



Una publicación de



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

Estimado lector

Creemos estar de acuerdo en calificar por lo menos de “complejo” el escenario actual del médico. Una combinatoria de alta expectativa de los pacientes, necesidad de constante actualización, gran responsabilidad y creciente litigiosidad, vuelven altamente exigente nuestra práctica. Exigencia que no parece estar balanceada por remuneración ni lugar social.

Pensamos que la evolución global de la industria, sumada a una sostenida falta de planificación estratégica de los recursos humanos en salud en nuestro país, ha conducido a una especie de *comoditización* de la profesión médica. Para ser más claros: cada vez se borran más las diferencias interindividuales.

Y, obviamente, a ninguno de nosotros le simpatiza la idea de ser vendidos “a granel” como la tonelada de soja. Entonces reaccionamos con una serie de actitudes destinadas a revertir tal rumbo. Es así que la hiperespecialización en nichos poco explorados o recientemente abiertos por alguna tecnología emergente aparece como una solución posible al dilema.

Lo instrumental prima sobre la actividad intelectual, esta es la tendencia mundial. Y toda la industria de la salud se enfila detrás de dicho pensamiento, que además pareciera traducirse en resultados sanitarios que mejoran año tras año.

Pero, ¿hasta cuándo podrá funcionar un modelo como éste? Tal vez cuando se agote podamos reparar en la futilidad de muchos métodos diagnósticos y terapéuticos que se desarrollaron en detrimento de la necesaria capacidad analítica para hacer sentido del complejísimo laberinto que representa un organismo disfuncional. Es probable, también, que nos percatemos de que existe otra forma de revertir la tendencia a la comoditización, haciendo aquello que hoy solo pocos hacen bien: **pensar como médicos**, analizando cada situación en su particularidad y definiendo, con criterio falible y humano, lo que hacer con otro ser.

Seguramente muchos de ustedes conozcan la expresión americana “connecting the dots”, que refiere a la capacidad para establecer relaciones entre hechos o situaciones aparentemente inconexas y hacer sentido de ellas, para llevar las cosas al siguiente nivel. En un discurso que Steve Jobs, el fundador de Apple, diera hace algunos años a graduados de la Universidad de Stanford, la utilizó para inspirarlos: *“No se puede conectar mirando hacia delante los puntos que solamente pueden conectarse mirando hacia el pasado. Así que hay que confiar en que los puntos de alguna manera se conectarán en el futuro (...) Esta perspectiva nunca me ha decepcionado, y ha hecho toda la diferencia en mi vida.”*

Creemos que los médicos podemos aprender de este mensaje y buscar diferenciarnos “conectando los puntos”, en vez de insistir en la hiperespecialización instrumental de hoy.

Consejo Editorial *Æqualis*

Swiss Medical Medicina Privada

SUMARIO

- 3 Editorial
 - 5 Novedades en Medicina
 - 6 Comentario de artículo
 - 8 Artículo original
 - 10 Evaluación de tecnologías sanitarias
 - 11 Eventos
 - 12 Información Swiss Medical Group
 - 16 Guías de práctica clínica
 - 18 Programas médicos
 - 20 Medicina Legal
 - 21 Historia de la Medicina
 - 22 Sección cultural
- Presidente: Dr. Claudio Belocoppitt
 - Gerente General: Dr. Miguel Blanco
 - Editora: Lic. Alma Vanina Estrella
 - Consejo editorial: Dra. María Virginia Meza, Dra. Mercedes Manzoni, Dra. Edna Bradichansky, Dr. Ricardo Watman.
 - Colaboran en este número: Dr. Rodrigo Carballido, Farm. Laura Cittadino, Dra. Silvina Cuartas, Dr. Daniel Ferrante, Dra. Mariana Flichman, Dra. Viviana Gramis, Dra. Patricia Lesch, Dr. Bernardo Lowenstein, Dr. Eduardo Malvino, Dra. Bárbara Ratto, Dra. Mariela Suárez, Dra. Liliana Vázquez, Dr. Raúl Winograd.
 - La imagen de tapa de este Nro. se titula "El oso hormiguero" y corresponde a Luis Grosclaude.
 - 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 Master Printers S.A. Caboto 1129, (1157) CA.B.A. Tirada de esta edición: 2.000 ejemplares.

Artista de tapa *

Luis Grosclaude



Nació en Buenos Aires en 1937. Estudió en las Escuelas de Bellas Artes Manuel Belgrano y Prilidiano Pueyrredón y cursó las Escuelas de Artes Visuales Nacionales. Entre sus maestros se encuentran Gigli, De Ferraris, Torrallardona, Butler.

La imagen de tapa de este número se titula "El oso hormiguero" (acrílico, 55 cm. x 80 cm.) y corresponde a 2007.

Ha realizado numerosas exposiciones individuales, entre ellas las de: Museo Casa de Yrurtia, MACLA, Palais de Glace ("Luis Grosclaude interviene el Palais"), Bolsa de Comercio de Buenos Aires, Centro Cultural Recoleta, ARTEBA, Museo de Arte Español E. Larreta, Centro Cultural San Martín, Alianza Francesa, Sociedad Hebraica Argentina, Museo de Arte Moderno; y en las galerías: Arroyo, Arte Comprimido, Alvear, Archimboldo, Centoira, Álvaro Castagnino.

Entre las colectivas, por destacar algunas: Abasto Museo de los Niños "Juego de Artistas", subastas del MACLA, Museo Sívori, Palais de Glace, Centro Cultural Borges, ArteBA, Palacio San Martín (Cancillería), Museo de Arte Moderno de Sto. Domingo (Rep. Dominicana) y las de galerías Arroyo, Diotima, Palatina, Arte x Arte.

Obtuvo premios del Consejo Federal de Inversiones, revista Arte al Día, Universidad Argentina de la Empresa, Museo Sívori, Salón M. Belgrano, MACLA, Salón Nacional, Museo de Arte Moderno, entre otros.

Su producción se compone de pinturas, objetos y esculturas. Sus obras se ubican entre lo figurativo y lo abstracto, en ellas aplica técnicas mixtas, tales como el ensamblado de maderas. Explora la potencialidad sónica de las imágenes, haciendo uso de un procedimiento de síntesis geométrica y de una contrastante paleta de colores primarios que combina con blanco y negro. Entre sus temas, predomina la indagación zoomórfica.

Para ver más: <http://www.grosclaude.com.ar/>

Perspectivas en radioterapia: protonterapia

Dra. Bárbara Ratto

Médica oncóloga y radioterapeuta

Auditoría en Oncología

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

El objetivo de la radioterapia es la destrucción de las células tumorales utilizando radiaciones ionizantes, tratando de evitar sus efectos secundarios sobre los tejidos sanos circundantes.

Teóricamente, es posible esterilizar un tumor alcanzando una dosis tumoricida; la muerte celular aumenta a la par de la dosis total absorbida.

A fines de la Segunda Guerra Mundial, un grupo de científicos desarrolló **aceleradores de partículas de muy alta energía**, comenzó a estudiar su aplicación a patologías tumorales. Conociendo que los aceleradores lineales producían daños colaterales, se abocaron a desarrollar tecnologías alternativas.

En 1946, el físico Dr. Robert R. Wilson, del grupo de científicos que desarrolló los primeros aceleradores de partículas, diseñador del laboratorio ciclotrónico de la Universidad de Harvard, publicó un trabajo sobre el **uso de protones en pacientes oncológicos**. Allí trataba sobre cómo llegar al blanco tumoral sin liberar energía en su trayectoria y evitar, entre otras cosas, la formación de segundos tumores.

A mediados de los años '50 se registraron las primeras prácticas de tratamiento con la **protonterapia**.

Terapia con protones

La protonterapia es un tipo de radioterapia externa con partículas subatómicas de carga positiva, desarrollada a través de la orientación de un haz de protones para irradiar tumores, de la misma manera que lo harían los fotones (rayos X). Estas partículas atacan el ADN celular, pudiendo generar muerte celular o interferir en el proceso de división celular.

La principal ventaja de la protonterapia es la localización precisa de la dosis de radiación, ya que los protones liberan su energía cuando impactan en el tumor y es allí donde queda la mayor parte de ésta (teoría de Bragg). Realiza una radioterapia conformacional de precisión permitiendo una mayor escalada en la dosis y mayor protección de los tejidos sanos.

Para generar el haz, se utilizan los **ciclotrones** o los **sincrotrones**, que son aceleradores de partículas por campos electromagnéticos (dirigidas por una serie de imanes hacia el tumor). Previo al inicio, los pacientes son inmovilizados a través de moldes únicos de espuma rígida rodeados de depósitos de plástico, para obtener precisión en el tratamiento diario. Por medio de tomografía o resonancia nuclear magnética se crea una reconstrucción en 3D del tumor y se definen sus límites. Los médicos usan programas de computación para localizar el tumor y su relación con tejidos vecinos, junto a los físicos crean un plan de tratamiento configurando los haces de entrada y variando sus ángulos para ser certeros en el área a tratar. Luego calculan la dosis final a ser recibida por el paciente.

