

AEQUALIS

El arte del saber

Editorial • Comentarios de artículos • Actualización farmacológica • Caso clínico por imágenes • Información administrativa • Medicina legal • Sección cultural • Evaluación tecnológica • Caso clínico: medicina interna • Actividades académicas • Planes de prevención • Comentario de sitio web • Glosario •



UNA PUBLICACION DE



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA



Director Médico

Dr. Alfredo M. Stern

Editores Responsables

Dr. Daniel Lew

Dra. Andrea Perrot

En este número han colaborado los siguientes profesionales:

Dra. Romina Gaglio

Dra. Andrea Kobrin

Dra. Analía López

Sección Cultural

Lic. Alma Vanina Estrella

Departamento Médico Legal

Dra. Mariana Flichman



Desde hace muchos años conocemos a William Harvey por haber sido el científico que describió la circulación sanguínea. Sin embargo en un análisis más cuidadoso, fue la publicación de sus trabajos, entre ellos “*Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*” aparecido en el año 1628 donde describió sus hallazgos, lo que lo hizo famoso hasta nuestros días.

También es interesante recordar que este médico inglés graduado en Padua, al oponerse a los criterios vigentes en su época, fue severamente criticado por muchos de sus pares de la época.

Ambos hechos nos permiten reflexionar sobre los ejes que impulsan la realización y permanencia de una publicación destinada al mundo científico y por ello nos permitimos señalar algunas de las semejanzas con la actualidad.

En primer lugar el conocimiento científico forma parte del patrimonio de la especie humana y se potencia en la medida de su difusión. A estos fines es imprescindible dar a conocer y compartir los avances, las nuevas ideas y los hallazgos más significativos con los demás integrantes de ese colectivo social, el mundo científico y en este caso particular el equipo de salud.

En segundo término, todo conocimiento científico es precario y está sujeto a la revisión del resto de la comunidad y cuanto más controversia genera, mejor para todos, ya que permite el intercambio de ideas y experiencias y la revisión hasta alcanzar nuevas verdades que muchas veces también son transitorias. La publicación y el debate son útiles para quienes presentan sus hallazgos, porque pueden someter a la prueba de los pares sus conclusiones y reafirmar sus convicciones a partir del debate y la exposición publicada de sus ideas.

También para quienes no están dedicados a la investigación, porque pueden aplicar los nuevos conocimientos y transitar con menos dificultad por los senderos que otros trazan.

Finalmente para la población general y en atención de salud este capítulo es sin duda el más importante, porque la democratización del conocimiento científico es uno de los caminos para asegurar una mejor accesibilidad de la población a una mejor calidad de vida.

Como explicamos en nuestro primer número de AEQUALIS, una de nuestras intenciones es promover el intercambio de ideas y comentarios. Afortunadamente son muchos los profesionales que recogieron el guante y nos hicieron llegar opiniones y sugerencias que nos permitirán tomar la forma que mejor represente a las preferencias del conjunto del equipo de salud.

Por ello persistimos en la convocatoria y volvemos a invitarlos a hacernos llegar vuestros aportes, en la convicción de que sin duda serán de gran utilidad para el conjunto de quienes constituimos el colectivo científico de Swiss Medical.

Para el contenido de este número, además de publicar algunos de los comentarios recibidos, seleccionamos artículos de rigurosa actualidad y que creemos de utilidad para muchos de los profesionales de nuestro sistema, por tratarse de temas novedosos, que generan dudas o provocan controversias.

Esperamos que esta nueva entrega sea de vuestro agrado y continuamos en este camino juntos.

Dr. Alfredo Maximiliano Stern

Director Médico

Swiss Medical Medicina Privada





Efectos de continuar o suspender alendronato luego de 5 años de tratamiento.

Effects of Continuing or Stopping Alendronate After 5 Years of Treatment. The Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX) A randomized Trial. JAMA. 2006;296:2927-2938

La osteoporosis es una patología prevalente entre las mujeres posmenopáusicas. Los bifosfonatos representan un grupo de principios activos con funciones y son el tratamiento farmacológico más utilizado para la osteoporosis posmenopáusica. El tratamiento de la osteoporosis generalmente continúa en forma indefinida, pero pocos estudios han evaluado los efectos de usar bifosfonatos más allá de 5 años, o los efectos de suspenderlo luego de 5 años. El FIT (Fracture Intervention Trial), un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado contra placebo, examinó el efecto del alendronato diario sobre la densidad mineral ósea (DMO) y el riesgo de fracturas en mujeres posmenopáusicas con baja DMO. El seguimiento fue de 3,8 años, con la opción de continuar el tratamiento en forma abierta, luego de completado el protocolo. En este artículo Dennis Black y col. reportan los datos del FLEX (Extensión del FIT), diseñado para evaluar, en un estudio aleatorizado, los efectos de continuar con alendronato 5 o 10 mg/d por 10 años o discontinuar la medicación luego de 5 años.

Se trata de un estudio aleatorizado, doble ciego, que se llevó a cabo en 10 clínicas de Estados Unidos que habían participado del FIT. Para llevarlo a cabo participaron 1099 mujeres que habían sido aleatorizadas al grupo alendronato durante el estudio FIT y que habían recibido alendronato por un promedio de 5 años. En esta oportunidad se las aleatorizó a 5 mg/d, 10 mg/d o placebo por 5 años más.

Al comparar con los grupos que continuaron con alendronato, el grupo que recibió placebo por 5 años presentó una disminución de la DMO de la cadera de 2,4%; (IC95% 2,9-1,8%) y de la columna de 3,7% (IC95% 4,5-3%). Similarmente este grupo presentó un aumento de los marcadores serológicos de recambio óseo.

Sin embargo, luego de 5 años, el riesgo acumulado de fracturas no vertebrales no fue significativamente distinto entre los grupos que habían continuado con alendronato (19%) en relación al grupo que recibió placebo (18,9%).

Pareciera ser que las mujeres que suspenden el alendronato luego de 5 años presentan una disminución gradual de la DMO y un aumento de los marcadores bioquímicos pero no presentan mayor riesgo de fracturas no vertebrales.

Impacto en práctica clínica:

Estos resultados sugieren que, para muchas mujeres, la suspensión del alendronato luego de 5 años no pareciera aumentar significativamente el riesgo de fracturas. Sin embargo esto no es aplicable para mujeres con alto riesgo de fracturas vertebrales quienes podrían beneficiarse de un tratamiento continuo más allá de los 5 años con los bifosfonatos. Es importante discernir entre las variaciones de la DMO vs la disminución de las fracturas no vertebrales. En futuros estudios debemos concentrarnos en los efectos sobre los resultados clínicos.

Tratamiento quirúrgico vs tratamiento no quirúrgico para el tratamiento de hernia de disco lumbar.

Surgical vs Nonoperative Treatment for Lumbar Disk Herniation. The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). A randomized trial. JAMA. 2006;296:2441-2450

La disectomía lumbar es el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en los Estados Unidos para pacientes con dolor lumbar y sintomatología en miembros inferiores.

Varios estudios han comparado el tratamiento quirúrgico vs el no

quirúrgico en pacientes con hernia de disco, pero han demostrado poca diferencia entre ambos grupos, las muestras han sido pequeñas y los resultados no han sido adecuadamente validados, por lo que la evidencia es escasa y la eficacia del procedimiento comparado con el tratamiento no quirúrgico continúa siendo controversial.

El objetivo del siguiente estudio fue comparar los resultados de tratamiento quirúrgico y del tratamiento no quirúrgico para pacientes con hernia de disco intervertebral lumbar, estenosis espinal, y espondilolistesis degenerativa.

Se realizó un estudio abierto, aleatorizado, controlado, que enroló 13 equipos multidisciplinares de especialistas en patología de columna entre marzo del 2000 y noviembre de 2004.

