



Una publicación de



SWISS MEDICAL  
MEDICINA PRIVADA

PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD



*Experiencia es el nombre que le damos a nuestras equivocaciones.*

**Oscar Wilde**

## **Estimado lector**

En este nuevo número de *Æqualis* presentamos temas altamente sensibles para la práctica de los profesionales de la salud y su impacto en los pacientes.

Consideramos un tema central el “error médico” del cual mucho se ha hablado, se habla y se seguirá discutiendo debido a la infinidad de aristas que lo atraviesan. Partiendo de la pregunta *¿es posible la ausencia total de error médico, sabiendo que la práctica médica está en manos de seres humanos?* una rápida conclusión es que sería imposible llegar a la ausencia absoluta de error médico. Sin embargo, los sistemas deben trabajar para llegar a un mínimo de éstos, como se ha logrado, por ejemplo, en el ámbito de la aeronavegación no comercial (clásico comparador de manejo humano con exiguos márgenes de error y que han logrado disminuirse hasta márgenes inferiores extremadamente bajos). Son múltiples los factores que intervienen en el error médico y muchos los que pueden optimizarse, tales como la sistematización de procesos, la digitalización de etapas, el entrenamiento rutinario y roles en cada situación, por mencionar algunos.

Otro tema central de discusión en la práctica médica diaria son las patentes farmacéuticas, centro de conflicto entre industria farmacéutica y Estados y entre sectores de la industria farmacéutica. La patente en sí es un derecho que el Estado otorga durante un tiempo definido a un inventor e impide que terceros hagan uso de esa tecnología patentada. La problemática y discusión constante es encontrar el punto justo entre lo que sería el “premio” al inventor que otorga, por este invento, una ventaja a la población (y aquí entra la discusión de si todos los nuevos medicamentos son verdaderamente innovadores, si traen realmente una ventaja para la población y si es que realmente son una novedad o simples modificaciones químicas de otras moléculas) y por el otro lado, evitar que este premio se use en forma abusiva para impedir la competencia de otros sectores con menos recursos para la investigación. Los invito a leer el artículo completo que toca el tema desde varias aristas y es verdaderamente muy enriquecedor.

Finalmente, otro de los artículos destacados en este número trata sobre el impacto que el sobrepeso y la obesidad están teniendo en los sistemas de salud, explicando en detalle la evolución de su prevalencia y abordando el aspecto de los riesgos individuales (por riesgo cardiovascular) y de los años de vida con discapacidad que estas condiciones clínicas pueden generar.

Los invitamos a leer los artículos que completan este número, todos de gran interés.

## **Dr. Marcelo Ponte**

Jefe de Políticas y Servicios Médicos  
Swiss Medical Medicina Privada

# SUMARIO

- 3 Editorial
  - 5 Comentario de artículo
  - 8 Guía de práctica clínica
  - 10 Información Swiss Medical Group
  - 15 Nota de opinión
  - 16 Evaluación de tecnologías sanitarias
  - 17 Alerta farmacológica
  - 18 Programas médicos
  - 19 Enfermería
  - 20 Medicina Legal
  - 22 Sección cultural
- Presidente: Dr. Claudio Belocoppitt
  - Gerente General: Ing. Adrián Sasse
  - Director Médico: Dr. Gabriel Novick
  - Editora: Lic. Alma Vanina Estrella
  - Colaboran en este número: Dra. Valeria Álvarez, Dr. Francisco Arias, Dr. Marcelo Azar, Lic. Alicia Mabel Benítez, Dra. María Claudia Bruno, Dr. Gabriel Charovsky, Dr. Marcelo Crespo, Dr. Carlos Depalma, Dra. Patricia Lesch, Dr. Juan Carlos Medrano, Dr. Sebastian Nani, Dr. Marcelo Ponte, Lic. Ana Poviña, Dra. Mariela Tomassino, Lic. Georgina Vorano.
  - La imagen de tapa de este Nro. se titula "Aliado mutante" y corresponde a Lula Mari.
  - Versión descargable on-line en: [www.prestadores.swissmedical.com.ar](http://www.prestadores.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 noviembre de 2017 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 \*

### Lula Mari



Nació en Buenos Aires en 1977. Es egresada de la Escuela Nacional de Bellas Artes Prilidiano Pueyrredón. Estudió dibujo y pintura con Alejandro Boim y Hermenegildo Sabat y asistió a las clínicas de obra y pensamiento contemporáneo de Diana Aisemberg. Desde 2001 dirige el taller de pintura y dibujo "La común".

Expone su obra individualmente desde 2003 en Zavaleta Lab Arte Contemporáneo, Galería Crimson, Espacio Tudor, Sputnik, Galería Modos, Alpha Centauri e Iglesia Dinamarquesa de Bs. As. Pintó el mural de la Estación Malabia del Subterráneo de Bs. As. (2014) junto a Georgina Ciotti.

Desde 2010 desarrolla los "recitales de pintura" (los cuadros están en un ambiente oscurecido y se van iluminando por zonas durante varios minutos, hasta presentarse al público en su totalidad) y los "espionajes" (cada espectador se encuentra en un cuarto oscuro a solas con la pintura y la ilumina con una linterna). Ha participado de numerosas ferias y salones. Por mencionar

algunos: Itaú Cultural, CC Recoleta 2015; 2º Premio Pintura Salón Banco Provincia 2011; 100º Salón Nacional de Pintura Palais de Glace; Pintura Figurativa Contemporánea, Espacio de las Américas (Perú); 102 Salón Nacional de Dibujo Palais de Glace; LV Salón de Rosario, MNBA J. B. Castagnino; 3º Premio Pintura Premios Octubre 8º Edición, CC Suterh; XLVII Salón Municipal Dibujo Manuel Belgrano, Museo Sívori; Premio Artista Joven Salón Félix de Amador, Quinta Trabucco.

Su producción se compone de pinturas al óleo y dibujos, en los que la remisión al imaginario de la pintura barroca, las ilustraciones botánicas, la mitología y lo onírico son temas recurrentes. Por medio de la alta calidad técnica y del uso del claroscuro consigue destacar volúmenes, superficies y texturas de gran realismo. A través de los dispositivos "recital de pintura" y "espionaje" explora las condiciones para la experiencia pictórica.

La imagen de tapa de este número "Aliado mutante" (óleo s/tela, 80 cm x 80 cm) y corresponde a 2016.

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

## Efectos del sobrepeso y la obesidad en 195 países durante 25 años

*Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. N Engl J Med 2017; 377:13-27. July 6, 2017. DOI: 10.1056/NEJMoa1614362*

**Dr. Gabriel Charovsky**

Médico clínico

Especialista en Medicina Crítica y  
Cardiología

Prof. Farmacología UBA

Jefe de Autorizaciones e Internación

Gerencia de Servicios Médicos y

Auditoría

Swiss Medical Medicina Privada

Durante los últimos años, diversos estudios epidemiológicos identificaron el alto índice de masa corporal (IMC) como un factor de riesgo de enfermedades crónicas. Sin embargo, aspectos tales como la relación del IMC con el desarrollo socioeconómico, su distribución sesgada o el efecto de la transición epidemiológica y demográfica sobre la carga de la enfermedad (por mencionar algunos) no han sido lo suficientemente tratados. Para abordar estos problemas, se reanalizaron todos los datos disponibles desde 1990 a 2015.

### Diseño y objetivo del estudio

Se trata de un análisis sistemático de sobrepeso y obesidad en niños y adultos (N=68.5 millones) de 195 países entre los años 1980 y 2015. Para cuantificar la carga de enfermedad relacionada al alto IMC durante el período 1990-2015, se emplearon los datos y metodología de la Carga Mundial de la Enfermedad (GBD), utilizando la distribución del IMC según edad, sexo, país y año; el tamaño del efecto del cambio en el IMC en los puntos finales de la enfermedad; el IMC asociado con el menor riesgo de muerte por todas las causas y la morbi-mortalidad específica por enfermedad de acuerdo a edad, sexo, país y año.

### Distribución global del IMC

Se realizaron búsquedas sistemáticas en Medline con puntos de corte estándar del IMC para definir el sobrepeso (IMC=25 a 29) y la obesidad (IMC≥30) entre adultos o las normas del Grupo Internacional de Trabajo sobre Obesidad para definir el sobrepeso y la obesidad entre los niños. También se realizaron búsquedas en Global Health Data Exchange.

### Efecto del alto IMC sobre los resultados en salud

Se utilizaron criterios de Bradford Hill para la causalidad y criterios de clasificación de las pruebas del Fondo Mundial de Investigación de Cáncer para evaluar sistemáticamente la evidencia epidemiológica que apoya la relación causal entre alto IMC y varios puntos

finales de enfermedades entre adultos de 25 años o mayores.

