

# AEQUALIS

Actualización, análisis y comunicación en salud

N 8

diciembre 2010 | año 4



Una publicación de



**SWISS MEDICAL**  
MEDICINA PRIVADA

# SUMARIO

- 4 Editorial.
- 5 Comentario de artículos.
- 10 Caso clínico.
- 11 Evaluación de tecnología sanitaria.
- 12 Eventos.
- 13 Presentación de sitio web.
- 14 Noticias institucionales.
- 16 Alerta farmacológica.
- 18 Programas médicos.
- 20 Medicina Legal.
- 21 Historia de la medicina.
- 22 Sección cultural, correo de lectores.

- Presidente: Dr. Claudio Belocopitt
- Gerente General: Dr. Miguel Blanco
- Director Médico: Dr. Pablo Bonelli
- Editora responsable: Lic. Alma Vanina Estrella
- Consejo editorial: Dra. Maria Virginia Meza, Dra. Edna Bradichansky, Dr. Ricardo Watman.
- Colaboran en este número: Dr. Gabriel Bouza, Dra. Bunilda Casetta, Farm. Laura Cittadino, Dr. Daniel Ferrante, Dra. Mariana Flichman, Dra. Maria Virginia Meza, Dr. Santiago Moreno, Dra. Ana Pedraza, Dr. Luis Prudent, Dr. Rodolfo Righetti, Dr. Sebastián Rossi Lopez, Dra. Natalia Tassara, Dr. Ricardo Watman, Prof. Dr. Raúl H. Winograd.
- La imagen de tapa de este Nro. se titula "Skies of the world" y corresponde a Clarisa Cassiau.
- Versión descargable on-line en: [www.prestadores.swissmedical.com.ar](http://www.prestadores.swissmedical.com.ar)
- Correo de lectores: [aequalis@swissmedical.com.ar](mailto:aequalis@swissmedical.com.ar)
- La correspondencia puede enviarse a 25 de Mayo 264, 4to. Piso (1002) C.A.B.A.
- Æqualis es una publicación de SMMP para su red de prestadores y colaboradores. Derechos reservados. La difusión y reproducción del presente material escrito o sus imágenes no podrán realizarse sin la autorización correspondiente. Las notas firmadas representan la opinión de los autores y son de su responsabilidad. Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que marca la ley.

## Artista de tapa



### *Clarisa Cassiau*

Nació en Buenos Aires en 1957. Egresó de la Escuela de Bellas Artes Prilidiano Pueyrredón en 1980. La imagen de tapa de este número se titula "Skies of the World" (acrílico sobre tela y relieve, 0.60 m x 0.90 m). Corresponde a 2010 y resultó seleccionada para integrar la colección permanente del Museo Olímpico de Sarajevo y el Hall Municipal de Exhibiciones de Banja Luka (Bosnia-Herzegovina), donde fue expuesta en junio pasado, gracias a la invitación del gobierno de ese país.

Cassiau participó en más de 150 exposiciones colectivas en el ámbito de la Argentina y el extranjero. En 2003 intervino el Santuario del Señor de los Milagros de Mailín (Santiago del Estero), el más antiguo del país, creado alrededor de 1700. Entre otras distinciones de relevancia obtuvo: el Premio Eduardo Sívori (79 Salón Nacional de Pintura); el Primer Premio 3000 años de Jerusalén en Escultura (Museo Sívori); el Premio "Aldo Paparella" de Escultura (Fondo Nacional de las Artes) y el Premio Shaw de Escultura de la Academia Nacional de Bellas Artes.

Poseen obra de esta artista, el Museo de Bellas Artes de la provincia de Santa Fe, el Fondo Nacional de las Artes, la Associazione Culturale Arte Struktura Milán (Italia), la Comisión Nacional de Energía Atómica, el Convento de Santa Catalina (Capital), el Museo de Arte Contemporáneo de La Plata (MACLA) y distintas colecciones privadas.

Su producción se compone de pinturas, esculturas y móviles, abarcando obras geométricas o concretas, así como objetos tridimensionales y escultóricos. Utiliza pintura acrílica y su técnica está basada en procedimientos del collage, utilizando, según el caso, finas varillas, listones de madera, acero inoxidable espejado y planos curvos que vuelca sobre la superficie de la tela. Con el relieve, la visión se enriquece al contemplar la obra desde diferentes ángulos.

Para ver más: [www.artebus.net/ccassiau](http://www.artebus.net/ccassiau)



# Editorial \*

*“No hay secretos para el éxito. Éste se alcanza preparándose, trabajando arduamente y aprendiendo del fracaso”.*

**Colin Powell**

## **Estimado lector**

La práctica de la medicina nos enfrenta cotidianamente a desafíos. Los avances del conocimiento y la tecnología, la explosión de información, la demanda de los pacientes, la incertidumbre diagnóstica, nos ocupan y preocupan diariamente.

En ese escenario nos propusimos el ambicioso objetivo de ser su compañero de ruta, su aliado y confiable amigo. Optamos por presentar contenidos compactos, variados y frecuentes en la práctica médica, sin dejar de lado aspectos sociales y humanos de la medicina y de la persona que es el médico.

Esta nueva edición incluye comentarios de artículos de temas tan diversos como la utilidad que podría tener un buscador de internet como Google en nuestra práctica clínica, factores relacionados con la reagudización de EPOC, técnicas básicas de reanimación y la asociación entre el aumento de peso durante el embarazo y el peso del recién nacido.

Convencidos del valor educativo que ofrece la práctica clínica, retomamos la sección Caso Clínico, en la que se compartirán aquellos casos que nuestro Consejo Editorial seleccione entre los presentados en los distintos ateneos de nuestras clínicas. El equipo de internación del Sanatorio De Los Arcos ha colaborado para este número, compartiendo su discusión y conclusiones sobre un caso de colitis ulcerosa.

En la sección Medicina Legal, repasamos aspectos prácticos del consentimiento informado, reafirmando que no se trata de un mero formalismo, sino de un acto médico fundamental, quizá ya implícito desde que se recibe al paciente en el consultorio por primera vez.

Incorporamos un nuevo espacio en nuestra sección cultural, que hemos denominado “Caleidoscopio”. Muchos de Uds. recordarán ese pequeño objeto similar a un telescopio, en el que distintos fragmentos de cristales se combinan para dar como resultado bellas imágenes, con configuraciones siempre cambiantes. Abrimos así la posibilidad de que todos los profesionales compartan sus gustos y pasiones con nosotros, no sólo a través de una recomendación cultural, sino también dejando ver otros aspectos que hacen a su persona. Un agradecimiento especial, entonces, para el Dr. Luis Prudent, primero en acompañarnos en esta propuesta.

Finalmente, no queremos despedirnos sin antes desearle un buen comienzo del 2011 e invitarlo a proponer aquellos temas que le gustaría encontrar en futuras ediciones.

Cordialmente,

**Dr. Pablo Bonelli**

*Director Médico*

*Swiss Medical Medicina Privada*

## ¿Es útil el motor de búsqueda Google como herramienta para la elaboración diagnóstica?: un estudio basado en Internet

*Googling for a diagnosis - Use of Google as a diagnostic aid: Internet based study, BMJ 2006; 333:1143-5.*

**Dr. Rodolfo Righetti**

*Ginecólogo*

*Auditoria Médica Ginecológica*

*Dirección Médica*

*Swiss Medical Medicina Privada*

A medida que aumenta el acceso a Internet, resulta cada vez más frecuente la utilización de Google con fines diagnósticos, tanto entre los médicos como entre los pacientes. Esto motivó a los investigadores a preguntarse “qué tan bueno” es Google para ayudar en la elaboración de un diagnóstico correcto.

### Diseño y objetivos del estudio

Se realizó un estudio seleccionando 26 casos entre los presentados en los ateneos del Massachusetts General Hospital publicados en New England Journal of Medicine durante el año 2005. Luego de la lectura de cada caso, los investigadores eligieron entre 3 y 5 términos de cada uno y utilizaron el motor de búsqueda Google para intentar arribar a los diagnósticos correctos, antes de leer el desarrollo y conclusión del ateneo. El resultado fue comparado con el publicado en la revista, estableciéndose el porcentaje de coincidencia.

El objetivo era determinar con qué frecuencia la búsqueda en Google ayuda a los médicos a obtener diagnósticos correctos.

### Principales resultados

La búsqueda en Google mostró el diagnóstico correcto en 15 de los 26 casos (58%, 95% con un intervalo de confianza entre 38% y 77%).

### Conclusiones

Los investigadores concluyeron que el uso de este tipo de búsquedas puede colaborar con los médicos en el diagnóstico de casos complejos. Por lo cual, consideran que motores de búsqueda como Google, se están convirtiendo progresivamente en herramientas de la clínica médica, y por ello advierten la conveniencia de que los médicos en formación sean competentes en su uso.

### Comentario

Generalmente, los pacientes refieren uno o varios síntomas determinados como motivo de consulta, planteándonos el desafío de interpretar, contextualizar y finalmente elaborar la conclusión que nos lleve a tomar una conducta. Para ello contamos, básicamente, con nuestro intelecto -alimentado por una base de conocimientos- y nuestra experiencia. En la mayoría de las situaciones cotidianas, esto debiera ser suficiente para que los médicos podamos arribar a alguna conclusión y proponer soluciones. En otras, necesitamos recurrir a información adicional, y es aquí donde los estudios complementarios de diagnóstico, las búsquedas bibliográficas y las de la web encuentran su lugar en el proceso.

