y Europa, entre las que se pueden mencionar: Museo de Arte Contemporáneo de León (España), Palacio de Congresos y Exposiciones, Madrid (España), Museo Internacional de Arte, Palacio de África (Malabo, Guinea Ecuatorial), Chase Manhattan Bank (EEUU), Comisión Nacional de Energía Atómica, MACLA, Museo Eduardo Sívori, MAC-Museo de Arte Contemporáneo de Salta.

Su producción está compuesta por pinturas y esculturas, y su técnica combina principalmente óleo y collage sobre tela, papel o cartón. En sus obras integra restos de objetos hallados o de materiales en desuso, tales como partituras musicales o periódicos antiguos, con los que les aporta diversas texturas e imágenes.

Para ver más: <http://jorgeabot.com.ar>



## Fluoxetina para recuperación motora luego de un ACV isquémico: un estudio randomizado controlado con placebo

*Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke (FLAME): a randomised placebo-controlled trial, Lancet Neurology 2011; Volume 10, Issue 2, Pages 123 - 130. DOI:10.1016/S1474-4422(10)70314-8*

**Dra. Natalia Tassara**

Médica

Jefe Dto. de Gestión de Casos

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

La recuperación espontánea de las funciones neurológicas del cerebro dañado se asocia a una extensa reorganización cerebral. Algunos estudios sugieren que los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) poseen un efecto neuroprotector y promueven la neurogénesis mejorando la plasticidad neuronal luego de un ACV isquémico, reduciendo así el déficit neurológico residual y la subsecuente discapacidad. En el estudio FLAME, investigadores de nueve centros de referencia franceses, se propusieron testear si el tratamiento con fluoxetina durante tres meses, podría mejorar la recuperación de las funciones motoras luego de un ACV isquémico.

### Diseño del estudio

FLAME es un estudio randomizado, doble ciego, controlado con placebo. Se enrolaron 118 pacientes entre 18 y 85 años de edad, que en los 5 a 10 días previos a la inclusión, sufrieron un ACV isquémico causante de hemiplejía o hemiparesia.

Los mismos fueron randomizados a recibir fluoxetina (20 mg/día VO; N= 59) o placebo (N= 59) durante 90 días. Todos recibieron tratamiento fisio-kinésico. El outcome primario fue

el cambio en el score FMMS luego de 90 días de tratamiento (FMMS: Fugl-Meyer Motor Scale, instrumento de evaluación cuantitativa para la medición de la recuperación sensorio motora luego de un ACV y cuyo rango va de 0: hemiplejía flácida, a 100: movimientos normales). Como punto de partida, todos los pacientes incluidos en el estudio tenían un score de 55 o menor, correspondiendo un cambio de 12 puntos en la escala a una recuperación total de 6 funciones o a una parcial en 12 funciones. El análisis estadístico fue ajustado por centro, edad de los pacientes, historia de ACV y el FFMS score del paciente al momento de la inclusión. Outcomes secundarios incluyeron la medición de mejoras en otras escalas (NIHSS<sup>1</sup>, escala de Rankin modificada, y MADRS<sup>2</sup>).

### Principales resultados

La mejora en la escala FMMS luego de 90 días de tratamiento, fue significativamente mayor en el grupo que recibió fluoxetina (media ajustada de 34 puntos [IC 95%; 29.7-38.4]) que en el que recibió placebo (24.3 puntos [IC 95%; 19.9-28.7; p=0.003]).

### Conclusión

Los investigadores concluyeron que en pacientes con stroke isquémico y déficit motor moderado a severo, la prescripción temprana de fluoxetina junto a fisioterapia, mejora la recuperación motora luego de tres meses de tratamiento. Asimismo, sostienen que la modulación de la plasticidad cerebral espontánea mediante la utilización de drogas representa un camino promisorio para el tratamiento de pacientes con déficit motor post ACV isquémico.

### Comentario

El ACV, isquémico o hemorrágico, representa un serio problema de salud a nivel mundial. Aunque la tasa de mortalidad asociada al stroke ha descendido en los 10 últimos años, su incidencia se ha incrementado. Solo en Estados Unidos, alrededor de 610.000 personas por año sufren un ACV por primera vez, siendo una de las causas más importantes de discapacidad permanente y un evento que modifica sustancialmente la calidad de vida tanto de los pacientes como de su entorno familiar y social.

La fluoxetina es un IRSS y el primer agente antidepressivo utilizado de este grupo. Varios estudios -tanto en animales como en seres humanos- sugieren que su capacidad de aumentar la disponibilidad de serotonina en la biofase, potenciaría la neurogénesis y los procesos de neuroplasticidad.

Si bien el estudio FLAME presenta varias limitaciones, tales como la inclusión de un número bajo de pacientes, el tiempo relativamente corto de seguimiento y probablemente algún factor de confusión como el efecto antidepressivo propio de la fluoxetina y la utilización de fibrinolíticos en algunos pacientes, contribuye a la investigación de las propiedades de neuromodulación que podrían tener la fluoxetina u otros IRSS, mejorando la posibilidad de rehabilitación de los pacientes post stroke isquémico.

<sup>1</sup> National Institutes of Health stroke scale.

<sup>2</sup> Montgomery Asberg depression rating scale.

# Índice de masa corporal y mortalidad: revisión sistemática de 1,4 millones de participantes

*Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults, N Engl J Med 2010; 363:2211-9.*

## **Dr. Daniel Ferrante**

*Master in Clinical Trials, London School of Hygiene and Public Health, Master en Efectividad Clínica, Master en Bioestadística, asesor OMS Coordinador Área de Investigación Clínica Swiss Medical Group*

Alrededor de la mitad de la población de países desarrollados y de muchos países en vías de desarrollo, presenta exceso de peso corporal. Aunque existe evidencia consistente sobre el aumento del riesgo de enfermedad coronaria, cerebrovascular y algunos tipos de cáncer por el incremento del índice de masa corporal (IMC), la fuerza de la asociación entre éste y la mortalidad por todas las causas restantes, no es clara.

Los autores analizaron estudios prospectivos, totalizando 1.46 millones de participantes, planteándose como interrogantes la asociación entre el IMC y la mortalidad, evaluando también, si existe un efecto diferencial del exceso de peso en la mortalidad de acuerdo al status de fumador y otras condiciones de base.

### **Diseño y objetivos del estudio**

Se realizó un metaanálisis de 19 estudios de cohorte de la National Cancer Institute Cohort Consortium. Los estudios debían presentar al menos 5 años de seguimiento –con inicio en 1.970 o más reciente- y al menos 1.000 muertes de personas blancas no hispanas.

Para todos los estudios se estandarizó la definición de categorías de IMC, status de fumador, diagnósticos de comorbilidades y otras variables. Se analizaron categorías IMC (15.0 a 18.4, 18.5 a 19.9, 20.0 a 22.4, 22.5 a 24.9, 25.0 a 27.4, 27.5 a 29.9, 30.0 a 34.9, 35.0 a 39.9, y 40.0 a 49.9) y su asociación con mortalidad en el seguimiento, controlando por edad, ingesta de alcohol, actividad física y estado civil. La categoría de IMC de 22.5 a 24.9 fue considerada como referencia. Los análisis también se realizaron en subgrupos de acuerdo al status de fumador.

El objetivo principal fue evaluar el rango óptimo de IMC asociado a una menor mortalidad y proveer estimaciones de riesgo para sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida, ajustando por potenciales variables de confusión, como tabaquismo y comorbilidades.

### **Principales resultados**

La mortalidad por todas las causas fue menor para un IMC entre 22.5 a 24.9. Al excluir a participantes fumadores o ex fumadores, con enfermedad cardíaca o cáncer al inicio del seguimiento, el riesgo de muerte por presentar un IMC mayor a 25 fue aún mayor que en la población total. Entre las personas que nunca fumaron, el menor riesgo se observó para valores de IMC entre 20 a 24.9. Las mujeres nunca fumadoras, presentaron un hazard ratio\* de 1.13 para sobrepeso (IMC 24 a 29.9), 1.44 para obesidad clase I (IMC 30 a 34.9), 1.88 para obesidad clase II (IMC 35 a 39.9) y 2.51 para obesidad clase III (IMC 40 a 49.9). Se observaron resultados similares para hombres. A partir de un IMC de 25, se observó un incremento lineal del riesgo hasta un IMC corporal de 40. Al analizar el

IMC como una variable continua, cada 5 puntos de incremento se producía un incremento del 31% en la mortalidad dentro del rango de 25 a 49.9.

El riesgo fue mayor si el sobrepeso o la obesidad se presentaba a menor edad. También se observó una mayor mortalidad para IMC menor a 20. Las causas de muerte más frecuentes asociadas a IMC mayores a 25 fueron los motivos cardiovasculares. La mayor mortalidad por bajos IMC fue a expensas de otras enfermedades.