### Análisis estadístico

Para cuantificar la carga de enfermedad relacionada con el IMC en cada punto final de la enfermedad, se calculó la fracción atribuible a la población según país, edad, sexo y año. La GBD relacionada con el alto IMC se calculó como la suma de las cargas específicas de enfermedad. Se establecieron intervalos de confianza (IC) del 95% para todos los resultados.

El índice sociodemográfico (ISD) es una medida resumida que surge de los ingresos per cápita distribuidos por nivel educativo promedio entre personas mayores de 15 años y la tasa total de fertilidad. Se utilizó para posicionar a los países en el continuo del desarrollo (en quintiles: nivel de desarrollo bajo, bajo-medio, medio, alto-medio y alto).

### Principales resultados

#### Prevalencia de obesidad (1980-2015)

##### Nivel global

La prevalencia general de obesidad fue del 5% entre los niños y del 12% entre los adultos (generalmente más alta entre las mujeres que entre los hombres en todos los grupos de edad). El pico en la prevalencia de obesidad se observó en mujeres de 60 a 64 años y varones de 50 a 54 años. Las tasas de aumento de obesidad entre 1980 y 2015 no difirieron significativamente entre hombres y mujeres, siendo más altas en la edad adulta temprana.

La prevalencia de obesidad infantil en 2015 disminuyó con la edad hasta los 14 años y luego aumentó; no se observaron diferencias entre los sexos. Entre 1980 y 2015, las tasas de incremento global de obesidad fueron iguales para niños y niñas en todas las edades.

##### Nivel índice sociodemográfico

En 2015 la prevalencia de obesidad fue generalmente mayor en mujeres en todos

los niveles de ISD y para todos los grupos de edad, siendo más alta entre los 60 a 64 años en países con alto ISD.

Durante el período 1980-2015, el aumento relativo más rápido de la prevalencia de obesidad ocurrió entre hombres de 25 y 29 años que vivían en países con ISD bajo-medio, del 1,1% (IC 95% 0,9-1,5) en 1980 a 3,8% (IC 95%, 3,1-4,8) en 2015.

La prevalencia de obesidad infantil fue mayor en los países con mayores niveles de ISD, siendo menor entre los niños y las niñas de 10 a 14 años de edad.

#### Nivel nacional

La prevalencia de obesidad en niños y adultos se duplicó en 73 países desde

1980, aumentando continuamente en la mayoría de los otros países. En 2015, entre los 20 países más poblados, el nivel más alto de obesidad en adultos estandarizado por edad se observó en Egipto (35,3%; IC 95% 33,6-37,1) y el nivel más alto de obesidad infantil estandarizado por edad en EEUU (12,7%; IC 95% 12,2-13,2).<sup>1</sup>

#### Carga de enfermedad relacionada con alto IMC a nivel global (1990-2015)

La enfermedad cardiovascular fue la principal causa de muerte (2,7 millones) y de años de vida ajustados por discapacidad relacionados con alto IMC, seguida por la diabetes (0,6 millones de muertes y 30,4 millones de años de vida ajustados por discapacidad).

En 2015, el alto IMC contribuyó a 4 millones de muertes (IC 95% 2,7-5,3), lo que representó el 7,1% (IC 95% 4,9-9,6) de las muertes por cualquier causa. Un 39% de las muertes y del 37% de los años de vida ajustados por discapacidad estuvieron relacionados con alto IMC en personas con un IMC<30.

El alto IMC también representó 28,6 millones de años vividos con discapacidad (IC 95% 17,8-41,4), que constituyeron el 3,6% (IC 95% 2,7-4,6) de años vividos con discapacidad debido a cualquier causa a nivel mundial. La diabetes fue la causa principal de los años vividos con discapacidad relacionados con el IMC (17,1 millones) seguida por trastornos musculoesqueléticos (5,7 millones) y

## PREVALENCIA MUNDIAL DE OBESIDAD AJUSTADA POR EDAD EN 2015

### VARONES

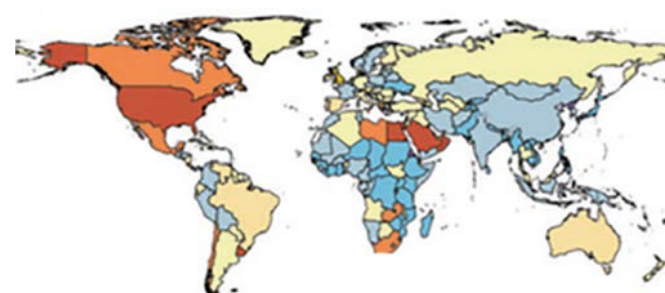
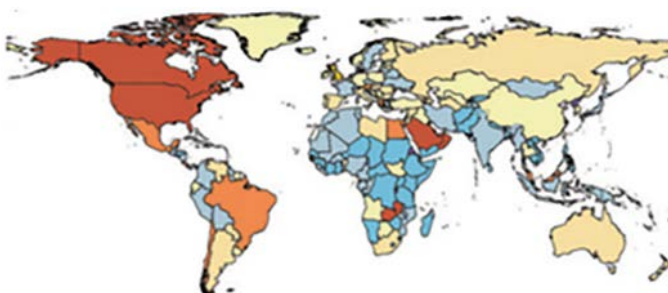
### MUJERES



■ <0.05 ■ 0.05-0.09 ■ 0.1-0.149 ■ 0.15-0.199 ■ 0.2-0.249 ■ 0.25-0.299 ■ 0.3-0.349 ■ >0.35

### NIÑOS

### NIÑAS



■ <0.01 ■ 0.01-0.029 ■ 0.03-0.049 ■ 0.05-0.069 ■ 0.07-0.089 ■ 0.09-0.109 ■ >0.11

Los grupos niños y niñas fueron definidos como menores de 20 años de edad. Los valores para prevalencia están expresados en decimales.

enfermedad cardiovascular (3,3 millones). Entre 1990 y 2015 hubo un aumento relativo del 28,3% en la tasa mundial de mortalidad relacionada con un IMC elevado (de 41,9 muertes por 100.000 habitantes en 1990 a 53,7 muertes por 100.000 habitantes en 2015) y del 35,8% en la tasa de años de vida ajustados por discapacidad relacionado con el IMC (de 1.200 por 100.000 habitantes a 1.630 por 100.000 habitantes).

## Conclusiones

Los resultados del estudio muestran que el exceso de peso corporal llevó a 4 millones de muertes y a 120 millones de años de vida ajustados por discapacidad en todo el mundo en 2015. Cerca del 70% de las muertes relacionadas al alto IMC se debieron a enfermedad cardiovascular, y más del 60% de ocurrió entre personas obesas. La prevalencia de obesidad aumentó durante las últimas tres décadas a través de los distintos niveles de desarrollo y a un ritmo más rápido que las enfermedades relacionadas (Burden of disease). Sin embargo, tanto la tendencia como la magnitud de la carga de enfermedad relacionada con el IMC varían ampliamente entre los países.

## Comentario

Este riguroso informe puede ser tomado como un alerta con dos aristas. Del lado negativo, se describen datos métricamente relacionados a la epidemia mundial de obesidad: la morbilidad y mortalidad asociadas a sobrepeso y obesidad superan en el doble las cifras conocidas hasta 1980. De acuerdo con esto, los hallazgos de por lo menos 5% de los niños y 12% de los adultos reflejan tendencias similares en una patología asociada al peso corporal como es la diabetes tipo 2. En términos de prevalencia, es posible ahora interpretar la aparición de una meseta en la obesidad de países de altos ingresos (definidos por PBI) pero la misma se ha incrementado en otros estratos sociodemográficos globales.

Del lado positivo, a pesar del aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, y tomando como válido el dato que ofrece la medición sistemática del IMC,

las tasas de incapacidad/discapacidad o muerte asociadas a obesidad NO han aumentado. Esto genera una contradicción: ¿la obesidad es saludable porque las personas viven ahora más tiempo que en décadas pasadas? ¿O es una consecuencia del manejo médico más temprano de los factores de riesgo?

Tomada como evento, la obesidad persistente por más años se acompaña de la aparición de enfermedades coexistentes, tales como diabetes tipo 2, insuficiencia renal crónica y patología limitante de grandes articulaciones.

Entre las fortalezas del estudio se destaca un hecho: en países como los de Sudamérica o China la obesidad se ha triplicado en la población juvenil (hay reportes globales relacionando IMC y edad inferior a 20 años). El comienzo temprano de la obesidad es trasladable dentro de índices acumulativos sociodemográficos a un escenario de mayor incidencia de diabetes tipo 2, hipertensión arterial e insuficiencia renal. Esto tiene limitaciones, es preciso validar la métrica utilizada (el IMC pareciera no tener el mismo grado de utilidad en Oriente que en Occidente). Por otra parte, asumir que la evolución de los pacientes con obesidad será uniforme e igual a través de todas las poblaciones es audaz. El modelo matemático utilizado y algunos datos demográficos existentes parecerían estar a favor de este postulado, pero son necesarios más años y más estudios GBD para poder afirmar tal hipótesis.