Los pacientes eran mayores de 18 años, con diagnóstico de hernia de disco intervertebral y síntomas persistentes durante al menos 6 semanas. Todos eran candidatos quirúrgicos con hernia de disco confirmada por imágenes que se correspondían con los síntomas que presentaban.

Los criterios de exclusión fueron cirugía de columna previa, síndrome de cola de caballo, escoliosis de más de 15 grados, inestabilidad segmentaria, fractura vertebral, infección o tumor de columna, espondiloartropatía inflamatoria, embarazo, o pacientes no candidatos a cirugía.

Se aleatorizaron 501 pacientes a recibir tratamiento quirúrgico mediante disectomía o a recibir tratamiento habitual, el cual incluía terapia física activa, educación y consejería de ejercicios para realizar en el hogar y anti-inflamatorios no esteroideos.

El resultado principal fue la medición del cambio de la línea de base del cuestionario de dolor y Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36 y la escala de discapacidad de Oswestry (Oswestry Disability Index) versión de la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos, a la 6ta semana, al tercer mes, al sexto mes, al año y a los 2 años.

Hubo una gran cantidad de pacientes en ambas ramas que realizaron entrecruzamientos de grupo. De los pacientes aleatorizados al grupo cirugía, sólo el 50% realizó efectivamente el procedimiento quirúrgico a los tres meses y el 60% a los 2 años. Asimismo, de los pacientes asignados al tratamiento médico, el 30% a los 3 meses y el 45% a los 2 años fueron sometidos a la intervención quirúrgica.

El resultado principal mejoró de manera sustancial en ambos grupos, y si bien el grupo asignado a tratamiento quirúrgico se vio más favorecido, no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Conclusión: Ambos grupos mejoraron luego de un período de 2 años. Ninguno de los resultados principales fue estadísticamente significativo.

El gran número de datos faltantes (24% a 27% a los 2 años) y la gran cantidad de pacientes que se cruzaron de grupo (crossed-over), hicieron que sea difícil la interpretación de los datos por intención de tratar. Otra de las limitaciones fue la subjetividad de resultados dado que se trató de un estudio no ciego y la falta de estandarización del tratamiento actual en el grupo de tratamiento habitual.

Cirugía vs tratamiento conservador prolongado en pacientes con ciática.

Surgery vs Prolonged Conservative Treatment for Sciatica. NEJM 2007;356:2245-56.

La cirugía de la hernia de disco lumbar se realiza habitualmente en pacientes con ciática cuya sintomatología no mejora luego de 6 semanas, pero el tiempo óptimo para realizar la cirugía no está aún definido.

El siguiente es un estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, en pacientes con ciática severa con síntomas que se prolongan durante 6 a 12 semanas. El objetivo del estudio es determinar si la

estrategia quirúrgica en forma temprana conduce a mejores resultados durante el primer año comparado con el tratamiento conservador durante 6 meses adicionales seguido de tratamiento quirúrgico en aquellos casos que no presentaban mejoría.

Los objetivos primarios fueron la evaluación de la incapacidad funcional, la intensidad del dolor de los miembros inferiores y la recuperación percibida, valorados mediante el score del cuestionario "Roland Disability Questionnaire", el score de la escala visual para dolor de miembros inferiores, y el reporte de los pacientes sobre la mejoría percibida de sus síntomas, luego de un año de la randomización. Los scores se midieron a las semanas 2, 4, 8, 12, 26, 38 y 52.

Se eligieron pacientes entre 18 a 65 años con diagnóstico clínico de síndrome radicular lumbosacro incapacitante durante 6 a 12 semanas y confirmación radiológica de hernia de disco.

Se aleatorizaron 283 pacientes a realizar cirugía temprana (n: 141) y el otro grupo a prolongar el tratamiento conservador y eventual cirugía en los casos necesarios (n: 142).

De los 141 pacientes asignados al grupo de cirugía temprana, 125 (89%) realizaron microdisectomía luego de un promedio de 2.2 semanas. De los 142 pacientes designados a realizar tratamiento conservador, 55 (39%) fueron tratados quirúrgicamente luego de un promedio de 18.7 semanas.

No hubo diferencias significativas en los scores durante el primer año (P=0.13). El alivio en el dolor de miembros inferiores fue más rápido en el grupo asignado a cirugía temprana (P<0,001). Los pacientes del grupo de cirugía temprana reportaron que percibían un tasa de mejora clínica más rápida (hazard ratio, 1,97; IC95%: 1,72 a 2,22; P<0,001). No obstante, en ambos grupos la probabilidad de percibir mejoría luego de un año de seguimiento, fue del 95%.

Conclusión: Los resultados al año fueron similares en aquellos pacientes asignados a cirugía temprana como en aquellos asignados a tratamiento conservador con eventual tratamiento quirúrgico en caso necesario, pero la tasa de alivio del dolor y la tasa de mejora percibida fueron más rápidas en aquellos asignados a tratamiento quirúrgico temprano.

Impacto en práctica clínica:

Estos estudios refuerzan la necesidad de evaluar muchos tratamientos que prescribimos que no han sido sometidos a evaluaciones científicas sistemáticas. Si aceptamos como gold standard para la evaluación de las intervenciones a los ECA (ensayos clínicos aleatorizados), la disectomía con examinación de la raíz nerviosa no es estadísticamente diferente del grupo control. Si bien la cirugía temprana se asocia a una disminución del dolor y a una más rápida memoria de los síntomas, al año, ambas estrategias terapéuticas reflejan resultados similares. Para aquellos que se someten a la cirugía las complicaciones intra y post-quirúrgicas son del 5%, y el 84 % permanece internado menos de 1 día.

Uso de Medicina Alternativa en Pacientes Pediátricos con Dermatitis Atópica

The Use of Alternative Medicine in Pediatric Patients with Atopic Dermatitis. *Pediatric Dermatology* 2007; 24:118-120

Por definición la Medicina Alternativa utiliza terapias o formas de indagación que carecen de base científica y por lo tanto su efectividad o validez diagnóstica no ha sido demostrada. Actualmente, se observa un incremento sostenido en el uso de este tipo de Medicina a nivel global.

La Dermatitis Atópica (DA) es una enfermedad crónica que evoluciona en brotes y remisiones, muy frecuente en la infancia, para la cual no existe un tratamiento curativo en la actualidad. Su incidencia se encuentra en ascenso a nivel mundial, fundamentalmente en los sectores socioeconómicos medios y altos

de la sociedad. Como tratamientos alternativos para la DA se ha reportado el uso de preparaciones herbales chinas, homeopatía, restricciones dietéticas, masoterapia, hipnosis, etc.

Hughes et. al. estudiaron una población de 80 niños con DA (media de edad: 3,9 años; 61,25% sexo masculino) que consultaron en un centro de derivación secundario del ámbito público de Dublín, Irlanda. Mediante un cuestionario sobre terapias alternativas realizado a sus padres observaron que el 42,5% de los niños había utilizado al menos un tratamiento alternativo y más de la mitad de éstos, más de uno. Las terapias alternativas usadas más frecuentemente fueron las preparaciones herbales (41%) y la homeopatía (23,5%). El 57,7% de los pacientes que utilizaron medicina alternativa reportó no haber presentado mejoría con los tratamientos realizados y en el 10% de los casos, se informó empeoramiento de su condición con el uso de los mismos. Con respecto al motivo de utilización de medicina alternativa, las causas más frecuentes fueron: recomendaciones de terceros (47%); temor a efectos secundarios y/o adversos de la terapia con corticoides (26,4%) y resultados no satisfactorios con el tratamiento convencional (17,6%). El rango de costos de los tratamientos alternativos reportado fue de €0 a €4000, con una media de €322,80.