El tratamiento es ambulatorio y la entrega del haz dura solo un minuto. El paciente es posicionado por medio de láseres, evitando errores de localización mayores a 4mm. Antes de disparar, se vuelve a chequear por tomografía o radiología el centro del tratamiento.

Indicaciones

Actualmente las indicaciones aceptadas son: melanomas oculares, cordomas, condrosarcomas de base de cráneo y tumores pediátricos. También se ha avanzado en el tratamiento de cáncer de próstata y meningiomas.

Los efectos secundarios suelen ser menores que empleando fotones.

Situación actual

Existen pocos centros en el mundo -ubicados en Japón, Alemania y Estados Unidos- capaces de afrontar el costo (varios millones de dólares) del ciclotrón o sincrociclotrón necesario como acelerador de las partículas subatómicas.

En nuestro país, la empresa INVAP desarrolla tecnologías de avanzada (por ej. bombas de cobalto, que son casi un acelerador) lo que, sumado a la trayectoria pionera en el campo de la radioterapia, sitúa a Argentina en un horizonte promisorio dentro de la región.

Rastreo para cáncer de próstata: actualización de la revisión sistemática de Cochrane

Screening for prostate cancer: an updated Cochrane systematic review. BJU International 2011; Vol. 107, Issue 6: 882-891. DOI: 10.1111/j. 1464-410X.2010.10032.x

Dra. María Virginia Meza

Médica de Familia

Departamento de Políticas Médicas

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

El cáncer de próstata es la segunda neoplasia más frecuente en hombres a nivel mundial, contribuyendo al 5.8% de las muertes por causas oncológicas. En muchos pacientes, su crecimiento es lento y no se manifiesta clínicamente a lo largo de la vida del individuo. En otros, progresa rápidamente y constituye una causa importante de morbilidad.

El rastreo de esta neoplasia con antígeno prostático específico (PSA) tiene por objetivo reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, el real beneficio sobre estos aspectos es discutido.

El PSA presenta como desventaja tener altas tasas de falsos positivos y negativos, detectando además neoplasias que no hubieran tenido manifestaciones clínicas a lo largo de la vida del individuo, aún sin tratamiento (sobrediagnóstico).

Diseño y objetivos del estudio

El estudio consiste en la actualización de una revisión sistemática Cochrane publicada en 2006, cuya conclusión había sido que la evidencia aún resultaba insuficiente para avalar o rechazar el rastreo de esta neoplasia. Para ello, se investigaron todos los estudios existentes randomizados o cuasirandomizados que evaluaran este screening.

El objetivo de esta actualización es examinar si el screening de la patología reduce la mortalidad global y específica de cáncer de próstata, teniendo en cuenta que dos grandes estudios randomizados han sido publicados en los últimos años.

Principales resultados

Cinco estudios (341.351 hombres) cumplieron con los criterios de inclusión (tres de los cuales habían sido publicados luego de la primera revisión). Dos de ellos tenían bajo riesgo de sesgo, mientras que los tres restantes fueron evaluados como de alto riesgo. El metanálisis de dichos estudios demostró que el screening aumenta un 35% la posibilidad de diag-

nosticar cáncer de próstata (RR 1.35; IC 95%; 1.06-1.72), pero esto no se asocia con una reducción significativa de la mortalidad por esta neoplasia (RR 0.95; IC 95%; 0.85-1.07) ni de la mortalidad global (RR 1; IC 95%; 0.98-1.02). No se hallaron diferencias entre iniciar el rastreo a los 45 años o a los 55 años de edad, aunque el estudio ERSPC¹ identificó una reducción de la mortalidad del 20% en los hombres que iniciaban el rastreo entre los 55-69 años de edad.

Respecto a los riesgos asociados al screening, en el estudio ERSPC se identificaron 20.437 PSA elevados (>3 ng/ml), los cuales en un 75.9% fueron sometidos a biopsia. Solo el 8.3% de ellos, tuvo diagnóstico de cáncer de próstata. El riesgo de sobrediagnóstico por este estudio fue estimado en un 50% (esta situación conlleva un riesgo de eventos adversos por el tratamiento, sin beneficios clínicos). Las complicaciones menores más frecuentemente reportadas asociadas a la biopsia fueron: hematospermia (50.4%) y hematuria > 3 días (22.6%). Entre las complicaciones mayores se destacaron dolor (7.5%) y fiebre (3.5%).

Conclusión

Los autores concluyeron que el screening de cáncer de próstata no disminuye la mortalidad específica y global. En caso de algún beneficio, el mismo se observaría luego de 10 años del rastreo, por lo cual, aquellos pacientes con expectativa de vida menor a 15 años debieran ser informados acerca de que el rastreo no presenta beneficios clínicos y puede asociarse a daño en su calidad de vida.

MORTALIDAD ESPECÍFICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Estudios o subgrupos	Screening		Control		Peso	Riesgo relativo M-H, Fijo, IC 95%	Riesgo relativo M-H, Fijo, IC 95%	
	Eventos	Total	Eventos	Total				
1.1.1. Bajo Riesgo de sesgo								
ERSPC	261	82816	6363	99184	55,50%	0.86 [0.73, 1.01]		
PLCO	50	38346	44	38350	74%	1.14 [0.76, 1.70]		
Subtotal (IC 95%)		121159		137534	62,90%	0.89 [0.77, 1.04]		
Eventos totales	311		407					
Heterogeneidad: Chi^2 - 1.56, df - 1 (P-0.21); I^2 - 36%								
Test para efecto global: Z - 1.49 (P - 0.13)								
1.1.2. Alto riesgo de sesgo								
NORRKOPING	20	1494	97	7532	54%	1.04 [0.64, 1.68]		
QUEBEC	153	31133	75	15353	16,90%	1.01 [0.76, 1.33]		
STOCKHOLM	53	2374	506	24772	14,90%	1.09 [0.83, 1.45]		
Subtotal (IC 95%)		35001		47657	37,10%	1.05 [0.87, 1.25]		
Eventos totales	226							
Heterogeneidad: Chi^2 - 0.17, df - 2 (P-0.92); I^2 - 0%								
Test para efecto global: Z - 0.48 (P - 0.63)								
Total (IC 95%)		156160		185191	100,00%	0.95 [0.85, 1.07]		
Eventos totales	537		1085					
Heterogeneidad: Chi^2 - 3.49, df - 4 (P - 0.48); I^2 - 0%								
Test para efecto global: Z - 0.88 (P - 0.38)								

Comentario

Si bien este rastreo se encuentra ampliamente difundido entre médicos y pacientes, la evidencia que sostiene su indicación es cada vez menor.

Los resultados de este metanálisis y de otro² publicado en el año 2010, demuestran que no existen beneficios clínicos en términos de mortalidad para la población estudiada. A esto deben agregarse los riesgos que presentan el screening y el tratamiento precoz, los cuales podrían alterar significativamente la calidad de vida del paciente.

La Fuerza de Tareas Americanas (USPSTF) en su recomendación del 2008, establece que no hay evidencia suficiente para efectuar un balance sobre riesgos y beneficios del screening en menores de 75 años de edad (recomendación tipo I), determinando que el mismo no deba ofrecerse a mayores

de 75 años de edad (recomendación tipo D). Para la población menor de dicha edad, sugiere discutir la decisión con el paciente, explicándole los potenciales beneficios, los probables riesgos y la falta de evidencia al respecto.

Esta recomendación estaría por cambiar: la USPSTF, en virtud de la nueva evidencia disponible, estaría en condiciones de afirmar que los riesgos serían mayores que los beneficios, manifestándose en contra de realizar rastreo rutinario (recomendación tipo D). ¿Será el final de la controversia? En este sentido, bien vale recordar una reflexión que Sidney Burwell³ dirige a la comunidad médica en 1956: "La mitad de las cosas que les enseñamos no serán correctas dentro de cinco años. Lamentablemente, no sabemos qué mitad".

(1) European randomized study of screening for prostate cancer.

(2) Djulvegovic y col. screening for prostate cancer: systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010; 341:c4543.

(3) Dr. Charles Sidney Burwell (1893-1967): Decano de la Facultad de Medicina de Harvard desde 1935 a 1949. Médico cardiólogo especializado en enfermedades del corazón y circulación, sobre las que hizo muchas contribuciones originales e importantes. Se le atribuye llamar la atención sobre el síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Histerectomía de emergencia por hemorragia post parto: análisis de causas y tendencias durante dos décadas

Dr. Bernardo Löwenstein

Jefe del Servicio de Obstetricia

Prof. Dr. Raúl H. Winograd

Profesor Titular Obstetricia Facultad de Medicina (UBA)

Dr. Eduardo Malvino

Médico de planta del Servicio de Terapia Intensiva

Dr. Daniel Ferrante

Coordinador Área de Investigación Clínica

Clínica y Maternidad Suizo Argentina

Swiss Medical Group

La hemorragia post parto (HPP) mayor (más de 1000ml) persiste a nivel mundial como la causa más importante de muerte materna, ocurriendo más de la mitad de los casos dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento, siendo seguida de morbilidad importante. Sus complicaciones son: síndrome de distress respiratorio del adulto, coagulopatía, shock, necrosis de la hipófisis (síndrome de Sheehan), pérdida de la fertilidad por la histerectomía, con las consiguientes repercusiones físicas, psicológicas y médico-legales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera tradicionalmente como **HPP primaria** a toda pérdida hemática mayor de 500ml¹. La mayoría de las parturientas pueden afrontar una pérdida hemática de esta magnitud sin consecuencias, por lo que se sugirió como punto de corte para catalogar como **HPP mayor**, una hemorragia estimada en más de 1000ml, que debería activar la aplicación de un protocolo de emergencia².