### **Conclusión**

El sobrepeso y la obesidad (y posiblemente el bajo peso) están asociados con un incremento de la mortalidad por todas las causas. La mortalidad es menor con IMC entre 20 y 24.9.

### **Comentario**

La asociación entre IMC y mortalidad se mantuvo en forma independiente de otras comorbilidades y factores de riesgo. La fuerza de la asociación y el efecto fueron mayores a lo esperado, dado que en el seguimiento prolongado la asociación se fortaleció. Sin embargo, la asociación entre bajo peso y mortalidad, sí puede estar atribuida en parte a otras comorbilidades.

En nuestro país, las llamadas enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, diabetes y respiratorias) explican la mayor parte de la morbimortalidad. Esta realidad no escapa a lo que se observa en la mayoría de los países en vías de desarrollo, donde se estima que para 2020 ocurrirán el 75% de las muertes mundiales por estas causas.

A través de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en 2005<sup>1</sup>, se obtuvieron por primera vez estimaciones de la prevalencia de

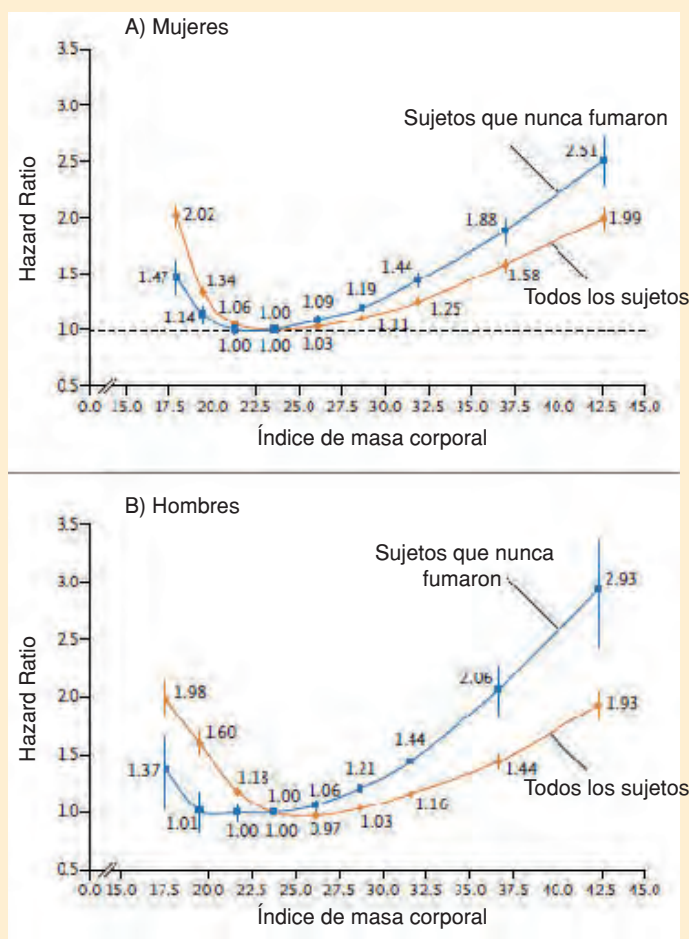
# Comentario de artículos

obesidad: el 14,6% de los argentinos mayores de 18 años presentaba obesidad (IMC igual o mayor a 30). La misma encuesta se realizó entre 2009 y 2010, y en tan sólo 4 años, mostró que la obesidad llegó al 18%. Algunas posibles razones podrían incluir el aumento del sedentarismo (46,2% a 54,9%) y una reducción del consumo diario de verduras (40% a 37,6%) observándose en especial en poblaciones más desfavorecidas. A pesar de la gran importancia que tienen acciones de promoción de la salud, tales como regulación de la oferta y demanda de alimentos-comedores y kioscos saludables en escuelas y lugares de trabajo, regulación de la industria alimentaria-, mejora del acceso a lugares para realizar actividad física o promoción del transporte público y activo, aún son escasas las experiencias exitosas a nivel poblacional en diversos países. Si bien Argentina cuenta con una Ley de Obesidad -que hasta el momento se ha focalizado en garantizar las prestaciones médicas- es esperable que en el futuro se prioricen también las acciones de salud pública que impacten en los determinantes sociales de este problema, contribuyendo de una manera más costoefectiva a detener esta epidemia.

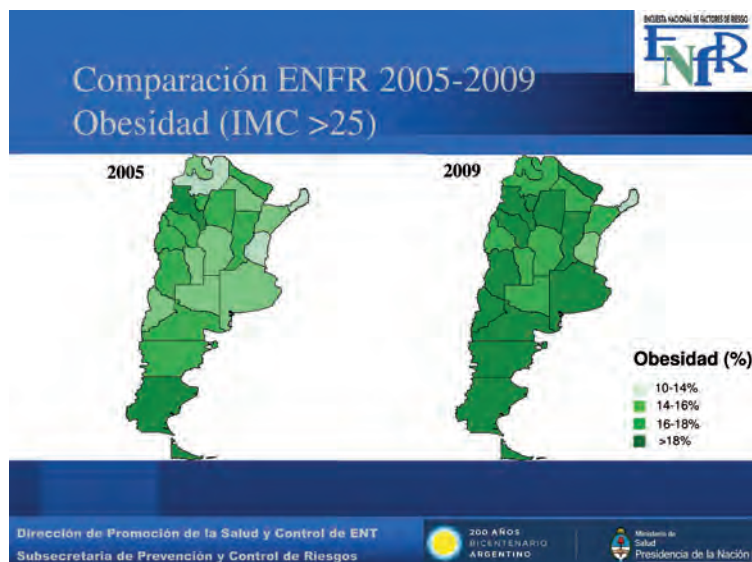
## Referencias

- <sup>1</sup> Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Resumen ejecutivo. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/ent>
- \* Bridging the Evidence Gap in Obesity Prevention: A Framework to Inform Decision Making. Institute of Medicine, 2010. Disponible en <http://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/2010/Bridging-the-Evidence-Gap-in-Obesity-Prevention/Bridging%20the%20Evidence%20Gap%202010%20%20Report%20Brief.pdf>

**Hazard Ratios estimados de mortalidad por cualquier causa, de acuerdo al IMC para todos los participantes del estudio y de sujetos sanos que nunca fumaron.**



\* El "Hazard Ratio" cuantifica la relación de riesgo entre grupos. Por ejemplo, un hazard ratio de 1.50 comparando por ejemplo, el grupo de peso normal (de referencia) vs. el grupo con obesidad, significa que el grupo de mayor riesgo tiene un 50% más chance de tener un evento que el otro grupo de referencia.



## Hipoglucemia severa y riesgo de eventos vasculares y muerte

*Severe Hypoglycemia and Risks of Vascular Events and Death. N Engl J Med 2010; 363: 1410-1418.*

### **Dr. Ricardo Watman**

Médico

Jefe de Departamento de Políticas Médicas

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

En pacientes diabéticos insulino dependientes o tratados con estimulantes de la secreción de insulina, la hipoglucemia severa es más frecuente cuando el control glucémico se hace más estricto. Algunos estudios observacionales sugirieron que la presencia de hipoglucemia y la reducción del valor de hemoglobina glicosilada estaban relacionados con el aumento de riesgo de muerte en pacientes diabéticos tipo 2 internados por infarto agudo de miocardio. Por otro lado, estudios diseñados para evaluar la eficacia del control intensivo de glucemia en diabéticos tipo 2 de larga evolución, no pudieron demostrar que este tratamiento sea efectivo en la reducción de eventos cardiovasculares o mortalidad.

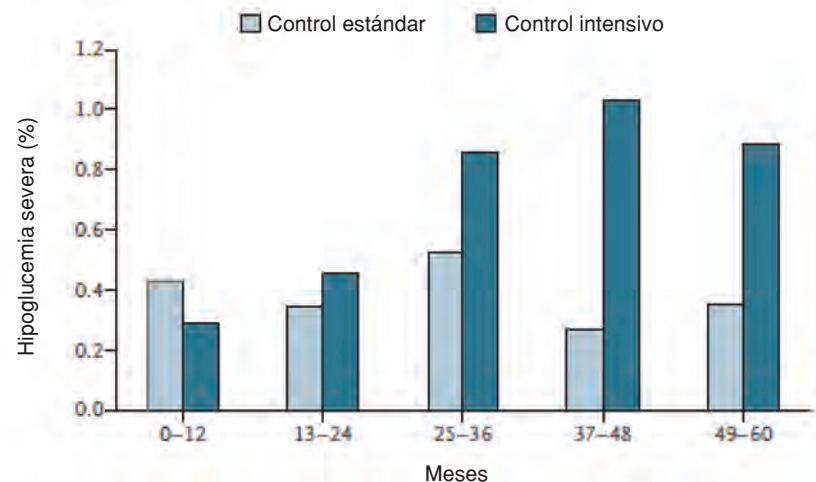
### **Diseño, lugar y objetivos del estudio**

Este estudio es un subreporte del estudio ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron - MR Controlled Evaluation) que fue un ensayo doble ciego randomizado. Los objetivos iniciales del ADVANCE fueron: evaluar la eficacia de la combinación

perindopril-indapamida en la reducción de los valores de la presión arterial comparada con placebo y determinar si el control intensivo utilizando una formulación de glicazida de liberación controlada era efectivo en reducir los eventos vasculares y mortalidad en pacientes diabéticos tipo 2, comparado con las guías estándar.