Sin dudas, y tal como muestra el artículo, actualmente, al tiempo que los conocimientos se encuentran en rápida expansión, los buscadores se vuelven herramientas de ayuda para el médico, al permitir el acceso a una base cada vez mayor en cuestión de minutos. Sin embargo, el desafío sigue consistiendo en ser capaces de interpretar y jerarquizar síntomas integrando resultados.

Diagnosticar sigue siendo una de las tareas indelegables dentro de las funciones de un médico. Por ello, intentar transferir esta responsabilidad a las “fuentes de objetividad”, implica olvidar que dichas herramientas no hablan por sí mismas y que requieren indefectiblemente, de la interpretación de una persona.

Es una experiencia común escuchar diálogos como: “-Doctor, perdón pero... usted ya me dijo todo lo que no tengo... pero, me podría decir ¿qué tengo?” Es por eso que se requiere de un importante compromiso profesional, caso contrario, diagnosticar se convierte en una situación más parecida a “descartar” -palabra etimológicamente devenida del juego de naipes- por la que llegamos a saber simplemente lo que los pacientes “no tienen”.

Destaco la importancia de reflexionar sobre nuestro accionar cotidiano y de qué forma nos acercamos a la solución de los problemas médicos. Google resulta una herramienta de ayuda, sobre todo para el caso de los diagnósticos menos frecuentes, pero no tenemos que perder de vista que la responsabilidad de arribar a un diagnóstico correcto es, desde siempre, del médico.





# Susceptibilidad a Exacerbaciones en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

*Susceptibility to Exacerbation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, N Engl J Med 2010; 363:1128-38.*

**Dra. Natalia Tassara**

Médica

Jefe Dto. de Gestión de Casos

Dirección Médica

Swiss Medical Medicina Privada

La historia natural de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) está marcada por la presencia de exacerbaciones. Estas parecen acelerar el proceso de declinación de la función pulmonar que caracteriza a la EPOC, resultando en una reducción de la actividad física, empeorando de la calidad de vida y aumentando el riesgo de muerte. Asimismo, son responsables de un porcentaje significativo de los costos en salud relacionados a esta enfermedad y consecuentemente, el centro de las estrategias para su prevención.

Sin embargo, se conoce relativamente poco acerca de la incidencia de las exacerbaciones, sus determinantes y sus efectos en los pacientes con diversos grados de severidad de EPOC. Si bien se considera que su frecuencia se incrementa con la severidad de la enfermedad, el predictor más importante de aparición de exacerbaciones parece ser la historia de exacerbaciones en sí misma. Esta teoría no ha sido adecuadamente investigada, pero ha sido considerada en diversos estudios de investigación.

## Diseño, lugar y objetivos del estudio

El análisis se efectuó utilizando información del estudio multicéntrico ECLIPSE (Evaluation of COPD

Longitudinally to Identify Predictive Surrogate Endpoints). A partir de información recolectada del mismo, se realizó un estudio de tipo observacional. Se analizaron la frecuencia y asociaciones de las exacerbaciones en 2138 pacientes incluidos en el estudio y se las observó durante un período de tres años.

Se consideró exacerbación (endpoint) al evento que condujo a la prescripción de antibióticos o corticoesteroides sistémicos o ambos y/o que llevó a la hospitalización. Los pacientes fueron categorizados de acuerdo a los estadios de enfermedad definidos por el Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).

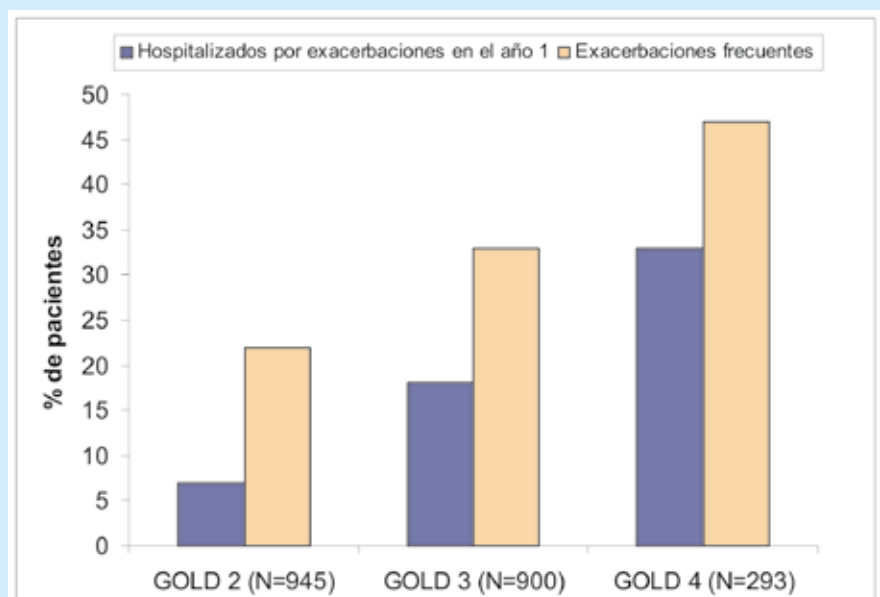
A partir de la información recabada, los investigadores intentaron demostrar

la hipótesis de la existencia de un fenotipo de exacerbaciones frecuentes en la EPOC, en los que estas se manifiestan en forma independiente a la severidad de la enfermedad.

## Principales resultados

Las exacerbaciones resultaron ser más frecuentes y más severas en la medida que la severidad de la EPOC aumentaba. En el primer año de seguimiento, el índice de exacerbaciones fue de 0.85 por persona para pacientes con enfermedad moderada (GOLD estadio 2), de 1.34 para aquellos con enfermedad severa (GOLD estadio 3) y de 2.00 para los pacientes con enfermedad muy severa (GOLD estadio 4). En términos generales, tuvieron exacerbaciones frecuentes (dos o

**Asociación entre severidad de enfermedad y la frecuencia y severidad de exacerbaciones durante el primer año de seguimiento en pacientes con EPOC.**



*Dos o más exacerbaciones durante el año en los pacientes, se consideraron como exacerbaciones frecuentes. Una exacerbación que requirió internación, como severa. La severidad de la enfermedad fue clasificada de acuerdo a los estadios de enfermedad definidos por el Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). P <0.001 para ambas comparaciones.*

más en el primer año de seguimiento) el 22% de los pacientes con EPOC estadio 2, el 33% de los pacientes en estadio 3 y el 47% de los de estadio 4.

Durante el período de seguimiento de 3 años, la hipótesis de un fenotipo de susceptibilidad y resistencia a exacerbaciones se hizo más fuerte. Sobre 296 pacientes que tuvieron exacerbaciones frecuentes durante el primer y segundo año de seguimiento, 210 (71%) tuvieron exacerbaciones frecuentes durante el tercer año. Sobre 521 pacientes sin exacerbaciones durante el primer o segundo año, un total de 388 (74%) tampoco tuvieron exacerbaciones durante el tercer año de seguimiento.

## Conclusiones

Los autores sugieren la presencia de un fenotipo que determina la frecuencia de exacerbaciones en forma independiente, basándose en la observación que el mejor predictor individual de exacerbaciones en todos los estadios fue la propia historia de exacerbaciones, la cual se mantuvo relativamente estable a lo largo de los

tres años de seguimiento y permitiría identificar a estos pacientes recabando su historia de exacerbaciones previas.

Adicionalmente a su asociación con enfermedad más severa y exacerbaciones previas, el fenotipo resultó ser un factor independiente de la historia de reflujo gastroesofágico, enfermedad cardíaca, baja calidad de vida y elevación de glóbulos blancos, entre otros.

## Comentario

La EPOC es una enfermedad caracterizada por una obstrucción progresiva al flujo aéreo en cuya evolución aparecen episodios de empeoramiento agudo de la sintomatología que afectan la calidad de vida, aumentan el riesgo de muerte e incrementan el gasto en salud. Debido a estas consecuencias negativas, la prevención de las exacerbaciones se ha establecido como objetivo de los tratamientos. Este estudio tiene como fortaleza haberse basado en una cohorte con un número importante de pacientes y haber comprendido distintos estadios

de la enfermedad. A pesar de ello, no ha establecido relación entre el status tabáquico de los pacientes y su asociación con las exacerbaciones, ni se focaliza en la medicación recibida como otro factor determinante de las mismas.

Como conclusión general aplicable a la práctica clínica diaria, podría afirmarse que la presencia de dos o más exacerbaciones en el período de un año, actuaría como predictor clínico positivo de riesgo de exacerbaciones, lo cual permitiría implementar estrategias de prevención precozmente.

Cabe destacar que aún es necesario un mejor entendimiento de los mecanismos que predisponen a los pacientes a las exacerbaciones.

