

AEQUALIS

Actualización, análisis y comunicación en salud

N 26

julio-agosto-septiembre 2015 | año 9



Una publicación de



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Estimado lector

Nuevamente nos contactamos con ustedes, con la misma intención que nos inspira número tras número: ser un canal de comunicación e intercambio entre los profesionales que conformamos la amplia red de Swiss Medical.

En esta oportunidad, seleccionamos artículos médicos que por su innegable actualidad y complejidad, estimamos que podrán contribuir a mejorar nuestra práctica clínica diaria. De este modo, los dos artículos centrales del presente número abordan, uno, el problema de la violencia intrafamiliar desde una perspectiva médico-legal y de salud pública, y el otro, la resistencia antimicrobiana, con un enfoque centrado en qué podemos hacer desde nuestros consultorios ante un fenómeno de escala mundial.

Destaco la nota de opinión de la Dra. Adriana Gamba, médica clínica y Directora Médica del Sanatorio Agote, quien resalta la importancia de la educación médica continua y el rol que actualmente ocupa el Departamento de Docencia de Swiss Medical Group.

Recomiendo también la lectura de la sección alerta farmacológica, ya que en esta ocasión hemos decidido incluir dos artículos, donde se describen puntos a tener en cuenta al prescribir AINES y vareniclina, drogas de utilización frecuente en la práctica ambulatoria.

Finalmente, le damos la bienvenida al nuevo Gerente General de Swiss Medical Medicina Privada, Ing. Adrián Sasse, quien durante los últimos 23 años se ha desempeñado en cargos gerenciales y de alta dirección en la industria de seguros y salud. En la entrevista nos informa cuáles son algunas de las ideas que guiarán el desarrollo de su gestión.

Espero que los contenidos sean de vuestro interés, y por supuesto, aguardo sus comentarios a través del correo de lectores.

Dr Ricardo Fabián Watman

Jefe de Políticas Médicas

Dirección Médica de Swiss Medical Medicina Privada

SUMARIO

- 3 Editorial
 - 5 Nota de opinión
 - 6 Artículo original
 - 8 Comentario de artículos
 - 10 Información Swiss Medical Group (noticias institucionales)
 - 15 Evaluación de tecnologías sanitarias
 - 16 Alerta farmacológica
 - 18 Enfermería
 - 19 Programas médicos
 - 20 Medicina Legal
 - 21 Historia de la medicina
 - 22 Sección cultural
- Presidente: Dr. Claudio Belocoppit
 - Gerente General: Dr. Miguel Blanco
 - Director Médico: Dr. Gabriel Novick
 - Editora: Lic. Alma Vanina Estrella
 - Consejo editorial: Dra. Mercedes Manzoni, Dra. Edna Bradichansky, Dr. Ricardo Watman.
 - Colaboran en este número: Lic. Cirlia Alvarez, Dr. Fabricio Cambor, Lic. Carvalho Nasser, Anita, Lic. Vilma Fonseca, Lic. Diego Gaggero, Lic. Inés Greczny, Lic. Silvina Guaras, Dr. Pablo Gutierrez Fernandez, Dra. Adriana Gamba, Lic. Flavia López, Dr. Omar Lopez Mato, Lic. Silvia Mascaró, Dra. Verónica Moral Rancaño, Lic. Rosa Rojas, Dr. Santiago Moreno, Ing. Adrián Sasse, Lic. Consuelo Serú, Dra. Mariela Tomassino, Dr. Fernando Verra.
 - La imagen de tapa de este Nro. se titula "Río de la Plata" y corresponde a Mondongo.
 - 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 julio de 2015 en INGHEN S.A. - Tucumán 3458 (C1189AAP) CABA. Tirada de esta edición: 2.500 ejemplares.

Artista de tapa *

Mondongo

Mondongo es un colectivo de artistas formado en Buenos Aires en 1999.

Realizan obras de gran formato cuyo sello distintivo es la constante experimentación a través del uso de materiales no convencionales y la relación de éstos con el tema de las mismas. En la primera época, muchos de sus cuadros fueron realizadas con materiales perecederos (por ej. carne, galletitas, chicles, caramelos) y luego con materiales como hierro, cera y sobre todo, plastilina e hilos de algodón.

En las series de retratos sobresalen los realizados a varios íconos argentinos, como el de Diego Maradona hecho con cadenas de oro, el del Ché Guevara hecho con balas, el de Jorge Luis Borges tejido con hilos o el de Eva Perón, con pan, por mencionar algunos. Otros trabajos incluyen una flor de loto hecha con 300 mil palillos o un costillar hecho con 100.000 monedas de 10 y 5 centavos.

Exhibieron en Buenos Aires (Centro Cultural Recoleta, Braga Menéndez Arte Contemporáneo, Galería Ruth Benzacar y Museo de

Arte Moderno de Bs. As., entre otros), Londres, Madrid, Los Ángeles, Houston, Beijing, Bruselas y Valencia.

Sus obras están en museos y colecciones privadas de Argentina y del exterior, así como en la Casa Real Española, para la que realizaron por encargo los retratos del rey Juan Carlos, la reina Sofía y el príncipe Felipe (utilizando en ellos 60.000 piezas de espejos de colores y de esta manera "invertir" simbólicamente el intercambio de la época colonial).

La imagen de tapa de este número (fragmento de obra) se titula "Río de la Plata" (plastilina sobre madera, 200 cm x 200 cm) y fue realizada en 2009.

Para ver más:
www.mondongo.tv



Importancia de la formación médica continua

Dra. Adriana Gamba

Médica clínica

Directora Médica

Sanatorio Agote

Swiss Medical Group

Aprender medicina lleva toda la vida

La formación médica es un aprendizaje continuo que comienza en la Universidad y termina con el retiro del ejercicio activo. Estudiantes de medicina, médicos residentes y médicos en ejercicio, somos responsables de mantenernos actualizados sobre los últimos descubrimientos científicos en la prevención y tratamiento de enfermedades, así como de sostener una profunda adherencia a los principios éticos, que son la base de nuestra profesión.

Aprender a pensar científicamente es una parte esencial de nuestra formación. Sin embargo, tan pronto como lo aprendemos, también comprendemos que la ciencia no es un dato inmutable y que, al ser aplicada a casos individuales, únicos e irrepetibles, adquiere variabilidad.

Por eso digo que los fundamentos científicos por sí solos, no alcanzan. Que los conocimientos estancos desligados de la realidad del paciente, no sirven. Que una atención sin vínculo humano con el que padece, no alivia. Por eso digo que aprender medicina lleva toda la vida.

Un compromiso ético

Al terminar la Universidad y entrar a la Residencia de Clínica Médica, sentí que tenía todo por aprender, pero de ese período fundamental me quedó una impronta que me acompañaría hasta hoy: la formación del médico, según enseñaba el Dr. Alberto Agrest (maestro de médicos), debe estar sustentada en el respeto, el conocimiento, el afecto y la verdad hacia nuestros pacientes. La profunda convicción en estos valores me llevó a pensar que desde un área de Docencia tendría la extraordinaria oportunidad de potenciar y estimular el conocimiento y la capacitación continua, sobre todo, de las nuevas generaciones.

En los años posteriores el área de Docencia de Swiss Medical Group creció exponencialmente, dando lugar, entre otras cosas, a la creación de un Comité de ética en investigación, al Programa de Becarios, a la continuidad de publicaciones y participaciones en congresos. Otorgamos becas a los colegas que querían perfeccionarse, nos constituimos

en Centro de Entrenamiento Internacional de AHA en Resucitación Cardiopulmonar, dictamos cursos de perfeccionamiento para médicos en Ecografía avalados por la Universidad de Jefferson y cursos de introducción a la investigación. En materia de contenidos, creamos un sitio web de acceso general constituyendo así nuestra Web Médica, y estamos redactando nuestras Guías de Práctica Clínica.

En los últimos años, logramos introducir una forma de ver la medicina a través de su aspecto humanístico. Esto trascendió el ámbito de los profesionales médicos, donde tuvo origen, para llegar a la comunidad general a través de charlas que abordan patologías médicas con asesoría de especialistas pero con una visión centrada en la persona.

Estas líneas son sólo un bosquejo de la tarea que realizamos pero que tiene como objetivo tener presentes y sostener los valores éticos que mencioné anteriormente. Es una tarea enriquecedora que llevamos adelante con el Dr. Carlos Bruno, la Dra. Raquel Rodríguez Nouche, el Dr. Daniel Ferrante y un conjunto muy importante de colegas que se acercan a nuestro Departamento para colaborar con la elaboración y puesta en marcha de los proyectos que ya están y los que tenemos planificados a futuro.

Invitación

Ya que escribo con gusto estas líneas para la Revista *Æqualis*, que llega a colegas que completan el universo de Swiss Medical, aprovecho la oportunidad para invitarlos a participar en nuestra actividad, acercarse a nosotros y poder expandir así el alcance de este proyecto que trata de aportar a la tarea médica una herramienta de intercambio, discusión, aprendizaje, valoración y por qué no decirlo, una forma más de disfrutar y seguir jerarquizando la profesión que amamos. Un cordial saludo a todos mis colegas.