Impacto en práctica clínica:

Las terapias alternativas están sujetas a mínimas acciones regulatorias. Este estudio muestra que para el tratamiento de la DA en pacientes pediátricos, las terapias alternativas son inefectivas, pueden resultar onerosas y provocar efectos perjudiciales. Hasta la actualidad, la evidencia es insuficiente para respaldar la eficacia clínica de las mismas. Surge, por lo tanto como recomendación de este importante estudio para la práctica clínica, la incorporación de la investigación del uso de terapias alternativas en el interrogatorio de la consulta dermatológica pediátrica en forma rutinaria

Impacto sobre la mortalidad de la discontinuación de la medicación luego de un infarto de miocardio (IAM)

Impact of Medication Therapy Discontinuation on Mortality After Myocardial Infarction. *NEJM* 2006;166:1842-1847

La evidencia previa ha demostrado que las iniciativas de mejora de la calidad aumentan la proporción de pacientes que son dados de alta de las unidades coronarias con tratamientos farmacológicos que han probado disminuir la mortalidad; como la aspirina, los β-bloqueantes y las estatinas.

A pesar de esto, el riesgo de tener un nuevo evento o de morir luego de haber tenido un infarto continúa siendo importante a lo largo del primer año. Una explicación potencial para la ocurrencia elevada de estos eventos es que los pacientes no continuarían tomando la medicación cardioprotectiva.

En este estudio se realizó una cohorte prospectiva multicéntrica, en la que se analizó la utilización de aspirina, β-bloqueantes y estatinas en pacientes que habían sido dados de alta con indicación de los tres grupos de medicamentos, luego de un IAM.

Se evaluó la utilización de los tres grupos farmacológicos un mes después del alta de la unidad coronaria y la mortalidad de los pacientes a los 12 meses.

De la totalidad de los pacientes dados de alta con diagnóstico de IAM, el 70,2% recibió indicación de los tres grupos de drogas. De estos, un 33,7% había discontinuado alguna de las medicaciones (12,1% no tomaban ninguna de las tres, 3,7% habían discontinuado dos y un 17,9% no utilizaba uno de los fármacos).

Los pacientes que discontinuaron la medicación eran más añosos, con menos probabilidad de haber sido revascularizados, con una mayor tendencia a no ser casados, no haber terminado el colegio secundario o no ser de raza blanca.

En el análisis multivariado la discontinuación del tratamiento

farmacológico se asoció a un riesgo aumentado de morir durante el seguimiento casi cuatro veces mayor al de los pacientes que continuaron con el tratamiento (HR 3,81 IC95% 1,88-7,72). Al analizar la discontinuación de cada grupo farmacológico por separado, todos estuvieron asociados a un aumento de la mortalidad.

La suspensión de la aspirina se asoció a un riesgo de morir de 1,82 versus los pacientes que continuaron el tratamiento (HR 1,82 IC95% 1,09-3,03). La suspensión de los β -bloqueantes estuvo asociado a un riesgo de muerte de 1,96 (IC95% 1,10-3,45) y suspender las estatinas a un riesgo de 2,86 (IC95% 1,47-5,55).

Los hallazgos de este estudio sugieren que en pacientes que han estado internados por IAM, existe una ausencia en el seguimiento durante el periodo inmediato al alta, que es el momento en que los pacientes abandonan los tratamientos de efectividad probada.

En Swiss Medical se realizó un análisis de prevalencia de consumo de los grupos farmacológicos mencionados por el estudio durante el semestre posterior a la internación en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo.

Sólo el 27,72% de los pacientes presentó consumos de los 3 grupos de principios activos.

El 58,7% de los pacientes consumió al menos un envase de AAS o Clopidogrel en el periodo observado. El 49,18% de los pacientes consumió estatinas y el 75,54% registró consumos de β -bloqueantes o IECA.

Meta-Análisis del uso de probióticos en la prevención de la Diarrea Asociada a Antibióticos y el tratamiento del Clostridium difficile.

Meta-Analysis of Probiotics for the Prevention of Antibiotic Associated Diarrhea and the Treatment of Clostridium difficile Disease. Am J Gastroenterol 2006; 101:812-822

La diarrea asociada a antibióticos (DAA) es una complicación común de la antibioticoterapia. Los factores de riesgo para DAA incluyen el uso de antibióticos de amplio espectro, factores del huésped (edad, estado de salud, sexo), hospitalización, y exposición a agentes nosocomiales. Usualmente ocurre entre la segunda y octava semana posterior al uso de antibióticos como resultado de la disrupción de la flora intestinal. Las actuales estrategias para la DAA incluyen discontinuar el antibiótico, restringir el uso de antibióticos de amplio espectro y seleccionar el mismo en función de la etiología. Los probióticos reestablecen la microflora intestinal, aumentando la respuesta inmune y eliminando los patógenos y sus toxinas del huésped.

En este estudio el autor reporta el análisis de la revisión de la literatura publicada desde 1997 hasta el 2005. El análisis incluyó 3164 sujetos.

Del análisis de 25 ensayos clínicos aleatorizados los probióticos redujeron significativamente el riesgo relativo de diarrea asociada a antibióticos (RR 0,43, IC95% 0,31-0,58). Del análisis de 6 ensayos clínicos resultó que los probióticos tienen una eficacia significativa en el tratamiento de la enfermedad por clostridium difficile, (RR 0,59, IC95% 0,41-0,85). Este estudio sugiere que el uso de diferentes probióticos puede representar posibles tratamientos efectivos para la prevención y el tratamiento de estas dos entidades. El Saccharomyces boulardii, el Lactobacillus rhamnosus GG y mezclas de probióticos disminuyen significativamente el desarrollo de diarrea asociada a antibióticos. Solo el S. boulardii fue efectivo en el tratamiento de la enfermedad por clostridium difficile.

Impacto en práctica clínica:

Este meta-análisis nos aproxima evidencia para la toma de decisiones en el uso de probióticos en pacientes expuestos a antibioticoterapia. Debemos tener en cuenta que en este estudio no ha habido consideración en

discriminar los efectos según los subgrupos de antibióticos. El uso de los probióticos podría limitarse a aquellos grupos de antibióticos asociados a DAA y en aquellos que predisponen a diarrea por Clostridium difficile.

Eventos clínicos tardíos luego de la discontinuación de clopidogrel pueden limitar el beneficio de los stents liberadores de drogas.

Late clinical events after clopidogrel discontinuation may limit the Benefit of drug eluting stents. JACC 2006;48:2584-2591

Los Stents con drogas (DES) son más efectivos que los stent metálicos en la reducción de la re-estenosis y la revascularización de los vasos relacionados, fundamentalmente debido a que limitan la hiperplasia de la íntima, con tasas similares de muerte y de IAM no fatal. Sin embargo existe preocupación acerca de que la endotelización tardía, cicatrización incompleta de la neo-íntima o reacciones de hipersensibilidad luego de la implantación del DES, puedan llevar a IAM o muertes como resultado de la trombosis tardía del stent.

Una de las principales razones de la trombosis tardía es la reducción de la terapia antiplaquetaria dual que actualmente se recomienda durante un mes luego de la colocación de un stent metálico, hasta 3 meses luego de la colocación de un stent de sirolimus y 6 meses de un stent de paclitaxel.

En este estudio los autores siguieron prospectivamente a 746 pacientes aleatorizados a recibir DES o stents metálicos que sobrevivieron a los primeros 6 meses luego del procedimiento, sin eventos clínicos mayores y que suspendieron el clopidogrel.

Luego de discontinuar el clopidogrel la tasa de IAM fatales y no fatales entre los 7 y 18 meses fue baja, sin embargo el 100% de las muertes de causa cardíaca y el 87% de los IAM ocurrieron en pacientes con DES. Por otro lado, la tasa de reestenosis y revascularización de vasos relacionados fue menor en los pacientes con DES, resultando en una tasa comparable de eventos cardíacos en este período (9,3% eventos para los pacientes con DES y 7,9% eventos para los pacientes con stents metálicos).