**Factores Asociados con el incremento de Exacerbaciones Frecuentes en el Modelo Multivariado Stepwise.**

Factor	Número de Exacerbaciones						Valor de P
	≥2 vs. 0		1 vs. 0		≥2 vs. 1		
	odds ratio (IC 95%)	Valor de P	odds ratio (IC 95%)	Valor de P	odds ratio (IC 95%)	Valor de P	
Exacerbaciones durante el año previo	5.72 (4.47-7.31)	<0.001	2.24 (1.77-2.84)	<0.001	2.55 (1.96-3.31)	<0.001	<0.001
Disminución del VEF 1	1.11 (1.08-1.14)	<0.001	1.06 (1.03-1.08)	<0.001	1.05 (1.02-1.09)	<0.001	<0.001
Deterioro de la calidad de vida *	1.07 (1.04-1.10)	<0.001	1.01 (0.99-1.04)	<0.38	1.06 (1.03-1.09)	<0.001	<0.001
Historia de reflujo gastroesofágico o pirosis	2.07 (1.58-2.72)	<0.001	1.61 (1.23-2.10)	<0.001	1.29 (0.97-1.70)	<0.005	<0.001
Incremento de glóbulos blancos	1.08 (1.03-1.14)	<0.002	1.02 (0.97-1.08)	<0.45	1.06 (1.01-1.12)	<0.001	<0.007

\*Medido a través del SGRQ, St. George's Respiratory Questionary.

# Compresión cardíaca sola vs. resucitación cardiopulmonar estándar: un metanálisis

*Chest-compression-only versus Standard cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis, LANCET. Published online October 15, 2010. DOI:10.1016/S0140-6736(10)61857-0.*

**Dra. María Virginia Meza**

Médica de Familia  
Departamento de Políticas Médicas  
Dirección Médica  
Swiss Medical Medicina Privada

El método óptimo para realizar resucitación cardiopulmonar (RCP) fuera del hospital permanece controvertido.

La técnica estándar combina ventilación de rescate junto con compresión cardíaca. Sin embargo en la última década, a partir de estudios realizados en animales y humanos, se ha cuestionado la utilidad de la ventilación.

La evidencia disponible hasta el momento no es concluyente, principalmente por el diseño observacional de los estudios y/o el pequeño tamaño muestral.

## Diseño y objetivos del estudio

Se realizó una revisión sistemática de todos los estudios publicados entre 1985 y agosto de 2010, que compararan la sobrevida con resucitación cardiopulmonar estándar versus con compresión cardíaca sola, asistida en forma remota desde los centros de emergencia, en pacientes con paro cardiorrespiratorio fuera del hospital.

El análisis primario se realizó sobre los estudios randomizados incluidos, efectuándose un análisis secundario con los estudios observacionales.

## Principales resultados

Se encontraron 3 estudios randomizados de muy alta calidad metodológica, los cuales fueron incluidos en el análisis primario, abarcando 1500 pacientes en total. Los tres estudios en forma individual habían reportado una diferencia no significativa a favor de la compresión cardíaca sola asistida. Al realizar el metanálisis se observó una diferencia en la sobrevida al alta hospitalaria a favor de la compresión cardíaca del 22% (RR= 1.22, IC 1.01-1.46).

El número necesario a tratar con compresión sola para que un individuo se beneficie en la sobrevida, fue de 41 pacientes.

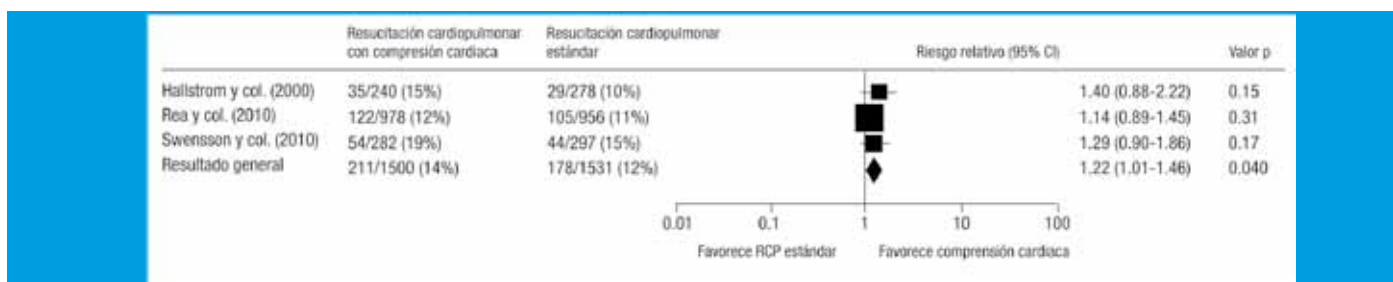
En el análisis secundario, se incluyeron 7 estudios de cohorte. Excepto uno de ellos, ninguno había demostrado diferencias significativas entre ambas técnicas. Al realizar el metanálisis, continuó sin observarse diferencias entre realizar compresión cardíaca sola vs. resucitación cardiopulmonar.

## Conclusiones

Los resultados de este metanálisis sostienen que la compresión cardíaca asistida mejora la sobrevida en pacientes con paro cardíaco fuera del hospital, comparado con la resucitación cardiopulmonar estándar.

## Comentario

Los resultados de este metanálisis probablemente tengan impacto en nuestra práctica diaria debido principalmente, a dos razones. En primer lugar, el grado de evidencia que avala estos resultados es muy bueno. Proviene de un metanálisis de buena calidad metodológica que incluye estudios randomizados. Dichos estudios, mostraron una tendencia no significativa respecto al beneficio de la compresión sola en la sobrevida, la cual fue ratificada por el metanálisis. En segundo lugar, realizar solo compresión cardíaca incrementa la accesibilidad a la resucitación fuera del hospital, ya que por un lado, es más fácil de enseñar al personal sanitario y por otro, puede realizarse ante vómito o daño de mucosas del paciente, sin riesgo para el resucitador. Resta evaluar si estos resultados pueden extrapolarse a la resucitación efectuada por población general, sin asistencia remota de los centros de emergencias. Si se aplicaran estos resultados a nuestra población (teniendo en cuenta una incidencia de 0.5 paros cardiorrespiratorios cada 1000 habitantes por año y un incremento en la sobrevida con la compresión cardíaca del 2% como el obtenido en este metanálisis), podrían salvarse 363 vidas más por año en nuestro país. Estos resultados aún deben confirmarse, y corresponde esperar la opinión de expertos y sociedades científicas respecto a cuál debería ser la técnica a utilizar en adelante, ante un paciente con paro cardiorrespiratorio fuera del hospital.



## Asociación entre el aumento de peso durante el embarazo y el peso al nacer: una comparación intra-familiar

*The association between pregnancy weight gain and birthweight: a within-family comparison, LANCET 2010; 376: 984-90. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60751-9*

**Prof. Dr. Raúl H. Winograd**  
Obstetra y Ginecólogo  
Swiss Medical Medicina Privada

El aumento exagerado de peso durante el embarazo se relacionaría no solamente con recién nacidos de mayor peso, sino también con el desarrollo de obesidad durante la infancia, la adolescencia o la adultez. No obstante, esta asociación, podría ser confundida con factores genéticos y ambientales.

### Diseño, lugar y objetivos del estudio

Se realizó un estudio de cohorte poblacional en el que se examinaron las estadísticas de natalidad de dos estados (Michigan y New Jersey-Estados Unidos) entre enero de 1989 y diciembre de 2003.

Se excluyeron los embarazos gemelares, recién nacidos de menos de 37 o más de 41 semanas, presencia de diabetes gestacional, recién nacidos con peso al nacer menor a 500 g o mayor a 7 000 g, y embarazos en los que no constara otro nacimiento de la misma madre en el período estudiado. El objetivo del estudio fue determinar si existía asociación entre la ganancia de peso materno durante el embarazo y el peso del recién nacido. Se minimizó el efecto de la genética materna como factor de confusión, evaluando varios embarazos en la misma madre.

### Principales resultados

El análisis incluyó 513 501 mujeres que dieron a luz a 1 164 750 niños. Se observó que un 12% de las madres, aumentó más de 20 kg durante el embarazo. Comparado

con las progenitoras que aumentaron 8-10 kilos, los niños de madres cuyo incremento fue de 20-22 kg, pesaron 104 gramos más.

A su vez, para aquellos recién nacidos cuyas madres aumentaron más de 24 kg durante el embarazo, esta diferencia fue de casi 150 g.

Al comparar el peso de los recién nacidos de una misma madre, se observó que el mismo no difería si la ganancia de peso materno en los embarazos era similar. Sin embargo, en el caso que la madre hubiera ganado 12 kilos o más respecto al primer embarazo, el peso del segundo recién nacido era 107.6 gramos mayor respecto al de su hermano.

De la misma manera, si la madre en el segundo embarazo había engordado menos de 12 kilos respecto a la primera gestación, el niño en promedio pesaba 86 g menos al nacimiento. Las madres que aumentaron entre 20 y 22 kilos tenían un 70% más de probabilidades de tener un niño cuyo peso fuera superior a 4 kg (OR 1.72 IC 95% 1.59-1,86) comparado con los embarazos cuya ganancia estuviera entre los 8-10 kilos. Esta probabilidad ascendía a más del doble en el caso de mujeres que engordaran mas de 24 kilos (OR 2.26 IC 95% 2.09-2.44).

