



Una publicación de



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD



Editorial

*Your old road is rapidly agin' please get out of the new one
if you can't lend your hand for the times they are a-changin'.*

*(Tu antiguo camino está envejeciendo rápidamente
por favor salí del nuevo si no podés dar una mano
porque los tiempos están cambiando)*

Bob Dylan

Estimado lector

Nos interesa estar comunicados, nos interesa hacer una aportación a la práctica clínica cotidiana y favorecer instancias de intercambio y de discusión entre todos los profesionales que conformamos esta extensa red en torno a Swiss Medical Medicina Privada. Por eso llegamos con este nuevo número de *Æqualis*, con contenidos variados.

Muchos de los artículos que presentamos están en relación con el impacto que los adelantos tecnológicos tienen en nuestras prácticas: ya sea repensando el rol de la Enfermería -a partir de un nutritivo artículo del Prof. Juan Carlos Verardi- o bien, accediendo a los nuevos paradigmas en el tratamiento de la artritis reumatoidea, de la mano del Dr. Darío Scublinsky. La medicina avanza rápidamente: procesos y contenidos se transforman y, en paralelo, los profesionales nos vemos frente a la exigencia de desarrollar nuevas destrezas, a revisar aspectos de nuestra tarea que creíamos invariables. Así, la revalorización y reconsideración de la comunicación en salud se vuelven indispensables para una clínica de calidad, advierte la Dra. Escáandar en su artículo.

A un lado de la población (los recién nacidos) la Lic. María Elena Jorge López, presenta las nuevas tendencias “de puertas abiertas” en las unidades neonatales, tendientes a humanizar más la labor de Enfermería. Mientras que al otro extremo, el mapa demográfico se transforma, un tema que en este número ocupa al Dr. Carlos Bruno, quien describe cómo se da el crecimiento de la población añosa y presenta su perspectiva en cuanto a posibles líneas de acción que involucren a todos los actores sociales.

Finalmente, otro de los artículos destacados aborda una de las enfermedades crónicas más frecuente en la población pediátrica, el asma. El Dr. Víctor Chang comenta el resultado de un estudio de seguridad (VESTRI) sobre el riesgo de eventos adversos severos por los LABA en asociación a corticoides inhalados.

Quedan invitados a leer estos contenidos y como siempre, a hacernos conocer su opinión y sus intereses.

Dr. Juan Carlos Cha Torea

Jefe de Políticas y Servicios Médicos
Gcia. de Servicios Médicos y Auditoría
Swiss Medical Medicina Privada

SUMARIO

- 3 Editorial
 - 5 Nota de opinión
 - 6 Artículo original
 - 9 Comentario de artículo
 - 12 Información Swiss Medical Group
 - 16 Evaluación de tecnologías sanitarias
 - 17 Alerta farmacológica
 - 18 Programas médicos
 - 19 Enfermería
 - 22 Medicina Legal
 - 21 Historia de la Medicina
 - 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: Dr. Carlos Bruno, Dr. Fabricio Cambior, Dr. Daniel Víctor Chang, Dr. Carlos Depalma, Dra. Alcira Escándar, Dra. Mariana Flichman, Dra. Agustina Piccione, Dr. Darío Scublinsky, Dra. Ariela Tarcic, Dr. José Torres, Mg. Prof. Juan Carlos Verardi.
 - La imagen de tapa de este Nro. se titula "Intemperie" y corresponde a Tobías Wainhaus.
 - Versión descargable on-line en: www.prestadores.swissmedical.com.ar
 - Correo de lectores: aequalis@swissmedical.com.ar
- La correspondencia puede enviarse a 25 de Mayo 264, 4to. Piso (1002) C.A.B.A.

Æqualis es una publicación trimestral de Swiss Medical Medicina Privada 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 octubre de 2018 en los talleres gráficos de PUNTHUAL S.R.L. José León Suárez 3.256, CA.B.A. CP: C1440EZJ. Tirada de esta edición: 2.500 ejemplares.

Artista de tapa



Tobías Wainhaus



Nació en Buenos Aires en 1986. Estudió Diseño Gráfico en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y Artes Visuales en la Escuela de Enseñanza Artística Manuel Belgrano, formándose además en distintos talleres. Actualmente vive y trabaja en Buenos Aires.

Realizó exposiciones en Galería Mundo Nuevo, Galería Buenos Aires Sur, Hotel Clubhouse, Borges 1975, Casa Flores, Museo Casa Carnacini, El Serpa, Espacio Cabrera y Biblioteca Nacional de la República Argentina.

Ha obtenido premios y participado de salones como: Bienal de la Universidad Nacional del Litoral (2018); Salón de Dibujo del Museo de Arte Contemporáneo de Lanús (2018); Salón

de Dibujo y Pintura de Pergamino (2017); Mención de Pintura y Mención de Dibujo en Salón Pequeño Formato Museo Casa Carnacini (2016) y Salón Municipal Manuel Belgrano (2015) en Museo Sívori.

Su producción se compone de dibujos y pinturas en los que aparecen elementos de la naturaleza y el paisaje, geometrías y abstracciones, reconfigurados en un orden particular. Su repertorio de técnicas incluye el dominio de lápices, grafitos, acuarelas y óleos sobre papel, tela o madera. Por medio de la combinación de trazos gestuales y otros recursos formales tales como superposiciones y transparencias, consigue crear atmósferas sutiles y de ambigüedad entre lo exterior-interior. La imagen de tapa de este número es "Intemperie III" (lápiz grafito y lápices policromos s/papel, 38 cm x 38 cm) de la serie "Intemperie"; y corresponde a 2016.

Para ver más: <http://tobiaswainhaus.com>

Enfermería: ¿como antaño o hacia el futuro?

Mg. Prof. Juan Carlos Verardi
Jefe Corporativo Enfermería
Swiss Medical Group

La palabra enfermería deriva del latín **infirmus**, algo así como lo relacionado con los no fuertes. Antiguamente la profesión era considerada una ocupación de baja calificación y escaso prestigio, por eso carga con un estigma del pasado, una imagen estereotipada y poco valorada socialmente.



que en 1991, se sanciona la Ley 24.004 referente al ejercicio de la Enfermería, el impulso definitivo para promover la profesionalización. Básicamente determinaba, entre otras cosas:

- La Enfermería pasa a ser una profesión que puede ejercerse en forma autónoma.
- Deja de ser considerada actividad de colaboración del médico y odontólogo.
- Amplía el campo de ejercicio a la actividad docente, de investigación y administración de servicios de Salud.

Nuevos desafíos en el Siglo XXI

Los adelantos en la última década han aportado mayor eficiencia a los diferentes procesos, contenidos, habilidades y destrezas necesarias en esta profesión que cuenta hoy día con niveles de licenciaturas y doctorados y un abanico de posibilidades que va desde lo asistencial, la investigación y la actividad docente, hasta la gestión y administración de servicios de Salud. Pero no debemos desatender los aspectos humanístico/holístico y (por qué no) la sostenibilidad de nuestra profesión. Por eso en los nuevos enfoques curriculares, se busca que los futuros profesionales comprendan el TODO, y esto es: el contexto histórico, lo económico, lo social, y que desarrollen habilidades para adaptarse a las situaciones cambiantes del mundo moderno. Todos estos cambios logrados a través del tiempo, deben complementarse con algo que multiplica exponencialmente el valor de un profesional, como lo detalla la siguiente ecuación: **(C + H) x A**

Donde:

C = Conocimientos (lo teórico);

H = Habilidades, destrezas (lo técnico) y

A = Actitud, los valores.

¿Qué quiero decir con esto? que los conocimientos y la habilidad para hacer las cosas son importantes, pero con eso solo no alcanza. Y ahí es donde aparece la A (de actitud, valores) que multiplica el valor de cada uno.

Hoy, muchos se preguntan si Enfermería es una carrera del futuro. La respuesta es: absolutamente. A pesar de que vivimos en una época de continuos avances tecnológicos en el sistema de Salud, nosotros los enfermeros somos más necesarios que nunca.

ALGUNOS DATOS:

- Hoy hay 2 enfermeros cada 1.000 habitantes, lo adecuado sería por encima de 4 cada 1.000. Finlandia tiene 15 cada 1.000 habitantes.
- Para el 2020 se jubilarían un poco más de 50.000 enfermeros.
- En Argentina hay 53 universidades y 212 escuelas técnicas formando enfermeros, a razón de unos 30.000 inscriptos al año.

Fuentes consultadas:

OPS, OMS, Ministerio de Salud de la Nación, Hospital Británico, UAI.

Notas para trazar una historia

Las personas siempre han necesitado de cuidados cuando están enfermas o heridas, en ese sentido, podría afirmarse que la Enfermería es tan antigua como la humanidad. No obstante, se cree que la figura de la enfermera apareció por primera vez durante la Edad Media.

