

Equalis

Actualización, análisis y comunicación en salud

N 11

septiembre - octubre - noviembre 2011 | año 5



Una publicación de



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

Estimado lector

Que “síntomas no son enfermedades” parecería una afirmación de perogrullo en el contexto de una publicación médica. Tempranamente, nuestra formación universitaria se encarga de enseñarnos qué son unos y qué son los otros; grabado a fuego nos queda, y raramente nos trae algún dilema en nuestra vida profesional posterior.

Sin embargo, lo aprendido para aplicar a los enfermos que tratamos, parece resultarnos muy difícil de trasladar a situaciones no clínicas, a poblaciones, a la gestión del día a día o a la proyección estratégica, cuando se trata de gestión en salud. También los recién llegados a este mundo desde ciencias no relacionadas, tienen dificultad para verlo. Ciertamente, sin educación formal en Medicina, no podemos exigirles introspección clínica. Aunque si llevamos este dilema a su esencia básica, en verdad es un poco similar a confundir causas con consecuencias.

Cotidianamente en la industria de la salud nos encontramos con consecuencias de errores anteriores que son tratadas como causas de los problemas que hoy tenemos, cuando más bien se parecen más a síntomas de enfermedades subyacentes, tratables pero no tratados por falta de reconocimiento.

Los americanos utilizan la expresión “scratching the surface” para referirse a situaciones en que, mientras nos entretenemos con lo superficial, el problema yace profundamente. Rayar la superficie no ayudará a generar el cambio que necesitamos. Indudablemente más fácil y menos transgresora, esta actitud nos mantiene en nuestra “zona de confort”, pero no cambia las cosas.

Creo que es necesario volver a aprender que, en gestión, síntomas tampoco son enfermedades, sino más bien pistas orientadoras a un problema que subyace varias capas por debajo. Y, claro está, tener el valor de sumergirnos hasta la enfermedad.

Cordialmente,

Dr. Pablo Bonelli

Director Médico

Swiss Medical Medicina Privada

SUMARIO

- 3 Editorial
 - 5 Artículo original
 - 6 Novedades en Medicina
 - 8 Comentario de artículos
 - 10 Guías de práctica clínica
 - 12 Evaluación de Tecnologías Sanitarias
 - 13 Eventos
 - 14 Noticias institucionales
 - 16 Alerta Farmacológica
 - 17 Programas médicos
 - 19 Medicina legal
 - 20 Concurso
 - 21 Historia de la Medicina
 - 22 Sección cultural
- Presidente: Dr. Claudio Belocoppitt
 - 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. Horacio Canto, Farm. Laura Cittadino, Dr. Alejandro Donadio, Dra. Mercedes Manzioni, Lic. Silvia Mascaró, D. Angel Mascó, Dra. Maria Virginia Meza, Lic. Carolina Micha, Dr. Santiago Moreno, Dra. Bárbara Ratto, Dra. Claudia Stinga.
 - La imagen de tapa de este Nro. se titula "El jardín de los poetas" y corresponde a Blas Castagna.
 - Versión descargable on-line en: www.prestadores.swissmedical.com.ar
 - Correo de lectores: aequalis@swissmedical.com.ar
 - La correspondencia puede enviarse a 25 de Mayo 264, 4to. Piso (1002) C.A.B.A.

Æqualis es una publicación trimestral de SMMP para su red de prestadores y colaboradores. Derechos reservados. La difusión y reproducción del presente material escrito o sus imágenes no podrán realizarse sin la autorización correspondiente. Las notas firmadas representan la opinión de los autores y son de su responsabilidad. Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que marca la ley. Impresa en junio de 2011 en los talleres gráficos de PUNTHUAL S.R.L. José León Suárez 3.256, CA.B.A. CP: C1440EZJ. Tirada de esta edición: 2.000 ejemplares.

Artista de tapa *



Blas Castagna

Nació en Buenos Aires en 1935. Estudió en las Escuelas de Bellas Artes Manuel Belgrano y Prilidiano Pueyrredón, obteniendo el título de Profesor Nacional de Dibujo. Cursó estudios en la Scuola d'Arte di Comiso, Sicilia, y entre 1974 y 1976 ejerció la docencia en la Universidad Nacional de San Juan. Es miembro invitado de la Association Diffusion des Arts Plastiques, Toulouse (Francia, 1982). La imagen de tapa de este número se titula "El jardín de los poetas" (grabado color sobre monotype, 30,5 cm x 28,3 cm) y corresponde a 2011.

Desde 1960, ha realizado numerosas exposiciones individuales y colectivas nacionales e internacionales. Por mencionar algunas individuales: Galería Palatina; Espacio de arte A.M.I.A.; Galería van Riel; Museo de Arte Español Enrique Larreta; Espace Croix Baragnon (Toulouse); Galería Sur (Uruguay). Entre las colectivas, se destacan las realizadas en Centro Cultural Recoleta; Centro Cultural Borges y Museo de Arte Tigre; Palais de Glacé; Museo de Arte Moderno de Bahía (Brasil) y Museo Benito Quinquela Martín; Sainsbury Centre (Reino Unido); Centro Wifredo Lam (Cuba).

Obtuvo los premios Trabucco en pintura (2000), Asociación Argentina de Críticos de Arte (1996) Espíritu de Grecia en grabado (1990) y Konex de Platino 1992 en Artes Visuales.

Desde el año pasado, se puede apreciar permanentemente una de sus obras, el altar mayor de la Basílica "Nuestra Señora de la Merced" sita en el centro de esta ciudad.

Su vasta producción está compuesta de pinturas, grabados, objetos y esculturas. En ellas aplica técnicas mixtas, tales como el ensamblado de materiales de desecho (madera, cartones usados o hierro), explorando diferentes texturas y ritmos y logrando realzar el material de base como recurso poético.

Para ver más: <http://blascastagna.blogspot.com/>

Persistencia en el tratamiento con un medicamento antihipertensivo en programas de seguimiento y educación médica

Dr. Santiago Moreno

Médico cardiólogo

Coordinador de Programas Médicos

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

La falta de adherencia al tratamiento es un problema de magnitud sorprendente a nivel mundial. En los países desarrollados promedia el 50% la adhesión al tratamiento a largo plazo de los pacientes con enfermedades crónicas. En los países en desarrollo, las tasas son aún más bajas.

Es innegable que muchos pacientes experimentan dificultad en seguir recomendaciones de tratamiento.

La pobre adherencia compromete seriamente la efectividad también desde el punto de vista de la calidad de vida y esto termina generando aumentos de los costos en salud. La falta de adherencia al tratamiento es la causa principal de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes. Origina complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida, aumenta la probabilidad de aparición de resistencias a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales.

No hay duda de que los equipos de atención sanitaria están fracasando en lo que se refiere a la prestación de apoyo al comportamiento de los pacientes, tarea para la cual generalmente no están entrenados. Además, los profesionales, en general no supervisan de cerca el cumplimiento de las indicaciones médicas por parte de estos, por considerar que no es ésta una función para la cual se los haya capacitado específicamente.

En el caso de la hipertensión arterial, por ejemplo, el porcentaje de pacientes que cumplen su régimen terapéutico es sólo del 27%, 43% y 51% en Gambia, China y los Estados Unidos de América, respectivamente. El porcentaje de pacientes tratados que tiene un buen control de la tensión arterial es sólo del 30%, 7% y 4,5% en los EEUU, el Reino Unido y Venezuela, respectivamente.

Varios estudios demuestran claramente la notable reducción de costos y el aumento de la eficacia de acciones en salud que son atribuibles a intervenciones de bajo costo para mejorar la adherencia.

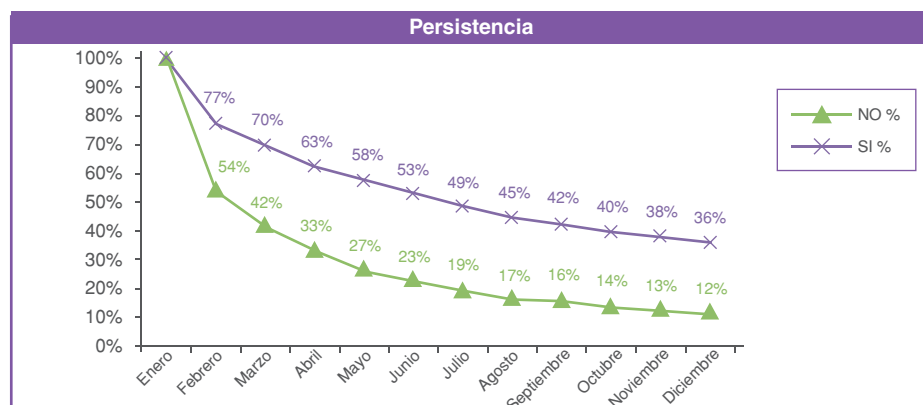
En Swiss Medical Medicina Privada hemos evaluado durante el año 2009 la persistencia al tratamiento de un fármaco antihipertensivo, comparando pacientes que participaban o no de un programa de seguimiento. Los programas brindaban charlas informativas a los pacientes y seguimiento telefónico.

Se utilizó la persistencia como medida de adherencia al tratamiento, definido como 1,5 veces el periodo de tratamiento entre las compras del fármaco. Es decir, un paciente que adquiría una caja de 28 comprimidos (1 comprimido por día) dentro de los 42 días debería adquirir la siguiente.

