



Una publicación de



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Estimado lector

Llegamos a ustedes con un nuevo número de *Æqualis*, con el fin de continuar fomentando el intercambio entre profesionales de la salud. Sigue siendo nuestro espíritu mantener una comunicación fluida, seleccionando y comentando artículos médicos que nos parecen de utilidad, incluyendo también, otros temas de interés para quienes conformamos esta comunidad profesional en torno a **Swiss Medical Group**.

En este número destacamos el comentario de artículo de la Dra. Mercedes Manzoni, médica clínica que integra el equipo de Políticas Médicas de **Swiss Medical Medicina Prepaga**, acerca del tratamiento de la insuficiencia de vitamina D en las mujeres posmenopáusicas.

Mención especial merece también el Comité de Tumores de **Swiss Medical Group**, que reinició sus reuniones el pasado martes 15 de marzo. Se trata de un espacio abierto, cuya modalidad de funcionamiento es la presentación y discusión de casos. Les recordamos a los interesados en participar, que pueden contactarse por correo electrónico con los organizadores: la Dra. Miryam Losanovsky (mlosa2001@yahoo.com.ar) o el Dr. Enrique Aman (enriqueaman@yahoo.com.ar).

Como siempre, compartimos alertas farmacológicas que consideramos de actualidad e impacto en la práctica clínica. En esta ocasión, versan sobre el uso de la codeína en pacientes pediátricos y sobre inhibidores DPP-4 en pacientes con diabetes tipo 2.

Por último, queremos aprovechar este espacio para felicitar a todo el equipo que hizo posible la implementación del "Vertical de Salud", un proyecto que integra el sistema de administración de clínicas y sanatorios con la actividad asistencial, y que representa el inicio de un cambio radical en la prestación de servicios de **Swiss Medical Group**. Desde mediados de marzo, el nuevo sistema xHIS funciona en el Sanatorio de los Arcos, el primero de los centros asistenciales de la red, al que seguirán los demás.

Esperamos que sea de vuestro interés, y por supuesto, aguardamos atentos 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 Novedades en Medicina
 - 6 Comentario de artículos
 - 8 Artículo original
 - 10 Información Swiss Medical Group
 - 15 Evaluación de tecnologías sanitarias
 - 16 Alerta farmacológica
 - 18 Nota de opinión
 - 19 Programas médicos
 - 20 Medicina Legal
 - 21 Historia de la medicina
 - 22 Sección cultural
- Presidente: Dr. Claudio Belocoppit
 - Gerente General: Ing. Adrián Sasse
 - Director Médico: Dr. Gabriel Novick
 - Editora: Lic. Alma Vanina Estrella
 - Consejo editorial: Dra. Mercedes Manzioni, Dra. Viviana Gramis, Dr. Ricardo Watman.
 - Colaboran en este número: Dr. Fabricio Cambor, Lic. Natalia Evangelista, Dra. Mariana Flichman, Dr. Juan Cruz Gallo, Dr. Francisco Gonzalez, Dr. Gabriel Kohan, Dra. Rosa Labanca, Dra. Mercedes Manzioni, Dr. Omar Lopez Mato, Dr. Eric Mulinaris, Dr. Eduardo Parino, Dr. Rodolfo Righetti, Dr. Edgardo Saccomano.
 - La imagen de tapa de este Nro. (sin título) corresponde a José Luis Anzizar.
 - Versión descargable on-line en: <http://bit.ly/1qUFan4>
 - 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 marzo de 2016 en los talleres gráficos de PUNTHUAL S.R.L. José León Suárez 3.256, C.A.B.A. CP: C1440EZJ. Tirada de esta edición: 2.500 ejemplares.

Artista de tapa *

José Luis Anzizar



Nació en Buenos Aires en 1962. Se define como un artista “casi autodidacta,” a pesar de haber recibido una breve formación en los talleres de Margarita Paksa y María Luisa Manassero.

Desde hace más de quince años expone en forma individual.

Por mencionar algunas de sus muestras: “Monte” en ELSI DEL RIO Arte Contemporáneo (2015), “Proyecto Wallabee” en Centro Cultural Recoleta (2014), “Flying Colors” en Centro Cultural Recoleta (2009), “Destino de Grandeza” en Pesqueira Gallery, Miami (2003) y en Alianza Francesa de Bahía Blanca (2003), entre otras. Ha participado además, en numerosas muestras colectivas, entre las cuales destacan las realizadas en: Museo Nacional del Grabado, Centro Cultural Recoleta, Museo de Arte Tigre, ELSI DEL RIO Arte Contemporáneo, Teatro Argentino de

La Plata, Berlin Arena (Alemania), Dot Fifty One Art Space (Miami) y proyecto curatorial de Manuel Fernández Guayaquil en Ecuador (2005) y Colombia (2004). Asimismo, ha exhibido en diversas ferias internacionales como Scope Miami, Pinta London, MiArt y ArteBA.

En su obra utiliza principalmente la técnica de papeles calados y recortados (cut out) superpuestos o cosidos en capas, para presentar observaciones de su entorno urbano y de la naturaleza, los cuales interpreta a través de una paleta cromática personal.

La imagen de tapa de este número (fragmento de obra, sin título) pertenece a la serie “#monte” (cut out, papel s/papel, 2,17 x 0,77 m.) y corresponde a 2015.

Para ver más:
<http://www.anzizar.com.ar/artista>
<http://www.elsidelrio.com.ar/>

Medicina de precisión: personalizada, prometedora y problemática

Dr. Francisco Edgardo González
Médico especialista en Terapia
Intensiva y Medicina Crítica
Jefe de Informática Médica
Gcia. de Sistemas
Unidades Asistenciales
Swiss Medical Group

Han pasado más de 20 años desde que la Medicina basada en la evidencia fue incorporada como un paradigma en la práctica clínica diaria. Según este enfoque, las decisiones terapéuticas ya no deberían basarse únicamente en la experiencia personal o en el razonamiento fisiopatológico, sino sustentarse en los resultados de grandes trabajos clínicos randomizados y meta-análisis, ubicados en la cima de la mejor evidencia disponible en la literatura científica¹. A pesar de ser muy discutida en sus inicios, fue redefiniéndose en su alcance e integrándose a las realidades clínicas y fundamentalmente, se consideró que evolucionaría de forma constante con el advenimiento de nuevas tecnologías².

En el nuevo milenio, se logró la decodificación completa del genoma humano, un hito necesario para identificar patrones genéticos que predisponen y determinan el desarrollo de enfermedades así como nuevos enfoques diagnóstico-terapéuticos más precisos. Surge así la llamada *Medicina de Precisión*, definida como la disciplina que permite un tratamiento dirigido al paciente individual -no al paciente "promedio"- de acuerdo a la genética, biomarcadores metabólicos, la exposición y factores psicosociales³. Si bien existe un intercambio entre los conceptos Medicina de Precisión y Medicina Personalizada, la última es la consecuencia y la puesta en práctica de la primera, de modo que cuanto más se conozca sobre el espectro clínico del genoma humano, más personalizada y dirigida será la actividad asistencial.

El descubrimiento de nuevos marcadores generará clasificaciones más complejas de las enfermedades, además de las anatómicas o histológicas, con impacto pronóstico y terapéutico. En el caso de la leucemia mieloide crónica, la presencia de mutación *BCR-ABL* permitirá la utilización efectiva del Imatinib, así como en el cáncer de pulmón el biomarcador *EML4-ALK* determinará la efectividad del tratamiento con Crizotinib. En el caso de la fibrosis quística, la utilización del medicamento Ivacaftor, estará únicamente indicada para portadores de la mutación *G551* en el gen *CFTR*. Los médicos deberán adaptarse a estas nuevas clasificaciones, pero la memoria

no les será suficiente para recordar todos los algoritmos diagnósticos o terapéuticos. Se vuelve imperativa la utilización de guías de práctica clínica actualizadas con un adecuado soporte informático. Si cada médico registra adecuadamente los factores de riesgo en una historia clínica electrónica, podrán procesarse gran cantidad de datos suficientes para ofrecer algoritmos actualizados. Serán necesarias grandes bases de datos de personas que contengan información clínica que permita conocer poblaciones selectas con factores predisponentes a enfermedades para su prevención o tratamiento precoz.

En febrero de 2015, el presidente de Estados Unidos, Barack Obama, anunció que destinaría U\$S 215 millones para la iniciativa Medicina de Precisión, dirigida a realizar una gran base de datos con la información genética de un millón de voluntarios. Con la información recolectada de éstos, el objetivo primordial del proyecto es estar cada vez más cerca de la curación de algunas enfermedades, el desarrollo de medidas preventivas y nuevos medicamentos "personalizados"⁴.

Es necesario anticiparse a la llegada de este nuevo enfoque, ya que la Medicina Personalizada no necesariamente rememora un spot publicitario sino que representa un escenario con nuevas herramientas tecnológicas de conocimiento que estarán disponibles para la asistencia médica terapéutica y preventiva. Este paradigma generará un entorno heterogéneo, con diferentes intereses para los pacientes, los prestadores, los sistemas de salud y la industria farmacéutica, que será necesario manejarlo para que su llegada sea constructiva en lugar de disruptiva.

