

Equalis

Actualización, análisis y comunicación en salud

N 7

septiembre 2010 | año 4



Una publicación de



SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

SUMARIO

- 3 Editorial.
- 5 Comentario de artículos.
- 12 Imágenes en medicina.
- 13 Evaluación de Tecnología Sanitaria.
- 14 Eventos.
- 17 Alerta Farmacológica.
- 18 Programas médicos.
- 20 Presentación de sitio web.
- 21 Medicina legal.
- 22 Sección cultural: Historia de la medicina.

- Presidente: Dr. Claudio Belocoppitt
- Gerente General: Dra. Marisa Soria
- Director Médico: Dr. Pablo Bonelli
- Editora responsable: Lic. Alma Vanina Estrella
- Consejo editorial: Dra. María Virginia Meza, Dra. Edna Bradichansky.
- Colaboran en este número: Dra. María Virginia Meza, Dr. Alejandro Jalif, Dra. Cecilia Santamaría, Dra. Mónica Confalone, Farm. Laura Cittadino, Dr. Santiago Moreno, Lic. Silvia Mascaró, Dr. Horacio Canto.
- 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, C.A.B.A.
- AEqualis es una publicación 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.

Artista de tapa *



Gabriela Giusti

Nació en Buenos Aires en 1966. Estudió pintura en la Escuela de Bellas Artes Prilidiano Pueyrredón. La imagen de tapa de este Nro. se titula "Bambú" (1 mt x 1mt), es de 2004 y forma parte de la serie "Telas", que fue expuesta en Asunto Impreso-Librería de la imagen (Bs. As., 2010). Otros trabajos, como la instalación (*) "Flama", se presentaron en la galería Marte up-market (Montevideo, 2006), en Prometeo-Espacio de arte (Bs. As., 2006) y en El Borde-Arte Contemporáneo (Bs. As., 2007). Su libro de artista "Copiador" formó parte de la muestra "La Universidad Desconocida" en la Universidad Diego Portales (Santiago de Chile, 2009). Parte de su obra fue publicada por Editorial "Masmédula" de España, Editorial "Aldus" de México, en la revista brasileña "Etcétera", en la publicación chileno-boliviana "Mar con Soroche" y en la revista "Tsé-tsé" de Argentina. La técnica que utiliza está basada en la combinación de materiales solubles en agua (acuarela, barniz acrílico y tiza sobre lienzo). Para ver más: <http://www.flama.blogspot.com>

(*) En una instalación artística se privilegia la experiencia sensorial del espectador en un ambiente creado especialmente. A diferencia de una exposición tradicional, esta depende en gran parte del espacio, de la manera en que se sitúan los objetos y de la participación del espectador. Por otra parte, es imposible repetirla en su totalidad, se puede recrear, pero nunca será la misma, lo cual le brinda una cualidad efímera.



Editorial *

“Los analfabetos del siglo XXI no serán aquellos que no sepan leer y escribir, sino aquellos que no sepan aprender, desaprender y reaprender.”

Alvin Toffler

Estimado lector

Después de una prolongada ausencia, y con renovadas ansias, retomamos la publicación de AEqualis.

Quisimos volver a crear este espacio de información, análisis, educación y comunicación que AEqualis supo ser, para nuestros prestadores, colaboradores y pacientes.

Así, una vez más, nos atrevemos a llegar hasta su escritorio de trabajo, su consultorio u hospital, aspirando a ser su punto de referencia en nuevas tecnologías, nuevas miradas sobre viejas problemáticas o nuevos enfoques sobre la ciencia médica. Ambiciosos en nuestros objetivos, quisimos incluir también en los contenidos la formación humanística, filosófica y los fundamentos éticos de la medicina como ciencia social. Verá Ud. también que hemos renovado el diseño y ciertos aspectos del formato.

El desafío consiste en poder integrar todos estos aspectos en un texto sucinto y de lectura ágil, conscientes del desborde de información que muchas veces nos paraliza en la toma de decisiones.

La edición de la revista será trimestral, y además de la versión impresa, estará disponible una versión electrónica en nuestro sitio web.

Lo invitamos a recorrer este volumen, y a ser parte de esta iniciativa, no como espectador pasivo sino como participe activo de una publicación abierta al diálogo con su comunidad de lectores.

Esperamos que la lectura de AEqualis se convierta en un hábito placentero. Hasta el próximo número.

Cordialmente,

Dr. Pablo Bonelli
Director Médico
Swiss Medical Medicina Privada

Comentario de artículos

Seguridad del paciente: encontrando el equilibrio entre el enfoque punitivo y no punitivo frente al error

Balancing “No Blame” with Accountability in Patient Safety, N Engl J Med 2009; 361: 1401-1406.

Dra. Mónica Confalone Gregorián

*Médica Pediatra - Reumatóloga
Investigadora del Programa de
Seguridad de la Atención de los
Pacientes*

*Instituto de Investigaciones
Epidemiológicas*

*Academia Nacional de Medicina de
Buenos Aires.*

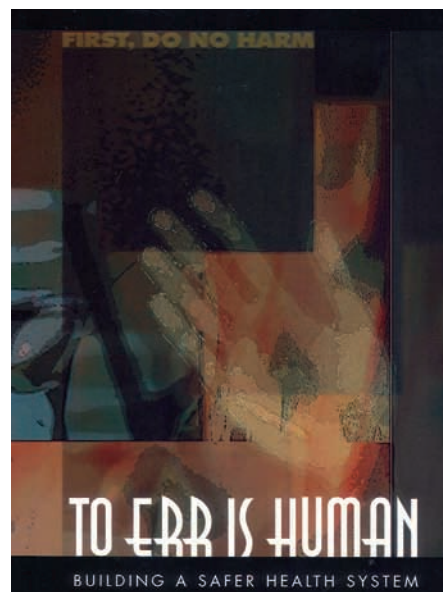
A 10 años de la publicación del reporte del Instituto de Medicina de los Estados Unidos: “Error es humano: construyendo un sistema de salud más seguro”, los autores de este artículo, proponen una reflexión sobre su impacto en las prácticas durante este período y arriesgan cuál podría ser la dirección a seguir en adelante. El documento es considerado fundacional del movimiento moderno de seguridad del paciente. En él se presentaron estadísticas que movilizaron al mundo: analizando registros médicos de pacientes internados en los hospitales de EEUU, se concluyó que entre 44.000 y 98.000 pacientes morían por año por errores prevenibles de la atención de la salud, ubicando esta causa de muerte en el octavo lugar, incluso antes de las muertes causadas por cáncer de mama, síndrome de inmunodeficiencia humana (HIV) y por accidentes de tránsito.

Como ocurre en otras industrias o actividades humanas, la mayoría de los errores son cometidos por personas que trabajan tratando de hacer las cosas bien. El enfoque

disciplinario tradicional de comprobar solamente “quién” ha cometido el error, ha desviado la atención de aquello que resulta más productivo: identificar las situaciones y el contexto que son proclives a la generación de errores, e implementar acciones que disminuyan o mitiguen las consecuencias de los mismos si afectaran a los pacientes.

Esta forma alternativa a la tradicional respuesta de “buscar al culpable” es conocida como enfoque “no punitivo”. Lo “no punitivo” no es un imperativo moral sino más bien una táctica para conseguir comprometer a los profesionales en la seguridad de los pacientes. Muchas organizaciones de salud durante la última década adhirieron a este enfoque como una manera de disminuir resistencia al cambio y mejorar la seguridad. Algún tiempo después, muchas de ellas ponen en duda la eficacia de un enfoque exclusivamente no punitivo, y plantean la necesidad de implementar estrategias más contundentes destinadas a aquellos profesionales con peor desempeño. Aunque alcanzar un equilibrio entre estas dos posturas (punitiva y no punitiva) puede ser realmente complejo. Pocas organizaciones han puesto en práctica programas de cambio basados en responsabilidades y castigos, en especial para los médicos.