Habitualmente, la histerectomía periparto de emergencia (HE) es efectuada en el contexto de una hemorragia que amenaza la vida y por lo tanto puede ser interpretada como un evento de casi muerte materna ("near miss"). Una revisión sistemática de la literatura sobre "near miss" efectuada por la OMS resume tres distintos enfoques para la identificación de la morbilidad materna aguda: a) criterio clínico relacionado a una patología específica (preeclampsia severa o hemorragia);

b) admisión a UTI por un procedimiento o intervención específica, (trasfusión masiva o histerectomía); y c) disfunción orgánica sistémica (shock o distress respiratorio³).

Diseño y objetivo del estudio

Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte que incluyó 101.517 mujeres cuyos partos ocurrieron el período 1991-2009 en el servicio de obstetricia de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, siendo éste un servicio abierto. Setecientos diez (0,7%) fueron derivadas a la UTI, de ellas 297 (42%) luego de HPP mayor. No hubo ninguna muerte materna. La decisión de HE fue adoptada por el obstetra interviniente, sin un protocolo estricto.

Se eligió como criterio de corte el año 2002, debido a que en dicho año se verificó un aumento en la frecuencia de las suturas hemostáticas y la introducción de la embolización arterial selectiva en la institución.

Los puntos finales fueron las incidencias de HE totales y separadamente de acuerdo a las causas, comparando los períodos 1991-2001 y 2002-2009 con el test chi cuadrado con corrección de Yates (dos colas).

El objetivo del estudio fue investigar las tendencias en la incidencia y en las causas de HE durante o dentro de las 48 hs. siguientes al parto a causa HPP mayor (más de 1.000 ml) en la población asistida en un solo centro de tercer nivel, entre 1991 y 2009.

Principales resultados

La estabilización de las pacientes fue el foco inicial de la intervención, utilizándose uterotónicos convencionales y masaje uterino en todas ellas. Se comprobaron incrementos significativos en el número de HPP entre los dos períodos estudiados (72 vs.25) y de HE (47 vs.77). En cambio, al comparar los porcentajes de la relación HE/HPP se halló una disminución significativa de pacientes que requirieron HE (65.2% vs. 34.8%; p < 0.01).

NÚMERO DE HEMORRAGIAS POST PARTO Y DE HISTERECTOMÍAS DE EMERGENCIA RELACIÓN PORCENTUAL				
PERIODO	1991 - 2009	1991 - 2001	2002 - 2009	VALOR P
N Pacientes	101.517	49.622	51.895	-
N Hpp	297	72	225	<0.01
N Atonías	118		82	<0.01
N Acretas	95	36	81	<0.01
N Otras	84	14		
N He	124	47	77	0.018*
% He / Hpp	41.7%	65.2%	34.8%	< 0.01*

* Significación estadística

En esta tendencia decreciente en la relación HE/HPP a partir de 2002, ha influido decisivamente el manejo de la atonía uterina persistente, pues a pesar del incremento significativo de casos (N=36 vs. 82) las pacientes sometidas a HE casi no variaron (n=21 vs. 17; p=0.53), lo cual es atribuible a la aplicación oportuna de intervenciones como suturas compresivas y embolización arterial selectiva.

NÚMERO DE HISTERECTOMÍAS DE EMERGENCIA DISCRIMINADAS SEGÚN CAUSAS				
PERIODO	1991-2009	1991-2001	2002-2009	VALOR P
Histerectomías	124	47	77	0.018*
Por atonías	38	21	17	0.532
Por rotura uterina	15	4	11	0.143
Por laceraciones cérvico-vaginales	17	6	11	0.380
Por abruptio	10	4	6	0.806
Por acretas	44	12	32	< 0.01*

* Significación estadística

El número de casos de acretismo placentario aumentó seis veces entre ambos períodos (14 vs. 81; p<0.01) y aunque también se triplicó el número de HE (n:12 vs. 32; p < 0.01) el dato señala una tendencia favorable hacia la preservación de la fertilidad.

Dado que casi el 40% de los casos de HPP fueron atonías uterinas persistentes, se consideró que este grupo de pacientes merecía un análisis secundario. No se encontró ninguna diferencia significativa en sus datos demográficos ni en sus antecedentes reproductivos, pero sí en la incidencia de HE si la fecha de admisión fue anterior o posterior a 2002 (58.4% vs. 20.7%; p < 0.001).

Se efectuaron en total 38 HE por atonía uterina persistente, como último recurso para preservar la vida según el criterio del médico a cargo, aunque el mismo resultado se obtuvo en las otras 80 mujeres conservando el útero, con menos morbilidad y ninguna muerte. En estas últimas, no fue necesaria ninguna otra intervención, mientras que a 7 de las 38 HE (18,4 %) se les debió practicar relaparotomía por hemorragia interna.

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ATONÍA UTERINA PERSISTENTE (N=118)			
PERÍODO	1991 - 2002 (N=36)	2002 - 2009 (N=82)	VALOR P
Edad ≥ 35 años	13 (36.1%)	30 (36.6%)	1.000
Paridad 0	16 (44.4%)	39 (47.6%)	0.842
Cesárea previa	4 (11.1%)	15 (18.3%)	0.420
Edad gestación sem.rango	36 (24-41)	37 (25-41)	0.158
Peso RN en gramos (±SD)	2387 (1537)	2945 (755)	0.009*
Terminación cesárea	22 (61.1%)	47 (57.3%)	0.705
HE	21 (58.4%)	17 (20.7%)	<0.001*

* Significación estadística

Antes de 2002 las suturas hemostáticas estaban poco difundidas entre los obstetras y la embolización arterial selectiva aún no había sido incorporada. Esta última resultó exitosa en 18 de las 80 mujeres que conservaron el útero, como única intervención en 11 de ellas, y asociada a balones o suturas compresivas en las 7 restantes.

PROCEDIMIENTOS APLICADOS A LAS PACIENTES CON ATONÍA UTERINA PERSISTENTE (N=118) ANTES Y DESPUÉS DEL AÑO 2002			
PERIODO	1991 - 2001 (N=36)	2002 - 2009 (N=82)	VALOR P
Prostaglandinas	5 (13.9%)	9 (11.0%)	0.758
Curetaje	7 (19.4%)	24 (29.3%)	0.364
Taponaje uterino	5 (13.9%)	15 (18.3%)	0.790
Suturas hemostáticas	2 (5.3%)	14 (17.5%)	0.002*
Devascularización uterina progresiva	5 (13.9%)	11 (13.4%)	1.000
Embolización uterina	0	18 a (22.0%)	0.001*

*Significación estadística: Procedimiento único = 11 casos / Procedimiento combinado = 7 casos

Conclusión

Los incrementos detectados en el número de HPP entre ambos períodos, son concordantes con la tendencia que muestra la literatura internacional consultada. Los resultados presentados coinciden con las guías y recomendaciones más recientes de sociedades internacionales de la especialidad -el RCOG, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, y el ACOG, American College Obstetrics and Gynecology-, que enfatizan agotar los recursos e intervenciones conservadoras antes de proceder a la histerectomía, dado que son bien conocidas las repercusiones físicas, psicológicas y médico-legales que acarrea.

Trabajo Premiado:

El presente artículo es un resumen del trabajo de investigación presentado en el XXIX Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología - SOGIBA 2011, desarrollado entre el 2 y 4 de junio en el Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center, y ha recibido el premio al mejor trabajo de Obstetricia.

Referencias

- (1) Royston E, Armstrong S, editors. Preventing Maternal Deaths. Geneva: World Health Organization; 1989. World Health Organization. The Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Report of a Technical Working Group. Geneva: WHO; 1990.
- (2) Prevention and management of postpartum hemorrhage. RCOG Green-top Guideline No. 52, May 2009. Minor revisions August 2009.
- (3) Say L, Pattinson R & Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health 2004; 1(1): 3.

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:

Neuroestimulación central para tratamiento de dolor crónico refractario

Descripción

El dolor crónico se define como un dolor continuo, que dura más allá de 12 semanas o más allá del curso normal de una enfermedad o tiempo de espera de curación. Cuando el mismo no responde al tratamiento convencional multidisciplinario (tratamiento farmacológico, kinesioterapia, psicología, bloqueos, tratamientos quirúrgicos específicos), se lo considera refractario. Los estimuladores son descritos como una alternativa cuando dichos tratamientos han fallado, el paciente presenta dolor crónico severo (según escala VAS > 6/10) y no presenta contraindicaciones tales como: desórdenes psiquiátricos, psicosociales o elevado riesgo quirúrgico.