Para contactarse con el Departamento de Docencia e Investigación de Swiss Medical Group, enviar correo electrónico a: vanesa.martin@swissmedical.com.ar

La violencia intrafamiliar en el ámbito de la salud

Dra. Verónica L. Moral Rancaño

Médica especialista en Medicina

Legal y Forense

especialista en Medicina del Trabajo

especialista en Nutrición

Gestión de casos

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

Existen muchas maneras posibles de definir el término violencia. En el campo de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la siguiente definición: *el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.*

La misma pone el énfasis en la relación que hay entre la intención y la comisión del acto en sí, independientemente de las consecuencias que se produzcan.

La **violencia interpersonal** puede manifestarse como **violencia comunitaria**, entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, por lo general fuera del hogar (ej. violencia juvenil) o como **violencia intrafamiliar**. Este término designa la violencia que se da en el contexto de una familia. La naturaleza de éstos actos puede ser física, sexual, psíquica y/o incluir privaciones o descuido, pudiendo ocasionar problemas en dichas áreas que pueden ser inmediatos, o bien, permanecer latentes, durando muchos años después del maltrato inicial. Por ello, atender en forma exclusiva a las lesiones, invalidez o muerte, limita la comprensión del efecto global de la violencia.

Según una revisión de las estadísticas disponibles en 2013, un 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia física y/o sexual en el contexto de relaciones de pareja o violencia sexual fuera de relaciones de pareja¹, y se estima que en prácticamente la mitad de los casos de mujeres asesinadas en 2012 el autor de la agresión fue un familiar o un compañero sentimental².

La legislación vigente en nuestro país

En 1996, Argentina suscribió a la **Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Pará”** (Ley 24.632, año 1996) por considerarla una violación a los derechos y libertades humanas y a una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres. Este tratado -con jerarquía constitucional desde el año 2011- entiende como violencia contra la mujer *cualquier acción o conducta basada en su género que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico tanto en el ámbito público como privado.*

El espíritu de esta Convención y sus conceptualizaciones fueron plasmados en la **Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los**

CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD DE LA VIOLENCIA MASCULINA EN LA PAREJA

Físicas

Lesiones abdominales y torácicas. Moretones e hinchazón. Síndrome de dolor crónico. Discapacidad. Fibromialgia. Fracturas. Trastornos del aparato digestivo. Síndrome del colon irritable. Desgarros y abrasiones. Lesiones oculares. Mengua de las funciones físicas.

Sexuales y reproductivas

Trastornos del aparato genital. Esterilidad. Enfermedad inflamatoria de la pelvis. Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo. Disfunción sexual. Enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA. Aborto practicado en condiciones peligrosas. Embarazo no deseado.

Psíquicas y del comportamiento

Abuso de alcohol y otras drogas. Depresión y ansiedad. Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño. Sentimientos de vergüenza y culpabilidad. Fobias y trastorno por pánico. Inactividad física. Poca autoestima. Trastorno por estrés posttraumático. Trastornos psicósomáticos. Hábito de fumar. Comportamiento suicida y daño autoinfligido. Comportamiento sexual riesgoso.

Consecuencias mortales

Mortalidad relacionada con el SIDA. Mortalidad materna. Homicidio. Suicidio.

Línea gratuita de la oficina de violencia doméstica: 0 800 666 8537
<http://www.ovd.gov.ar/ovd/>
funciona las 24 horas los 365 días del año en Lavalle 1250, C.A.B.A.

ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, B.O. 14/04/09, lamentablemente aún no implementada en su totalidad. Sin duda, su existencia constituye un recurso más para proteger de la violencia, pero es sabido que no alcanza para prevenirla y erradicarla.

Los datos de Argentina

Entre el 1 de enero de 2008 y el 30 de septiembre de 2013 se registraron, de acuerdo al Observatorio de Femicidios de la Rep. Argentina, 1.432 homicidios de mujeres y niñas como consecuencia de violencia³.

Según datos actualizados, correspondientes a los primeros 5 meses de 2015, se produce un femicidio cada 31/36 horas en todo el territorio nacional, y según la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) el aumento va in crescendo año a año.

El mayor porcentaje de la agresión es de hombre a mujer (85 %), luego de la mujer al hombre y el resto, a los menores de 12 años de edad.

En lo que respecta a los registros de denuncias, no están unificados a nivel nacional y provincial. Existen 64 Comisaría de la Mujer y la Familia en la Pcia. de Bs. As., de las cuales surge que las denuncias aumentaron un 30% entre el año 2011 y 2012, pasando de 88.521 a 113.028 (Informe de Monitoreo de Políticas Públicas y Violencia de Género elaborado por el Observatorio de la Defensoría del Pueblo bonaerense a fines del año 2013). Si se compara con los datos de la página oficial de la OVD, se observa que los casos atendidos fueron 712 en 2011, 833 en 2012, y 931 en 2013. El 80% de los denunciados son varones, parejas o ex parejas, concubinos, cónyuges y novios.

El término "femicidio"

El término femicidio tiene dimensión política y surgió como necesidad de denunciar la naturalización de la violencia hacia las mujeres. Su uso por primera vez, le fue atribuido a la escritora estadounidense Carol Orlock en 1974. Diana Russell lo retomó en 1976 ante el Primer Tribunal Internacional de Crímenes contra las mujeres.

En Latinoamérica el término se utiliza a partir de la muerte de Wanda Taddei en febrero de 2010, momento en que aumentó el número de mujeres calcinadas por sus parejas, como un efecto indeseado

por imitación debido a la amplia difusión que tuvo el caso en los medios masivos. Ella fue rociada con alcohol e incinerada por su marido en medio de una discusión, agonizando en el Hospital de Quemados y muriendo 12 días más tarde. Su caso sentó un precedente en nuestro país.

El femicidio fue incorporado al Código Penal como figura agravada del homicidio en diciembre de 2012. Involucra al que matare a una mujer cuando el hecho sea perpetrado por un hombre y mediare violencia de género.

La Oficina de Violencia Doméstica

Desde 2009 la OVD, dependiente de la Corte Suprema de la Nación Argentina funciona los 365 días del año con guardias de 12 horas conformadas por equipos interdisciplinarios (integrados por médicos legistas, forenses, abogados, psicólogos, sociólogos, asistentes sociales). Ésta recibe presentaciones espontáneas de personas en situación de vulnerabilidad afectadas por hechos de violencia más los casos derivados de comisarías, hospitales y ONGs de la Ciudad de Buenos Aires.

Qué sucede con el agresor

Todavía existen falencias en cuanto a la tipificación del grado de responsabilidad del agresor y sus penas. Dependiendo de dónde se radique la denuncia (CABA o pcia. de Bs. As.), cada juzgado le dará distinto trato. En CABA existe la llamada "probation", por la cual el agresor puede acceder a la reducción de su pena a cambio de horas de servicio comunitario (ej. tareas de limpieza, asistir en geriátricos, etc).

El perfil del agresor

Según los informes estadísticos, los hombres con perfil agresor son en su mayoría mayores de 18 años y de variable clase social. Datos de la OVD (2012) destacan que el consumo de ciertas sustancias alcohólicas y drogas, estimulan o potencian la agresión.

La personalidad del agresor tiene aspectos disímiles, ya que se muestra ante la sociedad como un ser agradable, sociable y muchas veces exitoso profesional y laboralmente, mientras que sus frustraciones son reflejadas en los actos de violencia hacia sus parejas y ex parejas, de quienes

buscan la dominación (la persona es tratada como un objeto).

Papel del sector de la salud

La violencia contra la mujer es una conducta profundamente arraigada que tiene consecuencias graves y un alto impacto en la salud física, mental, sexual y reproductiva de esta parte de la población. A pesar de ello, muchos profesionales aún no consideran esta relación como un problema de salud pública, lo cual lleva a perder valiosas oportunidades de prevención e incluso a generar desatenciones.

Es frecuente que las mujeres que han sido víctimas de violencia desarrollen problemas de salud mental, manifestando síntomas de angustia, depresión e ideación o comportamientos suicidas.

Los médicos que -sabiéndolo o no- brindamos atención a mujeres víctimas de violencia (todos, pero especialmente los servicios de emergencia, de salud reproductiva, de salud mental y los relacionados con el tratamiento del HIV-SIDA) deberíamos poder garantizar un trato respetuoso y confidencial, evitando respuestas médicas excesivas al problema, a la vez que coordinando nuestro trabajo con el de otros sectores o incluso, derivando los casos cuando sea necesario.

Considerando que los sistemas de salud suelen ser el primer punto de contacto con las víctimas, los profesionales podemos tener un rol importante en la prevención de la violencia si contribuimos a la detección temprana de casos, asesoramos y orientamos a estas pacientes. Como haríamos ante cualquier otro problema de salud prevenible.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud, *Global and Regional Estimates of Violence against Women*, p. 2. Para información individual a nivel de país, ver la recopilación completa de datos disponible en ONU Mujeres, 2012: <http://bit.ly/1GNqsPb>
- (2) Estudio mundial sobre el homicidio, UNODC (2013): <http://bit.ly/1ITWEvh>
- (3) Datos aportados por el Observatorio de Femicidios Adriana Marisel Zambrano, coordinado por La Casa del Encuentro. La entidad con sede en CABA tomó la iniciativa de llevar un registro de estos casos (a partir de hechos denunciados en medios gráficos y portales de noticias) atento a que aún quedan datos por brindar por parte de otros organismos oficiales tales como la OVD.

