



## Se extiende el brote de fiebre Amarilla en Brasil

PÁG. 8 y 9



# CONSULTOR

Año XXII N° 645

Febrero de 2017

1° quincena

14 Páginas

DE SALUD

DIGITAL

La epilepsia  
es uno de los  
trastornos  
neurológicos  
más frecuentes



PÁG. 10

## La inversión en los servicios de salud es la mejor estrategia contra el cáncer



El 75% de los  
cáncer de ovario  
se diagnostican  
tardíamente

PÁG. 3

CONSULTOR DE SALUD  
Socio de difusión de la OPS



Organización  
Panamericana  
de la Salud

CONSULTOR DE SALUD  
Consulte la colección completa en:  
[www.consultordesalud.com](http://www.consultordesalud.com)

SÍGANOS EN:



consultordesalud



@consultornews

El cáncer es la segunda causa de muerte en el continente Americano. Nuevas orientaciones de la OMS buscan mejorar el diagnóstico temprano para favorecer las posibilidades de supervivencia de los pacientes. **PÁG. 4**

CONSULTOR DE SALUD ON LINE: [WWW.CONSULTORDESALUD.COM](http://WWW.CONSULTORDESALUD.COM)



PUBLICACION DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD

EDITOR RESPONSABLE:  
Equipos Argentinos de Salud S.A.

DIRECTOR:  
Dr. Juan Carlos Climent |  
jccliment@gmail.com

EDICIÓN:  
Equipos Argentinos de Salud S.A.

DISTRIBUCIÓN:  
Equipos Argentinos de Salud S.A.

CONTACTO Y PUBLICIDAD:  
consultordesalud.ar@gmail.com  
cel 011-15-66020631

SITIO WEB:  
www.consultordesalud.com  
www.consultordesalud.com.ar

SUSCRIPCIONES:  
Para recibir Consultor de Salud,  
Consultor de Salud Digital o nuestro  
Newsletter enviar mail a  
consultordesalud.ar@gmail.com

Las notas y lo expresado por los entrevistados y/o instituciones no necesariamente reflejan la opinión del medio. La reproducción total o parcial de los artículos está autorizada mencionando la fuente. Equipos Argentinos de Salud S.A. no garantiza ni adhiere a los productos ofrecidos en los espacios de publicidad. La calidad de éstos corre por cuenta de los anunciantes.

Hecho en Argentina.

www.consultordesalud.com  
E-mail:  
consultordesalud.ar@gmail.com



# Posicionamiento de UNICEF Argentina sobre Justicia Penal Juvenil basado en la propuesta de #12 millones



La normativa a nivel nacional es incompatible con la Convención sobre los Derechos del Niño. El Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos han señalado la necesidad de derogar la normativa nacional y sancionar una ley acorde a los estándares internacionales.

De acuerdo al Régimen Penal de la Minoridad vigente desde el año 1980, entre los 16 y los 18 años de edad los adolescentes son punibles penalmente y tienen menos garantías procesales que los adultos. Esta situación presenta grandes diferencias de una provincia a otra, que elaboran sus propios regímenes procesales penales con fuertes diferencias en el tratamiento de un mismo delito según el organismo interviniente.

La ausencia de una ley marco nacional favorece estas discrepancias entre provincias. En el caso de los adolescentes menores de 16 años, aunque la ley vigente establece que no

deben ser penados, en algunas jurisdicciones existe la posibilidad de que el juez dicte medidas de privación de su libertad, contraviniendo los estándares internacionales en materia de derechos humanos.

En 20152, último relevamiento disponible, casi la totalidad de los 1.305 adolescentes privados de su libertad en centros cerrados eran varones, argentinos, mayoritariamente entre 16 y 17 años. Al momento del relevamiento, el 6,3% eran niños menores de 16 años. En este sentido, la baja de la edad de imputabilidad implicaría un cambio efectivo en la situación de 82 chicos menores de 16 años privados de libertad en todo el país. Por su parte, el 80% de adolescentes privados de su libertad se concentran en 5 jurisdicciones: Buenos Aires, Córdoba, CABA, Mendoza y Santa Fe.

La escasa implementación de medidas alternativas a la privación de la libertad y de justicia restaurativa, las malas condiciones edilicias de los centros de detención, el bajo grado de especialización del sistema de justicia juvenil así como el incumplimiento de sus derechos cuando están privados de libertad (acceso a una defensa efectiva, conocimiento del proceso penal al que se ven sometidos, acceso a la educación, al esparcimiento y a la salud) son retos que aún perduran en el sistema de justicia.

Para seguir avanzando Avanzar en la superación de estos desafíos requiere de la aprobación de una Ley de Justicia Penal Juvenil que no disminuya la edad de imputabilidad, que cree un sistema especializado en línea con los estándares internacionales en materia de protección de derechos humanos, que garantice que cada adolescente sea sometido a un proceso penal con las debidas garantías, en el que se

le apliquen –como regla– medidas no privativas de la libertad, dejando como sanción excepcional (solo en casos de extrema necesidad) la restricción de la libertad personal. Es clave que una reforma legislativa esté acompañada de una fuerte inversión en políticas públicas de protección integral de la niñez y adolescencia. De la misma manera, sería importante que se amplíe y mejore la oferta de medidas alternativas, justicia restaurativa, instancias de mediación y justicia comunitaria.

El fortalecimiento de un sistema de protección integral resulta central. Inicialmente, para prevenir y trabajar antes que el niño o el adolescente entre en contacto con la ley penal. En segundo lugar, una vez que entró en contacto, acompañando y promoviendo sus derechos y; finalmente, fortaleciendo el egreso evitando nuevos conflictos y trabajando en un nuevo proyecto de vida.

Adicionalmente, el sistema de protección debe estar fuertemente articulado con el sistema penal juvenil en materia de restitución de derechos y prevención. Por último, representaría un gran avance contar con un sistema de información nacional sobre niños, niñas y adolescentes en conflicto con la ley penal para poder dimensionar el fenómeno y diseñar políticas públicas pertinentes y eficaces para abordar esta problemática.

Fuente:UNICEF Argentina

1 <http://www.12millones.org/index.php/p9/>  
2 Datos del relevamiento nacional sobre adolescentes en conflicto con la ley penal. Año 2015, SEN-NAF/UNICEF.  
[https://www.unicef.org/argentina/spanish/PROTECCION\\_AdolescConflictoLeyPenal\\_Final.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/PROTECCION_AdolescConflictoLeyPenal_Final.pdf)

**Fundación Sanatorio Güemes**

NUESTROS OBJETIVOS

- El fomento y desarrollo de la investigación científica.
- La promoción de actividades de formación.
- La comunicación en el ámbito de la salud.

F. ACUÑA DE FIGUEROA 1240, PISO20, (C1180AAX), CDAD. DE BS. AS., TEL/FAX: 4959-8365, [informes@fsg.org.ar](mailto:informes@fsg.org.ar)

# Se diagnostican 6 casos de cáncer de ovario por día en Argentina

Según cifras del Ministerio de Salud de la Nación, con 2.274 nuevos casos cada año, constituye el quinto tumor más frecuente en mujeres en Argentina y es el cáncer ginecológico que más muertes ocasiona; solamente en 2013 se reportaron 1.247 muertes[2]. Cerca de la mitad de las mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario tienen más de 60 años[3].

“Como tantos otros tipos de cáncer, es común que no presente síntomas en las primeras etapas de su evolución, motivo por el cual suele diagnosticarse recién en estadios avanzados, cuando su abordaje es más complejo”, sostuvo el Dr. Reinaldo Chacón, Director Académico y Jefe del Departamento de Oncología Clínica del Instituto ‘Alexander Fleming’. Por eso, agregó, “es importante la realización de controles ginecológicos rutinarios, si bien el chequeo, a diferencia del cáncer de mama, no es exigido”.

La Dra. Valeria Cáceres, Jefa del Departamento de Oncología Clínica del Instituto Ángel H. Roffo (UBA), manifestó que “en las pacientes jóvenes, es frecuente que se diagnostique, por ejemplo, en una consulta generada por trastornos en la fertilidad. Sin embargo, en las pacientes más grandes los síntomas suelen ser vagos y ellas no lo relacionan con una patología importante, dejando pasar tiempo valioso hasta que generan la consulta. Por lo tanto, cerca del 75% de los casos de cáncer de ovario se diagnostica en etapas tardías, cuando la enfermedad se encuentra avanzada”.

Los principales signos que podrían indicar la presencia de un cáncer de ovario son molestias en la zona inferior del abdomen, cansancio, anemia, sensación de saciedad precoz al comer y pérdida de peso[3].

Algunos factores que se considera que podrían incrementar el riesgo de padecer cáncer de ovario son tener antecedentes familiares de la enfermedad y la presencia de quistes en los ovarios, mientras que también podrían contribuir otras causas como no haber tenido hijos, no haber tomado pastillas anticonceptivas, el inicio de los períodos menstruales a corta edad, una menopausia tardía o haber padecido endometriosis.

## HACIA UN MAYOR CONOCIMIENTO DEL TUMOR

En opinión del Dr. Reinaldo Chacón, “en los últimos años, la medicina ha avanzado hacia un abordaje personalizado de

los tumores malignos. En el pasado, se indicaba el mismo tratamiento para distintos tipos de cáncer, de acuerdo al estadio de la patología y la salud del paciente. Sin embargo, los adelantos de la ciencia han permitido -en muchos casos- identificar qué tipo de mutación está asociada al tumor. De esta manera, se puede indicar un tratamiento más específico y así conseguir mejores resultados”.

Algunos casos de cáncer de ovario pueden explicarse mediante un factor hereditario consistente en la alteración de dos genes, conocidos como BRCA 1 y BRCA 2. Éstos son los responsables de corregir defectos en el ADN, pero si se alteran, pierden su función y aumenta el riesgo de desarrollar ciertos tumores como cáncer de ovario y también cáncer de mama.

En nuestro país, siguiendo los parámetros de prevalencia de indicadores internacionales, se estima que entre el 10 y el 17 por ciento de las mujeres con cáncer de ovario presentarían una mutación en las proteínas BRCA. Mientras que entre la población de judías ashkenazis, descendientes de una comunidad de judíos del centro y este de Europa, la relación sería de casi el doble: 22% en BRCA 1 y 7% en BRCA 2[4].

Mayoritariamente, la primera indicación frente a un cáncer de ovario es la intervención quirúrgica, adonde el objetivo es la remoción de todo el tejido tumoral. En un caso de enfermedad avanzada, se extraen los ovarios, el útero y tejido peritoneal, y se explora hasta el diafragma, tomando muestras de líquido.