La estimulación cerebral puede hacerse a nivel de los núcleos cerebrales (estimulación cerebral profunda) o de la corteza motora. Para ello, se localiza el área a tratar a través de estereotaxia y registros electrofisiológicos, implantando los electrodos en dicha zona. Los mismos son conectados a un dispositivo generador en el tórax, similar a un marcapasos.

Evidencia disponible

La evidencia respecto de ambas técnicas -estimulación cerebral profunda y de la corteza motora- proviene de metanálisis y revisiones sistemáticas. Sin embargo, las conclusiones se basan en estudios de baja (o desconocida) calidad metodológica, con un número reducido de pacientes y con seguimientos variables o desconocidos.

Análisis de tecnologías

Estimulación cerebral profunda:

Se encontraron dos revisiones. La más reciente, publicada por NICE en 2011, en la que se recomienda el uso en pacientes con dolor crónico refractario, informando previamente que la técnica puede

no controlar el dolor y se asocia a riesgos serios que incluyen la mortalidad. La selección del paciente debe ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinario especializado en el manejo del dolor.

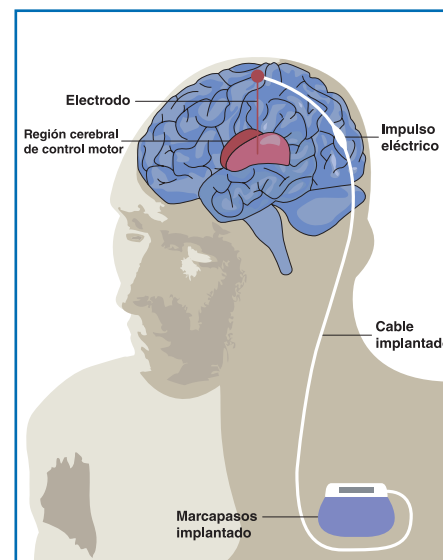
En 2008, el IECS publicó una revisión sobre la efectividad de la estimulación profunda en pacientes post ACV. En ella, aconsejan el desarrollo de estudios clínicos de mayor calidad metodológica, que utilicen como comparador el resto de los tratamientos disponibles en la actualidad y que tengan un seguimiento más prolongado.

Estimulación de la corteza motora:

Se halló un análisis de tecnología realizado por el IECS en 2007, en el que se evaluó la utilidad de la estimulación cerebral en el tratamiento de dolor neuropático o central, concluyendo que se trata de una técnica investigacional.

Políticas de cobertura

Por el momento, la evidencia acerca de su efectividad, seguridad y costo-efectividad es insuficiente. A nivel nacional, ninguna de las prestaciones se encuentra contemplada en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y SMMP no la ha incorporado a su cobertura.



Acto de entrega de Premio QUALITAS 2011 En homenaje al Dr. Armando Macagno “Progresos en Reumatología”

16 de noviembre de 2011

Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
Organizado por: Dirección Médica de Qualitas SMMP.

Como todos los años, se realizó la convocatoria a presentación de trabajos de profesionales de todo el país.

El trabajo que resultó premiado se tituló “Características generales de una cohorte de pacientes con artritis temprana en Argentina”. Sus autores, todos ellos médicos reumatólogos, son los médicos: Horacio Berman, Luciana Casalla, Fernando Dal Pra, Josefina Marcos, María Haye Salinas, y Anastacia Secco.

Asimismo, se designó como becaria para el período Junio 2011 - Junio 2012, a la Dra. Ariela Ivana Agostinho, médica pediatra especialista en Nutrición.

Formaron parte del jurado los destacados Dres. Fortunato Benaim (presidente); Roberto Arana; Enrique Gadow; Miguel Largaia y Víctor Pérez.

QUALITAS



Jornadas de Praxis Médica SMG Seguros - Swiss Medical Group

30 de noviembre de 2011

Hotel Emperador
Organizado por: Gerencia de Administración de Riesgo
de Swiss Medical Group.

Una nueva edición de la Jornada de Praxis Médica se realizó a fines del año pasado. El evento convocó tanto a profesionales de la Salud como del área de Seguros, registrándose un gran número de inscriptos y una alta participación.

La jornada se organizó en torno a cuatro presentaciones: “Realidad actual de los reclamos desde la mirada asistencial: ¿Por qué reclaman los pacientes?” a cargo del **Dr. Horacio Canto**; “Realidad actual de los reclamos por responsabilidad profesional médica en nuestro país, aspectos civiles y penales” disertación a cargo del **Dr. Roberto Vázquez Ferreyra**, miembro de la asesoría jurídica de SMG; “Programas de Gestión de Riesgo y Seguridad del paciente en instituciones de salud y en la práctica ambulatoria” a cargo de la **Dra. Mariana Flichman**, y finalmente “Actualidad del mercado” a cargo del gerente comercial de SMG Seguros y SMG ART, **Sr. Alberto Bugna**.

Fueron destacables la variedad y actualidad de los temas tratados, así como la calidad de las presentaciones, que permitieron a los asistentes no solo informarse, sino reflexionar sobre la complejidad de los aspectos de la práctica profesional.

SMG SEGUROS



Sanatorio de los Arcos: nueva guía para la administración parenteral de drogas antimicrobianas

Dra. Mariela Suárez

Jefa de Farmacia

Sanatorio de los Arcos

Swiss Medical Group

Miembro de la Comisión Directiva de

la Asociación Argentina de Nutrición

Enteral y Parenteral

Desde el Servicio de Farmacia del Sanatorio de los Arcos, se presentó a fines de 2011 la primera edición de la “Guía para la administración parenteral de drogas antimicrobianas”. Aequalis estuvo allí y conversó con su gestora, la Dra. Mariela Suárez, jefa de Farmacia del Sanatorio de los Arcos, sobre este nuevo desarrollo.

El objetivo de la Guía

El propósito de la Guía es brindar a todos los profesionales de la salud una información farmacotécnica actualizada de las drogas antimicrobianas endovenosas que utilizamos en el Sanatorio. Se trata de la primera de una serie que está en proyecto de elaboración, para contribuir al uso racional de medicamentos.

¿Cómo surgió el proyecto?

El desarrollo de una guía para la administración de drogas antimicrobianas era una prioridad para nosotros ya que la información sobre el tema es variada, muchas veces confusa y contradictoria, lo cual generaba dudas y representaba un riesgo para los pacientes. Además, el uso de este tipo de fármacos es frecuente en el Sanatorio, por lo que la consulta y necesidad de rápida respuesta era mayor.

Características de la Guía

Fue confeccionada en un formato pequeño, con la intención de volverla maleable y accesible para los profesionales durante la jornada de trabajo. Por sus dimensiones, cabe en el bolsillo del guardapolvo, lo que facilita que se encuentre “a mano” al momento de necesitar consultarla.

Tiene 18 páginas y por su estructura permite una rápida búsqueda por nombre comercial y presentación del fármaco, estabilidad de la solución reconstituida, vías de administración, consignando los medios de infusión y concentración en los que la droga presenta una mayor estabilidad.

Incluye un glosario de términos, referencias bibliográficas actualizadas que se utilizaron en su elaboración, y al final, un listado de fármacos por su nombre genérico, código y descripción en el sistema integral de salud (NEC) que utilizamos en el Sanatorio.

La metodología utilizada en su elaboración

La fuente primaria de información fueron los trabajos monográficos de cada droga publicados por los desarrolladores de la misma. En caso de información incompleta o duda, se realizó una extensa búsqueda bibliográfica y se consultó a los laboratorios.

Su alcance

Tienen acceso a la Guía todos los licenciados en Enfermería del Sanatorio, así como también los médicos que la requieran. En principio, la tirada constó de 500 ejemplares que fueron distribuidos en el Sanatorio de los Arcos.

Fue presentada en la última reunión del año del Comité de Seguridad de SMG, invitando a otros centros a sumarse a la propuesta ya que, hasta el momento, no hay disponible en este formato, una guía similar.

Actualmente estamos trabajando en una próxima guía sobre “Administración de medicamentos por sonda nasogástrica”.



Controles infectológicos durante el embarazo

Dra. Liliana Vázquez

Médica infectóloga

Clínica y Maternidad Suizo
Argentina

Sanatorio de la Trinidad Palermo

Miembro SADIP (Soc. Arg. de
Infectología Pediátrica)

Las infecciones adquiridas durante el embarazo o el periparto pueden comprometer la salud fetal o del recién nacido, ocasionando la pérdida del embarazo, restricciones de crecimiento intrauterino, muertes neonatales o una amplia variedad de secuelas que se manifiesten a lo largo de sus vidas.

La mayoría de las embarazadas no presentan evidencias clínicas de enfermedad, y más de la mitad de los niños infectados intrauterinamente se encuentran asintomáticos al nacimiento.

Si bien la probabilidad de que un recién nacido tenga una infección congénita es menor al 1%, muchas de ellas pueden ser evitadas a través de un control precoz del embarazo y una pesquisa completa y adecuada. La identificación de las pacientes de riesgo permite implementar medidas preventivas o terapéuticas oportunas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad fetal y neonatal.