Todo lo reportado en este estudio es importante y esencial para los países y los creadores de políticas en salud, aún más si consideramos que la carencia de políticas específicas con enfoque en detección, prevención y tratamiento de la obesidad.

## REFERENCIAS

(1) Estos datos coinciden con el informe "Las brechas sociales en la epidemia de la obesidad en niños, niñas y adolescentes de Argentina: diagnóstico de situación" (UNICEF Abril 2017), donde se evaluó la tendencia

de sobrepeso y obesidad comparando la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) de 2007 con la de 2012. Los resultados indican que la prevalencia de exceso de peso en jóvenes de entre 11 y 17 años aumentó de 17,9% a 27,8% y específicamente la de obesidad creció de 3,2% a 6,1%.

(2) En el mismo estudio se desprende como dato adicional una relación con el tabaquismo juvenil. Los adolescentes con sobrepeso u obesidad consumen tabaco, 25% más que los jóvenes que no tienen el IMC alterado. Es una asociación, necesita profundizarse su análisis, pero también debe llamar la atención.

(3) Incidence trends of type 1 and type 2 diabetes among youths, 2002–2012. *N Engl J Med* 2017;376:1419-1429.

(4) Association of type 1 diabetes vs type 2 diabetes diagnosed during childhood and adolescence with complications during teenage years and young adulthood. *JAMA* 2017;317:825-835.

(5) The changing face of diabetes complications. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016;4:537-547.

## Resucitación cardiovascular en adultos

**Dra. María Claudia Bruno**

**Dr. Juan Carlos Medrano**

**Dr. Sebastián Nani**

**Dr. Marcelo Crespo**

**Dra. Patricia Lesch**

*Comité de Docencia e Investigación*

*Swiss Medical Group*

La actualización sistemática de las guías de soporte vital básico de adultos (SBV) y soporte vital cardiovascular avanzado (ACLS) de la American Heart Association y de la European Society of Cardiology, se basa en la optimización del reconocimiento y activación temprana de los circuitos de reanimación cardiopulmonar, reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz y de alta calidad, y pronta desfibrilación. En los últimos 50 años el ajuste de dichos circuitos ha permitido salvar cientos de miles de vidas en el mundo entero.

A continuación se presentan las principales recomendaciones 2015 basadas en la evidencia, en las que se incluyen las nuevas tecnologías (oxigenación por membrana extracorpórea, ensayos de troponina de alta sensibilidad, dispositivos de regeneración de RCP, entre otras), se descarta el uso de la vasopresina y se revisan los aspectos de compresión y velocidad.

### Conceptos claves y principales cambios 2010-2015: operador lego o entrenado

- Activación del sistema de emergencias mediante dispositivos móviles (celulares).
- Identificación rápida del paro cardiorespiratorio (PCR).
- Uso de programa de desfibrilación de acceso público (DAP) en ámbitos con pacientes de riesgo.
- Se confirma la secuencia recomendada para un solo operador para iniciar compresiones torácicas antes que practicar ventilación de rescate (C-A-B en lugar de A-B-C). El reanimador que actúe solo, debe iniciar la RCP con 30 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones (30 x 2). Objetivo: Reducir el tiempo a la primera compresión.
- RCP de alta calidad: frecuencia y profundidad adecuadas con descompresión torácica completa con mínimas interrupciones entre las compresiones y evitando la ventilación excesiva.
- Frecuencia recomendada: 100 a 120 l/min (antes al menos 100 l/min). Reducir

las interrupciones: fracción de compresión (proporción del tiempo total de compresión en la reanimación) de al menos 60%.

- Profundidad: al menos 5 cm no mayor a 6 cm (adultos).
- Se acepta que el operador entrenado controle respiración y pulso al mismo tiempo para reducir el tiempo a la primera compresión.
- Si el paciente tiene colocado un dispositivo avanzado para la vía aérea se recomienda una frecuencia de ventilación simplificada de 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones x min) mientras se realizan las compresiones torácicas.
- La RCP sólo con compresiones es la opción recomendada para los reanimadores sin entrenamiento. Se espera que los profesionales de la salud entrenados puedan realizar tanto compresiones

*Estas guías son elaboradas periódicamente por el Comité de Docencia e Investigación y constituyen una serie de recomendaciones de tipo general que no reemplazan el buen juicio del médico en el tratamiento de cada caso en particular.*





y ventilaciones de manera eficaz. Sin embargo, la prioridad de un solo reanimador es activar el sistema de respuesta a emergencias y realizar compresiones torácicas.

- En un paro cardíaco (PC) de una víctima adulta con testigo presencial y disponibilidad inmediata de un desfibrilador externo automático (DEA) es razonable que se utilice el desfibrilador lo antes posible.

- En caso de cuadros de víctimas adultas que sufran PC sin monitorización o cuando no hay DEA accesible o de inmediato, es razonable que la RCP se inicie mientras se intenta conseguir el DEA y aplicar la desfibrilación (en ritmo desfibrilable) en cuanto el dispositivo esté listo para usarse. Si hay 2 operadores se debe realizar RCP de 1 min y medio a 3 mientras se prepara el DEA. No hay diferencia si el DEA está listo en hacer RCP de 1 min y medio a 3 min previo a la desfibrilación.

- En pacientes monitorizados, el tiempo entre la fibrilación ventricular y la desfibrilación debe ser menor a 3 min realizando RCP mientras se prepara el desfibrilador.
- Evitar apoyarse en el tórax del paciente entre las compresiones para favorecer la descompresión torácica completa.

### BLS: Aspectos claves y principales cambios 2010-2015

- El uso de vasopresina y adrenalina no ofrece ninguna ventaja frente al uso de dosis estándar de adrenalina para el tratamiento del PC.

- El nivel bajo de dióxido de carbono al final de la espiración (ETCO<sub>2</sub>) -menor a 10- en los pacientes intubados al cabo de 20 min de RCP se asocia con mal pronóstico.

- Es indicada la administración temprana de adrenalina (1 a 3 minutos) en ritmo no desfibrilable. Se asocia con mayor supervivencia al alta y función neurológica intacta.

- Se puede considerar el uso de infusión de lidocaína en el PC debido a fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular (TV) sin pulso.

- Se puede considerar el uso de beta bloqueantes (BB) posterior a la hospitalización de un PC causado x FV o TV sin pulso.



### ACLS: Aspectos claves y principales cambios 2010-2015

La angiografía coronaria de emergencia debería realizarse para los pacientes extrahospitalarios con sospecha de origen cardíaco o elevación del segmento ST. Es razonable realizarla en pacientes adultos en estado de coma con inestabilidad hemodinámica o eléctrica sin ST.

Todos los adultos en coma (que no respondan coherentemente a órdenes verbales) con resucitación exitosa, deben ser sometidos a manejo de la temperatura corporal (MET) estableciendo los valores entre 32°C y 36°C y manteniéndolos en forma continua por 24 hs post PC.

-Prevención activa de la hipertermia en los pacientes en coma post MET.

-Evitar y corregir de inmediato la hipotensión arterial en los pacientes post PC (PAS: > 90 mmHg y PAM: > 65mmHg).

-Esperar 72 hs. post MET para realizar evaluación pronóstica neurológica post PC.

### Signos útiles que se asocian con secuelas neurológicas

- Ausencia de reflejo pupilar a la luz 72 hs. posteriores al PC.
- Estado mioclónico 72 hs. post PC.
- Ausencia de onda cortical no evaluada en potenciales evocados somatosensitivos 24 a 72 hs. post PC o recalentamiento.
- Reducción de la relación sustancia gris/blanca en la tomografía de cerebro obtenida en las 2 hs. siguientes al PC.
- Amplia restricción de la difusión en el RMN entre el segundo y sexto día post PC.
- Ausencia persistente de reactividad en el EEG a estímulos externos a las 72 hs. post PC.
- Brote-supresión persistente o estado epiléptico resistente al tratamiento en el recalentamiento.

### REFERENCIAS

2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2015 Nov 3; 132: Suppl 2:S315. (<http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000252>).