Resistencia a los antimicrobianos: informe mundial sobre la vigilancia

Antimicrobial resistance: global report on surveillance. OMS, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en/>

Dr. Pablo M. Gutierrez Fernandez
Médico especialista en
Neumonología
especialista en Medicina Crítica y
Medicina Interna
Jefe Unidad Terapia Intensiva
Clínica Zabala
Swiss Medical Group

La resistencia a los antimicrobianos (RAM) se produce cuando un microorganismo (bacterias, hongos, virus y algunos parásitos) sufre cambios que hacen que ya no respondan a un fármaco al que originalmente era sensible. Esto reduce la eficacia del tratamiento estándar, haciendo que las infecciones persistan, aumentando el riesgo de propagación, prolongando hospitalizaciones y, en algunos casos, aumentando el riesgo de muerte (la tasa de mortalidad de pacientes con infecciones graves tratados en hospitales duplica, aproximadamente, la de pacientes con infecciones provocadas por bacterias no resistentes).

Si bien la evolución de las cepas resistentes es un fenómeno biológico natural, se ve acelerado por el uso inapropiado de antimicrobianos¹ y su propagación, propiciada por las prácticas inadecuadas para el control de infecciones. Por eso actualmente se habla de una “era posantibiótica” en la que *infecciones comunes y lesiones menores que han sido tratables durante decenios, volverán a ser potencialmente mortales*².

En 2001 la OMS presentó la primera estrategia mundial para contener la aparición y propagación de la RAM, y el año pasado publicó el primer informe mundial en el que describe y dimensiona la magnitud del problema, el estado actual de la vigilancia mundial y RAM para determinadas bacterias.

Diseño y objetivo

Para realizar el informe, se recabaron datos de fuentes oficiales nacionales (informes u otras compilaciones a nivel nacional en los ministerios de salud), laboratorios nacionales de referencia, instituciones de salud pública u otras fuentes identificadas por la OMS, redes nacionales e internacionales para vigilancia de RAM y literatura científica publicada desde 2008.

El objetivo fue describir el estado de la vigilancia y los datos sobre la RAM en los estados miembros de la OMS.

Principales resultados

El informe reportó tasas muy altas de resistencia en todas las regiones de la OMS en las bacterias comunes (por ejemplo,

Escherichia coli, *Klebsiella pneumoniae* y *Staphylococcus aureus*). Señala que la RAM está afectando a muchos agentes infecciosos distintos, pero se centra en la resistencia a los antibióticos en 7 bacterias responsables de infecciones comunes graves, como la septicemia, la diarrea, la neumonía, las infecciones urinarias o la gonorrea.

La **resistencia a los antibióticos carbapenémicos**, último recurso terapéutico para las infecciones potencialmente mortales por *Klebsiella pneumoniae* (causa importante de infecciones nosocomiales) se ha extendido a todas las regiones del mundo. Por eso en algunos países dichos antibióticos ya no son eficaces en más de la mitad de las personas con infecciones por *K. pneumoniae*.

La **resistencia a las fluoroquinolonas** – utilizada en el tratamiento de las infecciones urinarias por *E. coli*– se reportó en países de muchas partes del mundo, en los que este tratamiento es ineficaz en más de la mitad de los pacientes.

En Austria, Australia, Canadá, Eslovenia, Francia, Japón, Noruega, el Reino Unido, Sudáfrica y Suecia se ha confirmado el fracaso del **tratamiento de la gonorrea con cefalosporinas de tercera generación**, el último recurso terapéutico en estos casos.

Se estima que las personas infectadas por ***Staphylococcus aureus* resistentes a la metilina** tienen una probabilidad de morir un 64% mayor que las infectadas por cepas no resistentes.

Asimismo, el informe destaca que son muchos los países que carecen de instrumentos fundamentales para hacer frente a la RAM, tales como sistemas básicos de seguimiento y monitorización del problema, y que existen muchas lagunas en la información, con deficiencias significativas en la vigilancia, y falta de normas para metodología, intercambio y coordinación de datos.

Región de las Américas

Los datos del informe muestran que en la región hay una elevada resistencia de *E. coli* a las cefalosporinas de tercera generación y a las fluoroquinolonas. También es elevada y generalizada la resistencia

BACTERIAS SELECCIONADAS / COMBINACIÓN DE RESISTENCIAS

Bacteria	Resistencia/Disminución de la susceptibilidad a
<i>Escherichia coli</i>	3 ^{era} Generación de cefalosporinas, fluoroquinolonas
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3 ^{era} Generación de cefalosporinas, carbapenems
<i>Staphylococcus aureus</i>	Meticilina (antibióticos betalactámicos) por ej.: estafilococo áureo meticilinoresistente
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (neumococo)	Penicilina
Nontyphoidal <i>Salmonella</i> (NTS)	Fluoroquinolonas
<i>Shigella</i> species	Fluoroquinolonas
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (gonococo)	3 ^{era} Generación de cefalosporinas

DATOS NACIONALES DISPONIBLES SOBRE LA RESISTENCIA DE NUEVE BACTERIAS SELECCIONADAS/COMBINACIONES DE FÁRMACOS ANTIBACTERIANOS, 2013

Nro. de combinaciones bacterias / resistencia a antibacterianos según datos obtenidos:



*Datos obtenidos de fuentes oficiales (no necesariamente son representativos de la población o país en su conjunto).

de *K. pneumoniae* a las cefalosporinas de tercera generación. En algunos entornos, hasta un 90% de las infecciones por *S. aureus* son resistentes a la meticilina, lo cual significa que el tratamiento con los antibióticos habituales no funciona.

Conclusión

El informe continúa un esfuerzo mundial liderado por la OMS para hacer frente al problema de la farmacoresistencia, que implicará a futuro, el desarrollo de instrumentos y normas, así como mayor colaboración mundial en el seguimiento y medición de las repercusiones sanitarias y económicas del problema, y el planteamiento de soluciones específicas.

Cuando las infecciones se vuelven resistentes a los medicamentos de primera línea es preciso utilizar terapias más costosas. Cuando los patógenos se vuelven resistentes a los medicamentos de primera elección hay que cambiar a tratamientos de segunda y tercera línea, que suelen ser más caros y pueden no estar disponibles.

La RAM es un problema complejo propiciado por muchos factores interrelacionados, por lo que se requieren medidas coordinadas. Por otra parte, es mundial, ya que ningún país puede protegerse de la importación de patógenos resistentes a través de los viajes y el comercio.

La postura de la OMS apunta a todas las partes de la cadena, alertando principal-

mente sobre la necesidad de un cambio en la forma de producir, prescribir y utilizar los antibióticos.

Comentario

A propósito de un aspecto que a los médicos nos implica directamente, la forma de prescribir, muchas organizaciones plantean modelos de comunicación para mejorar la empatía y satisfacción del paciente, con una estrategia dirigida a prevenir la RAM en el contexto de un problema cada vez más frecuente. Algunas sugerencias son: 1) Defina un diagnóstico específico que ayude al paciente a sentirse validado en su motivo de consulta. Por ej. diga “bronquitis viral” en vez de decir simplemente “es un virus”; 2) Recomiende tratamientos sintomáticos. Estos son de ayuda para pacientes que no requieren tratamiento antibiótico. Los enfermos tienen muchas veces la creencia que un antibiótico los ayudará a sentirse mejor; 3) Durante el examen físico vaya compartiendo los hallazgos normales (por ej. “no hay evidencia de otitis”). Esa mínima descripción los ayudará a comprender la no necesidad de ser tratados con un antibiótico; 4) Coméntele los potenciales efectos secundarios del uso de antibióticos, incluyendo sin excepción los efectos adversos y la resistencia; 5) Explíquelo lo que Ud. espera de la evolución del cuadro en los próximos días (ej. “la fiebre puede persistir unos días más”) dejando pautas claras de alarma en caso de que los síntomas empeoren o cambien e incluyendo la posibilidad de prescribir un antibiótico si es médicamente apropiado.

REFERENCIAS

- (1) Otros factores que lo aceleran son: la urbanización (asociada al hacinamiento y al saneamiento deficiente); la contaminación; la degradación del medio ambiente; los cambios climáticos; el crecimiento del comercio y los viajes internacionales así como el aumento de población anciana que necesita tratamientos hospitalarios –con mayor riesgo de exposición a los patógenos extremadamente resistentes que hay en los hospitales- y de pacientes inmunodeprimidos (HIV) –que contribuyó al resurgimiento de viejas plagas, como el paludismo o la tuberculosis-.
- (2) La cita corresponde al Dr. Keiji Fukuda, Subdirector General de la OMS para Seguridad Sanitaria.

Fundación Swiss Medical inaugura Laboratorio Central y Centro Regional de Hemoterapia de Swiss Medical Group

El pasado mes de agosto Swiss Medical Group inauguró su nuevo Laboratorio Central y su nuevo Centro Regional de Hemoterapia. Ambos están ubicados en Capital Federal y cuentan con instalaciones especialmente diseñadas y equipamiento de última generación. De esta forma, se posiciona a la altura de los más avanzados centros del mundo.

Nuevo Laboratorio Central

Características

Sus instalaciones cuentan con una superficie de 800 m² diseñadas específicamente para uso de Laboratorio, bajo estrictas normas de arquitectura sanitaria.