Hasta ahora, en cambio, se han llevado a cabo una cantidad de prácticas de seguridad, tales como listas de verificación (checklist), prescripciones electrónicas, historias clínicas informatizadas, campañas de higiene de manos, guías de práctica clínica, marcado del lado quirúrgico, identificación del paciente, etc. Pero resulta especialmente problemática la adhesión a dichas prácticas sin un



sistema de penalización que refuerce su cumplimiento. Si el piloto de un avión se rehúsa a usar una lista de verificación (checklist), no se le permite despegar (y el copiloto no debería aceptar la situación) ¿debería permitirse operar al cirujano que se rehúsa a marcar el sitio quirúrgico?

En este artículo se describen algunas de las barreras al enfoque punitivo hacia los médicos, se enumeran las prácticas de seguridad adoptadas hasta ahora y se sugieren penalidades para la falta de adherencia a esas prácticas. Focalizando en aquellas situaciones en las cuales las acciones o bien la falta de acción de los profesionales impliquen un riesgo para sus pacientes.

Como conclusión, los autores postulan, entrando en la segunda década del movimiento de seguridad en la atención de la salud, que es imperioso encontrar el balance entre el enfoque punitivo y “no punitivo”. Lograr este equilibrio ayudará significativamente a salvar vidas.

Factores de riesgo para el desarrollo de accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico

Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study, LANCET. 2010; 376 (9735): 112-123.

Dra. María Virginia Meza

Médica de Familia

Departamento de Políticas Médicas

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

El accidente cerebrovascular (ACV) constituye la segunda causa de muerte a nivel mundial y la primera de discapacidad. El 85% de las muertes se observa en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Sin embargo, poco se conoce respecto de cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de la patología en estos países.

Diseño, lugar y objetivos del estudio

Se realizó un estudio multicéntrico de casos y controles diseñado con el objetivo de determinar la asociación entre distintos factores de riesgo (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta no saludable, medidas antropométricas, inactividad física, factores psicosociales) en el desarrollo de ACV.

Se reportaron los resultados de 6.000 pacientes (3.000 casos y 3.000 controles) pertenecientes a 22 países (entre ellos, Argentina).

Los casos pacientes con internación por un primer ACV, mientras que los controles no tenían dicho antecedente, comparables por edad, sexo y raza.

Los eventos fueron definidos como ACV isquémico o hemorrágico, de acuerdo al resultado de la tomografía computada o la resonancia magnética. Se excluyeron del análisis las hemorragias subaracnoideas.

Principales resultados

El 78% de los casos presentó un ACV isquémico. La hipertensión

arterial constituyó el mayor factor de riesgo para el desarrollo de ACV (OR 3.89 IC95% 3.33-4.54), siendo su importancia mayor en el caso de ACV hemorrágico. Tanto el tabaquismo, la relación cintura/cadera aumentada (no así el índice de masa corporal), consumir una dieta no saludable, la inactividad física, la presencia de diabetes mellitus, el consumo de alcohol, el stress psicosocial y/o la depresión, las enfermedades cardíacas (fibrilación auricular o aleteo, prótesis valvulares, patología valvular reumática, infarto previo) y la presencia de dislipemia fueron considerados factores de riesgo para desarrollar un ACV. El 88% de los accidentes cerebrovasculares en la población general podría ser explicado por estas características (Riesgo Poblacional Atribuible).

La presencia de stress, diabetes, depresión, dislipemia y patología cardíaca no se asociaron al desarrollo de ACV hemorrágico, aunque sí al isquémico.

El ejercicio regular y el consumo de frutas y pescado resultaron ser protectores, aunque no la ingesta de vegetales.

A continuación se reporta la prevalencia de cada factor de riesgo, su asociación con el desarrollo de ACV (OR) y el riesgo poblacional atribuible (RPA) a cada uno de ellos.

Comentario de artículos

Factor de Riesgo	Prevalencia			OR (IC 95%)			Riesgo poblacional atribuible (IC 95%)		
	Control	ACV Isquém.	ACV Hemorr.	ACV Total	ACV Isquém.	ACV Hemorr.	ACV Total	ACV Isquém.	ACV Hemorr.
HTA	37%	66%	83%	3.89 (3.33-4.54)	3.14 (2.67-3.71)	9.18 (6.80-12.39)	51.8% (47.7-55.8)	45.2% (40.3-50.0)	73.6% (67.0-79.3)
Fumador (vs no fumador o ex fumador)	24%	37%	31%	2.09	2.32	1.45	18.9%	21.4%	9.5%
Relación cintura-cadera (3er. vs 1er. tercil)	33%	43%	35%	1.65 (1.36-1.99)	1.69 (1.38-2.07)	1.41 (1.02-1.93)	26.5% (18.8-36.0)	26.0% (17.7-36.5)	26.1% (14.1-43.3)
Dieta no saludable (3er. vs 1er. tercil. de score)	30%	35%	34%	1.35 (1.11-1.64)	1.34 (1.09-1.65)	1.41 (1.01-1.97)	18.8% (11.2-29.7)	17.3% (9.4-29.6)	24.1% (11.9-42.7)
Actividad física regular	12%	8%	7%	0.69 (0.53-0.9)	0.68 (0.51-0.91)	0.70 (0.44-1.13)	28.5% (14.5-48.5)	29.4% (14.5-50.5)	27.6% (6.8-66.6)
Diabetes	12%	21%	10%	1.36 (1.10-1.68)	1.60 (1.29-1.99)	-----	5.0% (2.6-9.5)	7.9% (5.1-12.3)	-----
Consumo de alcohol (>30 medidas por mes o bebedor "binge")	11%	16%	16%	1.51 (1.18-1.92)	1.41 (1.09-1.82)	2.01 (1.35-2.99)	3.8% (0.9-14.4)	1.0% (0.0-83.8)	14.6% (8.5-24.0)
Stress psicosocial	15%	20%	19%	1.30 (1.06-1.60)	1.30 (1.04-1.62)	1.23 (0.89-1.69)	4.6% (2.1-9.6)	4.7% (2.0-10.2)	3.5% (0.7-16.3)
Depresión	14%	21%	16%	1.35 (1.10-1.66)	1.47 (1.19-1.83)	-----	5.2% (2.7-9.8)	6.8% (3.9-11.4)	-----
Causas cardíacas	5%	14%	4%	2.38 (1.77-3.20)	2.74 (2.03-3.72)	-----	6.7% (4.8-9.1)	8.5% (6.4-11.2)	-----
Relación apo B/apo A (3er. vs 1er. tercil.)	33%	49%	35%	1.89 (1.49-2.40)	2.40 (1.86-3.11)	-----	24.9% (15.7-37.1)	35.2% (25.5-46.3)	-----

Conclusiones

La presencia de hipertensión, tabaquismo, relación cintura/cadera aumentada, factores dietéticos y la inactividad física explican más del 80% de los accidentes cerebrovasculares a nivel mundial.

Comentario

Las causas cardiovasculares (entre las que están incluidas el infarto de miocardio y el ACV) constituyen la primera causa de muerte en nuestro país.

Este estudio demostró que la hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad abdominal, la inactividad física y factores propios de la dieta, se atribuyen más del 80% de los ACV a nivel mundial. El estudio Interheart, también detectó que el 77% de los infartos de miocardio en América Latina podían ser atribuidos a obesidad abdominal, relación ApoA/ Apo B elevada y tabaquismo. La detección de los factores asociados al desarrollo de estas patologías y la estimación de su contribución real al riesgo de presentar un evento, resultan

fundamentales para diseñar acciones preventivas a nivel nacional. Cambios higiénico-dietéticos en la población general, tales como una dieta saludable, efectuar actividad física en forma regular y no fumar, resultan fundamentales a la hora de prevenir eventos cardiovasculares, no sólo porque han demostrado tener un efecto protector per se, sino también por su relación con otros factores de riesgo como hipertensión arterial, obesidad abdominal, dislipemia.