REFERENCIAS

1. *Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine*. JAMA. 1992; 268(17):2420-2425.
2. *Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't*. BMJ 1996; 312.7023: 71-72.
3. *Precision Medicine. Personalized, Problematic, and Promising*. NEJM 2015; 372:23, 2229-2234.
4. *President Obama Speaks on the Precision Medicine Initiative*, en NIH Precision Medicine Initiative Channel. <http://bit.ly/1SQj6XA>

Tratamiento de la insuficiencia de vitamina D en las mujeres posmenopáusicas

Insufficiency in Postmenopausal Women: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2015;175(10):1612-1621. DOI:10.1001/jamainternmed.2015.3874.

Dra. Mercedes Manzoni
Médica de Familia
Dirección Médica
Swiss Medical Medicina Privada

Recientemente fueron publicados en el Journal of the American Medical Association (JAMA) los resultados de un ensayo en el que expertos debaten la importancia de los niveles óptimos de 25-hidroxivitamina D (25 [OH] D) para la salud músculo esquelética.

Los bajos niveles de vitamina D contribuyen a la osteoporosis debido a la disminución de la absorción de calcio total fraccionada (TFCA), hiperparatiroidismo secundario, aumento de la resorción ósea y disminución de la densidad mineral ósea (DMO).

Los expertos no están de acuerdo sobre el nivel óptimo de vitamina D, ya que mientras que algunos consideran como niveles séricos óptimos niveles de 25-hidroxivitamina D 30 ng/ml o más, el Instituto de Medicina¹ recomienda niveles de 20 ng/ml o mayor.

Diseño y objetivo del estudio

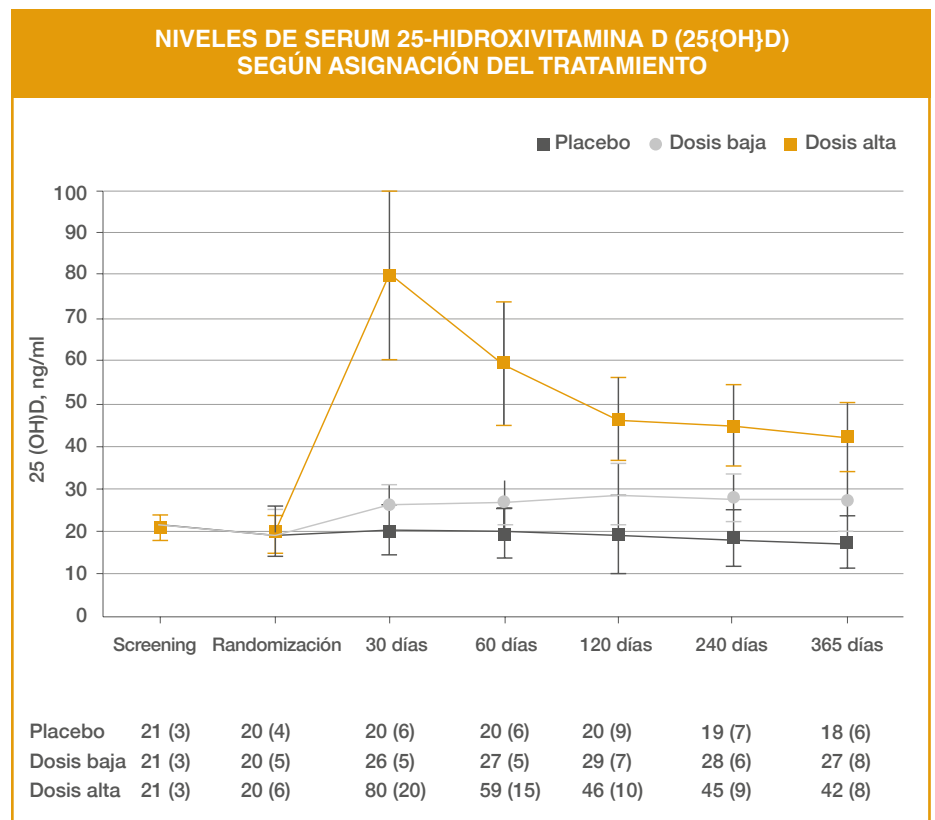
Se trató de un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Se llevó a

cabo en un solo centro en Madison desde el 1 de mayo de 2010 al 8 de agosto de 2014. Fueron estudiadas un total de 230 mujeres sin osteoporosis posmenopáusicas de 75 años o más jóvenes con un nivel inicial de 25 (OH) D de 14 a 27 ng / ml.

El objetivo fue comparar los efectos del placebo, de dosis baja de colecalciferol (800 UI), y de altas dosis de colecalciferol (50.000 UI) sobre los cambios a 1 año en la absorción de calcio total fraccionada, la densidad mineral ósea, Timed Up and Go², cinco pruebas en bipedestación, y la masa muscular en mujeres posmenopáusicas con insuficiencia de vitamina D. El régimen de vitamina D en dosis altas se mantuvo al alcanzar la 25 (OH) D_≥30.

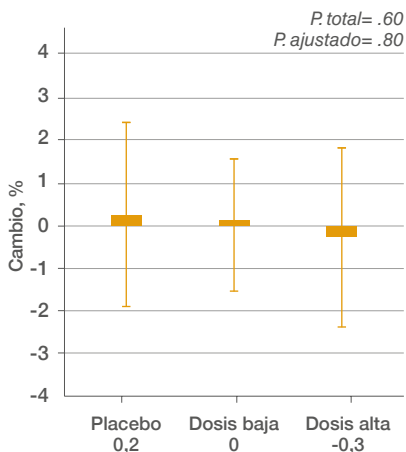
Principales resultados

Los resultados indican que la absorción de calcio aumentó 1% en el grupo de dosis alta pero disminuyó 2% en el grupo de dosis baja y 1,3% en el grupo de placebo. El pequeño aumento en el grupo de

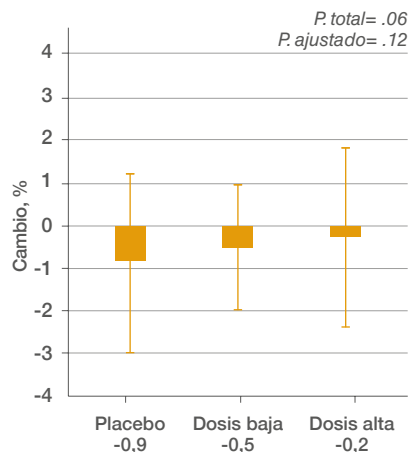


VARIACIÓN PORCENTUAL ANUALIZADA DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA SEGÚN ASIGNACIÓN DEL TRATAMIENTO

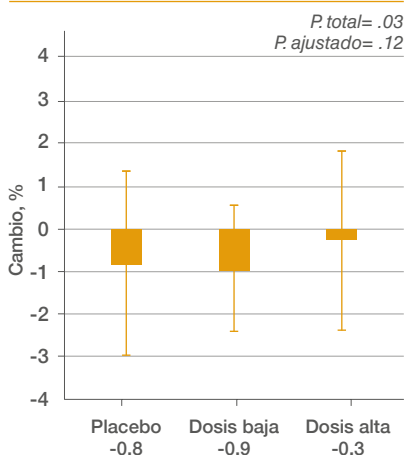
CAMBIO EN DENSIDAD MINERAL DE COLUMNA



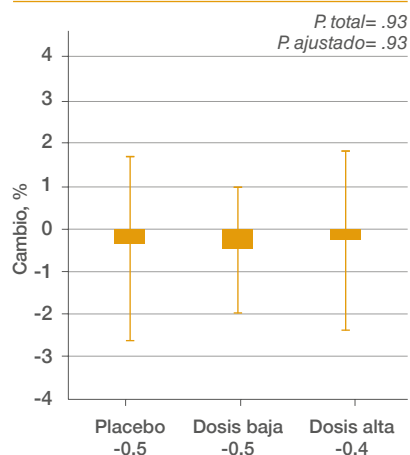
CAMBIO EN PROMEDIO TOTAL DE CADERA



CAMBIO EN DENSIDAD MINERAL DEL CUELLO FEMORAL



CAMBIO EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA



No se encontraron diferencias significativas entre los resultados de los grupos estudiados, para columna vertebral, promedio total de la cadera, cuello femoral medio o densidad mineral ósea.

dosis alta no se tradujo en efectos beneficiosos. Los autores no encontraron diferencias entre los tres grupos de estudio de los cambios en la columna vertebral, el promedio total de la cadera, cuello femoral medio o en la densidad mineral ósea total del cuerpo, ni en la masa muscular en las pruebas sentadas y de pie. Tampoco hubo diferencias entre los grupos respecto al número de caídas, la actividad física o el estado funcional.