Tal como describió la Dra. Cáceres, en los casos de mujeres jóvenes que desean ser madres en el futuro, si la biología de la patología lo permite, “se intenta preservar el útero y el ovario no afectado, con el objetivo de que la mujer pueda concebir un hijo. Sin embargo, las pacientes deben conocer los beneficios y riesgos que esto conlleva y tomar una decisión informada”.

La especialista especificó que si la cirugía tiene lugar cuando la enfermedad ya está en etapas avanzadas, “existe una chance elevada de recaída, que es de alrededor del 80%. En estos casos, la segunda instancia terapéutica será la quimioterapia. Aquellas mujeres que presenten mutación de los genes BRCA 1 y 2 han demostrado ser mejores respondedoras a la quimioterapia, por lo que la presencia de la mutación

es un factor favorable”.

En la actualidad, las guías internacionales sugieren que las pacientes con cáncer de ovario del subgrupo seroso papilar, que es el más frecuente, y con alta tasa de replicación, que también son los más frecuentes, tienen elevadas chances de tener mutación de este gen, puede ser inclusive mayor al 20%.

Recientemente, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó el uso de una medicación de blanco específico que demostró ser efectiva para el tratamiento de ese tipo de cáncer de ovario frecuente, técnicamente denominado ‘cáncer de ovario avanzado platino sensible con histología serosa de alto grado con mutaciones genes BRCA’, que ya han recibido tratamientos previos (cirugía y quimioterapia), como mantenimiento luego de la segunda línea de quimioterapia.

Para la determinación de la mutación de los genes BRCA 1 y BRCA 2 está disponible un test que se realiza en una muestra de sangre, saliva o tumor. “Cuando se detecta un cáncer de ovario, antes o al momento de la realización de la cirugía es recomendable realizar el test para conocer si la paciente presenta la mutación de los genes BRCA 1 y BRCA 2. En caso afirmativo, sabremos que responderá mejor a la quimioterapia y que podría beneficiarse con la terapia de mantenimiento con la nueva droga”, remarcó la Dra. Valeria Cáceres.

En el plano internacional esta nueva droga, la primera medicación de una nueva familia terapéutica, ya cuenta con las aprobaciones tanto de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) como la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA); esta última la autorizó mediante una vía acelerada, un tipo de evaluación prioritaria que se realiza en aquellos medicamentos destinados al tratamiento de una enfermedad grave.

La eficacia de la nueva droga fue demostrada en la investigación denominada ‘Estudio 19’, que comparó a un grupo de pacientes tratado con dos dosis diarias de 800 mg de olaparib vs. placebo. El objetivo primario fue evaluar la sobrevida libre de progresión y se vio que ésta era de 8,4 meses en el grupo de mujeres que recibió la terapia, contra 4,8 en el grupo placebo. Sin embargo, en aquellas pacientes con mutaciones en el gen BRCA, la supervivencia

libre de progresión fue mayor: 11,2 meses en promedio vs. 4,3 en el grupo placebo.

“Las pacientes deben pensar que las drogas que nos dan más tiempo antes de que la enfermedad progrese nos permiten que ellas vayan a tener la posibilidad de acceder a nuevas terapias que vendrán en el futuro”, puntualizó la Dra. Cáceres.

Esta nueva droga, cuya presentación es de comprimidos por vía oral, actúa bloqueando la acción de un grupo de enzimas cuya función es reparar el daño en el ADN de las células. Existe un mecanismo alternativo de reparación de ADN que requiere la intervención de las proteínas BRCA 1 y 2 y funciona correctamente en las células normales, pero no así en las cancerosas. De esta manera, con la acción de olaparib, las células cancerosas no pueden reparar el daño en su ADN y mueren.

## BUSCAR LA MUTACIÓN EN LA FAMILIA

La mutación de los genes BRCA 1 y BRCA 2 tiene un elevado componente hereditario. Detectar la presencia del gen mutado nos permitirá poner en conocimiento de esta condición a las familiares cercanas de la paciente (hijas, nietas o hermanas) en las que es recomendable la realización del test para saber si presentan la misma mutación, con el correspondiente aumento del riesgo de padecer cáncer de ovario y de mama. “En estas pacientes es importante conversar con ellas sobre este nivel de riesgo e instarlas a tomar mayores medidas de control y prevención” insistió el Dr. Chacón.

Un ejemplo es la actriz estadounidense Angelina Jolie, quien al conocer que tenía esta mutación tomó la decisión de realizar cirugías de reducción de riesgo. Otra medida posible es realizarse chequeos con mayor frecuencia que la mujer promedio.

Los especialistas recomiendan que las pacientes evalúen a conciencia y con el soporte profesional adecuado, qué decisión tomar en caso de que el testeo sea positivo.

En conclusión, la importancia de conocer el estado de mutación de BRCA, no sólo es una herramienta para la toma de decisiones terapéuticas en aquellas pacientes portadoras, sino también podría ayudar en el entorno familiar a abordar medidas preventivas.

Fuente: JM Oribe Comunicaciones

## ANTES QUE ANTES NUEVO EQUIPO ESPECIAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS

PARA ASISTIR MÁS RÁPIDO CON LA CALIDAD Y CALIDEZ DE SIEMPRE

- **Atención inmediata de respuesta múltiple:** Despacho simultáneo de UTM y moto.
- **Garantizado por certificación ISO 9001:** Para urgencias, emergencias médicas y traslados en ambulancias para obras sociales, prepagas, empresas y particulares.

La calidad es una actitud



011.4588.5555  
www.acudiremergencias.com.ar



# El diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos de tratamiento

El cáncer mata a 1,3 millones de personas cada año en el continente americano. Nuevas orientaciones de la OMS buscan mejorar el diagnóstico temprano para favorecer las posibilidades de supervivencia de los pacientes.

Las nuevas orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentadas con ocasión del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero), tienen la finalidad de mejorar las posibilidades de supervivencia de las personas con cáncer velando por que los servicios de salud diagnostiquen y traten más temprano la enfermedad.

Las nuevas cifras publicadas por la OMS señalan que cada año mueren de cáncer 8,8 millones de personas, en su mayoría en los países de ingresos bajos y medianos. En las Américas, se estima que el cáncer causa 1,3 millones de fallecimientos anuales, lo que supone la segunda causa de muerte en la mayoría de los países de la región. Uno de los problemas es que muchos casos se diagnostican demasiado tarde. Incluso en los países que disponen de sistemas y servicios de salud óptimos, muchos cánceres se diagnostican en una fase avanzada, cuando es más difícil que el tratamiento dé buen resultado.

“El diagnóstico del cáncer en una fase tardía y la imposibilidad de recibir tratamiento condenan a muchas personas a sufrimientos innecesarios y a una muerte precoz,” afirma el doctor Etienne Krug, Director del Departamento de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones de la OMS.

“Adoptando medidas para aplicar las nuevas orientaciones de la OMS, los planificadores de la atención de salud pueden mejorar el diagnóstico temprano del cáncer y garantizar un rápido tratamiento, especialmente para los cánceres de mama, cervicouterino y colorrectal. De ese modo, aumentará el número de personas que sobrevivan al cáncer. Asimismo, tratar y curar a los enfermos de cáncer será menos costoso.”

La mayoría de las muertes por cáncer de los hombres en América Latina y el Caribe se producen como consecuencia del cáncer de próstata, seguido por el cáncer de pulmón, de estómago y colorrectal. Entre las mujeres, la mortalidad más alta se debe al cáncer de mama, y luego al

cáncer de estómago, pulmón, cuello de útero y colorrecto. En contraste, en Canadá y en Estados Unidos el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en ambos sexos.

Según la nueva guía de la OMS, todos los países pueden adoptar medidas para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer.

Las tres medidas para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer son:

- sensibilizar al público acerca de los síntomas del cáncer y alentarlos a recurrir a la asistencia médica cuando los detecte;
- invertir en el fortalecimiento y el equipamiento de los servicios de salud y la formación del personal sanitario para que se realicen diagnósticos exactos y oportunos;
- velar por que las personas con cáncer tengan acceso a un tratamiento seguro y eficaz, incluido el alivio del dolor, sin que ello les suponga un esfuerzo personal o financiero prohibitivo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional para las Américas de la OMS, proporciona herramientas y orientación adicionales a los tomadores de decisión y a los proveedores de salud del continente americano para mejorar el diagnóstico temprano de los cánceres cervicouterino, de mama e infantil.

Los problemas son mayores en los países de ingresos bajos o medianos, que tienen menos posibilidades de proporcionar servicios de tamizaje eficaces, servicios de diagnóstico con pruebas de imagen, de laboratorio y de patología, todas ellas esenciales para detectar el cáncer y planificar el tratamiento. En estos momentos, los países también presentan diferencias en la organización de sus sistemas de salud y en sus capacidades para implementar programas organizados de tamizaje, así como también, a la hora de derivar a los enfermos de cáncer hacia los niveles de atención apropiados.

La OMS alienta a esos países a dar prioridad a servicios básicos de diagnóstico y tratamiento del cáncer que tengan gran impacto y bajo costo. La Organización también recomienda que las personas se vean menos obligadas a pagar la atención de su propio bolsillo, algo que disuade a muchos de recurrir a la asistencia, y avanzar

hacia el acceso y la cobertura universal de salud.

La detección temprana del cáncer también reduce en gran medida su impacto financiero: no solo es muy inferior el costo del tratamiento en las primeras fases sino que quienes lo padecen pueden seguir trabajando y dando apoyo a sus familias si reciben un tratamiento eficaz a tiempo. En 2010, el costo anual total del cáncer en concepto de gasto de atención de salud y pérdida de productividad se estimó en 1,16 billones de dólares.

Las estrategias de mejoramiento del diagnóstico temprano se pueden incorporar fácilmente en los sistemas de salud a bajo costo. A su vez, un diagnóstico temprano eficaz puede facilitar la detección del cáncer en una fase más precoz, lo que posibilita la aplicación de tratamientos que suelen ser más eficaces, menos complejos y menos costosos. Por ejemplo, en estudios realizados en países de ingresos altos se ha comprobado que el tratamiento de pacientes de cáncer a los que se les ha diagnosticado la enfermedad tempranamente es de dos a cuatro veces menos costoso que el de los enfermos a los que se les ha diagnosticado el cáncer en fases más avanzadas.

El doctor Oleg Chestnov, Subdirector General para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS, señala: “que los gobiernos adopten prontamente medidas para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer es esencial para lograr los objetivos mundiales de salud y desarrollo, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible” (ODS).

El ODS 3 tiene la finalidad de garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Los países acordaron la meta de reducir la mortalidad prematura por cánceres y otras enfermedades no transmisibles en un tercio para 2030. También convinieron en lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Al mismo tiempo, las actividades encaminadas a lograr otras metas de los ODS, como las de mejorar la salud ambiental y reducir las desigualdades sociales, pueden ayudar también a reducir la carga del cáncer.

