

BOLETÍN



**Círculo
Médico de
Matanza**

Miembro de la
FE.ME.CON

**MARZO
2024**

BUENA VISTA

UN GRUPO DE PROFESIONALES DEL HOSPITAL GARRAHAN Y EL CONICET DESARROLLARON UN MÉTODO QUE AYUDARÁ EN LOS TRATAMIENTOS A LOS NIÑOS QUE TENGAN RETINOBLASTOMA, EL CÁNCER DE OJO PEDIÁTRICO MÁS COMÚN.



COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:
Dr. Guillermo J. VILLAFañE

Vicepresidente:
Dr. Enrique O. ARRIGAZZI

Secretario General:
Dr. Silvio N. TEMNIK

Secretario de Actas:
Dr. Marcelo D. LUBOVITSKY

Tesorero:
Dr. Claudio C. BERRA

Protesorero:
Dr. Pedro A. DEAMBROGIO

Vocales Titulares:
Dra. Adriana SOTO MOLINA
Dr. Aldo G. DAZZA
Dr. Osvaldo A. GUIGNES
Dr. Miguel C. SOCCI
Dr. Néstor D. VILLAREJO
Dr. Erick MENDOZA DÍAZ
Dra. Nanci R. VERGARA

Vocales Suplentes:
Dr. Luis M. MUÑOZ
Dr. Miguel A. ORLANDI
Dr. Mario R. GLUSTEIN

REVISORES DE CUENTAS

Vocales Titulares:
Dra. Silvia López MÉNDEZ
Dr. Gabriel J. SALIVA
Dr. Gustavo R. STANISLAWOWSKI

Vocal Suplente:
Dra. Silvia E. BROTZMANN

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Vocales Titulares:
Dr. Luis SAIMON
Dr. Isaac N. FRESCO
Dr. Eduardo E. CAPPA

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Vocal Suplente:
Dra. Marta M. MÉNDEZ

SUBCOMISIONES

ACOS:
Dr. Osvaldo GUIGNES
Dra. Adriana SOTO MOLINA
Dra. Nanci VERGARA

FEMECON:
Dr. Silvio TEMNIK
Dr. Guillermo VILLAFañE

ACREDITACION Y CATEGORIZACION:
Dr. Luis SAIMON
Dr. Miguel SOCCI

CIENTIFICA Y CULTURAL:
Dr. Luis SAIMON
Dr. Miguel SOCCI

PRENSA Y DIFUSION:
Dr. Luis SAIMON
Dr. Miguel SOCCI
Dra. Marta MÉNDEZ

GREMIALES:
Dr. Osvaldo GUIGNES
Dr. Mario GLUSTEIN

SUBSIDIOS Y CAJA:
Dr. Enrique ARRIGAZZI
Dr. Pedro DEAMBROGIO
Dr. Luis SAIMON

DEPORTES:
Dr. Osvaldo GUIGNES
Dr. Erick MENDOZA DÍAZ

AMEJU:
Dr. Enrique ARRIGAZZI
Dr. Pedro DEAMBROGIO
Dra. Marta MÉNDEZ
Dr. Luis SAIMON

LEGALES:
Dr. Enrique ARRIGAZZI
Dr. Claudio BERRA

SISTEMAS:
Dra. Adriana SOTO MOLINA
Dr. Aldo DAZZA

RECURSOS HUMANOS:
Dra. Adriana SOTO MOLINA

CONSTRUCCION:
Dr. Aldo DAZZA
Dr. Pedro DEAMBROGIO
Dr. Mario GLUSTEIN

SAMI / OSMECON:
Dr. Aldo DAZZA
Dr. Mario GLUSTEIN
Dra. Silvia LÓPEZ MÉNDEZ
Dr. Marcelo LUBOVITSKY
Dr. Erick MENDOZA DÍAZ

FUNDACION MEDICOS DE MATANZA:
Dr. Enrique ARRIGAZZI
Dr. Claudio BERRA
Dr. Pedro DEAMBROGIO
Dr. Silvio TEMNIK
Dr. Guillermo VILLAFañE



TELÉFONOS

CIRCULO MEDICO
4469-6600

OSMECON MEDICOS
Interno 111 Julieta

SECRETARÍA GENERAL
Interno 124 Lorena
SECRETARÍA GENERAL
Interno 131 Natalia
SECRETARÍA GENERAL
Interno 134 Martha

FACTURACION IOMA
Y OBRAS SOCIALES
Internos 117 / 115

IOMA
ATENCION AL AFILIADO
Interno 118 Nancy
TESORERIA
Interno 102

LIQUIDACIONES
Interno 107

SAMI / OSMECON
4469-6500

RECEPCION
Interno 176

AUDITORIA
Interno 171

AFILIACIONES
Internos 126 / 186

PRESTADORES /
CONTRATACIONES
Interno 124 / 190

DIRECCIONES

CIRCULO MEDICO
DE MATANZA



OSMECON MEDICOS:
Av. De Mayo 743 -
Ramos Mejía
Tel/Fax 4469-6600
osmeconmedicos@cirmedmatanza.com.ar
www.cirmedmatanza.com.ar

SAMI / OSMECON

RAMOS MEJIA
Av. De Mayo 780

Las resoluciones, comunicados e informaciones que surjan del Círculo Médico de Matanza y que se mencionen en esta publicación serán de conocimiento obligatorio para los colegiados. Estas informaciones son exclusivas para los Sres. Médicos ya que las mismas no revisten carácter público y están reservadas y dirigidas a cada profesional prestador.

El Círculo Médico de Matanza no se responsabilizará por el cumplimiento de los ofrecimientos y/o servicios que en ésta edición se publiciten. Las opiniones emitidas en los artículos publicados son exclusiva responsabilidad de los autores.

EDITORIAL MARZO 2023

Comienzo anunciando que la Comisión Directiva del Círculo Médico de Matanza dispuso un aumento del 50% en el valor de las consultas médicas de los afiliados del SAMI-OSMECON a partir del 01/02/2024, mientras que las prácticas médicas tendrán un incremento del 30% a partir de dicha fecha, tanto para los Médicos Socios como para los No Socios.

También se han asignado incremento de honorarios para todas las Licenciaturas.

Permanentemente remarcamos la importancia fundamental del recurso humano en las prestaciones de salud, y desde la Comisión Directiva vamos aumentando el valor de los honorarios pese los embates negativos que soporta nuestro prepago por los consumos progresivos e incesantes de insumos de alto costo, cirugías complejas, medicamentos monoclonales, oncológicos y otros de elevados valores, etc., etc. que tantas veces hemos mencionado.

Debe quedar claro también que estamos en medio de un contexto general del país donde el constante aumento del costo de vida y los desfasajes que padecemos en tantas circunstancias, terminan transformando en insuficientes cualquier porcentaje de actualización que apliquemos a los valores de honorarios y prácticas. Las mismas no alcanzan para lograr un debido nivel de satisfacción, o su alcance es efímero.

Son impactos negativos que van en desmedro del debido reconocimiento del valor del trabajo médico y de su bienestar sicofísico (y el de su familia), sin valorarlo como el recurso humano indispensable y prioritario para la salud de la población.

Dr. GUILLERMO VILLAFANE

Presidente



NUEVO AUMENTO EN EL VALOR DE LOS HONORARIOS DE SAMI-OSMECON

Continuando con la recomposición en los valores de los Honorarios Médicos, la Comisión Directiva del Círculo Médico de Matanza ha decidido que con vigencia 01/02/2024 el valor de las consultas médicas; independientemente del plan del afiliado, tendrán un **aumento del 50%** y el valor de las prácticas médicas tendrán un **aumento del 30%**, tanto para MEDICOS SOCIOS y NO SOCIOS. Asimismo se incrementarán los honorarios de todas las LICENCIATURAS.

COMISIÓN DIRECTIVA



IMPORTANTE!

Nuevo Plan

El motivo de este mail es comunicarles a nuestros prestadores médicos, la incorporación de un nuevo plan para la atención de nuestros afiliados llamado "Origen", que se suma a la nómina de los planes vigentes.

El mismo estará operativo a partir del 1 de agosto de 2023.

Puede ocurrir al comienzo de esta implementación, que el sistema de validación Traditum, detecte algún error, si sucede debe enviarnos un mail a atencionalafiliado@samiosmecon.com.ar, que a la brevedad lo estaremos asistiendo.



ALTAS, BAJAS Y MODIFICACIONES

ALTA DE PRESTADOR

CLÍNICA MÉDICA /
DIABETOLOGÍA
**DRA. DANIELLE,
MARIELA**
CONSULTORIO:
ALVEAR 60
RAMOS MEJIA
TEL. 11-5845-5217

GINECOLOGÍA /
OBSTETRICIA
**DRA. MONTAÑES,
JAZMIN ANDREA**
CONSULTORIO:
BERMUDEZ 2895
VILLA LUZURIAGA
TEL. 7078-3838

PSICOLOGÍA
**LIC. GUNTIN,
CYNTHIA R.**
CONSULTORIO:
SAAVEDRA 337
RAMOS MEJÍA
TEL. 11-6560-2716
FRAY M. ESQUIU 1755
RAMOS MEJÍA
TEL. 11-6560-2716

BAJA DE PRESTADOR

PEDIATRÍA
**DRA. CIMBARO,
GRACIELA**
CONSULTORIO:
BERUTTI 133
RAMOS MEJIA
TEL. 4591-1990

CARDIOLOGÍA
**DR. MARCHESE,
SEBASTIAN**
CONSULTORIO:
SAENZ 456
GONZALEZ CATAN
TEL. 02202-923447

ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGÍA
**DR. STABILE,
JUAN MANUEL**
CONSULTORIO:
BELGRANO 136
RAMOS MEJIA
TEL. 5554-8888

ALTA DE CONSULTORIO

OTORRINOLARINGOLOGIA
**DR. DI COLANTONIO,
BENJAMIN**
CONSULTORIO:
BRANDSEN 2269
RAMOS MEJIA
**TEL. 4651-0905 /
6379-3721**

GINECOLOGÍA /
OBSTETRICIA
**DR. DOS SANTOS,
ALEJANDRO**
CONSULTORIO:
ENTRE RÍOS 2969 P.6° DTO. E
SAN JUSTO
TEL. 15-5937-9537

BAJA DE CONSULTORIO

OTORRINOLARINGOLOGIA
**DR. DI COLANTONIO,
BENJAMIN**
CONSULTORIO:
H. IRIGOYEN 2510 P.1°
SAN JUSTO
TEL. 4651-0905

AVANCE
PARA
LOS MÁS
CHICOS





AVANCE PARA LOS MÁS CHICOS

UN GRUPO DE PROFESIONALES DEL HOSPITAL GARRAHAN Y EL CONICET DESARROLLARON UN NUEVO MODELO PRECLÍNICO QUE AYUDA AL TRATAMIENTO DE LOS CHICOS CON RETINOBLASTOMA.

Una muy buena noticia dieron a conocer desde el Hospital Garrahan. Es que un grupo de especialistas de ese Hospital, junto con científicos del CONICET y de otras instituciones, confirmaron que lograron desarrollar por primera vez un modelo preclínico y cultivos celulares primarios que reproducen la biología del retinoblastoma -el cáncer de ojo pediátrico más común- metastásico y que servirán para diseñar tratamientos innovadores que puedan curar a estos pacientes. Según las estadísticas a nivel mundial, la incidencia de retinoblastoma es de 1 caso cada 17 mil nacidos vivos. Y si vamos a la Argentina encontramos que se detectan entre 40 y 45 casos nuevos por año en menores de 15 años. El retinoblastoma se puede eliminar cuando se detecta en forma temprana y suele ser sensible a la quimioterapia. Sin embargo, el pronóstico empeora si el cáncer se disemina principalmente al sistema nervioso central: en esos casos, hasta 9 de cada 10 pacientes no logra curarse pese a la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía. "Es imprescindible avanzar en el conocimiento de por qué se disemina el tumor, determinar los factores de riesgo moleculares que controlan ese proceso. Los modelos preclínicos que logramos generar serán útiles para evaluar nuevas terapéuticas y finalmente, encontrar nuevos tratamientos para esta población que hoy carece de alternativas", aseguró Paula Schaiquevich, líder del avance, inves-



tigadora del CONICET y directora de la Unidad de Tratamientos Innovadores del Hospital Garrahan.

Este es un gran avance ya que en países del tercer mundo este tipo de cáncer se detecta en estadios avanzados por lo que los profesionales se encuentran con limitaciones en el acceso a tratamientos. Schaiquevich enfatiza la importancia de desarrollar un modelo preclínico para el estudio del retinoblastoma. Este tipo de cáncer, como la mayoría de las malignidades pediátricas, son enfermedades raras. “Por ello, es muy difícil realizar estudios clínicos para identificar nuevos tratamientos que incluyan un número significativo de pacientes. Al ser ‘pocos’ pacientes,

se dificulta la realización de varios estudios clínicos para identificar cual sería la ‘mejor’ terapéutica. Para ello, estos modelos, como el que hemos desarrollado, son muy importantes porque nos permiten evaluar y ‘filtrar’ seleccionando los tratamientos que sean los más promisorios para que luego sí se puedan evaluar en estudios en pacientes”, dijo la profesional.