En un análisis multivariado los pacientes que recibieron DES duplicaron el riesgo de presentar eventos trombóticos tardíos (HR 2,2 IC95% 1,1-4,7) y casi la mitad de riesgo de re-estenosis.

Los eventos trombóticos ocurrieron luego de un tiempo promedio de 116 días luego de la suspensión del clopidogrel.

Este estudio muestra que la incidencia de IAM no fatal y muerte cardíaca luego de la suspensión del clopidogrel, es mayor en pacientes con DES que en aquellos con stents metálicos. La mayor parte de esta diferencia es atribuible a una tasa aumentada de eventos trombóticos tardíos.

Impacto en práctica clínica:

Según se desprende de este estudio para tomar una decisión terapéutica, se debe poner en la balanza la menor tasa de reintervenciones con DES y por otro lado la mayor incidencia de eventos trombóticos tardíos con este tipo de stents.

En pacientes no seleccionados, teniendo en cuenta los datos de estudios publicados, en comparación con los stents metálicos, la utilización de DES podría prevenir 5 eventos cardíacos mayores por cada 100 pacientes, durante los primeros seis meses, mientras que llevaría a la aparición de 3 muertes o IAM no fatales en esos mismos pacientes durante los 7 a 18 meses posteriores.

Por otro lado podría especularse acerca del beneficio de prolongar la terapéutica antiplaquetaria. Sin embargo, debe tenerse en cuenta el riesgo de sangrado y el incremento en el costo. Por lo tanto, debería reservarse la terapéutica antiplaquetaria dual prologada para pacientes de alto riesgo.

Evaluación de la capacidad del Topiramato para mejorar las actividades de la vida cotidiana en pacientes con migraña.

Assessing the Ability of Topiramate to Improve the Daily Activities of Patients With Migraine. Mayo Clinic Proc. October 2006; 81(10):1311-1319

El objetivo del siguiente estudio ha sido el de evaluar el impacto del Topiramato en las actividades de la vida cotidiana de los pacientes con migraña.

Los investigadores utilizaron un diseño aleatorizado, doble ciego, multicéntrico, placebo controlado. Utilizaron dos escalas para evaluar a los pacientes con migraña: la llamada "Migraine Specific Questionnaire" (MSQ) y la conocida escala "SF 36 Short Form Health Study". Estas escalas fueron obtenidas antes de comenzar con la terapia con Topiramato, a las semanas 8, 16 y 26, de una población que recibió topiramato a dosis de 50, 100 o 200 mg/día o placebo. Dos áreas del MSQ (restricción de actividades y rol de la prevención) y dos áreas relacionados a actividades del SF 36, (rol de actividad física y de vitalidad) fueron consideradas como medidas de resultados secundarios.

Los resultados obtenidos del estudio fueron los siguientes: los pacientes que recibieron Topiramato a dosis de 100 o 200 mg./día redujeron la frecuencia mensual de migraña (P=0,008 y P<0,001, respectivamente) comparado a placebo. Esta reducción no se produjo en los pacientes que recibieron Topiramato a 50 mg./día (P=0,48). El Topiramato mejoró significativamente las áreas de restricción de actividades del MSQ: 50 mg/día (P=0,02), 100 mg/día (P<0,001), y 200 mg/día (P<.0,01) y las medias de las áreas de prevención del MSQ (50 mg/día (P=0,007), 100 mg/día (P=0,001), y 200 mg/día (P=0,002) vs. placebo. El Topiramato en dosis de 100 y 200 mg/día mejoró significativamente la media del SF 36 en las áreas de actividad física vs. placebo (P=0,02). El Topiramato en todas las dosis mejoró los scores del SF 36 en las áreas de vitalidad vs. placebo aunque, esta modificación no fue estadísticamente significativa. Los cambios en los scores de las áreas señaladas se correlacionaron significativamente con cambios en la frecuencia de migraña P<0,001 (en el MSQ), P<0,002 (SF 36). Conclusión: Los pacientes que atravesaron esta evaluación informaron mejoras en los scores del MSQ y del SF 36 en los grupos que recibieron Topiramato vs. placebo. Las áreas del SF 36, en los scores de actividad física, manifestaron una mejora significativa en aquellos que recibieron dosis de 100 o 200 mg/día. Las mejoras en las 4 áreas tanto del MSQ como del SF 36 se correlacionaron significativamente con disminuciones en la media de frecuencia de migrañas.

Impacto en práctica clínica:

El tratamiento preventivo puede estar justificado en pacientes que padecen 4 o más eventos por mes, tienen una duración mayor a 12 hs. o generan una gran incapacidad en la vida diaria. La elección de la terapia profiláctica dependerá de las condiciones clínicas particulares. Por ejemplo: en pacientes con síndrome depresivo serán de primera elección los anti-depresivos tricíclicos, en aquellos con hipertensión arterial serán de primera elección los Betabloqueantes como el Propranolol o el Metoprolol, en cambio en aquellos con formas mixtas en los que se combinan las cefaleas tensionales con las crisis migrañosas serán de primera elección los anti-inflamatorios no esteroideos. También es importante recordar que existe alguna evidencia para identificar disparadores ambientales de migraña así como el uso de técnicas no farmacológicas (conductuales) que permiten el manejo de las crisis así como de su prevención. El trabajo presentado aquí refuerza el uso de un recurso terapéutico como el Topiramato en la prevención de esta prevalente condición.

Uso de los tests de medición de fracción de eyección y angiografía coronaria en pacientes con insuficiencia cardíaca.

(Use of Ejection Fraction Tests and Coronary Angiography in Patients With Heart Failure. Mayo Clinic Proc. July 2006;81(7):906-913)

El adecuado tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) requiere de un entendimiento de la enfermedad, incluyendo una adecuada medición de la función ventricular izquierda. El uso apropiado de terapias que prolongan la vida, como los inhibidores de la enzima convertidora, dependen del conocimiento de la función ventricular. Es conocido que el uso subóptimo de estos principios activos se asocia al menos en parte a una inadecuada evaluación de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

La medición de la fracción de eyección (FE) para el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca es recomendación clase I del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana de Cardiología (ACC/AHA).

La angiografía coronaria permite identificar pacientes con IC que pueden beneficiarse con revascularización y también es recomendación clase I en las guías de ACC/AHA para la evaluación inicial de pacientes con IC y angina.

El siguiente estudio tuvo como objetivo examinar el uso de tests para medición de la FE y el uso de la angiografía coronaria en pacientes con diagnóstico inicial de IC.

Se identificaron todos los casos potenciales de IC en el Condado de Olmsted, Minnesota entre 1979 y 1999. En una muestra de casos validados con los criterios de Framingham, se examinó la frecuencia del uso de tests que miden la FE (ecocardiograma, ventriculograma radioisotópico y angiografía del ventrículo izquierdo) y angiografía coronaria a partir de los 90 días luego del diagnóstico.

Se incluyeron un total de 655 pacientes con IC. El uso de los tests para medición de la FE y la angiografía coronaria aumentaron inicialmente, pero luego se estabilizaron. Durante los primeros años (1995-1999) la fracción de eyección fue medida en el 65% de los pacientes y la angiografía coronaria en el 12%. Los hombres fueron más propensos a tener medición de la FE que las mujeres OR: 1,47; (IC95%: 1,01-2,16). La edad avanzada se asoció con un uso menor de los tests, OR 0,83; (IC95%: 0,76-0,91) para medición de FE, y OR 0,72 (IC95%: 0,63-0,82) para angiografía coronaria por cada 5 años de aumento de la edad.

En pacientes con IC, el uso de tests que miden la FE es sustancialmente menor a lo recomendado, y la angiografía coronaria es utilizada infrecuentemente. Su uso es particularmente bajo en mujeres y en pacientes añosos.

Dado los potenciales beneficios de estos tests para lograr un tratamiento más apropiado de la IC y un monitoreo más objetivo de la función ventricular, los resultados en los pacientes con IC podrían mejorar con un uso más consistente de los mismos.