Actualmente, los cánceres causan casi una sexta parte de la mortalidad mundial. Cada año se diagnostica algún cáncer a más de 14 millones de personas, cifra que, según se prevé, ascenderá a 21 millones para 2030. En la Región de las Américas, casi 3 millones de personas desarrollan cáncer cada año, cifra que se elevará hasta 4,5 millones para 2030. Los progresos que se realicen en el mejoramiento del diagnóstico temprano del cáncer y en la provisión de tratamiento básico a todos pueden ayudar a los países en la consecución de las metas nacionales vinculadas a los ODS.

La mayoría de las personas a las que se les ha diagnosticado algún cáncer viven en países de ingresos bajos o medianos, donde se registran dos tercios de las muertes por cáncer. Menos del 30% de los países de ingresos bajos disponen de servicios de diagnóstico y tratamiento de acceso general, y a menudo carecen de sistemas de derivación de los presuntos casos de cáncer, lo que retrasa y fragmenta la atención. La situación de los servicios de patología era aún más desafiante: en 2015, aproximadamente el 35% de los países de ingresos bajos comunicaron que en el sector público se disponía en general de servicios de patología, cuando ese era el caso en más del 95% de los países de ingresos altos.



En la permanente evolución de los servicios farmacéuticos para el bienestar de la comunidad.

Hipólito Yrigoyen 900 – 3ero P. Of. B (1086) – Capital Federal  
Tel/Fax: 011 4342 9473 – [fefara@fefara.org.ar](mailto:fefara@fefara.org.ar) - [www.fefara.org.ar](http://www.fefara.org.ar)

# Se realizaron 1.800 cirugías por cardiopatías congénitas en el 2016 a través del programa PNCC

A través del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC), el Ministerio de Salud de la Nación realizó durante 2016 más de 1.800 cirugías gratuitas en todo el país a niños y niñas con cardiopatías congénitas sin cobertura formal de salud en los centros cardiovasculares tratantes para su resolución quirúrgica.

La responsable del Área Médica del Centro Coordinador de Cardiopatías Congénitas con sede en el Hospital Garrahan, María Eugenia Olivetti, destacó que uno de los factores fundamentales para que se produjera el incremento en el número

de intervenciones— que pasó de cerca de 1.600 en 2015 a más de 1.800 en 2016— fue "el trabajo de la Red Nacional de Cardiopatías Congénitas, que incluye a cardiólogos infantiles de todo el país, los centros cardiovasculares tratantes acreditados por el Ministerio de Salud de la Nación y el Centro Coordinador de Cardiopatías Congénitas".

A su vez, durante el año pasado se detectaron 1240 casos en neonatos, lo que significó un incremento en los diagnósticos del grupo etario más vulnerable. Este logro permitió disminuir la edad media de diagnóstico, que era de 1100 días (alrededor de tres años) al inicio del Programa y en la actualidad es de 200 días (poco más de seis meses).

En el mismo sentido, el promedio de edad de los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente en el marco del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas se redujo de 297 días (10 meses) en 2011 a 190 días (seis meses) en 2016.

"Gracias al trabajo comprometido de todos los actores que conforman la red, el Programa logró alcanzar las metas planteadas para 2016 y así redujo la lista de espera significativamente", resaltó Olivetti. Y agregó: "En la actualidad, prácticamente todos los pacientes tienen asignación de centro cardiovascular tratante".

Entre los objetivos conseguidos el año pasado, también se destaca la Certificación Internacional del Sistema de Gestión de Calidad del Centro Coordinador (ISO 9001:2008); el inicio de un Proyecto de Cooperación Triangular con los ministerios de Salud de Bolivia y Alemania; y la implementación del subprograma de Telemedicina "Telediagnóstico a Distancia de las Cardiopatías Congénitas". Este último permite realizar videoconferencias entre equipos de salud de diferentes provincias para definir diagnósticos y toma de decisiones y evitar derivaciones innecesarias. Además, constituye una herramienta de docencia y de intercambio entre los diferentes actores de la red.

Finalmente, se consolidaron diferentes áreas del PNCC como la de Atención al Paciente; Proceso de derivación y seguimiento; Asesoramiento médico y administrativo; Auditoría médica, elaboración de



indicadores; el Registro Nacional; y el área de Capacitación interna y externa.

De esta manera, el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas avanza en su proyecto de mejora continua, para seguir disminuyendo la morbimortalidad específica de los niños y niñas con cardiopatías congénitas de todo el país y mejorar su calidad de vida.

## ¿QUÉ SON LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS?

Las cardiopatías congénitas son problemas en la estructura y funcionamiento del corazón debido a un desarrollo anormal del mismo antes de nacer. Congénito se refiere a algo que ya está presente al momento de nacer.

La cardiopatía congénita es la anomalía congénita más común y la primera causa de muerte en el primer año de vida. Muchos de los defectos producidos necesitan de un seguimiento cuidadoso a lo largo de la vida; algunos se curan y otros necesitan de un tratamiento.

La mayoría de las cardiopatías congé-

nititas se presentan como un defecto aislado sin asociación con otras enfermedades. También pueden ser parte de diversos síndromes genéticos y cromosómicos (como el síndrome de Down).

Si bien para la mayoría de los defectos congénitos no se puede identificar una causa conocida, se sabe que el consumo de alcohol y de ciertas sustancias químicas durante el embarazo, como así también ciertas infecciones como la rubéola, pueden contribuir a su desarrollo.

El Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC) es el encargado de coordinar la derivación, traslado, tratamiento y seguimiento de niños sin obra social que padecen cardiopatías congénitas en las 24 jurisdicciones del territorio nacional.

En su totalidad, el número de casos registrados de cardiopatías congénitas llegó a 4.505 en 2016. Sumados a las estadísticas, completan un total de 26.309 desde 2010.

Fuente:Ministerio de Salud de la Nación

VIENE DE PÁGINA 4

El control integral del cáncer abarca la prevención, el diagnóstico temprano y la detección, el tratamiento y los cuidados paliativos, y atención a los supervivientes. Todo ello tiene que formar parte de un robusto plan nacional de control del cáncer. La OMS ha preparado orientaciones para el control integral del cáncer con el fin de asistir a los gobiernos en la elaboración y puesta en práctica de esos planes para proteger a la población frente a la aparición del cáncer y tratar a quienes precisan atención.

Los cánceres, junto con la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades pulmonares crónicas, se denominan también enfermedades no transmisibles (ENT), causaron 40 millones (70%) de los 56 millones de muertes que se registraron en 2015. Más del 40% de las personas que murieron de alguna ENT tenían menos de 70 años (muerte prematura).

La OMS y la comunidad internacional han fijado metas para reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% para 2025, y en un tercio para 2030, esto último en el marco de los ODS. Los países han aprobado una serie de metas para afrontar las ENT, en particular poner a disposición tecnologías médicas básicas y medicamentos esenciales asequibles para tratar los cánceres y otras afecciones en los establecimientos de salud.

Fuente:OPS



## CARRERAS DE POSGRADO EN FUNDACIÓN BARCELÓ

MAESTRÍA EN  
**GERONTOLOGÍA CLÍNICA**  
CONEAU Resolución Nº 123/14  
Duración: 18 meses

ESPECIALIZACIÓN EN  
**MEDICINA LEGAL**  
CONEAU Resolución Nº 761/09  
Duración: 2 años

MAESTRÍA EN  
**NEUROPSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA**  
CONEAU Resolución Nº 584/09  
Duración: 2 años

ESPECIALIZACIÓN EN  
**NUTRICIÓN**  
CONEAU Resolución Nº 618/08  
Duración: 2 años

### >> Informes e inscripción

Tel./Fax: (011) 4800 0200 int. 242/249  
informesba@barcelo.edu.ar  
www.barcelo.edu.ar

# FABA ante la realización del test de HIV sin prescripción médica

Una reciente resolución del titular de la cartera sanitaria nacional aconseja a los miembros de los equipos de salud informar y ofrecer el test de VIH a todas las personas que entren en contacto con el sistema sanitario, para el cual ya no se necesitará una orden médica para realizarlo. Si bien la medida está dirigida al ámbito público de la salud, FABA solicitó al ministro un procedimiento de aplicación a los laboratorios privados

A través de la resolución 55-E/2017 publicada el 17 de enero en el Boletín Oficial

(<https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/157821/20170117>), el ministro de Salud de la Nación, Jorge Lemus, extendió a los miembros de los equipos de salud la recomendación de informar y ofrecer el test del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a todas aquellas personas que entren en contacto con el sistema de salud, independientemente de la causa.

En este marco, el Ministerio de Salud de la Nación invita a todas las jurisdicciones del país a adherir a estas determinaciones ante la necesidad de crear alternativas para facilitar el acceso al diagnóstico del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, atendiendo al principio constitucional del derecho a la salud.

La resolución de la cartera sanitaria nacional también establece la obligatoriedad del ofrecimiento de la prueba de VIH con información a aquellas personas que en la consulta médica manifiesten determinadas patologías o circunstancias— como neumonías severas, tuberculosis o cualquier infección de transmisión sexual, entre otras—, y a las parejas de las mujeres embarazadas.



Por otra parte, la nueva normativa fija que dejará de ser obligatoria la presentación de una orden firmada por un médico para la realización y/o procesamiento de las pruebas para la detección del virus, en todo el sistema público, bastando la simple solicitud y firma del consentimiento informado de las personas interesadas en cualquier lugar donde se realicen el examen. De esta manera, se elimina uno de los obstáculos que hasta este momento dificultaba el acceso a la prueba.

En este marco, el Ministerio de Salud de la Nación invita a todas las jurisdicciones del país a adherir a estas determinaciones ante la necesidad de crear alternativas para facilitar el acceso al diagnóstico del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, atendiendo al principio constitucional del derecho a la salud.

El documento publicado en el Boletín Oficial asegura que "el acceso al diagnóstico oportuno es un factor determinante para la mejor respuesta al tratamiento de la infección por VIH, resultando en una mejoría en la sobrevida de la persona, y que el tratamiento antirretroviral con el objetivo de lograr una carga viral indetectable disminuye la transmisión del virus".

En 2015 la Argentina suscribió a las metas regionales 90-90-90 de la OPS/OMS, mediante las cuales se aspira a que para el año 2020 el 90% de las personas con VIH estén diagnosticadas, que de ellas el 90% estén bajo tratamiento y que, de este grupo, el 90% tenga niveles indetectables de carga viral. Ese mismo año entró en vigencia en nuestro país la recomendación de la oferta universal de tratamiento a las personas que tienen el virus desde el momento del diagnóstico.