Evaluación del riesgo de neoplasia colorectal luego de una colonoscopia normal

Five-Year Risk of Colorectal Neoplasia after Negative Screening Colonoscopy, N Engl J Med 2008;359:1218-24.

Dr. Alejandro Jalif

Médico Gastroenterólogo -
Endoscopista Digestivo
Coordinador de Gestión de Casos
Dirección Médica
Swiss Medical Medicina Privada

Actualmente se considera la colonoscopia (CC) como el método más aceptado para la detección temprana del cáncer colorectal (CCR) y de los pólipos premalignos, aunque no existe un consenso respecto de cuál es el intervalo adecuado para su repetición, en el caso de que el estudio inicial hubiera sido normal.

Diseño, lugar y objetivos del estudio

El objetivo de este estudio fue determinar luego de 5 años la incidencia de cualquier neoplasia y de neoplasia avanzada en personas sin hallazgos anormales en la colonoscopia inicial.

Para ello se efectuó un análisis retrospectivo de los datos obtenidos en un programa de prevención del CCR, del que participaron 36 gastroenterólogos y cirujanos gastroenterólogos en 7 centros de Indiana, EEUU.

Los pacientes incluidos tenían 50 años o más, ausencia de síntomas y una primera CC sin detección de pólipos adenomatosos. La siguiente CC fue repetida a los 5 años. A los pacientes que no se presentaron a realizar el segundo estudio, se les envió un cuestionario para conocer si lo habían realizado en otro ámbito. En el caso de los pacientes fallecidos en ese lapso, se averiguó la causa de muerte a través del National Index Record. Se definió neoplasia avanzada como un adenocarcinoma de colon o un adenoma avanzado (adenoma tubular de 1 cm. o más de diámetro, pólipo

con un componente vellosa de al menos 25% o pólipo con displasia de alto grado).

Los resultados fueron ajustados por edad, sexo y presencia de pólipos hiperplásicos en la primera CC. Se reporta el número necesario a repetir el rastreo para detectar una neoplasia avanzada (NNS).

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de personas que no se realizaron la segunda CC con la consiguiente posibilidad de sesgo, se realizaron análisis de sensibilidad; para evaluar la fortaleza de las estimaciones.

Principales resultados

2.436 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, habiéndose realizado una CC que alcanzó el ciego en el 94.4% de los mismos.

Solo el 51%(n=1256) de ellos realizó la segunda CC, siendo el intervalo entre ambos estudios de 5.3 años (+/-1.3 años). La segunda CC alcanzó el ciego en el 96.6% de los pacientes, no registrándose complicaciones de gravedad.

Ninguno de los pacientes presentó CCR. En el 16% (n=201) se detectó 1 o mas adenomas, siendo el riesgo mayor en los hombres y en aquellos pacientes con pólipos hiperplásicos en la primera CC. El 1.3% de la población re-rastreada tenía adenomas avanzados (n=16).

Las probabilidades de detectar este tipo de adenomas, se resumen en la siguiente tabla:

Características de los pacientes	Nro. pacientes	Pacientes con adenomas avanzados	NNS (IC 95%)
Total de pacientes	1256	1,30%	79 (49–137)
Hombres	712	1,8% (RR 3.31; IC 95% 1.02–10.8)	55 (32–102)
Mujeres	544	0,60%	182 (63–909)
Pólipos hiperplásicos en primera CC	199	2% (RR 1.77; IC 95% 0.61–5.14)	50 (20–182)
No presencia de pólipos en primera CC	1057	1,10%	88 (51–169)

De los 1.180 individuos que no se presentaron a la segunda CC, solo el 30% respondió el cuestionario. De ellos, el 32.1% había sido sometido a una segunda CC en otro prestador, el 22,5% no había realizado el estudio, no contando con esta información en el 45% restante.

En este último grupo había 23 fallecidos (ninguno por CCR).

Conclusiones

Los resultados del estudio respaldan la recomendación de no repetir la CC antes de los 5 años (ante una CC normal), dado que la probabilidad de detectar un cáncer de colon o un adenoma avanzado antes de ese lapso es baja. Se requiere repetir la CC en 5 años a 79 pacientes para que en 1 se detecte un adenoma avanzado (NNS), siendo el riesgo mayor en el caso de los hombres.

Comentario

Si bien el estudio aportó información acerca del riesgo de neoplasia avanzada luego de una CC negativa, no puede asegurarse cuál es el intervalo ideal para la repetición del procedimiento. Los

autores no analizaron el intervalo de 10 años sugerido en algunas normativas internacionales basadas principalmente en datos de estudios de casos y controles acerca del tiempo transcurrido entre una evaluación inicial y la aparición de CCR. Como limitaciones del estudio se pueden mencionar el reducido tamaño de la población, el seguimiento incompleto de los pacientes que no repitieron la CC y la alta experiencia de los endoscopistas que realizaron los estudios, lo cual limita la generalización de los resultados. El CCR es la tercera causa de muerte por cáncer en la Argentina. Teniendo en cuenta esta incidencia, podría considerarse adecuada la re-evaluación mediante CC de los pacientes mayores de 50 años (ante CC normal previo) transcurridos los 5 años.



Tratamiento Antiretroviral en adultos infectados por HIV: Recomendaciones de la Sociedad Internacional de SIDA - USA. Panel 2010

Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection: 2010 Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel JAMA. 2010;304(3): 321-333.

Dra. Cecilia Santamaría
Especialista en Medicina Interna e Infectología

Dra. María Virginia Meza
Médica de Familia
Departamento de Políticas Médicas-
Dirección Médica Swiss Medical
Medicina Privada

A continuación, se presenta una síntesis de las recomendaciones efectuadas por consenso por el panel 2010:

Cuándo empezar tratamiento antirretroviral?

El inicio de tratamiento está indicado en las siguientes situaciones:

- Paciente sintomático (independientemente del recuento de CD4)
- Pacientes asintomáticos con recuento de CD4 $\leq 500/\mu\text{L}$
- Pacientes con alguna de las siguientes características, independientemente del recuento de CD4:

- Descenso rápido de CD4 ($>100/\mu\text{L}$ por año) o carga viral superior a 100.000 copias/mL
- Pacientes mayores de 60 años
- Embarazo
- Coinfección con Hepatitis B crónica o hepatitis C
- Enfermedad renal asociada
- Alto riesgo cardiovascular
- Enfermedades oportunistas
- Infección primaria por HIV sintomática

En el caso de alto riesgo de transmisión de HIV (ej. discordancia serológica en una pareja) puede evaluarse comenzar tratamiento con el objetivo de reducir dicho riesgo. Ante la mayor tolerancia a los tratamientos antirretrovirales y la evidencia de que los pacientes HIV positivos tienen mayor mortalidad que la población general (no siempre asociado a complicaciones infecciosas), la tendencia actual es indicar tratamiento en estadios tempranos de enfermedad. Razón por



la cual, si bien es más discutido, puede evaluarse comenzar tratamiento con recuentos de CD4 superiores a 500/ μL .

Con qué empezar tratamiento antirretroviral?

Se recomienda comenzar tratamiento con dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa junto a una tercera droga de otra clase. La combinación más utilizada es: Tenofovir+ Emcitrabina combinado con Efavirenz, Atazanavir, Darunavir o Raltegravir.

En caso de que Tenofovir/Emcitrabina no pudiera ser utilizado, otra opción puede ser Abacavir con Lamivudina, en pacientes con HLA B*5701 negativo.

Cómo monitorear la respuesta al tratamiento?

