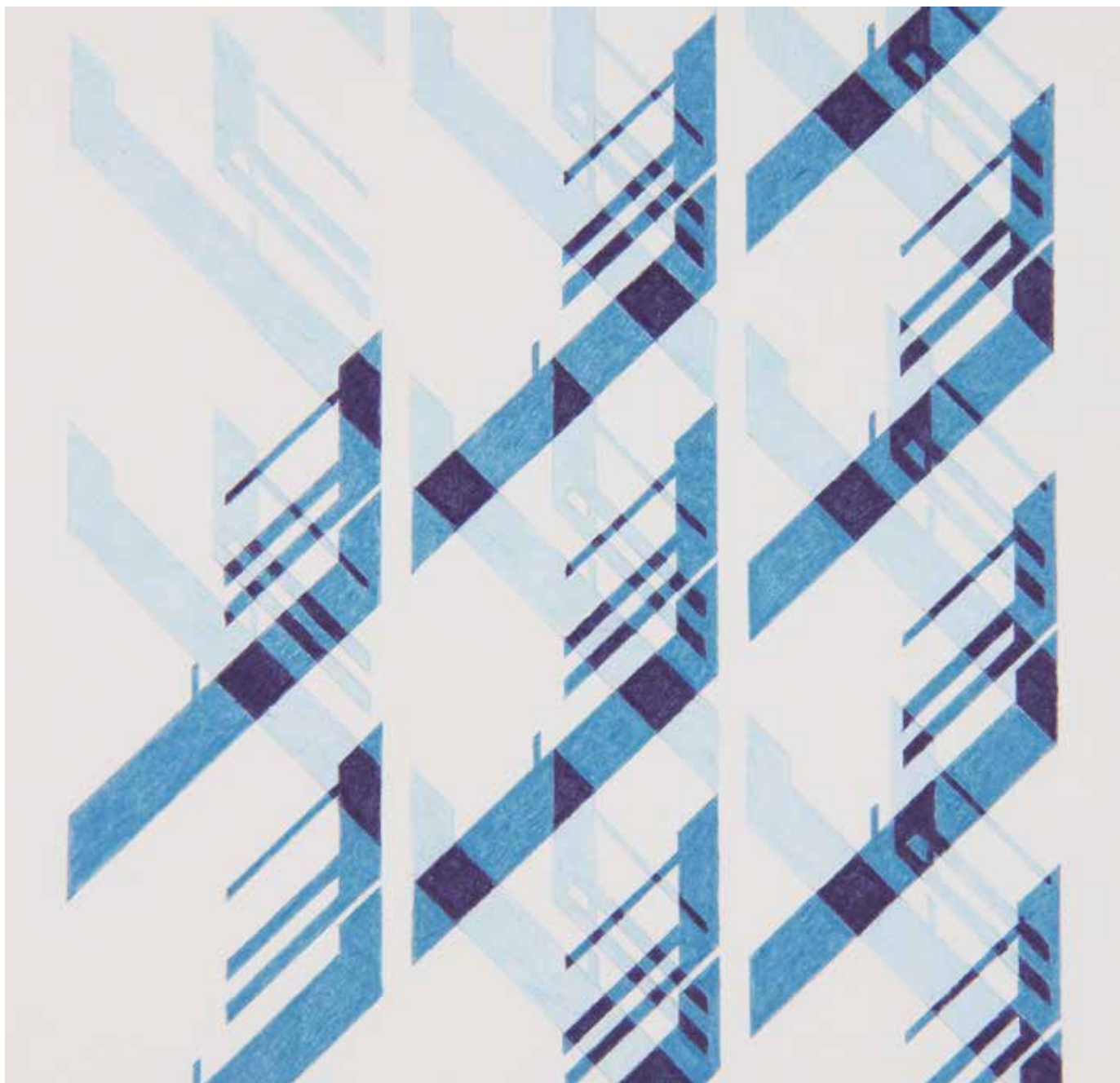


# Equalis

Actualización, análisis y comunicación en salud

N 30

junio-julio-agosto 2017 | año 10



Una publicación de



SWISS MEDICAL  
MEDICINA PRIVADA

PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD



*Darwin nos informó que somos primos de los monos, no de los ángeles. Después supimos que veníamos de la selva africana y que ninguna cigüeña nos había traído desde París. Y no hace mucho nos enteramos de que nuestros genes son casi igualitos a los genes de los ratones. Ya no sabemos si somos obras maestras de dios o chistes malos del diablo.*

**Eduardo Galeano**

## **Estimado lector**

En este nuevo número de *Æqualis* podemos acercarnos a las múltiples facetas del ser humano en busca de la mejor medicina; a veces con errores, otras con aciertos, pero siempre guiados por el objetivo de acompañar positivamente a la población en el proceso salud – enfermedad.

Tal vez, en ese sentido, el artículo más paradigmático sea el que trata sobre la utilización de cannabis para el uso terapéutico. Este producto natural considerado sólo lesivo para el cuerpo en otros momentos, es tomado inicialmente por sociedades de pacientes y luego regulado por organismos estatales para poder ser utilizado en el tratamiento del dolor y otras patologías refractarias a terapéuticas convencionales. La Dra. Agustina Piccione describe en su escrito sus indicaciones, la ley vigente actual y el estado de su normatización a la fecha.

También encontramos la advertencia de la Agencia Sanitaria Española sobre la aparición de casos de hepatotoxicidad severa por el uso fuera de prospecto de Flutamida. Recordemos que el uso fuera de prospecto (off label) es un uso desaconsejado inicialmente por organismos reguladores por no poseer generalmente el soporte bibliográfico o de ensayos clínicos en lo referente al riesgo – beneficio de dichas indicaciones.

Asimismo, el ser humano -industria de la tecnología mediante- es también capaz de desarrollar la Ultrasonografía Bronquial Endoscópica (EBUS), a cuyo modo de funcionamiento y experiencia pionera en el Sanatorio de los Arcos nos introduce el Dr. Fernando Abdala. Sin dudas, este nuevo avance evitará procedimientos muy invasivos en las indicaciones correspondientes, aportando así calidad de atención y de procedimientos a los pacientes indicados, optimizando tratamientos y disminuyendo complicaciones.

Por último, destaco de este número el trabajo que están realizando desde la Clínica Olivos en escuelas sobre la importancia del lavado de manos. Este acto de educación tan sencillo es el pilar del autocuidado y el procedimiento más costo – efectivo para la salud pública.

Esperamos que estos contenidos sean de su interés y como siempre, lo invitamos a participar a través del correo de lectores.

## **Dr. Marcelo Ponte**

Jefe de Políticas y Servicios Médicos  
Swiss Medical Medicina Privada

# SUMARIO

- 3 Editorial
  - 5 Nota de opinión
  - 6 Artículo original
  - 10 Información Swiss Medical Group
  - 16 Evaluación de tecnologías sanitarias
  - 17 Alerta farmacológica
  - 18 Programas médicos
  - 20 Enfermería
  - 21 Medicina Legal
  - 22 Sección cultural
- Presidente: Dr. Claudio Belocoppitt
  - Gerente General: Ing. Adrián Sasse
  - Director Médico: Dr. Gabriel Novick
  - Editora: Lic. Alma Vanina Estrella
  - Consejo editorial: Dra. Mercedes Manzoni, Dra. Viviana Gramis, Dr. Ricardo Watman.
  - Colaboran en este número: Dr. Fernando Abdala, Dr. Oscar Abdala, Dr. Carlos Bruno, Farm. Fabricio Camblor, Dr. Leandro Candia, Lic. Daniela Chagallo, Dra. Lourdes Crespo, Prof. Dr. Lucio Criado, Dra. Silvana Cuartas, Dr. Boris Elsner, Dra. Marian Galich, Lic. Elida Gamarra, Lic. Mirian Hinojosa, Dr. Leandro Mamani, Dr. Ignacio Paganini, Dr. Daniel Pascansky, Dr. Facundo Peñaloza, Dra. Agustina Piccione, Dr. Marcelo Ponte, Lic. Ruth Porcelo, Lic. Graciela Rojas, Dra. Andrea Schianchi, Dr. Sergio Silvestrini, Dra. María Pérez Torre.
  - La imagen de tapa de este Nro. Se titula "Geometrías en transparencia" y corresponde a Gabriela Cárdenas.
  - Versión descargable on-line en: [www.prestadores.swissmedical.com.ar](http://www.prestadores.swissmedical.com.ar)
  - Correo de lectores: [aequalis@swissmedical.com.ar](mailto: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 ROTATIVOS UNICOM S.R.L. Dinamarca 3487, Temperley, CP: B1834FKK. Tirada de esta edición: 2.500 ejemplares.

## Artista de tapa \*

### Gabriela Cárdenas



Nació en Buenos Aires en 1970. Es artista plástica y arquitecta por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Inició su formación artística en el taller de Viviana Blanco y Leila Tschopp, realizó análisis de obra con Tulio de Sagastizábal y con Rodrigo Alonso, Rafael Cippolini, Eduardo Stupía y Andrés Weissman como parte

del "Programa de investigación y seguimiento de proyectos" (Galería Gachi Prieto). Asistió a seminarios y talleres con Silvia Gurfein, Jorge Sepúlveda, Eduardo Stupía, Verónica Gómez, Valeria Conte Mac Donell, Marcela Sinclair y Daniela Gutiérrez, entre otros.

Actualmente se desempeña como docente en la Universidad Nacional de San Martín y en la UBA. Desde 2011 participa de un colectivo de investigación en la UBA, en el que estudia las relaciones entre la representación y el dibujo. Realizó dos años de doctorado con el proyecto de tesis "El dibujo como construcción. Un estudio de las formas de representación en arquitectura"

Ha realizado exposiciones individuales: "Variaciones Neufert" en Universidad Torcuato Di Tella (2013), "Pequeños múltiples" en Espacio Niceta (2013) y "Profundidad de los planos" en UBA (2016). Participó también en diversas muestras colectivas, entre las cuales se destacan las realizadas en: Museo Emilio Caraffa (Pcia. de Córdoba); Monoambiente; La Ira de Dios; LDF Galería y Open Studio Colonia (Alemania).

Su obra está compuesta principalmente por dibujos e instalaciones. En ella se manifiesta un particular interés en los sistemas de representación gráfica y en la forma en la que ésta se establece en zonas de ambigüedad, o incluso de conflicto, entre la abstracción geométrica y la representación figurativa.