Impacto en práctica clínica:

Este estudio nos invita a pensar en la necesidad de determinar la etiología subyacente de la insuficiencia cardíaca ya que en la mayoría de los pacientes esta se asocia a enfermedad coronaria. Por otro lado este estudio muestra los sesgos que operan a la hora de decidir la subpoblación a estudiar, ya que evidencia que las mujeres y los pacientes añosos han tenido menos oportunidades diagnósticas y terapéuticas.

Exenatide:

Las incretinas son una nueva clase de agentes terapéuticos para el tratamiento de la diabetes tipo 2. Las incretinas son hormonas producidas por el tracto gastrointestinal que tienen múltiples efectos. El GLP-1 o “Glucagon like peptide” es una incretina que estimula la secreción de insulina bajo condiciones de hiperglucemia y suprime la secreción de glucagon. También inhibe el vaciado gástrico, induce saciedad, reduce la ingesta alimentaria y mejora la función de las células Beta pancreáticas. El Exenatide es un péptido muy similar al GLP-1. En pacientes con Diabetes tipo 2 mejora el control glucémico reduciendo las concentraciones de glucemia en ayunas y post-prandiales a través de las siguientes acciones

- Sobre las células Beta:
 - Estimula la secreción de insulina dependiente de la concentración de glucosa.
 - Re-establece la respuesta insulínica de primera fase –secreción de insulina luego de los primeros 10` de la administración de glucosa- que suele estar ausente en diabéticos tipo 2.
- Supresión de la secreción inapropiadamente elevada de glucagon.
- Retardo del vaciamiento gástrico.

¿Qué mostraron los ensayos clínicos?

Los ensayos clínicos –hay 3 ensayos de fase III publicados hasta el momento- mostraron una mejora en los valores de hemoglobina glicosilada del 1% al 2% y reducciones en los niveles de glucosa en ayunas y post-prandiales. También se observó una media de disminución en el peso de entre 2-5 Kg. Esto ocurrió cuando el exenatide fue adicionado a Sulfonilureas, Tiazolidinedionas o Metformina.

Poblaciones especiales:

- Población pediátrica: No se ha evaluado el uso de exenatide en población pediátrica.
- Población geriátrica: La efectividad y seguridad de este agente fue evaluada en población con edad media de 55 +/- 10 años.

Dosificación:

Jeringas sbc. pre-llenadas de 5 mcg. para aplicar 60 minutos antes de las comidas; luego de 1 mes puede ser aumentada a 10 mcg. Dos veces por semana dependiendo de la respuesta.

Embarazo: Clase C

Indicaciones:

El Exenatide está destinado al manejo adyuvante de pacientes con Diabetes tipo 2 no insulino dependiente que reciben una Sulfonilurea, metformina o Tiazolidinediona o una combinación de estos.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad al principio activo o a los componentes de la fórmula. Diabetes tipo 1; cetoacidosis diabética, clearance < 30 ml/h.

Eventos adversos más frecuentes: Hipoglucemia 10%. Hipoglucemia en el uso concomitante con Sulfonilureas: 14-36%. Náuseas: 44%, vómitos: 13%, diarrea 13%, mareos: 9%, cefalea: 9%, dispepsia: 6%, anticuerpos anti-exenatide: hasta el 40% de los pacientes.

Precauciones:

Anticuerpos anti-exenatide: El uso de esta medicación puede estar asociada a la aparición de anticuerpos. Los bajos títulos no están asociados con una pérdida de eficacia. Sin embargo los títulos altos–vistos hasta en el 6% de los pacientes- pueden resultar en una atenuación de la respuesta.

Pérdida de peso: El uso de Exenatide puede estar asociado a pérdida de peso, la que debe ser monitoreada.

Diabetes tipo 1: No debe utilizarse en pacientes con esta condición como tampoco en la cetoacidosis diabética.

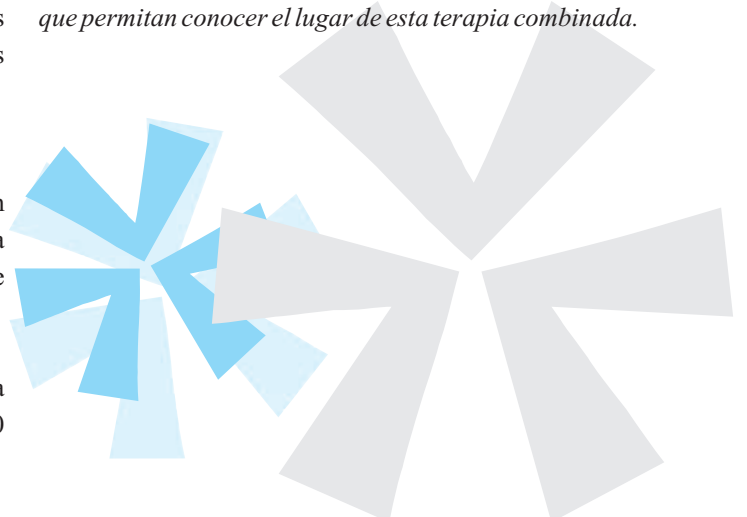
Pacientes con Diabetes tipo 2 insulino-requirientes: Este principio activo no es un sustituto de la insulina, por lo que no debe utilizarse en este tipo de pacientes. No ha habido ensayos con esta combinación.

No debe utilizarse en pacientes con gastroparesia.

Impacto en práctica clínica:

Es importante señalar que esta molécula ha sido aprobada para el uso en pacientes con Diabetes tipo 2 que ya estén recibiendo Sulfonilureas, Tiazolidinedionas, o Metformina o una combinación de estas. Las pruebas clínicas han mostrado una mejora en el descenso de peso, mejora en glucemias de ayuno y post-prandiales y caídas de hasta el 1-2% en la hemoglobina glicosilada. Sin embargo no conocemos –hasta el momento- el impacto real sobre resultados clínicos como modificación de la historia natural de la diabetes y sus complicaciones microvasculares. También es desconocido el impacto sobre mortalidad relacionada a la enfermedad y total.

No debe indicarse en pacientes que estén en tratamiento con insulina y no es sustituto de ésta, dado que no hay ensayos clínicos que permitan conocer el lugar de esta terapia combinada.



Nefrolitotomía y Pielolitotomía laparoscópica

Procedimiento

Indicaciones

• Indicado en el tratamiento de cálculos renales de gran tamaño como alternativa terapéutica a cirugía abierta, nefrolitotomía percutánea(NLP), técnicas ureteroscópicas y litotricia por onda extracorpórea.

Descripción

• Se realiza bajo anestesia general a través de un acceso transperitoneal o retroperitoneal.
• El abdomen es insuflado y se realizan pequeñas incisiones para la inserción del instrumental. En la nefrolitotomía los cálculos son removidos de los cálices renales afectados. En algunas ocasiones se coloca un stent desde el riñón hasta la vejiga durante algunas semanas. En la pielolitotomía el cálculo es removido a través de una incisión en la pelvis renal.

Eficacia

• 2 ensayos clínicos no-aleatorizados reportaron que la misma proporción de pacientes estaba libre de cálculos luego de la pielolitotomía laparoscópica y la NLP (88% vs 81%) en un estudio, y 100 % en ambos grupos en el otro.
• 3 ensayos clínicos no-aleatorizados reportaron internaciones de 3,9, 6,5 y 3,8 días para aquellos sometidos a pielolitotomía laparoscópica comparados con 5,4, 5,6 y 3,0 días para la NLP.