En este subreporte se incluyeron 11.140 pacientes reclutados de 215 centros en 20 países entre marzo y junio 2003. Los pacientes elegidos eran diabéticos tipo 2 diagnosticados después de los 30 años de edad, con historia de enfermedad macrovascular, microvascular o con un factor de riesgo cardiovascular adicional. Los pacientes asignados al control intensivo de glucemia tenían como objetivo hemoglobina glicosilada de 6,5% o menor.

El endpoint primario considerado fue el primer evento macrovascular (muerte de causa cardiovascular, infarto no fatal, stroke no fatal) o microvascular (nueva o agravamiento de nefropatía o retinopatía). El endpoint secundario fue muerte por cualquier otra causa y





muerte por causa cardiovascular. Se definió hipoglucemia al valor de glucemia menor a 50 mg% o síntomas relacionados (sin control glucémico). La misma fue considerada severa cuando la disfunción transitoria del sistema nervioso central, no pudo ser manejada por el paciente. El objetivo fue evaluar la asociación entre la hipoglucemia severa y los riesgos de eventos vasculares y muerte.

### Resultados

Durante un período de seguimiento de 5 años, 231 pacientes (2,1%) sufrieron 299 hipoglucemias severas. El riesgo fue significativamente mayor en el grupo de control intensivo: 195 eventos vs. 104 eventos (HR 1.86 IC 1.4-2.4). Un total de 4.975 pacientes presentó hipoglucemia leve: 52% en el grupo intensivo y 37,3% en el grupo de tratamiento estándar. La tasa de hipoglucemias severas se incrementó a lo largo del tiempo en el grupo de control intensivo de glucemia, manteniéndose estable en el grupo control.

La hipoglucemia severa acrecentó significativamente los riesgos ajustados de eventos macrovasculares (hazard ratio 2.88 IC 95% 2,01-4,12), microvasculares (hazard ratio 1,81 IC 95% 1,19 -2,74), muerte de causa cardiovascular (hazard ratio 2,68 IC 95% 1,79-4,19) y muerte por otra causa (hazard ratio 2,69 IC 95% 1,97-3,67).

### Conclusiones

El estudio muestra una asociación fuerte entre hipoglucemias severas y aumento del riesgo de efectos adversos -incluyendo eventos vasculares y muerte- en pacientes diabéticos tipo 2 de larga evolución. Si bien los hallazgos no permiten excluir

que la hipoglucemia severa sea la causa directa de esa evolución, se sugiere que puede ser un marcador de vulnerabilidad de estos pacientes. De cualquier forma, la aparición de hipoglucemia debe alertar al médico a tomar las medidas correspondientes.

### Comentario

La diabetes es una enfermedad metabólica que reduce la expectativa de vida de los pacientes. Durante años, el control de la glucemia dominó los objetivos terapéuticos de la enfermedad por sobre el resto de los factores de riesgo vasculares. Los resultados del estudio ADVANCE y ACCORD (año 2008) nos alertaron acerca de que el control más estricto de esta variable no se asociaba con mayores beneficios y que por el contrario, ponía en riesgo a un grupo importante de pacientes. Los resultados de este estudio deben ser interpretados en el contexto de la atención integral de los pacientes diabéticos. El control metabólico con cifras de hemoglobina glicosilada alrededor de 7 mg% parece ser el más apropiado, sobre todo cuando el objetivo es la prevención de la enfermedad macrovascular. En el caso de que se plantee como objetivo valores inferiores de hemoglobina glicosilada, siempre hay que balancear el aumento de riesgo de hipoglucemias severas. Estas consideraciones contribuyen a interpretar que la hiperglucemia es solo una parte de la enfermedad y que al tratamiento debe sumarse un esfuerzo adicional para el abandono del tabaco, consejos dietéticos, actividad física, control de tensión arterial, así como la evaluación de sumar precozmente estatinas y aspirina.

## ¿Qué entendemos por “valor” en salud?

*What Is Value in Health Care? N Engl J Med 2010; 363:2477-2481.*

**Dr. Pablo Bonelli**

Director Médico

Swiss Medical Medicina Privada

En este artículo, Michael Porter, profesor de Harvard University, autor de múltiples trabajos y consultor de estrategia empresarial, reflexiona sobre un tema que particularmente lo preocupa de la industria de la salud: el concepto de “valor”. Porter define valor como la relación entre los resultados obtenidos y el costo incurrido para obtener dichos resultados. Así definido, el concepto de valor implica eficiencia.

Según el autor, **valor para el paciente** debiera ser el **primer y único objetivo de un sistema de salud**, que permita definir el marco para la mejora de los servicios de salud. Al estar definido alrededor del paciente, si dicho valor se incrementa, todos los involucrados (pacientes, prestadores, financiadores y proveedores) deberían consecuentemente, beneficiarse y mejorar la sustentabilidad del sistema.

En cualquier industria o actividad, mejorar los resultados depende de tener un interés compartido entre todos los actores en escena. En salud, muchas veces los actores tienen conflicto de intereses en aspectos claves, tales como accesibilidad, calidad, control de costos, ganancia, seguridad, conveniencia o satisfacción de los pacientes. Este conflicto de intereses resulta un condicionante para lo que Porter define como “**competencia de suma cero**”. Para él, la responsabilidad del cuidado del paciente debería ser compartida entre todos los prestadores que intervienen, en lugar de concentrarse en efectores especializados en tratamientos específicos.

Dada la interdependencia de los servicios de salud, muchas veces el valor entregado es el resultado a largo plazo de múltiples intervenciones, y sólo un seguimiento longitudinal permite crear dicho valor.

Si ya es difícil definir valor en salud, más aún cuesta entender cómo medirlo. Las métricas de resultados del tratamiento son específicas de cada condición médica, y generalmente no existe un indicador único que pueda expresar completamente los resultados obtenidos. Por su parte, las métricas de costos fallan en representar el ciclo completo de tratamiento del paciente y en su lugar expresan el costo de servicios individuales. Por eso generalmente se pone el foco en métricas de volumen (cantidad de servicios prestados) o en métricas de resultados cuyo alcance es demasiado inespecífico (por ej.: tasa de infección hospitalaria) como para implementar acciones que representen real valor para los pacientes. Para complicar todavía más la situación, la mayoría de las métricas de calidad disponibles son indicadores de proceso y no de resultado. Si bien dichas métricas hablan de adherencia a estándares, no sustituyen la medición de resultados, el numerador de la ecuación de valor.

El enfoque actual de contención de costos ha resultado contraproducente para el valor en salud. Las mediciones de costo apuntan a sectores parcializados de la atención como servicios, especialidades, medicamentos e insumos médicos, reflejando la estructura financiera del sector, en lugar de reflejar el valor para el paciente.

Centrándose en el ciclo integral de tratamiento del paciente, plantea el autor, se podría obtener una reducción de costo estructural, a través de la eliminación de servicios que no agregan valor, mejor uso de la capacidad instalada, acortamiento de tiempos de procesos, redistribución del gasto en diferentes servicios, provisión de servicios en el contexto de atención más adecuado, entre otras medidas.

Según Porter, la incapacidad para identificar y medir valor en salud ha retardado la innovación en el sector y ha llevado a medidas de contención de costos inapropiadas. Concluye que es necesario definir y medir valor en salud para poder alinear a ello el sistema de remuneración, premiando de esta manera a los prestadores más eficientes y creando responsabilidad compartida en los cuidados.

### Comentario

Frecuentemente escuchamos en nuestro medio hablar sobre el concepto de calidad y casi permanentemente se habla de costos y estrategias de contención de dichos costos. Sin embargo, raramente se discute el concepto de valor en salud. A todas luces, esto expresa nuestro centro y nuestro norte.

La propuesta de Michael Porter señala críticamente la fragmentación del sistema, la competencia de suma cero entre los actores de la cadena de valor, el énfasis en compartimientos estancos de atención en lugar de mirar el continuo de los cuidados, la falta de indicadores de resultados del tratamiento y la minimización del concepto de calidad al reducirlo a la satisfacción con la hospitalidad de las instituciones de salud, entre otros temas.