El avance de este estudio es muy importante ya que además de las conclusiones, permitió tener un mejor panorama de estudio. Esto es porque previo al estudio liderado por especialistas del CONICET no existían células tumorales de pacientes retinoblastoma metastásico que se pudiesen cultivar en el laboratorio, así





Estimados Prestadores:

En esta oportunidad pedimos su colaboración para poder difundir en las redes sociales nuestro prepago SAMI/Osmecon:

CUENTAS SAMI OSMECON SALUD



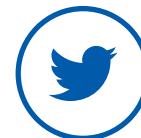
@sami.osmecon

Nos ayudas si seguis la página.



www.facebook.com/SAMI-Osmecon

Nos ayudas dando me gusta.



@SAMI_osmecon

Podés seguirnos.



agregarnos a tus contactos

www.linkedin.com/company/sami-osmecon-matanza

Es importante la colaboración de todos para ayudar al crecimiento de la institución.

como animales de laboratorio (ratones) con ese tipo de tumor en los que se puede estudiar la progresión del tumor y testear nuevas drogas. "En este estudio, desarrollamos modelos celulares y animales con ese tipo de tumor y luego de evaluarlos, sabemos que se presentan características histológicas, moleculares y farmacológicas similares a los pacientes. Para ello desarrollamos estudios moleculares, genómicos, histopatológicos, y de pruebas farmacológicas que reflejaron un comportamiento distinto para cada modelo, pero similar a lo que ocurre en el paciente del cual obtuvimos las células tumorales", explicó Schaiquevich.

La profesional además destacó otro aspecto determinante del proyecto y aseguró: "Generamos capacidades locales en nuestro país para la evaluación genómica y molecular del retinoblastoma y el desarrollo y caracterización de modelos preclínicos de este tumor. Las herramientas aprendidas pueden aplicarse a desarrollar nuevos modelos en otros tumores pediátricos". Estudios previos, liderados por la investigadora del CONICET, han permitido mejorar el tratamiento del retinoblastoma intraocular (no metastásico) en un ojo, bilateral (los dos ojos) y refractario (cuando el paciente no responde al tratamiento estándar).





Antes, para el retinoblastoma intraocular, se administraba quimioterapia por vía endovenosa, pero los fármacos además de eliminar células cancerígenas dañaban tejidos sanos. “Con el grupo de investigación en retinoblastoma, realizamos estudios preclínicos que permitieron optimizar los esquemas terapéuticos y definir cuáles quimioterápicos usar conjuntamente en niños afectados con retinoblastoma intraocular para lograr una mayor eficacia del tratamiento y disminuir la probabilidad de eventos adversos, incluso serios que pueden poner en peligro la vida del paciente”, explicó Schaiquevich.

El futuro comienza a verse de otra manera y las posibilidades de un tratamiento para esos chicos es ahora aún más cercana. “Los chicos y chicas con retinoblastoma metastásico tienen disminuida la posibilidad de curación. Por esta razón es necesario el desarrollo de nuevas tecnologías y posibilidades terapéuticas para este grupo de pacientes. El modelo experimental desarrollado por Schaiquevich y colegas para entender la biología de este tumor cuando se disemina pretende aportar nuevos conocimientos que contribuyan con ese objetivo”, explicó Pedro Zubizarreta, médico pediatra y jefe del Servicio de Hematología y Oncología del Garrahan.



<https://www.intramed.net/>

¿CÓMO ACTUAR?

HIPOXIA EN LAS URGENCIAS

SISTEMATIZACIÓN DE SU ABORDAJE Y MANEJO CLÍNICO





¿CÓMO ACTUAR?

HIPOXIA EN LAS URGENCIAS

SISTEMATIZACIÓN DE SU ABORDAJE Y MANEJO CLÍNICO

CASO CLÍNICO 1:

Varón de 87 años con antecedentes significativos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), síndrome mielodisplásico complicado con anemia de enfermedad crónica, apnea obstructiva del sueño, injerto de derivación de arteria coronaria e intervenciones percutáneas coronarias por enfermedad arterial coronaria, con más de 1 año de historia de disnea de esfuerzo. Se presentó en el servicio de urgencias con 1 a 2 semanas de empeoramiento de la disnea de esfuerzo. El paciente afirma que su disnea empeora con cualquier movimiento.

En el servicio de urgencias, sus signos vitales estaban estables y no había hipoxia en reposo pero, al ponerse de pie, se observó una desaturación abrupta de O₂, en un oxímetro de pulso al 86% con aire ambiente. Los estudios de laboratorio mostraron un nivel de hemoglobina de 8,2 g/dl, por debajo de los 9,6 g/dl de 2 semanas antes. La radiografía de tórax y el ECG no mostraron procesos agudos. Se transfundió 1 unidad de concentrado de glóbulos rojos y fue internado en la sala de Clínica Médica para su manejo posterior.

CASO CLÍNICO 2:

Niña de 2 años previamente sana con esquema de vacunación completo, fue atendida en el servicio de urgencias por presentar letargo, fiebre, rinorrea y disnea. En el examen, el color de piel y las mucosas era normal, sin aumento del trabajo respiratorio. Signos vitales notables: Frecuencia cardíaca 137/min. Frecuencia respiratoria: 23, T° 37,8; SpO₂ 65% en aire ambiente, mejorado a 78% con máscara de

no reinhalación de 15 litros. La auscultación pulmonar y los ruidos cardíacos eran normales, sin soplos y, por lo demás, un examen normal. Se realizó un análisis de gases en sangre arterial (GSA) que mostró una saturación de O₂ (SO₂) de 96%

¿QUÉ ES LA HIPOXIA?

La hipoxia aparece cuando los tejidos reciben una cantidad inadecuada de O₂. Esto conduce a la interrupción de la función celular y puede ocurrir un cambio hacia el metabolismo anaeróbico y la subsiguiente acidosis láctica. Si bien el bajo contenido de O₂ en la sangre, también conocido como hipoxemia, es una de las principales causas de hipoxia, no es la única.

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES ETIOLOGÍAS DE LA HIPOXIA?

La hipoxia se puede dividir mejor en 4 categorías principales:

- Hipoxemia
- Hipoxia anémica
- Hipoxia isquémica/estancada
- Hipoxia histotóxica

HIPOXEMIA

Es la hipoxia que se refiere al estado de baja concentración de O₂ en la sangre, y depende en gran medida de 5 factores clave:

- Altitud: a medida que la persona se desplaza a mayores altitudes, la presión barométrica cae, lo que lleva a la disminución de la

cantidad de O₂ inspirado, a pesar de una FiO₂ estable. En la altitud extrema, el pulmón sano no contaría con suficiente O₂ en el aire inspirado para ser suministrado adecuadamente al metabolismo tisular.

- **Ventilación:** La ventilación se refiere al suministro de gases a los alvéolos y está directamente relacionada con la eliminación de CO₂. La hipoventilación conduce a la acumulación de CO₂, disminución de la depuración de CO₂ y la subsiguiente disminución de la concentración de O₂ alveolar. En muchos procesos de enfermedad, un aumento en el CO₂ en sí mismo puede generar un mayor trabajo respiratorio y se correlaciona con la distensibilidad pulmonar y la resistencia de las vías respiratorias. Por ejemplo, un paciente con una exacerbación aguda del asma tendrá una resistencia elevada en las vías respiratorias, lo que exacerbará el trabajo respiratorio.

- **Difusión de oxígeno:** es la capacidad del O₂ para pasar por los alvéolos y rodear las membranas capilares de manera efectiva. El transporte puede verse afectado por un proceso patológico tisular primario, como en la fibrosis pulmonar.

- **Coincidencia de ventilación/perfusión (V/Q):** existe un equilibrio entre la oxigenación de los alvéolos y el flujo sanguíneo a través de sus capilares. La discrepancia entre estos dos factores aparecerá cuando la sangre fluya a través de los alvéolos con una ventilación inadecuada o no llegue a los alvéolos que tengan una ventilación adecuada. Ejemplos de esto son la embolia pulmonar, en la que se obstruye la perfusión y, el estado asmático, en el que el colapso de las vías respiratorias provoca atrapamiento de aire y obstrucción de la ventilación. El desajuste puede corregirse inhalando un exceso de O₂, ya que incluso las áreas pulmonares mal ventiladas recibirán un flujo de O₂ adecuado. Es importante tener en cuenta que, en estado normal, la coincidencia de ventilación/perfusión es heterogénea en diferentes áreas del pulmón, y que se exagera bajo ciertas condiciones que afectan la falta de coincidencia V/Q (por ej., asma, neumonía).

- **Derivación o cortocircuito de la sangre:** se refiere al cortocircuito del proceso por el cual la sangre recibe oxigenación. En otras palabras, la sangre ingresa a la circulación sistémica antes de recibir la oxigenación adecuada. Los ejemplos clásicos de cortocircuito del torrente san-

guíneo ocurren con defectos anatómicos como los del tabique interventricular. Otro ejemplo, es la presencia de un tapón mucoso en un bronquio principal, que impedirá que llegue O₂ a los alvéolos y finalmente alcance la sangre. En cualquier caso, una fracción de O₂ inspirado no llenará los alvéolos que están recibiendo la sangre, y por lo tanto, la hipoxemia no se corregirá.

HIPOXIA ANÉMICA

La hipoxia puede ocurrir si la sangre tiene una capacidad de transporte de O₂ críticamente baja.

Los cambios agudos en el nivel de hemoglobina (como la anemia por pérdida de sangre aguda y el shock hipovolémico) pueden provocar una disminución del transporte de O₂ a los tejidos. La hipoxia también puede resultar de cambios en la funcionalidad de la hemoglobina, como en la intoxicación aguda por monóxido de carbono, donde hay muchas moléculas de hemoglobina que simplemente no pueden unirse al oxígeno.

HIPOXIA ISQUÉMICA/ESTANCADA

La hipoxia puede resultar de una disminución crítica del flujo de sangre oxigenada a los tejidos periféricos.

Condiciones sistémicas, como el shock cardiogénico, pueden provocar una disminución de la oxigenación de la sangre durante el intercambio gaseoso pulmonar, así como un suministro global inadecuado de sangre a los órganos centrales y periféricos. Las condiciones localizadas pueden impedir la difusión celular de O₂ (como en el edema tisular grave) o impedir focalmente el flujo de sangre oxigenada (como en el daño u obstrucción arterial).

HIPOXIA HISTOTÓXICA

La hipoxia puede deberse a la baja utilización de O₂ por los tejidos. Esto puede ocurrir con venenos celulares directos (sobredosis de cianuro, colchicina) o demanda anormalmente elevada de O₂ tisular (neoplasia maligna).

¿CUÁNDO SE DEBE SOSPECHAR HIPOXIA?

Si bien no existe un valor de laboratorio único para medir directamente la hipoxia, debe ser sospechada en cualquier paciente con ansiedad, confusión e inquietud, que pueden ser signos tempranos de hipoxia y pueden preceder a los cambios en los signos vitales.

El sello distintivo de la hipoxemia es la SpO₂ baja, una de las principales causas de hipoxia, y se puede sospechar en cualquier paciente con una saturación de O₂ <90% (o <88% en pacientes con enfermedad pulmonar crónica).

La acidosis láctica se puede desarrollar en respuesta al metabolismo anaeróbico, por la hipoxia tisular o por aumento de la oleada de catecolaminas, y puede detectarse en la gasometría.

APROXIMACIÓN A LA HIPOXIA

1- ESTABILIDAD DEL PACIENTE:

verificar el estado general y los signos vitales. La toma de decisiones para cualquier paciente en el servicio de urgencias es fundamental realizar una evaluación rápida pero exhaustiva para determinar si la persona está "enferma o no enferma".

> Estado general

¿Cuál es el aspecto del paciente? ¿Está cómodo o en un estado de angustia aguda? ¿El paciente muestra algún comportamiento que pueda ser un signo clínico, por sutil que sea, de "anormalidad"?

> Evaluación de las vías aéreas, la respiración y la circulación

En cualquier paciente que pueda estar experimentando una enfermedad crítica (incluida la hipoxia) lo correcto es evaluar las vías respiratorias, la respiración y la circulación.

¿El paciente está protegiendo sus vías respiratorias? Aunque es raro, la hipoxia puede deberse a un estrechamiento crítico de las vías respiratorias dando lugar al estridor en la auscultación pulmonar. En los niños, la presencia de estridor laríngeo obliga a la búsqueda de una obstrucción de las vías respiratorias superiores. Se puede observar hipoxia por una lesión grave por inhalación de humo, que puede presentarse con estertores y ronquidos, y provocar un compromiso inminente de las



vías respiratorias.

¿Los ruidos respiratorios están presentes bilateralmente?