Seguridad

• 2 ensayos clínicos no-aleatorizados reportaron desgarros peritoneales en el 12 y 19% de los pacientes tratados con pielolitotomía laparoscópica y ninguno en los tratados con NLP. La conversión a cirugía abierta.
• 3 ensayos clínicos no-aleatorizados reportaron que del 13 al 16% de las pielolitotomías laparoscópicas debieron convertirse en cirugías abiertas comparadas con 0-2% de los procedimientos percutáneos.
• Efectos adversos potenciales descriptos: nefrectomía, fistula urinaria, filtración urinaria, hemorragia e infección.

Conclusión

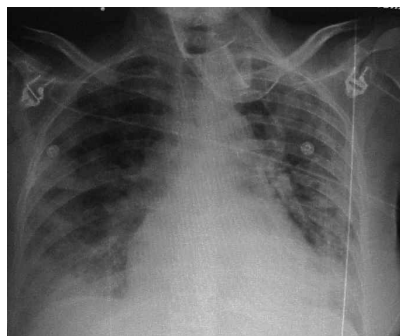
Poca evidencia sugiere que la nefrolitotomía y la pielolitotomía laparoscópica sean eficaces y seguras, por lo que se recomienda que los pacientes con cálculos renales sean manejados con tratamientos menos invasivos. Procedimientos de este tipo pocas veces son necesarios, ya que los cálculos renales pueden ser manejados de diferentes maneras más seguras y efectivas.

CASO CLINICO POR IMAGENES

Caso clínico por imágenes

Autores: Bruno MC* Medrano JC**Masciocchi MA***

Paciente de 34 años, sexo femenino que en el puerperio inmediato post cesárea evoluciona con fiebre y cuadro séptico a punto de partida de embolias sépticas pulmonares.



1. Rx de tórax con embolias sépticas



2. Tomografía computada de tórax que muestra embolias sépticas múltiples



3. Imagen tomográfica de útero puerperal (7 días post parto) que lo muestra aumentado de tamaño y con contenido líquido patológico en su interior.

*Médica Servicio Cardiología Clínica y Maternidad Suizo Argentina**Jefe de Servicio Cardiología Clínica y Maternidad Suizo Argentina,***Médico becario Servicio cardiología Clínica y Maternidad Suizo Argentina.

Caso clínico CM

Dr. Nestor Mattos*

Paciente de sexo femenino de 30 años de edad con antecedentes de obesidad mórbida, que se encontraba en plan ambulatorio de descenso de peso. Otros antecedentes: 1) Consumo de AINE's por lumbalgia 2) Protección gástrica con Ranitidina 3) Asma leve medicada con agonistas B2 inhalatorios a demanda 4) Consumo de anticonceptivos.

Consultó en guardia por presentar cefalea frontal de intensidad creciente de 1 semana de evolución. Al examen físico se constató edema de papila bilateral, sin otras alteraciones del examen neurológico.

Se realizaron TAC de cerebro sin contraste, RMN de cerebro y ambas órbitas con gadolinio y angiografía arterial y venosa de vasos cerebrales, siendo todos los estudios normales.

Un amplio panel de datos de laboratorio que incluyó evaluación de la función tiroidea y dosaje de prolactina plasmática, arrojó resultados dentro de parámetros normales para todas las determinaciones.

Se procedió a realizar punción lumbar, constatándose la presencia de líquido cefalorraquídeo de características físico-químicas normales, pero con una presión de apertura de 32 cms de agua. El cultivo del líquido fue negativo.

Con diagnóstico de hipertensión endocraneana idiopática comenzó tratamiento con acetazolamida 500 mg c/12hs e ibuprofeno como analgésico a demanda. Dada la intensa cefalea se agregó a las 24 hs furosemida 60 mg/día.

Se realizó campimetría que evidenció constricción bilateral del campo visual a predominio izquierdo. El examen oftalmológico del fondo de ojo bajo dilatación mostró edema de papila con pequeñas hemorragias peripapilares en forma bilateral.

La paciente fue dada de alta medicada con acetazolamida y furosemida en las dosis previamente descritas y con indicación de seguimiento por neuro-oftalmología c/4 días hasta la resolución del cuadro. También se reforzó la necesidad de continuar el contacto con el equipo de obesidad con miras a preparar a la paciente para una cirugía bariátrica.

Comentario: la **hipertensión endocraneana idiopática** (o pseudotumor cerebri) es un síndrome que se caracteriza por la presencia de un aumento de la presión de LCR en ausencia de lesiones expansivas del SNC, hidrocefalia obstructiva, infección endocraneana, trombosis de senos venosos cerebrales y de encefalopatía hipertensiva. Todos estos factores fueron descartados en nuestra paciente.

Es una entidad poco frecuente que afecta a 1/100.000 mujeres y a 0.3/100.000 hombres. Sin embargo, si nos centramos en el universo de mujeres de entre 20 y 44 años con un sobrepeso mayor al 20 % del teórico ideal (dentro del cual se encuentra nuestra paciente), su incidencia trepa a 19/100.000 personas.

Para el diagnóstico de este síndrome se utilizan los criterios de Dandy modificados: 1) Síntomas de incremento de la presión endocraneana; 2) Examen neurológico normal (salvo por eventual compromiso del VI y VII par); 3) Sensorio conservado; 4) TAC (y de ser posible angiografía) normales; 5) LCR con presión de apertura mayor de 25 cms de agua, con examen físico-químico normal; 6) Ausencia de otras causa de hipertensión endocraneana.

La paciente que presentamos cumplía, como ya se refirió, con todos estos criterios.

El síndrome se asocia fuertemente a la presencia de obesidad, hipotiroidismo y al consumo de ciertos medicamentos (sobre todo la vitamina A y sus derivados, la minociclina y las tetraciclinas). Aunque se desconoce la relación etiopatogénica entre estas situaciones y el desarrollo de la hipertensión endocraneana es sabido que la remoción de estos factores lleva a la normalización del cuadro neurológico. El Lupus Eritematoso Sistémico y el consumo de anticonceptivos parecen estar más asociados a trombosis de los senos venosos cerebrales que a casos verdaderamente idiopáticos de aumento de la presión del LCR.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de esta entidad son la cefalea y el papiledema (presentes en casi todos los casos). La cefalea fue el síntoma que llevó a nuestra paciente a la consulta y el edema de papila bilateral el signo que orientó hacia el diagnóstico de hipertensión endocraneana. También pueden observarse en orden decreciente de frecuencia trastornos visuales transitorios, tinitus pulsátil, dolor de cuello, hombros y brazos, parálisis del VI par, paresia facial y disminución del olfato.

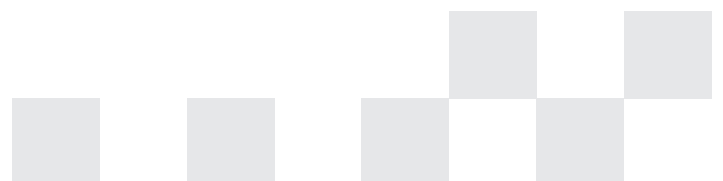
El reconocimiento de este síndrome es de altísima importancia, pues librado a su evolución puede producir pérdida irreversible de la agudeza visual, incluso hasta llegar a la amaurosis (aunque cabe mencionar que también existen casos de regresión espontánea). Una vez realizado el diagnóstico, el seguimiento del tratamiento se realiza con campimetrías periódicas hasta obtener la resolución del cuadro.

El tratamiento comienza siendo médico. La droga de elección es la acetazolamida en dosis de 500 mg 2 veces x día. Puede asociarse inicialmente con furosemida. Los corticoides en altas dosis y en ciclos cortos pueden ser de utilidad en aquellos pacientes que presenten pérdida importante de la agudeza visual. Es necesario enfatizar que mientras se aplican estas medidas terapéuticas en **INDISPENSABLE** comenzar simultáneamente las acciones tendientes a revertir los factores predisponentes si los hubiere: descenso de peso, suspensión de medicamentos asociados, tratamiento del hipotiroidismo-.