Existen importantes diferencias entre los sistemas de salud de Estados Unidos, Argentina y otros países. Sin embargo, todos enfrentan problemas similares, y la validez de las reflexiones de Porter es casi universal. Es tiempo de dejar atrás los conflictos de intereses individuales, para enfocarnos en eficiencia y valor entregado a los pacientes.

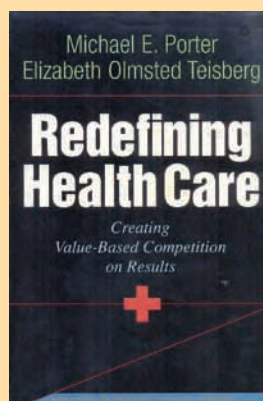


*Michael E. Porter (EEUU, 1947) es reconocido como el padre del campo de la estrategia moderna. Es autor de 18 libros y más de 125 artículos, en los que ha desarrollado temas de estrategia competitiva, la competitividad y el desarrollo económico de las naciones, estados y regiones, y la aplicación de los principios de la competencia a los problemas sociales, entre los que se destaca la sanidad.*

*Es ingeniero mecánico y aeroespacial de Princeton, MBA y Doctor en Economía Empresarial de Harvard y ha recibido más de una docena de doctorados honoris causa de universidades de todo el mundo.*

*En 2001, Harvard Business School y la Universidad de Harvard crearon conjuntamente el **Instituto para Estrategia y Competitividad**, dedicado a fomentar el trabajo del profesor:*  
<http://www.isc.hbs.edu/>

*Su sitio web oficial está alojado dentro del de la Universidad de Harvard:*  
<http://drfd.hbs.edu/fit/public/facultyInfo.do?facInfo=ovr&facId=6532>



*En 2007 publicó junto a Elizabeth Olmsted Teisberg "Redefining Health Care", como resultado de su investigación de más de 10 años sobre el sistema de salud estadounidense.*

# Caso clínico

## Miocardopatía hipertrófica

**Dra. Florencia Scattini**

Médica cardióloga

Recuperación Cardiovascular

**Dra. Carla Cucurell**

Médica cardióloga

Fellow de Cardiología

Clínica y Maternidad Suizo

Argentina

### Caso clínico

Varón de 39 años que ingresa a la Unidad Coronaria por mareos asociados a una taquiarritmia con QRS ancho. El paciente se encuentra en seguimiento ambulatorio de cardiología por antecedente de miocardopatía hipertrófica (MCH) no obstructiva diagnosticada hace 14 años.

Tratado con atenolol 50 mg/d, con ecocardiograma previo que evidencia diámetros y función sistólica de VI (FSVI) conservados e hipertrofia de septum interventricular (HVI) severa. Presenta los siguientes factores de riesgo: sobrepeso, dislipemia, sexo, estilo de vida sedentario.

A su ingreso a la Unidad Coronaria se interpretó la taquiarritmia como taquicardia ventricular monomorfa sostenida (TVMS) y requirió cardioversión eléctrica (CVE), revirtiendo a ritmo sinusal.

Se realizó ecocardiograma (Fig. 1) en el que se muestra dilatación de VI, HVI severa, aquinesia septal anterior, anterior basal y medial y de los segmentos apicales, con hipoquinesia del resto, deterioro severo de la FSVI (FEy 20%), insuficiencia mitral leve a moderada y derrame pericárdico leve.

El cuadro fue interpretado como TVMS secundaria a MCH en fase avanzada. Inició tratamiento con amiodarona. Se solicitó una cinecoronariografía (no mostró lesiones angiográficamente significativas).

El estudio electrofisiológico se indujo con la administración de isoproterenol, presentando TVMS con descompensación hemodinámica,

requiriendo CVE. Por dicho motivo, se implantó cardiodesfibrilador, siendo dado de alta a las 48 horas.

Se realizó nuevo ecocardiograma a 5 días del alta que no presentó cambios. Se deriva para evaluación por servicio de trasplante cardiaco.

	Ambulatorio (1996)	Ingreso
DDVI	43 mm	74 mm
DSVI	24 mm	62 mm
SIV	29 mm	16 mm
PP	14 mm	13 mm
FEy	65 %	20 %

Fig. 1: Valores ecocardiográficos

### Discusión y conclusiones

La miocardopatía hipertrófica es una enfermedad miocárdica primaria con una diversa expresión clínica y genética, de evolución variable. Se caracteriza por presentar engrosamiento del VI simétrico, asimétrico, apical o afectando a varios segmentos e incluso puede tomar ventrículo derecho, con o sin obstrucción al tracto de salida del VI. La padecen 1 de cada 500 personas y constituye uno de los factores de riesgo más importantes para sufrir muerte súbita. Su transmisión es autosómica dominante. Actualmente son conocidas más de 100 mutaciones, que codifican proteínas sarcoméricas anormales que deterioran la contractilidad e inducen la liberación de factores de crecimiento. Estos estimulan la hipertrofia y la fibrosis de los miocitos debido a la desorganización y desalineamiento de los sarcómeros.

Las alteraciones fisiopatológicas que contribuyen a la sintomatología son: la obstrucción al tracto de salida del VI, la disfunción diastólica, la isquemia miocárdica y las arritmias.

El **diagnóstico** se confirma por el electrocardiograma y el ecocardiograma, cuando el ultrasonido muestra la HVI mayor de 15 mm. -medida a nivel del septum interventricular y pared posterior- o si es inferior a dicha medida aún cuando

no pueda explicarse por otras causas cardiacas o extra-cardiacas.

La evolución de la sintomatología es muy heterogénea; algunos pacientes son asintomáticos durante largo tiempo y otros evolucionan de forma complicada, con aparición de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), fibrilación auricular (con embolia sistémica y/o ICC) y muerte súbita. La expectativa de vida es muy variable, pero habitualmente no difiere de la población general (1% mortalidad/año). El 15% tiene como evolución final el adelgazamiento de la pared del VI, dilatación de la cavidad, disminución de la función sistólica (debido a reducción crónica del flujo coronario: isquemia o infarto), siendo la disfunción microvascular un potente predictor a largo plazo de fallo sistólico. La **evolución clínica** de la fase final es variable, pero generalmente es desfavorable, con un curso agresivo y deterioro clínico profundo.

Los pacientes con MCH deben ser evaluados para trasplante cardiaco y considerarse la indicación de un CDI como puente a dicho procedimiento.

### BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Consenso de Miocardopatía Hipertrófica. Rev Argent Cardiol Vol 77 N° 2 Marzo-Abril 2009.

American College of Cardiology/ European Society of Cardiology Clinical Expert Consensus Document on Hypertrophic Cardiomyopathy. European Heart Journal (2003) 24, 1965-1991.

End-Stage' Hypertrophic Cardiomyopathy: From Mystery to Model. Nat Clin Pract Cardiovasc Med. 2007;4(5):232-233.

### Convocatoria a médicos

Æqualis invita a sus lectores a enviarnos sus propios casos clínicos. Los interesados, deben contactarse a nuestro correo de lectores: aequalis@swissmedical.com.ar

# Evaluación de tecnologías sanitarias

## Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de SMMP

Continuando con la difusión de los análisis y definiciones de las normas de cobertura que realiza periódicamente el Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Swiss Medical, en esta oportunidad compartiremos información sobre:

### Quimioembolización hepática convencional vs. quimioembolización hepática con microesferas

#### Descripción

La quimioembolización es un procedimiento mínimamente invasivo guiado por imágenes, que se realiza en servicios de radiología intervencionista. Mediante la introducción de un catéter en el vaso que alimenta el tumor, se bloquea el suministro de sangre al mismo, administrándose los medicamentos oncológicos en forma directa. Esto permite que una concentración mayor del medicamento esté en contacto con el tumor durante un mayor lapso de tiempo.

El procedimiento se utiliza en el tratamiento paliativo de tumores primarios hepáticos no resecables (hepatocarcinoma, colangiocarcinoma) y de lesiones secundarias.

El hepatocarcinoma es el quinto tumor sólido más frecuente y ocasiona aproximadamente más de 600.000 muertes por año. Su incidencia depende de la prevalencia de portadores crónicos de HBV, HBC y cirrosis en los diferentes países. En países como China y Corea -entre otros- se asocia a hepatitis B, en Japón y Egipto se asocia mayormente a hepatitis C, en Australia, Europa y América del Norte se asocia a hepatitis C y cirrosis alcohólica. En nuestro país,

al explorar las posibles asociaciones, prevalece la cirrosis.

Dada la variabilidad de su presentación clínica, los pacientes llegan tardíamente a la consulta, a veces sin chance de ser sometidos a cirugías convencionales. Según la progresión de la enfermedad se aplican tratamientos alternativos tales como la ablación por radiofrecuencia, la quimioterapia convencional, la quimioembolización intraarterial convencional, y más recientemente la quimioembolización intraarterial con microesferas de liberación lenta.