Según las últimas estimaciones -publicadas en el boletín epidemiológico de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación presentado en diciembre

pasado, en la Argentina viven 120 mil personas con VIH, de las cuales el 30% tiene el virus y no lo sabe. Las cifras de diagnósticos tardíos, obtenidas a partir de las notificaciones, reportan un 33,3% de diagnósticos tardíos en varones y un 23,8% en mujeres.

## NOTA DE FABA

En una nota dirigida al Ministro de Salud de la nación, Dr. Jorge Lemus, FABA, que manifiesta compartir la necesidad de implementar medidas y crear alternativas para la ampliación del acceso al diagnóstico de la infección por HIV ya que el diagnóstico oportuno es crucial para la mejor respuesta al tratamiento de la infección por VIH, que resulta en una mejoría en la sobrevida del paciente, y disminuye la transmisión del virus, elevó una consulta en la que sostuvo: "La Federación Bioquímica de la provincia de Buenos Aires, institución que nuclea a profesionales universitarios habilitados para la realización de análisis clínicos, una entidad comprometida con la salud pública, le consulta la manera de arbitrar los medios para que los 1500 laboratorios de análisis clínicos que integran nuestra red de prestadores en la provincia de Buenos Aires puedan participar en la difusión e implementación de esta resolución ministerial". En la misiva la entidad bioquímica comunicó el procedimiento que hasta el momento llevan a cabo los laboratorios federados para la realización y procesamiento de las pruebas para detección del virus del VIH. "Teniendo en cuenta que hasta la fecha la realización de una prueba de HIV por parte de un laboratorio de análisis clínicos privado debe estar avalada por la prescripción médica correspondiente que garantice que el resultado de dicho análisis será evaluado por el profesional médico solicitante, ante el nuevo procedimiento que indica la resolución ministerial, los laboratorios bioquímicos nos encontramos en la situación de no estar respaldados por un sistema de salud de contención y/o derivación ante un resultado positivo de la prueba, situación que compromete nuestra responsabilidad y ética profesional.



**VIDT CENTRO MEDICO**  
Excelencia en Terapia Radiante  
INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.  
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

**Acelerador Lineal Simulador Localizador Planificación Computada**  
**Radioterapia Estereotáxica Radiocirugía**  
**Radioterapia Conformacional con Planificación Virtual Tridimensional**

**CERTIFICADO BAJO NORMAS ISO 9001:2000**  
**EN MÉRITO DE SUS ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD**

**Vidt 1924/32 Capital Federal. TE:4824-6326 Líneas Rotativas**  
**e-mail: info@vidtcm.com.ar web: www.vidtcm.com.ar**



La seguridad que da la experiencia

Sarmiento N°4260/66 (C1197AAL) - Capital Federal  
Tel: 011-4860-7200 info@ayudamedica.net / www.ayudamedica.net

# Se ha descubierto un vínculo entre el microbioma intestinal y el párkinson

Los enfermos de párkinson suelen tener problemas digestivos años antes de sufrir los primeros síntomas de su enfermedad. Se ha especulado con que esta dolencia neurodegenerativa nazca en las tripas y viaje luego al cerebro, pero nadie ha conseguido una prueba fehaciente de este extraño vínculo. Hasta hoy, cuando un equipo de investigadores estadounidenses ha dado a conocer en la revista Cell los resultados de su trabajo. Según han comprobado en ratones genéticamente predispuestos a la enfermedad de Parkinson, los microbios intestinales pueden desempeñar un papel esencial en los trastornos del movimiento típicos de esta dolencia.

En sus ensayos con roedores que sirven de modelo para la enfermedad, el tratamiento con antibióticos redujo los déficits motores y las características moleculares de la patología, mientras que el trasplante de microbios intestinales de pacientes enfermos exacerbó sus síntomas.

Los científicos, investigadores del Instituto de Tecnología de California, Estados Unidos, consideran que estos hallazgos podrían conducir a nuevas estrategias de tratamiento para la segunda enfermedad neurodegenerativa más común en el país norteamericano.

“Por primera vez hemos descubierto un vínculo entre el microbioma intestinal y el párkinson”, explica Sarkis Mazmanian, uno de los autores del trabajo, que insiste en que las enfermedades neurodegenerativas podrían tener su origen en el intestino y no solo en el cerebro.

“El descubrimiento de que los cambios en el microbioma pueden estar involucrados en la enfermedad de Parkinson es un cambio de paradigma y abre nuevas posibilidades para el tratamiento de los pacientes”, añade.

La enfermedad de Parkinson es causada por la acumulación en las neuronas de proteínas  $\alpha$ -sinucleína anormales, lo que ocasiona efectos particularmente tóxicos en las células que liberan dopamina en las regiones cerebrales que controlan el movimiento. Como resultado, los pacientes experimentan temblores, rigidez muscular, lentitud de movimiento y deterioro al caminar. Las terapias actuales se centran en aumentar los niveles de dopamina en el cerebro, pero estos tratamientos pueden causar efectos secundarios graves y a menudo pierden efectividad con el tiempo.

Para abordar la necesidad de tratamientos más seguros y eficaces, los investigadores empezaron a analizar la microbiota intestinal y observaron que los pacientes poseen una flora alterada, con problemas gastrointestinales y alteraciones como estreñimiento, que con frecuencia degeneran en déficits motores en estos individuos.

Pero, aunque se ha demostrado que los microbios intestinales influyen en el desarrollo neuronal, capacidades cognitivas, ansiedad, depresión y autismo, hasta ahora la evidencia científica sobre su papel en las enfermedades neurodegenerativas ha sido escasa.

## POSIBLE DIANA TERAPÉUTICA

El experimento se realizó en ratones modificados genéticamente con una enfermedad de tipo párkinson que vivían en jaulas normales, no estériles o en un ambiente libre de gérmenes. Los ratones criados en las jaulas libres de gérmenes mostraron menos déficit motores y menos agregados de proteína  $\alpha$ -sinucleína mal plegada en las regiones del cerebro involucradas en el control del movimiento.

De hecho, estos ratones mostraron un rendimiento casi normal en tareas como recorrer una viga, retirar un adhesivo de su nariz o descender por un poste. El tratamiento con antibióticos tuvo un efecto similar al ambiente libre de gérmenes en la mejora de los síntomas motores en ratones predispuestos a estos trastornos.

Por el contrario, los ratones criados en las jaulas libres de gérmenes mostraron peores síntomas motores cuando fueron tratados con metabolitos microbianos, llamados ácidos grasos de cadena corta, o recibieron trasplantes fecales de microbios intestinales de pacientes afectados.

Es importante señalar que, en este estudio, los microbios intestinales cooperan con un factor genético específico para influir en el riesgo de desarrollar la enfermedad –los investigadores utilizaron un modelo específico de ratón–. De hecho, los roedores genéticamente normales no desarrollaron síntomas motores después de recibir trasplantes fecales de pacientes. Los resultados indican que ciertos microbios intestinales empeoran los síntomas motores al crear un ambiente que podría favorecer la acumulación de agregados de proteína mal plegados. Sin embargo, los antibióticos o los trasplantes de microbios fecales están lejos de ser terapias viables en este

momento. “El uso de antibióticos como los que utilizamos en este estudio posee riesgos para los seres humanos, como defectos en la función inmunitaria y metabólica”, advierten los autores. “Todavía no tenemos datos sobre qué especies son problemáticas o beneficiosas en párkinson”.

“La identificación de especies microbianas o metabolitos alterados en la enfermedad de Parkinson puede servir como biomarcador o incluso diana de posibles fármacos”, concluye el grupo de expertos.

Fuente: Cell (2016); doi:10.1016/j.cell.2016.11.018.Jano.es



**Mensualmente se gastan Millones de Pesos en medicamentos de alto costo**

Son utilizados para el tratamiento de patologías especiales (Oncología, HIV, Hepatitis, Diabetes, Hemofilia, Trasplantes, etc.) y no se dispensan por el canal que indica la ley: las farmacias.

Muchos de estos medicamentos son financiados sin que exista planificación, ni intervención de programas de gestión sanitaria, ni control, ni evaluación de resultados epidemiológicos por la administración de estos productos.

El uso irracional de los recursos y la intermediación de empresas fantasmas para comercializarlos tiene consecuencias legales, económicas y sanitarias.

**Nuestra red de farmacias ofrecen una dispensa informada, criterio dependiente y un servicio de monitoreo con indicadores para utilizar racionalmente el presupuesto de su entidad o su empresa.**



Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires

## FIEBRE AMARILLA

# El virus es endémico en las zonas tropicales de África y de América Central y Sudamérica

Las grandes epidemias de fiebre amarilla se producen cuando el virus es introducido por personas infectadas en zonas muy pobladas, con gran densidad de mosquitos y donde la mayoría de la población tiene escasa o nula inmunidad por falta de vacunación. En estas condiciones, los mosquitos infectados transmiten el virus de una persona a otra.

El diagnóstico de la fiebre amarilla es difícil, sobre todo en las fases tempranas. En los casos más graves puede confundirse con el paludismo grave, la leptospirosis, las hepatitis víricas (especialmente las formas fulminantes), otras fiebres hemorrágicas, otras infecciones por flavivirus (por ejemplo, el dengue hemorrágico) y las intoxicaciones.

En las fases iniciales de la enfermedad a veces se puede detectar el virus en la sangre mediante la reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscriptasa. En fases más avanzadas hay que recurrir a la detección de anticuerpos mediante pruebas de ELISA o de neutralización por reducción de placa.

## POBLACIONES EN RIESGO

Hay 47 países de África (34) y América Central y Sudamérica (13) en los que la enfermedad es endémica en todo el país o en algunas regiones. Con un modelo basado en fuentes africanas se ha estimado que en 2013 hubo entre 84 000 y 170 000 casos graves, 29.000 y 60.000 muertes.

Ocasionalmente, quienes viajan a países donde la enfermedad es endémica pueden importarla a países donde no hay fiebre amarilla. Para evitar estos casos importados, muchos países exigen un certificado de vacunación antes de expedir visados, sobre todo cuando los viajeros proceden de zonas endémicas.

En los siglos XVII a XIX, la exportación de la fiebre amarilla a Norteamérica y Europa causó grandes brotes que trastornaron la economía y el desarrollo, y en algunos casos diezmaron la población.

## TRANSMISIÓN

El virus de la fiebre amarilla es un arbovirus del género *Flavivirus* transmitido por mosquitos de los géneros *Aedes* y *Haemagogus*. Las diferentes especies de mosquitos viven en distintos hábitats. Algunos se crían cerca de las viviendas (domésticos), otros en el bosque (salvajes), y algunos en ambos hábitats (semidomésticos).