El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos casos en los que haya fracasado el tratamiento médico o exista disminución aguda y severa de la agudeza visual. Los procedimientos de elección por orden de frecuencia son: la derivación lumboperitoneal, la derivación ventrículo peritoneal, la fenestración del nervio óptico y la descompresión subtemporal (casi en desuso).

En el caso que se presenta se inició tratamiento con acetazolamida acompañada de furosemida y se comenzó con dieta hipocalórica con miras a evaluar ambulatoriamente la posibilidad de realizar cirugía bariátrica.

*Médico de Staff del Servicio de Internación del Sanatorio de los Arcos.



Invitación reuniones periódicas

Estimado Dr. aprovechamos este medio para invitarlo a participar de los siguientes ateneos institucionales,

Ateneo Perinatal: 1er y 3er viernes de cada mes, de 13 a 14:30 hs. Auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

Ateneos Cardiología: martes de 8:30 a 10 hs. Auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

Ateneos de Clínica Médica Clínica y Maternidad Suizo Argentina: 1er, 3er y 5to jueves de cada mes. 13 a 14:30 hs. Auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

Ateneos de Clínica Médica Sanatorio de los Arcos: 2do y 4to jueves de cada mes, 14 a 15 hs. Se llevan a cabo en Av. Juan B. Justo 905.

Ateneos de Ginecología: miércoles de 9 a 10 hs. en el auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, 1er piso.

El 17 de Agosto del 2006 se ha conformado el Comité de Docencia e Investigación dependiente de la Dirección de Docencia e Investigación de Swiss Medical. El mismo es responsable de la programación, coordinación y supervisión en las áreas asistenciales, de las actividades docentes y de la investigación de nuestros establecimientos. Si usted quiere mayor información acerca de su funcionamiento comuníquese con la Sra. Alejandra Porchia al 5239-7526 o por mail a: alejandra.porchia@swissmedical.com.ar

Si usted está interesado en recibir información periódica acerca de las actividades académicas que desarrolla Swiss Medical solicítela a través del correo de lectores. Le recordamos que el Centro de Atención al Prestador (CAP) está para ayudarlo. 0810-333-7737 de lunes a viernes en el horario de 8 a 20 hs.

Información Administrativa Altas-Bajas de Prácticas

Práctica	Indicación	Modalidad de cobertura
Determinación molecular del gen Rh fetal.	La sensibilización al Rh es una de las condiciones clínicas de mayor gravedad en el embarazo y que complica hasta el 3% de los mismos, transformándolos en embarazos de alto riesgo. En el contexto de una madre Rh - sensibilizada, con prueba de Coombs indirecta positiva, y padre Rh + heterocigoto, estaría indicada la detección del gen rh fetal.	Auditoria médica. Resumen de historia clínica con pruebas del panel y prueba de Coombs indirecta.
Ondas de choque	Indicado exclusivamente en patología de hombro con calcificaciones y entesitis con microcalcificaciones donde hubo falla de respuesta a otros tratamientos médicos.	Auditoria medica. Resumen de historia clínica con diagnóstico y tto. previos.



Planes de prevención

1• Programa Global de Re-educación para Personas con Sobrepeso u Obesidad

La Organización Mundial de la Salud advierte sobre los riesgos aumentados para la salud, en aquellas personas que adquieren sobrepeso-obesidad. Se estima que el 30 % de la población mundial, entre niños y adultos se encuentran en ésta situación, independientemente de su condición socioeconómica. Las proyecciones prevén que en el año 2020 la prevalencia de obesidad (IMC>30) será del 50%. A raíz de esto, la obesidad es considerada un problema de Salud Pública.

Objetivos Primarios del Programa

- 1• Lograr un descenso de peso adecuado y adaptado a cada persona, disminuyendo la probabilidad de complicaciones de la obesidad
- 2 • Disminuir el diámetro abdominal, dado que es un factor central –y crecientemente reconocido- de riesgo cardiovascular.

Objetivos Secundarios del Programa

- 1• Mejorar las co-morbilidades clínicas.
- 2• Disminuir las co-morbilidades psiquiátricas asociadas a la obesidad como: depresión, ansiedad, trastornos del sueño, disfunciones sexuales.
- 3• Lograr el mantenimiento del peso, una vez conseguido el descenso y los cambios buscados a través de un programa flexible.

Adherencia al Programa

Pacientes mayores a 18 años con un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 25. El programa consiste en reuniones periódicas con médicos, nutricionistas, psicológicos y prof. de educación física. Ante cualquier duda o consulta llame al **0810-333-6800** opción N° 5 o escriba al programadereducacionalimentaria@swissmedical.com.ar

2• Programa de Seguimiento pacientes con Insuficiencia Cardíaca

Swiss Medical ha implementado un servicio destinado al Seguimiento Telefónico de los asociados con Insuficiencia Cardíaca a través de un equipo de enfermeras entrenadas especialmente en esta condición. Esta iniciativa se basa en evidencias que demuestran que con un seguimiento más cercano, los pacientes cumplen mejor con el tratamiento, obtienen beneficios importantes en su calidad de vida, y disminuyen las internaciones por descompensación de su enfermedad.

Beneficios para el paciente:

Cuenta con un equipo de enfermeras universitarias destinadas a responder dudas de los pacientes y familiares.

Permite obtener asesoramiento en lo referido a su estado clínico, dieta, medicamentos, actividad física.

Le ayuda a detectar precozmente cualquier síntoma de descompensación.

Funciona como un canal más de comunicación entre el paciente y su médico, ya que el médico será informado de todas las novedades de importancia.

Ayuda a agilizar tramites administrativos.

Recibe apoyo desde el punto de vista emocional.

Adherencia al Programa:

Si usted esta interesado en incorporar pacientes, por favor comuníquese con el PAM al **0810-333-6800**, opción 4 o envíenos los datos a programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar.





Programas de Reporte de Incidentes como estrategia de Calidad y Seguridad en la Atención Médica

La atención de la Salud constituye un complejo proceso en el cual intervienen distintos factores, institucionales y personales (tanto de los profesionales como de los pacientes).

Durante el desarrollo de este proceso indefectiblemente se producen eventos adversos que inciden en la calidad y seguridad de la atención brindada.

En la Argentina, la Academia Nacional de Medicina a través del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas tiene uno de los principales centros de trabajo en este tema. A su vez, distintas Instituciones han formado Comités para la Seguridad de la Atención, y en Swiss Medical, desde hace ya un año, estamos desarrollando desde la Gerencia de Riesgo un Programa de Reporte de Incidentes y Situaciones Problemáticas.

Espíritu del Programa: Está basado en el concepto no punitivo del error. Es decir, no centrar el error en la persona, sino en el sistema, analizar la multiplicidad de causas que desencadenaron el error, y diseñar estrategias que impidan su reiteración. Implica un trabajo en conjunto entre los distintos sectores que componen el Equipo de Salud.

El programa se desarrolla en las tres clínicas propias. Los reportes pueden hacerse por escrito, a través de una planilla diseñada a tal fin, que se encuentra disponible en los distintos sectores de la internación, a través de los distintos Jefes o Coordinadores, o directamente en forma telefónica a un celular disponible las 24 Hs. cuyo número se encuentra en las planillas de reporte y en los distintos sectores de los tres sanatorios.

El total de Reportes de este primer período supera los 329 reportes. A partir del análisis de los mismos, se han consensuado distintas normas y guías de procedimiento y se han modificado sistemáticas internas de trabajo.



CALIDAD

Hace muchos años que cuidamos la salud de nuestros asociados. Porque para nosotros cada socio en particular es importante. Hoy más que nunca seguimos trabajando para continuar brindando un servicio de excelencia.



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

¡Rp.!

En esta sección, nos proponemos recomendarles especialmente aquello que nos ha gustado y queremos compartir con ustedes. Agradeceremos sus comentarios, inquietudes y propuestas.

Mostrar lo que no se ve.