La quimioembolización convencional se realiza infundiendo la medicación oncológica, realizando luego una oclusión a través de esferas (emboesferas).

La droga puede pasar a la circulación sistémica y el procedimiento puede tener eventos adversos similares a los de una quimioterapia convencional (alopecia, mucositis, inmunosupresión, entre otras).

Con el fin de evitar los efectos adversos mencionados, se han desarrollado las microesferas (DC beads). En estas microesferas de hidrogel, la droga (doxorubicina, irinotecán) es absorbida bloqueando al mismo tiempo el flujo sanguíneo del tumor (embolización). Posteriormente, se va liberando lentamente en un lapso de alrededor de dos semanas, actuando localmente, siendo menores los efectos secundarios.

Se postula como una intervención con mayor eficacia y seguridad que la quimioembolización convencional.

#### Evidencia disponible

Se realizó una búsqueda en Pubmed, encontrándose estudios en relación a microesferas a partir del año 2006. La mayoría de estos, han sido realizados en pacientes con hepatocarcinoma.

Un estudio randomizado, que comparó la quimioembolización con microesferas vs. la quimioembolización convencional, demostró que la eficacia en términos de respuesta completa (27% con microesferas, 22% con quimioembolización convencional), objetiva (52% vs. 44%) y de control de la enfermedad (63% vs. 52%) es al menos igual entre ambos procedimientos, no pudiendo demostrarse superioridad. Respecto a la seguridad, este estudio demostró que las DC beads tenían mejor tolerabilidad, menor toxicidad hepática y menor tasa de efectos adversos atribuibles a la doxorubicina. Para el resto de las indicaciones, la evidencia sobre su eficacia y seguridad proviene de estudios descriptivos, con muy pocos pacientes enrolados.

#### Análisis de tecnologías

Al momento, no se encontraron análisis de tecnologías sobre esta práctica.

#### Políticas de cobertura

Actualmente no se dispone de políticas de cobertura internacionales sobre esta práctica. A nivel nacional, es importante remarcar que la misma no está incluida en el P.M.O., por lo cual no es obligatoria su cobertura, y Swiss Medical Medicina Privada no la autoriza.

## Jornadas de Obstetricia y Neonatología: Un enfoque perinatal



24 y 25 de noviembre de 2010

Paseo La Plaza. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Organizadas por: Clínica y Maternidad Suizo Argentina

Se inscribieron a las Jornadas 670 profesionales, en su mayoría neonatólogos, pero también ginecólogos y obstetras, enfermeros, clínicos y pediatras, entre otros especialistas. Muchos de ellos pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires, pero también llegaron profesionales desde todas las provincias del país, países limítrofes, México, Estados Unidos y Sudáfrica.

Æqualis dialogó con la **Dra. Ana Pedraza** (neonatóloga) y el **Dr. Raúl Lowenstein** (obstetra), integrantes de la comisión organizadora del evento. Ellos nos informaron: *“En los simposios y conferencias se desarrollaron y debatieron los últimos avances y novedades dentro de estos campos médicos, así como las medidas de prevención y los nuevos enfoques de asistencia al respecto.”*

*“Un panel de importantes profesionales nacionales y extranjeros abordó las diferentes temáticas, entre las que se encontraron: pretérmino tardío, prematuro extremo, asfixia perinatal, muerte fetal y neonatal, obstetricia crítica, parto pretérmino recurrente, límite de la viabilidad, neuroimágenes, origen perinatal de las enfermedades del adulto, displasia broncopulmonar y otras controversias en neonatología.”*

*“Las mesas de trabajo contaron con una activa participación de los inscriptos, que tuvieron la posibilidad de interactuar y compartir experiencias con los invitados extranjeros”*

Los reconocidos profesionales extranjeros invitados a participar fueron: **Eduardo Bancalari**, profesor de Pediatría, Obstetricia y Ginecología Universidad de Miami y Director de la Unidad de Neonatología del Jackson Memorial Hospital, Miami, EEUU; **David Edwards**, profesor de Medicina Neonatal, Imperial Collage, Londres; **Daniel V. Surbek**, director del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Berna, Suiza; **Jennifer F. Culhane**, profesora asociada de la Universidad de Pennsylvania, EEUU; **Teresa Del Moral**, profesora asociada de Pediatría de la Universidad de Miami, EEUU; **Robert L. Goldenberg**, profesor del Departamento de Obstetricia y Ginecología Colegio de Medicina, Universidad Drexler, Pennsylvania, EEUU y **Mark Klebanoff**, médico epidemiólogo del Instituto Nacional de la Salud (NIH), Washington DC, EEUU.

## Jornadas de Neuropediatría: Episodios paroxísticos no epilépticos - pseudocrisis.

### La frontera entre la neurología y la psiquiatría

7 y 8 de octubre de 2010

Auditorio de Ineba: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Organizadas por: el servicio de Neuropediatría del Sanatorio De los Arcos

La Dra. Graciela Romanó, una de las coordinadoras del evento, nos comentó: *“Los temas abordados coincidieron en el dificultoso diagnóstico de pseudocrisis, actualizando patologías frecuentemente mal diagnosticadas por epilepsia.”*

Por su parte, el Dr. Elías Entín, Jefe del Servicio de Pediatría del Sanatorio de los Arcos y coordinador de las Jornadas, evaluó: *“Las Jornadas tuvieron un saldo muy positivo. De excelente nivel científico, han contribuido a aclarar aspectos diagnósticos entre episodios paroxísticos epilépticos y no epilépticos. Cabe destacar que han sido de enorme interés, no sólo para los neuropediatras sino para los pediatras en general.”*



De izq. a der: Dr. Elías Entín, Dr. Jorge Lantos, Dra. Graciela Romanó y Dr. Carlos Medina.

## ***XX° Congreso de la Sociedad de Tisiología y Neumonología de la provincia de Buenos Aires***

**24 al 26 de marzo de 2011**

El Congreso se realiza cada dos años y reúne a los profesionales interesados en la Medicina Respiratoria. Se tratará sobre asma, EPOC, enfermedades del intersticio, patología respiratoria vinculada al sueño, entre otros temas. En esta edición, habrá un sendero exclusivo para Pediatría con la actualización de las patologías respiratorias más frecuentes en la infancia. Se realizarán tres cursos pre Congreso el día 24 de marzo: Trastornos respiratorios vinculados al sueño, imágenes y RCP en Pediatría.

INFORMES E INSCRIPCIÓN: [www.stnba.org.ar](http://www.stnba.org.ar) o [secretaria@stnba.org.ar](mailto:secretaria@stnba.org.ar)



### **SORTEO DE BECAS**

Estaremos sorteando becas entre los primeros 10 lectores de *Æqualis* que nos envíen un correo electrónico expresando que desean participar del evento, así como un breve comentario sobre la revista.

Deberán colocar en el asunto: "Beca Congreso Neumonología" e incluir los siguientes datos: Nombre y apellido, DNI, profesión/especialidad, domicilio y teléfonos de contacto.

## ***XI Jornadas de la Región Metropolitana SAP Violencia en el Ámbito Infante Juvenil "Una realidad que nos preocupa"***

**8 de abril de 2011**

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio": Salguero 1244, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Organizado por: Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)

INFORMES: [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar)

## ***XVIII Congreso Latinoamericano de FLAPIA "Revisando nuestra práctica: Nuevos desafíos"***

**2 y 3 de junio de 2011**

Asociación Médica Argentina: Av. Santa Fe 1171, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Organizado por: Asociación Argentina de Psiquiatría Infante Juvenil y Profesionales Afines y

Federación Latinoamericana de Psiquiatría de la Niñez, Adolescencia y Familia y Profesionales Afines.

INFORMES: <http://www.flapia2011.org/>



# Información Swiss Medical Group

## Clínica y Maternidad Suizo Argentina: adquisición de tomógrafo

Con motivo de la reciente adquisición de un tomógrafo **SOMATOM Definition Flash** (Siemens), Æqualis entrevistó al **Dr. Gabriel Kohan**, Jefe del Departamento de Imágenes de **SMG**. Con él pudimos hablar sobre los detalles de esta incorporación.