La población estudiada fue de 1.462 pacientes. Entre estos, 620 participaban de un programa mientras que 842 no.

Las características entre las poblaciones estudiadas no presentan diferencias significativas. Los resultados mostraron que al año, los pacientes que participaban de un programa de seguimiento y educación médica triplicaban la persistencia al tratamiento (36% vs. 12%) (ver gráfico).

Este estudio, como otros de similares características, demuestra una vez más que acciones de salud dirigidas a la educación del paciente facilitan la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Aún así, estas últimas resultaron insuficientes, ya que se está lejos de la adherencia esperada. Esto significa que el problema es complejo y su abordaje presenta varias aristas. Los sistemas de salud deben seguir creando instrumentos y acciones que favorezcan o aumenten la adherencia al tratamiento.



Nuevas terapias en Oncología: ipilimumab y vemurafenib

Dra. Bárbara Ratto

Médica oncóloga y radioterapeuta

Auditoría en Oncología

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

Del 3 al 7 de junio del corriente año, tuvo lugar en Chicago, Estados Unidos, el Congreso Americano de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology, ASCO).

Durante la sesión plenaria, se presentaron dos nuevas drogas: **ipilimumab y vemurafenib**, ambas para el tratamiento del melanoma metastático. Fueron recibidas con mucha expectativa, ya que en las últimas décadas no se han aprobado nuevas alternativas terapéuticas para este tipo de tumor, cuyo pronóstico es muy pobre dada su baja respuesta a la quimioterapia y a la radioterapia. Debe considerarse que la sobrevida oscila entre 8 y 18 meses luego de ser diagnosticado (estadio IV).

El melanoma es un tipo de cáncer altamente inmunogénico. La infiltración de células T en el tumor sugieren un reconocimiento del sistema inmune, siendo esta respuesta inadecuada para controlar el melanoma, ya que este tumor presenta la característica de evadir dicho reconocimiento a través de varios senderos inmunosupresivos. Por este motivo y durante muchos años, hemos tratado a los pacientes con inmunomoduladores como interleukina 2.

Sólo en los EEUU durante el año pasado, se diagnosticaron 68.100 casos de melanoma y se confirmaron 8.700 muertes anuales. La presentación de melanoma metastático es de un 10% y su incidencia se incrementa cada 10-20 años.

IPILIMUMAB

El ipilimumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 totalmente humano. Es un potenciador de los linfocitos T, que actúa bloqueando de forma específica la señal inhibitoria del antígeno 4 asociado a los linfocitos T citotóxicos, aumentando la activación y proliferación de las células T.

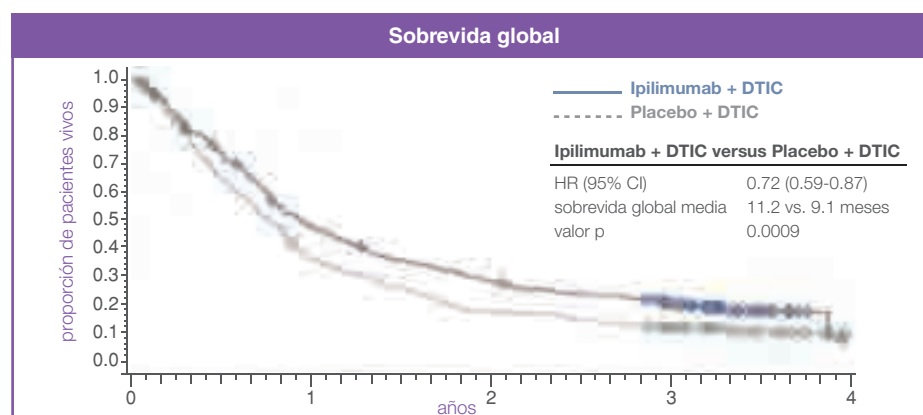
En la reunión plenaria se presentaron los resultados de un estudio fase III randomizado (MDX-024 Study), que incluyó 502 pacientes con diagnóstico de melanoma metastáticos, no tratados previamente. En el estudio se compararon pacientes que recibieron ipilimumab más dacarbazina, con pacientes a los que se les administró dacarbazina más placebo.

En ambos casos, seguidos de dacarbazina sola cada 3 semanas hasta la semana 22.

Si los pacientes presentaban enfermedad estable o respuesta objetiva, recibían ipilimumab cada 12 semanas como terapia de mantenimiento, estableciéndose como endpoint primario la sobrevida global.

Los resultados hallados fueron una sobrevida mayor en el grupo de pacientes que recibía el ipilimumab más la dacarbazina que el grupo que recibía dacarbazina + placebo (11.2 meses versus 9.1 meses).

Uno de los hallazgos destacables del estudio es la no ocurrencia de muertes ni perforaciones intestinales en el grupo de ipilimumab-dacarbazina relacionados.



Los efectos secundarios más observados fueron aumentos en los valores de la función hepática, a predominio del grupo que utilizó ambas drogas.

Los efectos adversos asociados al ipilimumab (enterocolitis y endocrinopatías) fueron detectados en menor cuantía de lo esperado, y dichos efectos son bien manejados si se siguen las guías establecidas para esta medicación como los corticoides u otros agentes inmunosupresores.

Esta droga fue aprobada por la FDA a fines de marzo de este año, siendo el costo de mejorar estos dos meses en la sobrevida global de U\$S 120.000 por tratamiento. Aún se encuentra sin aprobar por ANMAT.

PARA AMPLIAR LA INFORMACIÓN:

- *Integration of Ipilimumab in the First-line Setting Improves Survival for Patients with Metastatic Melanoma. ASCO Daily News. Wrap-up edition 2011, pag. 8.*

- *Ipilimumab plus Dacarbazine for Previously Untreated Metastatic Melanoma. N Engl J Med 2011;364:2517-26.*

DEMURAFENIB

El vemurafenib es un inhibidor del gen BRAF, proteína implicada en el crecimiento normal y supervivencia celular. Cuando hay mutaciones que mantienen la proteína BRAF en estado activo, estas pueden dar lugar a un crecimiento celular incontrolado. Aproximadamente el 40 a 60% de los melanomas cutáneos acarrean una mutación en el gen BRAF, también sobreexpresado en cáncer de tiroides y de colon. El vemurafenib es un potente inhibidor del BRAF mutado y presenta un marcado efecto antitumoral en las líneas celulares de melanoma con mutaciones, pero no para las líneas celulares que no lo presentan mutado.

El estudio BRIM3 en fase III presentado en ASCO, comparó vemurafenib contra

dacarbazina en 675 pacientes sin tratamiento previo de melanoma metastático con mutación demostrable del BRAF. Los pacientes fueron aleatoriamente asignados a recibir o vemurafenib 960 mg. oral dos veces al día (grupo 1) o dacarbazina 1000 mg. por m2 de superficie corporal endovenoso cada 3 semanas (grupo 2). Los endpoints primarios fueron sobrevida global y sobrevida libre de enfermedad; los endpoints secundarios fueron porcentaje de respuesta, duración de la respuesta y seguridad.

Luego de 6 meses, se observó una sobrevida del 84% en el grupo que recibió vemurafenib y del 64% en el grupo que recibió dacarbazina.

El análisis interino -es decir, mientras aún no había finalizado el protocolo- evidenció que el vemurafenib se asoció con una reducción en el riesgo relativo de muerte y de un 74% en el riesgo tanto de muerte como de progresión de enfermedad comparado con la dacarbazina. Tal es así que el comité de monitoreo y seguridad independiente, luego de revisar el análisis interino, recomendó realizar el entrecruzamiento de pacientes de dacarbazina a vemurafenib. Los porcentajes de respuesta fueron 48% para vemurafenib vs. 5% para dacarbazina.

Los efectos adversos más comunes asociados a vemurafenib fueron: artralgias, rash, fatiga, alopecia, queratoacantoma o carcinoma escamoso, fotosensibilidad, náuseas y diarrea; el 38% de los pacientes necesitó modificar la dosis por la toxicidad.

El pasado 17 de Agosto, la droga fue aprobada por FDA. Debido a la resistencia detectada en los pacientes tratados con la misma, un trabajo investigacional fase I combinando vemurafenib e ipilimumab se está llevando a cabo.

El costo probable de este tratamiento podría llegar a ser de U\$S 50.000. Se trata de una droga prometedora para construir nuevas terapias combinadas en el futuro.

En nuestro país, desde el año 2003 funciona el Registro Argentino de Melanoma Cutáneo (RAMC). Dicho Registro se creó a partir de la fusión de la Sociedad Argentina de Dermatología y la Fundación del Cáncer de Piel, cuya función es registrar la incidencia del melanoma y la distribución de los niveles de Clark y Breslow en las distintas áreas geográficas e identificar los grupos de mayor riesgo. Los datos son recolectados en hospitales públicos, privados y consultorios particulares; y se utilizan no solo para conocer la incidencia sino también para poder identificar los grupos de mayor riesgo.

Según los datos aportados por el Instituto Angel H. Roffo en 2010, para algunas provincias argentinas se logró calcular la tasa de incidencia de melanoma (casos nuevos por cada 100.000 por año) en ambos sexos. La tasa de incidencia para Chaco (2002-2005) fue de 0.9; para Córdoba de 2.1; para Río Negro de 3.3 y para Salta de 1.1.