La imagen de tapa de este número (fragmento de obra) se titula "Geometrías en transparencia" díptico, panel II (lápid color s/papel, 50 x 35 cm) y corresponde a 2014.

Para ver más:  
[www.gabrielacardenas.com](http://www.gabrielacardenas.com)

## *El médico clínico y los subespecialistas clínicos*

**Prof. Dr. Lucio Criado**  
*Médico clínico*  
*Mgtr. en Farmacopolítica*  
*Swiss Medical Medicina Privada*

Desde hace muchos años escucho las más diversas opiniones respecto a la relación que deberíamos tener los clínicos con los subespecialistas clínicos.

En ocasiones, los clínicos se quejan de que los pacientes no vuelvan a su consulta porque el subespecialista se “los queda”, o existe el temor de que éste último hable mal sobre las conductas tomadas hasta el momento por el primero. También funciona el supuesto acerca de la amplitud de la clínica médica y la dificultad para estar actualizado, para abarcarlo todo, entonces el rol del clínico queda centrado en administrar las derivaciones y aceptar la toma de decisiones de los diferentes subespecialistas sin poder estar a la altura como para acordar en los disensos.



Por ejemplo, un paciente con una enfermedad del colágeno que recibe corticoides, requiere del reumatólogo o inmunólogo que lo prescriba, más el infectólogo que vele por sus vacunas y profilaxis, más el endocrinólogo o especialista en osteoporosis (en caso que el reumatólogo no lo hiciere) por la desmineralización ósea acompañante, más el gastroenterólogo por los síntomas digestivos propios de los corticoides, más la nutricionista para que controle el peso, más el deportólogo para evitar la sarcopenia asociada a la inmunosupresión. Y en caso de ser mujer en edad fértil, se suma el ginecólogo con su plan de anticoncepción, que si tiene un síndrome antifosfolípídico no puede indicar anticonceptivos hormonales y si tiene anemia crónica, el DIU puede anemizarla más.

Hay un gran riesgo en este escenario: muchos subespecialistas hicieron una residencia de clínica previa a la segunda

residencia y piensan que siguen siendo clínicos para toda la vida. La Medicina Interna es una especialidad que requiere certificación y re-certificación al igual que las otras especialidades. Por lo tanto es necesario mantener la certificación continua en ambas especialidades.

### **El gran damnificado**

Sin duda que ante 6 a 7 médicos inconexos y un clínico que sólo se limita a acatar las decisiones de los subespecialistas sin opinar, hay un gran damnificado: el paciente. Si bien es cierto que los diferentes subespecialistas saben mucho y están actualizados sobre la enfermedad que el paciente padece, el clínico es quien más conoce al paciente que padece la enfermedad. *Porque los pacientes pluripatológicos y polimedicados son el terreno cotidiano del clínico: éste los acompaña por años en todas las interconsultas y muchas veces es también quien firma el certificado de defunción.*

### **¿Qué hacer?**

Ante esta situación me he preguntado ¿qué se debe hacer? Por lo pronto, siempre respetar las decisiones del paciente. Pero pienso que todos los clínicos debemos tener una agenda con nuestros interconsultores de cabecera de diferentes especialidades con quienes podamos tener diálogo de pares, con profundo respeto mutuo por los saberes del otro. El disenso dialogado, sin egos mediante, podrá llevar a una decisión mejor que la tomada en forma individual. El paciente acude al subespecialista derivado por el clínico en busca de la opinión que le posibilite tomar la mejor decisión. La decisión final se debe tomar por consenso y acuerdo pensando en todas las comorbilidades y en el contexto general del paciente.

La asistencia fraccionada e inconexa de los pacientes ya ha fracasado. La historia única digital es un instrumento válido, pero nada podrá superar el diálogo entre pares. Este es un gran desafío que tenemos los internistas y los colegas subespecialistas, por respeto a nuestros pacientes y a la profesión.

## Ultrasonografía bronquial endoscópica (EBUS)

**Dr. Fernando Abdala**

**Dr. Daniel Pascansky**

**Dra. Marian Galich**

**Dr. Boris Elsner**

**Dr. Oscar Abdala**

*Servicio de cirugía torácica*

*Sanatorio de los Arcos*

*Swiss Medical Group*

El cáncer de pulmón es la enfermedad maligna que produce la mayor cantidad de muertes en el mundo. Uno de los principales factores pronósticos es la presencia o no de metástasis mediastinales, esto determina la operabilidad del paciente y/o la indicación de quimioterapia o radioterapia. La estadificación en pacientes con cáncer de pulmón debe realizarse en todos los pacientes. Los métodos no invasivos incluyen la evaluación clínica, RX, TC, RM, PET, centellograma, entre otros, mientras que los métodos invasivos se centran fundamentalmente en la evaluación del mediastino e incluyen la punción bajo TCTX, punciones transbronquiales (EBUS-TBNA y a ciegas), mediastinoscopia, mediastinostomía, videotoracoscopia y toracotomía.

### EBUS

La ultrasonografía bronquial endoscópica o EBUS convexo es una herramienta específica para abordar lesiones ubicadas en la proximidad de la vía aérea. Se trata de un broncoscopio con un transductor ecográfico en el extremo distal. Esto suma la imagen ecográfica a la visión tradicional con una profundidad de hasta 10 cm, permitiendo la punción con visión en tiempo real de las estructuras mediastinales.

Es una técnica innovadora y útil en el diagnóstico de enfermedades benignas y malignas del aparato respiratorio que se utiliza en los centros más importantes del mundo constituyéndose en una de las herramientas fundamentales para el estudio de las enfermedades respiratorias. Los resultados son comparables a los obtenidos por métodos quirúrgicos, con importantes ventajas: es un procedimiento ambulatorio, mínimamente invasivo y de bajísima morbilidad; muy bien aceptado y tolerado por los pacientes y permite la obtención de diagnósticos rápidos y ciertos evitando procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad.

### Indicación

La indicación más frecuente es la estadificación del cáncer de pulmón a no pequeñas células, y también tiene utilidad en la reestadificación luego de tratamientos de inducción para determinar si el paciente es candidato a una resección quirúrgica. Otras

indicaciones incluyen el diagnóstico de lesiones pulmonares centrales y adenomegalias mediastinales de otra causa (metástasis de tumores no pulmonares, TBC, sarcoidosis, linfoma) y la reevaluación de tumores luego de tratamiento con quimioterapia (linfoma, tumores germinales, etc).

La EBUS-TBNA es el método de elección para estadificar el mediastino (American College of Chest Physicians). Ningún paciente incluido en la lista subsiguiente debiera ser intervenido quirúrgicamente con criterio curativo por cáncer de pulmón sin estadificación invasiva previa del mediastino.

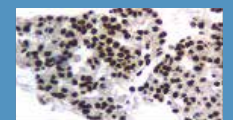
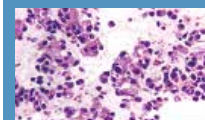
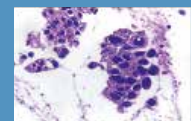
Las indicaciones son:

- Tumores centrales.
- Tumores mayores de 3cm o con adenopatías hiliares.
- Adenomegalias (ganglios >1 cm) en TCTX.
- Captación mediastinal o hilar en PET-TC.
- Diagnóstico de adenocarcinoma sin importar el tamaño (en lesiones periféricas <1 cm o en vidrio esmerilado puede no indicarse, ya que la incidencia de metástasis es muy baja).
- Reestadificación mediastinal luego de tratamiento de inducción con quimioterapia y/o radioterapia. Antes de indicar cirugía en un paciente con diagnóstico previo de N2-3 debe reevaluarse el mediastino para asegurarse que puede ser candidato quirúrgico (confirmación citológica de downstaging), caso contrario debería ofrecerse tratamiento definitivo con QMT+RT.

Otras indicaciones:

- Diagnóstico de tumores pulmonares centrales de otra causa (ej. cáncer de pulmón a células pequeñas).
- Adenomegalias mediastinales de otra causa.

### Ejemplos de preparados obtenidos de EBUS-TBNA





## EBUS-TBNA durante la curva de aprendizaje. ¿Es seguro evitar la mediastinoscopia?

### Diseño y objetivo

Se incluyeron todos los pacientes con ganglios mediastínicos evaluados por EBUS-TBNA o MTC entre julio de 2013 y agosto de 2015. Los procedimientos fueron realizados por el mismo cirujano torácico con experiencia sólida en MTC y TBNA ciega en 2 hospitales privados: el Sanatorio de los Arcos (EBUS) y el Sagrado Corazón (MTC). La formación en EBUS-TBNA consistió en un curso de simulación ACCP y una rotación de 2 semanas en un centro de referencia de los EE.UU. Los datos de población, los resultados, la morbilidad y la mortalidad se registraron prospectivamente en una base de datos.

El objetivo fue comparar los resultados de EBUS-TBNA y MTC para la evaluación mediastínica a lo largo de la curva de aprendizaje de EBUS.

### Principales resultados

Se incluyeron 132 pacientes (EBUS=46, MTC=86). El 56% del grupo EBUS fueron varones cuya edad media era 62 (33 a 84 años). En el grupo de MTC el 72% fueron varones y la edad media de 58 (20 a 82 años). La indicación del procedimiento fue ante diagnóstico o estadificación del cáncer de pulmón (EBUS 70% vs. MTC 60%), estadificación mediastínica de un paciente con cáncer de pulmón conocido (EBUS 2% vs. MTC 8%), restablecimiento del cáncer de pulmón (EBUS 17% vs. MTC 9%), otros (EBUS 11% vs MTC 23%). Entre los 41 pacientes con cáncer de pulmón en el grupo EBUS hubo un falso negativo en un procedimiento de reestadificación. No hubo resultados falsos positivos o negativos en el grupo MTC. No se observó morbilidad ni mortalidad en el grupo EBUS. Por otro lado, la morbilidad y mortalidad fue del 1% en el grupo MTC.

### Conclusiones

Los resultados obtenidos con EBUS-TBNA mediastínico a lo largo de la curva de aprendizaje fueron similares a los publicados. No hubo diferencias entre los grupos

EBUS y MTC al evaluar pacientes con cáncer de pulmón.

EBUS-TBNA parece ser un método seguro y eficaz que se compara favorablemente con MTC incluso durante la curva de aprendizaje.