## HAY TRES TIPOS DE CICLOS DE TRANSMISIÓN:

**Fiebre amarilla selvática:** En las selvas tropicales lluviosas, los monos, que son el principal reservorio del virus, son picados por mosquitos salvajes que transmiten el virus a otros monos. Las personas que se encuentran en la selva pueden recibir picaduras de mosquitos infectados y contraer la enfermedad.

**Fiebre amarilla intermedia:**

En este tipo de transmisión, los mosquitos semidomésticos (que se crían en la selva y cerca de las casas) infectan tanto a los monos como al hombre. El aumento de los contactos entre las personas y los mosquitos infectados aumenta la transmisión, y puede haber brotes simultáneamente en muchos pueblos distintos de una zona. Este es el tipo de brote más frecuente en África.

**Fiebre amarilla urbana:**

Las grandes epidemias se producen cuando las personas infectadas introducen el virus en zonas muy pobladas, con gran densidad de mosquitos y donde la mayoría de la población tiene escasa o nula inmunidad por falta de vacunación. En estas condiciones, los mosquitos infectados transmiten el virus de una persona a otra.

## TRATAMIENTO

La instauración temprana de un buen tratamiento de apoyo en el hospital aumenta la tasa de supervivencia. No hay tratamiento antivírico específico para la fiebre amarilla, pero el desenlace mejora con el tratamiento de la deshidratación, la insufi-

ciencia hepática y renal y la fiebre. Las infecciones bacterianas asociadas pueden tratarse con antibióticos.

## PREVENCIÓN

### Vacunación

La vacunación es la medida más importante para prevenir la fiebre amarilla. Para prevenir las epidemias en zonas de alto riesgo con baja cobertura vacunal es fundamental que los brotes se identifiquen y controlen rápidamente mediante la inmunización. Para prevenir la transmisión en regiones afectadas por brotes de fiebre amarilla es importante que se vacune a la mayoría de la población en riesgo (80% o más).

Para evitar brotes se utilizan varias estrategias de vacunación: inmunización sistemática de los lactantes; campañas de vacunación en masa para aumentar la cobertura en países en riesgo, y vacunación de quienes viajen a zonas donde la enfermedad es endémica.

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura y asequible, y una sola dosis es suficiente para conferir protección de por vida, sin necesidad de dosis de recuerdo.

Se han descrito casos raros de efectos colaterales graves de la vacuna. Las tasas de eventos adversos graves tras la vacunación, cuando la vacuna produce alteraciones hepáticas, renales o del sistema nervioso, oscilan entre 0,4 y 0,8 por 100 000 personas vacunadas. El riesgo aumenta en los mayores de 60 años y en los pacientes con trastornos del timo o inmunodeprimidos por VIH/sida sintomático u otras causas. Antes de administrar la vacuna a mayores de 60 años hay que evaluar bien los beneficios y los riesgos.

### LAS PERSONAS HABITUALMENTE EXCLUIDAS DE LA VACUNACIÓN SON:

1-Los menores de 9 meses, excepto durante las epidemias, situación en la que también se deben vacunar los niños de 6-9 meses en zonas con alto riesgo de infección;

2-las embarazadas, excepto durante los brotes de fiebre amarilla, cuando el riesgo de infección es alto;

3-Las personas con alergia grave a las proteínas del huevo, y

4-Las personas con trastornos del timo o inmunodeficiencias graves debidas a infección sintomática por VIH/SIDA u otras causas.

De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), los países tienen derecho a exigir a los viajeros que presenten un certificado de vacunación contra la fiebre amarilla. En caso de que haya motivos médicos para no administrar la vacuna, dichos motivos deben ser certificados por la autoridad competente.

El RSI es un instrumento jurídicamente vinculante para detener la propagación de enfermedades infecciosas y otras amenazas para la salud. La exigencia del certificado de vacunación a los viajeros queda a discreción de los Estados Partes, y no todos los países lo exigen.

## CONTROL DE LOS MOSQUITOS

El riesgo de transmisión de la fiebre amarilla en zonas urbanas puede reducirse eliminando los posibles lugares de cría de mosquitos y aplicando larvicidas a los contenedores de agua y a otros lugares donde haya aguas estancadas. La fumigación de insecticidas para matar los mosquitos adultos durante las epidemias urbanas puede contribuir a reducir el número de mosquitos y, por consiguiente, las potenciales fuentes de transmisión de la fiebre amarilla.

Las campañas de control de los mosquitos han tenido éxito para eliminar *Aedes aegypti*, el vector de la fiebre amarilla urbana, en la mayor parte de América Central y Sudamérica. Sin embargo, el mosquito ha vuelto a colonizar zonas urbanas de la región, con la consiguiente reaparición del riesgo de fiebre amarilla urbana. Los programas de control de los mosquitos salvajes en las zonas boscosas no son prác-

CONTINUACIÓN EN PÁGINA 9



www.cokiba.org.ar - Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires

Si necesita tratamiento kinésico,  
el **único habilitado es el kinesiólogo.**



**COLEGIO DE KINESIÓLOGOS  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**



# Avanza el brote de fiebre amarilla en Brasil

Hasta el 8 de febrero de 2017 sólo en Brasil se han confirmado casos de fiebre amarilla; mientras que Colombia y Perú han notificado casos probables, uno y tres casos respectivamente.

En Brasil, entre el 1 de diciembre de 2016 y el 8 de febrero de 2017, se notificaron 1.060 casos de fiebre amarilla (215 confirmados, 80 descartados y 765 sospechosos que permanecen en investigación), incluidas 166 defunciones (70 confirmadas, 3 descartadas y 93 en investigación). La tasa de letalidad entre los casos confirmados es de 33% y 12% entre los casos sospechosos.

De acuerdo al sitio probable de infección, los casos sospechosos y confirmados se distribuyen en 5 estados: Bahia (9), Espírito Santo (109), Minas Gerais (847), São Paulo (9) y Tocantins (1).

Los casos confirmados, se distribuyen en tres estados: Espírito Santo (20), Minas Gerais (191) y São Paulo (4). Entre los casos confirmados, 69% corresponden a hombres entre 21 y 60 años de edad.

Con relación a las defunciones confirmadas, 61 ocurrieron en el estado de Minas Gerais, tres en el estado de São Paulo y 6 en el estado de Espírito Santo.

VIENE DE PÁGINA 8

ticos para prevenir la transmisión selvática de la enfermedad.

## ALERTA Y RESPUESTA ANTE EPIDEMIAS

La detección rápida de la fiebre amarilla y la respuesta inmediata con campañas de vacunación de emergencia son esenciales para controlar los brotes. Sin embargo, la subnotificación es preocupante; se calcula que el verdadero número de casos es 10 a 250 veces mayor que el número de casos notificados en la actualidad.

La OMS recomienda que todos los países en riesgo dispongan al menos de un laboratorio nacional en el que se puedan realizar análisis de sangre básicos para detectar la fiebre amarilla. Un caso confirmado debe considerarse como brote en una población no vacunada, y debe ser investigado exhaustivamente en cualquier contexto, y en particular en zonas donde la mayoría de la población haya sido vacunada. Los equipos de investigación deben evaluar los brotes y responder a ellos con medidas de emergencia y con planes de inmunización a más largo plazo.

Fuente: OMS

En orden decreciente, la tasa de letalidad entre casos sospechosos y confirmados por estado es de 33% en São Paulo; 7% en Minas Gerais y 6% en Espírito Santo.

Adicionalmente fueron notificadas 531 epizootias en primates no humanos (PNH), con un total de 1.408 PNH fallecidos, de las cuales 298 fueron confirmadas para fiebre amarilla.

Las epizootias en PNH se notificaron

en: Alagoas, Bahia, Goiás, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe, Tocantins y el Distrito

## RECOMENDACIONES

La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que continúen con los esfuerzos para detectar, confirmar y tratar adecuada y oportunamente los casos de fiebre amarilla en un contexto de circulación de varios arbovirus. Se alienta a los Estados Miembros a mantener al personal de salud actualizado y capacitado para detectar y tratar adecuadamente los casos en especial en áreas conocidas de circula-

ción del virus.

La medida más importante de prevención de la fiebre amarilla es la vacunación. La vacunación preventiva puede realizarse mediante la inmunización sistemática en la infancia o a través de campañas masivas únicas con el fin de aumentar la cobertura vacunal en las áreas de riesgo, y también mediante la vacunación de quienes viajen a zonas de riesgo.

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura y asequible, y proporciona una inmunidad efectiva contra la enfermedad en un rango entre 80 a 100% de los vacunados al cabo de 10 días, y una inmunidad de 99% al cabo de 30 días. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo.

DISTRIBUCION DE CASOS DE FIEBRE AMARILLA

UF	notificado	investigación	confirmado	descartado	municipios
MG1	1.025	761	205	59	78
ES	143	102	25	16	27
BA	14	12	0	2	8
SP	16	6	4	6	14
A	6	3	0	3	4
RN	1	1	0	0	1
UF LPI en investigación <sup>2</sup>	5	5	0	0	-
Desechados distintos UF <sup>3</sup>	20	-	-	20	-
<b>total</b>	<b>1.230</b>	<b>890</b>	<b>234</b>	<b>106</b>	<b>132</b>

DISTRIBUCION DE DEFUNCIONES

UF	notificado	investigación	confirmado	descartado	municipios
MG1	172	102	70	0	45
A	1	1	0	0	1
BA	1	1	0	0	1
RN	1	1	0	0	1
ES	16	9	7	0	9
SP	4	1	3	0	4
Desechados distintos UF <sup>2</sup>	2	-	-	2	-
<b>total</b>	<b>197</b>	<b>115</b>	<b>80</b>	<b>2</b>	<b>61</b>

## Brasil construye un plan de acción conjunto para el fomento de la investigación clínica

Asociaciones, laboratorios privados y públicos se reunieron la semana pasada para discutir un plan de incentivos de la acción y la mejora en la investigación clínica en Brasil. El evento, realizado por el Ministerio de Salud, participó Interfarma; FarmaBrasil el grupo y la Sociedad Brasileña de Profesionales de Investigación Clínica (SBPPC). Entre los puntos discutidos son la formación de profesionales para la investigación clínica, el aumento de la infraestructura para los estudios, la viabilidad de las asociaciones entre instituciones públicas y privadas para la realización de estudios epidemiológicos y la realización de acciones de comunicación y plataformas para la difusión de información.

La reunión se profundizó el debate iniciado en el Foro de Investigación Clínica en Brasil, a la que asistieron el Ministro de Salud, Ricardo Barros, en octubre de 2016. En esa ocasión, se le presentó una visión general de los estudios clínicos en el país que permitieron la colaboración entre los sectores interesados en la búsqueda de procesos más ágiles y mejor infraestructura para la investigación clínica. "En ese momento, hicimos un compromiso para aprovechar la investigación clínica en Brasil y, por ello, vamos a involucrar a la totalidad del sector de la salud", dijo el secretario de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos del Ministerio de Salud (SCTIE / MS) Marco Bombari.