Se observó también que la tasa de mortalidad por melanoma cutáneo en el país, ha aumentado desde 1980 a 2001 (2.2% en varones y 1.1% en mujeres, con heterogeneidades entre provincias y grupos étnicos).

El melanoma es la causa más frecuente de muerte dentro del grupo de enfermedades de la piel, afectando a ambos sexos y aumentando su incidencia a partir de los 16 y hasta los 50 años de edad. Raramente se observa en la infancia. En etapas iniciales, el tratamiento brinda excelentes posibilidades de curación, por el contrario, en etapas avanzadas, el pronóstico es pobre. Por estas razones, resulta primordial la detección temprana.

Análisis de costo-efectividad de la vacunación masiva contra HPV en 5 países de América Latina

Cost-effectiveness analysis of a cervical cancer vaccine in five Latin American countries. Vaccine 2009; 27(40): 5519-5529. DOI:10.1016/j.vaccine.2009.06.097

Dra. Mercedes Manzoni
Médica de Familia

Dra. Virginia Meza
Médica de Familia

Departamento de Políticas Médicas
Dirección Médica
Swiss Medical Medicina Privada

El cáncer de cuello uterino (CC) es la tercera neoplasia en frecuencia en mujeres a nivel mundial; observándose el 83% de los casos en países subdesarrollados. Representa un problema social y económico, afectando a mujeres en edad reproductiva.

El desarrollo de cáncer de cuello está asociado a la infección del virus del papiloma humano (VPH) el cual es transmitido por vía sexual. Los serotipos de VPH 16 y 18 han demostrado ser los agentes causantes de aproximadamente el 70% de los casos de CC.

La incidencia y la mortalidad de esta neoplasia se ha reducido en las últimas décadas en países desarrollados, principalmente debido a la mejora de los niveles socio-económicos y a la aplicación de programas de screening (PAP) y tratamiento temprano, con una cobertura lo suficientemente amplia de la población. Sin embargo, en países subdesarrollados estas tasas se han mantenido relativamente estables, siendo esto explicado en parte, por la dificultad en la implementación de programas de rastreo que cubra la mayor parte de la población destinataria.

Dos vacunas contra el VPH oncogénico 16/18 se han introducido recientemente en el mercado; ambas se recomiendan para niñas de entre 10 y 12 años de edad. La vacunación ofrece protección contra la infección por estos tipos de VPH, evitando el desarrollo de lesiones pre-malignas y malignas.

De esta manera, si la vacuna se incorporara en forma masiva, podría tener un impacto significativo en la prevención del CC en países de bajos y medios-recursos.

El presente artículo se propone evaluar costo-efectividad y costo-utilidad de la vacuna HPV en 5 países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México y Perú).

Diseño del estudio

Se trata de un estudio de costo-efectividad, basado en un análisis de Markov, en el cual se compararon dos posibles estrategias: a) programa de screening actual y

b) screening actual + vacunación a los 12 años. Los autores modelaron una cohorte de niñas de once años, las cuales año a año son asignadas a un posible estado de salud hasta su muerte. Dichos estados de salud, contemplan todas las factibles situaciones sanitarias respecto a la infección por VPH de una mujer a lo largo de su vida. Para ello se tuvo en cuenta la prevalencia de enfermedad en cada país, su historia natural, la cobertura y eficacia del screening y la efectividad del tratamiento. Por otro lado, a cada estado de salud se le asignó una utilidad (QUALY) y un costo.

El modelo contempla la perspectiva del financiador en salud, motivo por el cual solo incluye los costos médicos directos. La tasa de descuento utilizada es del 3% (1).

Principales resultados

En todos los países analizados, la aplicación del programa de vacunación sumada al screening con PAP, muestra beneficios significativos para la salud de la población, siendo una estrategia costo-efectiva. El costo incremental por QUALY ganado (ICER) oscila entre U\$S 4.576 (Perú) y U\$S 17.666 (Chile). Esto significa que dependiendo del país, comparado con el rastreo como única estrategia de prevención, deberán gastarse entre U\$S 4.576-17.666 dólares más para ganar un año de vida en perfectas condiciones de salud (QUALY).

En cada caso, el ICER fue siempre menor a 3 PBI por cápita, demostrándose así la costo-efectividad de la intervención (la OMS establece que una medida es costo-efectiva cuando su costo incremental es inferior a 3 PBI, siendo muy costo efectiva cuando el ICER es menor a 1 PBI).

Al analizar solo los resultados de Argentina, puede observarse que la vacunación permitiría evitar el 73% de los casos de CC y el 74% de su mortalidad. El costo incremental por QUALY es de U\$S 5.964 (valor inferior a 3 PBI), confirmándose la costo-efectividad de implementar la vacunación en nuestro país. La misma se

mantiene siempre que el esquema de vacunación cueste menos de U\$S 454, mientras que si el costo fuera inferior a U\$S 198, la vacunación podría considerarse muy costo-efectiva (ICER menor a un PBI).

Análisis de costo-efectividad					
	Total QALYs	Costos totales	QALYs ganados	Costos adicionales	ICER por QALY ganado
Argentina					
A. Screening					
Discontinuo	10,093,954	47,243,840 USD			Referencia
Continuo	(23,849,060)	(145,196,784 USD)			
B. Vacunación+screening					
Discontinuo	10,101,669	93,259,797 USD	7715	46,015,957 USD	5964 USD
Continuo	(23,885,716)	(135,471,230 USD)	36,656	(-9,725,554 USD)	(-265 USD)

Screening vs. screening + vacunación. Principales resultados (Argentina):	
Total CIN 1 evitados (% del total CIN 1)	23,797 (48.48%)
Total CIN 2&3 evitados (% del total CIN 2&3)	4500 (73.51%)
Total CC ^a evitados (% del total CC)	832 (73.55%)
Total muertes por CC ^a evitadas ^a (% del total muertes por CC)	393 (73.59%)
Días de vida ganados ^b	
Con tasa de descuento	6.84
Sin tasa de descuento	[33.54]
Costos evitados asociados al tratamiento y seguimiento ^{a,c}	
Con tasa de descuento	6,857,587.55 (49.36%)
Sin tasa de descuento	[23,859,750.51 (55.88%)]

CC: cáncer de cuello uterino
CIN: Neoplasia cervical intraepitelial

a: cada 100.000 mujeres vacunadas
b: por cada mujer vacunada.
c: todos los costos fueron expresados en U\$S (al valor del año 2006)

Conclusión

Los autores concluyen que la implementación de la vacunación masiva en la prevención de CC en los 5 países América Latina analizados, es una medida costo-efectiva, observándose una considerable mejora en términos de salud debido a una reducción de la incidencia y mortalidad del CC, sumado a un incremento en la calidad de vida. El presente estudio podría ayudar a guiar políticas de salud pública en la región respecto a la prevención del CC.

Comentario

Todos los tomadores de decisiones en salud, ya sea en el ámbito público o en el privado, se enfrentan a diario a un gran dilema: muchas son las intervenciones que, de implementarse, mejorarían la salud de sus poblaciones, pero a su vez, en numerosos casos, esto se asocia a un incremento en los costos para el sistema de salud. La disyuntiva podría formularse así: ante un presupuesto que es siempre finito ¿cómo priorizar en qué invertirlo?.

Los análisis de costo-efectividad y costo-utilidad, son una herramienta para poder adoptar este tipo de decisiones. Muchos países establecen la incorporación de una tecnología nueva en base no solo a su eficacia y seguridad, sino también a su costo-efectividad; tal es el caso del Reino Unido. Sin embargo, la mayoría de los países no ha adoptado aún una decisión acerca de cuál es el costo a pagar para considerar

una intervención costo-efectiva. A pesar de ello, en estos puede adoptarse la definición genérica de la OMS, la cual establece la costo-efectividad siempre que el costo a pagar por un año de vida ajustado por calidad (QUALY) sea menor a un PBI por cápita.

Una desventaja adicional es que los estudios de costo-efectividad son escasos y generalmente realizados en países desarrollados, lo cual dificulta extrapolar sus resultados a nuestra realidad económica y social.

La vacuna para HPV ha sido incorporada al calendario oficial de vacunación de nuestro país en mayo de este año. La eficacia y seguridad de la vacuna ha sido ampliamente demostrada a nivel mundial. Este estudio, presenta la ventaja de haber sido efectuado con datos de Argentina y otros países de América Latina. Sus resultados establecen que la decisión de incorporar la vacuna al calendario oficial es una estrategia costo-efectiva. Por otro lado, si la universalización de la vacunación se llegara a asociar a un descenso del costo de la vacuna, que permitiera que el esquema costase menos de U\$S 200, la decisión de incorporar la vacuna al calendario, cumpliría con los criterios de una estrategia muy costo-efectiva, siendo su implementación ampliamente recomendada, aún en países subdesarrollados.

(1) La tasa de descuento es utilizada para calcular el valor actual de algo que va a suceder en el futuro. La misma tiene en cuenta las preferencias temporales de los individuos al momento de afrontar un costo o adquirir un beneficio. Por ejemplo, de no aplicarse una tasa de descuento, un tratamiento que requiera una inversión de \$12.000 por única vez sería equivalente a un tratamiento que cueste mensualmente \$100 por 10 años. Sin embargo, analizando esto solo desde una perspectiva económica, pese a que el importe es el mismo, la mayoría de los individuos optarían por la segunda opción (preferencia temporal).