La diferencia en la prevalencia de cáncer de pulmón entre los grupos fue significativa, por lo que limitó las conclusiones al comparar el rendimiento diagnóstico de EBUS-TBNA y MTC en estas poblaciones.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES Y RESULTADOS N=132

	MTC (N=86)	EBUS-TBNA (N=46)
Edad	58 (20-82)	62 (33-84)
Género masculino	62 (72%)	26 (56%)
Cáncer de pulmón	66 (77%)	41 (89%)
Diagnóstico/estadificación	51	32
Estadificación	7	1
Re estadificación	8	8
Otro	20 (23%)	5 (11%)
Morbilidad	1 (1%)	0
Mortalidad	1 (1%)	0

Los datos se presentan en números totales (%). MTC: mediastinoscopia; EBUS-TBNA: ultrasonografía bronquial endoscópica con aspiración transbronquial con aguja.

### LA EXPERIENCIA EN SANATORIO DE LOS ARCOS

Desde el año 2013 contamos con un equipo EBUS que se ha sumado a las opciones diagnósticas que ofrecemos a nuestros pacientes en el marco de una evaluación multidisciplinaria. Tanto la indicación como la realización de las punciones mediastinales guiadas por EBUS son llevadas a cabo por un neumonólogo y un cirujano torácico formados en centros de referencia mundial. Entre octubre de 2013 y diciembre de 2016 se han realizado 86 procedimientos, de los cuales el 56% fueron hombres. La edad media fue 62 años (rango 33-84 años). La indicación fue: 70% para diagnóstico y estadificación de cáncer de pulmón; 2% únicamente para estadificación en pacientes con diagnóstico previo de neoplasia maligna pulmonar; 17% fue reestadificación posterior a tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia; finalmente un 11% fue por otras indicaciones (tuberculosis, sarcoidosis, metástasis de tumores no pulmonares). En 84 (98%) de los 86 pacientes se obtuvo un diagnóstico correcto. Hubo un falso negativo en reestadificación posterior a quimioterapia y otro que se diagnosticó como cáncer de pulmón a células pequeñas resultando finalmente adenocarcinoma con diferenciación neuroendocrina. No se observaron complicaciones de ningún tipo.

En el año 2015 se compararon los resultados obtenidos con EBUS en el Sanatorio de los Arcos con los resultantes del uso de mediastinoscopia en centros sin acceso a esta tecnología. Esta experiencia fue presentada en el marco del 3er. Curso Anual de Avances en Cirugía Oncológica Torácica del Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA. Los procedimientos fueron realizados por el mismo equipo quirúrgico. Los datos demográficos e indicaciones fueron similares en ambos grupos. Los resultados obtenidos fueron similares con ventaja comparativa para el EBUS en relación a invasión y tiempo de internación. A continuación se presenta un resumen de tales resultados.

## Evaluación comparativa entre el colesterol no-HDL y el colesterol-LDL en niños y adolescentes

Rev Cubana Pediatr. 2017;89 (1)

**Dra. Silvina Cuartas**

Médica pediatra

Experta en Lípidos Sociedad Argentina de Lípidos

Swiss Medical Group

**Dra. María Pérez Torre**

Médica Pediatra

Grupo Dislipidemias

Actualmente se sabe que el proceso aterosclerótico se inicia en los primeros años de vida, y si no se realiza una adecuada prevención y detección precoz, puede manifestarse con severidad en la etapa adulta. Puede decirse que la aterosclerosis es uno de los grandes depreadores de la salud humana.

El no-HDLc se define como la diferencia entre el colesterol total (CT) y el colesterol HDL (HDLc). Resulta muy útil porque refleja el capital aterogénico circulante. Se ha identificado al no-HDLc como un marcador significativo de la presencia de aterosclerosis subclínica y de dislipidemia persistente, más que el CT o el colesterol-LDL (LDLc) por separado. El único colesterol protector anti-aterogénico (o bueno) es el HDLc; el resto constituye el no-HDLc, que incluye el LDLc y otras fuentes de lipoproteínas aterogénicas, como los remanentes de quilomicrones, las fracciones de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), de densidad intermedia (IDL) y se correlaciona con los niveles circulantes de la apolipoproteína B (Apo B).

### Diseño y objetivo del estudio

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los últimos 15 años (enero de 2000 a diciembre de 2015) de las historias clínicas de pacientes entre 6 y 18 años de edad, controlados en consultorios pediátricos privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del conurbano bonaerense (N=941). Se elaboró un registro con edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), antecedentes personales, familiares y perfil lipídico. Los criterios de exclusión fueron: presencia de estado febril en curso, alguna enfermedad infectocontagiosa o enfermedades crónicas previamente diagnosticadas.

Se consideraron las variables: CT, HDLc y triglicéridos (TG). El no-HDLc se cuantificó restando el HDLc al valor de CT (no-HDLc= CT-HDLc); el LDLc fue calculado con la fórmula de Friedewald (LDLc= CT-[HDLc-TG/5]). Se calcularon los índices de riesgo aterogénicos CT/HDLc y LDLc/HDLc. Se utilizaron los puntos de corte propuestos por la Ame-

rican Academy of Pediatrics.

Los otros puntos de corte utilizados fueron < 40 mg/dL para HDLc, y para los índices de riesgo aterogénico: > 4,5 para CT/HDLc y > 3 para la relación LDLc/HDLc.

Se evaluó la prevalencia de no-HDLc y de LDLc en forma comparativa por rango de edades, agrupadas en tres categorías: de 6 a 11, de 12 a 16 y >16 años. Se empleó el programa EpiInfo v. 6.04d y la prueba de chi 2 o test exacto de Fisher ( $p < 0,05$ ).

El objetivo principal fue determinar la prevalencia de elevación del colesterol no-HDL en comparación con el LDLc y su correlación con otros parámetros lipídicos, en una población ambulatoria de niños y adolescentes de 6 a 18 años. El objetivo secundario fue destacar las ventajas de cuantificar y considerar el no-HDLc en la práctica pediátrica cotidiana.

### Principales resultados

Se observó predominio femenino (59%), con edad promedio de 11 años y 16% obesidad (IMC  $\geq +2$  desvíos estándar o percentil 97), 13% sobrepeso (IMC entre puntajes z de +1 percentil 85 y +2 percentil 97).

La prevalencia de elevación del no-HDLc fue de 27%, siendo el máximo valor registrado 382 mg/dL, el promedio de 178 mg/dL; mientras que la prevalencia de elevación de LDLc fue de 24%, con un máximo valor de 351 mg/dL, un valor promedio de 163 mg/L. Inversamente, la prevalencia de niveles aceptables de no-HDLc fue menor que los niveles aceptables de LDLc (52 y 58% respectivamente).

Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de elevación del no-HDLc que los varones de la muestra (59%) y el incremento de LDLc también fue predominante en el sexo femenino (58%). Con relación a la edad, la prevalencia fue idéntica para el incremento de ambas variables, en los tres rangos analizados. Se registró 65% en el grupo de 6 a 11, 28% en el grupo de 12 a 16 y 7% en los mayores de 16 años (tabla 1).

Como resultado de la cuantificación de todos los parámetros del perfil lipídico

### REFERENCIAS

Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso sobre manejo de las dislipidemias en Pediatría. Comité de nutrición. Arch Argent Pediatr. 2015;113(2):177-86.

Usefulness of childhood non-high density lipoprotein cholesterol levels versus other lipoprotein measures in predicting adult subclinical atherosclerosis: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics. 2008; 121:924-9.

Association of LDL cholesterol, Non-HDL cholesterol, and apolipoprotein B levels with risk of cardiovascular events among patients treated with statins. JAMA. 2012;307:1302-9.

Relación colesterol total a HDL y colesterol no HDL: los mejores indicadores lipídicos de aumento de grosor de la íntima media carotídea. Rev Med Chile. 2012;140(8):969-76.



**TABLA 1: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD, SEXO E IMC DE LOS PACIENTES**

Edad (en años) y sexo	No-HDLc $\geq$ 145 mg/dL (n: 251)			LDLc $\geq$ 130 mg/dL (n= 225)		
	Peso IMC< 85	Sobrepeso 85-95	Obesidad > 95	Peso IMC< 85	Sobrepeso 85-95	Obesidad > 95
De 6 a 11 años						
Varones	49	7	11	47	6	12
Mujeres	71	10	16	61	10	15
De 12 a 15 años						
Varones	16	7	6	15	7	3
Mujeres	31	7	2	28	8	2
Mayores de 16 años						
Varones	3	1	0	2	1	0
Mujeres	11	2	0	10	1	0

IMC: índice de masa corporal

**TABLA 2: CUANTIFICACIÓN COMPARATIVA DE TODOS LOS PARÁMETROS DEL PERFIL LIPÍDICO VINCULADOS A RIESGO CARDIOVASCULAR**

Parámetros	Pacientes	%	Rango	Promedio
↑ No-HDLc	251	27	145-382	178
↑ Índice CT/HDLc	246	26	4,01-9,91	4,81
↑ CT	240	25	200-445	234
↑ LDLc	225	24	130-351	163
↑ Índice LDLc/HDLc	142	15	3.01-7,61	3,82
↓ HDLc	125	13	22-39	35

No-HDLc: mp HDL colesterol; CT: colesterol total; HDLc: HDL colesterol

vinculados a riesgo potencial, la elevación del no-HDLc fue la alteración más prevalente encontrada, con 27% (251 pacientes), seguida por la elevación de la relación CT/HDLc -o índice de Castelli- con 26%, mientras que el incremento del LDLc se ubicó en el cuarto lugar después de la hipercolesterolemia, con 24% (tabla 2).

El incremento del no-HDLc se asoció con hipercolesterolemia en 85% de los casos y con la elevación del índice de CT/HDLc en 69%, mientras que los porcentajes de asociación entre estos dos parámetros con el LDLc elevado, fueron menores (84 y 67% respectivamente).

La prevalencia de elevación del no-HDLcy LDLc fue la misma en los pacientes de peso normal y con sobrepeso (27 y 24%), mientras que en los pacientes con obesidad fue menor (25 y 22%), con una diferencia estadística

significativa ( $p < 0,05$ ). Pero presentaron mayor prevalencia de la alteración del índice CT/HDLc (36%) y descenso del HDLc (27%).