# Información Swiss Medical Group

## Nuevo Sanatorio Altos de Salta



**Dr. Francisco Javier Arias**  
Médico especialista en  
Gastroenterología  
Especialista en Cirugía General  
Director Médico  
Sanatorio Altos de Salta

*El pasado 5 de septiembre abrió sus puertas Altos de Salta, el nuevo sanatorio de Swiss Medical Group en la provincia de Salta. El edificio tiene una superficie de 4.800 m<sup>2</sup> con tecnología de punta instalada en sus siete pisos y con capacidad para 120 camas. Por su ubicación preferencial en el centro de territorio del NOA, se proyecta como un sanatorio de referencia para toda la región.*

*Æqualis entrevistó a su Director Médico, el Dr. Francisco Javier Arias para conocer más sobre este importante lanzamiento.*

### **Por favor, cuéntenos sobre Altos de Salta**

Altos de Salta es un sanatorio del grupo Swiss Medical con todo lo que ello implica, es decir, cuenta con los más altos estándares de calidad para lograr la excelencia en la atención médica. La construcción edilicia se caracteriza por sus instalaciones de vanguardia, ofreciendo modernas condiciones de confort a la par del equipamiento médico de última generación. Es un sanatorio que tiene la modalidad de ser abierto, es decir, a disposición de todos los profesionales médicos salteños para la atención de sus pacientes, contando además con un staff propio, compuesto por profesionales reconocidos en el medio y comprometidos profundamente con este proyecto.

Todo ello favorece la buena praxis médica y da respuesta a las expectativas y requerimientos más altos de los pacientes.

### **¿Por qué fue necesario para Swiss Medical abrir este nuevo Sanatorio?**

Sabemos que el avance de la medicina está íntimamente ligado a la tecnología y formación profesional de excelencia. En Salta contamos con reconocidos profesionales a nivel nacional e incluso internacional, por lo tanto, era necesario para la provincia y su zona de influencia, contar con un centro médico que brinde los recursos tecnológicos, de infraestructura y capacidad operacional para evitar, entre otras cosas, derivaciones a centros fuera de la provincia, demoras en la realización de estudios o en la provisión de materiales.

### **¿Cómo funcionará el Sanatorio en esta primera etapa?**

Es un sanatorio polivalente, con un fuerte énfasis en Maternidad y Pediatría, contando con un centro obstétrico propio que incluye dos salas de parto, dos quirófanos propios para la especialidad, sala de atención al recién nacido, Servicio de Neonatología, Pediatría y UTI Pediátrica. Todos ellos con profesionales de guardia las 24 hs.

### **¿Cómo se compone el plantel profesional?**

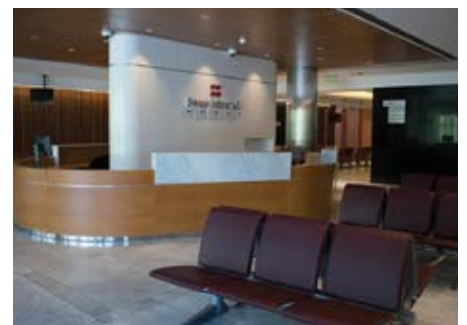
El plantel médico inicialmente está compuesto por seis servicios troncales, éstos son: Clínica Médica, Servicio de Guardia (para pacientes adultos y pediátricos), UTI para adultos y pediátricos, Neonatología y Pediatría.

### **¿Cuáles son las especialidades clave de la institución?**

Las especialidades que consideramos claves son Gineco-Obstetricia y Pediatría, motivo por el cual contamos con guardia activa de Obstetricia, Pediatría y UTI pediátrica, pero consideramos también que con el devenir de la actividad otras especialidades irán cobrando mayor protagonismo, tales como Traumatología, ORL, Cirugía, etc.

### **¿Cuál es actualmente la principal demanda de atención y cuál es la demanda prevista a futuro?**

La principal demanda ahora se centra en las especialidades antes mencionadas, no obstante, proyectamos que habrá un aumento paulatino en la demanda de otras especialidades que hasta ahora se veían



*El Dr. Arias es médico egresado de la Universidad del Salvador y especialista en Gastroenterología y Cirugía General. Su trayectoria como médico y cirujano en su especialidad, gastroenterología y endoscopia, incluye diferentes centros de salud, como el Sanatorio San Lucas, el Servicio de Endoscopia del Hospital San Bernardo y el Sanatorio Parque de la Provincia de Salta, entre otros. En su nueva función dentro de Swiss Medical Group reporta al Dr. Gabriel Novick, Director Médico Corporativo.*

sin opción de derivar pacientes a centros de mayor complejidad, lo que ya no será necesario en la mayoría de los casos. Y estimamos que irá en creciente aumento en la medida en que se celebren convenios, que en algunos casos ya se encuentran avanzados, como lo es el del IPSS (Instituto Provincial de Salud de Salta).

**¿Va a tener actividades educativas o de formación?**

Consideramos la formación médica continua como uno de los pilares fundamentales, por lo que será promovida permanentemente. A medida que consolidemos nuestra actividad y los servicios crezcan, avanzaremos en el terreno de la docencia y la investigación, que son necesarios y prestigian a toda institución que las desarrolle.

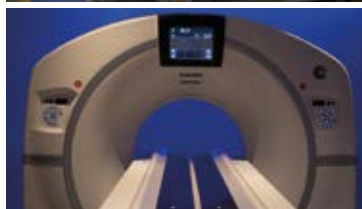
**¿Cómo ve la situación de salud a nivel de la región?**

La situación de Salud de la región no escapa a las generales del país y es muy compleja, sobre todo porque el interior de la provincia adolece de profesionales especialistas y/o recursos tecnológicos, lo cual obliga a que se generen derivaciones y demoras en la atención, con todos los inconvenientes que esto supone: el desarraigo, el lucro cesante, la complicación para el acompañante, el alojamiento, los viáticos, etc.

**¿Qué objetivos se propone al frente de esta institución?**

Básicamente tengo dos objetivos principales: el primero es que los pacientes sean atendidos con la más alta calidad y excelencia médica posible, ya que contamos con los recursos necesarios para lograrlo; y el segundo, es que los profesionales encuentren en el sanatorio las condiciones ideales de trabajo para poder facilitar su actividad. De estos dos objetivos se derivan los demás, tales como educación médica continua, protocolización de los servicios, estadística y control permanente de calidad, entre otros. Espero que los frutos del esfuerzo empeñado generen un centro de referencia en la provincia de Salta y la región.

**ESPECIALIDADES EN ALTOS DE SALTA**



**Departamento clínico:** Anatomía Patológica, Clínica Médica, Gastroenterología, Hemodinamia, Hemoterapia, Infectología, Neumonología, Neurología, Neuropediatría, Oncología, Oncohematología, y Terapia Intensiva.

**Departamento quirúrgico:** Anestesiología, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Cirugía Percutánea, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia, y Urología.

**Departamento materno infantil:** Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Pediatría y UTI pediátrica.

**Diagnóstico y tratamiento:** Análisis clínicos de alta complejidad, diagnóstico por imágenes, ecodoppler vascular, ecografías ginecológicas, Fisioterapia y rehabilitación y Nutrición.



**ALTOS DE SALTA**  
SANATORIO

Laprida 145, Salta.  
Tel.: (0387) 416-1300



- Área de urgencias y emergencias con 2 shock-rooms equipados con complejidad de cuidados críticos.
- 3 salas de observación individuales para pacientes de guardia.
- 10 consultorios para atención médica programada y 3 boxes de extracción bioquímica.
- 30 suites de internación general de adultos.
- 9 habitaciones de cuidados críticos y unidad coronaria con sistema de monitoreo visual y de señales a distancia.
- Centro obstétrico con 2 quirófanos y 2 salas de parto.
- Servicio de Neonatología con cuidados intensivos e intermedios.
- 15 habitaciones de pediatría (2 de ellas preparadas para la internación de pacientes aislados), 5 camas de UTI pediátrica y sala de juegos.
- Centro quirúrgico con 3 quirófanos generales equipados con lámparas scialfáticas Led y torres de laparoscopia 3D Full HD.
- Radiología digital, RMN de 1,5 Tesla, tomógrafo computado multislice de 64 cortes.

## V Jornadas de Bioseguridad “El otro lado de la central de esterilización” 14 de agosto de 2017

**Auditorio Sanatorio de los Arcos**  
Organizado por: Bioseguridad  
Swiss Medical Group

Como todos los años, el evento se desarrolló en dos turnos para facilitar la asistencia de los profesionales. Las ponencias estuvieron a cargo de las Farm. Nilda Rodríguez, Hilda Motal, Silvia Robilotti y Andrea Mosconi; y de los Téc. de Bioseguridad

Analía Brugiattelli, Brenda Fernandez y Fernando Carrizo. Participaron más de 60 profesionales, colaboradores de SMG y de otras prestigiosas instituciones como Hosp. Alemán, Hosp. Argerich, Fundación Favaloro, por mencionar algunos.