Antes de solicitar cualquier estudio, se debe: evaluar la situación de riesgo epidemiológico de cada paciente, teniendo en cuenta:

- Lugar de residencia, características del hogar y convivientes.
- Riesgo ocupacional (contacto con sangre, niños, etc.)
- Enfermedades exantemáticas de la infancia.
- Conductas sexuales de riesgo, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pelviana, herpes genital, etc.
- Hepatitis viral.
- Transfusiones de sangre o derivados.
- Infecciones recurrentes (urinarias, vaginosis, etc.)
- Vacunas recibidas.
- Antecedentes de la pareja actual y/o anterior.

Se debe realizar el examen clínico y ginecológico. Orientar a las pacientes con medidas higiénico dietéticas dirigidas a adoptar un estilo de vida saludable. Es importante revisar los controles serológicos realizados con anterioridad, para evitar solicitar estudios innecesarios. Desde nuestra especialidad aconsejamos solicitar por única vez durante la gestación VDRL, HIV (Elisa) y Anticore, a la pareja sexual de la mujer embarazada.

Recomendaciones: evaluación serológica lo más tempranamente posible.

PRIMER CONTROL DEL EMBARAZO
SIEMPRE
VDRL
HIV*
IgG para Chagas por dos métodos diferentes**
Antígeno de superficie para HB
Urocultivo
SI NO TIENE CONTROLES PREVIOS O SON NEGATIVOS
IgG para toxoplasmosis*
IgG para rubeola*
SI NO TIENE ANTECEDENTES DE VARICELA, NI SARAMPION (o tiene menos de dos dosis de vacuna antisarampionosa)
IgG para varicela*
IgG para sarampión*



SI TUVO HEPATITIS O RECIBIO TRANSFUSIONES DE SANGRE

Anticore. Si recibió vacuna en esquema completo, solicite Ac HBs
IgG para Hepatitis C ***

**EN PACIENTES QUE TIENEN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
ASESORAMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS HIGIENICAS PARA PREVENIR CMV**

Evitar el contacto con saliva, secreciones respiratorias y orina, con niños.
No compartir utensilios de cocina.
No comer los restos de comida que dejan en su plato.
No limpiar con la boca el chupete del bebé.
Lavarse las manos luego de cambiar pañales, acompañarlos al baño o limpiarles la nariz.
Lavar periódicamente los juguetes que se llevan a la boca.

SEGUIMIENTO SEROLOGICO DURANTE EL EMBARAZO

REPETIR

Toxoplasmosis, con serología inicial negativa, una vez por trimestre (IgG) y asesorar sobre las medidas higiénico dietéticas.
Urocultivo, en pacientes con infección urinaria recurrente, litiasis renal, alteraciones anatómicas y/o funcionales de la vía urinaria, y diabetes.
VDRL en el último trimestre y puerperio, independientemente del riesgo de cada paciente.

RECOMENDACIONES PARA LAS PACIENTES IgG NEGATIVAS PARA TOXOPLASMOSIS

Consumo de agua potable.
Lavado de manos antes de ingerir alimentos.
Ingestión de carnes rojas bien cocidas.
Lavado minucioso de las manos luego de manipular carne cruda o vegetales.
Limpieza de las superficies y utensilios de cocina que tuvieron contacto con carnes crudas, antes de utilizarlo con otro alimento, especialmente aquellos que van a requerir cocción.
No utilizar la misma superficie de apoyo de la carne cruda con los vegetales que se ingieran frescos.
No ingerir vegetales crudos cuando no se pueda asegurar que fueron bien lavados.
No ingerir huevos crudos, ni leche no pasteurizada.
Si realiza trabajos de jardinería, usar guantes y luego lavarse las manos.
Evitar contacto con excretas de gato. En el caso de poseer mascota felina se recomienda remover las excretas diariamente, con guantes y lavado de manos posterior.

DESPUES DE LAS 35 SEMANAS DE GESTACIÓN

Cultivo vaginal y rectal, búsqueda de EGB (estreptococo beta hemolítico Grupo B).
Si tiene antecedente de herpes genital, comenzar con aciclovir 400mg/dosis, dos veces por día, hasta el parto.
IgG para Toxoplasmosis (si tenía IgG negativa previa).
VDRL en el último trimestre y puerperio, independientemente del riesgo de cada paciente.

* Exámenes realizados bajo el método ELISA

** ELISA e IHA ó IFI

*** Exámenes realizados bajo el método ELISA 2° g

Estreptococo β hemolítico Grupo B (EGB)

El EGB es uno de los principales responsables de sepsis neonatal precoz. El tracto genital materno colonizado es el responsable de la infección del recién nacido. Durante la gestación, el EGB puede ocasionar bacteriuria asintomática, infección urinaria, corioamnionitis, endometritis y bacteriemia, pero la mayoría de las pacientes lo porta en forma asintomática.

La aplicación de altas dosis de antibiótico, luego de la ruptura de membranas o el comienzo del trabajo de parto (lo que primero suceda), y habiendo recibido por lo menos dos dosis de antibiótico, evitan la colonización e infección del bebé. A esto se lo denomina *profilaxis antibiótica intraparto* (PAI).

Desde el año 2006, en nuestro país existe una ley nacional que obliga a realizar cultivo

universal (vaginal y rectal) para la búsqueda de EGB a todas las embarazadas a partir de las 35 semanas de gestación. En aquellas instituciones en las que no existen posibilidades ni recursos para realizar cultivos, se debe implementar la prevención identificando la presencia de factores de riesgo, para definir la indicación de PAI.

Factores de riesgo para sepsis neonatal precoz por EGB

- Hijo anterior con infección invasiva por EGB.
- Bacteriuria o infección urinaria durante el embarazo por EGB.
- Corioamnionitis o fiebre materna intraparto (mayor a 38°C).
- Rotura de membranas de más de 18hs. previas al nacimiento.
- Parto prematuro.

La portación genital por EGB fuera del periparto no tiene valor patógeno, y el tratamiento antibiótico por vía oral no modifica la portación genital, por lo que está desaconsejado.

Dosis y Antibióticos recomendados para la Pai:

	Antibiótico	Dosis de Carga	Dosis de Mantenimiento	Intervalo (H)
1ra elección	Penicilina G	5 mill UI	2.5 mill. UI	4
Alternativa	Ampicilina	2 g	1g	4
En caso de alérgica a penicilina				
1ra elección	Cefazolina	2g	2g	8
Alternativas	Clindamicina o	900 mg	900 mg	8
EGB sensible	Eritromicina	500 mg	500 mg	6
EGB resistente	Vancomicina	1g	1g	12

No es necesario utilizar PAI, en las pacientes colonizadas por EGB que son sometidas a cesáreas programadas, sin ruptura de membranas y sin trabajo de parto previo.

Es importante recordar que la PAI es más efectiva para la madre y el recién nacido cuando transcurrió un intervalo mínimo de cuatro horas, entre la primera dosis de antibiótico y el nacimiento.

Vacunas

Influenza: La vacuna contra influenza inactivada se recomienda para todas las mujeres que van a cursar su embarazo en época de otoño-invierno, debido a que tienen mayor riesgo de tener complicaciones severas por influenza, comparada con la población general.

Difteria - Tétanos (DT - Doble Adultos) o Difteria - Tétanos -Pertussis acelular (DTPa):

- Si nunca fueron vacunadas contra el tétanos o inmunización incompleta, deberán completar tres dosis de DT. Los intervalos mínimos recomendados son: 0-1-6 (ó 12) meses. Reemplazar una de las dosis de DT por DTPa (después de las 20 semanas de embarazo).
- Con esquema antitetánico completo (tres dosis alguna vez en la vida), pero no actualizado (no tiene refuerzo en los últimos 10 años), debe recibir una dosis de DTPa durante el embarazo.
- Con esquema antitetánico completo y actualizado, que no ha recibido vacuna DTPa (antes o durante el embarazo), debe recibir una dosis de DTPa durante el embarazo o en el post-parto inmediato.

Se recomienda vacunar a partir del segundo trimestre del embarazo.

Vacunas a virus vivos: Están contraindicadas durante el embarazo, a pesar de que no hay efectos teratogénicos ni embriopáticos demostrados. No aplicar vacuna contra la rubeola, sarampión, fiebre amarilla, varicela ni HPV durante la gestación. Luego de la aplicación de alguna vacuna a virus vivos, se recomienda esperar un ciclo menstrual antes de comenzar un embarazo.

Recordar:

- Todas las puérperas deben tener una VDRL, aunque tengan un embarazo controlado y con VDRL negativa (-) en el 3° trimestre.
- Toda mujer que se interna para el parto debe tener un resultado de VIH, si no lo tiene, realizar test rápido de VIH.
- Toda mujer en el momento del parto debe ser controlada para evaluar que se haya investigado Chagas, de lo contrario se debe realizar el control serológico previo al alta.
- Cuando diagnostica una ITS, debe investigar (y/o tratar) otras con la misma vía de transmisión (hepatitis B, herpes genital, infección gonocócica, infección por clamidia trachomatis, VIH).