Conclusiones

El tratamiento con altas dosis de colecalciferol aumentó la absorción de calcio, pero el efecto fue pequeño y no se tradujo en efectos beneficiosos sobre la densidad mineral ósea, la función muscular, la masa muscular, o las caídas. No se encontraron datos para apoyar las recomendaciones de los expertos para mantener un nivel en el suero de 25 (OH) D de 30 ng/ml o

mayor en las mujeres posmenopáusicas. Las bajas y la altas dosis de colecalciferol fueron equivalentes al placebo en sus efectos sobre los resultados óseos y musculares en esta cohorte de mujeres posmenopáusicas con niveles de 25 (OH) D de menos de 30 ng/ml.

Comentario

De acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Argentina una de cada 4 mujeres mayores de 50 años presenta densitometría normal, dos tienen osteopenia y una osteoporosis³. Se postula que el déficit de vitamina D sería un factor de riesgo para el desarrollo de la osteoporosis.

Por el momento no existe consenso acerca de cuál sería el valor de corte para diagnosticar déficit de vitamina D y determinar si el suplemento estaría vinculado a efectos beneficiosos sobre la densidad mineral ósea, la función muscular, la masa muscular, o las caídas.

Se interpreta, por los resultados de este estudio, que no se justifica en la práctica diaria la administración de altas dosis de colecalciferol en pacientes posmenopáusicas sin osteoporosis para mantener niveles de vitamina D en 30 ng/ml o mayores debido a que no se tradujo en efectos beneficiosos para la salud musculo esquelético.

Serán necesarios trabajos locales de buena calidad metodológica, con mayor número de pacientes y mayor seguimiento para determinar si el suplemento con vitamina D aporta beneficios reales más allá de la dosis. Los resultados evaluados en este estudio (dosis bajas/altas de colecalciferol) fueron equivalentes versus placebo, por lo cual se plantea el interrogante de si es necesario suplemento en mujeres posmenopáusicas sin osteoporosis independientemente de la dosis.

REFERENCIAS:

- (1) Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
- (2) Test "Get up and go": herramienta de cribado para detectar problemas de equilibrio en la población.
- (3) <http://bit.ly/1TEWWUK>

Reporte de un caso: tromboflebitis post-parto de vena ovárica con bacteriemia por Estafilococo

Dr. Eduardo Parino
Dr. Eric Mulinaris
Dr. Edgardo Saccomano
Dr. Juan Cruz Gallo
Dr. Gabriel Kohan

Clinica y Maternidad Suizo Argentina
Swiss Medical Group

La tromboflebitis séptica de vena ovárica es una rara complicación del puerperio. Desde su primera descripción a fines del siglo XIX, su incidencia tuvo una drástica disminución, observándose en 1 de cada 3.000 partos^{1,2}. Es más común luego de cesárea (1/800) que luego de parto vaginal (1/9000). De hecho, más del 80% de los casos fueron descriptos en mujeres sometidas a cesárea, debido principalmente a la alta tasa de infección puerperal en este contexto, que es un factor de riesgo reportado en 45 a 67% de los casos³. A pesar de haberse reducido la tasa de mortalidad², puede derivar en condiciones de mayor riesgo, tales como sepsis, trombosis de vena cava inferior y tromboembolismo de pulmón.

Reportamos el caso de una mujer joven que debió re internarse por fiebre y dolor en flanco derecho 10 días posteriores al parto vaginal espontáneo. Se diagnosticó tromboflebitis séptica de vena ovárica con aislamiento de *Staphylococcus aureus* en hemocultivos.

Caso clínico

Mujer de 34 años de edad, gestas 2 parto 1 (vaginal espontáneo luego de embarazo normal). No requirió instrumentación uterina ni placentaria y fue dada de alta. Diez días después reingresa por registros febriles de hasta 39.7°C y dolor en flanco derecho. El examen físico reveló ligero aumento de tensión a la palpación en fosa iliaca derecha. La palpación uterina no provocaba dolor, los loquios eran escasos y no fétidos. El laboratorio de ingreso solo mostró ligera anemia (tabla 1) y el análisis de orina no evidenció piocitos. Ecografía abdominal y ginecológica, sin hallazgos relevantes. Se tomaron 2 series de hemocultivos (2 frascos c/muestra) y urocultivo, e inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona 2 gr./día. La tomografía de abdomen con contraste evidenció imágenes sugestivas de trombosis de la vena ovárica derecha, con extensión a vena cava (fig. 1).

TABLA 1

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4
Hematocrito (%)	31	29	30	32
Hemoglobina (gr/dL)	10,4	9,9	10,0	10,6
Glóbulos blancos (K/ μ L)	9,62	4,54	5,9	4,15
Plaquetas (K/ μ L)	147	-	313	-
Glucosa (mg/dL)	130	93	90	86
Urea (mg/dL)	28	9	15	11
Creatinina (mg/dL)	0,8	0,6	0,7	0,7
Sodio plasmático (mEq/L)	130	138	138	139
Potasio plasmático (mEq/L)	4	3,7	4,2	3,5
ALT (UI/L)	16	-	-	-
AST (UI/L)	10	-	-	-
LDH (UI/L)	279	-	-	-
Tiempo de protrombina (%)	70	-	29	38
APTT (seg)	42	-	50	48
RIN	-	-	2,76	2,16
VSG (mm/h)	-	55	-	-
PCR (mg%)	-	10,3	-	-
Vancocinemia (μ g/mL)	-	6	15	-

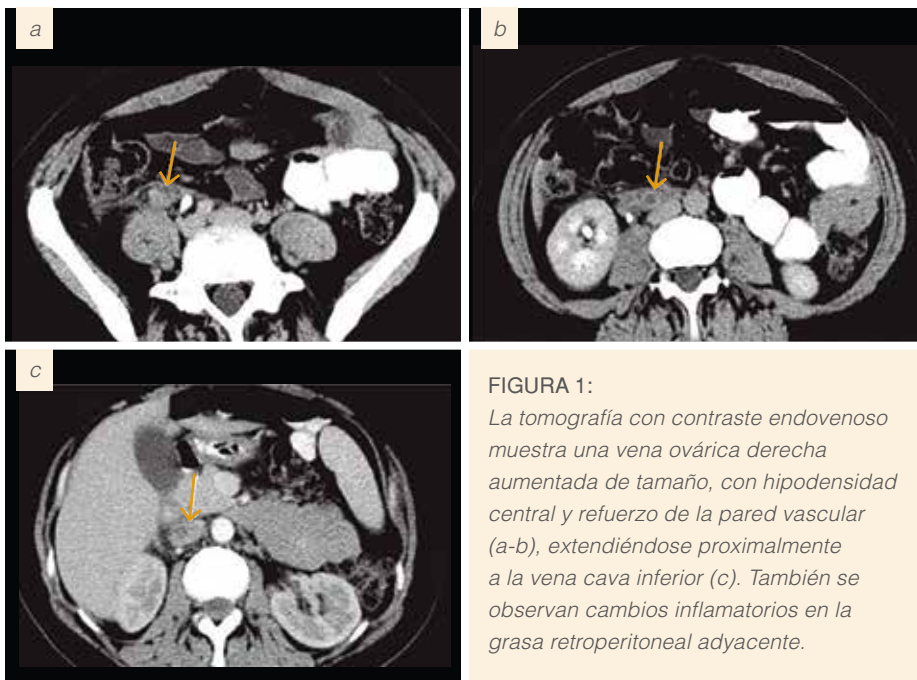


FIGURA 1:
 La tomografía con contraste endovenoso muestra una vena ovárica derecha aumentada de tamaño, con hipodensidad central y refuerzo de la pared vascular (a-b), extendiéndose proximalmente a la vena cava inferior (c). También se observan cambios inflamatorios en la grasa retroperitoneal adyacente.

El ecodoppler mostró ausencia de flujo, confirmando el hallazgo de la tomografía. Se inició anticoagulación con enoxaparina subcutánea. Los hemocultivos resultaron positivos para *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (SAMR), por lo que se rotó el antibiótico a vancomicina 1 gr endovenoso c/12 hs + rifampicina 300 mg vía oral c/12 hs. El urocultivo fue negativo. Durante la internación se realizó determinación de vancocinemia, ajustando la dosis para alcanzar niveles plasmáticos en valle de 15 g/ml. Al cuarto día, evolucionó afebril. Se realizaron tomografía de tórax para descartar embolia pulmonar, ecodoppler venoso de miembros inferiores (negativo) y ecocardiograma transesofágico (sin vegetaciones valvulares). No se encontró otra fuente de bacteriemia. Luego de 14 días de tratamiento con vancomicina, se externó con trimetoprima-sulfametoxazol (160/800) c/12 hs según sensibilidad, hasta completar 3 semanas de tratamiento total. Se rotó enoxaparina a anticoagulación oral. Sin eventos adversos durante el seguimiento ambulatorio. La paciente no tenía antecedentes personales o familiares de eventos tromboembólicos y no pudo establecerse ningún

otro factor de riesgo. Su historia obstétrica solo refería parto de término espontáneo con embarazo normal 3 años previos.