Lumbalgia aguda

Dra. Claudia Stinga
Médica Clínica
Coordinadora del Servicio de
Internación
Sanatorio De Los Arcos

Equipo del Dolor Dr. Wortley
Swiss Medical Medicina Privada

La presente guía es una herramienta para el tratamiento de los pacientes con lumbalgia aguda que ingresan por la guardia externa o se encuentran internados en piso en el sanatorio Los Arcos.

La lumbalgia aguda es una patología de alta prevalencia, con buen pronóstico y generalmente autolimitada siendo su etiología más común lesiones músculo-ligamentosas o procesos degenerativos del disco y facetas.

Los siguientes signos/ síntomas considerados de alarma o “banderas rojas” justifican potencialmente internar al paciente y solicitar estudios complementarios:

- huésped inmunocomprometido
- adictos endovenosos
- ITU a repetición
- infecciones de la piel
- antecedente de cirugía de columna o procedimiento
- antecedente de traumatismo
- antecedente o sospecha de neoplasia
- inicio agudo en < 18 o > de 50 años de edad
- presencia de signos - síntomas neurológicos
- fiebre

Estudios complementarios:

- Laboratorio: ESD, PCR, hemocultivos.
- RMN lumbosacra.
- TC (ante sospecha de lesión ósea o si no se puede hacer RMN).

Para definir el tratamiento se evaluará:

- Nivel de dolor: leve, moderado, severo o severo incontrolable.
- Características del paciente: si es alérgico, sus antecedentes clínicos y si existen condiciones asociadas.
- Compromiso neuropático.
- Problemas emocionales (depresión-ansiedad).

Ante la necesidad de indicar medicación adyuvante se sugiere tener en cuenta la presentación clínica para elegir el fármaco adecuado (ejemplo: componente neuropático: pregabalina, lidocaína, antidepresivos; componente ansioso: Clonazepan. Pudiendo complementar el tratamiento farmacológico con medidas de soporte tales como fisio-kinesioterapia o reeducación postural global.

DOLOR LEVE

AINE +/- PARACETAMOL +/- ADYUVANTES

Via oral conservada	Diclofenac 50mg. c/8hs. o Dexketoprofeno 25mg. c/8hs.	Paracetamol 1 gr. c/8 - 6hs.
Via oral no conservada	Diclofenac 75mg. c/12hs. iv o Dexketoprofeno 50mg. c/8hs. iv/im (no más de 48hs.)	

Controla el dolor:
- alta
- seguimiento ambulatorio

No controla el dolor: Reevaluación Paciente
- cambio escalón analgésicos
- uso adyuvantes

DOLOR MODERADO

OPIOIDE DEBIL +/- AINE +/- PARACETAMOL +/- ADYUVANTES

Tramadol 1 amp. c/8hs.	Diclofenac 75mg. c/12hs. iv o Dexketoprofeno 50mg. c/8hs. iv/im (no más de 48hs.)	Paracetamol 1gr. c/8 - 6hs.	Rescates 2mg. de morfina iv lenta
---------------------------	---	-----------------------------	-----------------------------------

Controla el dolor:
- alta
- seguimiento ambulatorio

No controla el dolor: Reevaluación Paciente
- cambio escalón analgésicos
- uso adyuvantes

Tramadol 1 comp c/8hs vo

Diclofenac 50mg. c/8hs. o Dexketoprofeno 25mg. c/8hs.
Paracetamol 1gr. c/8 - 6hs.

DOLOR SEVERO

OPIOIDE FUERTE +/- AINE +/- PARACETAMOL +/- ADYUVANTES

Morfina 20mg iv (bic a 21ml/h)	Diclofenac 75mg. c/12hs. iv o dexketoprofeno 50mg. c/8hs. iv/im (no mas de 48hs.)	Paracetamol 1gr. c/8 - 6hs.	Rescates 2mg. de morfina iv
--------------------------------	---	-----------------------------	-----------------------------

Controla el dolor:
- alta
- seguimiento ambulatorio

No controla el dolor: Reevaluación Paciente
- cambio escalón analgésicos
- uso adyuvantes

Tramadol 1 comp c/8hs vo

Diclofenac 50mg. c/8hs. o Dexketoprofeno 25mg. c/8hs.
Paracetamol 1gr. c/8 - 6hs.

DOLOR SEVERO INCONTROLABLE

MÉTODOS INVASIVOS, SEGÚN CORRESPONDA EN CADA CASO:

- | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| - Bloqueos | - Termolesión por radiofrecuencia | - Catéteres implantables |
| - Vertebroplastias | - Cirugía | |

Recordar

Enfermería deberá registrar número de rescates, dosis y horario de los mismos.

- **Goteo:** aumentarlo luego de 12-24hs. de uso. Incrementar 50% de la dosis total de rescates en 24 hs.
- **Formulaciones de Liberación Controlada:** requieren titulación previa. Debe utilizarse únicamente en pacientes con dolor controlado.
- **Parches de Fentanilo:** se utilizan solo en pacientes con dolor controlado.
- **Dextropropofixeno:** su margen terapéutico es estrecho, debe prestarse especial atención a la dosis máxima. Se deben tener en cuenta las recientes advertencias publicadas por FDA, o sugerencias del ANMAT (ver Alerta Farmacológica AEQUALIS N°9).

La presente guía fue presentada en Ateneo del Sanatorio De Los Arcos el pasado 31/03/11, siendo propuesta para ser implementada en guardia y pisos de internación de dicho Sanatorio. Agradecemos a la Dra. Stinga y al Dr. Bouzá por compartir el material con revista ÆQUALIS.

Evaluación de tecnologías sanitarias

Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Swiss Medical Medicina Privada

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:

Soporte hepático extracorpóreo. Sistema Prometheus®

Descripción

La insuficiencia hepática es la incapacidad del hígado para llevar a cabo sus funciones metabólicas de excreción y detoxificación. La misma puede ser aguda o crónica.

Actualmente el tratamiento estándar de esta patología es médico: antibioticoterapia profiláctica, restricción de sodio, disminución de la ingesta proteica, lactulosa oral (en caso de encefalopatía), vitamina K y paracentesis evacuadora con posterior administración de albúmina, si existiera resistencia al tratamiento con diuréticos o compromiso respiratorio. El trasplante hepático es el único tratamiento que ha demostrado mejorar el pronóstico de los casos más graves de insuficiencia del órgano.

El soporte hepático extracorpóreo (entre los que se encuentra el sistema Prometheus) es una nueva terapia de reemplazo de la función hepática que serviría de "puente" hasta tanto un paciente con insuficiencia hepática aguda, crónica reagudizada y/o disfunción de injerto luego del trasplante, recupere la funcionalidad o sea trasplantado.

El sistema Prometheus® consiste en un sistema de diálisis, al que se le agrega un módulo para la separación fraccionada del plasma y la adsorción (FPSA). De esta manera, permite eliminar del organismo no solo las toxinas solubles en agua sino también aquellas ligadas a la albúmina.

Evidencia disponible

Los estudios publicados hasta el momento acerca de la eficacia y seguridad del sistema Prometheus® son escasos, de baja calidad metodológica, con poca cantidad de pacientes y muy heterogéneos.

Una revisión sistemática publicada en el año 2009, concluye que la literatura médica existente hasta el momento no permite efectuar conclusiones avaladas por evidencia científica, por lo que debe considerarse esta tecnología un tratamiento de carácter experimental, hasta que estén disponibles más datos sobre su eficacia y seguridad

Evaluación de tecnología

Sólo se encontró una revisión de tecnología española, en la que se concluye que "los estudios que evalúan el sistema Prometheus® son escasos y con limitaciones metodológicas, lo que no permite realizar conclusiones firmes sobre su efectividad en el tratamiento de la insuficiencia hepática".

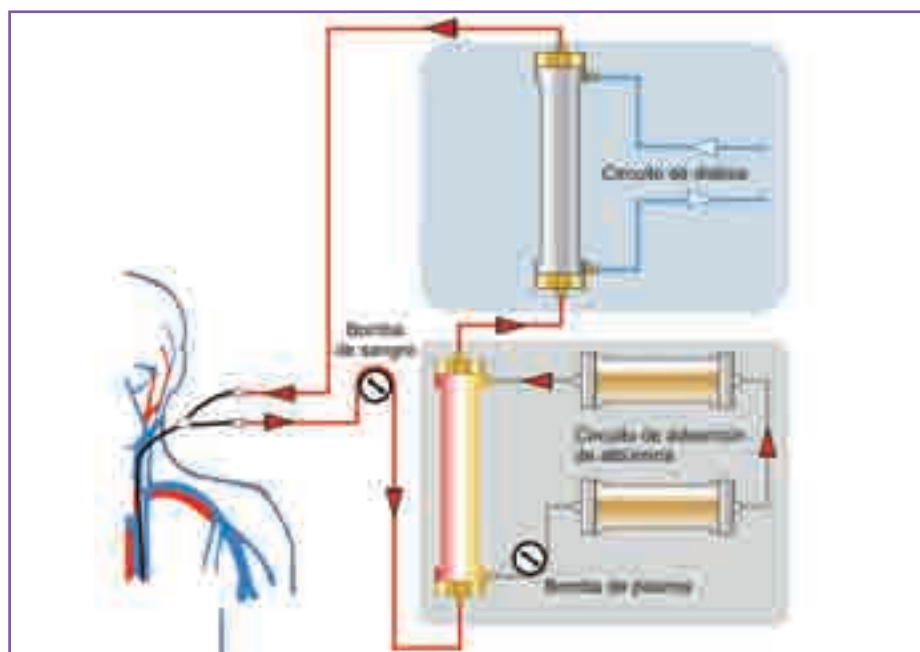
Además, no existen datos suficientes que permitan pronunciarse sobre si aumenta o no la supervivencia de los pacientes. Esta técnica puede considerarse segura y bien

tolerada por los pacientes, aunque produce cambios hemodinámicos adversos consistentes en la disminución de la presión arterial media. Es capaz de depurar tanto las sustancias hidrosolubles como las unidas a proteínas, observándose disminuciones significativas de las concentraciones de bilirrubina, ácidos biliares, amonio, creatinina y urea, sin que mejore el grado de encefalopatía hepática.