Por su nivel de automatización, permite la realización de análisis clínicos de diversa complejidad con un alto grado de eficiencia y confiabilidad de los procesos pre-analítico, analítico y post-analítico.

Sistema informático

Desde 2006, el Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos del Grupo Swiss Medical cuenta con autoanalizadores conectados a un sistema robótico perianalítico que realiza la preparación y distribución de las muestras por instrumento, todos on-line con el sistema informático (LIS). Esta conexión posibilita el trabajo con muestras en tubo primario, quedando así los errores pre-analíticos prácticamente eliminados, garantizando de esta manera la trazabilidad de los resultados de las muestras de los pacientes. El sistema informático (LIS) permite además la conexión on-line con todos los laboratorios propios situados en los Swiss Medical Center Barrio Norte, Barrio Parque y Microcentro, en los Sanatorios Agote y De Los Arcos, y en las Clínicas y Maternidad Suizo Argentina, Clínica Olivos y Clínica Zabala. Cabe destacar que todas estas instituciones disponen también de equipos automatizados para resolver análisis de rutina y urgencias.

Ventajas

El nuevo Laboratorio Central posibilita que la entrega de resultados tanto a pacientes como a profesionales se realice en los tiempos reducidos que la medicina moderna demanda.

Actualmente el procesamiento de muestras anuales supera los 4.000.000 de estudios, tanto de pacientes propios como de clientes externos que derivan muestras para su procesamiento. Contar con un Laboratorio Central de estas características, permitirá duplicar la capacidad operativa actual.

El Laboratorio brinda servicio en las siguientes especialidades:

- Química clínica.
- Hematología.
- Hemostasia.
- Inmunoensayos.
- Endocrinología.
- Marcadores tumorales.
- Microbiología.
- Proteínas.
- Virología e Inmunofluorescencia.
- Pesquisa neonatal.
- Biología molecular.

Calidad analítica en el tratamiento de los datos

La capacidad de gestionar e interpretar los resultados correctamente garantiza su calidad y fiabilidad. Por eso el nuevo Laboratorio Central utiliza controles de calidad internos de tercera opinión (Bio-rad Laboratories con Sistema de tratamiento de datos Unity Real Time™) y participa en diversos programas de evaluación externa de la calidad.

Programas de evaluación externa en los que participa el Laboratorio Central

Randox International Quality Assessment Scheme (RIQAS)

Acreditado UKAS, en los programas: química, proteínas, hematología, coagulación, inmunoensayos, gases en sangre, orina humana, cardíaco y screening neonatal.

CAP

En los programas de química clínica, serología de enfermedades infecciosas, serología para sífilis, hematología, coagulación, urinalysis y marcadores virales.

Programa Buenos Aires de Control de Calidad en Análisis Clínicos (CEMIC)

En los programas: química, hematología, hemoglobina glicosilada, serología A, B y

C, tiroides, proteicas, esteroides, anticuerpos tiroideos y screening neonatal.

Programa de Evaluación externa de la Calidad (PEEC)

De la Fundación Bioquímica Argentina, en los programas: orinas, pesquisa neonatal, bacteriología, parasitología, gases en sangre.

Programa Nacional de Control de Calidad en Bacteriología

Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán": bacteriología y micología.

Certificaciones

Este servicio está certificado en todos sus centros, según norma IRAM-ISO 9001:2008 con alcance a los procesos pre-analítico, analítico y post-analítico, y mantiene implementados los requisitos técnicos de la Norma ISO 15.189 para garantizar su competencia técnica.

Dicha certificación avala la existencia de un Sistema de Gestión de la Calidad que impulsa la mejora continua de los procesos, con el objetivo de que los resultados emitidos por el servicio sean un apoyo confiable para el diagnóstico médico.

Centros de atención

Actualmente, además del Laboratorio Central, Swiss Medical Group cuenta con cen-

tros de atención y procesamiento en sus centros de atención ambulatoria (CMA): Swiss Medical Center Barrio Norte, Barrio Parque y Microcentro, y en los Servicios de Laboratorio de las clínicas propias.

El Laboratorio Central no brinda atención al público. Su principal función es centralizar el procesamiento de las muestras y estudios de alta complejidad de todos los Centros Médicos Ambulatorios de Swiss Medical Group.

Centro Regional de Hemoterapia

Con diseño y equipamiento acorde al standard de calidad fijado por la ANMAT, el nuevo Centro Regional de Hemoterapia de Swiss Medical Group se encuentra preparado para cubrir la atención de donantes en un ambiente cálido y confortable, contando con la más alta tecnología para la producción, almacenamiento y distribución de hemocomponentes (glóbulos rojos, plasma y plaquetas).

Posee áreas específicas para estudios inmunohematológicos e inmunoserológicos y un laboratorio de biología molecular exclusivo para el banco de sangre, los que garantizan la aptitud de las unidades extraídas, mediante un *Programa de Buenas Prácticas de Manufactura*, supervisadas por un *Sistema de Garantía Total de la Calidad*.



También cuenta con un moderno auditorio, equipado con sistema de audio y video para tareas de docencia y difusión de la temática de donación de sangre.

El Centro Regional de Hemoterapia funcionará solamente para atención de donantes de lunes a viernes de 8 a 13 hs. y sábados de 8 a 11:30 hs. Recordamos que la posta de donantes de Av. Pueyrredón 1451 seguirá funcionando de lunes a viernes en el horario de 8 a 12 hs., pero sólo con turno, el cual deberá ser solicitado al (011) 4943-8900.



Acto de entrega de Premio y Beca Qualitas Swiss Medical 2015

Como cada año, se realizó la entrega de **Premio y Beca Qualitas Swiss Medical**. El acto tuvo lugar en la Sala Eliseo Cantón de la Academia Nacional de Medicina el pasado 20 de mayo y contó con la presencia destacada de los **Acad. Dres. Jorge Lemus, y Roberto Pradier**, entre otras autoridades y académicos.

El **Comité Científico Qualitas Swiss Medical** estuvo integrado por los **Académicos Dres. Fortunato Benaim, Roberto Arana, Enrique Gadow, Miguel Larguía y Víctor Pérez**.



En esta edición el Premio y la Beca fueron otorgados en homenaje al Dr. Horacio Rodríguez Castells.



El Premio Qualitas Swiss Medical 2015 fue otorgado a los Profs. Dres. María Carmen Lucioni y Valentín Aragües y Oroz por su trabajo "Regionalización Sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires – Experiencia de implementación a través del Modelo Georreferencial (SIG_GIS) y Espacial Secuencial Discriminante (SDS) y Análisis epidemiológico en un quinquenio a través del ASIS de la CABA".



La Beca Qualitas Swiss Medical 2015 fue concedida a la Dra. Ximena González Sanguinetti por su proyecto "Prevención y manejo de personas con obesidad".

Ateneos interclínicas: Nuevo espacio de encuentro e intercambio



diagnóstico y terapéutica a la vez que diseñar proyectos comunes.

Participan representantes de Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Sanatorio De los Arcos, Clínica Olivos y Sanatorio Agote.

Esta nueva iniciativa, surgida desde el área de Docencia de Swiss Medical Group, tiene el objetivo de integrar las áreas de internación de las distintas unidades sanatorias del grupo, con el fin de discutir los casos más complejos y/o interesantes y poder consensuar

Los encuentros se realizan en forma rotativa entre las distintas clínicas. Para mayor información, contactarse por email con: vanesa.martin@swissmedical.com.ar

Ampliación Swiss Medical Center Microcentro



A partir del mes de Junio, **Swiss Medical Center Microcentro** sumó un nuevo piso (la planta baja) dentro del edificio que ocupa en 25 de mayo 264.

Esta reforma edilicia implicó una importante inversión, no sólo en infraestructura sino también en tecnología diagnóstica, y permite duplicar la capacidad de consulta a la que daba respuesta hasta el momento. Se sumaron además, dos consultorios para realización de ergometrías y el servicio de Welltest.

En lo que respecta a confort para el personal médico, la ampliación incluyó vestuarios con duchas y office.

Para los próximos meses, se proyecta incluir un vacunatorio para adultos y los servicios de ecografía mamaria y mamografía.



Swiss Medical Center Microcentro queda en 25 de mayo 264, C.A.B.A. Brinda atención en forma espontánea de Lunes a Viernes de 8 hs. a 20 hs., para las especialidades de Clínica Médica, Ginecología, Otorrinolaringología, Traumatología y Odontología.

La ampliación significa:

- 60 nuevos puestos de trabajo en más de 500 m².
- Doble capacidad en atención programada con 13 consultorios.
- 2 nuevos consultorios para realización de ergometrías.
- Servicio de Chequeo Médico Ejecutivo Welltest.



Nuevo Gerente General en Swiss Medical Medicina Privada

Desde el pasado mes de abril, el Ing. Adrián Sasse es el nuevo gerente general de Swiss Medical Medicina Prepaga, sucediendo al Dr. Miguel Blanco, quien, luego de haber ocupado interinamente el cargo durante los últimos cuatro años, ha vuelto a asumir su función de Director General Corporativo de Swiss Medical Group. *Æqualis* conversó con él para conocer su perspectiva sobre nuestro ámbito.