Discusión

Hay descritas dos formas de tromboflebitis séptica pelviana: tromboflebitis de vena ovárica y tromboflebitis séptica profunda pelviana. Durante el periodo postparto, la estasis venosa y la hipercoagulabilidad en combinación con el daño endotelial ocasionado por la infección uterina, son los factores más importantes involucrados en la fisiopatología⁴. Alrededor del 90% de los casos reportados son unilaterales y comprometen el lado derecho. Algunos autores han propuesto un flujo retrogrado en la vena ovárica izquierda en la última etapa del embarazo, mecanismo que ejercería un efecto protector contra una infección ascendente⁵. La mayoría de los pacientes desarrollan fiebre en picos, seguida de dolor en flanco derecho y hemiabdomen inferior en la semana posterior al parto. El ecodoppler puede revelar la localización y extensión del trombo, sin embargo, la interposición de asas intestinales puede limitar la utilidad del estudio. Tanto la angio-tomografía como la angio-resonancia tienen

elevada sensibilidad y especificidad (100% vs 92% y 99% vs 100% respectivamente)⁶. Los hemocultivos resultan positivos en menos del 35% de los casos según los reportes más antiguos⁷. La mortalidad es muy baja (2%) pero puede incrementarse en presencia de embolia séptica o infección sistémica².

Hacia finales de la década del '60, la ligadura de la vena cava inferior era el tratamiento de elección. Desde entonces, el tratamiento médico con antibióticos y anticoagulantes ha ganado consenso. La duración del tratamiento es tema de controversia, por lo que debe ser establecida en cada caso particular.

En resumen, la tromboflebitis de la vena ovárica es un diagnóstico difícil que debe ser sospechado en el contexto de fiebre persistente inexplicable durante la primera semana del puerperio. En vista de la elevada tasa de nacimientos por cesárea, puede ocurrir que en los próximos años nos enfrentemos cada más frecuentemente con esta entidad. Aunque menos frecuente, puede presentarse también luego de parto vaginal no complicado, por lo que a pesar de su rareza no debe ser excluida sin una evaluación minuciosa en ausencia de diagnósticos alternativos.

REFERENCIAS

- (1) Ovarian vein thrombosis: incidence of recurrent venous thromboembolism and survival. *J Thromb Haemost* 2006; 126-131.
- (2) Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 143-148.
- (3) Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: an emergency not to ignore. *Journal Européen des Urgences* 2008; 134-137.
- (4) Septic pelvic thrombophlebitis and pre-eclampsia are related disorders. *Hypertens Pregnancy* 2004; 121-127.
- (5) Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: report of 5 cases and review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 430-440.
- (6) Imaging of puerperal septic thrombophlebitis: prospective comparison of MR imaging, CT, and sonography. *Am J Roentgenol* 1997; 1039-1043.
- (7) Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. *Obstet Gynecol* 1991; 415-427.

Servicio de Esterilización de Clínica Zabala

La Central de Esterilización de la Clínica Zabala se encuentra en funcionamiento desde hace dos años. Está ubicada en el segundo piso de la clínica, junto al Centro Quirúrgico y brinda servicio las 24 horas los siete días de la semana. Aequalis visitó el piso para ofrecer detalles sobre sus características y funcionamiento.

La misión de la Central es proporcionar a todos los sectores de la institución, los materiales, equipos e instrumental médico en condiciones de esterilidad y oportunamente.



La Central de Esterilización está a cargo de Andrea Mosconi, Farmacéutica especializada en Esterilización, a quien acompaña un equipo compuesto por una coordinadora técnica y 11 técnicos en Esterilización distribuidos en 5 turnos.

Allí todos los días se lava el material proveniente de los diferentes sectores de la clínica (incluido el utilizado en los quirófanos) con una lavadora automática termodesinfectadora *Steelco*.

Para inspeccionar y empaquetar los materiales, la Central dispone de una isla central, de gran superficie, lo que le permite gran capacidad de procesamiento.

El área de Esterilización está dividida en compartimentos (uno para cada método de esterilización). El equipamiento está compuesto por: un esterilizador por calor seco o Estufa (sólo para la esterilización de vaselina sólida, líquida y talco); un esterilizador por plasma peróxido de hidrógeno (Sterrad 100S) y dos esterilizadores por vapor (marca Högner, modelo VAP 5001).

Todos los materiales que han sido procesados en la Central de Esterilización se almacenan en el depósito de material esterilizado. Posee dos ventanas para la entrega de materiales: una conectada al quirófano y otra para la entrega a los otros sectores de la clínica.

Registro a través de Biotracks

El servicio lleva registro de todos los procesos que lleva a cabo (desde la recepción hasta la entrega del material). Para ello utiliza un sistema de trazabilidad de materiales, desarrollado especialmente para **Swiss Medical Group**, que se denomina "Biotracks".



III Jornada de Bioseguridad de SMG “La Central de Esterilización y su Rol en la Seguridad del Paciente”



El pasado 19 de agosto de 2015, por tercer año consecutivo, se llevó a cabo la III Jornada de Bioseguridad de **Swiss Medical Group** en el auditorio del Sanatorio De Los Arcos. La actividad es organizada por las farmacéuticas **Silvia Robilotti** (Jefe de Bioseguridad de CyMSA y Sanatorio Agote) y **Andrea Mosconi** (Jefe de Bioseguridad de Sanatorio de los Arcos y Clínica Zabala).

La jornada llevó por título: “La Central de Esterilización y su Rol en la Seguridad del Paciente” y contó con el auspicio de Johnson (división ASP), Kims, ST Pack, Igaltext, Ultraline y Lectus. El encuentro se desarrolló con la misma modalidad que en las anteriores ediciones, con charlas por la mañana que se repitieron de manera idéntica por la tarde, permitiendo a los profesionales organizar su jornada laboral para poder asistir.

“Fue una oportunidad para revisar y renovar el énfasis que debemos poner en el

desarrollo de las tareas en la Central de Esterilización, para obtener un producto seguro para el uso en el paciente y que no resulte comprometida su seguridad” señaló Silvia Robilotti a Æqualis.

Los temas desarrollados fueron:

- “Procesos de esterilización: revisando lo básico” a cargo de Farm. Andrea Mosconi.
- “Manejo del error en la desinfección de alto nivel” a cargo de Farm. Silvia Robilotti.
- “Una atención limpia es una atención más segura: registro electrónico de observación de lavado de manos” a cargo de Lic. Sandra Vignera.
- “Impacto de los eventos adversos y el error en medicina: herramientas de gestión que nos permitan una atención más segura” a cargo de Dra. Mariana Flichman.

En palabras de Andrea Mosconi, *la jornada es un espacio de debate, intercambio de ideas y participación de todos los colaboradores de SMG que deseen asistir, así como de invitados externos.*



"De la adolescencia a la adultez en contextos de salud: herramientas prácticas para un adecuado acompañamiento"

Destinado a: Profesionales en contacto con adolescentes y jóvenes.

OBJETIVOS

- Describir y profundizar en los modelos teóricos del curso de vida.
- Conocer las competencias y herramientas esenciales para facilitar trayectorias saludables de la adolescencia a la adultez.
- Promover una transición adecuada y un buen recorrido de adolescentes y jóvenes por el sistema de salud.

CONTENIDOS

UNIDAD I: Enfoque de Curso de vida y su impacto en la salud de adolescentes y jóvenes.

Unidad II: La transición de la adolescencia a la adultez en contextos de salud: Aportes y herramientas prácticas.

UNIDAD III: Rol de los sistemas de salud para el desarrollo de mejores trayectorias y recorridos

DIRECTORA

Dra. Irene Melamed

Médica pediatra
especialista en Adolescentes



RECURSOS DIDACTICOS

Textos, videos, biblioteca digital, foros de debate, estudios de caso.

INSCRIPCION

Duración del curso: 8 semanas
Fecha de inicio: 2/05/2016

CURSO ARANCELADO

(descuento por inscripción anticipada hasta el 15/4)

DESCUENTOS PARA PROFESIONALES DE SWISS MEDICAL GROUP:

Para acceder al beneficio enviar un correo a: saludyadolescencia3@gmail.com previo al registro en www.saludyadolescencia.com para finalizar el proceso de inscripción.

INFORMES E INSCRIPCION

PROGRAMA: MIÉRCOLES 11 DE MAYO

Director de la Jornada: Dr. Damián Consalvo.
Coordinadora de la Jornada: Dra. Griselda Russo

EPILEPSIA EN LA EMERGENCIA

Coordinador: Dr. Gastón Imhoff

Manejo de crisis autolimitadas en guardia: Dr. Damián Consalvo

Status epiléptico: Dra. María del Carmen García

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Coordinador: Dr. Marcos Fernández Suárez

Fenómenos motores negativos.

Aspectos clínicos: Prof. Dr. Ramón Leiguarda

Evaluación Neuropsicológica: Lic. Yanina Sasson

ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS

Coordinador: Dr. Alejandro Giacchino

EEG/Video-EEG: Dr. Walter Silva

Presentación de casos clínicos: Dra. Eliana Garino

ESTUDIOS POR IMÁGENES

Coordinador: Dr. Diego Ballesteros

Imágenes anatómicas: Dra. Inés Támer

Imágenes funcionales: Dra. Verónica Sarmiento

TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA

Coordinador: Dr. Damián Consalvo

Tratamiento Farmacológico: Dra. Patricia Saidón

Cirugía: Dr. Pablo Seoane

EL FUTURO DE LA EPILEPSIA

Dr. Damián Consalvo



JORNADA

PRESENTE Y FUTURO
DE LA EPILEPSIA

INSTITUTO DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA SWISS MEDICAL GROUP

Director: Prof. Dr. Ramón Leiguarda

DIRIGIDO A: Médicos clínicos, Internistas, Terapistas,
Neurólogos, Radiólogos y Neurocirujanos.