En la historia de la profesionalización de la Enfermería dos nombres son de gran importancia: **Florence Nightingale**, considerada la "madre de la enfermería moderna", fundadora de la primera escuela para enfermeras en Londres, en 1856. El otro es **Cecilia Grierson**, que en 1885 crea en Buenos Aires la Escuela de Enfermeros y Enfermeras, estableciendo una carrera de 9 meses de duración. Más de treinta años después, en 1921, una disposición oficial modificaría el plan adaptándolo a las recomendaciones internacionales, llevándolo a 3 años de cursada. En 1967 el enfermero obtiene la figura de colaborador (Ley 17.132) hasta

REFERENCIAS

-Historia de la Enfermería. Formación y perspectivas. Raúl y Ricardo de Titto, María T. Ricci; Ed. El Ateneo, Bs As, 2004.

-<https://clinic-cloud.com/blog/historia-de-la-enfermeria-resumen/>

-<https://www.teseopress.com/>

-[enfermeriaeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria/](https://www.teseopress.com/enfermeriaeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria/)

-<https://clinic-cloud.com/blog/historia-de-la-enfermeria-resumen/>

Artritis, tratamiento y oportunidades perdidas

Dr. Dario Scublinsky

Médico reumatólogo

Docente de Farmacología UBA

Co-Director posgrado de

Medicamentos biotecnológicos UBA

Editor Revista Argentina de

Reumatología

Programa de Artritis Reumatoidea

Swiss Medical Group

Así como la diabetes es la enfermedad inflamatoria órgano-específica más frecuente, la artritis reumatoidea (AR) es la enfermedad autoinmune sistémica más prevalente en el país y el mundo ¹. Es bien sabido que en los últimos 20 años, el paradigma en el tratamiento de la AR cambió, pasando de considerarla una enfermedad “lenta y progresiva” a una enfermedad “rápidamente agresiva y discapacitante” con toda la carga humana y económica que ello implica ². El surgimiento hace 15 años de los medicamentos biológicos -con su alto costo- llamó la atención de los financiadores de salud, y más aún en los últimos años por la aparición de gran número de ellos y el incremento exponencial del gasto médico. Por lo tanto, la rápida intervención diagnóstica y terapéutica con inmunosupresores de bajo costo así como nuevas estrategias de tratamiento retardan, y en muchos casos evitan, el tratamiento con drogas biológicas en el mediano plazo en los pacientes con AR.

La enfermedad temprana

El tratamiento de la AR ha experimentado importantes avances en los últimos años, tanto en términos del arsenal farmacológico como de la estrategia terapéutica. El tratamiento al objetivo de la remisión a través de un protocolo de control estricto se considera el estándar de atención, por lo que alcanzar la remisión clínica y radiográfica de la enfermedad se ha convertido en un objetivo alcanzable. El aumento de la evidencia demuestra que el diagnóstico temprano, el inicio rápido del tratamiento y el logro temprano de la remisión son los principales predictores de resultados clínicos, funcionales y radiográficos a largo plazo. Concentrar los esfuerzos en controlar la actividad de la enfermedad en una ventana de oportunidad muy temprana ofrece beneficios sostenidos únicos.

Los fármacos antiinflamatorios

La introducción de medicamentos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad (DMARD) y DMARD biológicos específicos (bDMARD) ha ampliado las posibilidades terapéuticas. La creciente conciencia del impacto pronóstico del tratamiento de la enfermedad dirigida al objetivo (T2T), ajustando la terapia de acuerdo con la actividad de la enfermedad, optimizó aún más los resultados ³. La evidencia de ensayos que utilizaron estrategias intensivas tempranas de DMARD introdujo el concepto de “ventana de oportunidad” y dio pie a la creación de clínicas de AR temprana (ERA), que apostaban a la remisión a largo plazo, desde la base del inicio temprano del tratamiento. ^{4, 5}

Las recomendaciones nacionales e internacionales abordan la importancia de comenzar la terapia DMARD tan pronto como se realice el diagnóstico de AR. ⁶ Los datos de múltiples cohortes observacionales y ensayos clínicos indican que comenzar el tratamiento en las primeras 12 semanas desde el inicio de la enfermedad es particularmente efectivo para controlar la actividad y da como resultado mejores resultados a mediano y largo plazo. El ensayo FinRaCo demostró que un retraso en la terapia (> 4 meses) fue



el único predictor significativo de remisión utilizando una estrategia de DMARD única.⁷ Según la hipótesis de la “ventana de oportunidad” la intervención dentro de un marco de tiempo limitado se asocia con una respuesta particularmente efectiva a la terapia, logrando resultados sostenidos a largo plazo. Un estudio reciente sobre dos cohortes grandes de pacientes de clínicas tempranas (Clínica de Artritis Temprana de Leiden y ESPOIR) estableció el punto crítico para la introducción de DMARD a las 11.4 semanas desde el inicio de los síntomas para pacientes con anticuerpos anti proteínas citrulinadas (ACPA) positivos, y 15 semanas para pacientes ACPA negativos, apoyando el concepto de dos subsets diferentes de la enfermedad, más allá de los conocidos previamente.⁸ La AR muy temprana (VERA), definida como la duración de los síntomas ≤12 semanas, también se ha demostrado como un predictor de la remisión en un estudio multicéntrico prospectivo que incluyó 1.795 pacientes.⁹

Beneficios de alcanzar el objetivo de remisión temprano

Como se mencionó anteriormente, el diagnóstico precoz con inicio inmediato del tratamiento y un control estricto de seguimiento con el objetivo de la remisión debe considerarse como el estándar de atención en el tratamiento de la AR. La evidencia también ha demostrado que un tiempo más temprano para la remisión predice la remisión clínica sostenida en la AR temprana. La remisión sostenida representa el objetivo deseado y se relaciona con la mejoría a largo plazo de la calidad de vida, la función física y la reducción de la progresión radiográfica.¹⁰ La persistencia a largo plazo de la remisión es posible en aproximadamente la mitad de los pacientes que cumplen los criterios.^{10, 11} Se han identificado tasas reducidas de remisión sostenida en el sexo femenino, cuando existe mayor dolor, con falta de tratamiento inicial con DMARD y en pacientes ancianos.^{10, 11} Un tiempo más corto para la remisión es un determinante sólido de la remisión sostenida. Schipper et al demostraron que el tiempo más temprano para la remisión es el predictor más fuerte de

sostenibilidad en un período de 20 años, independientemente del tipo de tratamiento.^{11, 12} En ERA (diagnóstico de AR con síntomas de duración <12 meses) se ha informado que la co-medicación de prednisona a dosis bajas está asociada con un control de la actividad de la enfermedad más rápido, tasas más altas de remisión clínica y una remisión sostenida a lo largo del tiempo.¹² En conclusión, la remisión temprana afecta significativamente los resultados a largo plazo.

Cómo se logra el diagnóstico en nuestro medio

Las principales herramientas para lograr un diagnóstico e intervención tempranas son: en primer lugar y la más importante, la *intuición clínica*, que obviamente se basa en el conocimiento y la experiencia, ya que el nivel de complejidad que exigen los diagnósticos diferenciales en etapas muy tempranas no pueden basarse en criterios diagnósticos de libro. En segundo lugar, los *parámetros de laboratorio* (marcadores de enfermedad y de actividad); y por último, *imágenes tempranas*, como la RMN o el power doppler de las manos (en el diagnóstico temprano las radiografías simples son de muy poca utilidad).

Pero otras esferas de la enfermedad también deben ser atendidas: la capacidad funcional, la calidad de vida y el plano psicológico. En este último caso, el 100% de los pacientes “estaban bien” en los meses previos y de pronto se ven limitados en sus movimientos o, como dice el escritor Oliver Sacks, “encerrados en un cuerpo ajeno”. Por tal motivo el abordaje de la AR no es sencillo. La esfera psicológica no debe ser soslayada ya que es uno de los desencadenantes principales de recaída en nuestros pacientes.