¿Cuál es su visión del sistema de salud privado?

Desde el punto de vista prestacional, creo que se trata de un sistema que lleva muchos años fortaleciéndose e invirtiendo, lo cual se puede observar concretamente en el crecimiento de nuevos prestadores. Por otro lado, la desregulación ha permitido que un importante sector de la sociedad pudiera tener acceso. Esto se ha logrado a pesar del alto impacto que han tenido distintas acciones políticas sobre la rentabilidad del sector, como ser el no permitir trasladar el efecto de la inflación a los valores de la cobertura, o la inclusión de tratamientos costosos dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO). En general, el sector reinvierte en tecnología e infraestructura gran parte de sus ingresos y, con las condiciones apropiadas, podría crecer mucho más.

¿Cuáles serían las claves de ese crecimiento?

Sin dudas, un entorno macroeconómico de mayor estabilidad aumentaría el acceso de la población al sistema privado y evitaría el desgaste producido por la constante renegociación de contratos con prestadores y clientes. Por otro lado, el rol del estado debería permitir al sector desarrollarse, con mayor libertad. La competencia en el sistema privado es importante y ningún operador puede darse el lujo de aumentar más de lo necesario, porque perdería clientes ya sea porque se van a otra prepaga más económica o porque pasan al sistema público. También debe evaluarse qué prestaciones deben ser brindadas por el sistema y cuáles por el estado. Es importante encarar relaciones de largo plazo con los prestadores en la que ambos sean beneficiados por el crecimiento del negocio y por generar la rentabilidad de unos y otros para poder conti-

nuar realizando las inversiones necesarias y mejorando el servicio.

¿Y en cuanto a las regulaciones?

El sistema hoy está altamente regulado, eso es positivo ya que debería garantizar que el nivel de cumplimiento prestacional y el tipo de prestaciones que dan los distintos operadores sea uniforme. Para ello es importante que los entes de control cumplan su rol de verificar y auditar que esto así ocurra. Se debe entender que el costo de cada nueva prestación no financiada por el Estado que se incluye dentro del PMO, termina encareciendo el servicio a toda la cartera de clientes.

¿Cómo se encuentra posicionado Swiss Medical a futuro?

En estos años, a pesar del entorno desfavorable, el grupo ha continuado invirtiendo tanto en prestaciones como en infraestructura. Creció la red de sucursales en todo el país, de centros médicos ambulatorios y de internación, acompañado por un desarrollo interno, de los sistemas y recursos humanos. Esto le ha permitido crecer en cantidad de clientes y prestaciones brindadas, y se encuentra muy bien posicionado para mantener su liderazgo en el mercado de la salud.

¿Qué nos falta aprender a quienes trabajamos en el sector de medicina privada?

Creo que si bien es un sector que ha madurado mucho en este último tiempo y se ha profesionalizado, puede y debe seguir mejorando, con procesos más ágiles y eficientes y con el mayor aprovechamiento de la tecnología para la mejora del servicio y la gestión del negocio.

¿Cuál es su expectativa personal de trabajo en SMMP?

Mi expectativa es poder aportar todo el conocimiento adquirido en otras actividades y sectores también de servicio, como seguros, ART y como consultor, en una organización tan importante y líder como Swiss Medical. Existe un excelente equipo dentro de esta organización y mi rol es el de liderarlo para poder llevar adelante los planes de crecimiento y mejora definidos por el directorio.



El Ing. Adrián Sasse posee un Diploma y Cuadro de Honor de la Universidad de Syracuse, Estados Unidos, con especialización en Ingeniería Industrial e Investigación Operativa. Durante los últimos

18 años ha ocupado puestos gerenciales y de alta dirección en diversas compañías líderes de la industria de la Salud, Seguros y Pensiones, entre ellas, Grupo Consolidar, Clínica Bazterrica y Sanatorio Santa Isabel. En 2013 fundó Insignia Consulting y durante los años 2007 a 2012 cumplió funciones como Presidente y Vicepresidente de la Unión de Aseguradoras de Riesgo del Trabajo (UART), cámara que nuclea a las ARTs.

Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de SMMP

El Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Swiss Medical Medicina Privada se reúne periódicamente para analizar y definir las normas de cobertura de Swiss Medical Group. En esta sección se comparten y difunden análisis y definiciones surgidas de dichas reuniones.

Stent bioabsorbible

Descripción

Los stents reabsorbibles (SR) son propuestos como una alternativa a los stents con drogas en pacientes con enfermedad coronaria que requieren ser revascularizados por angioplastia con stent. Están compuestos por una malla tubular de poliáctido, material que se disuelve naturalmente con el tiempo, convirtiéndose el polímero en ácido láctico y transformándose luego en dióxido de carbono y agua. El flujo sanguíneo se restaura de forma similar con ambos stent, la diferencia es que con el tiempo el SR se disuelve totalmente. Las ventajas potenciales a largo plazo serían:

- El vaso puede expandirse y contraerse naturalmente en respuesta al ejercicio.
- El vaso queda virgen de tratamientos, aumentando las posibilidades diagnósticas y terapéuticas a futuro.
- Menor tiempo requerido de antiagregantes.
- Menor riesgo de trombosis intra-stent a largo plazo (descrito para los stents con drogas convencionales).

Sólo hay un dispositivo de este tipo disponible en el mundo ("Absorb" de Laboratorios Abbott). Contiene una droga (everolimus) que inhibe el crecimiento neointimal del vaso por sus propiedades antiproliferativas.

Evidencia disponible

La Sociedad Argentina de Cardiología en 2013 en su Consenso sobre síndrome coronario agudo sin elevación de ST, mencionó que la utilización de stents farmacológicos se debe basar en las características basales individuales, la anatomía coronaria y el riesgo de hemorragia.

La Sociedad Europea de Cardiología en sus guías sobre enfermedad coronaria recomienda los stents con drogas por sobre los convencionales en todo paciente que vaya a ser sometido a angioplastia sin contraindicaciones para recibir doble antiagregación.

La Fundación Americana del Colegio de Cardiología y la Sociedad Americana del Corazón realizan similares recomendaciones respecto al uso de stent con drogas en pacientes con IAM y elevación de ST y enfermedad coronaria estable.

Ninguna de las guías consultadas menciona el uso de SR.

Los stents con drogas han reemplazado en parte a los stents convencionales por su menor riesgo de re-estenosis y subsiguiente revascularización (reducción del riesgo de 50-70%). Sin embargo, presentan un mayor riesgo de trombosis intra-stent (principalmente los de primera generación), por lo que requieren de doble-antiagregación por un año. Están contraindicados en pacientes que no puedan recibir esta doble terapéutica por el riesgo de sangrado o cuando no se espere que vayan a cumplir con esta indicación. Por otro lado, como todo stent convencional, el dispositivo permanece en el vaso dañado, alterando la dinámica normal del vaso con el ejercicio y dificultando algunos estudios o procedimientos futuros.

Por el momento, no hay estudios que hayan comparado en forma aleatoria los SR con los stents con drogas convencionales. Hay dos en proceso que compararán estos dispositivos evaluando resultados clínicamente relevantes de seguridad (trombosis a largo plazo). En teoría, este tipo de stent debiera asociarse a menor riesgo de trombosis, permitiendo un menor tiempo de doble antiagregación (los estudios indican por lo menos 6 meses de doble antiagregación) y menos eventos hemorrágicos asociados.

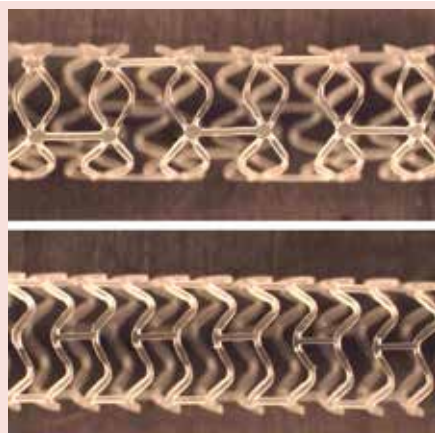
Conclusiones

Los SR son una tecnología promisoriosa, sobre todo ante la eventualidad de abordajes posteriores por nuevos episodios, ya que evitaría la trombosis tardía asociada al stent con droga convencional. Sin embargo, por el momento no hay evidencia que demuestre la superioridad de este tipo de insumo en eficacia y seguridad.

Políticas de cobertura

La tecnología ha sido aprobada en la Unión Europea y por ANMAT, y aún no cuenta con la autorización de la Food and Drug Administration (FDA).

En nuestro país, el stent convencional se encuentra contemplado dentro de la obligatoriedad de cobertura, mientras que el SR no y tampoco es recuperable por S.U.R. Por todo lo expuesto, Swiss Medical Medicina Privada no brinda cobertura de esta prestación.



FDA actualiza el prospecto de Champix (vareniclina) por posible interacción con el alcohol y riesgo de convulsiones

La FDA actualiza la etiqueta del medicamento para dejar de fumar Chantix (vareniclina), para incluir la posible interacción con el alcohol, un riesgo poco común de sufrir convulsiones, y los estudios de efectos secundarios en el estado de ánimo, la conducta o el pensamiento. FDA, 09/03/2015.