ACTIVIDAD NO ARANCELADA - VACANTES LIMITADAS

INFORMACIÓN PARA CONTACTO E INSCRIPCIÓN:
informacion@en-patagonia.com

Auspiciado por



Auditorio Sanatorio de los Arcos | Ingreso por Humbolt 2225, CABA.



Convocatoria Premio Swiss Medical Qualitas 2016

Desde hace más de 20 años, Swiss Medical Medicina Privada entrega, como estímulo al trabajo científico de los médicos, un premio anual.

En cada edición, el tema propuesto homenajea a un académico fallecido y es elegido por el **Comité Científico Swiss Medical Qualitas**. El mismo está presidido por el académico Dr. Fortunato Benaim e integrado por los Académicos Dres. Roberto Arana, Enrique Gadow, Miguel Largaña y Víctor Pérez.

Tema elegido:

"Prevalencia de enfermedad mental en atención primaria de la salud".

[Ver Bases y Condiciones >](#)

Participarán los primeros 20 trabajos que se presenten en Arenales 1818, planta baja, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en el horario de 12 a 17 hs.).

Fecha límite de admisión de trabajos: 30 de junio de 2016
Monto del Premio Qualitas: \$50.000.- (cincuenta mil pesos).

Se otorgará en la ceremonia de entrega de premios del Congreso Argentino de Medicina organizado por la Sociedad Argentina de Medicina (SAM) el día 4 de Noviembre 2016 en la Universidad Católica Argentina ubicada en Dique 2 Puerto Madero Av. Alicia M. de Justo 1600, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

No podrán participar de la convocatoria aquellos/as médico/as que trabajen en relación de dependencia en **Swiss Medical Group**.


SWISS MEDICAL
G R O U P

Simposio: Nueva opción terapéutica en pacientes portadores de estenosis aórtica severa con elevado riesgo quirúrgico y rechazados de cirugía



Como parte del programa de actividades académicas del **Servicio de Cardiología y Cardiología Intervencionista del Sanatorio de los Arcos, Clínica Olivos y Clínica Zabala**, el pasado 24 de Septiembre de 2015 se realizó en el Sanatorio de los Arcos un Simposio que convocó a un centenar de profesionales (médicos clínicos, internistas, cardiólogos, gerontólogos, neumonólogos, especialistas en imágenes, cirujanos cardiovasculares, entre otros) que, con

un formato teórico-práctico participativo, abordaron temas específicos relacionados al aspecto clínico, enfoque diagnósticos e indicación terapéutica en enfermos portadores de estenosis aórtica severa.

En esta oportunidad, el **Dr. Fernando Pineda** (Chile), destacado especialista en implante percutáneo de válvula aórtica y referente en **TAVI (Transcatheter Aortic Heart Valve)** para Latinoamérica, fue el encargado de abordar el caso en vivo.



X Curso Precongreso de Cardiología de Adultos II Precongreso de Cardiología Pediátrica “La cardiología a través del caso clínico”



El pasado 14 de octubre de 2015, como cada año, tuvo lugar el **X Curso Precongreso de Cardiología de Adultos y II Precongreso de Cardiología Pediátrica**. La sede fue la Sociedad Científica Argentina y participaron como invitados extranjeros los **Dres. Bryan Cannon** (Mayo Clinic) y **Christopher Snyder** (Rainbow Babies and Children's Hospital).

Comité de Tumores 2016



El **Comité de tumores** reinició sus actividades el pasado 15 de Marzo, en su horario habitual de los Martes de 12.30 a 14 hs. En el auditorio de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina (Av. Pueyrredón 1461, 1er. piso). La modalidad es presentación y discusión de casos.

Interesados por favor contactarse por email con los organizadores, **Dra. Miryam Losanovsky:** miosa2001@yahoo.com.ar y/o con el **Dr. Enrique Aman:** enriqueaman@yahoo.com.ar

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.

Macitentan (Opsumit)

Descripción

La hipertensión arterial pulmonar (HTP) es un trastorno progresivo, crónico, que se caracteriza por la presencia de hipertensión pulmonar pre-capilar en ausencia de otras causas de esta alteración, como enfermedades pulmonares o hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

La hipertensión pulmonar se define por un valor de presión arterial pulmonar de 25 mm Hg o más en reposo. La prevalencia de la HTP I reportada es de 5-15 casos cada millón de habitantes. La valoración de la clase funcional -cuatro categorías de menor a mayor gravedad según la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)- de los pacientes con HTP es fundamental, ya que se asocia al pronóstico.

El tratamiento habitual de la HTP comprende el uso de inhibidores de la fosfodiesterasa 5, antagonistas de la endotelina y prostanoideos. Todas estas drogas han demostrado fundamentalmente que mejoran la capacidad funcional en una prueba de caminata de 6 minutos.

Macitentan Opsumit® ha sido aprobado a fines de 2013 por FDA y EMA para el tratamiento de pacientes con HTP I. La dosis recomendada por vía oral es de 10 mg, una vez por día, administrado con alimentos o sin ellos.

Si bien existen varias drogas disponibles para el tratamiento de esta patología, muchas de ellas han demostrado reducir los síntomas sin alterar la progresión y mortalidad de la enfermedad, asociándose a un elevado costo de tratamiento.

Evidencia disponible

La eficacia de Macitentan por vía oral fue evaluada en el Study with an Endothelin Receptor Antagonist in Pulmonary Arterial Hypertension to Improve Clinical Outcome (SERAPHIN), un ensayo a doble ciego, aleatorizado, multicéntrico y controlado con placebo.

Este trabajo fue el primero a gran escala que consideró como criterio de valoración la combinación de mortali-

dad y morbilidad, a diferencia de otros estudios sobre ARE que evaluaron los resultados a corto plazo, como la distancia caminada en 6 minutos y la clase funcional según la OMS.

En general, Macitentan fue bien tolerado en los pacientes con HTP, con un perfil de tolerabilidad similar al placebo.

Conclusiones

Evidencia de buena calidad metodológica sugiere que Macitentan en pacientes con HTP es superior al placebo en la reducción de la morbimortalidad. A diferencia de otros medicamentos actualmente disponibles cuyo beneficio se fundamenta en mejorar la capacidad de ejercicio, la clase funcional y los parámetros hemodinámicos, Macitentan ha demostrado además reducir las internaciones por HTP y probablemente su mortalidad.

No hay estudios que hayan comparado esta droga con los tratamientos actualmente disponibles, también se requieren datos adicionales a largo plazo.

Políticas de cobertura

El año pasado ANMAT emitió la Disposición N° 4622/12, quedando inscripta la especialidad medicinal Macitentan, Opsumit® a los fines de su importación a la República Argentina "bajo condiciones especiales", indicada para el tratamiento a largo plazo, en monoterapia o en combinación, de pacientes adultos con HTP en clase funcional II - III de la OMS.

Dicha inscripción en el Registro de Especialidades Medicinales tiene carácter condicional y por el plazo de un año contado a partir de la fecha del certificado autorizante (vencido ese plazo, el laboratorio deberá presentar los resultados del seguimiento de los pacientes, de la eficacia, efectividad y seguridad).

Swiss Medical Medicina Privada sólo brindará cobertura a aquellos pacientes encuadrados en la autorización de ANMAT y solicitará que se demuestren los beneficios terapéuticos dentro del período de vigencia del certificado de la misma entidad "bajo condiciones especiales".

Alerta sobre seguridad de codeína en niños

Farm. Fabricio Cambor

Jefe Farmacia

Clínica Olivos

Swiss Medical Group

La Food and Drug Administration (FDA) está investigando los posibles riesgos del uso de medicamentos que contienen codeína para tratar la tos en niños menores de 18 años, debido a la posibilidad de generar dificultad para respirar.

La codeína o metilmorfina es un alcaloide del opio que se utiliza para el tratamiento del dolor leve a moderado y de la tos. Para ejercer estos efectos previamente debe transformarse en morfina a través de la enzima CYP2D6 del citocromo P450. Al existir variabilidad genética en cuanto a la expresión de dicha enzima, se alcanzan niveles heterogéneos en el grado de metabolización de codeína y en la biodisponibilidad de morfina, afectando la efectividad y la seguridad. Es así que, las personas con deficiencia de CYP2D6 obtienen bajas concentraciones de morfina en sangre y un menor efecto analgésico, mientras que aquellas con más de 2 copias del gen que la codifica, transformarán la codeína en morfina más rápidamente (metabolizadores ultrarrápidos) y tendrán más posibilidades de presentar reacciones adversas. Aproximadamente un 10% de la población caucásica y un 30% de asiáticos y africanos son metabolizadores ultrarrápidos (con concentraciones sanguíneas de morfina 1.5 veces mayores que la población general), por lo que estarían en riesgo de sufrir reacciones adversas al consumir dosis convencionales de codeína¹.