Finalmente, puede concluirse que si bien esta tecnología parece ser promisoria, se necesitan más datos acerca de su eficacia y seguridad para que pueda ser utilizada como tratamiento estándar de los casos graves de insuficiencia hepática. Por otro lado, el costo actual del tratamiento requiere que se analice el costo-efectividad de la intervención respecto al tratamiento habitual.

Políticas de cobertura

En nuestro país, el sistema ha sido autorizado por ANMAT en el año 2008 por disposición 2062/08. Sin embargo, la prestación no ha sido incluida en P.M.O., por lo cual no es obligatoria su cobertura. SMMP analizará los casos excepcionalmente.



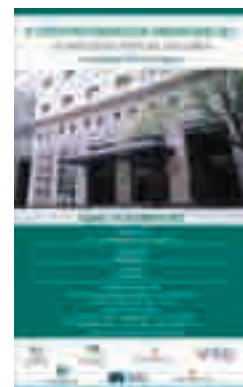
VI Curso Pre-Congreso de Cardiología 2011: “La Cardiología a través del Caso Clínico”

1 de octubre de 2011

Clínica y Maternidad Suizo Argentina, auditorio 1 piso.

Con el auspicio de: Sociedad Argentina de Cardiología, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Sanatorio De los Arcos, Clínica Olivos, Laboratorio ELEA y Swiss Medical Group.

Directores: Dr. Carlos Bruno, Dr. Juan Carlos Medrano, Dr. Sergio Muryán.



INFORMES E INSCRIPCIÓN: Secretaría de Educación Médica Continua de Swiss Medical Group:

Tel: 5239-6010 o (15) 4947-8903, de lunes a viernes de 10 a 16 hs. o por correo electrónico a: vanesa.martin@swissmedical.com.ar

INSCRIPCIÓN LIBRE Y GRATUITA. Capacidad limitada a 120 participantes.

Se otorgarán diplomas al finalizar. La actividad otorga créditos para la recertificación.

Sitios web para ampliar información: www.cymsa.com.ar; www.sanatoriodelosarcos.com.ar; www.swissmedical.com.

Como hemos venido realizando en previas ediciones, utilizaremos como metodología el aprendizaje a través del problema.

No se realizarán conferencias, y las discusiones versarán sobre la presentación de casos clínicos y su temática.

Se utilizará un sistema de votación electrónica sobre las preguntas planteadas en referencia a cada uno de los casos.

VI Jornadas Patagónicas Materno Infantiles

VI JORNADAS PATAGÓNICAS
MATERNO INFANTILES



Clínica San Lucas, Neuquén.

Organizado por: Comité de Docencia de Clínica San Lucas.



Comunicamos a nuestros lectores que las VI Jornadas Patagónicas Materno Infantiles, programadas para 2 y 3 de septiembre de 2011, han sido canceladas por razones de fuerza mayor (debido a que el aeropuerto aún permanece cerrado a causa de las cenizas volcánicas). El Comité organizador ha decidido reprogramarlas para septiembre del año próximo, en fecha a confirmar. Agradecemos a aquellos lectores que se han comunicado con Æqualis por su participación en el sorteo de becas que se había anunciado en el N° anterior.



ESTUVIMOS EN...

XVIII Congreso Latinoamericano de FLAPIA “Revisando nuestra práctica: Nuevos desafíos”

2 y 3 de Junio de 2011

Asociación Médica Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Organizado por: Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines y Federación Latinoamericana de Psiquiatría de la Niñez, Adolescencia y Familia y Profesiones Afines.

Las psicólogas asesoras de los Programas Médicos de Swiss Medical concurren al evento y nos hicieron sus comentarios. Lic. Lidia Molas: “El nivel de todos los trabajos fue excelente. En particular, me gustaron mucho la mesa redonda de adicciones y la exposición de la Lic. María Verónica Brasesco, quien ofreció un recorrido por los lugares que fue ocupando el niño en la historia, haciendo un desarrollo de los diferentes paradigmas y de sus efectos inmediatos sobre la infancia. La **extinción de la infancia en la actualidad**, un concepto potente que nos dejó pensando sobre nuestro hacer como adultos, como profesionales de la salud y como sociedad.”

La Lic. María Valentina Ronzano nos dijo: “En líneas generales la asistencia a este tipo de congresos, posibilita un espacio de enriquecimiento teórico e intercambio profesional. Permite abrirse a otras miradas y abordajes posibles sobre diferentes patologías. Me resultó muy interesante para nuestra labor en el Programa de Reeducción Alimentaria, la exposición de la mesa redonda “Trastornos de la Conducta Alimentaria”. De forma breve y precisa se presentaron conceptos y **modalidades integrales de intervención** considerando aspectos clínico-nutricional, vincular-familiar y subjetivos del paciente que consulta.”

Información Swiss Medical Group

Nuevo Servicio de Juego Terapéutico en el Sanatorio De Los Arcos y en la Clínica y Maternidad Suizo Argentina



Lic. Carolina Micha
Psicóloga
Coordinadora del Servicio de
Juego Terapéutico
Sanatorio De Los Arcos
Swiss Medical Group

FEDERICO fue internado de urgencia. Está próximo a operarse de apendicitis. Me presento en la habitación, le explico a los papás mi función y le pregunto a él si sabe porque está acá y qué es lo que le van a hacer. "Más o menos", responde. Lo invito a que me cuente lo que sabe. ¿Querés saber un poquito más? le pregunto. Sí. Entonces le explico a todos los presentes que saber tranquiliza y disminuye la ansiedad y las fantasías. Los papás aceptan abiertamente la propuesta. Saco el juego médico, un muñeco y le cuento donde se encuentra el apéndice y qué es. Hacemos un dibujo. Hablamos de la mascarilla y la anestesia. La toca, se la pone al muñeco, a sí mismo, a su mamá. Nos reímos. Hablamos del humo mágico que lo va a dormir y de lo que otros chicos me contaron al respecto. Federico me pregunta si le va a doler. Tiene miedo de despertarse durante la operación. Hablamos del anestesiólogo que estará allí cuidándolo, de todo lo que percibirá desde que se lo lleven, cómo despertará y qué sensaciones es posible que tenga. Federico pregunta, se ríe y se le caen las lágrimas a la vez. Hablamos de los miedos, de los nervios y de cómo venir al sanatorio genera estas emociones en la mayoría de las personas. También hablamos del beneficio de su operación.

ANTONELLA tiene 5 años. Está internada por una leucemia recién diagnosticada. Al entrar en su habitación se la observa enojada. Cuando avanzo empieza a lloriquear. Tiene miedo de que le haga otra intervención. Me presento, le aclaro que no soy ni enfermera ni doctora, la saludo y le cuento que vengo a jugar con ella. Le comento que aquí en el sanatorio también puede pasarla bien, que tengo muchísimos juguetes. Mira a su mamá y luego, me sonrío. Le presento varias propuestas y le brindo la opción de elegir. Elige sin duda: el juego del doctor. Le pregunto: ¿cómo se llama esta muñeca? Me responde: Anto. ¿Qué tiene Anto?. Responde: un bichito en la sangre. ¿Querés curarla? Sí. Antonella, sin dudar agarra la jeringa y le da una inyección, luego la ausculta y le mira los oídos mientras relata lo que le va haciendo. Se observa placer en su juego, en su cambio de rol, en el control que siente en dicha situación vivida anteriormente de manera pasiva. Observo que mantiene su brazo izquierdo inmóvil. Le pregunto qué le pasa y responde: Tengo miedo que me duela. Le propongo que le ponga la vía a la muñeca, como la que tiene ella. Al mostrársela y contarle que en su brazo no tiene una aguja, sonrío y su mamá suspira relajada. Prosigue revisando a su mamá, a su papá y a mí. Hablamos de los futuros procedimientos que le realizarán (extracción de sangre, medicación) los cuales dispararon preguntas y revelaron fantasías. Hablamos de lo importante que son para curarla, conversando sobre aquellos que serán molestos y sobre las sensaciones que le generarán. Saber le permitirá prepararse y anticiparse.

El Servicio de Pediatría del Sanatorio De Los Arcos y de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina ha creado un nuevo **Servicio de Juego Terapéutico**, orientado a atender las necesidades psico-afectivas del paciente pediátrico y su familia durante la internación.

Está integrado por psicólogas especializadas en internación y una clown, y se enmarca dentro del **abordaje multidisciplinario** que involucra a todo el equipo de profesionales del Servicio de Pediatría (pediatras clínicos, terapeutas intensivos, enfermeros y psicólogas).