Un tratamiento se considerará efectivo cuando, dentro de las 24 semanas de tratamiento, la carga viral sea suprimida a menos de 50 copias/mL (por PCR) o menos de 75 copias μL

(branch DNA). Deberá solicitarse carga viral entre las 2 y las 8 semanas de iniciado el tratamiento, repitiendo el estudio cada 1-2 meses, hasta que la carga viral sea suprimida. Una vez llegado a este punto, debe continuar monitoreándose la respuesta cada 3-4 meses durante el primer año. En los pacientes cuya carga viral ha sido suprimida por más de un año y su recuento de CD4 sea superior a 350 / L, el estudio podrá realizarse cada seis meses, al igual que el recuento de CD4.

Esta guía recomienda el estudio de resistencia genotípica en todos los pacientes al comienzo del tratamiento y/o ante falla virológica. Asimismo, sugiere el rastreo de HLA-B*5701 en todo paciente candidato a recibir Abacavir, por el riesgo de hipersensibilidad a la droga.

Cuándo cambiar de tratamiento?

Ante falla virológica (viremia detectable), deberán analizarse posibles causas reversibles de la misma: pobre adherencia, interacciones medicamentosas, infecciones concomitantes, vacunación reciente. Una vez descartadas las mismas, el tratamiento deberá modificarse rápidamente para minimizar el riesgo de selección de mutaciones adicionales. El nuevo régimen debe incluir al menos dos drogas activas (en lo posible tres).

Comentario:

Con respecto a cuándo empezar tratamiento antirretroviral (TARV), es importante destacar que en los últimos años hemos observado un cambio de paradigma. Desde el comienzo del tratamiento antirretroviral se estuvo tratando de definir a quién tratar. El péndulo fluctuó entre sugerir tratamiento a aquellos pacientes que tenían criterios de SIDA (ya sea por recuento de CD4 o afecciones oportunistas), hasta recomendar conductas más agresivas, cuando la

evidencia nos demostró que podíamos estar comenzando el tratamiento demasiado tarde. A medida que conocimos más sobre la fisiopatología, los efectos a largo plazo del estado inflamatorio crónico causado por el virus sin tratamiento, y entendimos mejor el impacto de las enfermedades definidas como no marcadoras o no relacionadas al SIDA, el péndulo fue moviéndose hacia tratamientos más precoces.

Creemos que por primera vez en la historia del TARV nos encontramos ante la necesidad de definir a quién NO tratar, dejando a la mayoría de nuestros pacientes dentro del grupo al que deberíamos recomendar medicación específica. Sin embargo, esto merece una salvedad: el balance efectuado entre riesgos y beneficios del inicio de TARV en los países del primer mundo no necesariamente se condice con nuestra realidad local. Otro punto a resaltar es que aprendimos que el objetivo es SIEMPRE conseguir que el paciente tenga cargas virales indetectables. La conducta expectante ante pacientes con niveles de CD4 aceptables pero con cargas virales detectables es decididamente inadecuada, salvo excepciones. La conducta médica cambió con la aparición en el mercado de las nuevas generaciones de inhibidores de las proteasas e inhibidores no nucleosídicos y con la disponibilidad de nuevas clases de drogas como los inhibidores de la integrasa y los inhibidores del correceptor CCR5. Estas drogas nos permitieron volver a cotejar ese objetivo ambicioso, aún en pacientes con múltiples fallos previos. Otro concepto que impactó en nuestra conducta médica fue la idea del tratamiento antirretroviral como medida de prevención. Estudios en parejas serodiscordantes y en población bajo TARV demostraron cabalmente el impacto de ésta medida como prevención de transmisión, siendo otro de los puntos que deberíamos tener en

cuenta a la hora de decidir comenzar tratamiento.

En último lugar, hay algunas diferencias entre estas recomendaciones y la atención médica en la Argentina. El uso de nucleósidos en nuestro medio no siempre sigue las recomendaciones norteamericanas. La Sociedad Argentina de Infectología sugiere además otras combinaciones, como Zidovudina/Lamivudina o Abacavir/Lamivudina, teniendo en cuenta principalmente el impacto económico de los tratamientos antirretrovirales. En cuanto a los otros componentes del régimen inicial, nuestras recomendaciones locales también difieren, considerando a Efavirenz, Nevirapina, Atazanavir/Ritonavir, Lopinavir/Ritonavir, Fosamprenavir/Ritonavir, Saquinavir/Ritonavir como de primera línea, dejando el Darunavir/Ritonavir y Raltegravir para esquemas subsiguientes. Por otro lado, en el país no se cuenta con acceso universal al testeo de HLA B5701 previo al inicio de terapia con Abacavir, lo cual aumenta el riesgo de que nuestros pacientes presenten reacciones de hipersensibilidad. En cuanto a los tests de resistencia, en la actualidad la mayoría de nuestros pacientes no tienen acceso a realizarlo previo al inicio de tratamiento antirretroviral, salvo excepciones.

Como comentario final creemos que deberíamos tener en cuenta que en la Argentina el promedio de recuento de CD4 al diagnóstico es menor a 200 cels/ml. Esto nos recuerda que más allá de la discusión sobre cuándo y con qué tratamiento antirretroviral iniciar, deberíamos concentrar más esfuerzos en la detección precoz de nuestros pacientes HIV positivos.

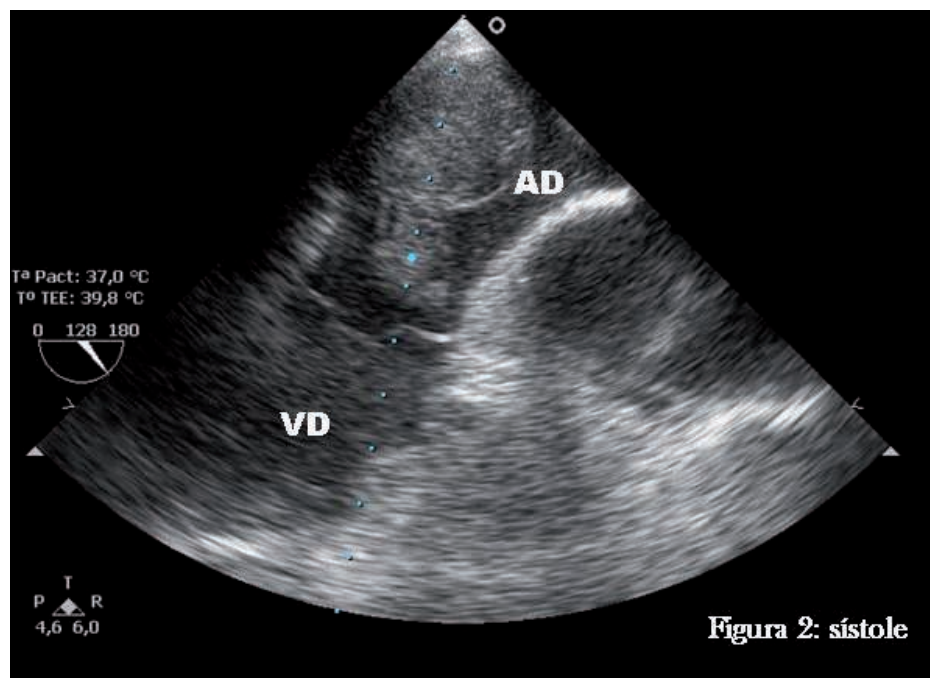
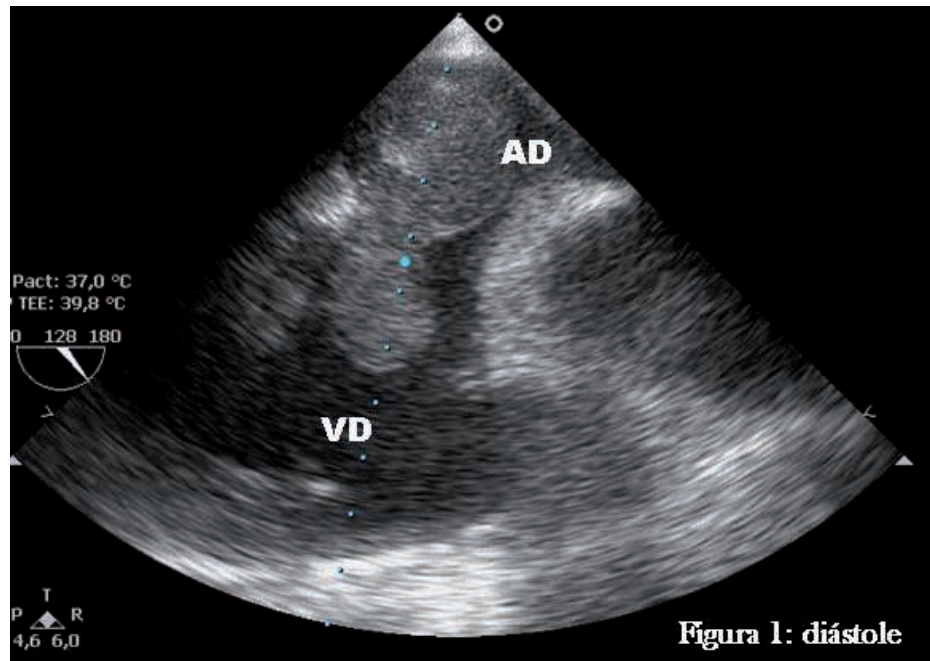
Masa en cavidades derechas