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- (1) Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: part I. General prenatal care and counseling issues. *Am Fam Physician* 2005;71(8):1555-1560.
- (2) Consenso Argentino de Toxoplasmosis congénita. *Medicina (B Aires)* 2008;68(1):75-87
- (3) American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for perinatal care*. 5th ed. Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics, and Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002.
- (4) Guía de Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Congénitas y Perinatales Ministerio de Salud de la Nación (2010)
- (5) http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/archivos/htm/perin_guias.htm
- (6) Calendario de vacunación, 2do semestre 2011. MSAL, República Argentina. http://www.msal.gov.ar/htm/site/vacuna_cal2.asp
- (7) ACIP Provisional Recommendations for Pregnant Women on Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine (Tdap). August 5, 2011. <http://www.immunize.org/acip/>

Guías de práctica clínica

Utilización de fibrinolíticos en stroke

Dra. Patricia Lesch

Médica especialista en Terapia Intensiva

Jefa de Guardia Externa y Emergencias

Sanatorio De Los Arcos

Swiss Medical Group

La presente guía es una herramienta elaborada por médicos del Sanatorio De Los Arcos para manejo de los pacientes con stroke / ACV que ingresan por la guardia externa o se encuentran internados allí.

La administración de trombolíticos endovenosos en una ventana de tiempo adecuada ha demostrado mejorar la evolución de los pacientes. Una correcta selección de candidatos a recibir este tratamiento es fundamental para que esto ocurra.

Esta guía enmarca los criterios que deben cumplir los pacientes para recibir el tratamiento y las características del mismo:

CRITERIOS DE INCLUSION
Diagnóstico Stroke: déficit neurológico - Escala de Cincinnati
Posibilidad de administrarse el tratamiento con Activador Tisular del Plasminógeno Recombinado (rt-PA - Nombre comercial: Actilyse®) dentro de las 4 a 5 primeras horas de ocurrido el episodio
TAC normal o / o signos indirectos: tales como (arteria cerebral media hiperdensa unilateral + borramiento del ribete insular o hipodensidad de los ganglios de la base o borramientos de surcos. Se realizará RNM con difusión para evaluar la extensión de la isquemia (en caso de imagen difusión < 1/3 del territorio de la cerebral media sí se indicará la fibrinólisis).
Puntaje de NIHSS: 5 - 25 de la escala de Infarto Cerebral
Edad entre 18 y 80 años
Consentimiento informado del paciente o familiar
Posibilidad de manejo en UCI / Shockroom

CRITERIOS DE EXCLUSION
Inicio de los síntomas no conocido o superior a 5 horas
La TAC muestra signos de infarto extenso (hipodensidad mayor a un tercio de un hemisferio cerebral)
NIHSS mayor 25
Evidencia de hemorragia en la TAC de cerebro o signos clínicos concurrentes sugestivos de HSA
Stroke o TEC severo en los 3 meses previos o neurocirugía previa
Historia de hemorragia intracraneal, malformación AV o aneurisma, tumor intracraneal
Hemorragia gastrointestinal o urinaria en los 21 días previos
Cirugía mayor en los 14 días previos
Punción arterial en un sitio no compresible o punción lumbar en los últimos 7 días
Evidencia de sangrado activo o fracturas en la exploración física
Toma de anticoagulantes orales con RIN mayor 1,7
Tratamiento con heparina las 48hs previas y APTT alterado
Plaquetas menor 100.000/mm3
Mujeres gestantes o lactantes
Signos neurológicos de rápida resolución o déficit neurológico mínimo (NIHSS menor 5)
Presión arterial mayor a 185/110 mmHg no controlada con Labetalol endovenoso (dosis máxima 300mg)
Infarto agudo miocardio en los 3 meses previos o síntomas concurrentes sugestivos de infarto de miocardio

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS
Crisis comicial al inicio del stroke
Glucemia menor a 50 mg/dl o mayor a 400mg/dl

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS
Hipodensidad parenquimatosa mayor a un tercio del hemisferio de la cerebral media.
Compresión ventricular
Desplazamiento de la línea media

TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO

rt-PA: Actilyse® (viales 50 mg)
PREPARACION
Dilución 50 mg en 50 ml de solución fisiológica = 1 mg = 1ml
ADMINISTRACION
Dosis total= 0,9 mg/kg (dosis máxima: 90 mg) 10% en bolo ev (1 min.) 90% luego de transcurridos 3-5 min., en perfusión ev continua durante 60 min.

PRECAUCIONES
No administrar antiagregantes, ni heparina en las siguientes 24hs.
No colocar SNG ni vesical en las primeras 24hs.
Si el paciente presenta cefalea, hipertensión aguda, náuseas o vómitos, detener la infusión y solicitar TAC urgente
Repetir frecuentemente la exploración neurológica durante y en las horas siguientes
Mantener la presión arterial dentro de márgenes menores a 185/110 mmHg. Controlarla cada 10 min.
Si hay sangrado a partir de punciones venosas o arteriales, controlar mediante mecánica cuando sea posible

COMPLICACIONES
TRATAMIENTO DE LA TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA
Detener la infusión si no se había completado, realizar TAC de cerebro con protocolo neuronavegador
Extraer sangre para realizar hemograma, tp, aptt, plaquetas y fibrinógeno
Administrar inicialmente 6-8 unidades crioprecipitados y solicitar IC hematología hasta llegar a un fibrinógeno mayor a 100mg/dl. Si es necesario se transfunden plaquetas
Evaluar con neurocirugía la evacuación quirúrgica del hematoma cuando esté corregida la coagulación.
TRATAMIENTO ANGIOEDEMA
Incidencia 1-2% (más frecuente tratados con IECA, aparece al final rt-PA)
Controlar edema de lengua al inicio, a la media hora después del inicio de infusión y luego cada 20 minutos hasta 30 min. post finalización.
Tratamiento: Difenhidramina (Benadryl 50mg) 1 ampolla ev lento
Si aumenta el edema: Metilprednisona (Solumedrol) bolo 125mg.
Si persiste: Adrenalina 0.4mg subcutánea.
Disponer material para intubación endotraqueal o traqueostomía.

LABETALOL
Dosis 10 - 20mg bolo cada 15 minutos (Biascor 4ml = 20mg) 2 bolos. Si la Ta se mantiene >185 / 110 no se deben administrar fibrinolíticos. Mantenimiento durante la infusión rTPA o después con TAS >180 mmHG o TAD >105 mmHG 10mg Labetol repartir cada 10 - 20 minutos (dosis máxima 300mg) o tras una dosis de 10mg colocar infusión: dosis 10 amp de 20mg en 100ml SF Manteniendo de 2 (60ml/h) a 8 mg/minuto. Dosis máx. día 2.4gr. Contraindicado en insuficiencia cardíaca grave, bloqueo cardíaco o broncoespasmo.

ENALAPRILATO EV
1.25mg ev (cada ampolla = 2.5mg/ 2ml)

POST FIBRINOLISIS	
Nitropusiató de sodio: 0.5mcg/kg/min. hasta 8mcg/kg/min. Usar perfusión EV (50mg en 245ml SF protegido luz con guía fotosensible). Dosis inicial 10ml/h (0.3mcg/kg/min.). Aumentar la dosis de a 5ml hasta un máximo de 15ml/h (3mg/hora).	
EN CASO DE PRESENTAR CONVULSIONES DURANTE LA INFUSIÓN DE RT-PA	
<ul style="list-style-type: none"> Suspender el goteo Realizar TAC de cerebro de urgencia con protocolo neuronavegador (descartar sangrado) 	<ul style="list-style-type: none"> Diazepam Fenitoína: Carga (18mg/kg) y mantenimiento 6 mg/kg

Esta guía fue presentada en Ateneo del Sanatorio de los Arcos en el transcurso del año 2011. Fue diseñada para implementarse en la guardia y los pisos de internación de dicho Sanatorio. Agradecemos a la Dra. Patricia Lesch y los Doctores Gastón Baiona, Gabriel Bouza, Héctor Giacobe, Gastón Imhoff, Jorge Korin, Jorge Piriz y Martín Saez por compartir el material con revista Æqualis.

Tabaquismo: la Organización Mundial de la Salud y la estrategia MPOWER

Dr. Rodrigo Carballido

Médico cardiólogo

Jefe de Programas Médicos

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT) es un tratado mundial jurídicamente vinculante que sienta las bases para que los países apliquen y gestionen programas de control del tabaco para hacer frente a la epidemia. Actualmente, más de 170 países adhieren al CMCT, número que significa un 87% de la población mundial.

En 2008, la OMS estableció el **plan MPOWER**, como un modo de contribuir a que los estados miembros cumplieran con lo acordado en el CMCT. El plan de medidas es, a su vez, parte del *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, y su capacidad para reducir la prevalencia del consumo de tabaco ha quedado demostrada y se ha documentado en "WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package" (Geneva, World Health Organization, 2008).

LA ESTRATEGIA CONSISTE EN SEIS MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO:

Monitor: vigilar el consumo de tabaco

Protect: proteger a la población del humo de tabaco

Offer: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco

Warn: advertir de los peligros del tabaco

Enforce: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio

Raise: aumentar los impuestos al tabaco

Estas medidas ofrecen asistencia práctica a los países para que apliquen políticas eficaces de reducción de la demanda, planifiquen intervenciones y movilicen recursos. Por otra parte, para alcanzar las metas propuestas, la OMS impulsa que los organismos gubernamentales, instituciones académicas, asociaciones de profesionales y organizaciones de la sociedad civil trabajen coordinadamente, así como que la cooperación internacional y los organismos de desarrollo apoyen dicho trabajo.