Por qué jugar durante la internación

La internación de un niño o adolescente genera emociones encontradas tanto para él como para su familia. Una decisión inesperada que irrumpe, el contacto con personas desconocidas, la cantidad de intervenciones vividas como agresión al cuerpo, el malestar generado por la enfermedad, el cambio en el entorno y rutina diaria, entre otros motivos, generan un **aumento del stress y la ansiedad**. Considerando que los niños cuentan con menos recursos para afrontar situaciones estresantes y que son más vulnerables a los cambios, es fundamental que simultáneamente al tratamiento de la enfermedad orgánica, se cuide su salud psíquica, para minimizar los posibles efectos nocivos de la hospitalización.

¿Qué es el Juego Terapéutico?

El Juego Terapéutico se diferencia del "jugar por jugar" porque se da en presencia de un especialista, el cual establece una mirada y lectura particular del juego del niño, juego que habla y por lo tanto, permite una interpretación. En este sentido, ofrece la posibilidad de producir la **expresión emocional** y energía que conduce a un **mayor bienestar psicológico del niño hospitalizado**.

El juego es esencial en el desarrollo del niño y se vuelve más significativo cuando los adultos participan. Brinda oportunidades de comunicar sentimientos, preocupaciones y malentendidos en su propio idioma,

valiéndose tanto de la expresión verbal como conductual. Enseña a los niños a manejar el mundo y a interactuar.

Durante el Juego Terapéutico, el niño es alentado a hacer preguntas para aclarar conceptos erróneos y expresar los sentimientos relacionados a sus miedos y preocupaciones.

En qué casos interviene el Servicio de Juego Terapéutico

- Cuando un niño o adolescente ha sido internado y necesita **adaptarse a la nueva situación** y comprender por qué está allí, en un lenguaje adaptado a su edad y a través de técnicas lúdicas que le permitan familiarizarse con todo aquello que le resulta extraño.

- **Antes de una cirugía:** porque necesita ser preparado con palabras apropiadas a su edad, para comprender qué vivenciará paso a paso, antes, durante y después de la misma, y así reducir su ansiedad, sus fantasías y sus miedos.

- **Antes y durante un procedimiento** (extracción de sangre, vía, phmetría, placa, etc.): porque al ofrecerle contención y distracción podrá hacer frente a la experiencia de manera colaboradora y reduciendo el posible stress de todos los presentes. Cuanta más sensación de control sienta el niño, menor será su angustia.

- Cuando un niño o adolescente ha sufrido un **evento traumático** o se le ha detectado una **enfermedad crónica** y necesita apoyo y seguimiento.

¿Cómo trabaja el equipo?

- Consulta a los médicos de guardia sobre los pacientes internados, para detectar los casos en que puede ser necesaria una visita.
- Lee la historia clínica (HC) de cada paciente a visitar.
- Planifica el lineamiento general del abordaje de cada caso.
- Luego de ingresar a la habitación, registra su informe en la HC médica.
- Informa lo observado y elabora sugerencias dentro del propio registro de HC del Servicio.
- Se realiza el pase entre los miembros del equipo de Juego Terapéutico.

En la sala de juegos

Quando un paciente puede trasladarse a sala de juegos, se lo incentiva para que así lo haga, ya que consideramos beneficiosa la movilidad desde un espacio donde predomina la vivencia de pasividad (la habitación) hacia un espacio neutro, libre, infantil. Allí, el niño puede elegir qué hacer y desplazarse libremente, suspendiendo por un momento la posición de "paciente" y recuperando sus "actividades de niño".

En suma, el principal objetivo que se propone el Servicio de Juego Terapéutico es lograr que la internación resulte para el niño o adolescente una experiencia lo más positiva y cálida posible, con el fin de que el bienestar emocional acompañe la buena evolución de la enfermedad.



Incorporación de la vacuna contra el Papiloma Virus Humano al Calendario Nacional Oficial

Farmaceútica Laura Cittadino
Coordinadora Técnica Experta de Farmacia
Centro de Autorizaciones
Gerencia de Gestión de Prestaciones
Swiss Medical Medicina Privada

A partir del mes de mayo del corriente, por decisión del Gobierno Nacional quedó incorporada al Calendario Oficial de Vacunación la vacuna contra el Papiloma Virus Humano (HPV). Se vacunará gratuitamente con tres dosis (0, 2, 6 meses) a las niñas de 11 años de edad.

Actualmente la indicación de la vacuna está recomendada en mujeres de 10-26 años de edad para disminuir la incidencia del cáncer cervical (carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma), brindando protección contra las enfermedades agudas y persistentes que conllevan a largo plazo anomalías citológicas, incluyendo células escamosas atípicas de significancia indeterminada y neoplasia intraepitelial cervical, CIN1 y lesiones precancerosas CIN2 y CIN3.

La evidencia indica que ciertos tipos de HPV son las principales causas de cáncer invasor de cuello uterino y de neoplasia intraepitelial cervical, detectándose la presencia de DNA-HPV en el 99.7% de los cánceres de cuello uterino.

La vacuna **Gardasil**, producida por Merck & Co. Inc. (Merck), es una vacuna cuadrivalente porque protege contra cuatro tipos de HPV: 6, 11, 16 y 18. Dichas cepas son las relacionadas con el desarrollo de neoplasias. Gardasil se administra en una serie de tres inyecciones en tejido muscular por un periodo de 6 meses.

Cervarix es producida por GlaxoSmithKline (GSK) y es bivalente porque está dirigida a dos tipos de HPV: 16 y 18. También se administra en tres dosis por un periodo de 6 meses.

Aún se desconoce cuánto dura la protección, particularmente en los casos de niñas de 9-13 años de edad que son vacunadas en forma masiva. Los estudios más pequeños sugirieron que es posible que la protección dure más de 4 años, pero no se sabe si la protección que ofrece la vacunación durará toda la vida.

Se ha comprobado que tanto Gardasil como Cervarix son efectivas solamente si se administran antes de la infección por HPV, por lo que se recomienda que se apliquen antes de que la persona sea sexualmente activa.

No se ha comprobado que alguna de estas dos vacunas proporcione protección completa contra la infección persistente de otros tipos de HPV, aunque existen datos iniciales que sugieren que ambas podrían proporcionar protección parcial contra otros varios tipos de HPV que pueden causar cáncer de cérvix.

Por lo tanto, se estima que cerca del 30% de los casos de cáncer de cuello uterino no podrá prevenirse con estas vacunas. Y en particular, en el caso de Gardasil, que no evitará el 10% de los casos de verrugas genitales. Cabe destacar que las vacunas mencionadas no impiden el desarrollo de otras enfermedades de transmisión sexual ni tratan la infección por HPV o el cáncer de cuello uterino.

PARA AMPLIAR LA INFORMACIÓN:

- *Disposición ANMAT 1187, del 14 de febrero de 2011.*
- *Instituto Nacional de Cáncer, Vacuna contra los virus de Papiloma Humano, Revisión del 22 de junio de 2010.*
- *Laurell AC, La vacuna contra el HPV: el conflicto de interés (carta). Salud Colectiva, 2009;5 (1):127-128.*

Programas Médicos

Cesación Tabáquica: 3° reunión de la Coalición Latinoamericana de Profesionales de la Salud

Lic. Silvia Mascaro

Psicóloga

Coordinadora Programas de Salud

Swiss Medical Medicina Privada

Con motivo de la 3 reunión de la Coalición Latinoamericana de Profesionales de la Salud para el Tratamiento de la Dependencia al Tabaco, realizada el 9 y 10 de junio del corriente año en la Ciudad Autónoma de Bs. As, queremos compartir algunos aspectos de trascendencia allí propuestos para el tratamiento de deshabituación tabáquica. Estos podrían resumirse en:

- Implementar estrategias para reducir el consumo de tabaco entre los médicos y los profesionales de la salud en general en América Latina, considerando que su prevalencia es similar ó aún mayor que la muestra en población general.
- Fomentar dentro de los profesionales la intervención temprana durante la internación en personas fumadoras que tienen enfermedades cardiovasculares o en pacientes agudos.
- Insistir en promover las herramientas de intervención breve en pacientes fumadores, tales como las 5A's y las ABC, de las que existen sólidas evidencias científicas sobre su eficacia. Las intervenciones breves son también conocidas como consejo médico breve o intervención mínima. Se trata de una actividad llevada a cabo por el personal médico generalmente durante el curso de una consulta médica por otra causa, considerada como un momento ideal porque el paciente estaría bien predispuesto a recibir sus consejos.

La Coalición Latinoamericana de Profesionales de la Salud para el Tratamiento de la Dependencia al Tabaco es una agrupación regional que surgió por la inquietud de un conjunto de expertos con vocación de sumar habilidades, conocimientos y esfuerzos para la lucha contra el tabaquismo en Latinoamérica. Promueve capacitación y docencia, políticas de control y acceso, y disponibilidad a tratamientos avalados por la evidencia.

Las 5 A's:		Acción a realizar:
Averiguar	Ask	Preguntar si el paciente fuma
Aconsejar	Advise	Advertir al paciente los daños a la salud ocasionados por el tabaquismo
Apreciar-Evaluar	Assess	¿Considera el paciente dejar de fumar?
Ayudar	Assist	Intervenir o derivar al paciente para atender su tabaquismo
Acordar	Arrange follow up	Dar seguimiento a la intervención con expertos

Las ABC:

Averiguar

Preguntar y documentar el status de fumador de todo paciente. Por ejemplo: "¿Actualmente Ud. fuma?"