En 2009 se reportaron casos de muerte por intoxicación en niños que recibieron dosis estándar de codeína (0.5 a 1 mg/kg cada 4 a 6 hs. día) luego de someterse a adenoamigdalectomía como tratamiento para el síndrome de apnea obstructiva del sueño. En estudios postmortem se observaron niveles elevados de morfina en sangre y el análisis genotípico determinó que eran metabolizadores ultrarrápidos^{2,3}. A partir de estos sucesos, en 2012 la FDA contraindicó el uso de codeína en este tipo de pacientes⁴.

Posteriormente, el Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) llevó a cabo una revisión bibliográfica encontrando 14 casos de intoxicación en niños de 17 días a 6 años de edad, que tomaban codeína para el tratamiento de la tos, 4 de los cuales resultaron en

muerte. A raíz de ello, en abril pasado la EMA contraindicó el uso de codeína en:

- niños menores de 12 años para tratar la tos.
- mujeres durante la lactancia.
- pacientes metabolizadores ultrarrápidos comprobados.

También recomendó no utilizarla en niños y adolescentes de entre 12 y 18 años con función respiratoria alterada.

El PRAC consideró que aunque las reacciones adversas debidas a la morfina pueden aparecer en pacientes de todas las edades, la forma en que la codeína se transforma en morfina en los niños menores de 12 años es más variable e impredecible, por lo que esta población tiene un riesgo especial. Además, los niños que ya tienen problemas para respirar pueden ser más propensos a sufrir problemas respiratorios causados por codeína⁵.

En el mismo informe agrega que hay pruebas limitadas de que codeína sea eficaz para tratar la tos en niños y las directrices internacionales subrayan que la tos asociada a infecciones víricas puede tratarse de forma satisfactoria con líquidos y un aumento de la humedad ambiental; en caso de tos crónica, el tratamiento debe ir dirigido a la enfermedad subyacente⁵.

La FDA está llevando a cabo investigaciones y por el momento sólo recomienda que los padres y cuidadores que notan en el niño dificultad respiratoria, confusión o somnolencia inusual dejen de usar codeína y busquen atención médica inmediata⁶.

REFERENCIAS

1. *Pharmacokinetics of codeine and its metabolite morphine in ultra-rapid metabolizers due to CYP2D6 duplication.* *The Pharmacogenomics Journal* 2007; 7, 257-265
2. *Codeine, Ultrarapid-Metabolism Genotype, and Postoperative Death.* *N Engl J Med* 2009; 361:827-828. DOI: 10.1056/NEJMc0904266
3. *More Codeine Fatalities After Tonsillectomy in North American Children.* *Pediatrics* 2012 April 9. DOI: 10.1542/peds.2011-2538.
4. <http://1.usa.gov/1gbJSrK>
5. *Codeine not to be used in children below 12 years for cough and cold.* *EMA/249413/2015*
6. <http://1.usa.gov/1RS8EbX>

Alerta sobre dolor articular severo en pacientes con diabetes tipo 2 que usan inhibidores DPP-4

Farm. Fabricio Cambior

Jefe Farmacia
Clínica Olivos
Swiss Medical Group

A partir del año 2006 comenzó a comercializarse en EEUU un nuevo fármaco, *sitagliptina*, para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El mismo dio origen a un nuevo grupo de fármacos que se denominaron inhibidores de la enzima Dipeptidil Peptidasa-4 (DPP-4), actualmente integrado por: *saxagliptina*, *sitagliptina*, *sinagliptina*, *vildagliptina* y *alogliptina*. Este último no está disponible en Argentina, los demás se comercializan solos o asociados a *metformina*.



Los inhibidores DPP-4 disminuyen los niveles de glucemia al aumentar la exposición a GLP-1 (péptido similar al glucagón 1) y GIP (polipéptido insulínico dependiente de la glucosa). Estas hormonas son secretadas en niveles basales bajos a lo largo del día por las células endocrinas intestinales. Tras la ingestión de la comida sus niveles aumentan estimulando la secreción de insulina e inhibiendo la de glucagón, lo que lleva a una disminución de la glucemia postprandial. La acción de GLP-1 y GIP dura unos pocos minutos, ya que son degradados por la enzima DPP-4, su inhibición por este grupo de fármacos permite una mayor duración de la acción de GLP-1 y GIP al aumentar su vida media.

Las reacciones adversas reportadas en los ensayos clínicos fueron infección del tracto respiratorio superior y dolor de cabeza, aunque no producen aumento de peso ni hipoglucemia. La seguridad a largo plazo no ha sido bien establecida (durante la etapa pos comercialización se reportaron casos de pancreatitis y reacciones alérgicas).

En agosto del presente año la Food and Drugs Administration (FDA) comunicó un alerta sobre el riesgo de padecer dolor articular severo e incapacidad en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con inhibidores DPP-4.

El comunicado se basó en una revisión realizada por dicho organismo entre octubre de 2006 y diciembre de 2013 en donde se encontraron 33 casos de artralgia severa. En cada caso se vio implicado uno o más inhibidores DPP-4. *Sitagliptina* fue el más frecuentemente reportado (n: 28) seguido de *saxagliptina* (n: 5), *linagliptina* (n: 2), *vildagliptina* (n: 2) y *alogliptina* (n: 1).

En dicha revisión se observó que todos los pacientes tuvieron una disminución sustancial del nivel de actividad y diez de ellos requirieron internación por dolor incapacitante. En la mayoría de los casos el dolor comenzó en el primer mes de iniciado el tratamiento. En 23 casos los síntomas desaparecieron dentro del mes de discontinuada la toma. Ocho casos restablecieron el tratamiento una vez desaparecidos los síntomas y volvieron a experimentar dolor, el cual desapareció al discontinuar el tratamiento por segunda vez.

Por el momento, la única recomendación a los profesionales es que ante la presencia de pacientes con dolor articular severo y persistente, se considere a los inhibidores DPP-4 como posible causa y se evalúe la discontinuación del tratamiento con esta clase de fármacos.

REFERENCIAS

1. DPP-4 Inhibitors. Impact on glycemic control and cardiovascular risk factors. Dror Dicker. *Diabetes Care*, vol 34, Supplement 2, Mayo 2011.
2. FDA Drug Safety Communication: FDA warns that DPP-4 inhibitors for type 2 diabetes may cause severe joint pain. 28/08/2015.

La FDA ordena a la industria alimentaria que deje de usar las grasas trans artificiales

Natalia Evangelista

Lic. en Nutrición

Centro de Autorizaciones

Gerencia de Gestión de Prestaciones

Swiss Medical Medicina Privada

A mediados de 2015 la FDA determinó que los aceites vegetales parcialmente hidrolizados -principal fuente alimentaria de ácidos grasos trans (AGT)- son no “generalmente reconocidos como seguros” y otorgó a los fabricantes un plazo de 3 años para eliminarlos de los productos manufacturados.

Grasas trans en la naturaleza y en la industria

En la naturaleza, la mayoría de los ácidos grasos insaturados se encuentran en forma cis, pero una pequeña cantidad de ácidos grasos trans se generan a expensas de microorganismos presentes en el estómago de los rumiantes y son consumidas a través de productos lácteos y cárnicos. Sin embargo, este consumo es generalmente bajo (< 0,5% del total de energía) y la evidencia sugiere que no afecta adversamente a la salud. Contrariamente, el consumo de AGT de origen industrial se relaciona con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares al comportarse como las grasas saturadas, aumentando el colesterol plasmático LDL y disminuyendo el colesterol HDL.

A nivel industrial, los AGT se generan durante el proceso de hidrogenación parcial de aceites vegetales líquidos para transformarlos en grasas semisólidas a temperatura ambiente que presentan mayor tiempo de conservación, maleabilidad y estabilidad durante la fritura, razón por la cual son ampliamente utilizados como margarinas, aceites para cocinar y shortenings, en la elaboración de productos de repostería, panificación, snacks, entre otros.

Antecedentes

Ya en 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la “Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud” instó a los gobiernos a trabajar en la eliminación de las grasas trans, siendo varias las regiones del mundo que han tomado medidas al respecto¹.

Este llamado se reforzó en 2011, identificando la eliminación de AGT como una de

las “mejores inversiones” en materia de salud pública, especialmente para los países de medianos y bajos ingresos, en función de que su inversión supone un rendimiento elevado en relación a los beneficios sanitarios obtenidos y como una de las intervenciones de salud pública más directas para mejorar la dieta y reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles.

Si bien dentro de las estrategias gubernamentales implementadas existen tanto medidas de autorregulación voluntaria como obligatorias, la prohibición local y nacional de AGT ha demostrado ser la estrategia más eficaz para la eliminación de las mismas.