Entendiendo esta patología como un todo es que se puede abordarla de una manera distinta, realizando intervenciones tempranas, previniendo el daño estructural, la secuela y la progresión a corto y largo plazo hacia la discapacidad y, como consecuencia, mejorando los costos a nivel humano y en variables económicas para un mejor financiamiento de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. The prevalence of rheumatoid arthritis in Argentina: a capture-recapture study. *J Clin Rheumatol*. 2010 Oct;16(7):317-21.
2. The Economic Burden of ACPA-Positive Status Among Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Manag Care Spec Pharm*. 2018 Jan;24(1):4-11.
3. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2010;69:631-7.
4. Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis: a randomised trial. FIN-RACo trial group. *Lancet* 1999;353:1568-73.
5. Sustained remission and reduced radiographic progression with combination disease modifying antirheumatic drugs in early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2007;34:316-21.
6. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2014;73:492-509.
7. Evaluating relationships between symptom duration and persistence of rheumatoid arthritis: does a window of opportunity exist? Results on the Leiden Early Arthritis Clinic and ESPOIR cohorts. Disponible en: <https://bit.ly/2NQX5e7>
8. Delay to institution of therapy and induction of remission using single-drug or combination-disease-modifying antirheumatic drug therapy in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;46:894-8.
9. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. *Ann Rheum Dis* 2013;72:858-62.
10. In patients with early rheumatoid arthritis, the new ACR/EULAR definition of remission identifies patients with persistent absence of functional disability and suppression of ultrasonographic synovitis. *Ann Rheum Dis* 2013;72:245-9.
11. Treating rheumatoid arthritis to target: an Italian rheumatologists' survey on the acceptance of the treat-to-target recommendations. *Clin Exp Rheumatol* 2014;32:471-6.
12. Predicting response to anti-TNF treatment in rheumatoid arthritis patients. *Autoimmun Rev* 2009;8:431-7.

La comunicación médica como herramienta profesional

Dra. Alcira B. Escandar

Médica pediatra y neonatóloga
Jefa de Servicio de Neonatología
HIGA Dr. Diego Paroissien
Directora de la Carrera de
Especialista en Neonatología UBA

Desde sus orígenes, la comunicación permitió a los seres humanos no sólo relacionarse, sino que a través de las diferentes épocas, ha sufrido las transformaciones necesarias (históricas, culturales, políticas, filosóficas, etc.) hasta convertirse en lo distintivo de la especie humana.

La comunicación en el campo de la Salud: una práctica antigua

El vínculo de la atención en salud con las prácticas comunicativas es tan antiguo como el surgimiento de las ciencias médicas en sí mismas. Hipócrates (460 a.C.) enseñaba a examinar al enfermo, observar síntomas y signos, llevar un minucioso registro sin omitir los fracasos y comunicarse largamente con los pacientes. El juramento hipocrático ha pasado a la posteridad como encarnación del humanismo y del *ethos* médico; su influencia se proyecta en diversas culturas y aparece recogido, explícita o implícitamente, en el contenido de diversos compromisos médicos. La plegaria de Maimónides (1135) subraya el *ethos* hipocrático de la filantropía y la necesidad de comunicación interhumana en la práctica médica. Proclama que un paciente es ante todo un ser humano y no un simple caso.

Actualidad de la comunicación en Salud

La medicina actual avanza vertiginosamente de la mano de la tecnología, al tiempo que influye directa o indirectamente en la despersonalización de la relación médico-paciente. Por eso, la comunicación en salud requiere ser valorada y reconsiderada como una tarea médica esencial para la práctica clínica de calidad. Varias son las razones:

-Es el procedimiento que se realiza con mayor frecuencia durante toda la vida profesional médica.

-Para las instituciones de Salud, la optimización de la comunicación con los usuarios y entre los equipos de salud es esencial.

-Es más que un servicio, ya que está referida a la interacción estrechamente humana, donde la población usuaria se encuentra en situaciones particulares.

Saber escuchar

Una buena comunicación está basada principalmente en escuchar al otro,

intentar comprenderlo y actuar facilitando el tránsito por la situación de vulnerabilidad que significa la pérdida de la salud. Cuidar bien del paciente supone no sólo conocer la enfermedad sino también a la persona que la padece.

El saber escuchar es una habilidad que reporta sustanciales recompensas: aumento en la producción y la comprensión, renovada capacidad de trabajo e incremento de la eficacia, así como reducción de la pérdida de tiempo y materiales. El proceso de escuchar favorece las buenas relaciones y la confiabilidad.



La capacidad de comunicarse en forma adecuada es una competencia profesional que puede y debe ser enseñada, aprendida y mejorada en cualquier momento de la vida profesional.

Una comunicación eficaz es una herramienta esencial para un diagnóstico preciso y un exitoso plan de tratamiento, se correlaciona con un mejor conocimiento del paciente y su adhesión terapéutica e incluso reduce la morbilidad asociada a complicaciones. Sentimientos abstractos, pero absolutamente necesarios para la curación o el alivio de las enfermedades, tales como la confianza y la esperanza cobran corporeidad a través de la figura del médico que ha sabido establecer una buena relación con el paciente. En cambio, la falta de comunicación se ha relacionado con angustia, rechazo, miedos, errores y litigios legales. Siempre habrá necesidad de escuchas, palabras y gestos oportunos, incluso allá donde ya las medidas farmacológicas o quirúrgicas no tengan más nada que ofrecer.

La Dra. Escandar es colaboradora docente en el "Curso sobre habilidades comunicacionales en Salud" que organiza anualmente el Departamento de Docencia de Swiss Medical Group. Más información: <https://bit.ly/2nHqUz6>

REFERENCIAS

- Comunicación Médica, Mod. 1, Cap. 2, págs. 47-74. Pronap, 2016.
- Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. Educ Med, 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.013>
- Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. Universidad Autónoma de Baja California, México. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud. 2013;24(3):343-353
- La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica Acta Médica Grupo Angeles. Vol. 9, No. 3, julio-septiembre 2011
- La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. Revista de Comunicación y Salud. Vol. 4, pp. 19-34, 2014

“No es país para viejos” con infarto agudo de miocardio y elevación del segmento ST

Dr. Carlos Bruno

Médico cardiólogo

Asesor

Docencia e Investigación

Swiss Medical Group

Rev Esp Cardiol. 2017;70:70-1 - Vol. 70

Núm.02 DOI: 10.1016/j.recesp.2016.08.003

El artículo que comento tiene un provocativo título e información global medulosa. Me centraré especialmente en los aspectos epidemiológicos y los cambios demográficos que ya están en marcha y harán eclosión para el 2050. El crecimiento de la población añosa es una realidad mundial, se trata de un segmento cada vez más importante, por lo que se vuelve urgente empezar a articular una planificación al respecto.

Los datos

- Según la Organización Mundial de la Salud el número de personas mayores de 60 años en el mundo, se incrementará desde 900 millones en el 2015 a 2000 millones en 2050, pasando de 12% a 22% de la población global.
- El artículo agrega a estos datos, los relevados por el Instituto Nacional de Estadística para España: unos 4.1 millones de personas mayores de 75 años que representaban casi el 9% de la población. De mantenerse las mismas tendencias demográficas actuales, la cifra se elevaría en el 2052 a más de 9.5 millones de personas y supondría el 23% de la población.
- A mitad del siglo XXI la esperanza de vida a los 65 años podrá llegar a los 24 años adicionales para los varones y a los 27 para las mujeres.
- De todas las franjas de población será la comprendida entre 65 y 100 años la que más aumentará en este período, mientras que la comprendida entre 0 y 65 años tendrá un crecimiento negativo.
- Un estudio epidemiológico reciente calcula que en pacientes varones con síndrome coronario agudo (SCA) el 37% del total de casos y el 59% de los SCA mortales se produjeron en mayores de 75 años en el 2013. Entre las mujeres, el 66% de la población total de casos de SCA y el 83% del total de SCA morta-

les se produjeron en este grupo de más edad. Además se estima que entre 2013 y 2049 los casos de SCA aumentarán 69-116% en el grupo de edad mayor de 75 años, en ambos sexos.

La población Swiss Medical

Echemos un vistazo a la propia población de Swiss Medical: a principios de 2017 estaba conformada por 71.254 individuos (ambos sexos) de más de 60 años de edad. Sobre un total de 895.055, esto representaba un 8% de la población total; que proyectado al ritmo de evolución demográfica anteriormente mencionado, podría pasar a significar un 16% del total. Si, en cambio, tomamos la población de 70 años o más, a la misma fecha que la anterior, el total de individuos de ambos sexos era de 25.475 (2.8% del total). Aplicando igual criterio de proyección, la cifra podría alcanzar el 8%.

Perspectivas

Para el 2050 faltan aún 32 años. Pensando en tiempos históricos, esto es mañana, lo que significa que quienes hoy tienen entre 50 y 60 años, son tanto quienes sufrirán el problema en ese futuro no muy lejano como quienes tendrán que pensar ahora cómo solucionarlo. Es urgente utilizar este lapso de tiempo para crear un foro de discusión integrado por múltiples actores y del que estados y empresas no estén ausentes. Los imagino reunidos con médicos clínicos, cardiólogos, epidemiólogos, estadistógrafos, psiquiatras, economistas, especialistas en rehabilitación física, para enfrentar los desafíos de atender las patologías predominantes de esta plétora de adultos mayores (de entre 80 y 100 años) sin que el edadismo los salpique y la sarcopenia (pérdida de los músculos con la edad) pueda ser mitigada.