El director ejecutivo de grupo FarmaBrasil, Reginaldo Arcuri, celebró la interacción entre el gobierno y el sector privado en torno a la investigación clínica. "Es muy alentador para ver que el gobierno y el cumplimiento de su función de coordinar, establecer el Norte y dar visibilidad a las acciones. El caso de la investigación clínica es un tema absolutamente central ya que el país comenzó a entrar en una nueva era con nuevos campos de investigación", dijo. El sector privado también hizo hincapié en la importancia de la reunión. "Tengo quince años en la investigación clínica y es la primera vez que recuerdo haber visto gobierno, la academia y la industria en el mismo entorno, tratando de discutir esta agenda positiva", el representante del laboratorio Bristol-Meyers, Rafael Laurino.

La necesidad de reducir la burocracia y los obstáculos normativos en la autorización de llevar a cabo la investigación con seres humanos también fue un punto mencionado por los representantes de los laboratorios. Decit propone tomar el plan de acción también debatir la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y la Comisión Nacional de Ética de la Investigación (CONEP).

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

## Más de 50 millones de personas padecen epilepsia, lo que la convierte en uno de los trastornos neurológicos más comunes

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres.

Los episodios de convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales. Las descargas pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencia o de contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día.

Una sola convulsión no significa epilepsia (hasta un 10% de la población mundial sufre una convulsión a lo largo de su vida). La epilepsia se define por dos o más convulsiones no provocadas. Es uno de los trastornos reconocidos más antiguos del mundo, sobre el cual existen registros escritos que se remontan al 4000 a. C. Durante siglos, el temor, la incompreensión, la discriminación y estigmatización social han rodeado a esta enfermedad. Esta estigmatización persiste hoy en día en muchos países del mundo y puede influir en la calidad de vida de las personas con epilepsia y sus familias.

### FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD

En la actualidad, unos 50 millones de personas de todo el mundo padecen epilepsia. La proporción estimada de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) en algún momento dado oscila entre 4 y 10 por 1000 personas. Sin embargo, algunos estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos sugieren una proporción mucho mayor, entre 7 y 14 por 1000 personas.

Según estimaciones, se diagnostican anualmente unos 2,4 millones de casos de epilepsia. En los países de altos ingresos, los nuevos casos registrados cada año entre la población general oscilan entre 30 y 50 por 100 000 personas. En los países de ingresos bajos y medianos esa cifra puede ser hasta dos veces más alta.

Esto se debe probablemente al mayor riesgo de enfer-

medades endémicas tales como el paludismo o la neurocisticercosis; la mayor incidencia de traumatismos relacionados con accidentes de tránsito; traumatismos derivados del parto; y variaciones en la infraestructura médica, la disponibilidad de programas de salud preventiva y la atención accesible. Casi el 80% de las personas epilépticas viven en países de ingresos bajos y medianos.

### TRATAMIENTO

La epilepsia se puede tratar fácil y asequiblemente con medicación diaria económica cuyo costo anual es apenas de unos US\$ 5. Estudios recientes en los países de ingresos bajos y medianos han revelado que hasta un 70% de los niños y adultos diagnosticados recientemente de epilepsia pueden tratarse con éxito (es decir, tener sus convulsiones completamente controladas) con fármacos anti-convulsionantes. Además, después de 2 a 5 años de tratamiento eficaz y una vez desaparecidas las convulsiones, los medicamentos se pueden retirar a un 70% de los niños y un 60% de los adultos, sin riesgo de ulterior recaída.

En los países de ingresos bajos y medianos, aproximadamente las tres cuartas partes de las personas epilépticas podrían no recibir el tratamiento necesario. Esto se denomina "brecha terapéutica".

En muchos países de ingresos bajos y medianos la disponibilidad de medicamentos antiepilépticos es baja. Un estudio reciente reveló que la disponibilidad media de medicamentos antiepilépticos genéricos en el sector público de los países de ingresos bajos y medianos era inferior al 50%. Esto podría ser un obstáculo para acceder al tratamiento.

La mayor parte de los casos de epilepsia se pueden diagnosticar y tratar en el nivel de atención primaria de salud sin necesidad de ningún equipo sofisticado.

Los proyectos de demostración de la OMS indican que la capacitación de los dispensadores de atención primaria de salud para que puedan diagnosticar y tratar casos de epilepsia puede reducir realmente la brecha de tratamiento de la epilepsia. No obstante, la falta de dispensadores de atención de salud capacitados puede ser un obstáculo para el tratamiento de las personas epilépticas.

En los pacientes que responden mal al tratamiento farmacológico puede resultar útil el tratamiento quirúrgico.

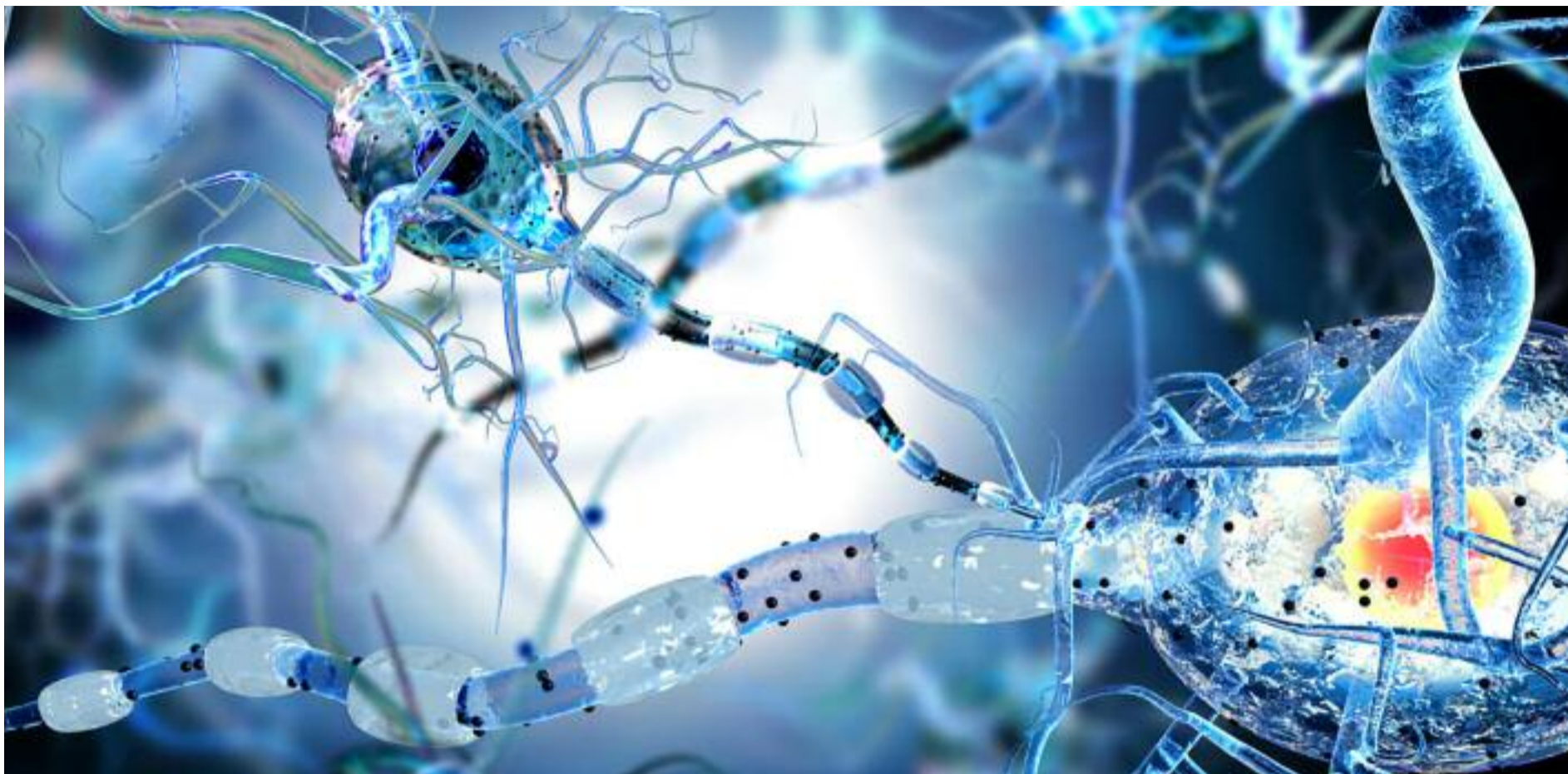
**La eficiencia en medicina asistencial.**

**La precisión de un call center de última generación.**

Buenos Aires • Córdoba • Salta • Tel: 5777-5500



**GRUPO**  
**paramedic**



#### PREVENCIÓN

La epilepsia idiopática no es prevenible, pero se pueden aplicar medidas preventivas frente a las causas conocidas de epilepsia secundaria.

La prevención de los traumatismos craneales es la forma más eficaz de evitar la epilepsia postraumática.

La atención perinatal adecuada puede reducir los nuevos casos de epilepsia causados por lesiones durante el parto.

El uso de medicamentos y otros métodos para bajar la temperatura corporal de un niño afiebrado puede reducir las probabilidades de convulsiones febriles.

Las infecciones del sistema nervioso central son causas frecuentes de epilepsia en las zonas tropicales, donde se concentran muchos países de ingresos bajos y medianos.

La eliminación de los parásitos en esos entornos y la educación sobre cómo evitar las infecciones pueden ser formas eficaces de reducir la epilepsia en el mundo, por ejemplo los casos debidos a la neurocisticercosis.

#### REPERCUSIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

La epilepsia representa un 0,6% de la carga mundial de morbilidad, una medida basada en el tiempo que combina los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura con el tiempo vivido en situaciones en las que la salud no es plena. La epi-

lepsia tiene importantes repercusiones económicas por la atención sanitaria que requiere y las muertes prematuras y la pérdida de productividad laboral que ocasiona.

Un estudio realizado en la India en 1998 reveló que el costo del tratamiento antiepiléptico por paciente representaba el 88,2% del producto nacional bruto (PNB) per cápita, y los gastos relacionados con la epilepsia, incluidos los gastos médicos, de transporte y la pérdida del tiempo de trabajo superaban los US\$ (2013) 2600 millones al año.<sup>1</sup>

Aunque los efectos sociales pueden variar según el país, la discriminación y la estigmatización social que rodean la epilepsia en todo el mundo son a menudo más difíciles de vencer que las propias convulsiones. Las personas que viven con epilepsia pueden ser objeto de prejuicios. La estigmatización de la enfermedad puede hacer que los afectados no busquen tratamiento para evitar que se los identifique con la enfermedad.