## II Foro Multidisciplinario sobre Cáncer “El cáncer es responsabilidad de todos” 15 y 16 de agosto de 2017

**Sociedad Rural**  
Organizado por: Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC)

Durante dos días, 120 oradores referentes del país y la región debatieron sobre el panorama social de la enfermedad y sobre las herramientas necesarias para crear verdadero impacto a gran escala, en la lucha contra el cáncer. El Dr. Ricardo Watman, gerente de Servicios Médicos y Auditoría de Swiss Medical Medicina Privada participó

de la charla plenaria “Argentina y el cáncer 3D” en la que se abordaron temas como la posición del Estado, las ONG y los privados frente a la enfermedad. El acceso a la salud. Planes y alternativas. El Foro marca un hito en la manera de abordar el cáncer como una problemática social que trasciende las barreras del abordaje meramente médico.



## XII Curso Precongreso de Cardiología de Adultos IV Precongreso de Cardiología Pediátrica “La cardiología a través del caso clínico”

El pasado 18 de octubre se realizó el XII Curso de Precongreso de Cardiología de Adultos y IV Precongreso de Cardiología Pediátrica. El mismo es organizado por el Comité de Docencia e Investigación de Swiss Medical Group y tuvo lugar en la Sociedad Científica Argentina, de la Ciudad de Buenos Aires.

En esta oportunidad, el Precongreso dio inicio con una presentación conjunta de Cardiología pediátrica y de adultos, abordando el tema “síncope cardiogénico” y presentando dos casos, uno pediátrico y otro de adultos, ambos con “canalopatías” las que pueden ser causales de arritmias

graves que causan muerte súbita. En palabras del Dr. Bruno “es muy importante el conocimiento de estas patologías para su diagnóstico precoz”.

En las mesas de Cardiología de adultos, las temáticas fueron: riñón y corazón, infarto con coronarias normales, y drogas oncológicas y sus efectos tóxicos sobre las células miocárdicas. En las mesas de Cardiología pediátrica, se trató sobre Hemodinamia intervencionista pediátrica, tratamiento y seguimiento de pacientes con corazón univentricular, y taquicardias ventriculares y supraventriculares rápidas (electrofisiología).

Este evento constituye prácticamente el único Precongreso que involucra la Cardiología Pediátrica, lo cual atiende a una necesidad tangible principalmente de los profesionales cardiólogos del interior del país, dado que en muchas oportunidades tienen que cubrir ambas especialidades.



*Durante el evento, el Dr. Jorge Falcón, Director Médico de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina ofreció un cálido discurso y entregó una placa al Dr. Carlos Bruno por su trayectoria en el área de Docencia e Investigación de Swiss Medical Group.*





## ABRIMOS UNA NUEVA SUCURSAL EN EL SILLÓN DE TU CASA

### LLEGÓ SWISS MEDICAL MOBILE

Nuestra nueva aplicación te hace la vida más fácil.

Consultar la cartilla | Conocer sucursales más cercanas | Solicitar turnos médicos\*  
Ver resultados de estudios\* | Gestionar autorizaciones y presupuestos de reintegros  
Consultar el historial de atenciones | Acceder a facturas | Calificar las atenciones  
Obtener credenciales provisorias | Llamar a emergencias

**Descargala y descubrí todo lo que podés hacer.**

(\*) Sólo válido para centros propios.



## Error médico

*“En medicina hay dos límites éticos, uno inferior: todo aquello que no debemos omitir; y uno superior: todo aquello que debemos hacer aunque no podamos.”*

*(Dr. Francisco Maglio)*

**Dr. Carlos M. Depalma**

*Médico especialista en*

*Gastroenterología*

*Gestión de Casos*

*Swiss Medical Medicina Privada*

En las tres o cuatro últimas décadas se fue observando que la figura paternalista y cuasi mágica para algunos pacientes, del médico, comenzó a trocar del mismo modo que la sociedad que integramos. El tiempo de la consulta se volvió el principal tirano, paralelamente al aumento de la complejidad de las prestaciones médicas. Cada vez se hizo más frecuente en los medios de comunicación o en las redes sociales, escuchar noticias sobre problemas derivados de la acción médica. De aquí que surja como propósito de este escrito tratar sobre el error médico, definido habitualmente como un acto no intencionado por omisión o comisión, inadecuado para el efecto o resultado que se pretende y capaz de producir un daño a la salud o a la vida de otros.

### El error médico en la Antigüedad

El concepto de error médico ya se conocía en la antigüedad y era castigado o señalado de distintas y crueles maneras: desde colgar una lámpara de papel en el frente de la casa del paciente fallecido (China Imperial) hasta la muerte del médico a manos de los deudos si el enfermo fallecía por supuesta impericia. En el siglo XII, la primera escuela de Medicina del mundo (Italia), establecía regular el trabajo médico que contenía elementos de auditoría.

### La medicina como arte

Pese a tener fundamentación en conocimientos sistemáticos, verificables y objetivos cuantificables, también en la esencia de la Medicina está lo imponderable, lo que pertenece al campo de la intuición, lo que aún no se ha logrado medir. Cometer errores es inherente a la condición humana, especialmente en ámbitos en que la incertidumbre en la toma de decisiones y la variabilidad misma de la biología humana, impiden un resultado exacto. La constante diferencia entre un paciente y otro, e incluso los cambios de un mismo paciente en sus diferentes momentos evolutivos indican que no podemos aplicar reglas fijas y además, que la experiencia y la habilidad personal condicionan un mejor juicio clínico. “El hombre no sabe lo que ve sino ve lo que sabe”

### Antecedentes y actualidad

Florencia Nightingale durante la guerra de Crimea planteó que las leyes de la enfermedad podían modificarse si se relacionaban los resultados y el tratamiento. Ernest Codman (1869-1940) investigó las causas de muerte no esperadas en el período postoperatorio y propuso una clasificación de los errores en cirugía. Richard Cabot (1869-1939), había investigado los errores diagnósticos a partir del análisis de 1.000 autopsias y posteriormente de otras 2.000, describiendo graves errores sistémicos en la práctica de la Medicina.

En los sistemas actuales de salud preocupa el número creciente de demandas a la población médica. Algunos estudios sugieren que cerca del 10% de los ingresos hospitalarios, tomando como referencia la Unión Europea y E.U.A., son pasibles de enfrentar daño causado al paciente, citando entre ellos: tratamiento innecesario (antibióticos en cuadros virales); insuficiencia de servicios o demora en la administración de los mismos; diagnóstico inapropiada; error o retardo diagnóstico en una cirugía.

### ¿Error o mala praxis?

Debe distinguirse el error de la mala praxis y de la responsabilidad profesional. La primera podría ser definida como la desviación de los estándares aceptados que causa daño a la salud del enfermo. En cuanto a la responsabilidad, basada o fundada en la culpa médica, comprende la impericia, la negligencia y la imprudencia.

Ante esta preocupación frecuente, sería conducente la actualización frecuente y el cumplimentar normas y procedimientos; detenerse y actualizar las posibles causas de error médico sin por ello sentirse menoscabado en su acción profesional; optimizar la relación médico paciente e incentivar el trabajo en equipo e incorporación de nuevas metodologías para el diagnóstico, jerarquización de síntomas, especificidad, potencial gravedad, etc., sin perder de vista una visión holística o global, considerando que existen enfermos y no enfermedades.

## 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 comparten y difunden análisis y definiciones surgidas de dichas reuniones.

### Nusinersen en atrofia muscular espinal

#### Descripción

La atrofia muscular espinal (AME) engloba un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas hereditarias caracterizadas por la degeneración y pérdida de las neuronas motoras de la médula espinal. Se trata de una enfermedad autosómica recesiva provocada en el 90% de los casos por la delección/mutación homocigota del gen de supervivencia de la motoneurona 1.

La AME se clasifica en cuatro grupos según la gravedad, la edad de aparición y la evolución de los síntomas y del número de copias del gen SMN2. En su forma más frecuente y severa (60% de los casos), denominada AME tipo I o enfermedad de Werdnig-Hoffmann, los pacientes presentan síntomas antes de los 6 meses de vida con una marcada disminución de los movimientos musculares proximales y del tono muscular (hipotonía generalizada) y nunca llegan a permanecer sentados sin ayuda. La afectación de las neuronas motoras bulbares puede provocar fasciculación de la lengua y problemas de deglución o succión. Sumando al compromiso de los músculos respiratorios, estos pacientes dependen de alimentación enteral y asistencia respiratoria mecánica, siendo la supervivencia promedio menor a dos años.

Actualmente no existe cura ni tratamiento específico para la AME. Las intervenciones terapéuticas disponibles se basan en la implementación de medidas de rehabilitación motora y tratamiento sintomático.