Algunos datos de actualidad

En el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2011*, se presentaron datos actualizados sobre los logros de los países con respecto a las medidas MPOWER hasta 2010. Allí se examinan detalladamente dos de las principales estrategias: el etiquetado de los paquetes de tabaco y las campañas en los medios de comunicación.

El informe se ofrece en una versión impresa resumida y en una online, más detallada: <http://www.who.int/tobacco>

Destacamos algunos de los datos, por la contundencia y magnitud de las cifras allí presentadas:

- En 16 países, con una población de 385 millones de habitantes, se han promulgado leyes nacionales que prohíben fumar en todos los lugares públicos y de trabajo; otros 100 millones de personas se encuentran protegidas por leyes integrales de este tipo vigentes a nivel subnacional.

- Los mayores progresos, medidos en términos de población abarcada, se han hecho en la esfera de las advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco; otros tres países con una población de 458 millones de personas han promulgado leyes al más alto nivel sobre el etiquetado de los paquetes.

- En tres países más con una población de 80 millones de habitantes se ha prohibido completamente toda la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

El Día Mundial Sin Tabaco

Cada 31 de mayo se celebra en todo el mundo el **Día Mundial Sin Tabaco**. A través de esta iniciativa de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) surgida en el año 1987, se busca fomentar mayor conciencia de la magnitud del problema y del cambio en la calidad de vida y el pronóstico de supervivencia que genera el dejar de fumar.

Programas para reeducación alimentaria, cesación tabáquica y embarazo saludable

Æqualis conversó con las profesionales que integran el equipo de Programas Preventivos de Salud coordinados por la Lic. Silvia Mascaro dentro del área de Gestión de Programas Médicos. Aquí se las presentamos y les mostramos cómo realizan el seguimiento telefónico de los pacientes en cada programa.



Lic. en Psicología
Lidia Molas
M.N. 29.148 (U.B.A.)



Lic. en Psicología
María Valentina Ronzano
M.N. 44.240 (U.B.A.)



Instr. Martina Alonso
Instructora en Salud,
Alimentación y Act.
Física (ISALUD)
Licenciatura en Psicología
en curso (UP)

PROGRAMA DE REEDUCACION ALIMENTARIA

¿Qué tipo de población acude al programa?

La población que atendemos suele llegar al consultorio médico con un pedido de ayuda que excede las posibilidades de abordaje. Por ese motivo, el profesional puede recurrir al programa para evaluar la rederivación a otras áreas, entendiendo que la patología requiere un abordaje interdisciplinario.

¿Cómo es su metodología de trabajo y qué objetivos tiene?

Evaluamos caso por caso y reorientamos, intentando ayudar a establecer una demanda de tratamiento. Buscamos propiciar, generar “un corte” para que la persona vuelva a pensar su situación desde otro lugar. Intentamos preservarlo de un nuevo tratamiento “frustrado”, para que se pueda implicar con lo que le pasa. De esta forma ubicar el tratamiento como una nueva oportunidad.

¿Cómo intervienen desde el programa ante el abandono del tratamiento?

Sabemos que la tasa de abandono es importante y plantea una de las mayores amenazas para la evolución del mismo. Cuando detectamos poca adherencia o que el paciente no logra bajar de peso, tratamos de intervenir preventivamente, haciendo un llamado de seguimiento y aplicando distintas estrategias de acuerdo a las nuevas necesidades.

PROGRAMA PARA CESACION TABAQUICA

¿Qué puede hacer un psicólogo por un tabaquista, por teléfono?

En primer lugar, buscamos ayudar a desmitificar cuestiones que funcionan como obstáculos o resistencias al momento de empezar un tratamiento, como la falsa creencia de que tiene que tener la decisión tomada el día que nos llama. Tratamos de detectar si hay comorbilidades clínicas o psiquiátricas (por ej. EPOC, cáncer, psicopatologías) y articular estrategias de tratamiento, derivaciones -en estos casos se realiza un seguimiento más frecuente, porque observamos que suele haber una falta de cuidado que se extiende también a otras áreas que hacen a la salud del paciente-.

También hacemos seguimiento y trabajo con los profesionales de los equipos tratantes.

¿Cómo pueden detectar si un paciente recayó?

Se detecta a través del seguimiento telefónico. Algunos pacientes llaman preocupados y otros tal vez dejan de atendernos el teléfono, o ponen excusas para no seguir manteniendo comunicación con nosotras. Muchas veces, es el profesional tratante el que nos advierte sobre la situación.

Si es posible intervenir, tratamos de ‘desculpabilizarlo’, haciéndole entender que la recaída forma parte del tratamiento y que solo es necesario volverlo a intentar.

PROGRAMA DE EMBARAZO SALUDABLE

El programa de embarazo es un espacio creado para abrir las posibilidades de comunicación, para que las parejas que cursan un embarazo sepan que cuentan con un lugar en donde podrán realizar todas las consultas que requieran.

¿Qué tipo de consultas se reciben de las embarazadas?

Todas y muy variadas, por ejemplo: “qué hago si se pone dura la panza”, “qué poner en el bolso para llevar al sanatorio”, dudas referidas a la lactancia, consultas por obstetras de alto riesgo o gestiones administrativas. En muchos casos, resolver dudas es brindar un apoyo o refuerzo a lo que las pacientes han hablado ya con sus obstetras o en los grupos de preparto.

¿Cuál es el objetivo de las intervenciones que realizan?

Buscamos acotar dudas, disminuir la ansiedad (que aumenta sobre todo durante el último trimestre) acompañando, facilitando un diálogo abierto que muchas veces no se da con el obstetra por razones de tiempo o porque las pacientes consideran que esas dudas no son adecuadas para tratar con éste. Lo emocional, los aspectos psicológicos del embarazo muchas veces son ocultados al obstetra, por vergüenza. Se brinda además información sobre charlas psicoeducativas según el período de gestación que se realizan en la institución con prestadores de distintas disciplinas relacionadas con la gestación.

Si Ud. desea orientar a sus pacientes a los Programas, puede brindarles nuestras vías de contacto: 0810-333-6800 Opción 5, de lunes a viernes de 9:30 a 20 hs. O escribiendo a: programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar

Seguridad del Paciente: una herramienta central en la gestión de riesgo y la mejora de la calidad de la atención médica

Dra. Mariana Flichman

Especialista en Medicina Legal
Jefa de Auditoría de Riesgo
Gerencia de Administración de Riesgo
Swiss Medical Medicina Privada

Podría decirse que la inquietud por disminuir el riesgo asociado al proceso de atención médica nació junto a la Medicina misma, “*Primum non nocere*”. Creció de la mano de importantes gestores de la mejora en la calidad asistencial (como los Dres. Ernest Codman y Avedis Donabedian) y adquirió su máxima expresión en la comunidad médica y en la sociedad en general, luego de que el IOM (Instituto de Medicina de EEUU) publicara “*Errar es humano*”¹. En ésta se informaba que entre 44.000 y 98.000 pacientes morían al año por eventos asociados a la atención médica, ubicando los errores médicos como la octava causa de muerte.

Si bien la publicación recibió serias críticas respecto a si esas muertes guardaban solo relación al evento, o eran muchas de ellas el final esperable en la patología que había motivado la internación², lo cierto es que abrió las puertas al estudio del error médico y a la revisión de los procesos. El tema se impuso tanto en los niveles de gestión sanitaria como en los equipos asistenciales, y también despertó el interés en los responsables de la gestión de riesgo, quienes actualmente lo consideran una herramienta indispensable para disminuir el riesgo médico-legal de las instituciones y de los profesionales.

Hoy, la Seguridad del Paciente, entendida como una disciplina que trabaja integrando a todo el equipo de salud, mejorando los procesos y optimizando la calidad de la atención, debe formar parte de los objetivos de las instituciones así como de todos los que trabajamos en salud.

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55a Asamblea Mundial informó tasas de eventos adversos muy altas (entre 3.2% y 16.6%) para distintos países desarrollados, corroborando el gran problema existente en el ámbito mundial. Como respuesta, en 2004, lanzó la **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente**, que trabaja con distintas propuestas para los estados miembros.

En **Swiss Medical Group**, desde hace 5 años, comenzamos a trabajar en distintos proyectos por la seguridad de los pacientes, y en 2009 creamos el **Comité de Seguridad**, conformado por más de 40

miembros pertenecientes a los distintos sectores de internación y atención, coordinados desde la **Gerencia de Administración de Riesgo**.

Algunos de los Programas y Guías que desarrollamos hasta el momento son:

- Programa de reporte de eventos adversos: se desarrolla en todas las unidades asistenciales propias (más de 2.500 reportes).
- Relevamiento retrospectivo de eventos adversos: también desarrollado en las unidades asistenciales propias, permite comparar nuestros indicadores con los de reportes internacionales.
- Programa “Cirugía segura salva vidas”: Check List de cirugía, propuesta OMS adaptada.
- Seguridad del paciente en la transición asistencial.
- Programa “Medicación segura salva vidas”.
- Programa de identificación de pacientes.
- Programa de prevención de caídas.
- Programa de prevención de infección de sitio quirúrgico.
- Guía de manejo adecuado del electrobisturí.
- Guía de analgesia en Obstetricia.
- Guía de manejo del traumatismo craneoencefálico (TEC) leve.
- Check list de monitores y mesas de anestesia.