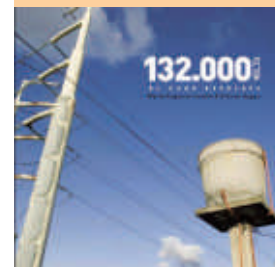
Por Alma Vanina Estrella

“132.000 volts. El caso Ezpeleta”

María Eugenia Cerutti y Silvina Heguy

La marca editora, Buenos Aires (2006)

83 páginas.



El cuerpo ha sido siempre para el hombre, la medida del mundo. Y tal vez nunca como en este momento de la historia, haya sido objeto de tantos y tan variados discursos como los que hoy se ciernen sobre él.

Es en este sentido que 132.000 volts resulta en primer lugar, una obra originalmente provocadora. Porque viene a mostrar esos cuerpos que usualmente sólo se hacen visibles en y por el discurso de la ciencia, en clave artística. Pero también, porque no deja de reclamar al lector una reflexión sobre cuáles cuerpos entran en el campo de la legibilidad discursiva en nuestras sociedades y cuáles no.

132.000 volts es un libro surgido en primera instancia a partir de una investigación periodística independiente sobre la llamativa cantidad de enfermedades que padece un grupo de vecinos de Ezpeleta. Estos sospechan que han contraído leucemia y cáncer –entre otras- a causa de la permanente exposición a campos electromagnéticos (“electrosmog”) generados por una subestación eléctrica que está emplazada en su barrio.

132.000 volts es, luego, el resultado de un largo proceso. Encuentros entre las periodistas y los vecinos por más de tres años han concluido en un libro heterogéneo: textos (con traducción al inglés) e infografías que muestran los resultados de la investigación, acompañan los impactantes retratos de aquellos vecinos que han decidido ser fotografiados al desnudo, mostrando sus cicatrices, amputaciones e incluso, fotos de familiares muertos.

Si el primer plano de este logrado retrato comunitario resulta perturbador, no es porque la desnudez haya sido tramada al modo de un traje efectista, sino porque esta desnudez en primer plano, desarmada de toda redundancia, se estampa sobre un fondo cargado de preguntas sin respuesta. Apropiarse de ellas, tomarlas, sin dudas, implica tomar posición.

Estos desnudos artísticos cobran un especial valor porque no hablan de cuerpos que simplemente posan -meras representaciones- sino de cuerpos que aman, luchan, que (a)parecen vencidos y enloquecen. Cuerpos que resisten, que ejercen un poder al asumir un proceso de creación por el cual inventan nuevos modos de definirse. Cuerpos que conmueven.

Cada uno de esos retratos funciona más como invocación a lo que no se ve, que como voluntad de dejar testimonio de sí. Se muestra una herida, una mutilación o lo que queda de lo que alguna vez estuvo, para que poco a poco el ojo del lector empiece a registrar que esos cuerpos devienen porosos, permeables a un fenómeno que se produce sin ser visto.

Que el verdadero contenido de una fotografía es, en verdad, invisible, es tal vez uno de los secretos menos secretos que tenga un fotógrafo. La cualidad de María Eugenia Cerutti es haberlo puesto a jugar en favor de una poética allí donde parecía no haber más posibilidades que el dolor o los saberes y prácticas de la medicina.

La emergencia de lo inesperado, recuerda que un cuerpo siempre se trata de algo más que de un sistema o máquina: lo inesperado revela una potencia del cuerpo por la cual éste es capaz de asumir en un momento todos los verbos en infinitivo como propios de su condición.

Comentario sitio web

Sitio web de la red por la seguridad del paciente de la Agencia estadounidense para la investigación y calidad (AHRQ)

<http://www.psnet.ahrq.gov/>

Tema principal del sitio: Seguridad del paciente

Características: Se trata de un sitio muy completo, con información permanentemente actualizada en el tema. Tiene la posibilidad de suscripción al newsletter, mediante el cual se recibe en la casilla de correo las novedades y últimos artículos sobre seguridad del paciente.

Posee un muy buen glosario.

Brinda la posibilidad de buscar por sponsor, tema o tipo de artículo y tiene una excelente sección de “clásicos” formada por los principales artículos sobre el tema.

Cada artículo indica si puede consultarse gratuitamente el formato resumen o el artículo completo y pueden bajarse en formato PDF.

Como aspectos negativos la página presenta mucha información que requeriría algo más de orden. La botonera de links es algo pequeña y el texto del cuerpo principal esta poco categorizado, lo que dificulta identificar las distintas secciones o aspectos de mayor o menor importancia dentro de la página.



Correo de lectores

Estimado colega, ponemos a su disponibilidad una casilla de mails para cualquier comentario y/o aporte que quiera realizar. aequalis@swissmedical.com.ar

“Sres. revista "Aequalis" Swiss Medical: Los felicito por el muy buen nivel científico de la publicación "Aequalis". Les quiero pedir si es posible que le incorporen artículos de pediatría en las próximas publicaciones. Desde ya muchas gracias.”

Dr. Fernando J. Giordano.

Estimado Dr. Giordano. En este número, y en los próximos, incluiremos artículos de pediatría. Nos encantaría poder incluir artículos que involucren a todas las especialidades pero por condiciones de espacio, eso no es posible. ✿

“Hola, quería hacer un comentario con respecto a las recomendaciones para la vacunación antigripal. Desde el año 2006 se considera grupo de riesgo para recibir la vacuna a los niños de 6 meses a 2 años de edad. www.cdc.gov. Muy buena la revista.”

Dr. Torres Busquets

Estimado Dr. Torres Busquets, Agradecemos su comentario y en efecto en febrero del 2006 la ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) recomendó la vacunación de todos los niños entre los 6 y 59 meses de edad. El CDC recomendó, en ese momento, que dada las probabilidades que hubiera desabastecimiento de vacunas la prioridad debía estar limitada a los niños entre los 6 y 23 meses ya que son quienes tienen mayor riesgo. ✿

Glosario Epidemiológico, de Salud Pública y Bioético:

Estudios de caso-control: Es el tipo más común de estudio observacional retrospectivo. En este modelo se evalúa la asociación de un determinado evento con la exposición a uno o varios factores de riesgo ocurrido/s en el pasado. Los casos son aquellos que ya sufrieron el evento mientras que los controles no, aunque deben ser elegidos de un grupo con características similares a los casos. Un ejemplo típico puede ser el caso de pacientes con melanoma. La forma del estudio evaluaría a pacientes con y sin melanoma (casos y controles respectivamente) la prevalencia de exposición a radiación solar en el pasado, y de esta manera evaluar diferencias y determinar la asociación entre el evento (melanoma) y el factor de riesgo (exposición solar).

Estudios de Cohorte: Este modelo de estudio, llamado también de “seguimiento” o de “follow up”, estudia la ocurrencia de un evento a lo largo del tiempo (incidencia) en función de la exposición a algún factor de riesgo. Estos modelos pueden ser prospectivos, se evalúan los factores de exposición antes de la ocurrencia del evento, o retrospectivos en el que se conocen tanto el factor de exposición como la ocurrencia del evento.

Valor Predictivo Positivo: Es la proporción de pacientes con test positivo que tienen la enfermedad. Este valor depende fundamentalmente de la especificidad del test y de la prevalencia de la enfermedad en la población estudiada.

Accountability: Este es un complejo término de la literatura anglosajona que hace referencia a la responsabilidad por las acciones propias, de manera que éstas puedan ser demostrables a otros y con la perspectiva de que puedan ser tomadas en cuenta en términos de reparación o desagravio público, penalización económica, censura profesional o acciones legales. En el campo de la toma de decisiones, “accountability”, significa realizar juicios clínicos y éticos de manera que puedan soportar un escrutinio externo de acuerdo a códigos morales o profesionales. En términos de Servicios de Salud, es la responsabilidad demostrable en el uso o supervisión de recursos públicos y/o privados en prestaciones médicas.