El Código Alimentario Argentino

En 2007 Argentina fue convocada por la OPS/OMS junto a otros países, a formar parte del grupo de trabajo “Las Américas Libres de Grasas Trans” y en los últimos años ha avanzado significativamente en la eliminación paulatina de las mismas en los alimentos procesados destinados al consumo humano. Así, según el Código Alimentario Argentino (Capítulo III-Art. 155 tris) a partir de diciembre de 2014 estas no podrían superar el 2% del total de grasas en aceites vegetales y margarinas destinadas al consumo directo y el 5% del total de grasas en el resto de los alimentos (excepto en las grasas provenientes de rumiantes, incluyendo a la grasa láctea).

Si bien se ha dado un paso muy importante, se hace prioritario continuar trabajando en la toma de conciencia de la problemática nutricional, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, responsables del 70% de muertes de nuestro país.

REFERENCIAS:

1 - Dinamarca fue pionera en 2006 al limitar a través de la legislación el uso de AGT en un 2% del total de grasas de todos los productos del mercado, incluyendo los importados y los ofrecidos en restaurantes

Programas médicos

Dietas para engordar versus modelo alimentario original, auténtico y saludable

Dra. Rosa Labanca

*Médica especializada en Nutrición
Directora Centro de Asistencia-
Docencia-Investigación SAOTA
Directora Programa ADIDO
Representante Sociedad Mundial
de Obesidad (IASO)
Docente UBA y
Universidad Católica (UCA)
Miembro Comité de Recertificación
en Nutrición (AMA- CRAMA)*

Los organismos vivos están armonizados con su ambiente, haciendo así posible que una misma forma de vida pueda desarrollarse en ámbitos diferentes (como los esquimales en el Ártico y los Masai en África). Esta armonización se logra por medio de un complejo funcionamiento que adapta la respuesta de los genes a los cambios en las señales recibidas del ambiente, como luz, temperatura y las contenidas en las comidas. Estas últimas, ponen automáticamente en marcha programas dirigidos a conseguir la mejor adaptación posible de los mecanismos implicados en la vida.

Programas engorde y adelgazamiento

Tal como dormir y despertar, engordar y adelgazar son un ejemplo de adaptación. Estos últimos son dos programas genéticos (engorde "E" y adelgazamiento "A") que sintetizan el plan de la Naturaleza para optimizar el aprovechamiento en los ciclos de abundancia y escasez de alimentos que periódicamente afectaron a la especie humana. Su mayor o menor activación depende de señales internas, como las hormonas, y externas, provenientes de la alimentación.

Cómo funcionan

En general las comidas 'encienden' los genes que ponen en marcha el programa E, a su vez integrado por subprogramas que funcionan en distintos órganos como cerebro, hígado, páncreas, tejido adiposo. Estos subprogramas se ponen en marcha coordinadamente en respuesta a alguna señal más o menos general, como por ej. la hormona insulina. El inicio del programa E es notable en el área comportamental y psicológica por una idea o pensamiento relacionado con la búsqueda de alimentos y de la actividad motora para conseguirlos, esto puede coincidir o preceder a la aparición de hambre y de ansiedad por comer. Al mismo tiempo, aumenta la secreción de insulina por el páncreas y ésta prepara al hígado para una activa síntesis de grasa que seguidamente pasa a la sangre alcanzando el tejido adiposo que ya ha sido condicionado para alojarla (cambios metabólicos).

La ausencia/existencia de comida (programa A) son las llaves conmutadoras principales de los programas A y E, inversamente asociados, ya que su conexión/desconexión determina adelgazamiento y engorde, respectivamente. El programa A está compuesto también por subprogramas que producen liberación de nutrientes (grasa y glicerol) desde el tejido adiposo, cuya función es reemplazar los alimentos.

En ningún caso E y A son enfermedades ni mecanismos anormales, sino mecanismos adaptativos que fueron diseñados para poder enfrentar con éxito una circunstancia concreta, como la supervivencia del individuo. Por lo tanto no pueden 'curarse' ya que son constituyentes naturales y normales del organismo. Lo que debe evitarse es que se pongan en marcha cuando no deberían hacerlo. Eso sucede cuando los genes son engañados por falsas señales.

Disruptores endócrinos

Los comestibles artificiales suelen estar cargados de señales falsas, conocidas como "disruptores endócrinos" que indican a los genes que ha llegado el momento de engordar aun si la persona tiene exceso de peso. De la misma manera, otras señales pueden estimular un exceso de inflamación ante circunstancias triviales, siendo la inflamación sólo beneficiosa cuando la causa la justifica pero indeseable y enfermante cuando se produce en respuesta a una 'falsa señal'.

Tanto el E como la inflamación se van a seguir produciendo si el diálogo que las falsas señales establecen con los genes no es interrumpido. Algo va a mejorar si las señales se reducen pero sólo se conseguirá un cambio parcial e incompleto. Esto es lo que sucede cuando se pretende desactivar el programa E solamente con reducción de calorías, que en definitiva es comer menos de lo mismo, cuyo fracaso fue inapelablemente demostrado por el monumental estudio norteamericano de 10 años de duración llamado LookAHEAD.

DIETAS PARA ENGORDAR VS. MODELO ALIMENTARIO ORIGINAL

Como si viviera en el ojo de un huracán, gran parte de la humanidad está sumergida en una dieta para engordar. Ésta resulta del reemplazo de las señales naturales por las contenidas en la mayoría de los comestibles industrializados.

Perder peso significa cambiar la composición corporal y esto es un hecho biológico mayor que sólo se produce satisfactoriamente cuando las falsas señales que emiten los comestibles de laboratorio, desaparecen. En tal sentido, la opción saludable será un modelo alimentario original, auténtico y saludable que recomponga el sistema de señales para 'desconectar' en lo posible el 'programa engorde/hambre'.

Nuevo Código Civil: ¿cómo impacta en nuestra actividad asistencial?

Parte I

Dra. Mariana Flichman

Especialista en Clínica Médica y
Medicina Legal

Sub Gerente

Gcia. de Riesgo y Calidad Médica

Directora del Comité de

Seguridad del Paciente

Swiss Medical Group

A partir del primero de agosto del año pasado entró en vigencia el Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. Es importante que, como profesionales de la Salud, conozcamos aquellas consecuencias de esta reforma que tengan un efecto directo en la asistencia a los pacientes.

En términos generales, la reforma introduce cambios muy importantes. Los profesionales de la salud deberemos ir incorporando las definiciones relacionadas a la regulación de nuestra actividad, que va unida, de alguna manera, a la creciente judicialización de la medicina. Esto implica un gran cambio cultural (que debe comenzar en la formación de pre-grado) ya que el horizonte sigue siendo brindar una medicina con la mayor calidad y compromiso posibles, pero habrá que aprender a hacerlo contemplando el marco regulatorio vigente.

El nuevo código introduce muchos conceptos ya presentes en leyes particulares, como por ejemplo, la Ley 26.529, conocida en la doctrina y en la jurisprudencia como "Ley de derechos del paciente", incorporando sus principales conceptos y definiciones en este marco normativo.

Mencionaremos algunos de los aspectos más trascendentes:

-Norma específica para las profesiones liberales: el artículo 1.768 indica un ordenamiento propio para estas profesiones, antes inmersas en la norma general.

-Plazo de prescripción: siempre fue una preocupación para los médicos lo extenso del plazo de prescripción que establecía el antiguo código en diez años si reclamaba el paciente (responsabilidad contractual) y de dos años si reclamaba la familia (responsabilidad extracontractual). La reforma establece la unificación de dichos plazos de prescripción en 3 años. Si bien esto constituye un cambio positivo importante, también es cierto que actualmente, según nuestras estadísticas, la gran mayoría de los reclamos se inicia dentro de los dos primeros años.

-Los profesionales de la salud tienen obligación de hacer, es decir de medios por lo que el factor de atribución es subjetivo. Este aspecto es trascendente: los profesionales tenemos

la obligación de hacer todo lo que esté a nuestro alcance, acorde a las buenas prácticas clínicas, pero no podemos garantizar un resultado, lo que significa que:

- Mal resultado no es sinónimo de responsabilidad profesional o mala praxis.

- Para que exista responsabilidad debe existir culpa, es decir un alejamiento de la Lex Artis, o buena práctica.

- Excepción: que el profesional garantice un resultado. En este caso, se convierte en una obligación de resultado.

Muchas veces los profesionales garantizamos un resultado, aún sin tener plena conciencia de eso, por ejemplo, al minimizar los riesgos de un procedimiento, situación no poco frecuente, y que favorece luego el reclamo ante la complicación o un mal resultado que es incomprensible para el paciente y su familia.

Por todo ello resulta de crucial importancia el registrar los fundamentos de nuestras decisiones. La historia clínica debe reflejar lo pensado y actuado por el equipo de salud, lo que será trascendente a la hora de defender los hechos cuestionados.

-Atención de menores: el nuevo Código Civil incorpora los aspectos esenciales de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, dando mucha importancia a la opinión de los menores.

Clasifica a los menores en dos grupos -en concordancia con el derecho internacional-: 1) niños menores de 13 años y 2) adolescentes de 13 A 18 años. A su vez, éstos últimos son divididos en dos sub-grupos: adolescentes menores de 16 años (pueden tomar decisiones, pero junto a sus padres; y pueden consentir procedimientos no invasivos solos) y adolescentes de 16 a 18 años, que en cuestiones inherentes a la salud, pueden brindar consentimiento por sí mismos.