#### DERECHOS HUMANOS

Entre otras limitaciones, las personas con epilepsia pueden ver reducido su acceso a los seguros de vida y de enfermedad, y tienen dificultades para obtener el permiso de conducir u ocupar determinados puestos de trabajo. En muchos países la legislación refleja siglos de desconocimiento sobre la epilepsia. Por ejemplo:

En la China y la India, la epilepsia es

considerada a menudo como motivo para prohibir o anular el casamiento.

En el Reino Unido, la ley que permitía la nulidad del matrimonio por epilepsia no se enmendó hasta 1971.

En los Estados Unidos de América, hasta los años setenta a las personas con ataques se les podía negar el acceso a restaurantes, teatros, centros recreativos y otros edificios públicos.

La legislación basada en normas internacionalmente aceptadas de derechos humanos puede evitar la discriminación y la violación de los derechos, mejorar el acceso a los servicios de salud y aumentar la calidad de vida de las personas con epilepsia.

#### LA RESPUESTA DE LA OMS

La OMS y sus asociados reconocen que la epilepsia es un importante problema de salud pública. Desde la creación de una iniciativa en 1997, la OMS, la Liga Internacional contra la Epilepsia y la Oficina Internacional para la Epilepsia llevan a cabo una campaña mundial con el lema "salir de la sombra", cuyo objetivo es proporcionar mejor información y mayor sensibilización sobre la epilepsia, y reforzar los esfuerzos públicos y privados por mejorar la atención y reducir el impacto de la enfermedad.

Este y otros proyectos de la OMS relativos a la epilepsia han revelado que existen maneras sencillas y costoeficaces para tratar

esa enfermedad en entornos de recursos limitados, lo que reduce significativamente las brechas de tratamiento. Por ejemplo, un proyecto ejecutado en China dio lugar a una reducción del 13% en un año en la brecha de tratamiento, y a considerables mejoras en el acceso de pacientes epilépticos a la atención.

En muchos países, existen actualmente proyectos destinados a reducir la brecha terapéutica y la morbilidad de las personas con epilepsia, formar y educar a los profesionales de la salud, eliminar la estigmatización, identificar posibles estrategias de prevención y desarrollar modelos que integren el control de la epilepsia en los sistemas de salud locales.

En particular, el programa de la OMS sobre reducción de la brecha en el tratamiento de la epilepsia y el Programa de acción para superar la brecha en salud mental están procurando alcanzar esos objetivos en Ghana, Mozambique, Myanmar y Viet Nam. Estos proyectos combinan varias estrategias innovadoras. Se centran en la ampliación de las capacidades de los profesionales de atención primaria de salud y no especializados del ámbito comunitario, de modo que puedan diagnosticar y tratar la epilepsia y hacer un seguimiento de los pacientes. El proyecto movilizará a la comunidad con el fin de apoyar mejor a las personas epilépticas y a sus familias.

Fuente:OMS



## EL INSTITUTO VIRTUAL FEMEBA le acerca

formación de excelencia con las ventajas que ofrece Internet. En cualquier horario y desde cualquier lugar, aprendiendo con los mejores profesionales e interactuando con colegas de distintas regiones.

Formación integral para profesionales de la Salud desde una perspectiva humanística, fundada en la concepción social.

¡ingrese a [campus.fundacionfemeba.org.ar](http://campus.fundacionfemeba.org.ar) y conozca las distintas propuestas de cursos y especialidades!

[ivf@fundacionfemeba.org.ar](mailto:ivf@fundacionfemeba.org.ar) | (0221) 439-1395

FUNDACIÓN **FEMEBA**

# Múltiples son las aplicaciones y metodologías de simulación utilizadas en educación médica

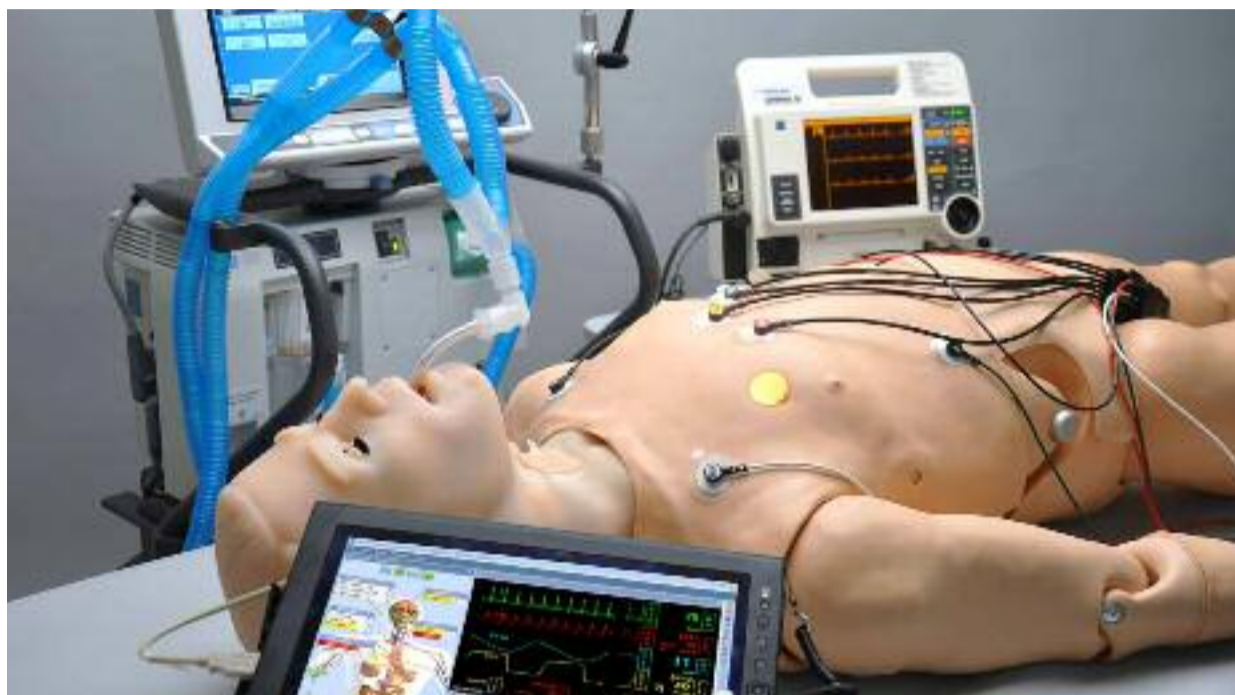
En el desarrollo de la simulación clínica moderna, con apenas medio siglo de evolución, es posible discernir la influencia de cuatro fuerzas: 1) El desarrollo de la bioética, desde la declaración de Helsinki en 1964 que protege a los individuos como sujetos de experimentación, hasta la actualidad donde la atención se ha enfocado hacia los derechos de los pacientes; 2) El desarrollo de la educación médica, con mayores exigencias para asegurar su calidad y con el cambio desde el paradigma basado en la duración temporal de los procesos a uno centrado en la demostración de competencias objetivables; 3) La preocupación creciente por la seguridad de los pacientes como sujetos pasivos en los procesos de educación clínica; 4) El desarrollo tecnológico en computación, electrónica, nuevos materiales, la háptica y la realidad virtual.

La consolidación, en las dos últimas décadas, con la aceptación creciente de la simulación como un complemento y a veces como sustituto ventajoso de la formación clínica. Se desarrollan maniqués de mayor sofisticación y a precios más accesibles. Surge también un gran número de simuladores de tareas específicas quirúrgicas, diagnósticas y de procedimientos. Paralelamente, se desarrolla la investigación sobre la utilidad de la simulación clínica en el desarrollo de competencias clínicas; muestra de ello es la expansión exponencial del número de artículos publicados en los últimos diez años.

## SIMULACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA: TIPOS, VENTAJAS Y APLICACIONES

Existen múltiples clasificaciones en la literatura de las diferentes alternativas de simulación que se utilizan en clínica. Una de ellas es la descrita por Ziv, que divide las herramientas en 5 categorías principales:

**Simuladores de uso específico y de baja tecnología:** En inglés part task trainers, son modelos diseñados para replicar sólo una parte del organismo y del ambiente por lo que sólo permiten el desarrollo de habilidades psicomotoras básicas. Por ejemplo, un brazo para punción venosa o una cabeza para intubación traqueal.



**Pacientes simulados o estandarizados:** Actores entrenados para actuar como pacientes. Se utilizan para entrenamiento y evaluación de habilidades en obtención de la historia clínica, realización del examen físico y comunicación.

**Simuladores virtuales en pantalla:** Son programas computacionales que permiten simular diversas situaciones, en áreas como la fisiología, farmacología o problemas clínicos, e interactuar con el o los estudiantes. Su principal objetivo es entrenar y evaluar conocimientos y la toma de decisiones. Una ventaja es que permite el trabajo de varios estudiantes a la vez; de hecho, actualmente hay programas para entrenamiento de trabajo en equipo.

**Simuladores de tareas complejas:** Mediante el uso de modelos y dispositivos electrónicos, computacionales y mecánicos, de alta fidelidad visual, auditiva y táctil se logra una representación tridimensional de un espacio anatómico. Dichos modelos generados por computadores

son frecuentemente combinados con part task trainers que permiten la interacción física con el ambiente virtual. Usados para el entrenamiento de tareas complejas, permiten desarrollar habilidades manuales y de orientación tridimensional, adquirir conocimientos teóricos y mejorar la toma de decisiones. Ha sido utilizada ampliamente en cirugía laparoscópica y procedimientos endoscópicos.

Las ventajas del uso de la simulación clínica en la educación médica han sido ampliamente descritas. Proporciona un ambiente controlado y seguro, que permite crear y reproducir situaciones o escenarios a demanda, permite el entrenamiento sistemático y repetido de habilidades prácticas y competencias, permite equivocarse y aprender del error, el proceso de aprendizaje se basa en la práctica y la reflexión, logrando una mayor transferencia de la formación desde la teoría a la práctica y finalmente nos sirve como herramienta de evaluación. Además, permite el entrenamiento consistente y programado en situaciones clínicas de presentación poco habitual, enfermedades raras y situaciones críticas.

Por último, dicho entrenamiento que puede adecuarse individualmente para cada alumno, no conlleva riesgos ni para el alumno ni para el paciente. Gracias a estas ventajas, la medicina la ha utilizado con fines tanto educativos como evaluativos.