Mientras que el neumotórax a tensión se asocia con síntomas clásicos de dificultad respiratoria y desviación traqueal, solo la mitad de los casos pueden presentarse con hipoxia franca.

¿La pared torácica sube y baja por igual?

Los pacientes con fracturas costales significativas que provocan una pared torácica inestable pueden tener una ventilación inadecuada y desarrollar hipoxia, así como hipercapnia y acidosis.

¿El paciente está taquicárdico? ¿Los pulsos distales están presentes?

Los pulsos filiformes pueden indicar pérdida de volumen intravascular. En el paciente con trauma cerrado, esto puede ser una manifestación de shock hemorrágico, siendo vital la reanimación, para prevenir la hipoxia tisular. En el paciente con infección grave, la taquicardia puede ser la manifestación de cambios de fluidos mediados por la inflamación y la subsiguiente hipoperfusión de los órganos diana y el daño isquémico.

> Signos vitales

En cualquier paciente inestable es crucial obtener un conjunto completo de signos vitales, que probablemente sean anormales y pueden ayudar a dilucidar la etiología subyacente de la inestabilidad del paciente.

Es más probable que la hipoxia aguda se manifieste con un aumento de la frecuencia respiratoria (>24) y un aumento de la frecuencia cardíaca (>100), pero la normalidad de la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca no debe excluir la posibilidad de hipoxia.

En enfermedades con hipoxemia e hipercapnia, además de la frecuencia respiratoria, el organismo intentará aumentar el volumen corriente con el objetivo de aumentar la ventilación alveolar. Los pacientes con pérdida brusca del volumen intravascular pueden desarrollar taquicardia e hipotensión y, a medida que empeora la hipovolemia, aumentando la frecuencia respiratoria para compensar la hipoxia tisular subsiguiente.

Los pacientes con hipotensión arterial pueden tener hipoxia por mala perfusión y justifica una pronta investigación de la causa subyacente. Los pacientes hipóxicos por shock séptico pueden ser hipertérmicos o hipotérmicos. Esto puede ser mejor identificado midiendo la temperatura central (como la temperatura rectal).

La lectura de la oximetría de pulso es propensa a imprecisiones, especialmente en pacientes inestables, y siempre debe ser considerada en un contexto clínico.

2- HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO

En el paciente inestable, la historia puede ser limitada. Sin embargo, en el paciente estable es importante hacer una historia clínica y un examen físico completos, siendo éste el primer paso importante

¿El paciente tiene antecedentes de enfermedad cardíaca o pulmonar?

Los pacientes con enfermedad cardiovascular preexistente tienen más probabilidades de desarrollar una hipoperfusión de los órganos terminales y un estado hipóxico posterior.

Los pacientes con enfermedad pulmonar subyacente son propensos a desarrollar cambios fisiológicos que aumentan el riesgo de hipoxemia y la subsiguiente hipoxia, incluyendo disminución del impulso ventilatorio, procesos obstructivos de las vías respiratorias, exudados intraalveolares, engrosamiento del tabique alveolar, inflamación y fibrosis, y daño alveolocapilar.

¿Hay antecedentes de tabaquismo?

El tabaquismo se asocia con mayor riesgo de hipoxia, por la alteración fisiológica de la función pulmonar. Los niveles de monóxido de carbono en sangre suelen estar elevados en los fumadores crónicos, en quienes se han informado elevaciones graves y síntomas de hipoxia.

¿Cirugías recientes?

En el postoperatorio, los pacientes están más propensos a sufrir atelectasias, neumonía y embolismo pulmonar, patologías que pueden cursar con hipoxia.

Revisión de sistemas: muchos pacientes con hipoxia presentan disnea o aumento del trabajo respiratorio, pero también confusión o sensación de lentitud. La cefalea

puede ser el único síntoma de hipoxia en pacientes con intoxicación aguda por monóxido de carbono (CO).

> Examen físico

El aspecto general del paciente puede orientar sobre la etiología.

- La cianosis puede aparecer primero en los labios y en la punta de los dedos distales y ser un signo de hipoxemia grave. La decoloración cutánea difusa, opaca y roja puede ser un signo de toxicidad por cianuro.
- La palidez puede ser un signo de anemia por pérdida de sangre aguda.
- Los estertores crepitantes en la auscultación pulmonar pueden indicar insuficiencia cardíaca si es bilateral o neumonía lobar si es focal y unilateral.
- La ausencia de sonidos respiratorios puede indicar un derrame o un colapso pulmonar.
- Las extremidades distales pueden estar calientes en el shock distributivo o frías y pegajosas en un paciente con hemorragia.
- La piel y las mucosas de color rojo cereza son hallazgos post mortem habituales en la intoxicación, de hecho, son poco frecuentes en la presentación.
- El paciente puede estar alterado e inquieto en el examen neurológico.

La aparición macroscópica de sangre en el examen rectal puede indicar anemia por pérdida aguda de sangre.

3- EVALUACIÓN ADICIONAL

> Saturación arterial de O₂ (SaO₂).

La SaO₂ describe la cantidad de O₂ unido a la hemoglobina y los valores normales oscilan entre 95% y 100%.

Un medio rápido de evaluar esto es con oximetría de pulso. Basándose en la absorción conocida de luz en longitudes de onda particulares de sangre oxigenada y desoxigenada, la oximetría de pulso utiliza la espectrofotometría para calcular la SaO₂ estimada (SpO₂). La precisión de esta medición depende en parte de la fuerza precisa de la señal traducida en forma de onda y que normalmente debería ser nítida, con una muesca

dicrótica clara.

Los estados de baja perfusión tendrán formas de onda sinusal de baja amplitud. En estos pacientes (como aquellos con gasto cardíaco bajo, vasoconstricción periférica o hipotermia), las mediciones de la SpO₂ deben tomarse con precaución.

Las lecturas de la SpO₂ también deben tomarse con precaución en pacientes con esmalte de uñas, que puede interferir significativamente con la absorción de luz en las longitudes de onda utilizadas por la oximetría de pulso, así como en pacientes con pigmentación de piel más oscura.

Es importante tener en cuenta que la SpO₂ suele ser inexacta en pacientes con intoxicación por CO. De hecho, dado que la oxihemoglobina y la carboxihemoglobina tienen propiedades de absorción similares para la luz roja, en pacientes con envenenamiento por CO; la oximetría de pulso a menudo estimará la SaO₂ verdadera como normal o falsamente elevada; esta propiedad de absorción es también la razón por la cual los pacientes con intoxicación por CO presentan color rojo cereza.

La metahemoglobinemia es otra enfermedad en la que sus propiedades de absorción de la luz roja harán que la oximetría de pulso no sea confiable y es la razón por la cual una toxicidad significativa suele cambiar las estimaciones de SaO₂ de la oximetría de pulso, cercana al 85%.

También hay que tener cuidado al usar la oximetría de pulso para medir la tendencia de la SO₂ en pacientes en estado crítico, en quienes se ha demostrado que los efectos de la acidosis y la anemia interfieren con la correlación de las estimaciones de la oximetría de pulso y la SaO₂ verdadera.

Los oxímetros de pulso nuevos, de múltiples longitudes de onda, diseñados para medir la metahemoglobina y la carboxihemoglobina, pueden mejorar las capacidades futuras del monitoreo del O₂.

> Análisis de gases en sangre arterial (GSA)

El análisis de GSA proporciona información sobre la ventilación alveolar, la oxigenación y el equilibrio

ácido-base.

En la evaluación de estos procesos fisiológicos clave, los GSA miden la presión parcial de O₂ arterial (PaO₂) y de CO₂ (PaCO₂) y, en comparación con la oximetría de pulso, es una herramienta más definitiva para evaluar la oxigenación y la ventilación. La PaO₂ normal se halla entre 80 y 100 mmHg y, como causa de la hipoxemia, los valores inferiores pueden indicar hipoxia. El conocimiento de su valor también es útil en el manejo de pacientes con soporte ventilatorio.

La PaCO₂ normal se considera de 35 a 45 mmHg, y sus niveles pueden estar elevados en situaciones de aumento del metabolismo o disminución de la ventilación; en cualquier caso, la agudeza de la hipercapnia se puede evaluar sobre la base de cualquier cambio concurrente en el ion bicarbonato (HCO₃).

Las elevaciones de la PaCO₂ con respecto al valor inicial en la dificultad respiratoria asociada al aumento del trabajo respiratorio pueden indicar insuficiencia respiratoria y servir como indicación para soporte ventilatorio. Mientras que la mayoría de los análisis de GSA miden directamente el pH y la PaCO₂, los cambios de las bases y el HCO₃ se calculan indirectamente; especialmente en pacientes críticos. Estos últimos cálculos pueden ser muy variables y deben interpretarse con cautela.

Esta medición rápida y directa del pH puede ser fundamental en pacientes con trastornos metabólicos, como sepsis grave, cetoacidosis diabética y alcohólica, traumatismo, insuficiencia respiratoria aguda, paro cardíaco y EPOC. En estas situaciones, el análisis de gases en sangre venosa (GSV), que puede ser el preferido clínicamente, por numerosas razones, también es confiable.

Es imperativo interpretar siempre los GSA dentro del contexto clínico del paciente.

La precisión de los datos recopilados a partir de una muestra de GSA es particularmente susceptible a errores, y se debe tener cuidado para confirmar que la muestra de sangre es realmente de naturaleza arterial (y no venosa), eliminar completa y rápidamente cualquier burbuja de aire, inspeccionar si hay coágulos, y que la muestra sea analizada dentro de los 30 minutos

de la hora de recolección.

Las muestras de GSA son aún más propensas a errores en pacientes con PaO₂ elevada, como aquellos con niveles elevados de O₂ suplementario o en quienes se sospecha una fisiología de cortocircuito arterial, así como pacientes con leucocitosis o trombocitosis. El análisis de GSA se debe realizar dentro de los 5 minutos.

> Análisis de gas en sangre venosa (GSVV)

En comparación con los GSA, la punción para GSV suele ser más rápida de realizar, menos dolorosa y conlleva un riesgo más bajo de complicaciones, como lesión y trombosis arteriales. Debido a estos beneficios potenciales, al establecer el estado ácido-base y evaluar la función respiratoria en el servicio de urgencias, se debe considerar el análisis de GSV. Este análisis no es inferior en su capacidad para detectar anomalías ácido-base en enfermedades críticas como la enfermedad arterial coronaria y las exacerbaciones agudas de la EPOC.

Se debe tener precaución en caso de compromiso hemodinámico grave, como en el shock grave o un paro cardíaco, cuando se ha demostrado que el análisis de lactato y pH en sangre venosa es menos confiable.

Por otra parte, si bien GSV puede ser útil en la detección de la hipercapnia arterial, tiene una correlación deficiente con los resultados de los GSA en el análisis de la pO₂ y la pCO₂, y es demasiado impredecible clínicamente.

> Imágenes

Las imágenes del tórax pueden ayudar a determinar la causa subyacente de la hipoxia.

La radiografía de tórax puede ser útil para diagnosticar alteraciones focales de las vías respiratorias, como neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, hiperinsuflación pulmonar y edema pulmonar. Una radiografía de tórax inicial no siempre puede dilucidar una etiología subyacente.

La tomografía computarizada tórax puede ser útil para brindar más detalles. La evidencia de lesión por inhalación de humo puede estar ausente en la radiografía de



tórax inicial, pero servirá como evaluación inicial en tales casos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HIPOXIA

> Hipoxia hipoxémica:

- **Gran altitud:** edema pulmonar de gran altitud.
- **Hipoventilación:** depresores del sistema nervioso central (opioides), hipotiroidismo, neuromuscular (miastenia grave, síndrome de Guillain-Barré), enfermedad nerviosa (lesiones de la columna cervical, lesiones del nervio frénico), lesión de la pared torácica (tórax inestable).
- **Baja Difusión:** edema pulmonar, contusión pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad pulmonar intersticial.
- **Desajuste ventilación / perfusión (V/Q):** embolia pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, taponamiento mucoso, hipertensión pulmonar.
- **Shunt:** Intracardiaco, malformación arteriovenosa, neumonía, atelectasia, síndrome de distrés respiratorio agudo.

> Hipoxia anémica

- Pérdida aguda de sangre anemia, shock hemorrágico, intoxicación por monóxido de carbono, metahemoglobinemia.

> Hipoxia isquémica

- **Global:** shock cardiogénico (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca), shock distributivo (anafilaxia, sepsis grave), shock obstructivo (taponamiento, neumotórax a tensión), aumento de la demanda (convulsiones, escalofríos).
- **Local:** obstrucción arterial, edema intersticial.

> Hipoxia histotóxica

- Intoxicación por cianuro, sulfuro de hidrógeno

¿CÓMO ACTUAR?