### Conclusiones

El estudio demuestra una asociación entre la ganancia de peso materno en el embarazo y el peso del recién nacido, independientemente de los factores genéticos que pudieran compartir entre ellos. En virtud de la

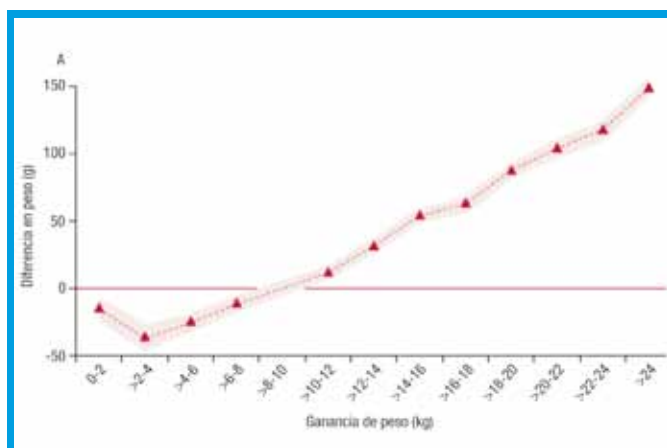
evidencia existente en la literatura, a favor de una asociación entre el peso de nacimiento y el riesgo de obesidad posterior, deben realizarse esfuerzos para prevenir el aumento exagerado de peso durante el embarazo. Estos son beneficiosos para el bebé no solamente en su nacimiento, sino también para prevenir su obesidad futura.

### Comentario

Los obstetras aconsejamos permanentemente a nuestras pacientes acerca de aspectos nutricionales y enfatizamos la importancia de evitar el aumento exagerado de peso no sólo por su propio bienestar, sino también por el futuro de su hijo -desde el nacimiento hasta la adultez-.

El estudio incursiona en el campo del origen fetal de las enfermedades del adulto, también conocido como "programación fetal", un tema de incesantes investigaciones desde hace dos décadas, y que paulatinamente va dando conclusiones.

Si bien este trabajo, por su diseño, no puede obtener conclusiones a largo plazo, la calidad de los registros producidos, sientan sólidas bases para lograrlas en el futuro.





## Colitis ulcerosa refractaria a los corticoides medicada con Infiximab

Dr. Sebastian Rossi Lopez

Sanatorio De los Arcos

Varón de 58 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia. Ingresó con diagnóstico de colitis ulcerosa severa por videocolonoscopia y biopsia. Al ingreso, presentaba diarrea con sangre (más de 10 deposiciones por día), anorexia, pérdida de peso, fiebre, dolor abdominal y síntomas de proctitis. Se encontraba en tratamiento con esteroides, sulfasalasina, ceftriaxone y metronidazol. No toleraba la dieta.

Laboratorio al ingreso:  
Hto: 41 %  
VSG: 31 mm 1 hora  
Urea: 21 mg%  
Creatininemia: 0.8 mg%  
Potasio 3.1 meq/lt  
Gb: 19 000 mm<sup>3</sup>  
Proteínas: 4.8 mg%  
Albúmina: 2.5 mg%

Ante la intolerancia digestiva inició nutrición parenteral total a las 48 horas, continuando con esteroides sistémicos y locales. Se suspendió la sulfasalasina. Al término de 10 días, se realizó nueva fibrocolonoscopia que mostró: mucosa congestiva, friable, con sangrado espontáneo y múltiples úlceras con fondo de fibrina en todo el colon.

Se solicitaron serologías (HIV, HBV, HCV, PPD), radiografía de tórax y análisis parasitológico de materia fecal, que fueron negativos e inició Infiximab 5 mg /kg.

El paciente evolucionó con disminución de deposiciones, sin fiebre y mejoría del dolor abdominal, comenzando a tolerar progresivamente la dieta. Al mes del ingreso, inició con azatioprina 50 mg /día. Ante la buena evolución se decide el alta con metilprednisona, azatioprina y Pentasa. Dos meses después, el paciente continuaba con adecuado control de síntomas.

### Discusión y conclusiones

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal de etiología desconocida, caracterizada por episodios recurrentes de inflamación de la mucosa del colon. Las manifestaciones clínicas características son: diarrea con sangre intermitente, tenesmo y urgencia rectal. Puede haber manifestaciones extraintestinales hasta en el 50% de los pacientes (artritis, hipercoagulabilidad, colangitis esclerosante).

Los diagnósticos diferenciales son: enfermedad de Crohn, colitis post-radiación, colitis isquémica, colitis farmacológica (AINES, oro, anticonceptivos, acido retinoico), enfermedad infecciosa (salmonella, shigella, clostridium), y en inmunodeprimidos: CMV y sarcoma de Kaposi.

Truelove y Witts desarrollaron un índice de severidad útil para la toma de decisiones terapéuticas (Tabla 1).

Signo o síntoma	Leve	Moderada	Severa
Albúmina (g/l)	Normal	3 - 3,5	< 3
Temperatura	Normal	37,2 <sup>o</sup> - 37,8 <sup>o</sup>	< 37,8 <sup>o</sup>
Catarsis diaria	< 4	4 a 6	> 6
Eritrosedimentación 1er hora	< 20	20 a 30	30
Hematocrito (%)	Normal	30 - 40	< 30
Pulso (lat. x min.)	< 90	90 - 100	> 100
Pérdida peso (%)	No	1 - 10	> 10

El diagnóstico se confirma con estudios endoscópicos que pueden evidenciar: mucosa friable, congestiva, petequias, sangrado espontáneo, exudados, úlceras.

El tratamiento depende del grado de severidad y extensión de la enfermedad. La proctitis y la colitis distal tienen curso benigno, de resolución inclusive espontánea (20%). Se logran remisiones prolongadas con terapia local u oral con 5 ASA.

Los pacientes con pancolitis requieren combinación de 5 ASA tópico y oral más corticoides (Prednisona 40 a 60 mg/día o equivalente). Si no responden a terapia oral deben recibir tratamiento esteroide endovenoso. Se considerarán refractarios quienes no hayan respondido luego de 30 días de tratamiento esteroide oral o de 7 a 10 días de tratamiento EV. Infiximab es un anticuerpo monoclonal que neutraliza la citoquina proinflamatoria TNF alfa, expresada en altos niveles en la mucosa colónica de estos pacientes. Forma complejos AC-TNF-a e induce la apoptosis de linfocitos activados. La administración es por vía endovenosa, luego de descartar TBC, HIV, hepatitis e infecciones activas. Los efectos adversos frecuentemente observados son: infecciones virales, enfermedad del suero, cefalea, mareos y vértigo, infecciones respiratorias altas y bajas, dolor abdominal. Está contraindicado en pacientes con insuficiencia cardíaca e infecciones activas.

El tratamiento inmunomodulador tiene una tasa de respuesta de entre 60 y 80% en la etapa aguda. Aproximadamente un 55% de los pacientes así tratados permanecen libres de tratamiento quirúrgico a los 3 años.

No hay comparaciones directas entre la efectividad del infiximab y ciclosporina. La utilización combinada o secuencial de estas dos, no ha demostrado ser útil ni segura.

### BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Graham L. AGA reviews the use of corticosteroids, immunomodulators, and infiximab in IBD. *Am Fam Physician*. 2007;75:410-412.
- Rutgeerts P, Vermeire S, Van Assche G. Biological therapies for inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2009;136(4):1182-1197.
- Cohen R, Stein A. Approach to adults with steroid-refractory and steroid-dependent ulcerative colitis. *Uptodate on line* 2010;18.2.

# Evaluación de tecnologías sanitarias

## Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de SMMP

*Continuando con la difusión de los análisis y definiciones de las normas de cobertura que realiza periódicamente el Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Swiss Medical, en esta oportunidad compartiremos información sobre:*

### Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)

#### Descripción

La IMRT es una forma avanzada de radioterapia de alta precisión, realizada mediante aceleradores lineales controlados por computadoras. El tratamiento se planifica mediante modelos matemáticos, con la ayuda de imágenes tridimensionales y cálculos computarizados de la dosis, para determinar el patrón de intensidad que mejor se adapte al tipo de tumor. Esta clase de tratamiento minimiza la radiación de las zonas circundantes, en mayor grado que la Radioterapia tridimensional (RT). Se la indica ante tumores de SNC, cabeza y cuello, próstata y mama.

#### Evidencia disponible

A través de una búsqueda en Pubmed que priorizó metanálisis y ensayos clínicos randomizados, se encontraron dos estudios randomizados: uno en cáncer de mama y otro en cáncer de cabeza y cuello.

-Pignol y col. "A multicenter randomized trial of breast intensity-modulated radiation therapy to reduce acute radiation dermatitis". J Clin Oncol. 2008 May 1;26(13):2085-92. Estudio multicéntrico, doble ciego en el que se randomizaron 358 mujeres a recibir radioterapia convencional vs. IMRT. Las pacientes que recibieron este

último tipo de radioterapia, tuvieron menor descamación de la piel (31.2% vs 47.8% P=0.002). El uso de IMRT no se asoció a menor dolor ni a mejor calidad de vida, aunque sí la menor descamación se asoció con mejoría de estos parámetros.

-Kam y col. "Prospective randomized study of intensity-modulated radiotherapy on salivary gland function in early-stage nasopharyngeal carcinoma patients". J Clin Oncol. 2007 Nov 1;25(31):4873-9.