Actualmente, se encuentra en proceso de imprenta el **Primer Manual de Seguridad del Paciente**, también editado por este Comité.

Si bien la seguridad del proceso de atención debe ser una prioridad en las políticas de la Dirección, cada uno de nosotros, como eslabón del proceso, tiene un rol que cumplir, y hacerlo es únicamente nuestra responsabilidad.

Referencias

1. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
2. *Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report*. JAMA, 2000.

Historia de la medicina

Un arma química de guerra que llegó a transformarse en medicamento: el gas mostaza

Dra. Viviana Gramis

Médica oftalmóloga y legista

Departamento de Políticas Médicas

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

El “gas mostaza” fue sintetizado por el químico inglés Frederic Guthrie (1833-1886) en 1860 y se lo utilizó por primera vez como arma de guerra durante la Primera Guerra Mundial. También es conocido con el nombre de “Lost”, por sus descubridores alemanes (Lommel und Steinkopf) o como “Yperita” por el lugar donde se utilizó por vez primera: Ypres, ciudad belga donde los alemanes lo estrenaron en 1917. Más cercanamente en el tiempo, Irak lo utilizó contra las tropas iraníes y los civiles kurdos durante la guerra de Irán-Irak.

En la historia bélica, el “gas mostaza” es considerado una de las armas químicas de uso más frecuente desde el siglo XIX. Si bien su poder letal es leve, causa una transitoria disminución de la agudeza visual por su poder de lesión córneo-conjuntival.

La mostaza azufrada, popularmente conocida como “gas mostaza” o “agente mostaza” es un tipo de agente químico vesicante (con el contacto, produce ampollas en la piel y las membranas mucosas). En ocasiones, tiene un olor parecido al ajo, a la cebolla o a la mostaza, aunque también puede ser inodora. Puede adoptar la forma gaseosa de un líquido (vapor), un líquido de textura oleosa o un sólido, su color varía del amarillo claro al marrón, según esté en su forma líquida o sólida.

Si es liberado al aire como vapor, puede entrar en contacto con la piel, con los ojos o al respirar. Si es liberado en el agua, las personas pueden exponerse al beber del agua contaminada o por contacto con la piel. Es un poderoso irritante que daña la piel, los ojos y el tracto respiratorio. Se descompone lentamente en el cuerpo y por ello, la exposi-

ción repetida puede tener efectos acumulativos, generando modificaciones en el ADN. En el campo de la Medicina, las primeras investigaciones para su uso en **Oncología** datan de 1919, cuando se observó una profunda leucopenia y aplasia del tejido linfoide en personas que habían estado expuestas al gas. Así, en los años 20, fue desarrollado un medicamento con el que se trató por primera vez en 1943 a enfermos afectados de linfomas en la Universidad de Yale (EEUU).

En **Oftalmología** su uso terapéutico se originó en 1950, cuando el Dr. Emilio Roda Pérez (1907-1983), médico español, lo introdujo para el tratamiento de las inflamaciones intraoculares.

También se conocieron usos en el tratamiento de la psoriasis y de la artritis reumatoidea. Si bien el gas mostaza actualmente no se utiliza, un derivado, la **ciclofosfamida** (su variante menos tóxica) forma parte del *vademécum*. Esta última fue desarrollada por el químico alemán Norbert Brock en 1958, y utilizada en los inicios para el tratamiento de los linfomas, de algunas formas de leucemia y de algunos tumores sólidos, en general, en combinación con otras formas de quimioterapia. También para el tratamiento de enfermedades autoinmunes, en las que otras drogas se mostraron inefectivas.

En oftalmología, su uso se limita a aquellos procesos inflamatorios no infecciosos en los que otros compuestos inmunosupresores resultan ineficaces o se requiere una potencia inmunosupresora mayor que la que se lograría con sustancias convencionales, como por ejemplo, en las vasculitis (enfermedad de Wegener, la enfermedad de Behçet y en la oftalmía simpática).

BIBLIOGRAFIA

- El uso pionero de la mostaza nitrogenada por Emilio Roda en el tratamiento de las uveítis idiopáticas. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2006; 81: 557-562.
- Un retrato histórico de las armas químicas en Oftalmología. *Rev Mex Oftalmol*; Nov-Dic 2008; 82(6): 416-419.
- CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades). Datos sobre la mostaza azufrada. Disponible en: <http://www.bt.cdc.gov/agent/sulfurmustard/espanol/facts.asp>



“Gaseados” (1918) de John Singer Sargent. Óleo sobre lienzo de 231 x 611 cm. Imperial War Museum, Londres, Inglaterra.

La obra es conocida porque logra captar con agudeza el momento en que los soldados son puestos fuera de combate a causa de la oclusión ocular, aún con el resto de sus funciones corporales íntegras.

Sección cultural

Caleidoscopio *

COLUMNISTA INVITADA: Dra. Silvina Cuartas

Médica pediatra | Ex residente del Hospital Ricardo Gutiérrez
Prestadora Swiss Medical Medicina Privada
silvinacuartas@hotmail.com



Me defino como una buscadora de colores, luces y sombras. Sin formación plástica formal, soy una “atrevida” que decide pintar porque sí, como se anda en bicicleta o se baila.

Pinto desde la adolescencia. Recuerdo que me gustaba “salirme de las reglas” que indicaba la profesora sobre naturaleza muerta, y fue así que empecé a mezclar colores en casa, buscando un criterio estético propio.

Vincent Van Gogh ha sido siempre mi pintor preferido: intenso, inigualable e incomprendido, transmite “eso” que no tiene explicación, llegando tanto al que tiene formación plástica como al que no y logrando atrapar la atención de un niño, por esa genialidad de hacer simple lo complejo. Esa sensación mágica me transmite la **pintura impresionista**, que pareciendo algo muy simple, es imposible de reproducir o imitar.

También me he sentido atraída por el **arte naif o ingenuo**, por sus formas simples y colores intensivos.

Tal vez por una influencia más local, me gustan algunos trabajos de **Aniko Szabó, Alejandro Costas o Pilar Salas**. Aunque creo que la temática se repite bastante y que a veces los pequeños detalles de los objetos elegidos predominan sobre la mezcla o el juego de colores.

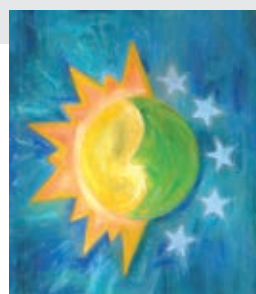
Pintar es una invitación a usar la imaginación, una forma de jugar con la propia individualidad, estableciendo un vínculo con lo más profundo y experimentando la libertad, sin reglas.

Tal vez, en mi caso, esa ha sido la explicación racional o “excusa” para no iniciar una formación plástica convencional. Creo que la actividad nos ayuda a vivir en un estado de transformación en todas las áreas de nuestra vida.

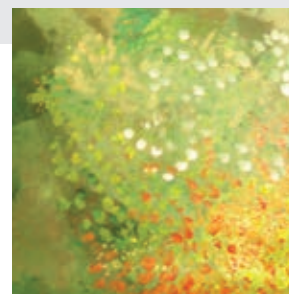
“El acto modifica al que lo realiza, por lo tanto actúa”. No se pueden desarrollar las potencialidades si no se producen actos concretos y eso es algo que me da la pintura: la satisfacción y el placer del resultado obtenido.



Lluvia (2011)
acrílico 50 x 60 cm



Dos caras (2009)
acrílico 50 x 60 cm



Estallido (2011)
acrílico 40 x 40 cm

Correo de Lectores *

De: Julio César Garzón

Quería en estas líneas felicitarlos por la excelente calidad de revista que publican, tanto en su presentación como en su contenido, continúen así. Nuevamente felicitaciones.

Æqualis:

Estimado Julio César, muchas gracias, el desafío es seguir mejorando número a número. Conocer la opinión de nuestros lectores, incluidas las críticas, nos impulsa en ese sentido. Nuevamente gracias.

De: Graciela Rojas

Siempre leo la revista, me acerca a trabajos y temas interesantes. Al leer la Editorial del último número, no pude dejar de hacer algunas reflexiones. Es cierto lo que se plantea: mayor conocimiento hoy no es sinónimo de mejor resultado ni tampoco de calidad o eficiencia. Coincido en que el saber nos hizo esclavos, aunque sea lamentable. Pero como gestora veo el reto más difícil: lo nuestro es hacer que las cosas ocurran pero bien, siempre bien, y en el caso de que se interponga algún factor o barrera, faltó la sensatez y humildad de decir “me equivoqué”. La nota da para profundizar muchos temas por demás actuales. Un saludo.

Æqualis:

Graciela, muchas gracias por hacernos llegar sus reflexiones. Compartimos sus inquietudes y trataremos de continuar debatiendo estos temas.



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