Paciente de 62 años, de sexo femenino, con antecedente de cáncer de riñón izquierdo estadio IV (metástasis óseas y hepáticas). Consulta por edemas en miembros inferiores y nicturia. Se realiza un ecocardiograma transtorácico (ETT) constatando masa en aurícula derecha (AD). Se solicita ecocardiograma transesofágico (ETE).

Fig. 1 y 2 ETE.

Se observa masa ocupante sólida en AD, heterogénea, de aproximadamente 3,5 x 2,2 cm., que presenta imagen pediculada desde la misma de 2,5 x 1,6 cm., móvil, que excursiona hasta el plano tricuspideo durante la diástole. La masa mantiene continuidad con imagen sólida de iguales características que proviene de la vena cava inferior (imágenes obtenidas por el Dr. Santiago Preitti)

Agradecemos al Dr. Bruno y a la Dra. Cucurell, miembros del comité científico de la revista "Enfoques en cardiología" (en prensa), por haber compartido este material.



Evaluación de tecnologías sanitarias

Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Swiss Medical Medicina Privada

En los últimos años la atención de la salud ha sufrido importantes cambios y transformaciones tanto en su financiamiento como en su organización. El desarrollo tecnológico de complejidad creciente y la universalización de las prestaciones (ya sean procedimientos, dispositivos o medicamentos) impactan no sólo en la administración de los servicios de salud, sino también en lo económico y social.

El Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias es el ámbito que hemos creado para analizar y definir normas de cobertura y facilitar la toma de decisiones de acuerdo con el paradigma de la medicina basada en la evidencia.

Distintos actores de la organización participan del comité, donde no sólo se analiza el aspecto científico sino también la forma de administrar adecuadamente los recursos tratando de satisfacer la demanda de socios y prestadores. En esta sección, iremos comentado los diferentes temas tratados allí.

Artroplastía total de tobillo

Descripción de la cirugía

Cuando los tratamientos médicos no han mostrado resultados satisfactorios y existe deterioro importante de la articulación del tobillo por artrosis o por artritis reumatoidea (en pacientes seleccionados), el tratamiento quirúrgico es lo que podría indicarse. La técnica usualmente utilizada para estos casos, es la artrodesis, que consiste en fusionar ambas estructuras, aliviando el dolor de tobillo y retropié. Presenta como desventaja la imposibilidad de flexión plantar

y dorsal del pie y la posibilidad de artrosis en las estructuras adyacentes. Se postula que la artroplastía mejoraría la movilidad y reduciría la artritis circundante. Esta consiste en la colocación de una prótesis de tobillo que puede ser de dos o tres componentes, clasificándose estas, a su vez, en rígidas, no rígidas y semirígidas. Las rígidas tienen mayor estabilidad, pero menor movilidad. La cirugía se efectúa bajo anestesia general o espinal, requiriendo 1-4 días de internación. El paciente puede caminar a las pocas semanas.

Evidencia disponible

Una revisión sistemática publicada en el año 2007 por Haddad y col., que incluyó 45 estudios en los que se contemplaba el grado de satisfacción referido por los pacientes en ambos tipos de cirugía: artroplastía vs. artrodesis, reportó resultados similares entre los dos tipos de cirugías.

La mayor limitación de esta revisión de la literatura es que los estudios incluidos son descriptivos, no randomizados.

La artroplastía de tobillo es aún considerada experimental por diversos financiadores, una evaluación de tecnología sanitaria realizada por el Instituto de Efectividad Clínica (IECS) en el año 2007 concluyó que si bien existen resultados esperanzadores a corto plazo, la información aún no es suficiente. Por otra parte, las prótesis aún no han sido aprobadas por la FDA y se desconocen las características respecto a durabilidad y complicaciones.

Será necesaria la realización de trabajos de investigación a más largo plazo, teniendo en cuenta las diferentes condiciones clínicas de los pacientes en base a las que se puedan definir normativas claras al respecto.

Calificación referida por los pacientes	Artroplastía N=852	Artrodesia N=1.262
Excelente	38%	31%
Bueno	30%	37%
Regular	5%	13%
Pobre	24%	13%
Revisión	7%	9%

Eventos

I Jornadas de Neuropediatría Episodios paroxísticos no epilépticos - pseudocrisis

La frontera entre la neurología y la psiquiatría.

7 y 8 de octubre de 2010, de 9 a 18hs.

Auditorio de Ineba: Guardia Vieja 4435, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Organizadas por: Servicio de Neuropediatría del Sanatorio De los Arcos. Coordinadores: Dra. Graciela Romanó Dr. Carlos Medina.

Se entregarán diplomas, otorga créditos para la recertificación.

IMPORTANTE: Estaremos sorteando becas entre los primeros 10 lectores de AEqualis que nos envíen un correo electrónico expresando que desean participar del evento, así como un breve comentario sobre la revista. Deberán colocar en el asunto: "sorteo de becas" e incluir los siguientes datos: Nombre y apellido, DNI, profesión/especialidad, domicilio y teléfonos de contacto.



PRIMERAS JORNADAS NEUROPEDIATRIA
PRIMERAS JORNADAS NEUROPEDIATRIA

V CURSO PRECONGRESO DE CARDIOLOGÍA 2010 LA CARDIOLOGÍA A TRAVÉS DEL CASO CLÍNICO

JUEVES 7 DE OCTUBRE DE 2010

INSCRIPCIÓN

Libre y gratuita limitada a 120 participantes.

ACREDITACIÓN

08:00 a 08:30 hs.

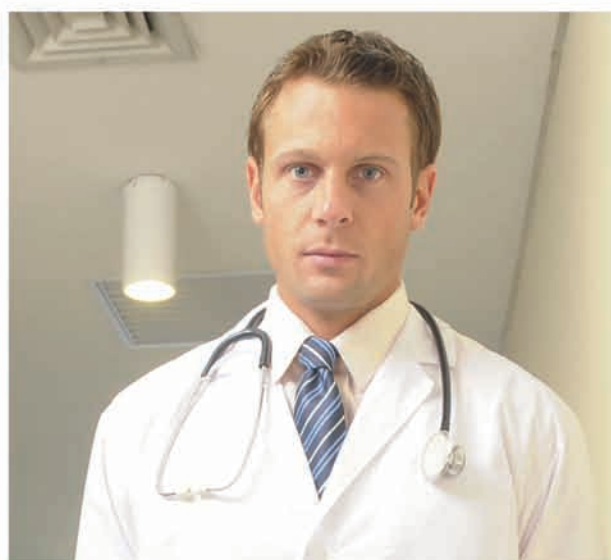
DESAYUNO

08:30 a 09:00 hs.