Incluyó a 60 pacientes con carcinoma de nasofaringe temprano a los que se randomizó a recibir radioterapia bidimensional vs. IMRT. Estos últimos presentaron menor incidencia de xerostomía (39.3% v 82.1%; P = .001).

#### Análisis de tecnologías

Un informe sobre IMRT para cáncer de cabeza y cuello publicado por el Instituto de Efectividad Clínica (IECS) en el 2004, concluía que a pesar de tratarse de una tecnología promisoriosa y con importantes beneficios potenciales, resultaba necesario, para poder valorar su eficacia relativa y su costo-efectividad, continuar realizando ensayos clínicos prospectivos comparativos, con puntos finales clínicos relevantes (tales como mortalidad, tiempo libre de enfermedad, toxicidad aguda y mediata).

Cinco años más tarde, en un informe de actualización para IMRT en cáncer de próstata, concluyeron que la IMRT presenta elevado costo, sin diferencias en cuanto a efectividad clínica. A pesar de que algunas guías lo consideren como una alternativa de tratamiento para el carcinoma de próstata localmente avanzado, la evidencia -en comparación con la 3D- resulta escasa y de calidad limitada. Tanto para el carcinoma de próstata

localizado o localmente avanzado, como para la enfermedad diseminada, continúa sin existir suficientes estudios que pudieran comparar la efectividad y seguridad entre IMRT y otro tipo de tratamientos.

#### Guías

A la fecha, las guías del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE), de la Sociedad Americana del Cáncer, del Consenso Europeo sobre el tratamiento del Cáncer y de otras agencias de evaluación, consideran que la literatura científica no provee información suficiente para determinar el riesgo/beneficio de IMRT.

#### Cobertura

En nuestro país, la IMRT no ha sido incorporada al P.M.O., de modo que actualmente no existe obligatoriedad de cobertura. No obstante, si bien se trata de una prestación NO cubierta, excepcionalmente y para el caso de tumores de SNC en pacientes pediátricos, puede considerarse la autorización por excepción.

## XVIII Congreso de Medicina Interna General “Medicina para todos los días”

30 de septiembre y 1 de octubre de 2010

Centro Cultural Borges, Buenos Aires, Argentina.  
Organizadas por: SAMIG Sociedad Argentina de Medicina Interna General.



El Dr. Ricardo Watman participó como miembro del comité organizador, del comité científico y como disertante en la mesa “Profilaxis para trombosis venosa profunda.” Nos contó: “Este congreso reunió a reconocidos médicos clínicos del país. Se actualizaron temas de la práctica diaria destacando medidas preventivas y se trataron los aspectos médico-legales de la práctica diaria, con la participación destacada de los Dres. Julio Ravioli y Pablo Dimant.”

## XXXVI Congreso Argentino de Cardiología VIII Congreso Latinoamericano de Hipertensión Arterial

7 al 9 de octubre de 2010

Hotel Sheraton, Buenos Aires, Argentina.  
Organizado por: Sociedad Argentina de Cardiología



El Dr. Santiago Moreno comentó: “Algo que marcó la diferencia con la edición de años anteriores, fue el desarrollo del tema de la fibrilación auricular, centrándose principalmente en su abordaje terapéutico mediante nuevos tratamientos médicos y técnicas invasivas.”

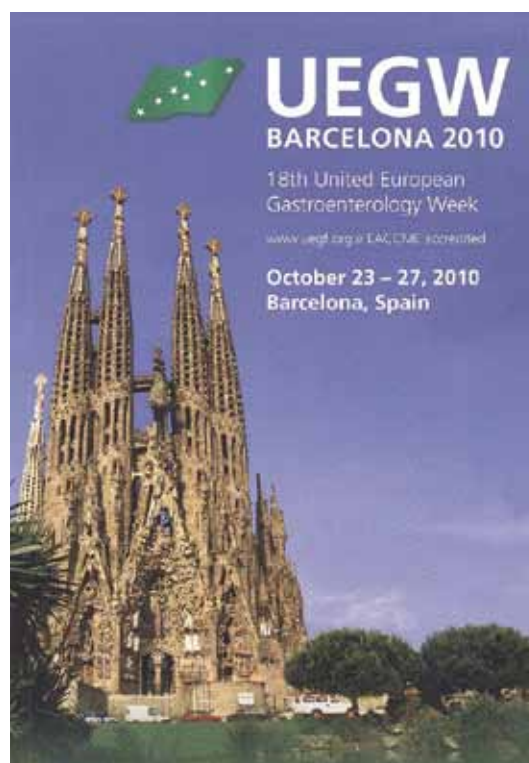
## UEGW - 18ª Semana Europea de Enfermedades Digestivas

23 al 27 de octubre de 2010

Barcelona, España  
Organizadas por: The United European Gastroenterology Federation (UEGF)

El Dr. Alejandro Jalif nos ofreció un resumen de lo acontecido: “El evento convocó a más de 10 000 profesionales de todo el mundo. Merecen especial mención los trabajos que trataron sobre los avances en las técnicas endoscópicas, tales como la microendoscopía, que permite efectuar un diagnóstico histológico temprano en el mismo acto del examen. Asimismo, se ha expuesto sobre nuevos tratamientos para colon irritable y enfermedad de Crohn.

El desarrollo de programas de prevención del cáncer colorectal en todos los países de la comunidad europea, ocupó un lugar central. En el área de nutrición se destacó la importancia de formar a los gastroenterólogos en la prevención de la obesidad.”



# Presentación de sitio web

[www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)  
(sitio accesible para no videntes)

The screenshot displays the homepage of the Superintendencia de Servicios de Salud. The header features the organization's logo and name, along with the names of the Superintendent (Dr. Ricardo E. Bellagio), Minister of Health (Dr. Juan Manzur), and President of the Nation (Dra. Cristina Fernández). A navigation menu includes links for 'Inicio', 'La Institución', 'Beneficiarios', 'Obras Sociales', 'Hospitales', 'Prestadores', and 'Consultas Web'. The main content area is divided into several sections: 'Prensa y Comunicación Institucional' with a news article about a meeting; 'Atención Personal' with the address 'Av. Roque Saenz Peña 530'; 'Atención Virtual' with a mouse icon; 'Atención Telefónica' with the number '0800-222-SALUD 72583'; and 'Argentina' branding. A sidebar on the right contains links for 'Evaluación de Tecnologías Sanitarias', 'Prevención de Enfermedades GRIPE A', 'Medicamentos', 'multimedia', 'Revista SSSALUD', 'Nuevo Usuario', and 'Suscripción e boletín'. The footer includes contact information, W3C HTML 4.01 and CSS 2.1 compliance logos, and the website URL.

La página web de la Superintendencia de Servicios de Salud se propone como un acceso inmediato a la información actualizada del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Ofrece una gran cantidad y variedad de servicios para los usuarios, entre los cuales pueden destacarse: permite consultar la nómina completa de medicamentos por nombre genérico y cuáles son afectados por el descuento del 70%, así como una búsqueda por nombre genérico o producto comercial, informa sobre las prestaciones contempladas en el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.).

Contiene toda la normativa relacionada con la salud en la Seguridad Social: publica diariamente las nuevas normas promulgadas, inmediatamente a su publicación en el Boletín Oficial, organizada por temas, de modo que el usuario tenga a su disposición todas las normas referidas a la temática de su interés en una misma búsqueda. Aloja el Registro Nacional de Obras Sociales y de Prestadores inscriptos (brindando información sobre resoluciones, trámites, legalizaciones de títulos, etc.). Mediante un Boletín electrónico de edición trimestral, al que se puede

suscribir, difunde información del sector de la Seguridad Social. La revista "La salud en la seguridad social" también es descargable on-line. Destacamos una novedad: recientemente se han incorporado los **informes técnicos de revisión de Tecnologías Sanitarias** elaborados por el Área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (entre ellos, Influenza A (H1N1), implante de lente intraocular). Asimismo, se anuncia mediante un listado, cuáles son los informes técnicos en proceso.



# Información Swiss Medical Group

## Comité de Ética de Investigación y Área de Investigación de Swiss Medical Group

### **Dr. Daniel Ferrante**

*Master in Clinical Trials, London School of Hygiene and Public Health, Master en Efectividad Clínica, Master en Bioestadística, asesor OMS  
Coordinador Área de Investigación Clínica  
Swiss Medical Group*

Desde hace 2 años comenzó a sesionar el **Comité de Docencia e Investigación de SMG**. Sus funciones son evaluar calidad metodológica, justificación y en especial, aspectos éticos -por ejemplo, seguridad de pacientes- de protocolos de investigación.

En septiembre de 2009, se creó el **Comité de Ética de Investigación de SMG**. Su función se suma al comité de docencia, buscando garantizar la calidad y seguridad de las investigaciones que se desarrollen en el ámbito de las instituciones del grupo. Además, se brinda asesoramiento con el objetivo de mejorar, desde las etapas iniciales, los proyectos de investigación.

En mayo de 2010, se creó el **Área de Investigación Clínica**, cuya misión consiste en desarrollar la investigación clínica en las instituciones propias, articulando proyectos con investigadores y sponsors.