Pero atención, el marco normativo es mixto, vale decir que contempla dos aspectos: edad y madurez suficiente, de modo que ambos deberán ser valorados por el profesional actuante.

En la segunda parte del artículo, ampliaremos la regulación de la atención de los menores y continuaremos desarrollando el resto de los aspectos centrales de la reforma del Código Civil.

Historia de la Medicina

La curiosa vida del médico creador de Sherlock Holmes

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

Muchos fueron los médicos que en cierto momento de su carrera dejaron de lado los sinsabores de la profesión para probar suerte con las letras. Rabelais, Schiller, Keats, Chejov, Ricardo Gutiérrez, Wilde y tantos otros, plasmaron en sus libros lo que habían aprendido entre cadáveres y microscopios.



Arthur Conan Doyle estudió en la Universidad de Edimburgo y extrajo de sus lecciones la capacidad de observación de los clínicos, más precisamente de su maestro Joseph Bell. Hay quien afirma que el célebre Sherlock Holmes tiene mucho de avezado semiólogo, aquel que con sólo ver al paciente sabe las causas de sus males sin que éste haya abierto la boca.

Después de haberse graduado, Doyle viajó como médico de un buque ballenero que lo llevó hasta el círculo ártico y finalmente se estableció en un pueblito del sur de Inglaterra, donde el abundante tiempo libre entre sus escasos pacientes le permitió dedicarse a escribir su primera novela detectivesca: *A Study in Scarlet*.

Allí aparece por primera vez este detective inductivo-deductivo, fumador de pipa, violinista aficionado y adicto al opio. Su acompañante era un médico todavía atribulado por las barbaridades vistas durante la guerra de Afganistán al que Holmes trataba en forma poco condescendiente, con su consabido "elementary", sin agregar el "Watson" que todos recitamos, porque siquiera se dignaba a dirigirse a su persona por su apellido.

Fue por esos años cuando Conan Doyle decidió dedicarse a la Oftalmología. Había aprendido los secretos de la refracción en el Portsmouth Eye and Ear Institute, y en 1890 viajó a Viena con la idea de recibir un entrenamiento intensivo en la especialidad. No progresó mucho en el oficio, pero escribió *The doings of raffles haw*, obra que le

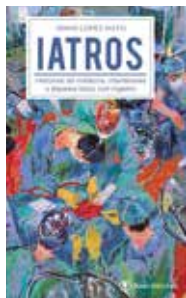
dio grandes satisfacciones y muchas ganancias, con las que pagó su estadía vienesa. Ya en Londres y, envuelto en el aura de una formación "continental", abrió consulta en la exclusiva Harley Street, donde se encuentran los consultorios de los médicos más prestigiosos de Inglaterra, pero no tuvo suerte y decidió dejar la profesión, cosa que su madre no le perdonó.

Sin embargo, por años sus libros reflejaron sus conocimientos oftalmológicos. En *Silver Blaze* (1892), el arma asesina fue un cuchillete de catarata. En *The Adventure of the golden Pince-Nez* (1904), son esos anteojos la clave para resolver el crimen construyendo el identikit del victimario a partir del Pince-Nez olvidado por el asesino (como en esa época había pocas ópticas, fue fácil dar con el culpable). En *Round the red lamp*, uno de los personajes practica cirugías oftalmológicas en ojos de animales.

La participación de Doyle en la guerra anglobóer le concedió el honor de anteponer a su apellido el noble "Sir", por defender al Imperio de las atrocidades que cometían sus soldados con los campesinos boer encerrados en precarios campos de concentración. Después de la Primera Guerra Mundial, quizás influenciado por la pérdida de tantos seres queridos, concentró sus esfuerzos en el estudio y difusión del espiritismo, escribiendo varios libros sobre el tema y dictando conferencias por el mundo. Apoyó con vehemencia casos de dudoso verismo y otros que fueron directamente denunciados como fraudes. Esto aconteció con el célebre misterio de *Las hadas de Cottingley*, una serie de fotografías en las que dos señoritas se veían junto a pequeñas hadas mientras jugaban junto a un arroyo. Conan Doyle, también experto fotógrafo, las dio por verdaderas. Después de varias décadas, las señoritas confesaron haber trucado los negativos. Todos menos uno...

Estas inclinaciones hacia el ocultismo lo llevaron a pelearse con su amigo, el famoso escapista Harry Houdini, quien pensaba y demostraba que los espiritistas eran solo embaucadores.

Tanta comunicación con el más allá y la sólida confianza en sus poderes para retornar a visitar a los suyos cuando lo desease lo hizo traspasar el etéreo umbral que separaba lo físico de lo intangible el 7 de julio de 1930. Murió sin miedo porque estaba convencido de poder volver.



(*) 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 próxima aparición "Iatros" (Olmo Ediciones), del cual el presente texto es un extracto adaptado.

Caleidoscopio

*

COLUMNISTA INVITADO: Dr. Rodolfo Righetti*

Médico ginecólogo

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada



Todos me conocen como médico cirujano, pero tengo una pasión: la mecánica aficionada. Empecé a los 14 años cuando compré un motor desarmado y se lo puse a una bicicleta. Ahí nació mi locura por la mecánica, por desarmar cosas y ver cómo funcionan por dentro. Hoy en día también lo hago con las personas, no soy cirujano de casualidad sino que utilicé las aptitudes naturales que tenía para poder ejercer una profesión y me divierto tanto operando como desarmando un motor.

Todos los días trato de dedicarle un rato, aunque sea en mi cabeza, pensando cómo resolver las pequeñas dificultades. Por lo general restauro motos, por una cuestión de espacio y de facilidad, aunque me gustaría también trabajar con vehículos más grandes pero para simplificar las motos son más operativas. En casa tengo un taller pequeño y cuento con otro alquilado para guardar las piezas más grandes. Me siento completamente atraído por los objetos que tienen motor. En este momento tengo 5 motos propias, y dis-

fruto de salir un fin de semana a pasear, estacionar en algún bar y tomar un café, siempre con la cabeza puesta en la restauración. Si bien en lo que hago hay mucho de autodidacta, también hubo personas que me fueron mostrando y enseñando a lo largo de los años, y hoy puedo considerarlos mis maestros.

En estos días estoy terminando de restaurar una Gilera del '66 que está casi lista y tengo en proyecto para este año:

empezar a trabajar con los restos de una Siambretta que descansa en mi taller. En algunos casos, tener una pasión como la que yo tengo implica retrotraerse a la juventud, cuando tenés 18 o 20 años hay muchas cosas que te gustaría tener, y cuando pasan los años, tu nivel económico se estabiliza, y decidís tener un hobby, empezás a encontrarte con cosas que tal vez antes no podías tener. Es una especie de revancha que te da la vida.



Mi recuerdo de los años 60's



"Furor en los 80"



La primera moto que me deslumbró.

* Agradecemos la colaboración de Berenice Mazarelli (Gerencia de Gestión de Prestadores de Swiss Medical Medicina Privada) en la producción de esta nota.

Reseña de Libro

*

Por: Alma Vanina Estrella

La salud pública y la enfermería en la Argentina

Carolina Biernat, Juan M. Cerdá y

Karina I. Ramacciotti (directores)

Universidad Nacional

de Quilmes Editorial

344 págs.

El libro fue concebido originalmente para alumnos de la licenciatura de Enfermería, pero también puede resultar valioso para aquellos interesados en la historia de la salud pública y de las profesiones del cuidado en la Argentina. Está estructurado en dos partes: en la primera, aborda los posibles conflictos presentes en el proceso de construcción de la política social en Salud; en la segunda, la historia de la Enfermería en nuestro país.

Desde una óptica que entiende *la historia* como algo construido y establecido siempre desde el presente, los autores intentan cuestionar una noción (estática) de pasado presente en los estudios tradicionales de la historia de la medicina. De esta forma, se recorre una extensa línea histórica que va desde la creación del Departamento Nacional de Higiene en 1880 hasta las políticas sanitarias neoliberales de los 90's. A lo largo de los capítulos, los distintos autores hacen foco en los aspectos de fragmentación y tensión entre los actores sociales, con el fin de anclar la historia social de la salud-enfermedad en un contexto tiempo-espacial, y mostrar aquello que deja "marcas" en la vida colectiva de un grupo.

Por otro lado, la enfermería es pensada como una profesión, a la vez que como una disciplina social inserta en relaciones sociales complejas (personas, familias, comunidades);

y *el cuidado* es considerado un trabajo cuya especificidad es estar basado en lo relacional. Así, en su segunda parte, el libro presenta una cronología de la historia de la enfermería, y en paralelo, estudia el surgimiento y desarrollo de este campo profesional desde lo que se considerara, en su origen, una tarea femenina.

La obra se inscribe en el marco de los estudios historiográficos latinoamericanos, realizando una síntesis de las problemáticas centrales de la Salud Pública argentina así como del surgimiento y la afirmación de la Enfermería como campo profesional, buscando hacer aportes al conocimiento amplio sobre el pasado sanitario de la región.





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