Se postula la implementación de tera-

pia génica a través del Nusinersen ya que podría aumentar la supervivencia global, mejorar la fuerza muscular y permitir la adquisición y el desarrollo de funciones motoras en pacientes con AME.

El Nusinersen es un oligonucleótido antisentido de administración intratecal. El tratamiento se inicia con una secuencia de tres aplicaciones administradas cada 15 días, y una cuarta 30 días después de la tercera dosis (0, 15, 30, 60 días). Estas cuatro aplicaciones constituyen la fase de carga. Posteriormente se continúa con una fase de mantenimiento con una dosis cada cuatro meses (la primera a los 180 días). La dosis recomendada es de 12 mg (5ml) por aplicación.

#### Evidencia disponible

Evidencia de alta calidad proveniente de un solo ensayo clínico aleatorizado muestra que la utilización intratecal de Nusinersen en pacientes menores de siete meses de edad, con atrofia muscular espinal tipo I, disminuyó la mortalidad y el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica de manera permanente. En estos pacientes, como así también en aquellos con los subtipos II y III también demostró mejorar aspectos de la función motora permitiendo el desarrollo y la adquisición de ciertas habilidades (sentarse, permanecer de pie, caminar, etc.)

No se encontraron estudios que hayan evaluado el efecto del Nusinersen sobre la mortalidad y el requerimiento de asistencia respiratoria en pacientes con subtipos II y III.

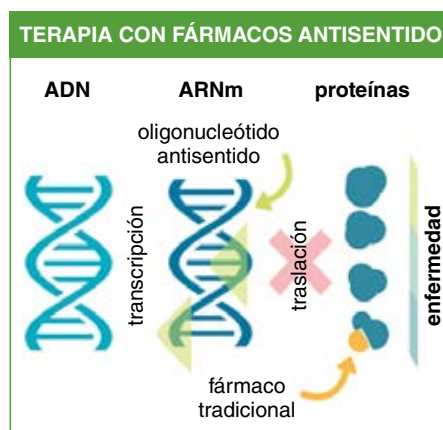
#### Conclusiones

La evidencia es de alta calidad metodológica mostrando sus resultados un beneficio neto sobre resultados evaluados. Es un medicamento con un impacto presupuestario altísimo debido a su alto costo.

Se necesitan estudios de costo efectividad locales para poder definir una recomendación de cobertura definitiva.

#### Política de cobertura

En nuestro país no se encuentra autorizado por ANMAT, considerándose el mismo un medicamento de uso compasivo. **Swiss Medical Medicina Privada** no autoriza dicha cobertura.





## ANMAT autoriza la primera vacuna contra el dengue

### Dr. Marcelo Ponte

Médico especialista en Clínica Médica y Farmacología Clínica  
Jefe de Políticas y Servicios Médicos  
Swiss Medical Medicina Privada

Con disposición número 3135 de año 2017, la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) autorizó la primera vacuna tetravalente contra el Dengue (DENG VAXIA). En la disposición de autorización de comercialización mencionada puntos de relevancia para la implementación de aplicación de la misma en el Sistema de Salud.

- Dengvaxia presenta un relativo balance beneficio/riesgo para los serotipos 3 y 4 y un porcentaje de eficacia mucho menor para los serotipos 1 y 2.

- De la información presentada, el uso de la vacuna está destinado sólo a población que habite en áreas endémicas, considerando que dichas áreas serán las establecidas a partir de datos epidemiológicos por el Ministerio de Salud. La vacuna no se encuentra prevista y por lo tanto su indicación no incluirá su uso en ocasión de brotes o para viajeros.

- En cuanto a la franja etaria, los datos de seguridad presentados para grupos de edades mayores (mayores de 45 años) corresponden a adultos comprendidos entre 45 y 60 años que recibieron la vacuna CYD contra el dengue, provenientes del estudio CY17, realizado en un área no endémica (Australia). No contando con información relacionada con la seguridad en sujetos de 46 a 60 años pertenecientes a áreas endémicas, la eventual aplicación de la vacuna estará limitada en cuanto a población adulta, hasta 45 años de edad.

- En relación a los grupos de alto riesgo, como inmunocomprometidos y con comorbilidades crónicas, no fueron incluidos en los estudios clínicos, por lo cual no se puede ni se debe considerar la vacunación en estos pacientes.

- Los datos presentados sustentan la eficacia de la vacuna en individuos seropositivos a dengue, frente a la poca eficacia en individuos seronegativos, planteando esto la posibilidad de que la vacuna no sea eficaz para las infecciones primarias, sino que funcionaría como un refuerzo de la inmunidad adquirida con infecciones naturales previas.

- La OMS y su Oficina Regional (OPS) no recomienda la incorporación de esta vacuna a los programas nacionales de inmunizaciones al menos cuando la prevalencia de infección a dengue en la población a ser vacunada se encuentre por debajo del 50%.

Según la Comisión Nacional de Inmunizaciones, la vacuna estaría indicada para individuos entre 12 y 45 años y en Argentina no es una herramienta preventiva para incorporar en el calendario de vacunación de la totalidad de las jurisdicciones del territorio nacional.

### REFERENCIAS

- ANMAT. Disposición 3135/17. En: <http://bit.ly/2yehhiE>
- Acta III Reunión Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaln). En: <http://bit.ly/2wpuJLN>



Mapa de riesgo de dengue en América. Fuente: Evidence-based risk assessment and communication: a new global dengue risk-map for travelers and clinicians. Journal of Travel and Medicine Jun 2016, 23 (6) taw 062; DOI: 10.1093/jtm/taw062

# Programas médicos

## La comida: ese poderoso quitapenas

### **Dra. Valeria Álvarez**

Especialista en Medicina Nutricional  
Directora médica

### **Lic. Ana Poviña**

Psicoanalista

### **Lic. Georgina Vorano**

Psicoanalista

ETOS - Espacio terapéutico para la  
obesidad y el sobrepeso  
Programas Médicos Swiss Medical  
Medicina Privada

Los tiempos han cambiado. Los seres humanos sufren por lo mismo, pero de diferentes formas: los ritmos y discursos de hoy empujan a una manía generalizada, las compulsiones y adicciones ampliaron su espectro a distintos objetos y sustancias, con una diversa gama de intensidades. Tal parecería ser la forma de resolver los problemas: consumir. Cada problemática de consumo es diferente y necesita ser tratada de diferente modo, pudiendo ir desde juegos, pantallas, drogas legales e ilegales, compras, deudas hasta trabajo. Entre éstas se encuentra también la comida, ya sea bajo las formas sintomáticas de la obesidad y el sobrepeso, o de la bulimia y la anorexia.

### **Cada obesidad es diferente**

Desde el punto de vista médico, la obesidad es considerada una enfermedad crónica caracterizada por la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal disfuncional y ectópica que conlleva la aparición de un conjunto de comorbilidades complejas. El diagnóstico se efectúa a través de una fórmula unificada mundialmente, el índice de masa corporal. Sin embargo, si el exceso de peso sólo es considerado como la consecuencia de un cúmulo de características

El cuerpo no está hecho solo de carne y órganos, sino también de palabras e imágenes, éstos se articulan. Del mismo modo, la comida no tiene únicamente una función nutricional, es el primer objeto de satisfacción de un ser humano. La alimentación es la forma en la que se inaugura la relación con el otro. Es la primera recepción en el mundo, se convierte incluso, en un signo de amor. Entonces, en algún momento de la vida, no sorprende que la comida pueda pasar a cumplir la función de un compañero para la soledad, un quitapenas, un tapón para la angustia y la ansiedad, un calmante o la forma de evadir o rechazar relaciones, entre otras.



Inertia (escultura submarina) obra de Jason deCaires Taylor, México.  
[www.underwatersculpture.com/](http://www.underwatersculpture.com/)  
[www.musamexico.org](http://www.musamexico.org)

de la sociedad de consumo en combinación con predisposiciones orgánicas, se corre el riesgo de omitir los aspectos psicológicos, imposibilitando que cada quien pueda descubrir y asumir su responsabilidad subjetiva. Esto significa, la posibilidad de encontrar y dar respuesta a algo, vale decir, de que cada persona se implique en su sufrimiento para poder incidir sobre él: *¿de qué forma estoy implicado en aquello por lo cual me quejo y sufro? ¿Cuáles son las marcas, las vivencias y las defensas que implementé en mi vida?* Esta perspectiva singular, en la que nadie es igual a otro, agrega la posibilidad de tomar en las propias manos el malestar.

### **Los aportes del Psicoanálisis**

El Psicoanálisis nos enseña que la razón, el sentido común y la voluntad no alcanzan por sí solos para definir qué es un ser humano. Los modos de cada quien para padecer, relacionarse, satisfacerse, amar, trabajar, vivir están determinados por los avatares de su historia. Una historia compuesta de deseos, azares, presencias y ausencias, interpretaciones, respuestas, palabras, defensas, decisiones y creaciones. Allí se encuentra entramado lo inconsciente.