Consejo Breve

Ofrecer un consejo lo más claro posible: "Lo mejor que Ud. puede hacer por su salud y la de su familia es dejar de fumar. Dejar de hacerlo puede ser difícil, pero si quiere dejar de fumar, siempre hay una alternativa para Ud." Reforzando positivamente todos los beneficios que logrará a partir de la cesación.

Cesación

Para ello, existen dos alternativas: referir al paciente a una consulta especializada o bien, a sitios web como por ejemplo el del Ministerio de Salud ó el nuestro www.swissmedical.com.ar

La otra alternativa es ofrecer tratamiento para deshabituación tabáquica según las pautas de las guías internacionales o nacionales.

La práctica clínica actual exige en muchos casos al profesional tiempos de consulta más cortos, lo cual puede atentar contra una intervención oportuna a sus pacientes sobre la problemática del tabaquismo. Por ello, recomendamos la implementación de estas herramientas básicas (el consejo breve solo lleva 30 segundos) o bien referir al paciente a centros o médicos especializados en el tema.

Si Ud. desea orientar a sus pacientes al Programa, puede brindarles nuestras vías de contacto: 0810-333-6800 Opción 6, de Lunes a Viernes de 9:30 a 20 hs.
O escribiendo a: programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar



Agradecemos especialmente a los Dres. Fernando Müller y Gustavo Zabert (ambos integrantes de la Coalición y referentes de nuestro Programa para Cesación Tabáquica) por su colaboración en el envío de información y fotografías que ilustran esta nota.

Charlas informativas para pacientes

Dr. Santiago Moreno

Médico cardiólogo

Coordinador de Programas Médicos

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

En junio del corriente año, desde el área de Programas Médicos se organizó un ciclo de charlas para pacientes que padecen de insuficiencia cardiaca crónica (ICC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y/o diabetes tipo 2. Las mismas estuvieron a cargo de profesionales especializados en dichas patologías.

Las charlas de ICC y EPOC fueron dictadas por la **Dra. Angela Oxilia**, médica especialista en Cardiología y por el **Dr. Javier Cergol**, médico especialista en Neumonología.

Ambas estuvieron orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además de explicar las generalidades de las patologías y sus tratamientos, los doctores hicieron hincapié en la importancia de que sean los propios pacientes quienes incorporen pautas de cuidado ("autocuidado") detectando en forma temprana signos y síntomas de reagudización de la patología. Asimismo, se destacó el valor que tiene poder implementar un tratamiento en forma temprana y evitar re-internaciones, teniendo en cuenta que estas constituyen la principal causa de disminución de la calidad de vida y del aumento de la morbi-mortalidad. Finalmente, y considerando que la primera causa de re-internaciones es la falta de adherencia al tratamiento médico, se enfatizó este punto así como los cambios en el estilo de vida (alimentación saludable, ejercicio, entre otros).

Por último, la charla para pacientes con diabetes tipo 2 fue dictada por la **Dra.**

Estrella Menéndez, médica diabetóloga especializada en Nutrición y subdirectora de la Escuela Graduados de la Sociedad Argentina de Diabetes. La misma estuvo centrada en la orientación nutricional. La charla generó en el público presente una alta participación, a través de la cual se evidenciaron ciertas faltas de información y se pudo abordar el aspecto de los "mitos" alrededor de las dietas.

Hubo una muy buena aceptación por parte de los asistentes, quienes solicitaron la continuidad de este tipo de actividades.

Las charlas están pensadas como una ampliación o complementación de las consultas médicas, durante las que -por razones de tiempo o de capacidad receptiva del paciente ante gran cantidad de información- no siempre se alcanza completamente el objetivo de implicarlos en la responsabilidad compartida por su tratamiento. Se pretende entonces con ellas, reforzar el aporte educativo que se brinda al paciente y a sus familiares en el momento de la consulta, cuya duración nunca es suficiente para completar una educación sanitaria continua. Sin olvidar otros importantes factores: la enfermedad como un proceso evolutivo, el conocimiento cada vez mayor de las patologías y los consecuentes cambios en los modelos de tratamiento.

Por todo lo dicho, invitamos a los profesionales a comunicarse con nosotros para ampliar información o resolver inquietudes acerca de los Programas Médicos, así como a recomendar a sus pacientes que utilicen estos beneficios.

PROGRAMAS DE ATENCION MÉDICA PARA PACIENTES EN SWISS MEDICAL

Si Usted desea orientar a sus pacientes a dichos programas, puede brindarles nuestras vías de contacto:

Tel.: 0810-333-6800 Opción 4, de lunes a viernes de 9 a 20 hs.

O escribiendo a: programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar

Certificados de aptitud para realizar actividades deportivas

Dr. Horacio Canto

Médico especialista en Medicina Legal

Gerencia de Administración de Riesgo

Swiss Medical Group

Con bastante frecuencia nuestros pacientes nos solicitan que les extendamos un certificado de aptitud para realizar actividades deportivas. Lo ideal sería contar con el tiempo necesario para que el solicitante pueda efectuarse los exámenes complementarios necesarios para evaluar su condición física. Sin embargo, en la mayoría de los casos no es posible, ya que nuestros pacientes necesitan dichos certificados para iniciar una determinada actividad física en un club, un gimnasio o participar de competencias, lo que hace que sean solicitados con premura. Por eso resulta habitual que la evaluación resulte inadecuada e incompleta, dejándonos expuestos desde el punto de vista médico legal ante cualquier eventual inconveniente en la práctica deportiva para la cual se solicitó.

Desde el punto de vista estrictamente médico, es indiscutible que la verdadera "evaluación física pre-participación deportiva" es sumamente importante ya que permite, por un lado, realizar un diagnóstico precoz de enfermedades que puedan poner en riesgo la salud o incluso la vida de una persona; y por otro, sirve para prevenir el desarrollo de enfermedades o complicaciones posibles en la práctica de ejercicios físicos, en especial a nivel musculoesquelético y cardiorrespiratorio.

Especialistas en Medicina del Deporte y en Cardiología han escrito sobre el tema. En el año 2005 en la prestigiosa publicación JAMA, en el artículo "Aspectos médicos y legales en la evaluación cardiovascular de atletas de com-

petición" se refiere que atletas competitivos aparentemente saludables pueden presentar enfermedad cardiovascular no sospechada con una potencial muerte súbita. Este hecho aumenta la responsabilidad del médico en las evaluaciones pre-participación y su aprobación o no. Y que el seguimiento médico de atletas de competición debería adherir estrictamente a las recomendaciones de la Asociación Americana de Cardiología.

Por su parte, la Sociedad Europea de Cardiología a través del consenso publicado en European Heart Journal, concluye en la importancia de la realización de un electrocardiograma más la anamnesis y el examen físico de jóvenes atletas.

Por esto es importante destacar que si las recomendaciones vigentes nos exigen ser estrictos en la evaluación incluso de personas entrenadas, con mayor razón no deberíamos ser complacientes con aquellos que no lo están, pero que igualmente se expondrán a las exigencias propias de una actividad física o deportiva.

En base a todo lo desarrollado no deberíamos asumir una solicitud de este tipo con ligereza. Hacerlo así, expondrá a nuestros pacientes a riesgos evitables, y a nosotros al riesgo médico legal.

En aquellos casos en que por razones particulares, el profesional decida expedir la certificación con un simple examen clínico, se adjunta un modelo del que surgirá que la evaluación fue realizada solamente en base al mismo, debiendo ser completada con los correspondientes exámenes complementarios.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- JAMA, December 21, 2005, vol. 294, n° 23, 3011-3018. Medical and Legal Issues in the Cardiovascular Evaluation of Competitive Athletes.
- Revista del Hospital Pedro de Elizalde, 28/02/06. Examen físico de preparticipación deportiva. Objetivos de una evaluación imprescindible. Por Stella Maris Gil.
- Arch.argent.pediatr 2001; 99 (6), 538-541. Certificación para la actividad física escolar y pre-participación deportiva, Consenso Sociedad Argentina de Pediatría.
- European Heart Journal (2005) 26, 516-524. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol.

Certifico que _____, DNI N°, _____ de _____ años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha a las _____ hs. y al momento del examen clínico no aparecen signos de dolencias y/o enfermedades que hagan aconsejable la no realización de actividades físicas, recreativas/deportivas, que sean acordes a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Con el propósito de contar con un panorama completo de la aptitud del postulante, deberá completarse tal como está aconsejado por las principales sociedades científicas, con la realización de los exámenes complementarios pertinentes.

Todo ello, claro está, sin perjuicio de otros estudios y nueva consulta médica que pueda hacerse necesaria, en caso de aparición de síntomas que puedan hacer presumir la existencia de una patología.

Observaciones:

Firma _____

Aclaración _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y sello del médico

Concurso “Tapa de Æqualis” de artes plásticas para lectores de la revista

BASES Y CONDICIONES

La convocatoria “Tapa de Æqualis” se encuentra abierta a todos los lectores interesados, mayores de 18 años de edad, residentes en la República Argentina. Para participar se deberá presentar una fotografía, pintura o dibujo de temática libre.