Del total de pacientes analizados, 251 presentaron elevación del no-HDLc, mientras que 225 presentaron elevación del LDLc; o sea, que la cuantificación del colesterol no-HDLc permitió detectar 26 pacientes más con riesgo potencial de dislipidemia persistente y/o riesgo cardiovascular futuro (3 % del total). Además, se analizaron los pacientes que presentaron LDLc límite y aceptable ( $< 130$  mg/dL), pero asociado con un no-HDLc elevado, y se detectaron 62 pacientes más con algún tipo de alteración lipídica vinculada con riesgo cardiovascular: elevación del índice CT/HDLc (24), hipercolesterolemia (19), 11 con descenso del HDLc $< 40$  mg/dL y 8 con incremento del índice LDLc/HDLc.

## Discusión y conclusiones

De todos los parámetros lipídicos analizados en el Bogalusa Heart Study, sólo el no-HDLc demostró una asociación significativa con el proceso de aterogénesis en la infancia y el riesgo de enfermedad cardiovascular en la edad adulta.

El uso del no-HDLc aumenta la sensibilidad y la especificidad para detectar dislipidemias en la infancia. En este estudio permitió identificar 9% más de pacientes que a pesar de tener un dosaje de LDLc aceptable ( $< 130$  mg/dL) poseían alguna otra variable lipídica alterada, lo que permite inferir que la valoración del no-HDLc resulta un elemento más sensible para detectar niños con riesgo aterogénico aumentado y poder implementar medidas de prevención y orientación.

El no-HDLc se correlaciona inversamente con HDLc e incluye las lipoproteínas ricas en TG, como los remanentes de VLDL (moléculas pequeñas y densas, con mayor capacidad aterogénica). Estudios poblacionales de seguimiento han demostrado que logra predecir de manera efectiva el desarrollo de dislipidemias, obesidad y riesgo cardiovascular en la adultez, incluso mejor que el LDLc, porque se correlaciona con el nivel de Apo B. Resulta una manera adecuada de estimar el riesgo cardiovascular y agrega información pronóstica sin costo adicional al perfil lipídico de rutina. Su elevación por sobre los rangos señalados en la niñez, parece predecir la persistencia de la dislipidemia en el tiempo y además, resulta un buen parámetro para documentar el éxito de una intervención, ya sea dietética o farmacológica.

Este trabajo se realizó sobre un muestreo de conveniencia, sería necesario extender el registro a otros barrios con diferentes condiciones socioeconómicas y a establecimientos públicos. Los datos obtenidos avalan la propuesta de utilizar el no-HDLc como el primer parámetro de selección, por su sencillez, porque no requiere ayuno y por su especificidad para identificar a los pacientes con riesgo cardiovascular.

## Servicio de Salud Fetal de Swiss Medical Group: Genética Médica



### **Dra. Lourdes Crespo**

Médica especialista en Genética  
Médica especialista en Ginecología y  
Obstetricia  
Servicio de Salud Fetal  
Clínica y Maternidad Suizo Argentina  
Swiss Medical Group

*Durante los últimos 26 años Swiss Medical Group ha brindado una atención de excelencia y vanguardia en el área de la salud materno-feto-neonatal. El trabajo en equipo de los Servicios de Obstetricia, Neonatología y Salud Fetal, integrados en un Departamento de Perinatología brinda el respaldo necesario a los médicos de cabecera en el manejo ambulatorio y durante la internación de sus pacientes obstétricas, mejorando así, la seguridad del binomio madre-hijo. En esta oportunidad, Æqualis conversó con la Dra. Lourdes Crespo, responsable del área de Genética Médica para conocer en qué consiste y cómo se inserta su quehacer en el marco de esta atención integrada.*

### **¿Por qué incorporar Genética Médica en el diagnóstico prenatal?**

Desde 2014 la Clínica ha incorporado dentro del diagnóstico prenatal del Servicio de Salud Fetal la sección de Genética Médica. Esto no sólo nos permite mejorar en los diagnósticos, sino especialmente en el estudio temprano de las gestaciones y así poder trabajar en la predicción y prevención de las patologías más frecuentes del embarazo. La permanente comunicación entre el médico de cabecera y el equipo perinatal nos permite, además de detectar alteraciones, planear el seguimiento, momento de nacimiento, tratamiento y control posterior junto al área de Neonatología y todos los especialistas que intervendrán acorde a las necesidades del caso. De esta serie de consultas perinatales surge la determinación de la mejor conducta, que será transmitida al grupo familiar.

### **¿Cómo funciona el área de Genética?**

La sección Genética funciona dentro del Servicio de Salud Fetal y Ecografía. En la Clínica y Maternidad Suizo Argentina todas las pacientes que consultan para *screening* del primer trimestre son inicialmente evaluadas por alguna de las médicas del equipo, para identificar factores de riesgo y determinar qué tipo de seguimiento es el más conveniente.

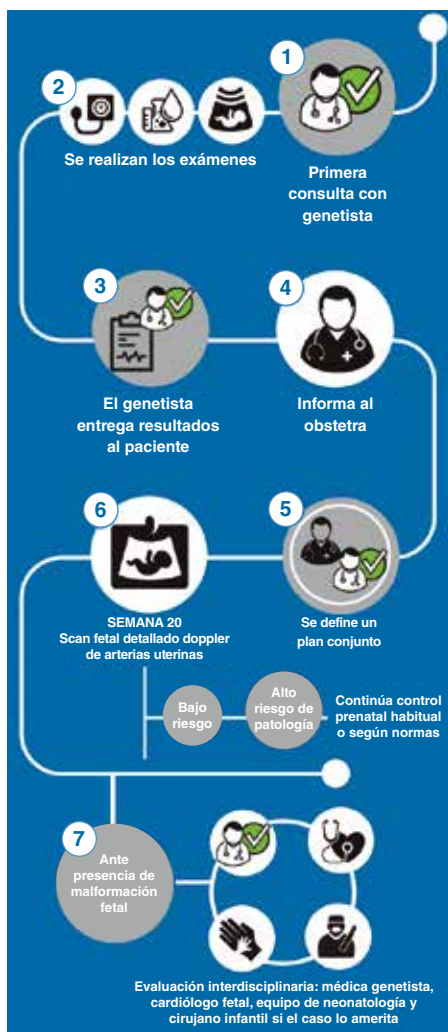
### **¿Cuál es el valor de dicho screening del primer trimestre?**

Este *screening* constituye la primera oportunidad para evaluar los riesgos de distintas patologías: desde una anomalía de cromosomas, una malformación importante, hasta otras patologías como la preeclampsia, el parto prematuro, y la restricción de crecimiento intrauterino. La detección de embarazos múltiples permite también realizar un correcto y temprano diagnóstico del tipo de placentación, fundamental para establecer los riesgos y el seguimiento adecuado de estas gestaciones.

### **¿En qué consiste el screening?**

Luego de la consulta y en el mismo momento, se realiza el control de tensión arterial, la ecografía doppler color fetal y la muestra de sangre para análisis bioquímicos. Todos los resultados son remitidos a un software de cálculo de riesgo, al igual que se hace en el resto de mundo. Los resultados son entregados a la semana en forma personalizada por la misma especialista en Genética que evaluó a la paciente en el inicio. En caso de existir un riesgo aumentado de alguna patología, se le informa al médico de cabecera y se elabora un plan de seguimiento conjunto. A esas mismas pacientes se les ofrece la oportunidad de una segunda evaluación durante la ecografía de la semana 20 o scan detallado fetal. Durante el mismo se detalla la anatomía del feto en busca de malformaciones, se descarta la presencia de marcadores de anomalías cromosómicas y se realiza nuevamente un doppler de las arterias uterinas para reevaluar el riesgo de desarrollar preeclampsia. Si durante la evaluación con la médica genetista se identificara un riesgo de patología cardíaca, se indica un ecocardiograma doppler color dentro del mismo equipo de Perinatología (Dres. Ithurralde y Gallo). Ante la presencia de una malformación fetal, la paciente es evaluada en forma interdisciplinaria por la médica genetista, el cardiólogo fetal, el equipo de Neonatología y el cirujano infantil si el caso lo amerita.

## SCREENING GENÉTICO EN SALUD MENTAL



## ¿Cuál es actualmente el screening más efectivo para trisomía 21?

Se obtiene mediante una combinación de datos: la edad materna, el grosor de la TN fetal medida por ecografía y la determinación bioquímica en sangre de la madre de dos productos placentarios: la proteína plasmática A asociada al embarazo (PAPP-A) y la fracción libre de la subunidad Beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG libre) o TN plus. Además de detectar fetos con trisomía 21, este método también permite sospechar otras anomalías cromosómicas frecuentes durante el embarazo como la trisomía 18, la trisomía 13 y la monosomía del X (síndrome de Turner). En los últimos años se han descubierto

nuevos marcadores ecográficos de anomalías de cromosomas que pueden ser evaluados durante la ecografía del primer trimestre: la ausencia o hipoplasia del hueso nasal (HN), el flujo reverso a nivel del ductus venoso (DV) y la regurgitación de la válvula tricúspide (VT). El uso combinado de los mismos es considerado beneficioso para disminuir la tasa de falsos positivos (TFP) a valores cercanos al 1%-2%, manteniendo la tasa de detección (TD) en un 90% o más.

## ¿Y cómo evalúan otros defectos no cromosómicos?

La evaluación de estos mismos marcadores puede introducirse como método de screening precoz para otros defectos no cromosómicos tales como cardiopatías congénitas y también como predictor de pronóstico adverso en el embarazo, ya que se ha observado una fuerte asociación entre estos, especialmente el DV y la VT. En caso de sospechar una posible infección, se realiza la consulta con el área de Infectología Perinatal (Dra. Liliana Vazquez).

## CÁLCULO DE RIESGO DE DESARROLLAR PATOLOGÍAS FRECUENTES DEL EMBARAZO

La combinación de ecografía + doppler de arterias uterinas + marcadores bioquímicos + toma de la tensión arterial media + evaluación de antecedentes, nos permite realizar un cálculo de riesgo para tres de las patologías más frecuentes del embarazo, que son la preeclampsia, el parto prematuro y la restricción de crecimiento intrauterino. Si la paciente tuviera un riesgo aumentado de padecer alguna de dichas patologías existen planes de seguimiento y prevención para disminuir dicho riesgo.

Por otro lado, cuando el screening determina un alto riesgo de anomalías de cromosomas pueden implementarse métodos diagnósticos como la biopsia de vellosidades o la amniocentesis (Dra. Isabel Canosa) y el estudio citogenético con las técnicas más avanzadas de laboratorio.