Disponible online: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm438225.htm>

Dr. Fernando Bartolomé Verra

Doctor en Medicina

Presidente Asociación Argentina de Tabacología 2008-2010

Miembro Comisión Directiva

Asociación Argentina de Medicina

Respiratoria

Swiss Medical Group

El pasado mes de marzo, la Food and Drug Administration (FDA) advirtió que Champix (vareniclina), el medicamento para dejar de fumar, puede alterar el modo en que las personas reaccionan al consumo de alcohol e informó sobre casos poco comunes de convulsiones en pacientes tratados.

Desde la aprobación del medicamento en 2006, el Sistema de Denuncia de Efectos Adversos (FAERS) identificó 48 casos relacionados con una menor tolerancia al alcohol o con conducta agresiva en pacientes que tomaban Champix y consumían alcohol (no en exceso). También se reportaron casos de amnesia después de la ingestión de alcohol. En los casos de agresión -la mayoría con daño físico a persona o propiedad- los pacientes manifestaron no recordar o recordaron deficientemente.

Con respecto a las convulsiones, se identificaron 64 casos, de los cuales, casi la mitad tenía un historial de convulsiones previas que se encontraba bajo control. Los casos restantes no tenían antecedentes y en 1 de cada 4 no existía ningún otro factor que hubiera podido contribuir a las convulsiones. En los otros casos, sí se constataron otros factores como medicamentos psiquiátricos que podrían reducir el umbral de convulsión. En la mayoría, las convulsiones sucedieron durante el primer mes de tratamiento con vareniclina.

En cuanto al posible riesgo de efectos secundarios en el estado de ánimo, la conducta o el pensamiento con el uso de Champix, un metanálisis de 5 ensayos (N=1.907) evaluó pensamientos y comportamientos suicidas en esquizofrenia o trastorno psicoafectivo y en depresión, no mostrando diferencias entre los tratados con vareniclina vs. placebo. Un análisis combinado de 18 ensayos clínicos bien diseñados, que incluyó los 5 anteriores (N=8.521) tampoco mostró diferencias significativas.

También fueron evaluados 4 estudios de observación retrospectivos, que incluyeron pacientes con o sin historial psiquiátrico; cada uno con entre 10.000 a 30.000 sujetos. Se comparó el riesgo de sufrir efectos neuropsiquiátricos (hospitaliza-

ción neuropsiquiátrica, daño mortal o no mortal autoinfligido) en pacientes tratados con Champix y con una terapia de reemplazo de nicotina (TRN) o bupropión. Dos de los estudios no encontraron diferencia en el riesgo de hospitalización entre Champix y TRN. Sin embargo, ninguno convalidó los códigos diagnósticos para identificar los resultados con los registros médicos. Un tercer estudio tampoco arrojó diferencia entre vareniclina y bupropión. Un cuarto estudio que examinó el riesgo de daño autoinfligido en pacientes tratados con Champix o con TRN, tampoco encontró diferencias.

Se actualizó la sección de *Advertencias y precauciones* para incluir información sobre estudios que investigaron el riesgo.

Conclusiones

Los pacientes abstinentes pueden sufrir alteraciones de su conducta tales como irritabilidad, nerviosismo, agresión e incluso delirios, debido a la falta de nicotina. Cuánto de uno u otro factor estuvo en juego en los pacientes reportados no se sabe con exactitud. Es prudente, no obstante, recomendar a los pacientes que disminuyan la ingesta de alcohol.

Si se decide iniciar un tratamiento con vareniclina, y hasta que no se tenga mayor información, será prudente dar seguimiento estrecho en pacientes con antecedentes convulsivos y/o en aquellos que están siendo tratados con medicamentos que pudiesen reducir el umbral convulsivo. De constatarse un episodio convulsivo, se deberá discontinuar el uso del medicamento y procurar atención médica inmediata.

Dado que los estudios de observación presentan limitaciones importantes y podrían subestimar la incidencia real de efectos neuropsiquiátricos adversos, actualmente se desarrolla un extenso ensayo clínico de fase IV, multicéntrico, aleatorizado en doble ciego comparando las 3 líneas de tratamiento vs. placebo en pacientes con y sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica, donde se enrolaron 8.000 fumadores desde 200 centros en todo el mundo, participando la Argentina con 2 centros. Los resultados de este importante estudio se esperan para fines de 2015.

Riesgo cardiovascular asociado al consumo de AINES no selectivos

Farm. Fabricio Camblor

Jefe Farmacia
Clínica Olivos
Swiss Medical Group

En el año 2004 se retiró del mercado Rofecoxib, un inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa 2 (COX-2), debido a que los resultados de los estudios VIGOR y APPROVE evidenciaron que incrementaba la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV). Se estima que sólo en Estados Unidos generó entre 88.000 y 139.000 ECV durante su comercialización¹. En 2005, 2006 y 2012 autoridades sanitarias de la Unión Europea efectuaron revisiones que confirmaron que el uso de AINES no selectivos está asociado a un incremento del riesgo cardiovascular (RCV) dependiente de la dosis y el tiempo de tratamiento.

Se clasifican como AINES no selectivos los fármacos que inhiben las COX-1 y 2. Los más utilizados son diclofenac, ibuprofeno y naproxeno y se emplean como analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios, efecto que logran a través de la inhibición de la COX-2. Los eventos adversos más frecuentes se producen a nivel renal y gastrointestinal (éste último a través de la inhibición de COX-1). A fin de eliminarlo, en los 90's comenzaron a diseñarse fármacos que inhibían selectivamente COX-2, denominados 'Coxib', pero su uso se vio limitado porque dicha inhibición provocaba un desbalance entre la producción de prostaciclina y tromboxano A2 generando un estado protrombótico y favoreciendo la aparición de ECV.

A partir de esto, se comenzó a investigar la seguridad de todos los AINES, y en octubre de 2013, el *European Medicines Agency's Pharmacovigilance Risk Assessment Committee* (PRAC) llevó a cabo una revisión sobre la seguridad de diclofenac encontrando que éste aumentaba el RCV similarmente a los Coxib². Uno de los metátesis revisados reveló que el RCV vs. placebo es para Coxib RR: 1,37; IC95%: 1,14-1,66; p: 0,0009 y diclofenac RR: 1,41; IC95%: 1,12-1,78; p: 0,0036. La *European Medicines Agency* (EMA) informó que diclofenac está contraindicado en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (clase II-IV de la NYHA), cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica y enfermedad cerebrovascular. Recomendó que los pacientes con factores de RCV (hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes, tabaquismo) sólo sean tratados con diclofenac durante el menor tiempo po-

sible y a dosis mínima eficaz (<150 mg/día) evaluando periódicamente la necesidad de tratamiento².

En abril de 2015 PRAC presentó los resultados de una revisión sobre el RCV de ibuprofeno. Se concluyó que la utilización de dosis elevadas (≥ 2400 mg/día) presenta un RCV igual al de los Coxib y diclofenac. No existiendo un aumento del RCV en dosis por debajo de 1200 mg/día, recomendó evitar dosis mayores a 2400 mg/día en pacientes con hipertensión arterial no controlada, insuficiencia cardiaca congestiva (clase II-IV, NYHA), cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica o enfermedad cerebrovascular. En los pacientes con factores de RCV (hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes, tabaquismo) sólo deben usarse dosis altas y tiempos prolongados (más de 5 días) luego de una cuidadosa evaluación riesgo-beneficio³. En mayo del corriente año, ANMAT emitió un comunicado sobre las dosis de ibuprofeno basándose en el informe del PRAC anteriormente mencionado.

Con respecto a naproxeno, su efecto sobre el RCV parece ser beneficioso⁴. Aunque dos estudios indican que puede aumentarlo en mujeres posmenopáusicas [HR: 1,22; IC95% 1,12-1,34; p:0,001]⁵ y en pacientes con ECV previo [HR: 1,55; IC95% 1,10-2,17]⁶. En 2016 finalizará el estudio *PRES-CION*, que evalúa la seguridad de celecoxib vs. ibuprofeno y naproxeno en pacientes con artrosis o artritis reumatoidea. Posiblemente arroje resultados más concluyentes sobre la seguridad de estos fármacos.

REFERENCIAS

1. FDA is incapable of protecting US "against another Vioxx". *BMJ* Nov 2004 Vol. 329.
2. New safety advice for diclofenac. New measures aim to minimise cardiovascular risks. 25/09/2013 EMA/592685/2013.
3. PRAC recommends updating advice on use of high-dose ibuprofen. 13/04/2015 EMA/217862/2015.
4. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ* 2011;342:c7086. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c7086>.
5. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and Cardiovascular Outcomes in Women. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014;7:603-610.

Proyecto de un programa de mejora continua en pacientes internados para disminución de infecciones urinarias relacionadas al uso de la sonda vesical

Trabajo con mención especial en IX Jornada de Enfermería de Swiss Medical 2014.

Alvarez, Cirlia
Serú, Consuelo
López, Flavia
Gaggero, Diego
Rojas, Rosa
Guaras, Silvina
Fonseca, Vilma
Greczny, Inés
Carvalho Nasser, Anita
 Clínica y Maternidad Suizo
 Argentina
 Swiss Medical Group

Las infecciones urinarias (IU) representan más del 40% de las infecciones reportadas por hospitales de agudos, tienen alto impacto en el costo médico y son causa de 13.000 muertes por año en todo el mundo¹. El desarrollo de herramientas de mejora continua en el ámbito de la salud, basado en las 7 nuevas herramientas, y el ciclo PDCA (planificación, desarrollo, control y análisis), utilizados como indicadores de proceso en la identificación de posibles causas de las IU en pacientes cateterizados con sonda vesical (SV) durante la internación, puede contribuir a reducir o evitar el problema.