### **Nuestra experiencia**

Escuchamos a pacientes que traen sus distintos excesos de “pesos” para intentar recortarlos, bajarlos, perderlos. Es común la des implicación o el encontrarse en una posición de “estar obligado a” o “mandado por” esperando que las respuestas y fórmulas vengan del otro y que las medidas de atención sobre el cuerpo sean suficientes: dietas, regímenes, órdenes, tips. Generalmente ya realizadas en otros momentos con resultados rápidos (bajar de peso) pero que no se sostuvieron en el tiempo. Entendemos esta situación y la recibimos, pero para ponernos a trabajar juntos, en la búsqueda de preguntas, respuestas, medidas y decisiones. Absolutamente siempre de forma personalizada, caso por caso, nadie es igual. En nuestra institución hacemos un trabajo conjunto entre Medicina y Psicoanálisis donde el punto de intersección es el sujeto. Convocamos al paciente a que tome la palabra y sea parte activa en la construcción de su tratamiento. Elegimos un trabajo “artesanal” e interdisciplinario.

## Uso de T.I.C. para el asesoramiento y tratamiento de Enfermería a distancia en el cuidado de la piel

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

**Lic. Alicia Mabel Benítez**

Neonatología

Clínica y Maternidad Suizo Argentina  
Swiss Medical Group

Desde hace más de 30 años las tecnologías de información y comunicaciones (T.I.C.) son utilizadas en el ejercicio y la prestación de enfermería. Cualquier profesional de Enfermería que en alguna ocasión haya dado asesoramiento, comunicado resultados de laboratorio, información u orientación a los pacientes por teléfono, ha practicado algunos aspectos de la tele enfermería.

En Suecia, Israel y Canadá es un instrumento práctico y organizado para superar barreras de tiempo y distancia, se centra en actividades relacionadas con la prestación de servicios clínicos tales como la selección, los cuidados y las consultas por medios electrónicos. En el año 2000, el Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda reconoció que la tele enfermería es un sector independiente de práctica especializada dentro de la enfermería.

A continuación se presentan dos casos de pacientes que fueron asesorados en forma remota sobre los cuidados de enfermería requeridos por sus tratamientos.

### Objetivos

Respetando los principios de privacidad, confidencialidad y seguridad del paciente, es que a pedido de su familia acepté guiar el cuidado de personas con diferentes lesiones en la piel, contando con el consentimiento de su médico tratante.

El objetivo fue mostrar los beneficios de T.I.C. en el asesoramiento y tratamiento en el cuidado de la piel.

### Desarrollo

CASO 1: Paciente de 89 años que en Julio de 2014 sufre una caída con fractura de cadera derecha. A los 15 días ingresa a quirófano, su piel permaneció íntegra durante el reposo, está anticoagulada por su enfermedad de base (diabetes e hipertensión). Después de la operación se observa enrojecimiento en ambas pantorrillas. Pasan varios días, en la pierna derecha sale una flictena pequeña que se rompe y la lesión comienza a agrandarse y a secretar líquido. A fines de Agosto la familia me consulta sobre qué sería conveniente hacer; considerando que la paciente se encontraba a 200 km. de distancia (en la localidad de Chacabuco). Por medio de fotos

y utilización de *whatsapp* doy indicaciones para el tratamiento, que primeramente fuera establecido por su médico clínico y cirujano. Estando estos de acuerdo comienzan la higiene con jabón blanco e hidratación del resto de la piel, así como uso de productos dermatológicos: placa de hidrocoloide, alginato de calcio, película protectora sin ardor (polímero sintético en spray) plancha de gel polímero con soporte de tela. El tratamiento es realizado por familiares con auditoría de Enfermería a través de filmaciones directas; observándose, en el tiempo, una disminución del tamaño de la herida.

CASO 2: Paciente de 85 años que presenta una lesión en la pierna izquierda, producto de una picadura de insecto. Tiene una piel muy fina, podría decirse casi transparente, su médico le indica higiene con antiséptico y ATB local. Finalizado el tratamiento antibiótico, su hija me consulta como seguir, ya que él viaja seguido y es muy activo con las tareas campestres. El seguimiento se realizó por medio de envío de fotos y utilización de *whatsapp*. Comienza el tratamiento sugerido luego de obtener el consentimiento de su médico clínico, observándose pérdida de la integridad cutánea. Indico suspender higiene con antiséptico, usar jabón blanco e hidratar zona distal con alguna loción con vitamina A. Observando la herida y sus bordes indico cura húmeda con apósito de hidrocoloide hasta que presente estadio de granulación, siguiendo con un apósito transparente, semipermeable. Aproximadamente en el lapso de 21 días de iniciado el asesoramiento y siguiendo las indicaciones de enfermería, logró cicatrizar su lesión sin abandonar sus actividades habituales.

### Conclusiones

Al observar a distancia la herida de los pacientes por medio de fotografías digitales, se pudo evaluar el daño y modificar el tratamiento según su evolución.

Por su accesibilidad, la telefonía móvil es una herramienta de elección al momento de realizar tele enfermería.

Quienes asuman esta tarea, saben que la dignificación que trae consigo el cuidado, no es sólo para la persona cuidada sino también para el cuidador mismo.



## Patentes farmacéuticas y Derecho a la Salud. El rol de los profesionales médicos.

**Dra. Mariela Tomassino**

Abogada

Jefe de Legales

Swiss Medical Group

Al abordar el tema de patentes farmacéuticas se despliegan un sinnúmero de cuestiones éticas, jurídicas, morales, políticas y económicas cuyo desarrollo requiere de un amplio debate. El abanico mencionado parte de una base fundamental y es que cuando el objeto sub examine –en el caso patentes farmacéuticas- se vincula con el derecho a la salud, existen intereses contrapuestos y opiniones dispares. A fin de brindar algún acercamiento al tema se expondrán los aspectos más acuciantes de la cuestión.

### Qué es y qué implica una patente en términos jurídicos

En primer lugar, corresponde señalar que jurídicamente la patente constituye un derecho que el Estado otorga durante un tiempo<sup>1</sup> a un inventor y que impide que terceros hagan uso de esa tecnología patentada. Vencido dicho lapso, la invención ingresa al dominio público y puede ser usada por cualquier persona sin el consentimiento del inventor.

Para algunos, las patentes constituyen un derecho esencialmente económico. Para la OMPI (Organización Mundial de Propiedad Intelectual) se

consideran una válida retribución al inventor por su esfuerzo.

Este aspecto per se ha generado críticas en la comunidad médica y científica, por cuanto, para muchos, un inventor no debe estar ligado a intereses económicos sino al desarrollo de la ciencia y son los avances logrados la retribución más significativa. Sin embargo, no escapa al conocimiento de cualquier persona que es la industria farmacéutica una de las empresas de mayor envergadura económica en cuanto a costos y a beneficios. De hecho, el negocio farmacéutico supera en ganancias la venta de armas y las telecomunicaciones.

### Tipos de patentes

Dentro de las patentes farmacéuticas pueden existir patentes de invención donde se ofrece un nuevo producto o procedimiento como una nueva solución técnica a un problema, o patentes de modelo de utilidad a través de las cuales lo novedoso es la configuración o disposición de elementos que permita un mejor o diferente funcionamiento a un producto que antes no lo tenía. Sin embargo, menos del 25 % de los nuevos fármacos mejoran los anteriores.



## Patentes y acceso a la salud

En este escenario, el debate se ciñe en torno a varias cuestiones de extrema relevancia. Por un lado, el titular de la patente goza de exclusividad con respecto al producto o innovación patentada. Dicha exclusividad puede impedir la fabricación, ingreso y venta de determinados productos durante el plazo de vigencia de la patente referida y así la monopolización del precio de los mismos, generando que la medicación de que se trate constituya un privilegio para unos pocos.

Este sistema impide el acceso a la salud de múltiples afectados, además de encontrarse cuestionadas las enfermedades a las que se dedican tiempo y recursos y cuyo desarrollo es manipulado por las firmas farmacéuticas atendiendo a cuestiones netamente de interés económico. Sin embargo, la realidad es que el acceso a los medicamentos es una necesidad acuciante.

## Medicamentos genéricos

Lo expuesto intentó paliarse a través de la distribución de medicamentos genéricos, los que conllevan un menor costo para el fabricante, quien utiliza una patente ya consolidada y de equivalencia terapéutica pero únicamente puede ofrecerse al público cuando ha caducado la vigencia de la patente original y vencido el plazo de exclusividad de datos –legislación complementaria– que es un plazo durante el cual se brinda protección adicional al medicamento nuevo y durante el que no se pueden solicitar autorizaciones de comercialización de genéricos.