GESTIÓN CLÍNICA

> Mantener vía aérea permeable

El primer paso en el manejo de una vía aérea es evaluar si la vía aérea está permeable. Es posible que los pacientes hipóxicos con insuficiencia respiratoria o alteración de la conciencia no puedan proteger la permeabilidad de sus vías respiratorias, por lo que puede estar justificada la intubación endotraqueal. Los pacientes con insuficiencia respiratoria que muestran signos de fatiga (como letargo, aumento del uso de los músculos accesorios, disminución de la frecuencia y profundidad de la respiración) pueden descompensarse sin soporte ventilatorio en los que también puede estar justificada la intubación. El manejo de las vías respiratorias es particularmente importante en las lesiones por inhalación y se puede realizar una evaluación exhaustiva y una estratificación del riesgo de compromiso inminente de las vías respiratorias con broncoscopia de fibra óptica.

> Aumentar el contenido de oxígeno del aire inspirado

El oxígeno suplementario es la piedra angular de la terapia para muchos casos de hipoxia y se puede dividir en dispositivos que proporcionan un flujo bajo de oxígeno, un flujo alto de oxígeno y ventilación con presión positiva. Se debe administrar oxígeno suplementario al 100 % de FiO₂ a cualquier paciente con sospecha de lesión por inhalación en el que el objetivo fisiológico sea revertir y desplazar rápidamente el monóxido de carbono de los sitios de unión de la hemoglobina.

> Ventilación con Presión Positiva

La ventilación no invasiva con presión positiva tiene indicaciones bien estudiadas para las exacerbaciones de la EPOC, las exacerbaciones agudas del asma, el edema pulmonar cardiogénico agudo, el destete de la ventilación mecánica, la insuficiencia respiratoria y la prevención de su empeoramiento, y en pacientes con orden de no intubar. En estos casos, la presión ventilatoria positiva funciona fisiológicamente para aumentar el gasto cardíaco, mejorar el suministro de oxígeno, mejorar la mecánica respiratoria y reducir el esfuerzo respiratorio.

La intubación endotraqueal debe ser considerada en los casos en que la ventilación no invasiva esté contraindicada, como en pacientes con estado mental alterado, vómitos, secreciones copiosas, incapacidad para proteger la vía aérea, obstrucción de la vía aérea superior.

> Mejorar la capacidad de difusión

En los casos agudos de hipoxia por patología pulmonar subyacente, el objetivo general es tratar la causa subyacente, lo que en algunos casos puede implicar mejorar la difusión de oxígeno a través de las membranas alvéolo-capilares. Los diuréticos y los vasodilatadores pulmonares se pueden considerar en casos de edema pulmonar, y los esteroides se pueden considerar en casos de enfermedad pulmonar intersticial. La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es el medio más invasivo para aumentar la capacidad de difusión del oxígeno y su uso está indicado en un subconjunto de casos refractarios de hipoxia.

TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

En última instancia, los casos agudos de hipoxia requieren el tratamiento de la causa subyacente.

- El mal de altura puede requerir tratamiento con esteroides y oxígeno hiperbárico.
- Los pacientes con hipoxia grave por Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) pueden colocarse en decúbito prono para mejorar el desajuste V/Q, mejorar la oxigenación y disminuir la mortalidad.
- El pilar de la terapia para los casos de shock séptico grave puede incluir líquidos, antibióticos y medicamentos para aumentar la presión arterial.
- Los pacientes con pérdida de sangre gastrointestinal aguda y cambios hemodinámicos pueden requerir transfusiones de sangre, particularmente cuando los niveles de hemoglobina alcanzan 7 a 8 g/dL.
- Además de la asistencia de oxigenación y ventilación, los pacientes con hipoxia por shock cardiogénico pueden necesitar un manejo intensivo de líquidos, apoyo con vasopresores o la colocación de un dispositivo de apoyo circulatorio mecánico.
- La hipoxia por isquemia arterial y obstrucción puede requerir interconsulta quirúrgica para terapia intravascular percutánea.

• La hidroxocobalamina, un precursor de la vitamina b-12, debe considerarse un agente de primera línea en el paciente con sospecha de toxicidad por cianuro en quien el tratamiento se une al cianuro tóxico y forma un compuesto estable excretado en la orina.

RESOLUCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

CASO 1:

Este paciente tenía el síndrome platipnea-ortodexia (POS), una enfermedad caracterizada por disnea posicional (platipnea) e hipoxemia en posición vertical (ortodexia). A diferencia de la ortopnea, se alivia al acostarse. Su causa subyacente fue la derivación de sangre a través de un foramen oval permeable (PFO), que es la causa más común del síndrome POS. Generalmente, el POS se presenta en un paciente de edad avanzada con defectos anatómicos cardíacos subyacentes que más adelante en la vida ha desarrollado nuevas anomalías anatómicas o funcionales secundarias que conducen a una fisiología del cortocircuito clínicamente significativa y a la subsiguiente hipoxemia. Este caso destaca la necesidad de mantener un alto nivel de sospecha en los casos que siguen siendo refractarios al tratamiento estándar.

CASO 2:

Esta paciente tenía metahemoglobinemia congénita, que no fue evidente al nacer debido al fenómeno de cambio de hemoglobina. Por lo demás, las personas sanas tienen una pequeña cantidad de metahemoglobina en el cuerpo; esta enfermedad se caracteriza por una deficiencia en la enzima citocromo b5 reductasa (b5R), que interrumpe la vía bioquímica responsable de reducir la metahemoglobina a la hemoglobina normal en la sangre. Se observó que la paciente

tenía un padre con una enfermedad similar. Debe sospecharse metahemoglobinemia en cualquier paciente con cianosis y SpO₂ anormal que no responde al oxígeno suplementario. No siempre se detecta mediante oximetría de pulso y requiere un análisis de los gases en sangre, que demostró una concentración de metahemoglobina del 10,6 por ciento en esta paciente. El diagnóstico formal se realiza con la secuenciación del ADN. El tratamiento primario de la metahemoglobinemia es el azul de metileno y debe administrarse 1-2 mg/kg IV.

PERLAS PARA RECORDAR

- La hipoxia es el suministro inadecuado de oxígeno a los tejidos, y la hipoxemia es solo una de las muchas causas.
- En cualquier paciente con hipoxia que parezca generalmente inestable, es importante evaluar el ABC y los signos vitales del paciente.
- Hay muchos inconvenientes en el uso de la oximetría de pulso, y el análisis de gases en sangre es una herramienta más definitiva en la evaluación y el manejo de la hipoxia de un paciente.
- Si bien existe una variedad de terapias para respaldar y mejorar la oxigenación y la ventilación de un paciente, es importante investigar a fondo y tratar la causa subyacente en cualquier paciente con hipoxia aguda.
- Considerar un diagnóstico diferencial amplio en los casos de hipoxia que permanezcan refractarios al tratamiento estándar.



INTERZONAS

**SERVICIO INTEGRAL
DE AMBULANCIAS
EMERGENCIAS MEDICAS**

Traslados en
unidades
comunes,
con medicos y de
Alta Complejidad



Av. Crovara 989 - Villa Madero
Tel: 4454-0888 / 4655-4448
4652-3334 / 4652-2111



Círculo Médico de Matanza

FORMULARIOS DE FACTURACION

Estimado colega:

Nuevamente, a raíz del aumento en los costos de imprenta, nos vemos en la necesidad de incrementar el valor de los talonarios que proveemos, aunque continuamos cubriendo parte de los mismos.

Le informamos también que los mismos puede bajarlos de nuestra página web: www.cirmedmatanza.com.ar, sin costo para Ud.

COMISION DIRECTIVA

VALORES DE LOS FORMULARIOS:

(vigencia: 1/3/2024)

Recetario y Ordenes: \$2.500.-

Resumen de Prestaciones Obras Sociales: \$3.000.-

IOMA Planilla de Denuncia Alta Complejidad: \$3.000.-

IOMA Prácticas Especializadas: \$3.000.-

Planillas OSDE: \$2.500.-

Planillas SAMI: \$2.500.-

Planillas ODONTOLÓGICAS (todas): \$2500.-

Prescripción de Medicamentos IOMA

Como ya sabe, para prescribir la medicación debe estar seleccionado como primer paso el afiliado, cargando incluso los datos de peso y talla. Antes de continuar con el paso siguiente debe colocar el diagnóstico.

Nueva prescripción

Profesional

Nombre completo	Matrícula provincial	Profesión
PANINI JULIO CARMELO	45826	MEDICO

Afiliado

Sexo	Documento	
Masculino	8118014	

Nombre completo	N.º de afiliado	Estado afiliatorio
PANINI JULIO CARMELO	960811801400	ACTIVO

Peso (kg)	Talla (cm)	Superficie corporal
76	183	1.977 m ²

Diagnósticos

Principal	Alternativo
I10 - Hipertensión esencial (primaria)	Buscar patologías por código o nombre

+ Añadir receta

→ Continuar

Una vez completado todos los datos preliminares del Paciente, debe dar click en el botón “Añadir Receta”. Le aparecerá un nuevo cuadro con “Receta 1”. Debe seleccionar el Tipo de Tratamiento.

Receta 1 ✕

Tipo de tratamiento Sugiere una marca comercial

Seleccione un tipo de tratamiento Tipo de tratamiento

- Seleccione un tipo de tratamiento
- Normal
- Prolongado

Indicaciones sobre cómo tomar el medicamento

Diagnóstico asociado

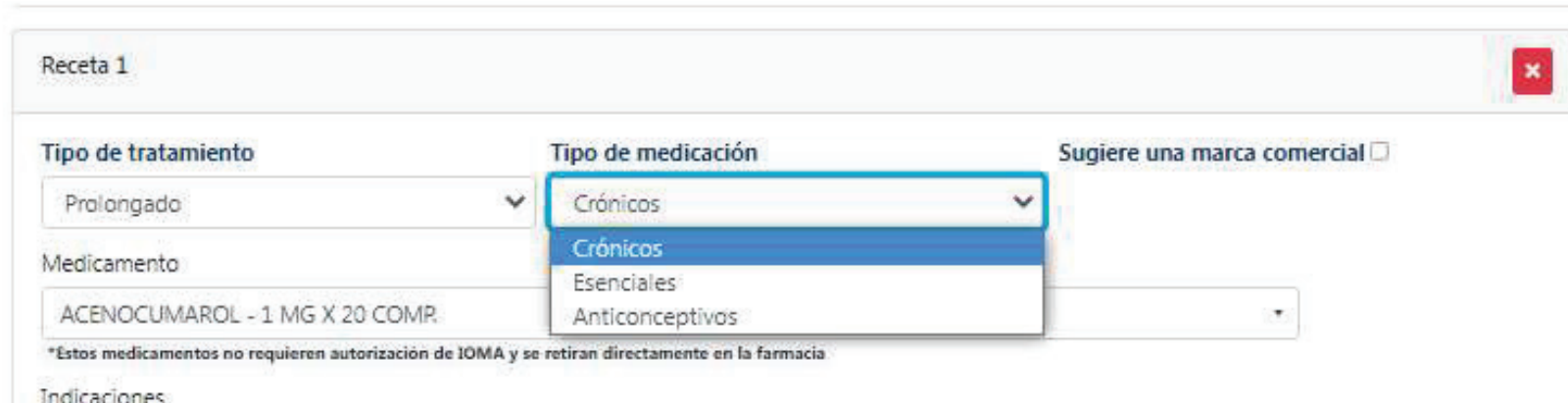
I10 - Hipertensión esencial (primaria)

Cant. s/presentación (envases)	Dosis p/unidad	Dosis p/día	Duración del ciclo en días
1	1	1	1

+ Añadir receta

→ Continuar

Si en tipo de tratamiento Ud seleccionó “Normal”, puede continuar sin más opciones, pero si seleccionó “Prolongado”, al lado pregunta por el “Tipo de Medicación”.