El término edadismo refiere a la discriminación y estereotipificación de personas o colectivos por el solo hecho de ser de edad avanzada. Tal como el racismo y el sexismo, constituye una de las formas frecuentes de discriminación en nuestra sociedad. Este problema llevado al campo de la Salud, puede determinar la existencia de conductas discriminatorias en la terapéutica por la edad. Foto: estudiantes y miembros de organizaciones de asistencia social en el Día Mundial de los Mayores.

Seguridad sobre el agregado de salmeterol al propionato de fluticasona en niños con asma

Dr. Daniel Víctor Chang
 Médico especialista en
 Neumonología pediátrica
 Swiss Medical Center

Safety of Adding Salmeterol to Fluticasone Propionate in Children with Asthma. New England Journal of Medicine. N Engl J Med 2016;375:840-9

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la población pediátrica¹. Diversas guías internacionales sugieren la utilización escalonada de corticoides inhalados (Cinh) solos o en combinación con beta agonistas de acción prolongada (Long acting Beta agonist - LABA) para obtener el control de los síntomas diarios^{2,3,4}. Si bien en la actualidad los Cinh son fármacos ampliamente utilizados para el manejo del asma, los LABA han suscitado ciertas controversias respecto a su seguridad en pediatría. ¿Qué ocurre en los niños en donde el riesgo de eventos adversos severos (EAS) relacionados al asma por el LABA es aún mayor que en los adultos^{5,6}? ¿Dicho riesgo permanecería aumentado si se asocia LABA a un Cinh para el manejo del asma en los niños? El estudio VESTRI propone responder estas interrogantes.

Diseño y objetivo del estudio

'VESTRI' es un estudio de seguridad a largo plazo de propionato de flutica-

sona-salmeterol comparado con monoterapia de propionato de fluticasona. Se trata de un estudio multicéntrico, doble ciego, aleatorizado, de 26 semanas de duración, en el que participaron 6.208 niños de entre 4 y 11 años de edad, con diagnóstico de asma persistente. Fueron randomizados para recibir: 1. propionato de fluticasona; 2. propionato de fluticasona + salmeterol (combinado y a dosis fija).

El punto final primario de seguridad fue el primer evento grave relacionado con el asma (muerte, intubación endotraqueal u hospitalización) evaluado en un análisis de tiempo hasta el evento. El diseño estadístico precisó que se mostraría no inferioridad si el límite superior del intervalo de confianza del 95% de la tasa de riesgo para el punto final primario de seguridad fuera menor a 2,675. El criterio de valoración principal de eficacia fue la primera exacerbación del asma severa que condujo al tratamiento con glucocorticoides sistémicos, evaluado en un análisis de tiempo hasta el evento.

PRIMERA EXACERBACIÓN SEVERA DE ASMA EN EL ANÁLISIS DE TIEMPO POR SUBGRUPO DE LA POBLACIÓN GENERAL, EN LA INTENCIÓN MODIFICADA DE TRATAR A LA POBLACIÓN*

subgrupo	fluticasona + salmeterol	fluticasona sola	HR (95% IC)
	nro. de pacientes con exacerbación / nro de pacientes (%)		
población general	265/3107 (8.5)	309/3101 (10.0)	0.86 (0.73-1.01)
raza negra	36/539 (6.7)	43/511 (8.4)	0.80 (0.51-1.24)
edad			
4-6 años	100/1096 (9.1)	118/1114 (10.6)	0.84 (0.65-1.10)
7-11 años	165/2011 (8.2)	191/1987 (9.6)	0.87 (0.71-1.07)
subgrupo de eficacia**			
sub1) mantenimiento de terapia combinada de LABA-glucocorticoide vs. monoterapia de glucocorticoide en pacientes con asma controlada	90/1208 (7.5)	120/1208 (9.9)	0.75 (0.57-0.98)
sub2) mantenimiento de terapia con LABA + aumento de la dosis de glucocorticoide inhalado	56/497 (11.3)	75/494 (15.2)	0.73 (0.52-1.03)
sub3) adición de LABA a dosis media de glucocorticoide inhalado vs. monoterapia de glucocorticoide inhalado a dosis media en pacientes con asma no controlada	51/709 (7.2)	57/711 (8.0)	0.91 (0.62-1.33)
sub4) adición de LABA a glucocorticoide inhalado vs. monoterapia de glucocorticoide inhalado en pacientes con asma controlada	33/264 (12.5)	26/268 (9.7)	1.35 (0.81-2.25)

*Las exacerbaciones severas se registraron desde el inicio del tratamiento hasta 7 días después de la interrupción del mismo (intención modificada para tratar la población). CI: intervalo de confianza, LABA: beta agonistas de acción prolongada.

**Los cuatro subgrupos de eficacia -que incluyeron el 86,3% de la población estudiada- se formaron para reflejar los cambios con respecto al tratamiento basal (adición, mantenimiento o retiro de LABA).

Principales resultados

Del total de los 6.208 pacientes, 27 en el grupo de fluticasona-salmeterol y 21 en el grupo de fluticasona-sola tuvieron un evento grave relacionado con el asma (todos fueron hospitalizaciones); el hazard ratio [HR] con fluticasona-salmeterol vs. fluticasona sola fue de 1,28 (IC 95%; 0,73-2,27), lo que demuestra la no inferioridad de fluticasona-salmeterol ($p=0,006$). Un total de 265 pacientes (8,5%) en el grupo de fluticasona-salmeterol y 309 (10%) en el grupo de fluticasona-sola tuvieron una exacerbación grave de asma (HR 0,86; IC 95%; 0,73-1,01).

Conclusión

El ensayo mostró que no hubo un aumento de riesgo de EAS relacionados con el asma en aquellos que recibieron la combinación de fluticasona-salmeterol con respecto a los que recibieron fluticasona sola durante el periodo de seguimiento. Asimismo, tampoco aumentó el riesgo de exacerbaciones respiratorias severas u otros EAS al comparar ambos grupos.

Comentario

VESTRI es el primer estudio en demostrar que la utilización de propionato de fluticasona en combinación de dosis fija con salmeterol, confiere la misma seguridad que la administración de fluticasona solo para el manejo del asma persistente en niños a partir de los 4 años.

Una década atrás, dos importantes estudios y un meta-análisis llevados a cabo en adultos asmáticos reportaron un aumento del riesgo de muerte por asma con el uso regular del salmeterol^{7, 8, 9}. Tras los resultados obtenidos en el estudio SMART⁹, la Food and Drug Administration (FDA) se expidió sobre dicho tema, ordenando a las empresas farmacéuticas colocar un aviso de atención (black box warning) en aquellos fármacos que contengan LABA. En dicho aviso se debía informar que la utilización de los mismos podría incrementar el riesgo de muerte relacionado con el asma. Paralelamente, una serie de estudios demostró que dicho aumento de riesgo no estaba presente cuando se combina LABA, a dosis fija, con un Cinh^{10, 11}. No obstante, una

mayor cantidad de estudios fueron necesarios para reforzar dichos hallazgos, por lo cual la FDA encomendó a las empresas farmacéuticas que lleven a cabo estudios en población adulta, adolescente y pediátrica. Recientemente dos estudios multicéntricos, que incluyeron adolescentes (>12 años) y adultos, determinaron que la utilización del LABA (salmeterol o formoterol) a dosis fija, combinado con un Cinh (fluticasona o budesonida) no se asociaba con un aumento de riesgo de EAS relacionados al asma^{11, 12}.

Tras los resultados obtenidos en VESTRI, la franja de edad sobre la seguridad de la combinación del propionato de fluticasona con dosis fija de LABA se amplía desde los 12 a los 4 años. Dicho estudio presenta ciertas limitaciones como por ejemplo la corta duración del seguimiento, la falta de determinación de la sensibilidad alérgica de los pacientes y la exclusión de los pacientes asmáticos más severos. Entre las fortalezas se destaca el diseño del estudio multicéntrico y la cantidad de sujetos participantes. El impacto de este estudio a nivel mundial es de suma importancia. La misma diluye los últimos temores sobre la utilización de LABA en asociación con Cinh, permitiendo de esta manera la utilización de la combinación de propionato de fluticasona-salmeterol inhalada sin restricciones en niños asmáticos cuando clínicamente lo requieran a partir de los 4 años de edad.

REFERENCIAS

- 1 - World Health Organization (WHO), Asma. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
- 2 - Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention (Rev 2016). Disponible en: <http://www.ginasthma.com/>
- 3 - British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline (Sept 2016). Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign153.pdf>
- 4 - Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Australia's National Guidelines for Asthma Management. Update oct 2016. Disponible en: <https://www.asthmahandbook.org.au/>
- 5 - Meta-analysis of the risk of mortality with salmeterol and the effect of concomitant inhaled corticosteroid therapy. *Thorax* 2010; 65: 39-43.