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Secretaría de Dirección Médica
Clínica y Maternidad Suizo Argentina
Horario: 10:00 a 16:00 hs.
Tel.: 5239-6010 (Srta. Vanesa Martin)
Email: vanesa.martin@swissmedical.com.ar


SWISS MEDICAL
G R O U P



Para acceder al programa completo del Curso: http://www.cymasa.com.ar/frontend/curso_cardiologia.asp

Jornadas de Obstetricia y Neonatología: Un enfoque perinatal

24 y 25 de noviembre de 2010

Paseo La Plaza: Av. Corrientes 1660 - Sala Pablo Neruda,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Organizadas por: Clínica y Maternidad Suizo Argentina.

Simposios: Pretérmino tardío: una nueva epidemia -
Asfixia perinatal: avances en el diagnóstico y tratamiento
- Obstetricia crítica -Controversias en neonatología - El
prematureo de extremo bajo peso al nacer.

Conferencias: Parto pretérmino recurrente - Displasia
broncopulmonar: del barotrauma a la biología molecular -
Muerte fetal y neonatal: aspectos biológicos y emocionales -
Origen perinatal de las enfermedades del adulto - Nuevos
enfoques en asistencia respiratoria en recién nacidos -
Prevención terciaria del parto prematuro.



CLINICA Y MATERNIDAD
SUIZO ARGENTINA

Invitados extranjeros: Eduardo Bancalari, Jennifer F.
Culhane, David Edwards, Teresa Del Moral, Robert L.
Goldenberg, Mark Klebanoff, Daniel V. Surbek.

INFORMES E INSCRIPCION: http://www.cymsa.com.ar/frontend/jornadas_obstetricia.asp

La inscripción es sin cargo y los cupos son limitados.

Primer Congreso Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Latinoamérica

***Nuevos desarrollos, redes regionales y
perspectivas internacionales.***

21 y 22 de octubre de 2010

Etoile Hotel: Pte. Roberto M. Ortiz 1835, Ciudad Autónoma
de Buenos Aires, Argentina.
Organizado en conjunto por Health Technology Assessment
International (HTAi) y el IECS con el apoyo de los
Ministerios de Salud de Argentina y Brasil y la Organización
Panamericana de la Salud.

Esta importante conferencia de dos días completos tendrá
como disertantes a importantes líderes en el área tanto de la
región como a nivel internacional y contará con la presencia
de decisores e investigadores dedicados a la Evaluación



de Tecnologías Sanitarias de la mayor parte de los países
de la región. Este encuentro será una oportunidad clave
para compartir experiencias a nivel global, crear y fortalecer
redes regionales, y sobre todo, promover el desarrollo de la
Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Latino América.

INFORMES E INSCRIPCION: http://www.iecs.org.ar/form_inscripcionETS2010.php

**La participación es sin costo y las vacantes son
limitadas (150 participantes).**

***XIX Jornadas Internacionales de Economía de la Salud.
XX Jornadas Nacionales de Economía de la Salud
“INFORMACION: Clave para el desempeño del sistema de salud”***

10 y 11 de junio de 2010

NH Gran Hotel Provincial, Mar del Plata, Argentina.
Organizadas por: AES Asociación de Economía de la Salud.

La Dra. Edna Bradichansky y el Dr. Santiago Moreno asistieron al evento y compartieron con nosotros su apreciación: *“Nos resultaron muy interesantes las presentaciones de trabajos, así como las disertaciones, todas a cargo de calificados profesionales. Destacamos la mesa sobre ‘Banco de precios de medicamentos e insumos’, ‘Historia Clínica Digital’ así como la conferencia de cierre, a cargo del Dr. Rubén Torres, en la que se expuso el tema de la información y comunicación como herramientas de las políticas de salud. Este tipo de debates son necesarios para poder seguir ofreciendo a la población una mejor calidad de atención médica, es decir, integral y orientada a la prevención.”*



Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva - GASTRO 2010

5 al 7 de agosto de 2010

Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Organizadas por: Sociedad Argentina de Gastroenterología y ENDIBA (Endoscopistas Digestivos de Buenos Aires).

El Dr. Alejandro Jalif participó como disertante de la mesa: *“Sedación anestésica en endoscopia digestiva”,* presentando un trabajo (en coautoría con su equipo) titulado: *“Fracaso de llegada al ciego de la colonoscopia en pacientes de 80 o más años. Un estudio de casos y controles”* y como comentador de la recorrida de posters del tema *“Esófago”*. Nos comentó: *“El congreso se destacó por la calidad de las presentaciones, en particular, de los invitados extranjeros, como por ej., el Dr. Jerome Wayne, jefe del área de endoscopia del Mont Sinaay Hospital de NY, el Dr. Carlos Navarrete, de Chile, entre otros especialistas latinoamericanos. Fue valioso el aporte en cuanto a su experiencia en investigación y desarrollo de nuevas técnicas aplicadas a terapéuticas endoscópicas”*.



Alerta farmacológica

Sibutramina: suspensión en Europa

Farmacéutica Laura Cittadino

Coordinadora de Beneficios

Farmacéuticos

Centro de Autorizaciones

Gerencia de Gestión de Prestaciones

Swiss Medical Medicina Privada

La Sibutramina es un inhibidor selectivo de la recaptación de Serotonina, Dopamina y Norepinefrina a través de sus dos metabolitos activos. Fue aprobada en el año 1999, para el tratamiento de la obesidad, e indicada en pacientes con índice de masa corporal (IMC) mayor de 30; o mayor de 27 con complicaciones, como diabetes o dislipemia. Está contraindicada en pacientes con hipertensión arterial no controlada y en pacientes con historia de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias y/o accidente cerebrovascular.

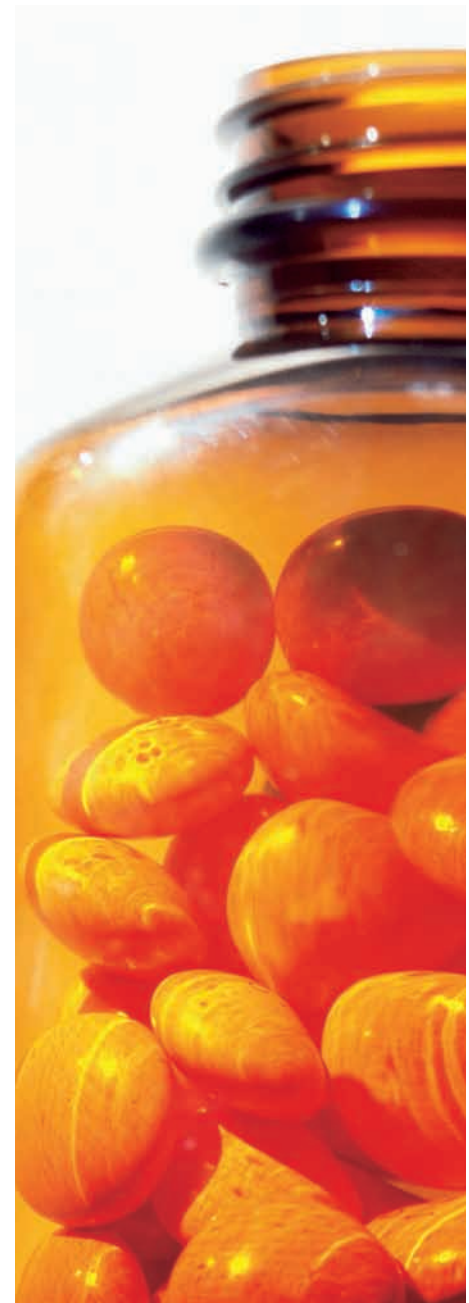
Un estudio realizado en EEUU y Europa (SCOUT: Sibutramine Cardiovascular Outcome Trial) a lo largo de 6 años en aproximadamente 10.000 mujeres mayores de 55 años de edad, con sobrepeso u obesidad, con historia de enfermedad cardiovascular o diabetes tipo 2 o ambas, arrojó como resultado un 14% de eventos cardiovasculares en pacientes medicados con Sibutramina vs. un 10% en pacientes medicados con placebo.