Diseño y objetivos

Para evaluar las IU relacionadas al uso de SV en el paciente internado, se creó un grupo de mejora continua formado por 6 enfermeros de los servicios de Internación General y Terapia Intensiva (IG y UTI) ambos turnos. El objetivo fue analizar la situación actual de las IU relacionadas a inserción, cuidado y permanencia de la SV, implementar intervenciones y evaluar los resultados.

Desarrollo

Se realizaron un diagrama base de las

7 nuevas herramientas, un diagrama de causa-efecto, una matriz de relación para priorizar los indicadores y mejoras sobre problemas detectados, según relevancia de las priorizaciones. En la prueba piloto de validación interna se usó planilla de check list sobre el total de pacientes que tenían colocada una SV (nov y dic 2013), acompañada de educación continua en servicio y medición de prevalencia puntual de los indicadores: fijación de SV en el muslo; fecha de inserción de la SV en bolsa colectora de orina (BCO); pico vertedor de BCO que no toque el piso; check list de inserción. El cumplimiento de la norma fue IG (2/5) 40% y UTI (4/9) 44,44%. 4/9 check list fueron confeccionados en los sectores evaluados (44,44%). No se detectaron IU el día de prevalencia puntual en ambos sectores.

Conclusiones

Los resultados obtenidos deben continuar validándose, para lograr una adherencia a la Guía de Prevención de Infecciones Urinarias institucional superior al 60% en los pacientes que se encuentran con cateterismo vesical durante la internación y una disminución de las IU.

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE PRIORIZACIÓN			
Materiales	Observación	Corrección	Evaluación
Contenedor de insumos para insertar SV	Suciedad visible en su interior	Limpieza programada de las mismas	Limpios con etiqueta que identifica el proceso
Insumos para insertar SV	Abundantes, desordenados, algunos usados	Elementos necesarios para la inserción de SV de único uso	Equipo suficiente para insertar 2 SV
Vendas para sostener las BCO de camas chilenas	Se sistían con una venda del pie de suero la BCO	Mantenimiento coloca ganchitos en los pies de suero a la altura de los bordes	80% de pie sueros con el gancho
Guía de Proceso de inserción de SV	No estaban diseñados	Se diseña un pocket de proceso de inserción de SV	Enfermería aprobó el pocket con cambios
Norma de Prevención de IU	Contenido insuficiente	Modificación del contenido de la Norma existente	Aprobación de los diferentes Jefes de Enfermería y Docencia de la Norma
Check list de inserción de SV	Internación general no trabaja con este indicador	Se implementa dicho proceso en el sector	60% de cumplimiento a la confección del indicador
Difusión de las recomendaciones	Déficit en algunos turnos de Enfermería	Se sujiere al Jefe del sector la difusión vertical al resto del equipo	Todos los supervisores de los sectores están notificados
Capacitación	Déficit en algunos turnos de Enfermería	Capacitación Insitu del indicador	Capacitación del 70% del personal

REFERENCIAS

1. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>

Actualización de intervenciones costo-efectivas en la reducción de sodio en alimentos procesados en Argentina

Lic. Silvia Mascaro
Psicóloga
Coordinadora de Planificación
y Contenidos
Dirección Médica
Swiss Medical Medicina Privada

El Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) viene desarrollando la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) cuyo objetivo es monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La primera se realizó en 2005, repitiéndose en 2009/2013. En la nueva edición, se incluyeron nuevas mediciones, como por ejemplo, niveles de vacunación en la comunidad y prevención de cáncer de colon. De la comparación de los principales indicadores medidos en 2005/2013, surgió información relevante para la toma de decisiones en políticas de prevención y control de las ECNT, entre ellas, la reducción del consumo de sodio en la población.

Datos de nuestro país

En Argentina, el consumo promedio de sal en adultos es de 11 g diarios por habitante, cuando la recomendación firme¹ de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 5 g al día. En relación al rastreo de consumo de sal en Argentina, se halló que el 23.1% de la población agregaba siempre sal a la comida luego de la cocción, observándose un aumento del 25.3% en la ENFR 2009. También se observó un mayor agregado de sal a menor edad, de un 32.9% en el grupo de 18 a 24 años hasta un 14.8% en los mayores de 65 años. Respecto al nivel educativo se reportó una mayor prevalencia de agregado de sal a mayor nivel de educación, principalmente en C.A.B.A. y Tierra del Fuego. La Pampa y Corrientes tuvieron una relación opuesta, registrándose mayor agregado de sal a menor nivel educativo.

Acciones

Desde 2010 el MSAL lleva adelante la iniciativa "Menos Sal, Más Vida", a través de su Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. La misma plantea estrategias para disminuir el consumo de sodio de la población y reducir la importante carga sanitaria que representan las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales.

Como parte de ésta estrategia, el MSAL y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación, suscribieron un convenio marco con la Coordinadora de las Industrias de Productos Alimenticios (COPAL), Cámaras

Alimentarias y empresas para disminuir el consumo de sodio a través alimentos procesados. Y en diciembre de 2013 se promulgó la Ley 26.905 que tiene por objeto seguir promoviendo la reducción del consumo de sodio en la población y entre sus artículos fija: los valores máximos de sodio y su progresiva disminución para los grupos y productos alimentarios no previstos anteriormente; inclusión de mensajes sanitarios en envases que adviertan sobre los riesgos para la salud que implica su excesivo consumo; establecimiento de acuerdos con las autoridades jurisdiccionales sobre la oferta de menús alternativos sin sal agregada y limitación de la oferta espontánea de saleros en los establecimientos gastronómicos; además se fijan multas a infractores de dicha ley, entre otros.

Costo-efectividad de las intervenciones

Un estudio de costo-efectividad de las intervenciones para reducir la presión arterial sistólica y el colesterol², concluye que las intervenciones a nivel poblacional, incluyendo las acciones de gobiernos para estimular la reducción del contenido de sodio de los alimentos procesados, son acciones costo-efectivas para disminuir la enfermedad cardiovascular y podrían evitar más de 21 millones de DALYs (años de vida ajustado por discapacidad) por año en todo el mundo.

En Argentina, entre 2009 y 2013 disminuyó el porcentaje de población que agrega siempre sal a las comidas después de la cocción o al sentarse a la mesa, del 25,3% al 17,3%.

REFERENCIAS

- (1) Se entiende que una recomendación es «firme» cuando el grupo tiene la certeza de que sus efectos positivos superan los negativos.
- (2) Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet*. 2005 Jul 16-22;366(9481):204.

BIBLIOGRAFIA

- Ley 26.905 (2013) <http://bit.ly/1HQcPUD>
- ENFR 2013: <http://bit.ly/1QEikvi>
- Directrices. Ingesta de sodio en adultos y niños. Resumen. OMS, 2013. Disponible on line: <http://bit.ly/Osqh8h>

Swiss Medical Medicina Privada a través de sus programas de prevención también acompaña las políticas de prevención y control de las ECNT.

Si Ud. desea orientar a sus pacientes a nuestros Programas, puede brindarles nuestras vías de contacto: 0810-333-6800 ó programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar

Sobre el cuidado integral de las personas con patologías poco frecuentes

Dra. Mariela Tomassino

Abogada

Coordinadora Gcia. Corporativa

de Legales

Swiss Medical Medicina Privada

Durante las últimas décadas, el mundo atraviesa un proceso de transición epidemiológica caracterizado por el creciente control de la desnutrición, enfermedades infecto-contagiosas, afecciones crónicas, trastornos genéticos y enfermedades poco frecuentes, comenzando a constituirse las mismas en un problema de salud pública. Vinculado a ello, es que en forma mundial se está trabajando en la creación y regulación de programas tendientes a la promoción y tratamiento de estas patologías.

Ley 26.689 para el cuidado de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes

En esta línea, con fecha 29 de julio de 2011 fue promulgada la Ley 26.689 mediante la cual se promueve el cuidado integral de la salud de las personas afectadas con Enfermedades Poco Frecuentes (EPF), así como también la mejora de la calidad de vida de ellas y sus familias. A través de la misma se prevé la creación de un plan integral que incluye centros médicos de referencia, diagnóstico temprano y capacitación profesional.

La mencionada norma considera que encuadran en el término *enfermedades poco frecuentes* aquellas cuya prevalencia en la población es igual o inferior a una en dos mil personas, referida a la situación epidemiológica nacional. Abarca como sujetos involucrados a las obras sociales, entidades de medicina prepaga y todo otro agente que brinde servicios médicos asistenciales.

Dicha ley, si bien sancionada, dejaba sujeto a reglamentación la mayoría de sus objetivos -concordantes con lo reglado mediante los tratados internacionales que reconocen jerarquía constitucional mediante el art. 75 inc. 22 de nuestra Carta Fundamental- los que se encontrarían a cargo de la Autoridad de Aplicación, cuya función fuera asumida por el Ministerio de Salud.