### ¿Cuáles son las características del tomógrafo?

*Básicamente, es el único modelo en el mundo que tiene dos tubos de rayos X que rodean simultáneamente el cuerpo del paciente, con mínima exposición de radiación y disminuyendo sensiblemente la necesidad de utilizar anestesia.*

*La velocidad de escaneado es la más rápida (43cm/s) y tiene una resolución de tiempo de 75 ms. Es decir, tiene la mejor resolución temporal de imágenes que exista en el mercado actualmente.*

### ¿Por qué es menor la exposición a la radiación?

*Porque su escáner reduce hasta 40 veces las radiaciones respecto de los otros equipos, al requerir sólo una mínima parte de la dosis para poder escanear hasta los más pequeños detalles anatómicos. Por ejemplo, la dosis efectiva media que suele requerir un escáner de corazón en espiral, va entre los 8 y los 40 milisievert (mSv). Con este equipo, se puede hacer con una dosis menor a 1 mSv. Para dar una idea, la radiación por rayos X de fuentes naturales a la que toda persona se expone en un año, está entre los 2 y los 5 mSv.*

*También se puede reducir de manera selectiva la exposición a la radiación de las regiones anatómicas sensibles a la dosis, como por ejemplo, el pecho en las mujeres, llegando a reducirla hasta en un 40 por ciento.*

### ¿Qué ventajas tiene el hecho de que sea tan veloz?

*Son muchas las ventajas, especialmente en los exámenes con estructuras móviles, como por ejemplo, los de tórax y corazón.*

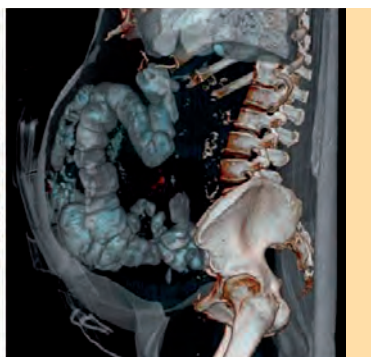
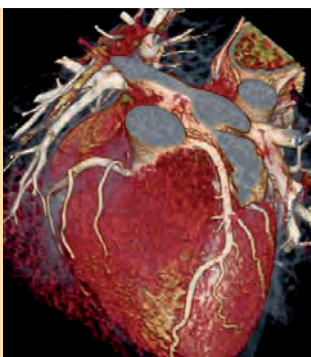
*La carcasa –que es el sistema detector de rayos X que rodea el hueco- rota sobre su propio eje en sólo 0,28 segundos. Esta velocidad de rotación es la que permite alcanzar una velocidad máxima de escaneado (hasta 43 cm. por segundo) y una resolución temporal de 75 milisegundos. El paciente pasa a través del tubo a más del doble de velocidad que en los sistemas convencionales. Entonces, se puede hacer un escáner de tórax en menos de un segundo, con lo cual, no es necesario siquiera que el paciente contenga la respiración. También es posible escanear todo el cuerpo muy rápido, por ejemplo, una persona que mide 2 m. puede ser escaneada en menos de 5 seg.*

### ¿Cuáles pacientes se verán más beneficiados?

*Especialmente los niños, las personas mayores, los pacientes no colaborativos, los de urgencias y de la UCI. A los pacientes de cardiología, se les puede realizar un escáner de todo el corazón en menos de la mitad de tiempo de lo que dura un latido, consiguiendo imágenes de alta precisión por ejemplo, para evaluación de stents coronarios. Además, se puede ver un corazón con un pulso acelerado, en general, sin necesidad de utilizar betabloqueantes.*

### ¿Qué significa para la Clínica y Swiss Medical Group contar con esta tecnología?

*Es muy importante para poder seguir mejorando la calidad de la atención a la par de los desarrollos tecnológicos. Considerando que la CyMSA se destaca por la gran cantidad de pacientes pediátricos que atiende -y una muestra de ello es que nuestro Servicio de Neonatología cuenta con 50 camas- tener este tomógrafo con la máxima velocidad de resolución nos permite, entre otras cosas, disminuir significativamente el número de anestias en niños, otro tanto ocurre en relación a pacientes que no se pueden mantener quietos, situación que hasta ahora requería si o si de la administración de anestesia. En términos generales, podemos decir que nos orientamos a una mejor atención, disponiendo además de tecnología de vanguardia.*





# Alerta farmacológica

## *Dextropropoxifeno y Bevacizumab: alertas de la FDA en estudio por la ANMAT*

### **Farmacéutica Laura Cittadino**

*Coordinadora Técnica Experta de Farmacia  
Centro de Autorizaciones  
Gerencia de Gestión de Prestaciones  
Swiss Medical Medicina Privada*

### **Dextropropoxifeno**

El **Dextropropoxifeno** es un analgésico opiáceo narcótico, que ejerce su acción agonista fundamentalmente sobre los receptores M  $\mu$ . Está indicado para el tratamiento del dolor agudo, de intensidad leve a moderada, con o sin fiebre. El principio activo se encuentra en más de 15 nombres comerciales, tales como Supragesic, Dorixina Forte y Klosidol, entre otros.

Desde el mes de noviembre de 2010, la *Food and Drug Administration* (FDA) de los Estados Unidos, ha determinado el retiro del mercado del producto así como de todos aquellos que contengan el mismo. Por el momento, la medida es de alcance nacional en EEUU. Asimismo, se ha indicado a los pacientes que se encuentren bajo tratamiento, que deben contactarse con su médico para evaluar otras alternativas farmacológicas.

La decisión fue tomada por motivos de seguridad, basada en los resultados del estudio MAD (Multiple Ascending Dose) realizado en el transcurso del año 2010. Se trata de un estudio randomizado, de dosis múltiple, doble ciego, controlado con placebo, de dosis secuencial ascendente realizado para evaluar la seguridad, tolerabilidad y efectos electrocardiográficos del napsilato de propoxifeno, cuando se

administra por vía oral a adultos sanos.

El mismo ha demostrado riesgos potenciales serios de arritmias cardíacas. Los resultados mostraron que con dosis terapéuticas de dextropropoxifeno hubo cambios significativos en la actividad eléctrica del corazón, produciendo alargamiento del PR, ensanchamiento del complejo QRS y prolongación del intervalo QT. Recientemente y debido a lo acontecido, la *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica* (ANMAT) ha informado que el Departamento de Farmacovigilancia de dicho establecimiento no ha recibido, en los últimos seis años, ninguna notificación de toxicidad cardíaca relacionada con las distintas especialidades medicinales que contienen el principio activo en cuestión. El organismo **se encuentra evaluando** la necesidad de introducir **modificaciones en los prospectos** de las especialidades medicinales que contienen dextropropoxifeno y anunció que implementará un **programa de Farmacovigilancia proactiva** respecto a dicho principio activo.

### **Para ampliar la información:**

- <http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Comunicados/2010/Dextropropoxifeno.pdf>
- <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm234338.htm>

### **Bevacizumab**

La *Food and Drug Administration* (FDA) de los Estados Unidos ha notificado a los profesionales médicos y pacientes oncológicos la eliminación de la indicación de bevacizumab (Avastin) en cáncer de mama, al hacer referencia a los malos resultados del medicamento en estudios de seguimiento, en cuanto a seguridad, efectividad y a sus potenciales efectos secundarios graves.

Esta determinación no afecta a las otras indicaciones de bevacizumab, tales como cáncer de colon, de pulmón y renal.

La resolución surgió luego de analizar los estudios de seguimiento, de los que se desprende que la indicación en cáncer de mama no ha prolongado la supervivencia ni ha demostrado beneficios significativos en la progresión de la enfermedad. También se han considerado los riesgos, ya que entre los efectos más importantes de dicho tratamiento, se encuentran el sangrado y la hemorragia.

Por ello, es recomendable que cada médico efectúe el seguimiento caso por caso, para poder determinar si el paciente debe o no continuar con bevacizumab o bien, evaluar un tratamiento alternativo.

Ante una consulta efectuada por *Æqualis*, ANMAT respondió que el informe elevado por Farmacovigilancia se encuentra en estudio en el Departamento de Evaluación Médica.

### **Para ampliar la información:**

- <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm237172.htm>

# Programas Médicos

## Programa de re-educación alimentaria para personas con sobrepeso y obesidad: 1er. encuentro de actualización profesional

El pasado 26 de noviembre de 2010 se realizó el **primer encuentro de actualización profesional del programa de re-educación alimentaria para personas con sobrepeso y obesidad**, dirigido a integrantes de los equipos multidisciplinares que asisten a los pacientes, como así también a los integrantes del staff de la Dirección Médica de Swiss Medical Medicina Privada vinculados al programa.

El evento ofreció un ámbito propicio para el intercambio entre profesionales, destinado a mejorar el perfil de práctica de la especialidad y a compartir experiencias clínicas con el objetivo de lograr consensos y favorecer la interdisciplinariedad.

Las exposiciones estuvieron a cargo de la **Dra. Mónica Facchini** \* y de la **Lic. Sandra Tamburini**\*\* . Algunos de los temas tratados fueron: síndrome metabólico, aspectos psicológicos en la multicausalidad de la obesidad, conducta alimentaria, indicación de cirugía bariátrica, aspectos del tratamiento y del trabajo en los equipos multidisciplinares, entre otros. Para finalizar, la coordinadora del programa, Lic. Silvia Mascaró, presentó algunos resultados del mismo.