Por este motivo, EMeA sugirió a la Comisión Europea el retiro del mercado, dado que consideró que la relación beneficio-riesgo resultaba desfavorable.

FDA, por su parte, enfatizó las contraindicaciones en: a) antecedentes de enfermedad arterial coronaria, ACV o TIA, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad arterial periférica; y b) hipertensión arterial no controlada.

ANMAT se encuentra analizando en consulta con otros organismos mundiales esta situación para tomar una resolución en un breve plazo, recomendando a los profesionales médicos extremar controles previos sobre patologías preexistentes.

Asimismo, recuerda que la condición de venta es bajo receta archivada y advierte sobre la importancia de notificar las sospechas de reacciones adversas.



Programas Médicos

Nuevo programa de control ambulatorio para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Swiss Medical

Alrededor del 5% al 10% de la población puede estar afectado por diabetes mellitus. Su tratamiento involucra cambios en la dieta, un programa de actividad física, educación y en muchos casos, medicación. Pero diversas situaciones pueden volverlo complejo, haciendo que resulte insatisfactorio.

El mismo no se limita al ámbito del consultorio, siendo el paciente quien debe adherir a las diversas indicaciones médicas: realización de estudios, toma de medicación, cambios en el estilo de vida, seguimiento de dieta, entre otros, en un contexto totalmente ambulatorio.

Por esta razón, los sistemas de salud enfrentan el desafío de implementar distintas estrategias que ayuden a los pacientes a poder cumplir las recomendaciones planteadas. Varios ensayos clínicos que incluyeron seguimiento telefónico por personal entrenado, utilizando internet o

teléfono celular como herramientas de comunicación y educación médica a distancia para pacientes diabéticos, han demostrado beneficios. La mejora en la calidad de vida, así como una disminución de los costos prestacionales, se encuentran entre los principales.

En tal sentido, Swiss Medical Medicina Privada ha implementado un servicio destinado al seguimiento telefónico de los pacientes con diabetes a través de un equipo de enfermeras altamente capacitadas. Las mismas podrán escuchar y responder sus dudas y las de sus familiares. La iniciativa tiene como objetivo principal que el paciente incorpore las herramientas necesarias a fin de desarrollar habilidades y estrategias para el control de su enfermedad, responsabilizándose por su cuidado (autocuidado).

De esta manera, podrán alcanzar niveles óptimos en su calidad de vida.

Asimismo, este seguimiento posibilitará ampliar y mejorar los servicios brindados a nuestros asociados en relación al control y tratamiento de la enfermedad.

Si Usted desea orientar a sus pacientes a dicho programa, puede brindarles nuestras vías de contacto: 0810-333-6800 opción 4, de Lunes a Viernes de 9 a 20 hs. o escribiendo a: programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar

Programa de Re - educación alimentaria para personas con sobrepeso y obesidad

Swiss Medical Medicina Privada ofrece a sus asociados un programa global para orientar y facilitar el descenso de peso y los cambios de hábitos de aquellas personas que presentan como condición clínica el sobrepeso u obesidad, de difícil resolución con los tratamientos convencionales. El objetivo primordial es el de mejorar la calidad de vida de los pacientes, poniendo especial énfasis en apoyar su compromiso de cambio. El programa propone la evaluación y seguimiento integral del paciente por un equipo multidisciplinario

que incluye: seguimiento médico - nutricional, realización de actividad física y participación de grupos asistidos y coordinados por una psicóloga.

En aquellos pacientes para quienes el Equipo Multidisciplinario considera oportuna la indicación de medicación adyuvante, el programa contempla la cobertura del 70 %.

Las personas candidatas a ingresar al Programa deben ser mayores de 18 años con índice de masa corporal (IMC) mayor de 27 y contar con la

motivación suficiente para adherir al tratamiento propuesto.

Si Ud. desea orientar a sus pacientes al Programa, puede brindarles nuestras vías de contacto: Tel.: 0810-333-6800, opción 5, de Lunes a Viernes de 10 a 18 hs o escribiendo a: programadereeducacionalimentaria@swissmedical.com.ar

Programa para Cesación Tabáquica

El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible, y es responsable de más de 40.000 muertes anuales en nuestro país. Actualmente su prevalencia es del 25 % en la población mayor a 18 años. Las causas de mortalidad más importantes relacionadas al tabaquismo son la enfermedad cardiovascular, el cáncer de pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El riesgo de muerte total es de 2.2 para hombres que fuman entre 1 y 20 cigarrillos/d y de 2.43 para aquellos que fuman más de 21 diarios. Asimismo el costo del consumo de tabaco para los países es muy alto. Esto incluye el costo adicional de atender a los enfermos por tabaquismo, la pérdida de productividad debida a enfermedad y muerte prematura, y los daños al medio ambiente. En países de ingresos altos se calcula que el costo anual general de la atención de salud asociada con el consumo de tabaco oscila entre 6% y 15% del costo total de la atención de salud. En Argentina el costo del tratamiento de las patologías relacionadas al consumo de tabaco y a los efectos del HTA es de \$ 4.330 millones o el equivalente al 15.5% del gasto total de salud. (1) La dependencia al tabaco es una enfermedad crónica y para su tratamiento se necesitará un compromiso por parte de varios grupos y organizaciones, incluyendo pero no limitado a: los médicos, las clínicas, los sistemas de salud, los encargados de formular políticas, los aseguradores, los compradores la atención de la salud, investigadores, organizaciones de financiación de



la salud, los consumidores, y líderes de la comunidad. Es por este motivo que Swiss Medical Medicina Privada a través de su Programa para Cesación Tabáquica se compromete, sumándose a las políticas nacionales e internacionales de prevención para lograr la disminución de la prevalencia del tabaquismo.

Nuestro Programa promueve la cesación tabáquica a través del seguimiento médico, la participación en talleres y el beneficio de descuentos en las terapias farmacológicas coadyuvantes. Profesionales especialmente capacitados realizan el seguimiento telefónico brindando apoyo psicológico a quienes intentan dejar de fumar y a quienes, ya habiéndolo logrado, buscan evitar recaídas.

(1)Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

Si Usted desea orientar a sus pacientes a dicho programa, puede brindarles nuestras vías de contacto: Tel.: 0810-333-6800 Opción 6, de Lunes a Viernes de 9:30 a 20 hs. o escribiendo a: programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar

Presentación de sitio web

www.clinicaltrials.gov



El sitio ofrece información actualizada sobre los ensayos clínicos que se realizan en EEUU y otros 173 países. Actualmente contiene más de 93.000 ensayos, patrocinados por los Institutos Nacionales de Salud, otras agencias federales y la industria privada. La base de datos alberga información sobre ensayos de intervención (que buscan determinar si los tratamientos experimentales o nuevos usos de terapéuticas ya conocidas son seguras y eficaces en entornos controlados) y observacionales (que abordan temas de salud en grandes grupos de personas o poblaciones en entornos naturales).

El buscador permite rastrear los estudios según condición clínica, tipo de droga, auspiciante o lugar de realización.

Asimismo, se informa cuáles de ellos ya han concluido y cuáles se encuentran aún abiertos. Brinda además, los datos de contacto en cada caso e información acerca del propósito de los ensayos. Fue creado por NIH (Nacional Institutes of Health) y la FDA (Food and Drug Administration) como resultado de la aprobación, en 1997 de la Ley de modernización de la FDA. Se trata de un excelente recurso para investigadores.