Receta 1

Tipo de tratamiento: Prolongado

Tipo de medicación: Crónicos

Sugiere una marca comercial

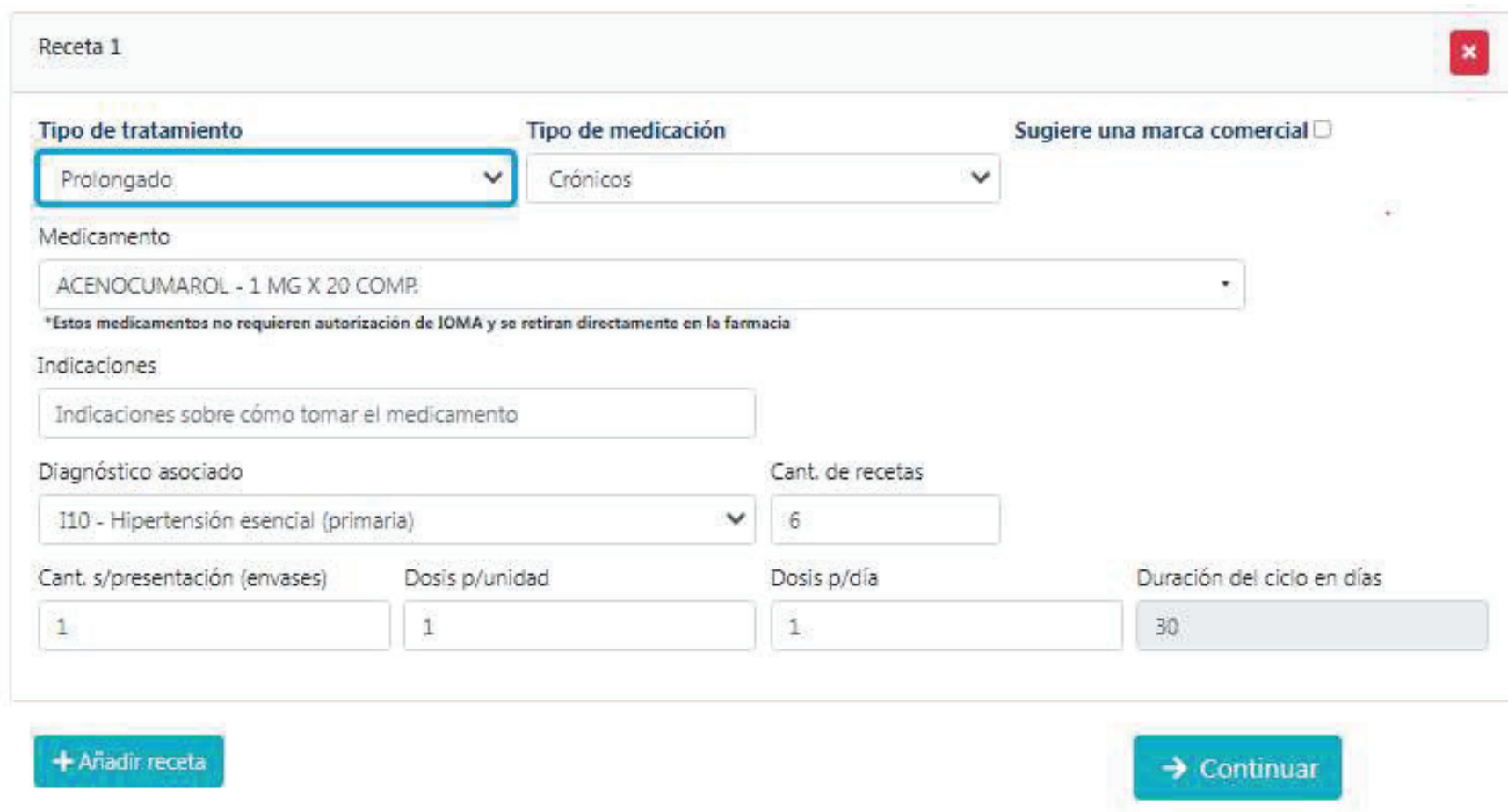
Medicamento: ACENOCUMAROL - 1 MG X 20 COMP.

*Estos medicamentos no requieren autorización de IOMA y se retiran directamente en la farmacia

Indicaciones

Deberá seleccionar el correspondiente:

- A) Seleccionando “Crónicos” permite hacer la receta en un periodo de hasta 1 año y depende del medicamento.



Receta 1

Tipo de tratamiento: Prolongado

Tipo de medicación: Crónicos

Sugiere una marca comercial

Medicamento: ACENOCUMAROL - 1 MG X 20 COMP.

*Estos medicamentos no requieren autorización de IOMA y se retiran directamente en la farmacia

Indicaciones: Indicaciones sobre cómo tomar el medicamento

Diagnóstico asociado: I10 - Hipertensión esencial (primaria)

Cant. de recetas: 6

Cant. s/presentación (envases): 1

Dosis p/unidad: 1

Dosis p/día: 1

Duración del ciclo en días: 30

+ Añadir receta

→ Continuar

NOTA IMPORTANTE: En caso de no figurar en la lista de medicamentos, el que deba prescribir, entonces deberá cambiar la selección previa a “Esenciales”, ya que puede seleccionar de entre las drogas que están en la cobertura del 100%.

- B) Seleccionando “Esenciales”, tal como se aprecia a continuación en la lista de medicamentos al 100% (muy diferente respecto del caso anterior), puede seleccionar hasta una cantidad de recetas de 12 (* en cant de recetas) correspondientes a los 12 meses del año.

Receta 1

Tipo de tratamiento: Prolongado

Tipo de medicación: Esenciales

Sugiere una marca comercial

Medicamento: AMLODIPINA - 10 MG COMPREC.X 30

*Estos medicamentos no requieren autorización de IOMA y se retiran directamente en la farmacia

Indicaciones: Indicaciones sobre cómo tomar el medicamento

Diagnóstico asociado: I10 - Hipertensión esencial (primaria)

Cant. de recetas: 12

Cant. s/presentación (envases): 1

Dosis p/unidad: 1

Dosis p/día: 1

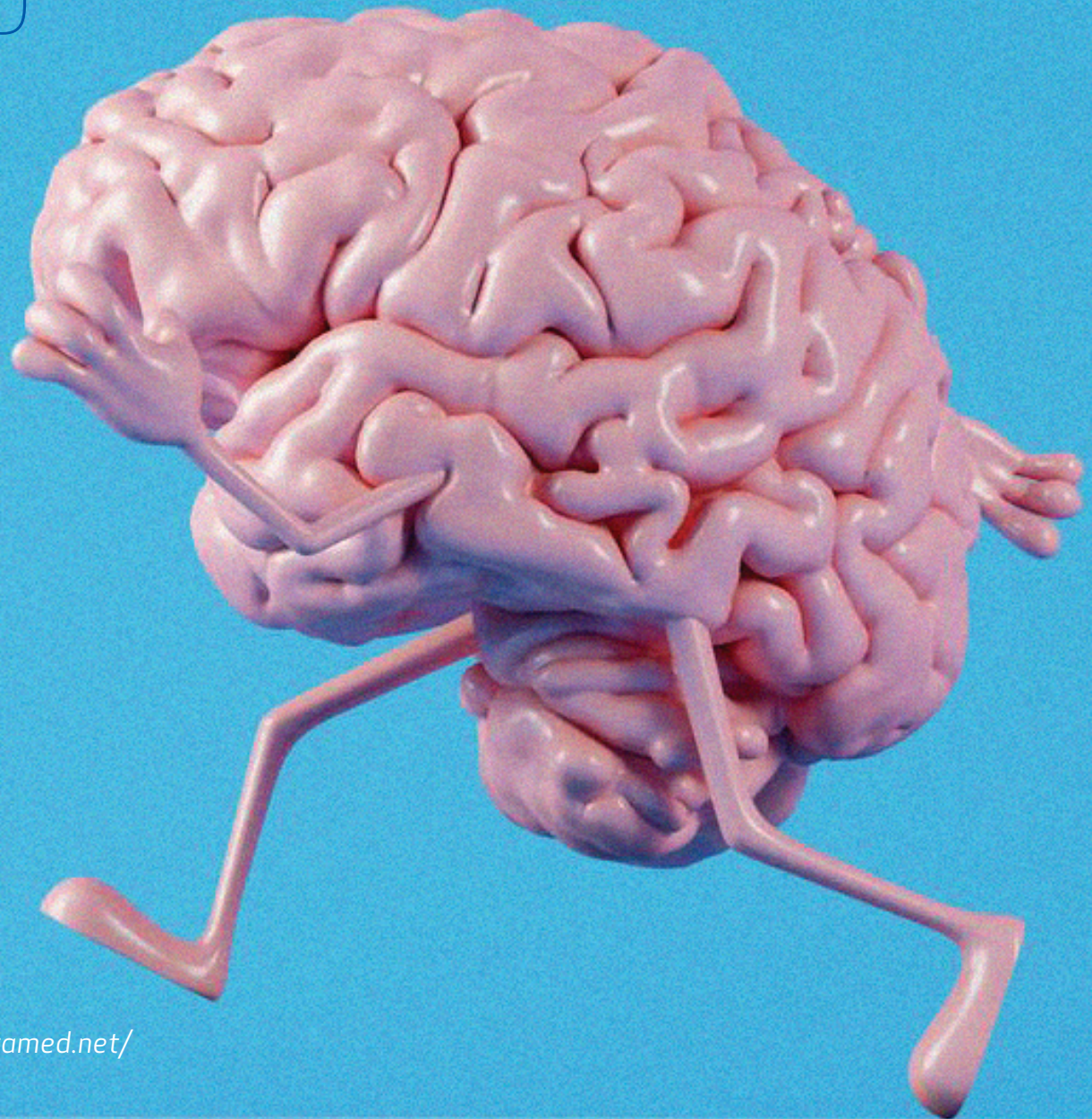
Duración del ciclo en días: 30

+ Añadir receta

→ Continuar

Al terminar de confeccionar la receta, el paciente recibirá en su aplicación la cantidad de recetas con fechas de los meses subsiguientes consecutivos.

¿POR QUÉ EL CEREBRO NECESITA EJERCICIO?



<https://www.intramed.net/>



¿POR QUÉ EL CEREBRO NECESITA EJERCICIO?

LA HISTORIA EVOLUTIVA DE LOS HUMANOS EXPLICA POR QUÉ LA ACTIVIDAD FÍSICA ES IMPORTANTE PARA LA SALUD DEL CEREBRO.

En la década de 1990, los investigadores anunciaron una serie de descubrimientos que alterarían un principio fundamental de la neurociencia. Durante décadas, se entendió que el cerebro maduro era incapaz de desarrollar nuevas neuronas. Una vez que un individuo alcanza la edad adulta el cerebro comienza a perder neuronas en lugar de ganarlas.

Pero se estaba acumulando evidencia de que el cerebro adulto podría, de hecho, generar nuevas neuronas.

En un experimento particularmente sorprendente con ratones, los científicos descubrieron que simplemente correr sobre una rueda condujo al nacimiento de nuevas neuronas en el hipocampo, una estructura cerebral asociada con la memoria.

Desde entonces, otros estudios han establecido que el ejercicio también tiene efectos positivos en el cerebro de los humanos, especialmente a medida que envejecemos, y que incluso puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedad de Alzheimer y otras afecciones neurodegenerativas. Pero la investigación planteó una pregunta clave: ¿por qué el ejercicio afecta al cerebro?

La actividad física mejora la función de muchos sistemas de órganos en el cuerpo, pero los efec-

tos generalmente están relacionados con un mejor rendimiento deportivo. Por ejemplo, cuando camina o corre, sus músculos demandan más oxígeno y, con el tiempo, su sistema cardiovascular responde aumentando el tamaño del corazón y construyendo nuevos vasos sanguíneos. Los cambios cardiovasculares son principalmente una respuesta a los desafíos físicos del ejercicio, que pueden mejorar la resistencia. Pero, ¿qué desafío provoca una respuesta del cerebro?

Responder esta pregunta requiere que reconsideremos nuestros puntos de vista sobre el ejercicio. Las personas a menudo consideran que caminar y correr son actividades que el cuerpo puede realizar en piloto automático. Pero la investigación llevada a cabo durante la última década indicaría que esta sabiduría popular está equivocada.

El ejercicio parece ser tanto una actividad cognitiva como física.

De hecho, este vínculo entre la actividad física y la salud del cerebro puede remontarse a millones de años hasta el origen de los rasgos distintivos de la humanidad. Si podemos entender mejor por qué y cómo el ejercicio involucra al cerebro, quizás podamos aprovechar las vías fisiológicas relevantes para diseñar rutinas de ejercicio novedosas que impulsen la cognición de las perso-

nas a medida que envejecen, trabajo que hemos comenzado a emprender, afirman los autores.

HACIENDO FLEXIONES CON EL CEREBRO

Para explorar por qué el ejercicio beneficia al cerebro, primero debemos considerar qué aspectos de la estructura cerebral y la cognición parecen responder mejor a él. Cuando los investigadores del Instituto Salk de Estudios Biológicos en La Jolla, California, liderados por Fred Gage y Henriette Van Praag, mostraron en la década de 1990 que correr aumentó el nacimiento de nuevas neuronas del hipocampo en ratones, notaron que este proceso parecía estar vinculado a la producción de una proteína llamada factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF).

El BDNF se produce en todo el cuerpo y en el cerebro, y promueve tanto el crecimiento como la supervivencia de las neuronas nacientes.

El grupo de Salk y otros continuaron demostrando que la neurogénesis inducida por el ejercicio está asociada con un mejor rendimiento en tareas relacionadas con la memoria en roedores. Los resultados de estos estudios fueron sorprendentes porque la atrofia del hipocampo está ampliamente relacionada con las dificultades de

memoria durante el envejecimiento humano saludable y se produce en mayor medida en personas con enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. Los hallazgos en roedores proporcionaron una visión inicial de cómo el ejercicio podría contrarrestar esta disminución.

Después de este trabajo en animales, los investigadores llevaron a cabo una serie de investigaciones que determinaron que en los humanos, al igual que en los roedores, el ejercicio aeróbico conduce a la producción de BDNF y aumenta la estructura, es decir, el tamaño y la conectividad, de las áreas clave del cerebro, incluido el hipocampo. En un ensayo aleatorio realizado en la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign por Kirk Erickson y Arthur Kramer, 12 meses de ejercicio aeróbico condujeron a un aumento en los niveles de BDNF, un aumento en el tamaño del hipocampo y mejoras en la memoria en adultos mayores.