En el curso de este año hemos brindado capacitación sobre buenas prácticas clínicas y aspectos metodológicos de la investigación a más de 70 profesionales pertenecientes a las instituciones propias. Actualmente nos encontramos trabajando en la creación de un sitio web en el que anunciaremos los cursos, proyectos en curso y otras actividades.

Si Ud. es un profesional que trabaja dentro de las instituciones propias y se encuentra evaluando, iniciando o desarrollando un proyecto de investigación -ya sea propio u ofrecido por otras instituciones- puede contactarnos y le brindaremos asesoramiento o apoyo.

### Para contactarse con nosotros:

**Dra. Adriana Gamba:**

[adrianaga@swissmedical.com.ar](mailto:adrianaga@swissmedical.com.ar)

**Dr. Carlos Díaz Bruno:**

[carlos.bruno@swissmedical.com.ar](mailto:carlos.bruno@swissmedical.com.ar)

**Dr. Daniel Ferrante:**

[daniel.ferrante@swissmedical.com.ar](mailto:daniel.ferrante@swissmedical.com.ar)

o telefónicamente al 5239-6010.

## Nueva Carrera de Médico Especialista en Neonatología en la Clínica y Maternidad Suizo Argentina

El Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, ha reconocido recientemente a la **Clínica y Maternidad Suizo Argentina** como Sede de la **Carrera de Posgrado de Médico Especialista en Neonatología**. Dicho posgrado dependerá de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

La Sede tendrá como director al **Dr. Luis Prudent** y como Subdirectora a la **Dra. Ana Pedraza**.

El **Dr. Luis Prudent** es médico pediatra y neonatólogo certificado por la American Board of Pediatrics y el subBoard of Neonatal Perinatal Medicine, por la Sociedad Argentina de Pediatría y la Academia Nacional de Medicina. En el área docente, se ha desempeñado como instructor de Pediatría de la Universidad de Harvard, Profesor Adjunto

de Pediatría de la Universidad del Estado de Pennsylvania y como Profesor Titular de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires, de la cual fue Director del Departamento de Pediatría. Actualmente, es jefe del servicio de Neonatología de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina y del Sanatorio de los Arcos.

La **Dra. Ana Pedraza**, es médica pediatra y neonatóloga certificada por la Sociedad Argentina de Pediatría y la Academia Nacional de Medicina. Actualmente es jefe del servicio de Neonatología de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina y del Sanatorio de los Arcos.

Los Dres. recibieron a *Æqualis* y hablaron sobre los fundamentos y objetivos de la carrera, en el marco de la situación actual de esta especialidad:

*Desde sus inicios en Argentina, en la década del '60, la Neonatología se ha desarrollado como una subespecialidad dentro de la Pediatría, destinada a la atención del recién nacido sano y enfermo.*

*En el campo de la Perinatología, la colaboración entre el obstetra y el neonatólogo, ha permitido el adecuado cuidado de la madre y el niño, el seguimiento de embarazos de riesgo y la formulación de diagnósticos y tratamientos adecuados.*

*Como especialidad relativamente joven, se encuentra aún en desarrollo, presentando nuevos desafíos. Por estas razones, consideramos la necesidad de contribuir a la formación de neonatólogos que tengan conocimiento de Fisiología Fetal y Neonatal, con las habilidades clínicas necesarias, tanto para diagnosticar como para manejar los problemas de las etapas prenatal, parto y posnatal, e inclusive dar seguimiento del desarrollo a largo plazo.*

*Por otro lado, le damos mucha importancia a las actividades de investigación clínica, ya que estas implican un enriquecimiento en la formación profesional.*

*Nuestro objetivo principal está puesto en proveer actividad asistencial, docente y de investigación, formando médicos capaces de promover y sostener la correcta atención de los recién nacidos sanos y enfermos, priorizando el apoyo y contención a sus familias.*

**En cuanto al funcionamiento de la carrera, precisaron:**

*Los postulantes deberán tener completa una residencia en Pediatría. Serán seleccionados previa inscripción en la Dirección de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Posteriormente, el Comité de Selección y Evaluación de la Carrera los calificará y determinará su ingreso.*

*Se trata de una carrera posbásica. Su duración será de 24 meses. Al finalizar el 2do. año, y habiendo aprobado las asignaturas, el alumno rendirá un examen teórico-práctico, y luego de haber presentado y aprobado una monografía o trabajo de investigación, podrá presentarse al examen final de la carrera.*



## Rosiglitazona: ANMAT dispone restricciones en su utilización

### Farmacéutica Laura Cittadino

Coordinadora Técnica Experta de

Farmacia

Centro de Autorizaciones

Gerencia de Gestión de Prestaciones

Swiss Medical Medicina Privada

**Rosiglitazona** es un antidiabético de la clase tiazolidinedionas. Reduce la glucemia, disminuyendo la resistencia a la **insulina** en el tejido adiposo, el músculo esquelético y el hígado. Fue aprobada por primera vez en 1999 por la FDA para tratar la glucemia alta en pacientes de **diabetes tipo 2**.

Estaba indicada especialmente en pacientes con sobrepeso: a) como monoterapia -ante control insuficiente con dieta y ejercicio, y contraindicación o intolerancia a metformina- b) como doble terapia, en combinación con metformina o una sulfonilurea c) en triple terapia, junto a metformina y sulfonilurea para pacientes con control glucémico insuficiente con dos drogas. Recientemente la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) dispuso restricciones en la venta del medicamento. Su comercialización, sólo se efectuará bajo receta archivada. Argumentó que el consumo de la rosiglitazona se asocia a “un riesgo elevado de eventos adversos cardiovasculares” tales como infartos (IAM) y accidentes cerebrovasculares (ACV).

### Las medidas adoptadas por ANMAT son las siguientes:

- 1- Reformulación de determinados ítems del prospecto, limitando su utilización a pacientes con diabetes tipo II, en los que no se logre control con drogas de primera línea, y en los cuales la pioglitazona esté contraindicada o cuando presenten intolerancia. Advierte que su utilización requiere de un monitoreo profesional continuo, en virtud del riesgo de insuficiencia cardíaca (ICC), continuando contraindicada en pacientes con este tipo de patología de grado III-IV.
- 2- Modificación de su condición de venta, que en adelante será bajo

receta archivada.

3- Instrumentación de un plan de farmacovigilancia estimulada o “Plan de minimización de riesgos”.

4- No dar curso a los ensayos clínicos que involucren a la droga en cuestión.

Por otro lado, recomienda a los profesionales no iniciar nuevos tratamientos con rosiglitazona, evaluar los factores de riesgo cardiovascular en cada paciente en forma individualizada e implementar la sustitución de esta droga por otras alternativas terapéuticas en los pacientes que ya estén en tratamiento, manteniendo su utilización solo en los casos estrictamente necesarios.

### Cuál es el fundamento de estas medidas?

Desde el año 2000, la seguridad de la rosiglitazona se encontraba bajo estricta supervisión por su asociación con el desarrollo de ICC.

En septiembre de este año, surgió el primer alerta a nivel mundial cuando la EMeA (Agencia de Medicamentos Europea) recomendó suspender la comercialización de esta droga en Europa, argumentando que el riesgo cardiovascular con el empleo de la misma era mayor que sus posibles beneficios.

Dos artículos publicados este año motivaron esta conclusión:

- Nissen y col. realizaron un metanálisis con 56 ensayos randomizados (35 531 pacientes) en los que se reportaba el riesgo de eventos cardiovasculares con rosiglitazona. El estudio demuestra que el empleo de esta droga se asocia a un incremento de casi un 30% en el riesgo de infarto de miocardio (OR 1.28 IC 95% 1.02-1.63), sin alterar la

mortalidad global y cardiovascular.  
- Graham y col. publicaron un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 227 571 pacientes mayores de 65 años, que hubieran recibido rosiglitazona o pioglitazona con un seguimiento de más de tres años. El uso de rosiglitazona se asoció con mayor riesgo de ACV (HR 1.27 IC 95% 1.12-1.45), ICC (HR 1.25 IC 95% 1.16-1.34) y mortalidad global (1.14 IC 95% 1.05-1.24). Se observaron 1.7 eventos mas (IAM, ACV, ICC o muerte) cada 100 personas/año tratadas con rosiglitazona comparado

con pioglitazona, siendo el número necesario a dañar (NNH) de 60 (cada 60 personas que sean tratadas por un año, una será dañada comparado con el uso de pioglitazona).

Por su lado, y ante esta información, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), decidió mantenerla en el mercado, restringiendo su uso a aquellos pacientes con diabetes tipo II que no puedan controlar su enfermedad con otras medicaciones.