Sin embargo, la reglamentación que tornara operativa dicha normativa se hizo esperar. Recién con fecha 02 de enero pasado fue publicada la Resolución N° 2329/2014 a través de la cual se creó el *Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes* y

Anomalías Congénitas, y el 18 de mayo del corriente año se publicó en el Boletín Oficial el Decreto N° 794/15. A través de éste, se creó un Consejo Consultivo Honorario en el marco del Ministerio de Salud, compuesto por referentes de distintas áreas y organizaciones e instituciones de salud que se desempeñarán ad honorem con el fin de generar propuestas vinculadas a la aplicación concreta de la ley antedicha.

Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes

Asimismo, se creó el Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes (previamente regulado por la resolución N° 2329/14) al que deberán adherir los programas provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A través del mismo, se pretende fortalecer la formación e instrucción sobre las patologías denominadas poco frecuentes, su tratamiento, detección precoz, y seguimiento.

No obstante, cabe destacar que lo escueto del texto que compone el decreto no alcanza a los fines de la implementación práctica respecto de la extensa lista de objetivos que propone la ley cuya reglamentación pretende. En suma, la intención es productiva pero restan sobrados artículos sin reglamentar cuya operatoria deviene en la actualidad en una laguna legislativa que tornará dificultoso un accionar en concreto.

Probablemente, esta iniciativa requiera nuevas resoluciones tendientes a llevar adelante un concienzudo trabajo sobre el tratamiento específico de las múltiples patologías encuadradas bajo estas normas que involucran a un gran sector de la población, y que requieren de medidas mucho más concretas para otorgarle efectividad y eficacia.

Entre algunas de las enfermedades poco frecuentes se incluyen: cáncer de tiroides, colitis ulcerosa, enfermedades de hipofisis, espina bífida, esclerodermia, esclerosis múltiple, hidrocefalia, hiperinsulinismo congénito, lupus, narcolepsia y trastornos del crecimiento. Al solo efecto ilustrativo, en nuestro país, el colectivo de personas afectadas abarca 3.200.000 familias.

Un episodio de la fiebre amarilla

Dr. Omar López Mato
Médico oftalmólogo (*)
Investigador en Historia y Arte

El 8 de diciembre de 1871, en el foyer del Teatro Colón, el pintor uruguayo Juan Manuel Blanes presentó su tela titulada *Un episodio de la fiebre amarilla*. El cuadro, hoy célebre, sacudió a la ciudad que aún tenía las llagas abiertas por el desastre. En pocos meses 14.000 personas habían muerto, miles de familias destruidas, cientos de huérfanos, centenares de juicios sucesorios por firmas apócrifas. Los jinetes del apocalipsis habían rosado la ciudad, montados en *aedes aegypti*, pero entonces nadie lo sabía. Faltan aún 20 años para que el Dr. Finlay lo descubriera.



Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires, Juan Manuel Blanes, 1871, Museo Nacional de Artes Visuales, Montevideo, Uruguay.

Blanes en este cuadro supo expresar la miseria, el horror y el heroísmo de aquellos días. Su composición es equilibradamente alegórica: una miserable pieza de conventillo, sobre el suelo yace una mujer muerta de fiebre amarilla, mientras un niño de pocos meses busca los pechos de su madre. Al fondo, se desdibuja el cadáver de un hombre. Las puertas de la habitación están abiertas y, contra ellas, se destacan las figuras de dos miembros de la Comisión Popular. En el centro del cuadro, el imponente Dr. Roque Pérez mirando a la joven y al niño, las manos unidas en un gesto de conmiseración, tristeza e impotencia. A su lado, el Dr. Argerich se descubre ante

su majestad, la muerte. Un muchacho no se atreve a mirar a la víctima. ¿De cuántas escenas como esta habrá sido testigo? Atrás, un miembro de la Comisión no quiere entrar: ya ha visto demasiado.

El gobierno argentino propuso comprar esta obra que tan exactamente había sabido captar el dolor de Buenos Aires, pero el cuadro ya había sido vendido al Gobierno de la República Oriental del Uruguay. Se iniciaron negociaciones que no llegaron a nada. La pintura se quedó en el Museo de Montevideo.

Blanes pudo idear íntegramente la escena, después de algunos ensayos previos. Los caracteres de esta obra son un compendio de la catástrofe, pero vale preguntarse: ¿tomó Blanes el cuadro de la realidad?

Bucich Escobar, en su libro *Bajo el horror de la epidemia*, da fecha y lugar al drama: había ocurrido el 20 de marzo en la calle Balcarce 384. «Corrió el sereno hasta la sede de la Comisión Popular y volvió con dos de sus miembros, los doctores Pérez y Argerich, quienes levantaron a la criatura y la condujeron a la Casa de Expósitos [...]». Según los informes, esta mujer se llamaba Ana Bristiani, italiana, y tenía a su marido enfermo en La Boca del Riachuelo.

Su fugaz y trágico paso por este mundo se proyectó impensadamente a la posteridad, rescatada por la inspiración y el pincel de este artista, que supo reflejar en sus trazos la síntesis de una época. Esta trascendencia es la sutil diferencia que convierte una pintura en una obra maestra.

(*) El Dr. Omar López Mato dirige el Instituto de la Visión y la editorial Olmo Ediciones. En la actualidad es columnista del diario La Prensa y conduce junto a Emilio Perina el programa "Tenemos Historia" por Radio El Mundo (AM 1070). Ha publicado una veintena de libros, entre los que se encuentra el de reciente aparición "Fiebre amarilla" (Olmo Ediciones) -en coautoría con el Dr. Cristóbal Couto-, del cual el presente texto es un extracto adaptado especialmente para revista Æqualis.

Caleidoscopio

*

COLUMNISTA INVITADO: Dr. Santiago Moreno

Médico cardiólogo

Coordinador de Programas de Salud

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada



La atracción por la música la sentí desde chico, cuando comencé a tocar la guitarra criolla y la batería, y si bien al principio estudié con un profesor, la mayor parte de lo que aprendí lo hice como autodidacta. Para poder complementar con lo instrumental, en la actualidad tomo clases de canto y me especializo en edición musical para hacer yo mismo los arreglos de los temas.

Mi proyecto personal lo encaré hace 4 años junto a mi cuñado y dos amigos, con quienes armamos la banda de rock **Fulcanelli**, en la que toco la batería. Cada semana nos juntamos a ensayar y tenemos el objetivo de presentarnos en vivo a fin de año.

Desde hace un tiempo también tengo la posibilidad de tocar como músico invitado en los shows **Juan Rosasco**, que ya tiene una formación estable, 10 años en el mercado y 4 discos editados. El último álbum de la banda fue producido por **Los Tipitos** y llegaron a firmar contrato con Warner Music, que es una de las mejores discográficas del país.

Disfruto mucho de la música y de salir a tocar, porque esa es mi pasión y nunca se convirtió en una obligación o un trabajo, es lo que me hace salir de la rutina.

Si bien tengo un gusto musical muy amplio, lo que más escucho es rock nacional e internacional, particularmente artistas como **Divididos**, **Coldplay** y **Metallica**, que fue la banda que más me marcó e influenció desde que era chico.

Y también intento explorar otros ritmos, como por ejemplo la bossa nova o el reggae, porque me gusta descubrir cosas nuevas.

Si tuviera que recomendar a un artista, sería a **Gustavo Cerati**, porque hay que escucharlo y descubrirlo, no sólo por la maravillosa voz que tenía sino también por su amplia capacidad como compositor. Fue sin duda un visionario.



Imágenes de shows en los que participó Santiago Moreno como músico invitado.

Reseña de Libro

Por: **Alma Vanina Estrella**

*

Crónicas de un amante de las ciencias

Bruno Latour

Dedalus Editores

286 págs.

Crónicas de un amante de las ciencias compila una serie de artículos breves escritos por el sociólogo, antropólogo y filósofo de las ciencias Bruno Latour para La Recherche, una revista francesa de divulgación científica que se publica desde 1946. Allí, periódicamente entre los años 1996 y 2001, el autor fue desplegando su conocimiento sobre la práctica científica a través de un estilo ocurrente, agudo y muchas veces, polémico.

A lo largo de dichos artículos, Latour recorre un gran espectro de temas de la ciencia occidental desde un ángulo crítico, político y filosófico. A partir de preguntas como: *¿Tiene algún sentido la historia de las ciencias? ¿Una disciplina científica tiene que reflexionar sobre sí misma? o ¿Es la ciencia más espiritual que la religión?* (por mencionar sólo algunas) expone conceptos y perspectivas según cada comunidad científica, reformulándolos con clara erudición. De ese modo, el libro puede leerse como un amplio muestrario de clásicas y aún actuales controversias del campo científico.

Para el autor, un genuino amante de las ciencias ha de asumir que el campo científico ya no es "indiscutible" y soportarlo, aceptando que los hechos científicos

están contruidos socialmente, dentro de una trama en la que ciencia, tecnología y democracia se encuentran profundamente enlazadas. Este amante busca ir al corazón de los procesos de investigación, participando en la proliferación de voces y juicios sobre la ciencia, porque aprecia los saberes por otras cualidades que van más allá de lo verdadero y lo falso, y porque no distingue entre arte y pensamiento.

Tal es el recorrido que propone esta crónica, intenso, como toda historia de amor.





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