Múltiples son las aplicaciones y metodologías de simulación utilizadas en educación médica y las áreas de entrenamiento que ellas cubren. Con el objetivo de describir dichas metodologías, qué habilidades se logran con cada una de ellas y el uso habitual que se le da a cada una, hemos utilizado la tipología descrita por Alinier. Esta clasificación describe las herramientas y técnicas educacionales que se utilizan en simulación, agrupándolas en 6

## SERVESALUD

La Obra Social de Dirección  
que eligen empresas,  
profesionales y monotributistas



**Sede Central**  
Rodríguez Peña 1474  
C1021ABF - Cdad. de Bs. As.  
(011) 3220-5200  
0800-362-7398  
[www.servesalud.com.ar](http://www.servesalud.com.ar)



### Su Salud en las Mejores Manos

Av. Independencia 2852  
Ciudad de Buenos Aires - (C1225AAX)  
Tel: 4127-7700  
Call Center 0800-333-3313  
[www.osfe.org.ar](http://www.osfe.org.ar)



niveles tecnológicos; simulaciones escritas, modelos tridimensionales, simuladores basados en pantallas computacionales, pacientes estandarizados, simuladores de pacientes de fidelidad intermedia y simuladores de pacientes de alta fidelidad. Estos distintos niveles permiten el desarrollo de distintas habilidades, competencias y performance, de acuerdo a la pirámide descrita por Miller en 1990. Es importante mencionar que cuando nos referimos a competencia, implica adquisición de conocimiento, habilidades y destrezas y el concepto de performance significa desempeño o rendimiento.

#### EVIDENCIA DE SU UTILIDAD EN MEDICINA

La educación y el entrenamiento basados en simulación han demostrado su efectividad en múltiples áreas. Específicamente ha demostrado mejorar la adquisición de conocimiento médico, la comunicación y el trabajo en equipo, el desarrollo de ciertas habilidades, disminuir el estrés durante los procedimientos e incluso ha mostrado directa mejoría de ciertos resultados clínicos.

La simulación como herramienta de educación en pregrado se ha usado exitosamente en la enseñanza de ciencias básicas, en el entrenamiento del examen físico de pacientes y en el entrenamiento de habilidades quirúrgicas y de procedimientos como cricotirotomías, punciones venosas periféricas, punciones lumbares e instalación de tubos pleurales. Se han observado ventajas como menor estrés y mejor disposición de

los alumnos a realizar ciertos procedimientos solos, al ser entrenados antes con simulación y también mejor disposición de los pacientes, cuando los alumnos han sido entrenados previamente con simulación.

En el área de postgrado, la simulación también se ha utilizado ampliamente, demostrando mejoras en el desempeño como resultado del entrenamiento basado en simulación en medicina intensiva, medicina de urgencia y pediatría. En anestesiología, hay evidencia de que ha mejorado el desempeño tanto de residentes como especialistas en escenarios de alta complejidad. Específicamente en relación a la introducción de protocolos de ACLS (Advanced Cardiac Life Support) ha permitido mejorar el trabajo en equipo y el desempeño clínico en relación al cumplimiento de dichos protocolos. En el área quirúrgica, su desarrollo también ha sido amplio, lo cual se ejemplifica fácilmente con la gran cantidad de simuladores quirúrgicos que existen en la actualidad, los cuales van desde entrenadores de tipo cajas hasta simuladores virtuales. Existen datos que avalan el uso de la simulación para el desarrollo de habilidades tanto en laparoscopia como en endoscopia.

Específicamente en simulación quirúrgica laparoscópica, se ha demostrado que un entrenamiento en base a competencias que incluye simulación virtual y programas básicos como el Fundamentals of Laparoscopic Surgery, permite adquirir habilidades básicas laparoscópicas con buenos resultados en sala operatoria para procedimientos como colecistectomías.

Sin embargo, aún queda por demostrar que la simulación permite obtener habilidad quirúrgica avanzada y que ésta se transfiera a la sala operatoria.

Por último, en obstetricia también han sido numerosos los aportes de la simulación en la realización de amniocentesis bajo ultrasonografía, el manejo de la distocia de hombro y de emergencias obstétricas y trauma. Interesante mención merece un estudio publicado por Draycott, que muestra una reducción de injuria neonatal de 9,3% a 2,3%, posterior al entrenamiento con un simulador de distocia de hombros.

#### EL FUTURO Y LOS DESAFÍOS

La simulación clínica en la educación y formación de profesionales de la salud ha evolucionado de forma importante, pero no ha alcanzado todavía una aceptación generalizada. Su implementación en programas de pregrado y posgrado ha impactado positivamente la educación en diferentes aspectos como la estandarización de la enseñanza, la incorporación de temas no considerados formalmente en los currículos, en la familiarización de los estudiantes con métodos de autoevaluación y auto aprendizaje, en la ética en temas de salud y en un aspecto difícil de tolerar en la docencia tradicional como es el usar el error como un medio de aprendizaje.

Las cuatro fuerzas impulsoras seguirán actuando, por lo que, habrá instrumentos y escenarios de simulación cada vez más sofisticados y realistas. Igualmente, es esperable la ampliación de su uso en pre y

postgrado para el desarrollo y mantención de competencias en forma sistemática y reproducible, particularmente en el entrenamiento de equipos y en eventos infrecuentes o catastróficos. Otras áreas de desarrollo esperable, es el ensayo previo de procedimientos o cirugías complejas, el desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas y diagnósticas y el diseño de nuevo instrumental y equipamiento.

Por último, parece probable su mayor uso y desarrollo en la evaluación de individuos e instituciones con fines de certificación, recertificación y de acreditación. Para esto, el principal desafío es generar más y mejor investigación, que permita validar la simulación en los ámbitos descritos y particularmente saltar desde el laboratorio a mejorar el cuidado de los pacientes. Cumplida la validación, el desafío siguiente será integrar, y no superponer, la simulación en los procesos de formación clínica a lo largo de toda la vida laboral de los individuos. La capacitación docente y la integración curricular darán el sello final a este desafío. En Argentina, el desafío es acortar la brecha actual en este desarrollo. Para ello, es esencial la formación de profesores que puedan usar la simulación clínica en lo conceptual y en lo técnico, para lograr los mejores resultados formativos posibles, el desarrollo de investigación que fortalezca ese desarrollo docente y la difusión e intercambio de conocimiento entre todos los actores relevantes.

Fuente:FEMEBA



0810-444-SALUD (72583)

www.sancorsalud.com.ar





# Educación a los adolescentes en materia sexual, crucial para evitar embarazos no deseados:

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de la Juventud en México, las razones por las que más de 50% de los adolescentes no utiliza un método anticonceptivo en su primera relación sexual son: porque que no esperaban tener relaciones (49%); porque su pareja no quiso (11.2% en total, 14% entre mujeres); porque simplemente decidió no usar uno (9.3%); porque no conocía los métodos (9.3%); deseo de un embarazo (7%); la vergüenza de conseguir los métodos (5.9%); y por considerar que la sensación es distinta (3.7%). A su vez, de acuerdo con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), poco más de una tercera parte de las adolescentes de 15 a 19 años reportó su último embarazo como no planeado.

sexuales y reproductivos de manera libre, responsable e informada, en el contexto de un proyecto de vida. Una de las condiciones fundamentales es poner a su disposición información confiable. Por ello, fomentar una educación sexual que empodere a las personas jóvenes para tomar decisiones que les permitan planear su propio futuro, resulta una tarea primordial, con la cual estamos comprometidos", declaró la Dra. Michelle Trespach, directora médica de Janssen México.

"El Gobierno de la Ciudad de México, a través de la Secretaría de Salud, contribuye a que las personas ejerzan una sexualidad responsable poniendo a su disposición, de manera totalmente gratuita en los Centros de Salud, un amplio abanico de

métodos anticonceptivos seguros y eficaces para la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual. Para el caso de las personas adolescentes, es fundamental la doble protección, es decir, el uso del condón con otro método como los parches transdérmicos que permiten a las mujeres tener una mayor tasa de continuidad, o los implantes y los dispositivos intrauterinos que son anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP), con menor probabilidad de falla. Invitamos a que se acerquen a nuestros Servicios Amigables para Adolescentes, espacios donde brindamos consejería especializada y métodos anticonceptivos gratuitos con personal capacitado que atiende con confidencialidad, privacidad y sin discrimina-

ción de ningún tipo" declaró el Dr. Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud de la Ciudad de México.

Ante este panorama, Janssen México y el Gobierno de la Ciudad de México suman esfuerzos para hacer un llamado a las y los jóvenes a ejercer una sexualidad informada y responsable, con la utilización de los métodos anticonceptivos más adecuados para ellos; así como a padres de familia, maestros y sociedad en general, para acercarse a los jóvenes, dialogar con ellos y brindarles una educación sexual abierta, que les permita tomar decisiones informadas sobre su sexualidad, su salud y su vida.

Fuente: Janssen

El embarazo en la adolescencia está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, y a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras.

"Estos datos reflejan que uno de los retos que tenemos como sociedad es fortalecer las condiciones para que las y los adolescentes puedan ejercer sus derechos

## Millones de pacientes en todo el mundo se controlan de forma remota

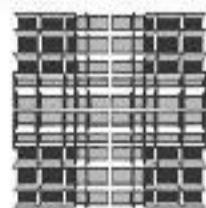
Aproximadamente 7,1 millones de pacientes fueron controlados de forma remota a finales de 2016 en el sueño, el ventilador, la terapia diabética, cardiovasculares u otro, según el informe de la salud móvil. Eso es hasta un 45 por ciento de 4,9 millones de pacientes al final de 2015.

"El número de pacientes de terapia del sueño remotamente controlados creció un 70 por ciento en 2016", señala el informe, "con el crecimiento del mercado impulsado

principalmente por el vendedor ResMed que ha hecho de la asistencia sanitaria conectada una piedra angular de su estrategia."

"ResMed ha sido la entrega de su promesa de ayudar a optimizar la terapia del sueño para los pacientes y los proveedores de soluciones digitales con más de una década, y vamos a seguir centrándose en la atención conectada a medida que ejecutemos nuestra estrategia de crecimiento", dijo el CEO de ResMed Mick Farrell. "A

medida que la empresa líder en tecnología impulsada por dispositivos médicos, tenemos más de mil millones de noches de datos del sueño y nuestras aplicaciones de salud digital son probados clínicamente para mejorar la adherencia del paciente. Nos esforzamos cada día para mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir la velocidad de la progresión de la enfermedad crónica y reducir los costos generales de nuestro sistema de salud global".



**CONFECCLISA**

Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados



**25 AÑOS AL SERVICIO DE LA SALUD**

INTERNACIÓN DOMICILIARIA ADULTOS • INTERNACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA • REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA  
ASISTENCIA EN TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD

4 6 3 2 - 8 1 0 0

[www.sidom.com.ar](http://www.sidom.com.ar) • [administracion@sidom.com.ar](mailto:administracion@sidom.com.ar)