#### Bibliografía

- [http://www.anmat.gov.ar/Comunicados/COMUNICADO\\_ROSIGLITAZONA.pdf](http://www.anmat.gov.ar/Comunicados/COMUNICADO_ROSIGLITAZONA.pdf)
- [http://www.anmat.gov.ar/COMUNICADOS/PROSPECTO\\_ROSIGLITAZONA.pdf](http://www.anmat.gov.ar/COMUNICADOS/PROSPECTO_ROSIGLITAZONA.pdf)
- [http://www.anmat.gov.ar/Comunicados/Rosiglitazona\\_prof.pdf](http://www.anmat.gov.ar/Comunicados/Rosiglitazona_prof.pdf)
- [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news\\_and\\_events/news/2010/09/news\\_detail\\_001119.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1&murl=menus/news\\_and\\_events/news\\_and\\_events.jsp&jsenabled=true](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2010/09/news_detail_001119.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1&murl=menus/news_and_events/news_and_events.jsp&jsenabled=true)
- Graham DJ et al. Risk of acute myocardial infarction, stroke, heart failure, and death in elderly Medicare patients treated with rosiglitazone or pioglitazone. *JAMA* 2010; 304: 411-418.
- Nissen SE et al. Rosiglitazone revisited. An updated meta analysis of risk for myocardial infarction and cardiovascular mortality. *Arch Intern Med* 2010; 170 (14): 1191-1201.
- <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm226975.htm>

En el nro. de septiembre, Aequalis informó acerca de la suspensión de sibutramina en Europa. Con posterioridad, la ANMAT suspendió la comercialización de dicha droga en el país. Para ampliar la información, recomendamos ingresar al comunicado oficial: [http://www.anmat.gov.ar/Comunicados/Sibutramina\\_suspension\\_profesionales.pdf](http://www.anmat.gov.ar/Comunicados/Sibutramina_suspension_profesionales.pdf)



## Actualidad en consumo tabáquico y salud



El equipo del Programa para Cesación Tabáquica, conversó con la **Dra. Brunilda Cassetta** acerca de aspectos de actualidad sobre el tabaquismo y estrategias terapéuticas.

Brunilda es médica familiar, diplomada en Educación Médica y trabaja como coordinadora de tratamientos para dejar de fumar desde el año 1996. Es consultora del Programa Nacional de Control del Tabaco del Ministerio de Salud de la Nación e integrante de uno de los equipos de profesionales que participan del Programa de atención a pacientes que brinda Swiss Medical.

### ¿Cuál es, en la actualidad, el impacto del consumo de cigarrillos en la salud?

El consumo de tabaco es la principal causa evitable de muerte y morbilidad. En el 2010, se estima que morirán prematuramente unos 6 millones de personas- de los 1 250 millones de fumadores- en el mundo, y que éstas muertes tendrán como principales causas al cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias.

### ¿Cómo está nuestro país respecto a este riesgo?

Recientemente se dieron a conocer los resultados de la 2da. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, realizada durante 2009. Allí se mostró una reducción de la prevalencia del 33.4 al 30%, para los argentinos de entre 18 y 64 años de edad, en el período de los últimos cuatro años.

### ¿Qué impacto tiene el humo ambiental del tabaco (HAT) para el no fumador?

En el fumador pasivo (un no fumador que inhala el humo ambiental) aumentan el riesgo cardiovascular, oncológico y respiratorio –entre otros-. No existe un nivel mínimo de exposición que sea seguro. Las leyes que no permiten fumar en espacios cerrados -ni aún en sectores separados- demostraron un efecto protector: en nuestro país, la provincia de Santa Fe redujo un 28% las internaciones por infarto desde que comenzó a regir una ley estricta a este respecto.

### ¿Cómo se podría reducir más rápido y en mayor medida el daño causado por el cigarrillo?

La Organización Mundial de la Salud, ha sintetizado en un tratado internacional una enorme cantidad de medidas basadas en la evidencia científica. Éste incluye: la prohibición de la publicidad y patrocinio, el aumento del precio del cigarrillo, la regulación del etiquetado y empaquetado y la promoción de ALH, entre otros.

### ¿Por qué es tan difícil dejar de fumar?

La adicción al cigarrillo es una dependencia compleja, superior a la del alcohol y los opioides. La nicotina es rápidamente absorbida alcanzando un pico plasmático a los pocos minutos, con una vida media de 2 hs. De cada cigarrillo se absorben 1-3 mg. Así, un fumador de 20 cigarrillos por día, absorbe a diario entre 20 y 40 mg. de nicotina. Ésta actúa en el mesencéfalo (nucleus accumbens) a través de la liberación de dopamina, dando cierta satisfacción y efecto estimulante. En esta adicción intervienen tanto factores neurobiológicos, como comportamentales y sociales. Por eso, el tratamiento integral que considere la combinación de componentes farmacológicos y no farmacológicos, tiende a aumentar las posibilidades de éxito.

### ¿Qué puede hacer el médico?

Es importante recordar que no todos

los pacientes están listos para dejar de fumar en el momento en que se lo planteamos, de manera tal que recomiendo trabajar evaluando en qué etapa se encuentra cada uno respecto al cambio de hábitos.

Existen 5 sencillos pasos, comprobados científicamente, que resultan claves para ayudar al fumador:

1. Preguntar y registrar en cada consulta si es fumador, ex-fumador, nunca fumador o fumador pasivo.
2. Dar un consejo claro y personalizado sobre el impacto del cigarrillo en la salud del paciente fumador.
3. Evaluar si está listo para dejar de fumar o si requiere de más tiempo.
4. Determinar estrategias terapéuticas ante cada fumador:
  - a. Si está listo: proponerle un seguimiento y proyectar una fecha próxima para dejar de fumar, ofreciéndole, en caso de ser necesario, la opción de medicación específica para dejar de fumar. Recomendar que no se fume en su casa y en su lugar de trabajo.
  - b. Si no está listo: evaluar a través de preguntas abiertas qué posibles temores lo están frenando en esa decisión, indagar qué creencias sostiene acerca de lo que obtiene del cigarrillo y de las alternativas que podrían existir para obtener ese efecto (ej. relax a través actividad física u otros). Proponerle que no fume en lugares cerrados.
5. Citar al paciente a 2 a 4 consultas en los próximos dos meses, para acompañarlo en el proceso, y poder revisar el correcto uso de los fármacos.

### ¿Cómo es esperable que evolucione la abstinencia?

Los síntomas por abstinencia más frecuentes son: ansiedad (87%), desconcentración, aumento del apetito (73%), deseos imperiosos de fumar (62%), depresión y disforia (31%, pero hasta 75% en pacientes con historia de depresión), mareos y trastornos de sueño. Estos síntomas alcanzan un pico máximo a los pocos días y típicamente persisten por 4 semanas después de haber abandonado el cigarrillo. Habrá que tener en cuenta, además, que la intensidad de los síntomas está relacionada con la tasa de recaídas.



#### Programa para Cesación Tabáquica

Si Ud. desea orientar a sus pacientes al Programa, puede brindarles nuestras vías de contacto:

0810-333-6800 Opción 6, de Lunes a Viernes de 9:30 a 20 hs.

O escribiendo a: [programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar](mailto:programadeatencionmedica@swissmedical.com.ar)

## Consentimiento informado

**Dra. Mariana Flichman**

Especialista en Medicina Legal

Jefa de Auditoría de Riesgo

Gerencia de Administración de Riesgo

Swiss Medical Medicina Privada

El Consentimiento Informado (CI) continúa hoy generando inquietud y rechazo tanto en médicos como en pacientes. Frecuentemente es considerado por el médico como un requisito más a la hora de la internación, y como un “cheque en blanco” por el paciente. Pero se trata de mucho más que un papel o un simple trámite administrativo.

Por definición, el CI se trata de un proceso de comunicación entre el médico y el paciente, a través del cual el profesional le informa a este último sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, los riesgos posibles y las alternativas -si las hubiere- y el paciente, informado y sin dudas, acepta realizarlo.

El desarrollo del CI como parte del acto médico, surge de la mano de un profundo cambio respecto de la relación médico-paciente, la cual evolucionó desde el modelo paternalista hacia el modelo de autonomía y derechos del paciente, vigente hoy en nuestra sociedad.

La ley sostiene que el paciente tiene derecho a decidir sobre los aspectos que hacen a su vida y su salud. El respeto por este derecho se encuentra establecido en nuestra actual legislación, existiendo vastas muestras en la jurisprudencia, con fallos en los cuales la condena no se funda en la mala praxis, sino en la falta al deber de informar y en la violación del derecho del paciente a decidir. La doctrina y jurisprudencia son unánimes al considerar que la información del paciente integra una de las obligaciones asumidas por el equipo médico.

A continuación, se reproduce el extracto de un fallo a modo de ejemplo:

*“Pese, por ende, a no configurarse estrictamente mala praxis médica, debe prosperar la acción resarcitoria, si el paciente no fue advertido del riesgo que implicaba el procedimiento asistencial al que fue sometido, pues es deber elemental del prestador del servicio médico advertirle de los riesgos que conlleva la intervención” (CNFed. CC, Sala 1. DJ, 1994- 2, p.S 15-520).*

La reciente Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley 26.529) regula los requisitos en torno al CI, exigiendo que el

mismo sea prestado en forma escrita y deba realizarse ante todos aquellos procedimientos que conlleven riesgo.