Realidad actual sobre los cuestionamientos por mala práctica médica y las bases de su prevención

Dr. Horacio E. Canto

*Especialista en Medicina Legal
Gerente de la Gerencia de
Administración de Riesgo
Swiss Medical Medicina Privada*

Los juicios por responsabilidad profesional médica, en las últimas dos décadas, se han convertido en un flagelo que deben soportar tanto las instituciones como los profesionales de la salud. Lo hemos heredado de los países centrales, y actualmente es similar a lo que ocurre en sociedades como la de los Estados Unidos de Norteamérica.

A manera de ejemplo puede mencionarse que según reportes oficiales de la Physician Insurers Association of America (PIAA) USA, 2002-2003, aproximadamente 1 de cada 6 médicos asistenciales enfrenta una demanda por mala praxis cada año (16.6 %). En nuestro país, según lo referido por la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECRA), uno de cada cinco médicos es víctima de una demanda por responsabilidad profesional, y nueve de cada diez juicios finalizados determinan la inocencia del profesional.

En especialidades de alto riesgo tales como la obstetricia, ortopedia, cirugía del trauma y neurocirugía, hay un juicio por cada médico cada dos años y medio. Sin embargo, el 70 % de esa decena de miles de casos son encontrados sin mérito, no prosperando los reclamos.

Aún con los sorprendentes avances en el conocimiento científico, la medicina es más un arte que una ciencia, dado que los médicos son seres humanos que actúan sobre seres humanos, que no son máquinas previsibles. Por lo

tanto, el daño médico, como es bien sabido a nivel mundial, es un hecho imposible de erradicar.

Lamentablemente la tasa de litigios contra los médicos, como dijimos, ha crecido vertiginosamente en los últimos años.

Es indiscutible que el advenimiento de avances en los distintos campos de la medicina ha hecho que se salven muchas más vidas que hace algunas décadas. También es cierto que la implementación de recursos diagnósticos y terapéuticos más sofisticados puede exponer a los pacientes a mayores riesgos y a un mayor número de complicaciones, pero ello no es sinónimo de mala praxis.

Muchos médicos se están retirando del ejercicio de la profesión, o evitan atender los casos más complejos, abrumados por la innumerable cantidad de demandas injustificadas. Entre el 10 y el 15% del presupuesto con que cuentan los hospitales y sanatorios está comprometido en solventar esta verdadera "industria del juicio", restando recursos económicos a la atención de la salud.

Las especialidades más demandadas

Históricamente las especialidades con mayor número de reclamos son la traumatología, la obstetricia, la cirugía general, la cirugía plástica, la emergentología y el diagnóstico por imágenes. No obstante, en los últimos años se ha visto crecimiento de demandas contra médicos clínicos, pediatras, oftalmólogos y odontólogos (Fuente: SMG Seguros, 2009).

Por otro lado, especialidades con alta tasa de litigiosidad en el pasado, como la anestesiología, han reducido

significativamente su frecuencia, probablemente por un mejor registro de lo actuado durante el procedimiento quirúrgico con la incorporación de equipos computarizados que permiten archivar datos fidedignos sobre los parámetros vitales.

Si bien, como también se señaló, sólo un pequeño porcentaje de demandas prospera, reflejando ello un gran número de aventuras judiciales, los profesionales deben convivir largos años con un proceso judicial. Dicha situación les ocasiona al menos daños indirectos, como son efectos psicológicos, sentirse señalado por la sociedad, o vivir durante ese lapso con el temor a una condena judicial. Lo cual hace que en la mayoría de los casos, no puedan continuar con su tarea médica con la misma eficiencia que si dicho reclamo no existiera. Por tal motivo, es imprescindible que quienes nos desempeñamos realizando tareas de medicina asistencial, tengamos presente cumplir con los pilares de la prevención, como son:

- Una adecuada documentación médica.
- Un adecuado consentimiento informado, en los casos que lo ameriten.
- Una buena relación médico-paciente-familia, así como una correcta relación médico-médico.

Trabajar con estos principios, sin lugar a dudas, conducirá hacia una práctica más segura.

Historia de la medicina *Janusz Korczak (1878-1942)*

Fiel a la consigna formulada en los últimos años de su vida “Es inadmisibles dejar el mundo tal como lo hemos encontrado”, Janusz Korczak -seudónimo de Henryk Goldschmidt- ha dejado su impronta no sólo en la que fuera su disciplina de formación, la pediatría, sino también en la pedagogía y en la historia.

Un dato biográfico se impone a quien quiera acceder a la obra: en 1942, durante la ocupación nazi de Varsovia, Korczak decide morir acompañando a los niños del asilo que había fundado 20 años antes, a las cámaras del campo de concentración.

La defensa de los niños, la pobreza, la desigualdad social, son algunos de los temas que signaron su multifacética y prolífica obra. Como médico, tuvo la oportunidad de estar en contacto con los sectores más desfavorecidos de aquella sociedad, lo cual lo sensibilizó ante una amplia gama de problemáticas sociales, a la vez que lo impulsó a proponer soluciones en el ámbito de la educación sanitaria. En el período de la Primera Guerra Mundial, trabajó en los centros de evacuación del frente rusojaponés y fue jefe de sala en un hospital de campaña en el frente ucraniano, donde conoció los horrores de la guerra. Sin dejar de ejercer su profesión, fue desarrollando su carrera como maestro y pedagogo. A principio de siglo, en el contexto del auge de un modelo pedagógico progresista, se interesó por las ideas de Pestalozzi y de Spencer. Su programa propone la idea de que los niños sean tratados como compañeros y amigos, llegando a comprenderlos a través del respeto y el amor, y basándose en principios de autonomía de éstos en las instituciones educativas, en abierta oposición al modelo tradicional.

Pudo llevar estas ideas a la práctica, principalmente en el orfanato que hizo construir, y en el que dio asilo a los niños desamparados por la guerra, recibiendo a visitantes polacos y extranjeros. Experiencias todas que han ejercido influencia en el desarrollo del pensamiento y la práctica educativa.

Obra escrita:

Consta de 24 libros y un sinfín de escritos. A los trece años de edad, comenzó a escribir un diario. Más adelante, abarcó géneros diversos como una obra teatral, bocetos humorísticos, contribuciones médicas alrededor temas de higiene, pediatría y medicina social –las únicas firmadas con su nombre-, textos breves y periodísticos de gran diversidad temática. También publicó poemas y cuentos infantiles. Algunos de los títulos más conocidos son “Cómo amar a los niños”, “Cuando vuelva a ser pequeño”, “El derecho del niño al respeto”, en los que se encuentran desarrolladas sus ideas pedagógicas y filosofía de la educación. Sus charlas radiofónicas, fueron publicadas en forma de libro (“La pedagogía a través del juego”). Durante la segunda guerra mundial escribió sus Memorias.

En el cine:

Ha sido retratado por el prestigioso cineasta polaco Andrzej Wajda en el film “Korzack” (1990). Asimismo, se sugiere que el director Steven Spielberg ha recibido inspiración de ésta al filmar su célebre “Schindler’s List” (1993). La evacuación del ghetto también se menciona en el libro original de la película “The Pianist” que fuera llevada al cine por Roman Polanski.



Algunas de sus frases:

- “El lazo más fuerte que tenemos con la vida se expresa en la sonrisa de un niño”
- “Un buen educador que no impone sino libera, que no tira de nadie sino levanta, que no apisona mas forma, que no dicta sino enseña, que no exige sino pregunta, vivirá con los niños muchos instantes inspiradores.”
- “No importa tanto que uno sepa mucho, sino que sepa algo bien; no que sepa algo de memoria, sino que lo entienda; no que le importe todo un poco, sino que le preocupe algo de verdad.”



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