Æqualis estuvo allí y conversó con los profesionales al finalizar la jornada. Al respecto, Sandra Tamburini nos comentó:

*La idoneidad, experiencia e interés de los responsables de este evento, han permitido que se generara un espacio de capacitación con una visión integradora, en el que se logró aportar conocimientos y herramientas nuevas para mejorar la práctica clínica. Se pudo escuchar, pensar, debatir y compartir experiencias. Y la buena organización de la jornada fue un aporte fundamental para que todos nos sintiéramos en un agradable clima de trabajo.*

Mónica Facchini, por su parte, nos dijo: *Los profesionales que asistieron mostraron gran interés en las temáticas propuestas, dando lugar a un clima de trabajo muy ameno. Es de remarcar que la organización de la jornada se definió por su visión interdisciplinaria de la problemática de la obesidad. Esto permitió concebir un espacio de enriquecimiento recíproco para todos los allí presentes.*

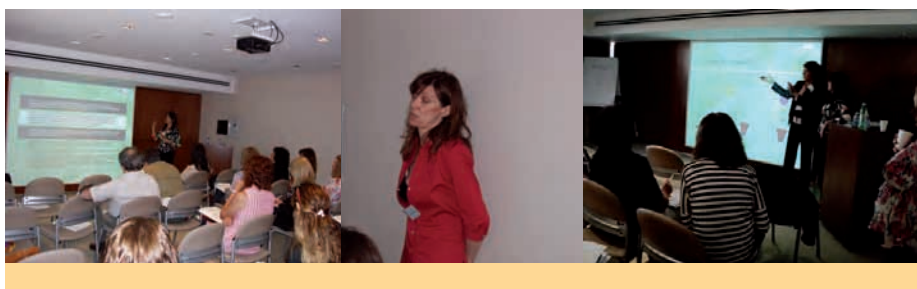
Finalmente, desde la coordinación del programa se expresó que *resulta muy gratificante propiciar estos espacios de reunión entre los profesionales, ya que estimula a todos los que trabajamos en los Programas Médicos*

*a seguir aprendiendo, intercambiando y fortaleciendo nuestra práctica. Esperamos continuar desarrollando este tipo de actividades durante el 2011.*

Si Ud. desea orientar a sus pacientes al Programa, puede brindarles nuestras vías de contacto: Tel.: 0810-333-6800, opción 5, de Lunes a viernes de 10 a 18 hs. O escribiendo a: [programadereducacionalimentaria@swissmedical.com.ar](mailto:programadereducacionalimentaria@swissmedical.com.ar)

\* La Dra. Facchini es médica (UBA) especialista en Nutrición y Diabetes (UCA), miembro titular y de comisión directiva de la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA), docente de la Escuela de Posgrado de la Asociación Médica Argentina (AMA), ex-editora de la Revista Latinoamericana de Obesidad y autora de numerosas publicaciones.

\*\* La Lic. Tamburini, es psicóloga y trabaja en la problemática de la obesidad desde 1987, dirige el centro de Tratamientos Interdisciplinares en Nutrición y Obesidad (T.I.N.O.), es delegada provincial y docente de SAOTA, directora y docente de cursos del Hospital Privado de la Comunidad (HPC) de Mar del Plata y co-autora del libro "Obesidad: Saberes y conflictos" (Ed. Acindes, 2007).



## Insuficiencia cardíaca y calidad de vida

**Dr. Santiago Moreno**  
*Médico Cardiólogo*  
*Coordinador de Programas*  
*Médicos*  
*Dirección Médica*  
*Swiss Medical Medicina Privada*

La **insuficiencia cardíaca crónica** (IC) es una de las enfermedades más frecuentes a las que nos enfrentamos los médicos en nuestra práctica clínica. Su prevalencia es del 1-2% en personas mayores de 40 años, y del 10% en mayores de 60-70 años.

Después de la cardiopatía isquémica y de la enfermedad cerebrovascular, se ubica en tercer lugar entre las causas de muerte cardiovascular.

La IC es altamente discapacitante, los síntomas asociados influyen de manera sustancial sobre **la calidad de vida relacionada con la salud** (CVRS). A su vez, ésta última constituye un predictor de rehospitalización para estos pacientes, teniendo en cuenta que la IC es la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años.

Suele ser un síndrome común a distintas enfermedades cardiovasculares, pero no se refleja como causa en la codificación de los certificados de defunción. Por esta razón, el dato podría estar subestimado. A modo de ejemplo: cuando la IC se debe a cardiopatía isquémica o a enfermedad hipertensiva, el proceso de codificación de la causa de defunción se atribuiría a alguna de estas dos enfermedades.

Múltiples comorbilidades así como limitaciones en las actividades de la vida diaria influyen en el bienestar físico y mental de estos pacientes, afectando también su percepción de la CVRS.

Considerando que pequeñas acciones pueden contribuir positivamente a la mejora de la CVRS de los pacientes, SMMP ha implementado desde hace 2 años un programa de seguimiento telefónico específico para los mismos.

### PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN SWISS MEDICAL

Este servicio, destinado al seguimiento telefónico de los asociados con insuficiencia cardíaca, forma parte de una serie de acciones y programas dirigidos a la prevención y educación para la salud que hemos diseñado para nuestros asociados.

Si Usted desea orientar a sus pacientes a dicho programa, puede brindarles nuestras vías de contacto: **0810-333-6800**, opción 4, de lunes a viernes de 9 a 20 hs.

**O escribiendo a:**  
programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar



## Importancia de la documentación médica desde el punto de vista médico - legal

**Dr. Horacio E. Canto**

*Especialista en Medicina Legal*

*Gerente de Administración de Riesgo*

*Swiss Medical Group*

En el desarrollo de su actividad, las instituciones de salud corren riesgos que podemos dividir en especulativos y puros.

Los **riesgos especulativos** son aquellos referidos a los propios de cualquier empresa con una actividad comercial, tales como los riesgos de liquidez, los propios del mercado en el que se desenvuelve, riesgos políticos y riesgos tecnológicos, con la consiguiente pérdida de prestigio, en caso de acontecer algún siniestro de trascendencia.

Por su parte, los **riesgos puros** en la actividad específica de la salud son los propios de la referida actividad, en especial, aquellos relacionados a la **responsabilidad profesional**. Esta última se basa en **cuatro pilares**, a saber: documentación médica; consentimiento informado; relación médico-paciente-familia y relación médico-médico.

Si bien cada uno de ellos reviste gran importancia, nuestro interés actual es efectuar algunas consideraciones en relación a la **documentación médica**.

El documento fundamental lo constituye una adecuada **historia clínica**. En la misma deben volcarse normas sobre *lo hallado, pensado y hecho*.

Lo que demostrará la *pericia, prudencia y diligencia del accionar médico*.

La historia clínica es una herramienta que:

- comunica la información acerca del paciente a otros profesionales,
- ayuda a la continuidad del cuidado del paciente,
- ayuda a auditar y mejorar las actividades de revisión,
- verifica para evaluaciones financieras,
- satisface requerimientos estadísticos, y
- **actúa como testigo Nro. 1 en un juicio.**

Asimismo, resulta de interés mencionar que existen algunas recomendaciones que siempre debemos tener presente los profesionales, como ser:

- Seguir siempre las reglamentaciones y normativas institucionales.

- Usar solamente abreviaturas de uso uniforme y cuidadosamente.
- Usar los formularios como ellos están orientados -revisando bien cómo completar la documentación necesaria-
- Nunca destruir o adulterar ninguna parte del registro.
- Consignar hechos, no opiniones, salvo que sean fundamentadas adecuadamente.
- Finalmente, los hechos deben ser exclusivamente atinentes al paciente y a su cuidado.

### ¿Qué debe incluir una historia clínica para demostrar la pericia y correcto accionar profesional?

- *Qué se está haciendo actualmente por el paciente y la respuesta al tratamiento.*
- *Alternativas posibles, fundamentando la elección.*
- *Respuesta o falta de respuesta al tratamiento.*
- *Fundamentación de las acciones u omisiones deliberadas, como por ejemplo, la suspensión o cambio de una conducta propuesta.*
- *Registro de las comunicaciones con otros (interconsultas, sugerencias, etc.) en especial con médicos.*
- *Medidas especiales para proteger al paciente ante determinada práctica, estudio o tratamiento.*

### ¿Cuáles son las deficiencias más comunes observadas en las historias clínicas?

- *letra ilegible;*
- *abreviaturas no autorizadas;*
- *lenguaje impropio (no científico);*
- *consignaciones sin cronología;*
- *consignaciones incompletas;*
- *sin día u hora;*
- *sin firma;*
- *enmiendas no autorizadas;*
- *agregados o entradas tardías;*
- *reiteración o duplicación;*
- *controversia entre profesionales;*
- *documentación no disponible.*

Por último, para comprender la jerarquía que la historia clínica tiene en el conjunto de la documentación médica, y la trascendencia de su adecuada confección, nos parece válido recordar el dicho: *para un juez lo que no está en el expediente no está en el mundo*, pudiendo hacerse igual consideración en relación a lo volcado en una historia clínica al ser evaluada en un ámbito judicial.