### Conceptos básicos respecto al consentimiento informado

- La información debe ser clara, sencilla y adaptada a las posibilidades de comprensión del paciente.
- Elementos que debe contener:
  - datos del paciente.
  - diagnóstico presuntivo.
  - procedimiento propuesto.
  - eventos adversos posibles: los más frecuentes y los graves, aunque no sean frecuentes (aclarando que no se trata de un listado excluyente).
  - procedimientos alternativos, si los hubiere.
  - firma del paciente consintiendo y confirmando que no le quedaron dudas respecto a lo informado.
  - firma del médico asumiendo que el paciente comprendió lo explicado.
- Debe ser firmado por el paciente siempre que el mismo sea mayor de edad y se encuentre en condiciones de hacerlo.
- En el caso de los menores, lo harán sus padres, pero si el menor se encuentra en condiciones de comprender la explicación, también deberá hacerlo.
- Si el paciente es un incapaz lo hará su representante legal.
- Si el paciente, por distintas circunstancias, no se encontrara en condiciones de comprender, lo hará el familiar más cercano que lo acompañe.
- El CI puede ser revocado por el paciente o su representante legal a lo largo de todo el proceso de atención. Esta circunstancia debe quedar registrada en la historia clínica, en lo posible con la firma del paciente.
- El CI forma parte de la historia clínica del paciente.

*El profesional se encuentra eximido de cumplir con el deber de hacer firmar un CI en determinadas situaciones:*

- La emergencia;
- Cuando el profesional tenga imposibilidad de transmitir al paciente la información necesaria para obtener el consentimiento y no existiera un representante legal que pudiera dar el mismo en un tiempo razonable, para no afectar la finalidad del procedimiento necesario;
- Ante grave peligro para la Salud Pública.

Incorporar este procedimiento a la práctica diaria, no sólo es una exigencia de la legislación vigente, sino que hace a la calidad del cuidado que brindamos día a día.

# Historia de la medicina

## Historia de la warfarina

**Dr. Ricardo Watman**

*Médico*

*Jefe de Departamento de Políticas*

*Médicas*

*Dirección Médica*

*Swiss Medical Medicina Privada*

La warfarina (cumarina) es un anticoagulante de utilización frecuente en todo el mundo. Actúa por inhibición de la síntesis de los factores de coagulación dependientes de la vitamina K y de proteínas anticoagulantes.

Más de treinta años fueron necesarios para que se comenzara a utilizar terapéuticamente en humanos.

La historia de su accidental descubrimiento se remonta a la década del '20, cuando un brote de una enfermedad desconocida perjudicó gravemente al ganado del norte de Estados Unidos y Canadá. Los animales morían a causa de hemorragias incontrolables ante lesiones menores, o por hemorragias internas espontáneas.

En 1921, Frank Schofield, un veterinario canadiense, encontró que el ganado ingería una mezcla mohosa de trébol dulce, y que esta funcionaba como un potente anticoagulante. Fue alrededor de ocho años más tarde, que un estadounidense, el Dr. Roderick, logró determinar que la enfermedad del ganado se originaba en una falta de funcionamiento de la protrombina. En 1940, en la Universidad de Wisconsin, el bioquímico Karl Paul Link y su equipo, aislaron y caracterizaron el agente hemorrágico, y unos años después pudieron aislar 6 mg del anticoagulante. A través de sus investigaciones, establecieron que se trataba de 3,3' metilenobis - (4-hidroxycumarina) al que llamaron "dicumarol". Link siguió trabajando en búsqueda de anticoagulantes

más potentes basados en la cumarina, para desarrollarlo como veneno para roedores. Así, la primer sustancia, aislada en 1948, se llamó **warfarina**, que deriva del acrónimo **WARF** (Wisconsin Alumni Research Foundation, lugar donde se realizaron las investigaciones), más el sufijo "**arina**", que indica su relación con la cumarina.

Es así que fue registrada por primera vez en los Estados Unidos para ser utilizada como raticida.

Hubo que esperar hasta 1951, para que luego de un desafortunado evento, y nuevamente de manera accidental, se descubriera su acción terapéutica como anticoagulante en humanos.

Luego que un soldado norteamericano se intentara suicidar con warfarina sin éxito y con recuperación total, comenzaron los estudios, los cuales demostraron que la warfarina era más potente que el dicumarol.

En 1954 fue aprobado su uso, siendo el entonces presidente de Estados Unidos Dwight Eisenhower, uno de los primeros pacientes tratados. Sin embargo, recién en el año 1978, se precisó el mecanismo de acción: la inhibición de la enzima epóxido reductasa, interfiere con el metabolismo de la vitamina K.

Más recientemente, un grupo de historiadores rusos y americanos ha propuesto que el medicamento podría haber sido el causante de la muerte del líder soviético Stalin, quien fuera encontrado tirado en el suelo de su dormitorio, la mañana siguiente a una cena con sus colaboradores. Según esta teoría, la warfarina, insípida e incolora, habría sido mezclada en su comida, como parte de un complot de aquella cúpula comunista con la que compartió su última cena.



*Dwight Eisenhower*



*Iosif Stalin*



## Caleidoscopio \*

**COLUMNISTA INVITADO: Dr. Luis Prudent**

*Médico pediatra neonatólogo*

*Jefe de Servicio de Neonatología de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina y del Sanatorio De Los Arcos*



De joven leí las “grandes novelas” pero, con los años, me fui refugiando en la poesía, los ensayos y los cuentos cortos. Entre los poetas del siglo XX que más he leído y disfruto, podría mencionar a T. S. Elliot, Jorge Luis Borges, Roberto Juarroz, Eugenio Montale, Umberto Saba, Emily Dickinson y Fernando Pessoa. En prosa, Borges y George Steiner son dos de mis autores preferidos.

Trato de leer todo lo que puedo en el idioma original, especialmente en inglés e italiano y algo en portugués, muchas veces ayudado por ediciones bilingüe. Leer traducciones...¿cómo saber si son buenas y respetan al autor?

En esta oportunidad, me gustaría recomendar dos ejemplos de traducción: “Memorias de Adriano” (Mémoires d’Hadrien, de Marguerite Yourcenar, 1951) en la admirable versión de Julio Cortázar; y “El Libro del Desasosiego” (Livro do Desasosiego), del escritor portugués Fernando Pessoa, publicado por primera vez en 1982 y traducido al español por el filósofo y ensayista Santiago Kovadloff. Fue de la mano de estas traducciones que sentí que hacía un re-descubrimiento de las obras, encontrando una riqueza que no había percibido en ediciones previas en castellano.

Estas verdaderas re-escrituras (con absoluto respeto por el autor) refutan la clásica expresión “traduttore, traditore” (“traductor, traidor”). Hay casos excepcionales, como el de Samuel Beckett, que ilustran esta idea de la traducción literaria. Siendo el inglés su lengua materna, escribió parte de su obra en francés y, en el caso de “Esperando a Godot”, la tradujo luego al inglés. Sus traducciones no son literales, sino que incorporan la idiosincrasia propia de cada idioma, incluyendo incluso el cambio del nombre de lugares para que, en el idioma traducido, tengan más similitudes con los del original.

## Reseña de libro \*

**Por: Alma Vanina Estrella**

**Morir en Occidente**

**desde la Edad Media hasta nuestros días**

*Philippe Ariès | Adriana Hidalgo editora*  
270 págs.



Morir no siempre ha estado rodeado de silencio.

El modo en que nuestra sociedad afronta el acontecimiento de la muerte, tiene una larga y compleja historia.

Al componer una sorprendente genealogía de las actitudes ante la muerte y de los ritos funerarios, “Morir en Occidente” propone repensar lo que creemos invariante. Tal es su tesis: el hombre ha expulsado la muerte de su vida cotidiana, mediante un lento y sutil proceso, convirtiéndola en una fuerza salvaje e incomprensible de la que es mejor no hablar.

El libro se compone de 4 conferencias brindadas en 1974 y otros artículos del autor, uno de los más destacados historiadores que ha tenido el siglo XX. A lo largo de los textos su investigación se va desarrollando sobre la pista de los hombres del medioevo y su familiaridad con la muerte, las costumbres funerarias, la historia de los grandes cementerios urbanos, los testamentos, la individualización de las sepulturas, los duelantes, la muerte en el hospital y los médicos, entre muchos otros temas.

Se trata de una lectura fundamental para aquellos interesados en los procesos histórico-sociales por los que el hombre ha intentado desde siempre, dar sentidos y significados a la muerte.

## Correo de lectores \*

**De: Gustavo Nizzo**

*Estimados amigos: me pareció muy bueno el artículo de seguridad del paciente de la Dra. Confalone.*

*Quería saber si es posible que me envíen el artículo Balancing “no blame” del New England. Muchas gracias.*

**Æqualis:**

*Estimado Gustavo, muchas gracias por el comentario y por contactarse con nosotros. Le enviamos el artículo original, esperando que le resulte de utilidad.*

**De: Dr. Carlos A. Celso**

*Me sería muy útil recibir la revista impresa dado que con los alumnos trabajamos sobre los artículos y los temas que tratan. Desde ya muchas gracias.*

**Æqualis:**

*Estimado Dr. Celso, muchas gracias por contactarse con nosotros. Le haremos llegar la revista por correo. Resulta muy grato para nosotros saber que la publicación que hacemos también tiene un lugar en el ámbito educativo.*



**Correo de lectores**

Estimados lectores, ponemos a su disposición una casilla de correo electrónico para que nos hagan llegar comentarios, propuestas y/o novedades que deseen divulgar:  
[aequalis@swissmedical.com.ar](mailto:aequalis@swissmedical.com.ar)