6 - Age and risks of FDA-approved long-acting β_2 -adrenergic receptor agonists. *Pediatrics* 2011; 128(5): e1147-54.

7 - Serevent nationwide surveillance study: comparison of salmeterol with salbutamol in asthmatic patients who require regular bronchodilator treatment. *BMJ* 1993;306(6884):1034-7.

8 - Meta-analysis: effect of long-acting beta-agonists on severe asthma exacerbations and asthma-related deaths. *Annals of Internal Medicine* 2006;144(12):904-12.

9 - SMART Study Group. The Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial: a comparison of usual pharmacotherapy for asthma or usual pharmacotherapy plus salmeterol. *Chest* 2006;129(1):15-26.

10 - Long-acting beta-agonists and adverse asthma events meta-analysis. Silver Spring, MD: Food and Drug Administration, Nov 2008. Disponible en: <https://bit.ly/2QJHfQP>

11 - Serious asthma events with fluticasone plus salmeterol versus fluticasone alone. *N Engl J Med* 2016; 374: 1822-30.

12 - Serious Asthma Events with Budesonide plus Formoterol vs. Budesonide Alone. *N Engl J Med* 2016; 375:850-860.

Nuevo Programa Médico de Artritis Reumatoidea (PROAR)

Para información completa sobre el Programa, los socios de Swiss Medical Medicina Privada pueden ingresar al sitio web www.swissmedical.com.ar en "Programas de Prevención y Cuidados de la Salud", llamar al 0810-333-6800 OPCIÓN 3 ó contactarse por email a: proar@swissmedical.com.ar

Swiss Medical Medicina Privada desarrolló una red de asistencia integral que cuenta con un equipo interdisciplinario y seguimiento telefónico encargado de coordinar y orientar la atención en el primer nivel a pacientes con artritis reumatoidea.

El PROAR surge como respuesta al incremento de una patología cada vez más frecuente, que hace imprescindible el desarrollo de nuevas estrategias organizativas centradas en el paciente. De este modo, se proponen estrategias proactivas, orientadas al autocuidado y a la coordinación asistencial entre profesionales.

Cómo funciona el programa

Los profesionales que realizan el tratamiento y seguimiento de los pacientes incluidos en el PROAR, realizan en forma interdisciplinaria la atención de consulta reumatológica con frecuencia semestral (y/o acorde a las interurrencias que presenten) y el abordaje psicológico, que tiene el objetivo de educar al paciente y contribuir a la adherencia al tratamiento.

Por otra parte, el programa incluye seguimiento evolutivo por parte de una profesional de la Psicología que realiza la evaluación al ingreso y coordina la derivación a los distintos profesionales referentes del programa.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se basa en las guías de la SAR (Sociedad Argentina de Reumatología) según los medicamentos disponibles en el mercado actual argentino.

Cómo se realiza el seguimiento telefónico de los pacientes

El seguimiento telefónico está concebido como un proceso proactivo, estructurado y secuencial, que sigue un plan de cuidados consensuados. Se realiza un control sistemático de la evolución del paciente con indicadores acordes a la enfermedad, llevando un registro de la adherencia al tratamiento, alertas de las posibles complicaciones y un acorde manejo interdisciplinario.

La atención telefónica es una estrategia útil para la gestión compartida en el seguimiento ambulatorio del paciente que se encuentra en tratamiento por artritis reumatoidea.

A quiénes está destinado

El programa está destinado a los socios de Swiss Medical Medicina Privada que presenten diagnóstico reciente (preferentemente últimos 6 meses o un año) o sospecha de AR y que estén recibiendo o próximos a recibir el tratamiento farmacológico central: metotrexato/leflunomida. En esta primera etapa abarca a Capital Federal y Buenos Aires, y posteriormente se extenderá a todo el país.

Principales objetivos



- Promover el uso de instrumentos que permitan identificar de manera objetiva los signos y síntomas de la AR.
- Evitar la progresión de la enfermedad.
- Disminuir los factores de riesgo y mejorar comorbilidades.
- Aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida.
- Capacitar a los pacientes en la importancia de la adherencia al tratamiento y seguimiento médico adecuado.
- Procurar acciones integradas, entre el individuo, su familia y la comunidad.

Otros beneficios del programa

Los pacientes también acceden a la **Guía Web de Orientación para AR** desarrollada por Swiss Medical Medicina Privada, con información y recomendaciones para favorecer la toma de conciencia y acompañar en el tratamiento de la enfermedad. El programa además cuenta con una serie de **Charlas** por parte de especialistas, que se desarrollan durante el año (en caso de que el paciente no tenga acceso por encontrarse a distancia, se le envía el contenido en formato electrónico).

Nuevo posgrado en Gestión de Riesgos en Salud y Seguridad del Paciente



Dra. Mariana Flichman
Médica legista
Gerente
Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

El mes de junio pasado inició el primer curso de posgrado en "Gestión de Riesgos en Salud y Seguridad del Paciente" de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA) en convenio con Swiss Medical Group. Sus directoras son las Dras. María Cristina Ferrari (FICEM) y Mariana Flichman, con quien conversamos para conocer un poco más sobre la propuesta.



¿En qué consiste el posgrado?

Se trata del primer posgrado que abarca esta temática en la Argentina. Incorpora el concepto de "riesgos en la atención de la Salud" de manera integral, uniendo los conceptos de la Medicina Legal con los de la gestión de la Seguridad del Paciente. El programa presenta todos los aspectos regulatorios de nuestra actividad y los lleva al terreno de la gestión cotidiana. Fue concebido desde una mirada médico-legal con una fuerte impronta asistencial.

¿Cómo está planificado?

La modalidad es presencial y se cursa en 10 encuentros quincenales.

¿A quiénes está dirigido?

El posgrado está principalmente dirigido a profesionales de la salud en general (médicos, enfermeros y otras disciplinas) así como también a otros profesionales

que estén ocupando cargos en la función sanitaria, tales como administradores, financiadores, auditores, entre otros.

¿Quiénes son los docentes?

El equipo docente está integrado por profesionales con una vasta experiencia asistencial. En mi caso particular, cuento con más de 15 años de ejercicio en el Programa de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente. En ese sentido, es importante para nosotros haberle podido dar un marco universitario a esta trayectoria y poder así brindar a los alumnos herramientas sobre todo prácticas.

¿Cuál es el objetivo de este curso de posgrado?

El objetivo es formar profesionales que puedan llevar adelante proyectos institucionales (liderar un programa) en el campo de la Gestión de Riesgo, en sus lugares de trabajo. Por eso ponemos el énfasis en brindar herramientas innovadoras de Gestión Estratégica a través del "hacer", atravesando el marco teórico que ofrecen los cursos tradicionales.



El curso desarrolla la Seguridad del Paciente incorporando el factor humano como eje alineado a la gestión del sistema.



Al finalizar el curso, los graduados estarán en condiciones de:

- Desarrollar los contenidos de la Seguridad del Paciente.
- Desarrollarse como líderes proactivos y afectivos y equipos de trabajo de alto rendimiento para gestionar procesos efectivos.
- Entrenar a los alumnos en la implementación de un Sistema de Gestión de Seguridad del Paciente en organizaciones de Salud públicas y privadas.
- Generar escenarios y oportunidades para intercambiar conocimientos y experiencias acerca de las prácticas más innovadoras en la Gestión en Salud.

Nueva sala de Hemodinamia en Clínica Zabala

El pasado mes de mayo se produjo la reapertura de la sala de Hemodinamia de Clínica Zabala, con un servicio totalmente renovado que incluye la instalación de un nuevo angiógrafo Phillips Allura XPER FD20. Dicho equipo permite realizar todo tipo de procedimientos endovasculares (coronario, valvular, vascular periférico, neurovascular, esplácnico, etc.) con el más alto nivel de definición y seguridad para el paciente.

Servicio de Hemodinamia y Cardiología intervencionista

El Servicio de Hemodinamia de Clínica Zabala se encuentra activo las 24 horas del día, los 365 días del año. Al ser un factor clave para la evolución de los pacientes, el equipo médico en Cardiología y Neuroimágenes se encuentra disponible en forma permanente asegurando la calidad de la atención médica y una personalizada relación médico-paciente. En el Servicio se realizan las principales intervenciones diagnósticas y terapéuticas: coronariografías, ventriculografías, cateterismo derecho e izquierdo, aortografías, arteriografía visceral, arteriografía de vasos de cuello extra e intracerebrales, flebografía, esple-



noportografía, arteriografía pulmonar, biopsia endomiocárdica, angioplastia coronaria, angioplastia periférica (de miembros inferiores y superiores), renal, esplácnica y de vasos de cuello), aterosclerectomía, colocación de endoprótesis

aórticas, valvuloplastia mitral, aórtica y pulmonar, estudios electrofisiológicos, ablación por radiofrecuencia, embolizaciones, clipados de aneurismas y malformaciones arteriovenosas, y quimioterapia selectiva.