Lo cierto es que las empresas farmacéuticas deben evolucionar para no perder competitividad en costos con los medicamentos genéricos y estos últimos necesitan de las primeras para poder ser comercializados.

*Cabe destacar que los acuerdos internacionales suscriptos<sup>2</sup> vinculados con el tema en estudio han sido aún más perjudiciales para el desarrollo y*

*a pesar de los esfuerzos por flexibilizarlos no se ha encontrado aún una solución equitativa.*

## Círculo vicioso

La problemática encierra múltiples dificultades ya que al profundizar ingresamos en un círculo vicioso. Los Estados financian la investigación y desarrollo de patentes, pero a su vez, son las empresas farmacéuticas quienes brindan beneficios económicos en varias actividades políticas. De este modo, se convierten en clientes para los estados que salen a defenderlas al momento de suscribir acuerdos internacionales. Del mismo modo, se monopoliza el conocimiento y el secreto ingresa en una órbita de competencia y exiguos beneficios.

## Laboratorios y profesionales médicos

Al ser los laboratorios los que ostentan la información y el poder económico y político, se convierten en los electores de aquellos temas y/o enfermedades “dignas” de investigación y cuyos resultados ostenten beneficios redituables. No un funcionamiento social del asunto. También son las mismas empresas las que manejan la publicidad<sup>3</sup> e incluso el material de capacitación para los profesionales médicos, quienes podrán verse al momento de prescribir como correlato de la información y formación recibida<sup>4</sup>. Así, el profesional médico está constantemente enfrentado a la necesidad de acceder al conocimiento a través de la industria, que, como se expuso, tiene un carácter dicotómico en su naturaleza<sup>5</sup>, constituyéndose así como poco transparente.

## Encrucijadas en la investigación científica

Por otro lado, las patentes otorgadas por lapsos de duración de años tampoco favorecen el desarrollo de la ciencia, ya que desalentados por la situación de exclusividad, otros investigadores dejan de dedicarse a deter-

minado producto a sabiendas de que ya se encuentra patentado, en lugar de abrirse la innovación al mercado y permitir nuevas ideas que propendan a mayores beneficios para toda la población.

Se trata pues de una encrucijada, ya que por un lado las empresas farmacéuticas deben invertir en invención y mejoras y en función de ello ser retribuidas, pero alguien debe absorber los costos implicados a dichos procesos. La lógica indicaría que debiera ser el mismo Estado quien por un lado financie las invenciones y por otro facilite el acceso a los ciudadanos. Si bien se han intentado modelos de licencias obligatorias para determinados supuestos, son escasos los casos de aplicación y sufren embates feroces de los laboratorios que impiden su utilización masiva.

En la actualidad, varios países se encuentran analizando alternativas que permitan la lógica compensación de la invención con la accesibilidad de la sociedad.

(1) Actualmente se otorgan por 20 años conforme normas de Adpic.

(2) Adpic (Acuerdo de Propiedad Intelectual vinculado con el Comercio) Declaración de Doha, entre otros.

(3) Está comprobado que los laboratorios invierten más en publicidad que en investigación.

(4) Lo expuesto sin perjuicio de múltiples maniobras que los laboratorios realizan con algunos profesionales tendientes a propinarles beneficios personales a costa de la indicación de determinado medicamento.

(5) Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. Persona y Bioética, 2009. Disponible on line: <http://bit.ly/2eM62SF>

## Caleidoscopio \*

**COLUMNISTA INVITADO: Dr. Gabriel Azar**

*Médico cardiólogo*

*Auditoría Médica de terreno y Autorizaciones*

*Gcia. de Servicios Médicos y Auditoría*

*Swiss Medical Medicina Privada*

El Brazilian Jiu Jitsu (BJJ) deriva del Jiu Jitsu Japonés, que fue modificado y perfeccionado en 1925 por Carlson y Helio Gracie, quienes junto a sus hermanos, hijos y nietos lo popularizaron en todo el mundo.

Este arte marcial —o “arte suave”— no utiliza golpes, sino diferentes lances o derribos para llevar al rival al suelo y palancas articulares o estrangulamientos para someterlo, lo cual lo hace más efectivo en una lucha real. Se lo puede practicar desde los 4 a los 100 años de edad y tiene dos modalidades: con y sin kimono.

A mis 46 años, mi amigo Santiago, con quien entrenaba boxeo, me desafiaba a luchar un round de “vale todo, sin reglas” y acepto. Mientras preparaba una combinación de puños y patadas, me derribó y estranguló inmediatamente. Se me “apagó la luz”.

Santiago llevaba años practicando en la academia de Fredy Sukata (discípulo de C. Gracie que trajo el BJJ a Argentina en 1998) donde empecé a entrenar algunos días. Ese verano, mis profesores Valentín, Augusto y Pablo, me invitaron a un torneo en Viña del Mar. Como no había competidores de mi edad, se unificaron catego-

rías: me tocó un rival de 28 años. Gané en la modalidad con kimono y perdí en la sin kimono. Pero “en BJJ nunca se pierde: o se gana o se aprende”.

En 2012 había abandonado el boxeo y entrenaba 6 días semanales. No adapté el deporte a mi vida, adapté mi vida al BJJ. Suelo competir en 3 torneos por año, algunos internacionales. En el Open de Río 2014, fuimos más de 2.000 inscriptos de todo el mundo, y obtuve 2 podios.

En mi academia encontré una segunda familia, donde no existen discriminaciones por estatus social, edad o aspecto físico. No hay día que no me vaya más contento

de lo que llegué. Dolor, cansancio físico, hematomas o contracturas son parte de mi bienestar diario, no por masoquista, sino por sentir que viví un día más y que me alejé de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, dislipidemia y depresión.

Bajé de peso, aumenté mi masa muscular, regularicé mi presión arterial, y dejé de bruxar. Empecé a vivir tranquilo, me volví seguro de mí mismo, más tolerante, respetuoso y cordial. Consecuentemente tuve gratificaciones profesionales y laborales. Mejoré la relación con mi familia, amigos y vecinos. Así fue como BJJ se transformó en parte de mi vida.



*El BJJ se puede practicar desde los 4 a los 100 años de edad*



*Traje de BJJ gi (con kimono)*



*Mitsuyo Maeda (1878-1941) maestro de la familia Gracie en Brasil*

## Reseña de Libro \*

**Por: Alma Vanina Estrella**

**Consumo problemático de drogas Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria**

*Alberto Trimboli*

*Editorial Noveduc*

*176 págs.*

En los últimos años, asistimos a un creciente análisis y discusión sobre políticas y programas de drogas en todo el mundo. En gran medida, esto se debe al fracaso de las iniciativas para controlar el problema a través de medios punitivos durante el último siglo. El debate contemporáneo es complejo e involucra a diversos actores sociales.

“Consumo problemático de drogas” se centra en el aspecto de la inclusión sociosanitaria, constituyendo un aporte para el

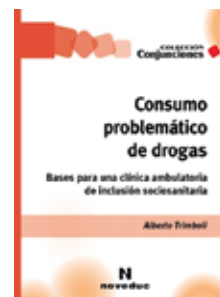
campo de la salud. El autor, Dr. en Psicología con casi 30 años de experiencia en el ámbito, dice: “Es llamativo cómo ciertos sectores, entre ellos el de los profesionales de la salud (...) dejan de lado a la persona y sus derechos, centrándose casi exclusivamente en el objeto droga y en el peligro que significa para la sociedad la sustancia ingerida”.

Ante este escenario, propone pensar una clínica de las adicciones alternativa a la internación, que sea acorde a criterios científicos y éticos. Y advierte que para ello es importante comprender cómo se produce histórica y socialmente la estigmatización (reforzadora de la doble condición de enfermo y delincuente) de la persona que consume drogas. Por eso, en la primera parte del libro traza una genealogía del descubrimiento y la utilización de sustancias psicoactivas y recorre la base de múltiples discursos (ideológicos, políticos,

médicos, jurídicos, morales) que intervinieron en el proceso de exclusión.

Por otra parte, considerando que la definición de droga es problemática en sí misma y su clasificación, diversa, Trimboli las analiza a lo largo de la historia y de las diferentes corrientes de pensamiento. En los últimos capítulos, describe cómo es el marco legal en el mundo y en nuestro país, a la vez que detalla cuáles son los abordajes asistenciales disponibles en nuestro contexto actual.

La obra resultará de interés para todo aquel profesional de la salud que desee ampliar o actualizar su perspectiva sobre el tema, e incorporar estas reflexiones a su práctica asistencial o de gestión.







**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)