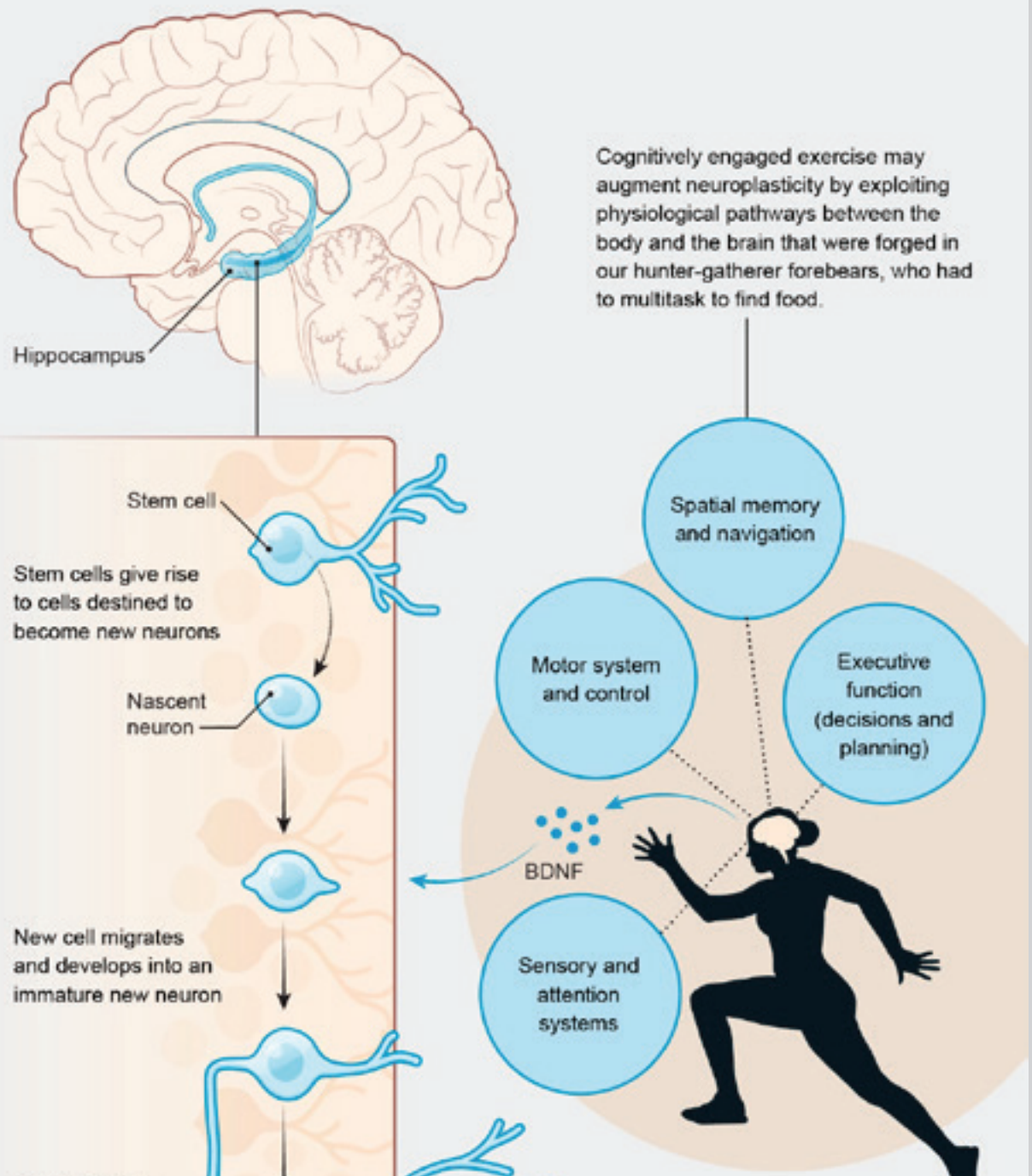
Otros investigadores han encontrado asociaciones entre el ejercicio y el hipocampo en una variedad de estudios observacionales. En nuestro propio estudio de más de 7,000 adultos de mediana edad a adultos mayores en el Reino Unido, publicado en 2019 en *Brain Imaging and Behavior*, demostramos que las personas que dedicaron más tiempo a una actividad física moderada a vigorosa tenían volúmenes de hipocampo más grandes.

Aunque todavía no es posible decir si estos efectos en los humanos están relacionados con la neurogénesis u otras formas de plasticidad cerebral, como el aumento de las conexiones entre las neuronas existentes, los resultados indican claramente que el ejercicio puede beneficiar el hipocampo del cerebro y sus funciones cognitivas.

Los investigadores también han documentado vínculos claros entre el ejercicio aeróbico y los beneficios para otras partes del cerebro, incluida la expansión de la corteza prefrontal. Tal aumento de esta región se ha relacionado con funciones cognitivas ejecutivas más agudas, que involucran aspectos de planificación, toma de decisiones y multitarea, habilidades que,

New Neurons in Aging Brains

Exercise leads to beneficial changes in the adult brain, including the birth of new neurons and increased connections among existing neurons. One of the ways in which physical activity seems to induce this neuroplasticity is by increasing production of a protein called brain-derived neurotrophic factor (BDNF), which promotes neuron growth and survival. Recent research suggests that cognitively engaging the brain during physical activity enhances this process.





como la memoria, tienden a disminuir con un envejecimiento saludable y se degradan aún más en presencia de Alzheimer. Los científicos sospechan que el aumento de las conexiones entre las neuronas existentes,

en lugar del nacimiento de nuevas neuronas, son responsables de los efectos beneficiosos del ejercicio en la corteza prefrontal y otras regiones del cerebro fuera del hipocampo.

VERTICAL Y ACTIVO

Con la creciente evidencia de que el ejercicio aeróbico puede mejorar la salud del cerebro, especialmente en adultos mayores, el siguiente paso fue descubrir exactamente qué desafíos cognitivos plantea la actividad física que desencadenan esta respuesta adaptativa. Comenzamos a pensar que examinar la relación evolutiva entre el cerebro y el cuerpo podría ser un buen lugar para comenzar.

Los homínidos (el grupo que incluye a los humanos modernos y nuestros parientes cercanos y extintos) se separaron del linaje que los llevó a nuestros parientes vivos más cercanos, los chimpancés y los bonobos, entre seis y siete millones de años atrás. En ese tiempo, los homínidos desarrollaron una serie de adaptaciones anatómicas y conductuales que nos distinguen de otros primates. Creemos que dos de estos cambios evolutivos en particular vinculan el ejercicio a la función cerebral de manera que las personas puedan hacer uso de la actualidad.

Primero, nuestros antepasados pasaron de caminar a cuatro patas a caminar erguidos solo con las patas traseras. Esta postura bípeda significa que hay momentos en que nuestros cuerpos se equilibran precariamente sobre un pie en lugar de dos o más extremidades como en otros simios. Para lograr esta tarea, nuestros cerebros deben coordinar una gran cantidad de información y, en el proceso, hacer ajustes a la actividad muscular en todo el cuerpo para mantener nuestro equilibrio. Al coordinar estas acciones, también debemos estar atentos a cualquier obstáculo ambiental. En otras palabras, simplemente porque somos

bípedos, nuestros cerebros pueden estar más desafiados cognitivamente que los de nuestros antepasados cuadrúpedos.

Segundo, la forma de vida de los homínidos cambió para incorporar niveles más altos de actividad aeróbica. La evidencia fósil indica que en las primeras etapas de la evolución humana, nuestros antepasados fueron probablemente simios bípedos relativamente sedentarios que comieron principalmente plantas. Sin embargo, hace unos dos millones de años, a medida que los hábitats se secaban bajo un clima frío, al menos un grupo de humanos ancestrales comenzó a alimentarse de una nueva manera, cazando animales y recolectando alimentos vegetales. La caza y la recolección dominaron las estrategias de subsistencia humana durante casi dos millones de años hasta el advenimiento de la agricultura y el pastoreo hace unos 10.000 años. Con Herman Pontzer de la Universidad de Duke y Brian Wood de la Universidad de California, Los Ángeles, hemos demostrado que debido a las largas distancias recorridas en busca de alimento, la caza y la recolección implican mucha más actividad aeróbica que en otros simios.

El aumento de las demandas en el cerebro acompañó este cambio hacia una rutina más activa físicamente. Cuando buscan comida lejos, los cazadores-recolectores deben inspeccionar sus alrededores para asegurarse de saber dónde están. Este tipo de navegación espacial se basa en el hipocampo, la misma región del cerebro que se beneficia del ejercicio y que tiende a atrofiarse a medida que envejecemos. Además, tienen que escanear el paisaje en busca de signos de comida, utilizando información sensorial de sus sistemas visuales y auditivos. Deben recordar dónde han estado antes y cuándo estaban disponibles ciertos tipos de alimentos.

El cerebro utiliza esta información de la memoria a corto y largo plazo, lo que permite a las personas tomar decisiones y planificar sus rutas, tareas cognitivas que son apoyadas por el hipocampo y la corteza prefrontal, entre otras regiones. Los cazadores-recolectores a menudo también se alimentan en grupos, en cuyo caso

pueden tener conversaciones mientras sus cerebros mantienen el equilibrio y los mantienen ubicados espacialmente en su entorno. Toda esta multitarea está controlada, en parte, por la corteza prefrontal, que también tiende a disminuir con la edad.

Aunque cualquier animal en busca de alimento debe navegar y descubrir dónde encontrar comida, los cazadores-recolectores deben realizar estas funciones durante las caminatas rápidas que pueden extenderse por más de 20 kilómetros. A altas velocidades, la multitarea se vuelve aún más difícil y requiere un procesamiento de información más rápido.

Desde una perspectiva evolutiva, tendría sentido tener un cerebro listo para responder a una serie de desafíos durante y después de la búsqueda de alimentos para maximizar las posibilidades de éxito en esa tarea. Pero los recursos fisiológicos necesarios para construir y mantener dicho cerebro, incluidos los que apoyan el nacimiento y la supervivencia de nuevas neuronas, le cuestan energía al cuerpo, lo que significa que si no usamos regularmente este sistema, es probable que perdamos estos beneficios.

Esta perspectiva evolutiva de la neurociencia sobre el ejercicio y el cerebro tiene profundas implicaciones para los humanos de hoy. En nuestra sociedad moderna, no necesitamos participar en actividades físicas aeróbicas para encontrar comida para sobrevivir. La atrofia cerebral y los declives cognitivos concomitantes que ocurren comúnmente durante el envejecimiento pueden estar en parte relacionados con nuestros hábitos sedentarios.

Pero simplemente hacer más ejercicio puede no dar cuenta del potencial total de la actividad física para mantener a raya el deterioro cerebral. De hecho, nuestro modelo sugiere que incluso las personas que ya realizan mucha actividad aeróbica pueden querer repensar sus rutinas. Es posible que no siempre hagamos ejercicio de manera que aprovechemos al máximo nuestros mecanismos evolucionados para mantener el rendimiento cerebral.

Piense en las formas en que muchos de nosotros hacemos nuestro ejercicio aeróbico. A menudo vamos a gimnasios y usamos una máquina de ejercicios estacionaria; la tarea más exigente cognitivamente en un entrenamiento de este tipo podría ser decidir qué canal mirar en la televisión incorporada. Además, estas máquinas eliminan algunas de las exigencias de mantener el equilibrio y ajustar la velocidad, entre muchos otros desafíos cognitivos intrínsecos del movimiento a través de un entorno cambiante.

¿QUÉ PASA SI ESTA FORMA DE EJERCICIO NOS ESTÁ FALLANDO?

Nuestros antepasados evolucionaron en un mundo impredecible. ¿Qué pasaría si pudiéramos modificar nuestras rutinas de ejercicio para incluir desafíos cognitivos como los que enfrentan nuestros antepasados cazadores-recolectores?

Si podemos aumentar los efectos del ejercicio al incluir una actividad cognitivamente exigente, entonces quizás podamos aumentar la eficacia de los regímenes de ejercicio destinados a aumentar la cognición durante el envejecimiento e incluso alterar el curso de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer.

MOVESE Y PENSAR

De hecho, un número creciente de investigaciones sugiere que el ejercicio que estimula cognitivamente puede beneficiar al cerebro más que el ejercicio que no genera tales demandas cognitivas. Por ejemplo, Gerd Kempermann y sus colegas del Centro de Terapias Regenerativas de Dresde en Alemania exploraron esta posibilidad comparando el crecimiento y la supervivencia de nuevas neuronas en el hipocampo del ratón después del ejercicio solo o después del ejercicio combinado con el acceso a un entorno enriquecido cognitivamente. Encontraron un efecto aditivo: el ejercicio solo era bueno para el hipocampo, pero combinar la actividad física con las demandas cognitivas en un en-

torno estimulante fue aún mejor, lo que condujo a más neuronas nuevas. El uso del cerebro durante y después del ejercicio pareció desencadenar una mayor supervivencia de las neuronas.