Inscripción del recién nacido y solicitud de DNI en Clínica y Maternidad Suizo Argentina

En la planta baja de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina se encuentra un puesto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para que los padres puedan inscribir a sus hijos recién nacidos en la misma institución. El trámite es gratuito.

Los requisitos para la inscripción son: DNI de padre y madre (original y fotocopia), y si están casados, libreta de matrimonio (original y fotocopia). Para gestionar el DNI, deberán acercarse luego de las 72 hs.



HORARIO DE ATENCIÓN:
Lunes a Viernes de 8.30 a 19.30 hs.

EQUIPOS ÁGILES

PRESTADORES
Swiss Medical Medicina Privada

Queremos contarte que ya está disponible en la web de Prestadores la funcionalidad **Consulta de Liquidación** donde el prestador puede visualizar el detalle de la liquidación y los débitos de los últimos seis meses.



Consulta de
Liquidación

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.

Dimetil fumarato en esclerosis múltiple: comparación de las diferentes marcas comerciales disponibles en Argentina.



Descripción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica y degenerativa que lleva a la desmielinización y daño axonal del sistema nervioso central (SNC). En su patogenia interviene la autoinmunidad y afecta a personas jóvenes, entre los 20 y los 40 años, con una relación mujer/hombre de 1,6. Presenta manifestaciones clínicas variadas, la mayoría relacionadas con síntomas deficitarios de compromiso encefálico, del nervio óptico o médula espinal.

En Argentina se estima una prevalencia de 17 casos cada 100.000 habitantes. Se han descrito cuatro formas clínicas: EM remitente recurrente (RR), secundaria progresiva (SP), primaria progresiva (PP) y primaria progresiva recurrente (PPR). El 80% de los casos presenta la forma RR, caracterizándose por recaídas y períodos de remisión sin progresión de la enfermedad. Con respecto al tratamiento, los objetivos terapéuticos incluyen la prevención de las exacerbaciones agudas y formas progresivas de la enfermedad que conducen a la discapacidad y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Entre los medicamentos disponibles -agentes modificadores de la enfermedad (AME)- se encuentra el Dimetil fumarato, que actúa como inmunomodulador al reducir la respuesta de las células inflamatorias, a nivel periférico y central, teniendo un efecto cito protector sobre el SNC frente a estímulos tóxicos. Está indicado sólo en pacientes adultos con EM-RR. Se administra por vía oral.

En nuestro país existen actualmente cuatro marcas comerciales de distintos laboratorios: Tecfidera® (Biogen) -la droga original o referente, sobre la cual se han realizado los estudios clínicos-, Catira® (Bagó), Dimeful® (Gador) y Tilmurato® (Tuteur).

Evidencia disponible

Evidencia de moderada calidad demostró que el Dimetil fumarato para el tratamiento de la EM-RR es superior al placebo en la reducción de recaídas y en el retraso del deterioro por discapacidades, aunque con efectos adversos gastrointestinales que deben manejarse. En noviembre de 2015, Gador inscribió en ANMAT un protocolo de estudio clínico farmacocinético que compara Dimeful® (Gador) con Tecfidera® (Biogen). Sin embargo, a la fecha, sus resultados no han sido publicados.

No se encontraron estudios clínicos que evalúen entre sí las diferentes marcas comerciales aprobadas en Argentina.

Conclusiones

- Los estudios clínicos que dieron lugar a la aprobación de Dimetil fumarato han sido realizados con Tecfidera® (original).
- No se encontró evidencia que compare las cuatro marcas comerciales de Dimetil fumarato disponibles en Argentina: Tecfidera® (Biogen), Catira® (Bagó), Dimeful® (Gador) y Tilmurato® (Tuteur).
- Según las autorizaciones de la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) las cuatro marcas comerciales contienen la misma droga a iguales dosis y están aprobadas para las mismas indicaciones.

Política de cobertura

Dimetil fumarato requiere evaluación de Auditoría Médica para su autorización. No es un medicamento recuperable a través del Sistema Único de Reintegro (S.U.R.) de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Alerta farmacológica

Riesgo a largo plazo del tratamiento con claritromicina en pacientes con cardiopatías y sin tratamiento con estatinas

Farm. Fabricio Cambor

Jefe Farmacia

Clínica Olivos

Swiss Medical Group



El 22 de febrero de 2018 la FDA emitió un comunicado en el cual recomienda tener precaución antes de recetar el antibiótico claritromicina a pacientes con cardiopatías, debido a un posible mayor riesgo de sufrir problemas cardíacos o muerte, que pueden ocurrir años más tarde.

La recomendación se basa en la revisión de los resultados del estudio CLARICOR. Este es un estudio clínico randomizado, controlado, con placebo que incluyó 4.373 pacientes con enfermedad coronaria estable que se llevó a cabo con el fin de probar la hipótesis de que la intervención con un macrólido reduciría el riesgo cardiovascular con respecto a la mortalidad y la morbilidad, después de 14 días de tratamiento con 500 mg al día. Inesperadamente se encontró que la mortalidad fue significativamente mayor en el grupo de claritromicina (1,27; 1,03-1,54; p: 0,03) como resultado de una mortalidad cardiovascular significativamente mayor (1,45, 1,09-1,92; p = 0,01). El seguimiento inicial se hizo durante al menos 2 años. Luego se realizó un seguimiento a 10 años encontrando que claritromicina aumentó la mortalidad por todas las causas (HR: 1,10; IC 95% 1,02-1,38) y cerebrovascular (HR: 1,19; IC 95% 1,02-1,38). En el análisis de subgrupos se observó que el incremento de la mortalidad y morbilidad fue restrictivo a pacientes que no estaban

siendo tratados con estatinas (HR: 1,16; IC 95%: 1,04–1,31 y HR: 1,25; IC 95%: 1,03–1,50).

Algunos estudios de observación también hallaron un aumento de muertes u otros problemas cardíacos graves mientras que otros no. Todos los estudios tenían limitaciones en cuanto a cómo estaban diseñados. De los seis estudios de observación publicados hasta la fecha en pacientes con cardiopatía coronaria o sin ella, dos hallaron pruebas de riesgos a largo plazo de la claritromicina y cuatro no.

Como resultado, la FDA agregó una nueva advertencia sobre este riesgo de muerte en pacientes con cardiopatías y aconseja a quienes recetan el medicamento que piensen en usar otros antibióticos con dichos pacientes. También ha agregado los resultados del estudio a las etiquetas del medicamento claritromicina. Los profesionales de la salud deben conocer estos importantes riesgos y sopesar los beneficios y los riesgos de la claritromicina antes de recetarla a cualquier paciente, en especial los que tienen alguna cardiopatía e incluso durante períodos cortos, y pensar en usar otros antibióticos disponibles.

REFERENCIAS

1. Comunicado de la FDA sobre la seguridad de los medicamentos. <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM598465.pdf>

El empaquetado neutro como iniciativa que busca bajar el consumo de tabaco

Dra. Ariela Tarcic
Médica neumóloga
Programas Médicos
Swiss Medical Medicina Privada

Entre las medidas más efectivas para reducir el consumo de tabaco, dado que generan un fuerte impacto en los jóvenes, fumadores ocasionales y población de menores ingresos, se encuentra el aumento de la alícuota de impuestos internos –que causa una suba considerable en el precio de venta final de los productos de tabaco- y el empaquetado de los cigarrillos o packaging.

Por qué a la industria tabacalera le importa el packaging

En el caso de los cigarrillos, el packaging se ha convertido en un componente fundamental en la estrategia de marketing de las tabacaleras, por varias razones: los fumadores retienen la caja hasta que consumen los cigarrillos, y por ende, toda exposición pública de la misma puede devenir en aviso publicitario. Otra de las razones es que las marcas de tabaco buscan fidelizar a sus clientes, quienes eligen una caja al inicio de su hábito y es bastante común que permanezcan en la elección durante toda la vida (la tasa de abandono se estima en un 10%). También, el uso o rechazo de una marca está motivado por fuerzas no conscientes que en muchos casos, se determinan en la infancia. Todas estas conductas han sido estudiadas y son el motor que hace que las empresas tabacaleras busquen que el consumo se inicie tempranamente entre jóvenes adolescentes.