## ¿Cuál consideran que es el valor diferencial del área?

Creemos que el valor diferencial radica en la evaluación inicial y la devolución final de estos estudios por parte de una médica genetista. También, al trabajar en conjunto y en comunicación permanente con el médico de cabecera y los otros integrantes del equipo perinatal no sólo podemos detectar el problema, sino también, encontrar, en un mismo sitio, la solución más adecuada al mismo.

## SALUD FETAL DE SWISS MEDICAL GROUP EN NÚMEROS

La Clínica y Maternidad Suizo Argentina y el Sanatorio de los Arcos realizan alrededor de 1.200 nacimientos mensuales. La mayor parte de dichas pacientes son derivadas por sus médicos de cabecera a estudiarse en el Servicio de Salud Fetal y Ecografía de SMG. Éstas y otras (alrededor de 1.500 a 2.000 por mes) realizan los controles preventivos y de rutina indicados por el obstetra. El 20% de esta población cursa embarazos de alto riesgo, por lo que su control puede incluir ecografía, scan detallado, doppler, monitoreo fetal, ecocardiografía fetal y otras técnicas del bienestar fetal.

El riesgo global de tener un embarazo con una anomalía de cromosomas es del 3%. En lo que va del año 2017, el equipo de Salud Fetal ha realizado alrededor de 800 screening del primer trimestre y otros tantos asesoramientos genéticos.

## Programa Becas de Posgrado del Departamento de Docencia e Investigación de Swiss Medical Group



**Dr. Carlos Bruno**  
Médico cardiólogo  
Departamento de Docencia e  
Investigación  
Swiss Medical Group

Desde el año 2005 el Departamento de Docencia e Investigación de Swiss Medical Group ofrece a los médicos de todo el país una oportunidad de entrenamiento rentado a través de su Programa de Becas de Posgrado. *Æqualis* conversó con uno de sus directivos, el **Dr. Carlos Bruno** para conocer más detalles, y con tres de los actuales fellowships para que nos contaran sobre su experiencia.

### ¿En qué consiste el Programa?

Es un entrenamiento para quienes deseen continuar el aprendizaje después de haber finalizado una residencia médica o una concurrencia certificada con sistema de residencia. El Programa se basa fundamentalmente en el “aprendizaje a través del problema” que permite a los participantes adquirir el conocimiento a través de la actividad laboral diaria.

### ¿Qué duración tiene?

El contrato es por dos años (con relación de dependencia), y para acceder al segundo año de la beca es necesario que el profesional presente una monografía que será evaluada por el área de Docencia e Investigación.

### ¿Qué especialidades pueden postularse a las becas?

Clínica médica, Cardiología de adultos y pediátrica, Cardiología intervencionista de adultos, Recuperación cardiovascular periférica pediátrica, Unidad de Terapia Intensiva, Electrofisiología de adultos y pediátrica, Neonatología, Kinesiología cardiorespiratoria, Ultrasonografía, Oftalmología clínica y estudios diagnósticos, Cirugía de cadera y rodilla, Epilepsia y Neurología. Y en Clínica Zabala y Clínica Olivos, Emergentología.

### ¿Cómo surgió la idea de este Programa?

Por el año 2005 cuando comienzo a estar al frente del área de Educa-

ción Médica Continua de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, entre los principales objetivos de mi gestión, ya se encontraba crear un plan de becas a semejanza de las que el Dr. Luis Prudent y la Dra. Ana Pedraza habían fundado en el área de Neonatología. Otros de los objetivos, por supuesto, fueron la creación del Comité de Ética en Investigación y mantener vigente el Precongreso de Cardiología. Hoy, puedo decir con orgullo y gratitud hacia mis colegas, y en particular, hacia la Dra. Adriana Gamba, que no sólo hemos cumplido con dichos objetivos, sino que hemos crecido enormemente. En síntesis, si bien todo es perfectible, hoy contamos con muchas más herramientas que en el momento de nuestro inicio en el año 2005 para continuar desarrollando las actividades de posgrado.

### ¿Cuál es el fundamento profundo de estos espacios de formación?

La ciencia aplicable en Medicina, al igual que la ciencia en general, es dinámica, cambia en forma permanente en matices y paradigmas. Bastarían dos ejemplos: la digital (glucósidos cardíacos) de uso corriente en Cardiología a mediados del siglo pasado, hoy es de aplicación infrecuente. El otro, hasta 1987 la insuficiencia cardíaca se trataba con vasodilatadores, diurético, etc. Hasta que hace su aparición el Enalapril (estudio CONSENSU, inhibidor del sistema renina angiotensina) que por su efecto neuroendocrino, cambia el paradigma mejorando la morbimortalidad de la enfermedad. Sin desestimar la amplia producción y revisión de guías de práctica clínica, que requieren actualización periódica y permanente.

Es por ello que uno de nuestros pilares es la idea de que la educación médica continua debe ser una constante, y por eso pensamos que las residencias médicas y los sistemas de becas con estructura similares a las residencias son fundamentales para la formación de posgrado.



## Cuatro becarios nos cuentan su experiencia



**Dr. Sergio Silvestrini**  
Becario en Electrofisiología

Desde que formo parte de este grupo médico encontré muchas de las cosas que valoro a la hora de trabajar y de aprender: mucho respeto y profesionalismo, un contacto muy directo y personalizado con la institución a la hora de pautar y resolver los pequeños problemas que surgen cotidianamente, lo que genera mucha contención. En cuanto al desarrollo de la Electrofisiología, me parece un lugar óptimo para formarse ya que cuenta con una casuística muy importante y con la máxima tecnología. Y finalmente, el aspecto humano, ampliamente desarrollado, ya que existe un gran compañerismo en todo el grupo de trabajo, lo cual hace muy agradable el día a día y también se ve reflejado hacia el paciente a la hora de la atención médica. Por todo ello, recomiendo a aquellos que quieran seguir con su formación médica que lo hagan aquí.



**Dr. Facundo Peñaloza**  
Becario en Cardiología intervencionista

Actualmente me encuentro en mi segundo año de formación en Cardiología intervencionista. Cumplimos el horario de 8:00 a 16:00 hs de Lunes a Viernes y realizamos las guardias pasivas de 24 hs para infartos agudos. Asimismo realizamos horas de consulta clínica y seguimiento de pacientes con cardiopatía isquémica además de las

tareas realizadas en la sala de cateterismo. Mi experiencia en el servicio es más que satisfactoria y cumple con mis expectativas. Tanto a nivel humano como profesional el servicio de Cardiología intervencionista se categoriza por ser excelente. La formación en sala siempre fue realizada bajo supervisión de médicos con basta experiencia en el área coronaria como estructural de la patología cardiovascular. Se me ha permitido participar en casos de gran complejidad, lo que afianza aún más los conocimientos adquiridos a lo largo de mi fellow. Resta un año para completar mi formación y me gustaría seguir formando parte del equipo médico de Swiss Medical Group.



**Dr. Leandro Mamani**  
Becario en Cardiología intervencionista

Comencé el fellow en Junio del 2016, inmediatamente después de terminar mi residencia en Cardiología en el Hospital Churruca Visca. Durante los primeros tres meses realicé la preparación de la sala bajo técnica estéril y acompañé observando los procedimientos en la sala de Hemodinamia. Posteriormente, siempre bajo estricta supervisión de los médicos staff del Servicio y fellows superiores, fui iniciando mi actividad como ayudante del 2do. operador, de modo que con 6 meses de experiencia pude actuar en los casos de menor complejidad.

Siempre existió muy buena predisposición para dar explicaciones de los casos e incentivar la lectura y el estudio permanente. No sólo por parte de médicos, sino también de técnicos y enfermeros.

Desde el punto de vista académico, cada semana participamos activamente en el ateneo central de la clínica con presentación de casos. Actualmente cumpliendo mi año de experiencia en el servicio, puedo realizar procedimientos diagnósticos de arterias coronarias y actuar de 2do. operador en procedimientos

terapéuticos. Continúo mi aprendizaje y voy día a día tratando de mejorar en la especialidad que elegí. Agradezco la confianza depositada y la posibilidad de formarme al Servicio de Cardiología Intervencionista, como así también al Departamento de Docencia e Investigación.



**Dr. Ignacio Paganini**  
Becario en Cardiología intervencionista

Ya a sólo un mes de terminar la beca en Cardiología intervencionista, puedo afirmar que me encontré con grandes profesionales en la materia, quienes me hicieron crecer tanto en lo profesional como en lo personal, ya que me acompañaron en el sentido integral de mi formación. Por supuesto que como en todo sistema hay fallas y éste no es la excepción, pero siempre con buena voluntad se han ido solucionando y modificando, tratando de que los que vienen detrás encuentren un sistema cada vez más prolijo. También es a través de estas fallas que uno crece, y aprende, tanto lo que se debe como lo que no se debe hacer.



**PROGRAMA BECAS DE POSGRADO DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DE SWISS MEDICAL GROUP**

**Edad:** hasta 35 años.

**Horario laboral:** lunes a viernes de 8 a 16 hs. (con una franja protegida para trabajo académico después de las 14 hs., diseñado conjuntamente entre el participante y los jefes de área).

**Remuneración:** por contrato.

Para conocer más sobre el Programa, se puede ingresar al sitio web: <http://bit.ly/2otCRJC>  
Comunicarse telefónicamente al (011) 5239-6010 / (011) 15-4415-7175 o concurrir personalmente a Av. Pueyrredón 1486, 2° piso (CABA).  
Los CV son recibidos exclusivamente vía email: [vanesa.martin@swissmedical.com.ar](mailto:vanesa.martin@swissmedical.com.ar) / [carlos.bruno@swissmedical.com.ar](mailto:carlos.bruno@swissmedical.com.ar)





## XII CURSO PRECONGRESO DE CARDIOLOGÍA DE ADULTOS Y IV PRECONGRESO DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA 2017 LA CARDIOLOGÍA A TRAVÉS DEL CASO CLÍNICO

**18 DE OCTUBRE DE 8 A 18.30 hs.**  
Sociedad Científica Argentina - Av. Santa Fe 1145

INSCRIPCIÓN LIBRE Y GRATUITA.

Limitada a 200 participantes de cardiología de adultos y 100 participantes de cardiología pediátrica.