# Historia de la medicina

## Historia de las instituciones públicas: de Casa de Niños Expósitos a Hospital de Pediatría Pedro de Elizalde

**Dra. Edna Bradichansky**

*Médica pediatra y legista*

*Departamento de Políticas Médicas*

*Dirección Médica*

*Swiss Medical Medicina Privada*

El Hospital de Pediatría Dr. Pedro de Elizalde es el Hospital Pediátrico más antiguo del continente americano. Su frente y jardines, conservan aún el encanto y la belleza arquitectónica de los palacios de la época.

A pesar de que diferentes situaciones económicas, políticas y sanitarias jaquearon su funcionamiento, continúa siendo hoy una institución médica prestigiosa que mantiene su abnegada tarea al servicio de los pacientes más carentes.

### Los inicios

Siendo Virrey en Buenos Aires Juan José Vértiz (1779) se crea el **Protomedicato**, organismo cuyo cuerpo técnico se encargaba de vigilar el ejercicio del arte de curar, ejercer una función docente, atender a la formación de profesionales y a la creación de instituciones. Y en un predio ubicado en las actuales calles Perú y Alsina, por iniciativa del juez de paz Marcos José Riglos, conocedor de la problemática del abandono infantil, se fundó la “**Casa de Expósitos**”. Su finalidad era proteger a los niños “expuestos” abandonados en las calles, quienes eran atacados frecuentemente por los perros. En 1784 la Casa se mudó a un edificio en Moreno y Balcarce, lugar este más alejado de las miradas indiscretas de la gente.

### Casa de Niños Expósitos: un albergue para los niños abandonados

El frente del edificio contaba con un armazón giratorio de madera colocado en un hueco en la pared, que servía para recibir a los niños. Allí se depositaba al bebé y sonaba una campanilla que se encontraba adosada a la pared; un empleado ubicado dentro del edificio, hacía girar el aparato y recibía al niño, permitiendo mantener el anonimato de quien lo había abandonado. Este sistema funcionó hasta el año 1891.

Los hermanos Virgilio y Homero Expósito –conocidos por ser los creadores de uno de los tangos más característicos: “Naranja en flor”- recibieron este apellido ya que su padre, Manuel, vivió en el Hospital de Niños Expósitos y tomó el nombre como propio. Otro de los residentes de la institución fue el célebre pintor Benito Quinquela Martín.



Armazón giratorio en el que se depositaba a los niños abandonados.

### Sus primeros médicos. La obra del Dr. Pedro de Elizalde.

El primer médico de la institución fue el Dr. Juan Madera y luego el Dr. Cosme Argerich. Desde su traslado en 1873 a la sede que ocupa actualmente fueron directores sucesivamente los Dres. Juan A. Argerich, Juan M. Bosch y Angel Centeno. Este último obtuvo en la “Casa Cuna” la **primera radiografía pediátrica en el país**.

En 1903 ingresa el Dr. Pedro de Elizalde, quien años después dirigió el Hospital (1935 - 1946). Durante su gestión en ambas funciones concretó múltiples acciones: normalizó la recepción de leche, introdujo la vigilancia de salud de las dadoras de leche, organizó la escuela de madres, organizó el servicio médico-social, creó la escuela de enfermeras, profesionalizando la carrera y logrando el reconocimiento del título por la Facultad de Medicina. Promocionó la actividad científica mediante la edición de la Revista “Infancia”, creó la Cátedra de Pediatría y el sistema de identificación de los recién nacidos que continúa vigente al día de hoy.

El nombre con el que lo conocemos actualmente **Hospital de Pediatría “Dr. Pedro de Elizalde”** es relativamente joven si se considera la larga historia de la institución, ya que se le asignó recién en el año 1961.

El Hospital pertenece desde 1963 al ámbito municipal y fue incorporado al sistema de Residencias Hospitalarias en 1967. En nuestros días, cuenta con todas las especialidades pediátricas, clínicas y quirúrgicas.

## Sección Cultural



### Caleidoscopio \*

**COLUMNISTA INVITADO: Dr. Leonardo Mezzabotta**

*Médico obstetra*

*Coordinador del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Sanatorio de los Arcos*

Creo que el arte mantiene fuertes lazos con la medicina, porque posibilita al médico cultivar su sensibilidad, en una época en que la medicina atraviesa un proceso de tecnificación progresiva. Por otra parte, enriquece nuestro lenguaje, lo que siempre favorece la comunicación con los pacientes.

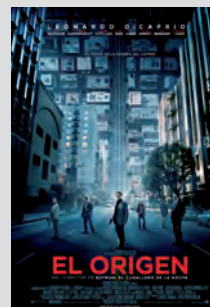
Siempre me apasionaron la literatura y el cine. La literatura porque amplía el mundo, traslada al que lee a nuevos territorios sin necesidad de moverse. Y el cine, fundamentalmente, porque que tiene el poder de aglutinar. Por ejemplo, al contarle a mis hijos sobre un pasado que ellos desconocen, encontrando puntos de contacto a partir de lo que nos gusta.

En cine, me considero muchos menos que un experto, pero también algo más que un espectador común. El año pasado publiqué un libro: **“Sepan aquellos que no estén al corriente”** (Ed. De Los Cuatro Vientos) que escribí asociando una serie de películas favoritas a relatos autobiográficos, así por ejemplo, a través de “Lawrence de Arabia” recorro mi niñez o con “Rocky” mi adolescencia. Es una forma que encontré de contar mi vida a través del cine.

En este momento, les recomendaría tres películas, muy distintas una de otra: **“Qué bello es vivir”** (It's a Wonderful Life, 1946, de Frank Capra) es mi favorita. Se trata de un clásico del cine norteamericano, allí actúa James Stewart, al que considero como el mejor actor de la historia del cine.

**“El origen”** (2010, de Christopher Nolan) con Leonardo DiCaprio, porque creo que logra lo que pocas lograron: conjuga la espectacularidad de los efectos con una idea que es sumamente original, que tiene que ver con mostrar lo que es el cine, como alegoría, consiguiendo una superposición témporo-espacial, y con verdaderos “guiños” para los amantes del cine.

Y finalmente, entre las últimas películas nacionales que vi, disfruté mucho **“El hombre de al lado”** (2009, de Mariano Cohn y Gastón Duprat) porque hay en ese drama un plus de actuación y de los personajes, pero también un más allá de la escena y del personaje. Con esto quiero decir que cuando uno termina de verla, la película no se agota, se necesita volver a ella o discutirla para comprender qué es lo que nos quisieron mostrar.



### Reseña de libro \*

**Por: Alma Vanina Estrella**

**El cuerpo herido. Un diccionario filosófico de la cirugía.**

*Cristóbal Pera | El Acantilado  
388 págs.*

Escrito con la estructura de un diccionario, “El cuerpo herido” es ciertamente, algo más y algo menos que un catálogo. Se trata en verdad, de una obra afanosa, que busca abarcar transversalmente una gran diversidad de temas, datos y reflexiones alrededor de la Cirugía. El autor revela como intencionalidad el intento de conjugar dos de sus obras de referencia: el “Diccionario filosófico” de Voltaire con la “Filosofía de la Cirugía” del cirujano francés René Leriche (célebre por haber confirmado el síndrome que lleva su nombre). En la actualidad, dice Cristóbal

Pera, hay una multitud de cuerpos esperando por ser sanados o modificados mediante las heridas quirúrgicas que les provocará un cirujano. Son esos los cuerpos heridos que inspiraron al autor en su reflexión crítica.

No se encontrará entonces, en este libro, un compendio ni un glosario exhaustivo de la disciplina. Sus reflexiones contienen datos históricos, etimologías, citas literarias y algunas definiciones que lo hacen accesible a lectores no especializados. Pero también, se enriquecen por su propia visión humanista, dando lugar a una exploración que va más allá de las “palabras quirúrgicas” hacia otros ámbitos de la condición humana y social.

Así, al principio, en la letra A nos encontramos con términos técnicos como “Amputación” o “Anastomosis”, pero también con “Anestesia y cirugía”

donde se analiza el descubrimiento de la anestesia como una revolución en la historia de la Cirugía y se reflexiona sobre sus implicancias en las vivencias del paciente hasta la actualidad,

poema de T.S. Eliot mediante. Otras entradas curiosas, son por ejemplo: “Guerra y cirugía”, “Carácter del cirujano” o “Transparencia progresiva del cuerpo como objeto quirúrgico”. El resultado es un libro que permite al lector acceder a una comprensión teórica de la Cirugía a través de múltiples entradas y que puede ser leído en el orden deseado, muchas veces y por qué no, a lo largo del tiempo.







**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)