Qué implica el empaquetado neutro

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el empaquetado neutro es una importante medida de reducción de la demanda que disminuye el atractivo de los productos de tabaco, restringe el uso de los paquetes de tabaco como sopor-

tes para publicitar y promover el tabaco, limita el empaquetado y etiquetado engañosos y aumenta la eficacia de las advertencias sanitarias.¹

El Convenio Marco para el Control del Tabaco, que impulsa la OMS, prohíbe a través del empaquetado neutro de los productos de tabaco, el uso de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional sobre el envase, excepto los nombres de la marca y del producto, que se han de presentar en un color y tipo de fuente estándar.

El empaquetado neutro en el mundo

Algunos de los países precursores en la comercialización del empaquetado neutro son Australia y el Reino Unido. Otros países como Noruega, Finlandia, Hungría, Eslovenia y Bélgica han anunciado su compromiso para adoptarlo en el futuro, mientras que otros están expectantes al desarrollo de la medida. Lo cierto es que el interés por el empaquetado neutro va en aumento en todo el mundo.

Proteger a nuestros pacientes

El empaquetado neutro, junto a otras medidas que forman parte de un enfoque multisectorial integral de control de tabaco, como ser la generación de ambientes 100% libres de humo de tabaco, la prohibición de venta a menores de 18 años, el aumento de los impuestos al tabaco, la prohibición de la publicidad; promoción y patrocinio, etc., tiene un mayor impacto que cada una de las medidas por separado. En conjunto, logran reducir la morbilidad y mortalidad atribuible al consumo y exposición al humo de tabaco.

Como profesionales de la salud, tenemos una gran oportunidad de incidir en las vidas de nuestros pacientes, protegiendo urgentemente a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sociales, ambientales, económicas y para la salud que conlleva esta pandemia.

REFERENCIAS

1 - <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/posters/es/>

Tendencia HU-CI en Neonatología: ¿estamos preparados?

Lic. María Elena Jorge López

Neonatología

Sanatorio De los Arcos

Swiss Medical Group

LOS 11 PUNTOS DE LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS NEONATALES²

1. Salvo indicación médica el niño se debe alimentar con leche materna.
2. La madre debe poder permanecer con su niño enfermo las 24 hs. del día. Lo que supone que la UCIN no debe de tener horario de visitas para los padres.
3. Cada miembro del equipo de salud debe atender a la madre y al niño, y ser capaz de abordar los aspectos psicológicos.
4. El equipo de salud debe promover la lactancia natural en cada madre y estar entrenado en las técnicas de extracción de leche materna.
5. El estrés psicológico de la madre debe reducirse durante el periodo de tratamiento.
6. Si el niño no puede succionar, debe ser alimentado, preferentemente por su madre, con leche materna por sonda.
7. La cantidad de exámenes y análisis de laboratorio deben reducirse al mínimo.
8. El método canguro debe de ser utilizado tanto como sea posible.
9. Las terapias agresivas deben reducirse al mínimo.
10. La madre y el niño deben ser considerados como un sistema psicossomático cerrado.
11. Se debe autorizar a miembros sanos de la familia (padre, abuelos, otros involucrados) a visitar al recién nacido y su madre durante la hospitalización prolongada.

REFERENCIAS

- 1 - What Future Course do You Take, Neonatal Medicine? *International Child Health* 1995; VI: 41-4.
- 2 - Levin, A. (1999). *Humane neonatal care initiatives*. *Acta Paediatrica*, 88(4), 353-355.

“Los principios de los cuidados humanos debieran ser la base del desarrollo de la Neonatología, y los avances tecnológicos enfocarse en la dupla madre-hijo.”

Adik Levin¹

Durante mucho tiempo el ingreso de padres y familiares a las unidades neonatales (UCIN) estuvo vedado o limitado a breves horarios de visitas. Estos procedimientos estaban basados en el criterio de proteger al recién nacido de posibles fuentes de contaminación, ya que se lo consideraba como un ser débil y suficientemente inmaduro para percibir la calidez de la atención humana. En la actualidad resulta habitual ver unidades neonatales de puertas abiertas.



Surgimiento y evolución de la especialidad

Los primeros pasos en el campo de la Neonatología datan de 1892, con las observaciones de Pierre Budin, autor de un libro sobre alimentación para prematuros, defensor de la lactancia materna y el primero en diferenciar a los lactantes en pequeños y grandes para la edad gestacional. Más adelante, a principios de siglo, destacarían el Dr. Julius Hess por iniciar las UCIN para prematuros, y el Dr. Albrecht Peiper por interesarse en la maduración neurofisiológica de los recién nacidos prematuros.

La década de 1940 trajo la unificación de criterios para el manejo de los recién nacidos prematuros y las primeras incubadoras para estabilización térmica. A la par, la epidemia de retinopatía del prematuro, ayudaría a incrementar conocimientos y tecnología, y sustituiría a los padres por el personal de salud en el cuidado del bebé enfermo, alimentándolo-

lo con leche industrializada. Por último, el surgimiento de la teoría del apego y la aparición de las primeras ideas sobre la humanización de los cuidados neonatales son claves para comprender el momento actual.

Tendencia actual

El pediatra y neonatólogo estonio Adik Levin, desarrolló en 1999 una iniciativa relativa a los cuidados humanos del recién nacido y su madre, llamada “Humanización de los Cuidados Neonatales” cuyo objetivo es mejorar el apoyo psicosocial y fomentar el cuidado integral y centrado en la familia del niño prematuro.

Si bien estos desarrollos llevan casi un cuarto de siglo, Levin tiene la particularidad de respaldar sus ideas con una sólida trayectoria basada en la experiencia, y con cientos de publicaciones en los que expone los resultados positivos.

Humanización de las UCIN en Swiss Medical

Las UCIN de las clínicas y sanatorios propios de Swiss Medical adhieren a la Iniciativa “Hospital amigo de la madre y del niño” OMS-UNICEF, por la que sus equipos de salud fomentamos el inicio de la alimentación con leche humana y que los bebés permanezcan en brazos de ambos padres (método canguro). Estamos entrenados en cuidados para el neurodesarrollo y ofrecemos seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo. El ingreso a la UCIN es irrestricto para los padres y se permite la visita de abuelos y hermanos.

Celebramos anualmente la Semana de la Lactancia Materna y la Semana del Prematuro con las familias (UNICEF) con el objetivo de en todos los niveles de la comunidad y sostener un espacio de reflexión.

El gran desafío

Profundizar los cambios, buscar nuevas formas de inclusión, no volver atrás con lo que ya se logró. Y procurar cada día, en cada cuidado que realizamos, humanizar un poco más nuestra labor.

Ley 27.350: uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados Reglamentación: Decreto 738/2017

Dra. Agustina Piccione
Abogada
Coordinadora de Legales
Gerencia General
Swiss Medical Medicina Privada

El 22 de septiembre de 2017 fue publicado en el Boletín Oficial el Decreto 738/2017 a través del cual se reglamenta la Ley 27.350, que fuera aprobada por el Senado el 29 de Marzo del mismo año¹. El objeto de la norma es regular la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y paliativo del dolor, de la planta de cannabis y sus derivados.

Alcance de la reglamentación

El decreto reglamentario pone en funcionamiento el denominado Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis, sus derivados y Tratamientos Convencionales.



La normativa aún no cuenta con su marco regulatorio pleno: el decreto sólo reglamenta 3 de los 12 artículos referidos a los objetivos del Programa.

El Decreto establece que el Programa funcionará en el Ámbito de la Secretaría de Políticas Regulación e Institutos del Ministerio de Salud y el mismo será dirigido por un profesional médico con experiencia en investigación o gestión de la investigación o en especialidades afines, con rango de Director Nacional. Se establece a través del mismo, que es el Ministerio de Salud la autoridad de aplicación. Es importante destacar que la reglamentación establece la provisión gratuita del aceite de cannabis para quienes

se encuentren inscriptos en el Programa. Por el contrario, quienes no lo estuvieran y contaran con prescripción médica del uso de aceite de cannabis y sus derivados, lo adquirirán bajo su cargo, debiendo ajustarse a los procedimientos para la solicitud del acceso de excepción de medicamentos que determine la autoridad de aplicación.

Las acciones y promociones del Programa están dirigidas a aquellas personas que por padecer una enfermedad bajo parámetros de diagnósticos específicos y clasificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se les prescriba como modalidad terapéutica el uso de las plantas de cannabis y sus derivados. La inscripción debe realizarse a través del Registro Nacional que funciona en el ámbito del Ministerio de Salud, el cual debe registrar a pacientes en tratamiento para estudio de casos y pacientes en protocolo de investigación que voluntariamente soliciten su inscripción o sus representantes legales en caso de corresponder.

Por último y dentro de lo más relevante del decreto, se autoriza al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y al Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), el cultivo de cannabis con fines de investigación médica o científica para la elaboración de la sustancia que como medicamento sirva para proveer a quienes estén incorporados al Programa.