INFORMES: Tel. 4589-1846

Inscripción Online: [www.swissmedical.com.ar/precongresocardiologia](http://www.swissmedical.com.ar/precongresocardiologia)



## Educación sobre higiene de manos: Clínica Olivos presente en escuelas de Vicente López y Olivos

### Lic. Mirian Hinojosa

Sup. de Control de Infecciones  
Certif. en Epidemiología y control de infecciones

Clínica Olivos

Swiss Medical Group

Desde fines del año pasado, Clínica Olivos desarrolla un programa educativo en escuelas primarias de la municipalidad de Vicente López, el objetivo es reforzar la adhesión al lavado de manos en los ámbitos escolares y hogareños.

### Cada día una comunidad más saludable

Como institución de salud, Clínica Olivos, en representación de Swiss Medical Group, asume esta iniciativa como una forma más de contribuir a las acciones locales que impactan sobre conductas individuales vinculadas a la salud. Para ello, moviliza recursos humanos que pueden promover prácticas de higiene y, de ese modo, ayudar a implementar y a hacer sostenible un proyecto mucho más grande como es crear comunidades saludables. Este enfoque es posible porque se entiende que la salud está determinada por varios factores, entre los que se encuentran no sólo las condiciones ambientales, sino también la conducta individual.

### En qué consiste la actividad

Además de brindar la charla didáctica de la que participan los niños, se les enseña por qué hay que lavarse las ma-

nos, con qué, en qué momentos y cómo realizar la técnica correcta.

Cada colegio recibe frascos grandes de gel alcohólico para las aulas y un afiche plastificado para que sea colocado en los baños, también se entrega a los padres un flyer o volante ilustrativo del lavado de manos y un dibujo para colorear.



### Quiénes recibieron a Clínica Olivos en sus aulas

Se brindaron charlas a los alumnos de 1er. grado de las escuelas Nro. 2, Nro. 6, Nro. 8, Nro. 13 y Nro. 15 de Olivos y Vicente López.

Las charlas del ciclo 2016 estuvieron a cargo de: Lic. Mirian Hinojosa, Patricia Aguad, María Catalina Martínez y Victoria Mura, y se reanudaron al comienzo del ciclo lectivo 2017.



## Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Swiss Medical Medicina Privada

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 comparan y difunden análisis y definiciones surgidas de dichas reuniones.

### Prótesis auditiva osteointegrada BAHA® en el tratamiento de la hipoacusia

#### Descripción

La hipoacusia, definida como la incapacidad de oír tan bien como una persona con audición normal, se clasifica en leve (umbral de percepción 20-40 decibeles -dB-), moderada (40-70 dB), profunda (70-90 dB) o total (> 90dB). La etiología congénita o adquirida puede deberse a defectos uni o bilaterales en la transmisión sonora a través del canal de conducción (hipoacusia de conducción: afección del oído externo, tímpano u oído medio), anormalidades en la percepción (hipoacusia neurosensorial: afecciones en la cóclea o sistema nervioso central), o la combinación de ambas (hipoacusia mixta). Se estima que a nivel mundial se encuentran afectados, principalmente en países de bajos y medianos ingresos, entre 1 a 6 % niños nacidos vivos y un tercio de la población mayor de 65 años.

Los dispositivos de ayuda auditiva, como audífonos e implantes cocleares, forman parte de la rehabilitación auditiva que permite la integración psicosocial de las personas hipo acúsica independientemente de su nivel de déficit auditivo.

Las prótesis auditivas osteointegradas, tales como el audífono anclado en hueso (BAHA®, del inglés bone anchored hearing aid), surgieron como alternativas terapéuticas para aquellos casos en los cuales los audífonos convencionales no resultan clínicamente apropiados.

El BAHA® fue la primera familia de prótesis auditivas semi-implantables de conducción ósea. Están conformadas por un implante de titanio a nivel mastoideo, al cual se fija un procesador de palabras externo que a través de la vía ósea logrará estimular la cóclea.

La familia BAHA® está integrada por diversos dispositivos cuya indicación varía acorde al nivel y tipo de hipoacusia según los hallazgos audio métricos. El BAHA® softband o headband TM, consiste en una vincha o banda a la cual se adaptan uno o dos procesadores de sonido, y tiene su indicación en presencia de espesor cortical óseo

inadecuado (<3mm) tal como sucede en niños menores de tres años o en la osteogénesis imperfecta.



#### Evidencia disponible

La mayoría de las guías de práctica clínica identificadas consideran apropiado el empleo del BAHA en el tratamiento de la hipoacusia de conducción o mixta y la hipoacusia neurosensorial unilateral.

#### Conclusiones

Las políticas de cobertura encontradas brindan cobertura al implante BAHA® unilateral principalmente en la hipoacusia de conducción o mixta con contraindicación para audífonos convencionales, mientras que algunas también lo consideran como una alternativa frente a otros dispositivos en la hipoacusia neurosensorial unilateral.

En Argentina el Programa Médico Obligatorio no incluye explícitamente el implante auditivo BAHA®, pero el mismo se encuentra dentro del listado de tecnologías sanitarias pasibles de recupero a través del Sistema único de Reintegro de la Superintendencia de Servicios de Salud, en los casos que existiendo indicación de audífonos externos haya condiciones médicas que los contraindiquen.

#### Política de cobertura

Swiss Medical Medicina Privada considerará otorgar cobertura en pacientes con hipoacusia de diferentes orígenes con indicación de audífonos en los cuales no pueden ser utilizados los convencionales.



# Alerta farmacológica

## Advertencias sobre uso no autorizado de Flutamida en mujeres

### Farm. Fabricio Camblor

Jefe Farmacia  
Clínica Olivos  
Swiss Medical Group

### Dr. Marcelo Ponte

Jefe de Políticas y Servicios Médicos  
Swiss Medical Medicina Privada

En un informe publicado el 27 de abril próximo pasado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) se advierte sobre casos graves de hepatotoxicidad por flutamida asociados al uso fuera de las condiciones autorizadas.

Flutamida es un antiandrógeno no esteroideo que se utiliza para el tratamiento del carcinoma metastásico de próstata. Ejerce su acción a través de la inhibición de la captación de andrógenos (principalmente testosterona) y/o la unión de éstos al núcleo de tejidos diana. La capacidad de generar hepatotoxicidad es ya conocida, habiendo en los prospectos recuadros de alertas de monitoreo de enzimas hepáticas durante el tratamiento con la misma.

En Argentina se comercializa bajo el nombre de *FLUTRAX*, *FLUTAMIDA FILAXIS*, *LUTAMIDA GADOR*, *FLUTAMIDA LAFFEDAR*, *FLUTAMIDA LKM* y *FLUTAMIDA MICROSULES*.

A partir de un caso notificado al Sistema Español de Farmacovigilancia, de hepatitis con desenlace mortal en una mujer que recibió flutamida para el tratamiento de la alopecia androgenética, el Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano (CSMH) de la AEMPS realizó una revisión bibliográfica y de notificaciones espontáneas sobre el uso de flutamida en mujeres para el tratamiento de dicha patología. En esta revisión se encontró que en España se han notificado hasta la fecha un total de 10 casos de trastornos hepáticos asociados al uso de flutamida en mujeres, 8 de ellos considerados graves. Las reacciones adversas notificadas fueron: hepatitis, hepatitis colestásica, esteatosis hepática y elevación de enzimas hepáticas. Ocho de las pacientes se recuperaron mientras que dos requirieron trasplante hepático. Una de las pacientes trasplantadas falleció posteriormente.

En hombres, el daño hepático es un riesgo conocido para flutamida y en los prospectos de los medicamentos se alerta sobre la aparición de niveles elevados de transaminasas en suero, encefalopatía hepática y muerte relacionada con insuficiencia hepática aguda a las dosis habituales de 250 mg cada 8 hs. Los casos procedentes de la notificación espontánea analizadas por el CSMH indican que también existe riesgo de

lesión hepática grave a dosis más bajas utilizadas en mujeres para indicaciones no autorizadas.

La AEMPS recuerda a los profesionales sanitarios que la única indicación autorizada para flutamida es el carcinoma de próstata y que no debe utilizarse en mujeres para el tratamiento de patologías como la seborrea, hirsutismo, acné y alopecia androgenética.

### Off label

Se denomina uso fuera de prospecto (conocido internacionalmente como uso off label) a los usos de una medicación para indicaciones que no se encuentran aprobadas formalmente por el ente regulador nacional (ANMAT, en caso de nuestro país). La falta de autorización formal se puede deber a que el laboratorio no hace la solicitud de una autorización para dicha indicación (situación más común) o a que se hace la solicitud pero el respaldo de ensayos clínicos es insuficiente. El uso fuera de prospecto existe debido a que la bibliografía (que es muy variable según la droga y el uso) lo “respalda” en la práctica diaria y una medicación es utilizada de esta manera. En el caso puntual de la flutamida es la utilización para hirsutismo, acné o situaciones de hiperandrogenismo en las mujeres.

Aprovechamos esta publicación para contribuir a la toma de conciencia sobre las implicancias que puede tener el uso fuera de prospecto de los medicamentos y desalentar esta práctica, debido que estos usos tienen, en general, un riesgo-beneficio alterado por el aumento de riesgo a cambio de menores beneficios.

### REFERENCIAS

1. Agencia Sanitaria de Medicamentos y Productos Sanitarios. Flutamida: casos graves de hepatotoxicidad asociados al uso fuera de las condiciones autorizadas. Disponible en: <http://bit.ly/2prY3y2>
2. <http://ar.privademecum.com/>
3. Uptodate
4. Flutamide – induced hepatotoxicity: ethical and scientific issues. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 21(1): 69-77.
5. Hepatotoxicity with low- and ultralow- dose flutamide: a surveillance study on 203 hyperandrogenic young females. *Fertil Steril.* 2012;98(4):1047-52.

## Actualizaciones en insuficiencia cardiaca

2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* (2016) 37 (27): 2129-2200. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>

### Dr. Leandro Candia

Médico cardiólogo  
Coordinador de Programas Médicos  
Gcía. de Servicios Médicos y Auditoría  
Swiss Medical Medicina Privada

La realización de guías para la práctica clínica es de vital importancia para que los profesionales basemos nuestras decisiones en normativas transparentes y comprobadas internacionalmente que se basan, a su vez, en los datos disponibles. Cada año, la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y el American College of Cardiology (ACC) junto con la American Heart Association (AHA) lanzan nuevas recomendaciones para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC), contribuyendo a un conocimiento más profundo de la fisiopatología de este síndrome clínico, lo cual es de gran impacto sobre la atención de nuestros pacientes.