Podrán presentarse hasta 3 (tres) obras por concursante. Las fotografías presentadas deberán poseer una resolución mínima de 300 dpi y entregarse en formato jpeg. Los archivos podrán enviarse por mail a la dirección aequalis@swissmedical.com.ar o podrán entregarse personalmente o por correo a la redacción de la Revista Æqualis, sita en calle 25 de Mayo 264, 4to. Piso (1002) C.A.B.A.

En el asunto del mail o en el sobre deberá constar: “Concurso Revista Æqualis”. En el interior del sobre o en el cuerpo del mail se deberán añadir los datos personales del autor, email y teléfono de contacto más una biografía o currículum vitae reducido. También se deberá añadir una nota en la que los participantes declaren la originalidad y autoría de la obra.

Para confirmar la correcta recepción del material, los concursantes deberán esperar que la misma se les notifique por correo electrónico desde la redacción de la revista Æqualis. El jurado estará compuesto por

algunos de los artistas que ilustraron las tapas pasadas, además de un representante de la revista Æqualis (la editora).

Se establece como (único) premio a la obra distinguida con el primer puesto, la publicación de la obra en la tapa de la edición Nro. 12, correspondiente a los meses de diciembre de 2011, enero y febrero de 2012 de la revista Æqualis.

Asimismo, el jurado determinará dos menciones de honor y tendrá la posibilidad de seleccionar otras dos menciones especiales si lo considerase oportuno por la cantidad y calidad de las obras presentadas.

La participación en el concurso implica la aceptación de las bases e importará la autorización a la revista Æqualis, de Swiss Medical Group, a reproducir y/o editar las imágenes que resulten seleccionadas.

El fallo del jurado se comunicará personalmente a los premiados a partir el día 11/11/2011 y se publicará la lista completa en la edición Nro. 12 de la revista Æqualis.

Por consultas, escribir a nuestro correo de lectores: aequalis@swissmedical.com.ar



Wilhelm Conrad Röntgen y el descubrimiento de los rayos X

Dr. Ricardo Watman

Médico

Jefe de Departamento de Políticas
Médicas

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

Las bases se remontan al siglo XVII, con el surgimiento del estudio del magnetismo y la electricidad. En 1785, Guillermo Morgan presentó ante la Royal Society, una comunicación en la que describía los fenómenos producidos por una descarga eléctrica en el interior de un tubo de vidrio. Observó que cuando hay vacío en el tubo no puede pasar descarga eléctrica, pero al entrar una pequeña cantidad de aire, el vidrio brilla de un color verde.

En 1895, el físico alemán Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923), mientras estudiaba el comportamiento de los electrones emitidos en un tubo de rayos catódicos, descubrió que los destellos violáceos que se producían eran capaces de iluminar unos frascos de sales de bario que estaban en otro sitio del laboratorio.

Lo extraordinario de esto era que el tubo estaba envuelto por un papel negro, y entre él y los frascos había varias planchas de madera y unos libros gruesos, a los que supuso atravesaba. Descubrió después que esta "radiación" velaba las placas fotográficas. Patentó su descubrimiento como Rayos "X", ya que desconocía la naturaleza de los mismos.

Posteriormente intuyó que el descubrimiento podría ser útil a la Medicina y colocó la mano de su esposa entre el tubo que emitía rayos y una placa fotográfica, pudiendo observar los huesos de su mano en la placa. El descubrimiento fue presentado en 1896 en una reunión académica en Francia y a partir de allí revolucionó los campos de la Física y la Medicina, naciendo la Radiología.

1° radiografía (mano de la esposa de Röntgen)



Wilhelm Conrad Röntgen



En los años posteriores, sus estudios fueron publicados en distintos idiomas (italiano, ruso, francés) alcanzando una amplia difusión de sus conocimientos.

El premio Nobel de Física por este descubrimiento, le llegó en el año 1901, donando el premio económico a la Universidad de Wurzburg, donde trabajaba, y que le otorgara el grado honorario de Doctor en Medicina.

Algunas anécdotas de la época refieren la creencia de que los rayos permitían ver a las mujeres desnudas, llegando al extremo que fabricantes de ropa interior se enrique-

cieran vendiendo prendas "anti rayos x". Röntgen rechazó registrar cualquier patente relacionada a su descubrimiento por razones éticas, incluso rechazó la oferta del inventor norteamericano Tomas Edison de comprarle la patente, porque consideraba el descubrimiento como un patrimonio de la humanidad. Tampoco quiso que los rayos llevaran su nombre, pese a lo cual, a los rayos x en idioma alemán se los llama "Röntgenstrahlen". Asimismo, y en homenaje a él, la unidad de medida de exposición a radiación que conocemos actualmente, también lleva su nombre.

Caleidoscopio *

COLUMNISTA INVITADO: Dr. Angel Gabriel Mascó

Médico pediatra y neonatólogo

Médico de staff de Neonatología en Clínica y Maternidad Suizo Argentina



Mi contacto con la música comenzó en la infancia, mi madre tenía esa afinidad y la recuerdo siempre cantando. Durante mi niñez y adolescencia fui voz solista de los coros del colegio, y me encontré con la ópera en la época en que iniciaba mis estudios de Medicina. Comencé a tomar clases particulares con Emma Brizzio, que en aquel momento se desempeñaba como inspectora artística del Teatro Colón. Concurría tres veces a la semana, allí se ponían a prueba la dedicación, la constancia y la abstracción de todo lo exterior como medio para lograr una técnica propia. Ambas pasiones, la medicina y la música, se conciliaron con mucho esfuerzo y sacrificio en aquella etapa.

La lírica siempre fue mi “cable a tierra”, un mundo paralelo que me dio momentos inolvidables: fui el Duque de Mantua de Rigoletto, Edgardo en Lucia di Lammermoor, el Alfredo de La Traviata, el Nemorino de L’elisir d’amore o Lord Arturo en I Puritani... Como tenor, tengo la posibilidad de abarcar una amplia cantidad de repertorios. Encuentro en la ópera una de las formas más completas del arte, porque en ella se conjugan ballet, drama, escenografías, vestuario, música.

Actualmente concuro al conservatorio Franz Liszt, y de la mano de mi maestro Alejandro Sewrjugin, he vuelto a sentir cómo es dejar de ser yo mismo para convertirme en el personaje elegido. Porque cuando uno elige un personaje, no puede dejar de escudriñar en él, tratando de vivir y de sentir como él siente.

La música me brinda una gratificación interna, la posibilidad de expresar, y me exige un crecimiento paulatino y constante.

Quisiera que los demás amaran la ópera como yo. Cuando recomiendo obras a mis amigos elijo las que a mi criterio resultan más disfrutables, busco que sean ágiles al oído, dinámicas, que conmuevan e inviten a quedarse, y por qué no, a tararearlas.

Les recomendaría obras o autores según períodos: Obras del **Bel canto**, donde el virtuosismo está puesto en la garganta y las emociones, supeditadas a ella: **Rigoletto de Verdi, Norma de Bellini o El barbero de Sevilla de Rossini.**

Dentro del **verismo: La Bohème, Tosca (Puccini) o Pagliacci (Leoncavallo).** Todas ellas accesibles, pero requieren de cierto entrenamiento auditivo.

Y finalmente, en una segunda etapa, bastante más difíciles y complejas, más contemporáneas, las obras de Wagner, Strauss y Benjamin Britten, entre otros.



El barbero de Sevilla



La Bohème

Reseña de libro *

Por: Alma Vanina Estrella

***Invención de enfermedades
Traiciones a la salud y a la
educación.***

***La medicalización de la vida
contemporánea.***

*León Benasayag y Gabriela Dueñas
(comp.)*

Noveduc | 255 págs.

Con un estilo claro y directo, un grupo de profesionales provenientes de diversas disciplinas aborda en este libro, el complejo fenómeno de “la invención de enfermedades y enfermos” (disease mongering). A través de sus propias experiencias clínicas y elaboraciones, ofrecen testimonio sobre el modo en que ciertas prácticas profesionales tendientes a la patologización y medicaliza-

ción se han ido instalando entre los médicos, psiquiatras, psicólogos y docentes.

Muchos años atrás, el filósofo Gilles Deleuze advertía en su ya clásico “Posdata sobre las sociedades de control” que las formas predominantes de las relaciones de poder habían cambiado, y que operaban más a través de una constante modulación y transmutación, que por vigilancia o confesión. ¿Dónde y sobre quién operan? podría ser una pregunta que atraviesa cada página de “Invención de enfermedades”.

Porque no se trata aquí sólo de volver a pensar el complicado entramado que existe entre industria farmacológica, marketing y ciencia, sino también cómo éste se imbrica en las creencias y prácticas que organizan nuestra sociedad actual.

De este modo, los diferentes capítulos revelan, señalan o denuncian cómo se usa

la genética para fundamentar lo inexplicable, qué alianzas se dan entre médicos y maestros en la “patologización de la infancia”, cuáles innovaciones científicas velan antiguas perspectivas de sesgo biologicista o cómo impacta el padecimiento epocal en los ámbitos de la Salud y la Educación. En suma, se trata de una propuesta crítica que fundamentalmente pone en cuestión ciertas nociones de enfermedad o categorías clasificatorias que atentan contra una verdadera comprensión del padecimiento de las personas sobre las que son aplicadas.





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