Las empresas de Medicina Prepaga

Tanto la Ley como la reglamentación no hacen referencia específicamente a la obligatoriedad con relación a la cobertura del aceite de cannabis por parte de las empresas de medicina prepaga. Sólo establece que aquellos pacientes a quienes se les hubiera prescrito aceite de cannabis con fines medicinales y no se encuentren inscriptos dentro del Programa deberán hacerse cargo por su cuenta debiendo ajustarse a los procedimientos para la solicitud del acceso de excepción de medicamentos que determine la autoridad de aplicación.

REFERENCIAS

1 - Para ampliar la información, recomendamos leer la primera parte de este artículo "Ley 27.350: uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados" publicado en revista *Æqualis* nro. 30 (jun-jul-ag 2017)

Historia de la medicina

La Asamblea del año XIII y un decreto sobre la enfermedad del séptimo día

Dr. Carlos Depalma

Médico pediatra gastroenterólogo

Gestión de Servicios Médicos

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

En 1810 Buenos Aires comprendía una superficie de 6.15 km² y tenía aproximadamente 40.000 habitantes. La recolección de residuos era escasa o nula, utilizándose en muchas ocasiones para el relleno de sus calles, las cuales eran cruzadas por varios riachos llamados 'terceros'. La atención sanitaria se limitaba a dos hospitales y ocho médicos, al tiempo que las epidemias históricas -en número de tres hasta el momento- ya habían hecho estragos.

La práctica del bautismo y la enfermedad "del séptimo día"

Por esos años las crónicas señalan que era habitual bautizar a los niños dentro de los tres a cinco días de nacidos, equiparándonos a otras ciudades hispanoamericanas y cumpliendo con las normativas del Manual Toledano de 1494, en cuanto a la administración de los sacramentos: entre ellos el bautismo. Este último era interpretado dentro del cristianismo como el ingreso al reino de Dios, independientemente de la edad del niño o adulto a bautizar. Dicha práctica bautismal se realizaba arrojando agua sobre la cabeza del infante por inmersión o rociando agua sobre ella.

Los registros parroquiales de ese período destacan que la enfermedad del séptimo día, identificada tiempo después como el tétanos neonatal, era la razón llamativa de muertes durante la primera semana de vida. Según Besio Moreno¹, en la terminología de esos años era una especie de *alferecía*², siendo objeto de una gran preocupación por parte de las autoridades de aquel momento.

La solución de la Asamblea del año XIII

En virtud de ello la Asamblea del Año XIII disponía: "bautizar a los niños con agua templada, ante la multitud de infantes que perecen luego de nacidos por el mal de los siete días; un espasmo que se origina por el agua fría con que son bautizados". En 1816, Pueyrredón reiteró su cumplimiento, agregando que "de no haber peligro de vida se difiriese el bautismo hasta después del octavo día", tal como había sugerido tres años antes el protomédico Miguel O' Gorman junto con la tibieza del agua de la pila bautismal.



Reproducción facsimilar del diario "La gazeta" donde salió publicado el Decreto de la Asamblea del Año XIII.

El tétanos neonatal en la actualidad

La toxina tetánica, después de la botulínica, es el veneno más letal conocido; bastan 130 mg para ocasionar casi siempre la muerte en el adulto.

A fines de 1989 la Organización Panamericana de la Salud aprobó el programa de erradicación del tétanos. Desde 2003 el esfuerzo se concentró en Haití, donde la enfermedad seguía siendo endémica. En 2017 la OMS (Organización Mundial de la Salud) declaró "libre de tétanos materno y neonatal" la región de América.

A diferencia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, el tétanos materno y neonatal se considera eliminado cuando la tasa anual es de menos de 1 caso por 1.000 nacidos vivos a nivel distrital. El tétanos no puede erradicarse plenamente porque la bacteria que causa la enfermedad, el *Clostridium tetani*, se encuentra en todo el ambiente en el suelo o en las heces de muchos animales.³

REFERENCIAS

1 - Besio Moreno, N. "Historia de las epidemias de Bs. As." *Cát. Historia de la Medicina*, 1940.

2 - *alferecía*: enfermedad caracterizada por convulsiones y pérdida de conocimiento, más frecuente en la infancia e identificada a veces con la epilepsia.

3 - OPS, La Región de las Américas elimina el tétanos materno y neonatal <https://bit.ly/2LAOSWk>

Caleidoscopio



COLUMNISTA INVITADO: Dr. José Argimiro Torres

Médico cardiólogo

Coordinador de Auditoría Médica de Internación

Gcia. de Servicios Médicos y Auditoría

Swiss Medical Medicina Privada



La bala de cañón

Sobre el viejo televisor del patio estaba esa pieza que habíamos traído de nuestra larga estadía en España. Corría el año 1971 y estuvimos muchos meses en ese país. Fueron varios meses en Sobrefoz, un pueblo perdido en las montañas de Asturias de donde era oriunda mamá. Vivimos inmersos en su vida y llegué a sentirme parte del pueblo. Por la mañana, luego de un suculento desayuno con café, huevos, panceta y chorizos, los hombres marchaban al prado a segar la hierba. Más tarde las mujeres iban con la comida para el almuerzo. A mí, con mis 5 años, me tocaba quedar en la casa con ellas. Todavía recuerdo el olor de esa cocina y el sabor de esas patatas fritas que me

preparaba mi tía Leoncia. Al mediodía emprendíamos el camino por la montaña. Uno de esos tantos días en un prado llamado Calviado tropezamos con un rastro que había dejado la guerra civil, una vieja vaina de una bala de cañón. Después de varios meses en España quedaron un sinfín de imágenes, recuerdos y flashes, que hoy, con mis 52 años, es difícil hilvanar en un continuo de tiempo razonable. Esa mañana hubo abrazos y lágrimas y varios días después desembarcamos en el puerto de Buenos Aires acompañados de innumerables recuerdos y, por supuesto, de nuestro trofeo que había olvidado la guerra. Pasaron los años y esa vaina con el bronce opaco pasó a formar parte del paisaje de nuestro patio. Un día me llamó la atención que algo faltaba en el entorno. La vaina había desaparecido y supuse que había ido a parar a algún placard. Era uno de esos objetos en los que no solemos pensar, quizás los vemos a diario sin percatarnos de su presencia hasta que su ausencia rompe la monotonía del lugar y su imagen se hace presente. Le pregunté a mamá que había pasado esperando escuchar que la había guardado en algún rincón de la casa. La respuesta me pareció inverosímil, la vaina de cañón estaba ahora en el carro de un botellero, ésos que en aquella época pasaban por el barrio comprando objetos de los que la gente, por alguna razón, se quería deshacer. Se lo reproché. No podía creer

que ese recuerdo del paso por Asturias y que yo sentía como parte de la historia de aquel país, de aquel pueblo, hubiera sido desechado de esa manera. Sentía cierto tonto orgullo en poseer esa vaina de cañón a la que quizás yo le atribuía cierto romanticismo de historias de guerra.

No volví a recordar por mucho tiempo aquel objeto. Los años pasaron, mamá había fallecido y un día como cualquier otro volvieron a hacerse presentes momentos de mi infancia y recordé la vaina de cañón. Me volví a hacer la pregunta, sin resentimientos, de por qué la habría vendido. Asociando recuerdos e historias que a veces contaba mamá hoy creo entender el motivo de aquella actitud. Ella contaba cosas de su infancia, pero nunca hablaba mucho de la guerra, sólo comentaba generalidades. Solía decir que era muy pequeña y que no recordaba mucho. Una o dos veces me contó alguna historia del pueblo y la guerra, historias de no poca crudeza. Supongo que mamá encontró, quizás en forma inconsciente, la manera de deshacerse de ese objeto que para mí representaba parte de la historia de un país, pero para que ella estaba marcado a sangre y fuego. Hoy, ya preguntarle no puedo y si pudiera, no sé si me atrevería a hacerlo. Me quedan su excusa, innumerables recuerdos y sus historias, o al menos las que ella me quiso contar.

29-11-2017

RAZONES PARA LA ESCRITURA

Me gusta escribir para plasmar en palabras un momento, un recuerdo o un estado de ánimo. Fue una mañana de invierno caminando rumbo al trabajo cuando me surgió la necesidad de canalizar la sensación de ese día en un papel.



SWISS MEDICAL
G R O U P

Recursos Humanos | Beneficios para el personal

El Dr. José Torres fue elegido por su cuento "La puerta verde" junto a otros 12 cuentistas para formar parte de la primera edición del concurso literario de cuentos infantiles organizado por el área de Beneficios para el personal de Swiss Medical Group. El libro resultante se encontrará próximamente en las áreas de Pediatría de las clínicas, a disposición de los pacientes.



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