### La guía europea

Ésta guía plantea un enfoque global en el que se destacan las comorbilidades cardiacas y también las extra cardiacas (diabetes, insuficiencia renal y EPOC), es decir, el paciente no sólo es interpretado desde el punto de vista de sus problemas cardiovasculares, sino como un todo.

### La definición actual de la insuficiencia cardiaca

La definición actual de IC se restringe a las etapas en las que los síntomas y/o signos son evidentes (disnea, edema, fatiga, regurgitación yugular, crepitantes, etc). Sin embargo, antes de las manifestaciones clínicas, los pacientes pueden presentar una IC estructural con disfunción ventricular izquierda sistólica o diastólica.

Reconocer esta disfunción en etapas tempranas está relacionado con el desarrollo de mejores resultados y un inicio de tratamiento precoz, lo que puede reducir la mortalidad en pacientes asintomáticos.

### Prevalencia y pronóstico

La prevalencia de IC depende de la definición aplicada, pero es aproximadamente 1-2% de la población adulta en los países desarrollados, aumentando a  $\geq 10\%$  entre las personas mayores de 70 años de edad. Entre las personas mayores de 65 años de edad que presentan a la atención primaria con disnea de esfuerzo, uno de cada seis tendrá falla cardiaca no reconocida. Siendo actualmente el riesgo de vida de IC a los 55 años de edad del 33% para hombres y del

28% para las mujeres.

Es importante realizar siempre un pronóstico en este tipo de pacientes, tanto de muerte como de hospitalización por IC, sin embargo su aplicación clínica es una estratificación de riesgo limitada y poco precisa. Se han desarrollado varios SCORE que relacionan múltiples variables (algunas interactivas) que pueden predecir la muerte de los pacientes, pero siguen siendo menos útiles para la predicción de hospitalizaciones posteriores de IC.

### Novedades

A continuación se presentan algunos puntos sobresalientes de las actualizaciones y recomendaciones que exponen las nuevas guías.

### Recomendaciones para prevenir o retrasar la aparición de IC manifiesta o prolongar la supervivencia de quienes la padecen.

La guía recomienda tratamiento de la hipertensión, estatinas en quienes tienen dislipemia y alto riesgo de enfermedad coronaria, y metformina para pacientes con diabetes tipo 2. Muchos estudios han querido asociar el deterioro de la IC en los pacientes que consumen drogas para la diabetes. Actualmente se cuenta con un inhibidor SGLT2 (empaglifozina) que reduce el riesgo de hospitalizaciones en pacientes de alto riesgo, pero todavía no hay estudios sobre inhibidores SGLT2 en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda o crónica.

### Un nuevo término para definir a los pacientes con IC y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en la banda del 40-49%: «IC con fracción de eyección en rango medio (IC-FEm)»

Como en las guías anteriores, la descripción de la IC se basa en determinación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), comprendiendo los pacientes con FEVI normal (considerada típicamente como  $\geq 50\%$ ) o IC con FE conservada (IC-FEc), o aquellos con FEVI reducida (típicamente considerada como  $< 40\%$ ) o IC-FEr. En esta nueva guía se trata de dar importancia a los pacientes con FEVI en la banda del 40-49%, que representan una “zona gris”



ahora definida como IC con FEVI en rango medio (IC-FEm). Siendo importante esta clasificación por la relación con diferentes etiologías y porque nos obliga a determinar las etiológicas subyacentes, la fisiopatología y el tratamiento de este grupo de pacientes. Probablemente tengan disfunción sistólica leve, pero con características de disfunción diastólica. (Ver tabla).

### Indicaciones para el uso del nuevo compuesto sacubitrilo/valsartán, el primero de la clase de inhibidores del receptor de la angiotensina y neprilisina.

Otra recomendación que aporta el estudio PARADIGM-HF, mostró que la droga LZC696 (valsartán más sacubitril) es superior al enalapril en términos de disminución de las hospitalizaciones, en IC leve a moderada. La evidencia muestra que reduce un 20% la mortalidad y, además, disminuye las hospitalizaciones, por lo cual puede tener un gran beneficio socioeconómico. Los cardiólogos estadounidenses aconsejan usar el nuevo fármaco junto con un betabloqueante y un antagonista de la aldosterona. Pero también aclaran que los fármacos ARNI no deben usarse junto con inhibidores

ACE ni en personas con antecedentes de angioedema.

### Marcadores biológicos

Con respecto a los marcadores biológicos, se publicó un punto de corte para la prohormona N-terminal del péptido natriurético cerebral (NT-proBNP) y el péptido natriurético tipo B (BNP) para descartar IC (menor a 125 pg/ml de NT-proBNP o menor a 35 pg/ml de BNP). Estos marcadores que se utilizaban en la práctica clínica, pero sin tener un valor determinado de referencia, son un complemento importante junto al interrogatorio y al examen físico del paciente, para realizar diagnóstico de IC.

Otro biomarcador surgido recientemente, el ST2, miembro de la familia de receptores de la interleucina 1, pronostica la mortalidad en la IC y puede ayudar a identificar pacientes con IC que se beneficiarían con el ajuste de la dosis de bloqueantes.

### Ivabradina

Uno de los objetivos en esta patología, es llegar a una frecuencia cardíaca adecuada cercana a los 60 lpm. En este aspecto se agregó la Ivabradina (un modulador del

nodo sinusal). Esta droga que se utiliza hace años en Argentina, se recomienda ahora en EE.UU. para reducir las hospitalizaciones en pacientes sintomáticos estables que hayan alcanzado la dosis máxima de beta bloqueantes y que tengan un ritmo sinusal mayor a 70 latidos por minuto en reposo.

### Modificación de las indicaciones para la terapia de resincronización cardíaca

En la actualidad se plantea considerablemente la terapia de resincronización cardíaca (TRC) como válida para aumentar el bienestar y reducir la morbimortalidad de los pacientes con IC. Varios estudios como COMPANION, CARE-HF, RAFT y MADIT-CRT, demuestran los beneficios de la TRC en los pacientes con QRS entre 130 a 150 mseg (estos últimos son los más beneficiados) y FEVI <35%. Pero lo relevante está en la contraindicación de esta terapia en pacientes con QRS <130 mseg, ya que aumenta la mortalidad.

### Un nuevo algoritmo para una estrategia combinada de diagnóstico y tratamiento de la ICA según la presencia o ausencia de congestión e hipoperfusión

Para los pacientes con síntomas o signos que se presentan por primera vez en atención primaria o en consulta ambulatoria y no urgente, se debe evaluar la probabilidad de IC en primer lugar con base en la historia clínica del paciente, síntomas de presentación, exploración física y ECG en reposo. Si alguno de estos es anormal, se debe determinar la concentración plasmática de PN, para identificar a los pacientes que requieren ecocardiografía.

### Comentario

Uno de los inconvenientes que se genera en el control de esta enfermedad, es el gran grupo de pacientes no tienen un seguimiento estricto y control evolutivo. Es necesario mantener informados a los pacientes y médicos cardiólogos, que se puede diseñar conductas, seguimientos y estudios para su mejor tratamiento. No perdiendo el objetivo primordial que es mejorar la calidad y bienestar de la vida de nuestros pacientes.

## DEFINICIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA, EN RANGO MEDIO Y REDUCIDA

Tipo de IC		IC-FEr	IC-FEm	IC-FEc
CRITERIOS	1	Síntomas ± signos <sup>a</sup>	Síntomas ± signos <sup>a</sup>	Síntomas ± signos <sup>a</sup>
	2	FEVI < 40%	FEVI < 40-49%	FEVI ≥ 50%
	3	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Péptidos natriuréticos elevados<sup>aa</sup></li> <li>• Al menos un criterio adicional:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermedad estructural cardíaca relevante (HVI o DAi).</li> <li>2. Disfunción diastólica</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Péptidos natriuréticos elevados<sup>aa</sup></li> <li>• Al menos un criterio adicional:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfermedad estructural cardíaca relevante (HVI o DAi).</li> <li>2. Disfunción diastólica</li> </ol> </li> </ul>

BNP: péptido natriurético de tipo B; DAi: dilatación auricular izquierda; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HVI; hipertrofia ventricular izquierda; IC: insuficiencia cardíaca; IC-FEc: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada; IC-FEr: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida; IC-FEm: insuficiencia cardíaca con fracción de eyección en rango medio; NT-proBNP: fracción N-terminal del propéptido natriurético cerebral.

<sup>a</sup> Los signos pueden no estar presentes en las primeras fases de la IC (especialmente en la IC-FEc) y en pacientes tratados con diuréticos.

<sup>aa</sup> BNP>35 pg/ml o NT-proBNP>125 pb/ml.

## Resultados de 8 meses de aplicación de la categorización de pacientes en el Servicio de Internación General del Sanatorio de los Arcos\*

Trabajo científico seleccionado en X Jornada de Enfermería de Swiss Medical 2016.

Lic. Gamarra, Elida  
Lic. Porcelo, Ruth  
Lic. Chagallo, Daniela  
Lic. Rojas, Graciela  
Internación General  
Sanatorio De Los Arcos  
Swiss Medical Group

La aplicación de categorización de los pacientes internados en una institución de salud permite identificar las necesidades asistenciales de atención de Enfermería.

En el año 1995, el Ministerio de Salud de la Nación aprobó las normas de organización y funcionamiento de servicios de Enfermería en establecimientos de atención médica, como instrumento de aplicación para la organización, planificación, programación y distribución del recurso humano ante las necesidades asistenciales requeridas de los pacientes internados (Res. 194/1995).

El presente trabajo muestra la aplicación diaria de la categorización ministerial de dicha resolución, con el fin de identificar el grado de dependencia de los pacientes internados para asignar los enfermeros requeridos para la asistencia.

### Diseño y objetivo

El estudio consistió en la aplicación diaria del score de categorización ministerial que clasifica a los pacientes de 1 a 4 según su grado de dependencia, en el turno mañana del Servicio de Internación General (N=150 camas clínico, quirúrgico y obstétrico). Los datos se tabularon mensualmente en planilla Excel, diferenciando los pisos obstétricos (2) de los clínicos quirúrgicos (4).

El objetivo fue conocer si la aplicación de la antedicha resolución permite la toma de decisión válida en la distribución de enfermeros, entendiendo por ésta, que garantice satisfacer las necesidades asistenciales de los pacientes internados.

### Desarrollo

El período de aplicación del score fue mayo-diciembre del 2014. Al inicio de su guardia, el personal de Enfermería completó una planilla asignando el grado de dependencia del paciente a car-

go; con esta información, la supervisora determinaba la asignación de enfermeros en cada piso de internación.

### Principales resultados

De 28.813 pacientes internados (ocupación de camas del 95-100%) durante el periodo de estudio para las 150 camas del servicio predominó en global la categoría 2 (8.499 pacientes).

En los pisos de internación clínica-quirúrgica predominó la categoría 3 = 35,29% (6.893/19.530 pacientes), seguido de la categoría 2 con 30,13% (5.886/19.530). La categoría 4 fue 27,95% (5.459/ 19.530). En los pisos obstétricos predominó la categoría 1; 61,34% (6.124/9.283); seguido de categoría 2.

La cobertura de enfermeros de acuerdo a la categorización ministerial fue 100% cumplida en todos los pisos de internación Torre II, y del 74% al 97% en Torre I (no pudiendo alcanzar el 100% esperado para todo el período de estudio, donde se hubiera requerido de un enfermero más).

### Conclusiones

Según la evidencia de los resultados obtenidos, la utilización diaria de la resolución ministerial (Res. 194/1995) permitió realizar una mejor asignación de enfermeros y brindar respuesta a las necesidades de los pacientes. El llenado de las planillas e identificación de necesidades de los pacientes fue objetiva y rápida para la toma de decisión diaria del supervisor, asimismo, permitió a los enfermeros una mejor distribución de pacientes para la atención. Como resultado final se pudo evidenciar que se alcanzó la cobertura necesaria, el 94% para todos los pacientes internados durante los 8 meses que se realizó el estudio, conforme a la categorización propuesta. Para futuros estudios será importante conocer los factores externos a la clasificación de necesidades de pacientes, que pueden incidir en el recurso humano.

\*según Resolución 194/1995 del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

## Ley 27.350: uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados

**Dra. Agustina Piccione**

Abogada

Coordinadora de Legales

Gerencia General

Swiss Medical Medicina Privada

El pasado 29 de marzo del corriente, el Senado aprobó la Ley 27.350. La misma fue publicada en el Boletín Oficial el pasado 19 de abril de 2017. El objeto de la norma recientemente sancionada es regular la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y paliativo del dolor, de la planta de cannabis y sus derivados.

Argentina se suma de este modo a Colombia, Chile y Uruguay, que ya regulan la utilización de esta sustancia con fines médicos.

### Alcance de la ley

A los efectos de ordenar la investigación médica y científica de la planta de cannabis, la Ley crea un Programa Nacional en la órbita del Ministerio de Salud.

Dicho Programa persigue objetivos específicos, entre los cuales podemos señalar: el desarrollo de la evidencia científica sobre diferentes alternativas terapéuticas; la investigación sobre los fines terapéuticos y científicos; el establecimiento de la eficacia para cada indicación; el conocimiento de los efectos secundarios del uso medicinal y el establecimiento de las limitaciones para el uso del mismo.

Por otro lado, tiene como objetivo garantizar el acceso gratuito al aceite de cáñamo y demás derivados del cannabis a toda persona que se incorpore al Programa, en las condiciones que establezca la reglamentación. La autoridad de aplicación, que deberá ser determinada por el Poder Ejecutivo en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, se encontrará a autorizada para investigar y supervisar la investigación con fines médicos y científicos.

Asimismo, La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) permitirá la importación de aceite de cannabis y sus derivados, cuando sea requerida por pacientes que presenten las patologías contempladas en el Programa y cuenten con la indicación médica pertinente. La provisión será gratuita para quienes se encuentren incorporados al Programa.

Por último, establece la creación de un registro nacional voluntario en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, a los fines de autorizar en virtud de lo dispuesto por el artículo 5° de la ley 23.737 la inscripción de los pacientes y familiares de pacientes que, presentando las patologías incluidas en la regla-

mentación y/o prescriptas por médicos de hospitales públicos, sean usuarios de aceite de cáñamo y otros derivados de la planta de cannabis, con el resguardo de protección de confidencialidad de datos personales.

### Cultivo y producción pública del cannabis

La iniciativa impulsa la producción pública del cannabis y permite importar el aceite para los pacientes con indicación médica, pero no contempla el autocultivo. El Ministerio de Salud de la Nación deberá garantizar el suministro de los insumos necesarios a aquellos pacientes que lo requieran y permitir la importación y la producción. A su vez, el Estado Nacional impulsará a través de los laboratorios de producción pública de medicamentos nucleados en ANLAP la producción pública de cannabis en todas sus variedades y su eventual industrialización en cantidades suficientes para su uso exclusivamente medicinal, terapéutico y de investigación. Se autoriza a la Comisión Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) y al Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) a cultivar.



### Las empresas de Medicina Prepaga

Esta ley hoy no refiere especialmente el alcance de la cobertura para las empresas de medicina prepaga. Vale decir, *no está definida la obligatoriedad de cobertura por parte de las empresas de medicina prepaga.*

### Reglamentación de la Ley

La autoridad de aplicación debe reglamentar la presente Ley dentro de un plazo no mayor a sesenta (60) días desde su publicación en el Boletín Oficial. Hasta la fecha en la que se escribe este comentario (mayo 2017) la misma no ha sido reglamentada.

## Caleidoscopio

\*

**COLUMNISTA INVITADO: Dra. Andrea Schianchi**

*Médica especialista en tocoginecología  
Gcia. de Servicios Médicos y Auditoría  
Swiss Medical Medicina Privada*



Desde que contratamos Netflix en casa, descubrí una nueva pasión: las series inglesas (por la manera de contar las historias, las locaciones y paisajes, y por el placer de escuchar el inglés británico). Son varias las series que recomendaría, pero dentro de esa extensa lista, elegiré tres de mis preferidas:

El hundimiento del Titanic da inicio a **Downton Abbey**: una historia dramática con algunos toques de humor y que a lo largo de sus 6 temporadas describe la vida de una familia aristocrática y sus sirvientes. Es atrapante por la agilidad de su relato, la belleza de las locaciones, tanto de la mansión como de los exteriores, y la variedad de sus personajes, entre los que se destaca Violet, interpretado por Maggie Smith quien personifica lo más tradicional de las costumbres nobiliarias. Altamente adictiva.

**Happy Valley** es un drama policial y doméstico que narra las miserias de una pequeña localidad inglesa y sus habitantes, incluida la propia protagonista: una sargento de policía que debe lidiar no sólo con un caso de secuestro y un asesino serial sino también con sus propios dramas personales: divorciada, con una hermana adicta en recuperación, una hija que

se suicida luego de haber sido violada, y su nieto, fruto de esa violación, a quien cría. Los diálogos sencillos pero desoladores junto con la excelente interpretación de su protagonista, la actriz Sara Lancashire, hacen de ésta una serie maravillosa. Son tres temporadas de 6 capítulos cada una. Finalmente, **Sherlock**. El legendario detective creado por Sir Arthur Conan Doyle, vuelve en una versión aggiornada y contemporánea de la mano de Benedict Cumberbatch y Martin Freeman como Sherlock y Watson. La serie recrea la historia original pero adaptada a la época actual; Watson, por ejemplo tiene un blog en el que publica todos los casos que investigan y resuelven. En esta adaptación, Holmes es frío, arrogante e insensible y se contrapone a un Watson más amable y humano.

La cuarta y última temporada ya está disponible y según las críticas no está a la altura de las otras tres; yo todavía no la he visto pero basándome en las tres temporadas anteriores, se las recomiendo.

Sin dudas, el acto de “sentarse a mirar la tele” ha cambiado enormemente en estos últimos años. Impresiona saber que somos más de 90 millones los suscriptos a este servicio vía streaming en todo el mundo. ¿A qué se debe este éxito? Tal vez nuestro modo de vida actual tenga más que ver con elegir entre contenidos culturales provenientes de todo el mundo, en idioma original, para ver cuándo y desde dónde queremos (sea el televisor, sea el teléfono celular) que con esperar frente a la tele en determinado horario por el “capítulo que sigue” para no perder el hilo de la historia.



Sara Lancashire en **Happy Valley**



Martin Freeman y Benedict Cumberbatch en **Sherlock**



Maggie Smith en **Downtown Abbey**

## Reseña de Libro

**Por: Alma Vanina Estrella**

\*

**ENTRE PARÉNTESIS**

**Recuperar MI vida después de cuidar a otro**

Lic. Melina Gilbert

ISBN 978-987-42-1495-9

120 págs.

¿Cómo asumir el rol de cuidador por fuera del estigma social? ¿Cómo “soltarlo” a tiempo para evitar enfermar? ¿Cómo distinguir cuando es el momento en que el cuidador necesita “dejarse cuidar”? ¿Cómo regresar al mundo propio después de que todo el sentido estuvo puesto en cuidar al otro? ¿Qué es el “síndrome del cuidador” y cuáles son sus síntomas? ¿Qué son los “duelos ocultos”? ¿De qué se trata la resiliencia familiar? Son algunas de las preguntas que la autora for-

mula e intenta responder en este libro. Melina es psicóloga especializada en terapia sistémica y orientación vocacional. Hace unos años, atravesó una situación crítica como madre, y eso fue lo que marcó un cambio en su vida tanto personal como profesional. “Entre paréntesis” es su segundo libro, en el que brinda testimonio de su experiencia al mismo tiempo que aplica sus conocimientos sobre Psicología.

El libro apela a todos aquellos que están en situación de cuidar a un otro enfermo, desde la convicción de que se trata de muchas personas y que no están solas. Con un lenguaje llano, integrando conceptos de diferentes escuelas psicológicas y de la filosofía clásica, intercala anécdotas personales para dar cuenta de que lo que está “entre paréntesis” (la sensación de invisibilidad en la vida) es un sujeto, en una etapa de su vida. Estas anécdotas

ofrecen un testimonio, pero fundamentalmente impactan porque tienen el valor del conocimiento adquirido por la experiencia. Así, Melina recomienda: *El cuidador nunca debe olvidarse de sí mismo. El cuidador necesita tener amigos y también nuevas relaciones que puedan estar viviendo una situación similar. Cuidar al otro es parte de mi vida, solo una parte.*

Se trata de un libro que puede ser de gran ayuda para todas aquellas personas que hayan estado o estén atravesando la situación de cuidar a alguien enfermo, ya que brinda herramientas para comprender y/o reconocer el “síndrome del cuidador” y ayudar en el reencuentro con el propio proyecto de vida.









**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](mailto:aequalis@swissmedical.com.ar)