Nosotros y otros, afirman los autores, hemos comenzado recientemente a extender estos estudios de animales a humanos, con resultados alentadores. Por ejemplo, los investigadores han estado explorando la combinación de ejercicio y desafíos cognitivos en individuos que experimentan un deterioro cognitivo notable. Cay Anderson-Hanley de Union College en Schenectady, Nueva York, ha probado el ejercicio simultáneo y las intervenciones cognitivas en personas con deterioro cognitivo leve, una condición asociada con un mayor riesgo de Alzheimer.

Ciertamente, se necesita más trabajo en poblaciones como esta antes de que podamos sacar conclusiones firmes, pero los resultados hasta ahora sugieren que las personas que ya están experimentando algún deterioro cognitivo pueden beneficiarse del ejercicio mientras juegan un videojuego mentalmente exigente. En estudios de adultos sanos, Anderson-Hanley y sus colegas también han demostrado que hacer ejercicio y jugar un videojuego cognitivo desafiante al mismo tiempo puede provocar un mayor aumento en el BDNF circulante que el ejercicio solo. Estos hallazgos refuerzan aún más la idea de que el BDNF es fundamental para lograr beneficios cerebrales inducidos por el ejercicio.

Además de las intervenciones especialmente diseñadas, similares a las descritas aquí, es posible que la participación en deportes que requieren combinaciones de tareas cognitivas y aeróbicas sea una forma de activar estos beneficios cerebrales. Por ejemplo, recientemente demostramos que los corredores universitarios de todo el país que se entrenan ampliamente en senderos al aire libre han aumentado la conectividad entre las regiones cerebrales asociadas con las funciones cognitivas ejecutivas en comparación con los adultos

jóvenes sanos pero más sedentarios. El trabajo futuro nos ayudará a comprender si estos beneficios también son mayores que los observados en los corredores que entrenan en entornos menos complejos, por ejemplo, en una cinta de correr.

Queda mucho por descubrir. Aunque todavía es demasiado pronto para hacer recetas específicas para combinar ejercicio y tareas cognitivas, podemos decir con certeza que el ejercicio es un jugador clave para preservar la función cerebral a medida que envejecemos.

Las pautas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. sugieren que las personas deben realizar ejercicio aeróbico durante al menos 150 minutos a la semana a una intensidad moderada o al menos 75 minutos a la semana a una intensidad vigorosa (o una combinación equivalente de los dos). Cumplir o exceder estas recomendaciones de ejercicio es bueno para el cuerpo y puede mejorar la salud del cerebro.

Los ensayos clínicos nos darán mucho más información sobre la eficacia del ejercicio cognitivamente comprometido: qué tipos de actividades mentales y físicas son las más impactantes, por ejemplo, y la intensidad y duración óptimas del ejercicio para aumentar la cognición. Pero a la luz de la evidencia que tenemos hasta ahora, creemos que con una investigación cuidadosa y continua podemos enfocarnos en las vías fisiológicas que unen el cerebro y el cuerpo y explotar la capacidad adaptativa evolucionada de nuestro cerebro para la plasticidad inducida por el ejercicio durante el envejecimiento. Al final, ejercitar tanto el cuerpo como el cerebro durante el ejercicio puede ayudar a mantener la mente aguda de por vida.



XV CURSO DE ADMINISTRACIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD
2024-2025

Organizado por: La Asociación de Profesionales de
Salud Pública del Pdo. de La Matanza

Dirigido a: Profesionales del Equipo de Salud,
Personal Hospitalario/Administrativo/ Otros.

El Curso se dictará
los días Jueves
de 13 a 18 horas
a partir del 11/04/2024
y finaliza el 11/12/2025

COORDINADOR y DIRECTOR:
Dr. Guillermo R. Cubelli

Se desarrollara durante 69
Días, divididos en
3 MÓDULOS
de 23 clases cada uno,
con carácter
Online/Presencial, que totaliza:
600 horas Cátedra

INSCRIPCIÓN E INFORME EN APS (SEDE)

Se realizara a partir del Dia 22 de Enero del 2024
los días Lunes, Miércoles y Viernes de 09:00 a 15:00 hs
CUPOS LIMITADOS

Almafuerte 2953 Piso 1- Dto. A - San Justo
Telefono N°: 20693187
Email: apslamatanza@yahoo.com.ar

VENTANA DEL JUBILADO

EL BOLETÍN DEL CÍRCULO MÉDICO TIENE ÉSTE ESPACIO PARA QUE LOS MÉDICOS JUBILADOS/AS Y PENSIONADOS/AS PUEDAN EXPRESARSE A TRAVÉS DEL MISMO, CONTÁNDONOS SUS EXPERIENCIAS, INQUIETUDES, RELATOS O COMENTARIOS YA SEAN DE TIPO CULTURAL O GENERAL QUE CONSIDEREN DE INTERÉS PARA SER PUBLICADO. ESTA ACTIVIDAD NOS PERMITIRÁ A LOS MÉDICOS ACTIVOS DISFRUTAR DE LOS RELATOS DE NUESTROS MAYORES. EN CASO DE INTERÉS, COMUNÍQUESE CON LA SRA. NATALIA. biblioteca@cirmedmatanza.com.ar Ó AL 4469-6600 INT. 131

ACTIVIDADES DE "CIRCULO MEDICO DE MATANZA"

AV. DE MAYO 743 – R. MEJÍA

TALLER LITERARIO:

Inicia en Marzo

Todos los Jueves de 14 a 16 hs. 1º Piso, Salón Flotante del Círculo Médico de Matanza

INFORMES SOBRE ACTIVIDADES DE CE.ME.JU.MA :

Informes sobre actividades de CE.ME.JU.MA:
4654-4237 ó Fortunata Matina
matina07@gmail.com / Dr. Luis Saimon l556saimon@gmail.com / Dra. Marta Mendez martmarmendez@gmail.com

ACTIVIDADES DE "LA CASA DEL JUBILADO"

EL CENTRO DE MEDICOS JUBILADOS (CE. ME.JU.MA) REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

TACUARI 345 – R. MEJÍA

CURSO DE ITALIANO:

Inicia en Marzo

A cargo de la Profesora Silvana Lapenta.
Informes: 11-5499-9180 / 11-2281-5232
(Informe si es SOCIO del Círculo Médico).
Inicia: 15/03/2024 Lunes y Viernes desde las 14.30 hs.

TALLER DE NARRATIVA:

Inicia en Marzo

Jueves 15 hs., coordinado por la señora Cora Medina.

TALLER DE PINTURA:

Inicia en Marzo

1º y 3º Martes de cada mes, 14.30 hs. Informes e Inscripción: Clara Brunsteins 4659-0112 o al 11- 4421-3907
cbbunst@gmail

CINE DEBATE:

Inicia en Marzo

2º y 4º martes del mes a las 14.30 hs.

ASESORA PREVISIONAL

El Círculo Médico de Matanza cuenta con el servicio de asesoramiento para los jubilados de la entidad y los profesionales activos.

Se trata informar acerca de pases de una

Caja a otra, unificación, etc. y de aclarar las condiciones actuales en que se encuentran las Cajas de Jubilaciones.

Nuestra asesora es la Sra. Matina Fortunata

que tiene su oficina en la nueva "casa del médico jubilado" en la calle: Tacuarí 345, de lunes a vienes de 11 a 15 hs., puede contactarse con ella vía e-mail: matina07@gmail.com ó tel 4654-4237 ó 15-4078-2414.



HOMENAJE...

El 2 de marzo se llevará a cabo un homenaje al Dr. Raul Baracchini.

El Círculo Médico de Matanza y CE.ME.JU.MA. designará al Salón de Reuniones de La Casa del Médico Jubilado de Tacuari 345 R. Mejía, con el nombre de Raúl Baracchini. Se descubrirá una placa en su honor.

Junto a sus familiares y la de otros Centros de Jubilados se rendirán honores a quien tan dignamente a través de su Presidencia defendió los intereses y el respeto de todos los que conforman ésta gran familia.

CE.ME.JU.MA

Centro de Médicos Jubilados de Matanza

NOTA DE AGRADECIMIENTO DE AFILIADO DE OSMECON MÉDICOS...

Ramos Mejía, 22 de febrero de 2024

*Sr. Presidente del Círculo Médico de Matanza
Dr. Guillermo Villafañe*

Esta nota tiene carácter de agradecimiento por la atención brindada por todo el personal de la Secretaría General del Círculo Médico de Matanza.

En especial en la persona de la señora Julieta Cufre, secundada por la señora Marta Pedrosa, en ocasión de los trámites que tuve que realizar ante una grave enfermedad de mi esposa.

Es cuando atravesamos situaciones límite, cuando valoramos en toda su dimensión la actitud de personas que nos pueden ayudar.

Esa fue la experiencia que viví de parte de las personas antes mencionadas, la cara visible de nuestra apreciada SAMI-OSMECON.

Un abrazo,



Dr. Rodolfo Lombardo



FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

NUEVOS VALORES DE OBRAS SOCIALES

Vigencia		01/02/2024	01/11/2023	01/02/2024	01/01/2024	01/02/2024
Obra Social		BANCO PROVINCIA	AAPM	COMEI	PODER JUDICIAL	AMFFA
Codigo		12	46	60	64	67
Facturar con:		Prescripción	Prescripción	Prescripción	Prescripción-autorización web	Prescripción
CONSULTA	BAS	\$ 5.658,00	\$ 3.447,00	\$ 5.016,00	\$ 6.394,00	\$ 7.401,00
42.01.01	B	\$ 6.323,00	\$ 3.852,00	\$ 5.925,00	\$ 8.558,00	\$ 8.097,00
	C	\$ 7.382,00	\$ 4.496,00	\$ 6.722,00	\$ 9.406,00	\$ 8.930,00
DOMICILIO	BAS	\$ 5.658,00	\$ 3.447,00	\$ 5.016,00	\$ 6.394,00	\$ 7.401,00
42.02.01	B	\$ 6.323,00	\$ 3.852,00	\$ 5.925,00	\$ 8.558,00	\$ 8.097,00
	C	\$ 7.382,00	\$ 4.496,00	\$ 6.722,00	\$ 9.406,00	\$ 8.930,00
GALENO QUIRURGICO	A	\$ 273,10	\$ 166,36	\$ 199,17	\$ 437,35	\$ 236,38
	B	\$ 293,75	\$ 178,94	\$ 278,89	\$ 617,32	\$ 333,75
	C	\$ 304,69	\$ 185,61	\$ 358,64	\$ 787,26	\$ 438,23
GALENO PRACTICAS	BAS	\$ 157,67	\$ 96,04	\$ 126,82	\$ 291,80	\$ 143,54
	B	\$ 178,32	\$ 108,62	\$ 161,02	\$ 360,48	\$ 198,40
	C	\$ 184,88	\$ 112,62	\$ 207,05	\$ 451,38	\$ 248,56
GASTO QUIRURGICO		\$ 73,83	\$ 44,97	\$ 66,56	\$ 152,10	\$ 80,05
OTROS GASTOS		\$ 21,27	\$ 12,96	\$ 33,41	\$ 79,60	\$ 33,55
GASTO ECOGRAFIA		\$ 73,51	\$ 44,78	\$ 66,56	\$ 152,10	\$ 63,68
GASTO RX		\$ 83,84	\$ 51,70	\$ 66,56	\$ 152,10	\$ 63,68
GASTO BIOQUIMICO		\$ 178,00	\$ 108,43	\$ 133,93	\$ 298,55	\$ 161,11
Observaciones:			Plan 3000 con autorización			Facturar consultas separadas de las prácticas



FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

NUEVOS VALORES DE OBRAS SOCIALES

Vigencia		01/02/2024	01/12/2023	01/01/2024	01/10/2023
Obra Social		OPDEA	CASA	CAJA NOTARIAL	VETERANOS DE GUERRA
Codigo		85	115	160	171
Facturar con:		Prescripción Requiere inscripción	Prescripción	Prescripción	Planilla y bonos
CONSULTA	BAS	\$ 5.549,00	\$ 3.741,00	\$ 3.925,00	\$ 2.710,25
42.01.01	B	\$ 5.989,00	\$ 4.435,00	\$ 4.511,00	\$ 3.986,75
	C	\$ 7.478,00	\$ 5.445,00	\$ 6.031,00	\$ 5.550,00
DOMICILIO	BAS	\$ 5.549,00	\$ 3.741,00	\$ 3.925,00	\$ 2.710,25
42.02.01	B	\$ 5.989,00	\$ 4.435,00	\$ 4.511,00	\$ 3.986,75
	C	\$ 7.478,00	\$ 5.445,00	\$ 6.031,00	\$ 5.550,00
GALENO	A	\$ 217,74	\$ 226,92	\$ 226,16	\$ 211,93
QUIRURGICO	B	\$ 305,57	\$ 272,13	\$ 316,83	\$ 211,93
	C	\$ 393,39	\$ 354,03	\$ 407,79	\$ 211,93
GALENO PRACTICAS	BAS	\$ 126,28	\$ 127,11	\$ 130,79	\$ 106,05
	B	\$ 162,34	\$ 153,97	\$ 182,84	\$ 106,05
	C	\$ 209,03	\$ 200,51	\$ 235,60	\$ 106,05
GASTO QUIRURGICO		\$ 73,31	\$ 72,73	\$ 68,84	\$ 49,71
OTROS GASTOS		\$ 36,30	\$ 24,89	\$ 17,63	\$ 42,98
GASTO ECOGRAFIA		\$ 73,31	nomencladas todas \$7062,52	\$ 53,90	\$ 44,71
GASTO RX		\$ 73,31	\$ 63,33	\$ 53,90	\$ 57,38
GASTO BIOQUIMICO		\$ 146,86	\$ 181,49	\$ 149,10	\$ 113,40
Observaciones:			Casa Baires facturar por separado		



FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

NUEVOS VALORES DE OBRAS SOCIALES

Vigencia		01/01/2024	01/02/2024	01/01/2024
Obra Social		OSPEPBA	JERARQUICOS SALUD	SADAIC
Codigo		193	197	870
Facturar con:		Bonos Requiere inscripción	Planilla o prescripción	Prescripción
CONSULTA	BAS	\$ 3.762,00	\$ 5.906,00	\$ 7.310,00
42.01.01	B	\$ 3.968,00	\$ 6.659,00	\$ 9.369,00
	C	\$ 3.968,00	\$ 7.259,00	\$ 11.046,00
DOMICILIO	BAS	\$ 3.762,00	\$ 5.906,00	\$ 7.310,00
42.02.01	B	\$ 3.968,00	\$ 6.659,00	\$ 9.369,00
	C	\$ 3.968,00	\$ 7.259,00	\$ 11.046,00
GALENO QUIRURGICO	A	\$ 251,09	\$ 289,11	\$ 478,05
	B	\$ 330,50	\$ 387,60	\$ 717,43
	C	\$ 408,81	\$ 404,01	\$ 955,04
GALENO PRACTICAS	BAS	\$ 164,98	\$ 166,65	\$ 290,88
	B	\$ 215,56	\$ 193,81	\$ 435,43
	C	\$ 286,98	\$ 213,06	\$ 581,05
GASTO QUIRURGICO		\$ 93,00	\$ 96,90	\$ 163,73
OTROS GASTOS		\$ 28,65	\$ 48,92	\$ 62,87
GASTO ECOGRAFIA		\$ 72,15	\$ 96,90	\$ 125,73
GASTO RX		\$ 72,15	\$ 96,90	\$ 125,73
GASTO BIOQUIMICO		\$ 179,30	\$ 161,29	\$ 328,52
Observaciones:		Afiliado abona coseguro consulta "B"\$1650" "C"\$2200"		

OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL

ELIMINACIÓN DE BONOS:

Nos dirigimos a Uds. con el fin de hacerles llegar la Resolución N° 316/2022 recibida de OSPJN en relación al "Nuevo Procedimiento de Validación de Afiliación Activa" a través de la EXTRANET.

Dicha modificación busca eliminar el uso de Bonos emitidos por la Obra Social, autorizando únicamente los que ya fueron emitidos por la misma, a la fecha de emisión de la presente Resolución.

1. La validación se hará en el momento de la consulta o prestación. Se deberá ingresar a la EXTRANET-OSPJN (<https://www.ospjn.gov.ar/Servicios;Extranet;Proveedores>), y completar el usuario y contraseña de la Entidad Primaria a la que pertenece el profesional actuante.
2. Aparecerá la opción de "consulta de afiliado" y allí se completará la información solicitada, ingresando el N° de Afil. y seleccionando una prestación (solamente es informativo).
3. Seleccionar "Buscar" y el sistema validará si el afiliado está "activo" y mostrará el "código" que deberá ser registrado en el RP del profesional actuante. Se volcarán además los datos del afiliado (nombre y apellido, número de afiliado con la barra), datos del profesional (con firma y sello), número de prestador (de la entidad primaria), la leyenda OSPJN, firma del afiliado, diagnóstico y fecha.

Usuario: lgomez@cirmedmatanza.com.ar

Contraseña: ospj429

Las validaciones deben realizarse en el momento en que se presenta el paciente a la consulta/prestación y el código único de validación generado debe indicarse de forma clara, tanto

en las planillas "Detalle de Prestaciones" (CABA) como en las constancias de atención (INTERIOR).

En las prácticas realizadas en el momento de una consulta médica podrán utilizar el mismo código de validación.

PAUTAS TECNICAS PARA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS:

La prescripción de medicamentos se llevará a cabo en recetarios membretados individuales o Institucionales y deberá contener:

- Fecha de confección
- Nombre y apellido del paciente
- Leyenda de la Obra Social: OSPJN
- N° de afiliado COMPLETO que incluya la /...
- Medicamentos: indicar cantidad en número y letra
- Firma y sello del profesional
- N° de prestador del profesional

Toda receta o prescripción médica podrá efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o en su defecto el nombre comercial del mismo seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración.

En cada receta se podrán prescribir hasta 3 (tres) medicamentos, de cualquier tamaño y hasta dos envases de uno de los tres.

En el caso de ser 2 envases de cualquiera de los 3. Se deberá consignar la leyenda: "TRATAMIENTO PROLONGADO" o abreviaturas, TRAT. PROL., por ejemplo.

NO SE ACEPTA LA FORMA: TP.



NUEVOS VALORES

IOMA

VALORES ACTUALES:

(VIGENCIA 10/2023)

CONSULTA "BÁSICA" \$2.598,25

CONSULTA "B" \$3.796,75

CONSULTA "C" \$5.260

CO-SEGURO A CARGO DE IOMA:

CONSULTA BÁSICA \$112

CO-SEGURO CONSULTA "B" \$190

CO-SEGURO A CARGO DEL AFILIADO:

CO-SEGURO CONSULTA "C" \$290

CO-SEGUROS PRÁCTICAS \$190

OSDE

VALORES ACTUALES:

(VIGENCIA 01/12/2023)

CONSULTA 42.01.01 \$6.000



RECETAS ESPECIALES
LENTES DE CONTACTO
OPTICA COMPUTARIZADA

Moreno 42 Ramos Mejía

☎ 4658-7415

www.opticamorenom.com.ar

Descuentos para afiliados de SAMI / OSMECON:

* ARMAZONES Y CRISTALES RECETADOS 25%

* LENTES DE CONTACTO BLANDOS Y

FGP CONVENCIONALES 25%

* SOLUCIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE

LENTES DE CONTACTO 10%

* ANTEOJOS PARA EL SOL 10%



Av. Rivadavia 14130

Teléfono: 4656-4920

pupilentramosmejia@hotmail.com.ar

pupilent ramos mejia

- ARMAZONES Y CRISTALES RECETADOS 25%
- LENTES DE CONTACTO BLANDOS Y FGP CONVENCIONALES 25%
- ANTEOJOS PARA EL SOL 10%
- LENTES DE CONTACTO DESCARTABLES O DE REEMPLAZO FRECUENTE PROGRAMADO 10%
- SOLUCIONES PARA LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DE LENTES DE CONTACTO 10%
- AUDIOLOGÍA 10%

Descuentos para afiliados de SAMI / OSMECON. Estos descuentos aplican con pago de contado, efectivo o con tarjeta de débito o crédito en 1 pago



Estimado/a Prestador/a:

Nos ponemos en contacto con Usted para informarle que desde el **2 de mayo de 2023** y conforme a normativa vigente, la Obra Social del Poder Judicial incorporará la RECETA ELECTRÓNICA (RCTA) como modalidad de acceso de nuestras/os afiliadas/os a la medicación.

Para ello hemos dispuesto una **herramienta** que genera la receta electrónica propiamente dicha.

Se trata de una aplicación llamada **RCTA**, que cuenta con **las siguientes ventajas:**

- **Es de uso gratuito** (no tiene ningún costo para el médico).
- **Podrá incorporar la base de datos de sus pacientes y también las prescripciones de medicamentos ya utilizados** (por genérico o comercial).
- **Cuenta con Vademecum predictivo** incorporado a la app.
- **Podrá prescribir de forma posdatada**, lo que le permitirá emitir la receta de manera más rápida, sin errores.

En caso que todavía no cuente con **RCTA**, lo invitamos a registrarse y ser validado para comenzar a prescribir con esta nueva funcionalidad

Para descargar la app móvil, debe registrarse en <https://rcta.me/>

Para poder usar el recetario en su versión web, desde la computadora, puede ingresar en <https://app.rcta.me/SignUp>

Para consultas sobre la RCTA, puede dirigirse a soporte@rcta.me

IMPORTANTE:

NO OLVIDE INDICAR NÚMERO DE PRESTADOR en el campo ACLARACIONES (Debajo del ítem "medicamentos" en la app) modo contrario, carecerá de validez para nuestros afiliados.

Por último, les hacemos saber que **temporalmente se seguirán aceptando recetas de médicos prestadores con membrete o instituciones prestadoras, así como también la receta en bono oficial OSPJN.**

¡NOVEDAD!

EXCLUSIVO PARA AFILIADOS OSPJN

Nueva modalidad de acceso a la MEDICACIÓN

RECETA ELECTRÓNICA

RCTA

● **100% DIGITAL**

Podrá recibirla y presentarla
en su celular (por mail o whatsapp)

● **YA ESTÁ VIGENTE**

En todo el país (Farmacia Social
o en la Red de farmacias adheridas)

● **ACCESO PERMANENTE**

Podrá acceder a las indicaciones de
su receta evitando pérdidas o problemas
de legibilidad

● **OPCIÓN DE ELECCIÓN**

En caso de 2 o más medicamentos
prescriptos en la receta, podrá comprar sólo uno
sin perder la utilidad de prescripción de
los otros

MÁS INFORMACIÓN en nuestra Página web ospjn.gov.ar
Descargue el instructivo de modelo de receta electrónica OSPJN



OSPJN

RCTA

MODELO DE RECETA ELECTRÓNICA



OBRA SOCIAL DEL PODER
JUDICIAL DE LA NACIÓN

MÉDICO
Matrícula Nac.: 108.1148

Paciente: Alejandro Ferrero
DNI: 34298819
OSPJN - OS. DEL PODER JUDICIAL DE LA NAC
PLAN: Ninguno | Nº Credencial: 37317781

Sexo: Masculino
F. Nacimiento: 14/09/1974

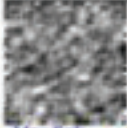
Rp:


ROVARTAL - rosuvastatina - 10 mg comp.rec. x 60 - Tratamiento Prolongado
Cantidad: 1 (uno)
Prestador 4200

Diagnóstico: Dislipemia

Esta receta fue creada por un emisor inscripto en el Registro de Recetarios Electrónicos implementado por el Ministerio de Salud de la Nación.

02/05/2023


Ver link


FIRMA Y SELLO

Médico

CÓDIGO
DE BARRA

VERIFIQUE NRO.
PRESTADOR

FIRMA Y
SELLO
DEL/LA
PROFESIONAL

Link para verificar
CÓDIGO QR

DOMICILIO
DEL/LA
PROFESIONAL



COMUNICACIÓN OBRA SOCIAL JERÁRQUICOS SALUD

Aceptación de recetas con firma ológrafa

Queremos informarles que desde Jerárquicos nos encontramos trabajando en la incorporación a plataformas para la realización de recetas electrónicas, que próximamente esperamos poner en funcionamiento.

Mientras transcurre dicho proceso, continuaremos aceptando únicamente las recetas por original, con la firma ológrafa del profesional.

De igual manera, en caso de que estén actualmente utilizando alguno de los sistemas que existen y deban confeccionar una receta a nuestros Socios, pueden realizar la impresión del comprobante.

Dicho comprobante deberá estar firmado de puño y letra por el mismo profesional tratante que realizó la prescripción electrónica o digital, y estar acompañado del sello correspondiente.

De esa manera, nuestros Socios podrán acercarse a las farmacias de nuestra Cartilla de Prestadores y acceder a la medicación indicada.

Ante cualquier consulta, podrán contactarse con la Línea Exclusiva de prestadores llamando al 0800-888 5040, de lunes a viernes de 8 a 14 horas, o bien podrán escribir al correo electrónico prestadores@jeraquicos.com

Mutual Jerárquicos Salud



prestadores@jeraquicos.com 0800 888 5040

IOMA: RECETA ELECTRONICA

Estimados colegas:

Se encuentra habilitada la utilización de la receta electrónica de IOMA. Para acceder al sistema no se requiere realizar trámite para registrarse, simplemente deberá ingresar al mismo sistema donde ya autoriza sus prestaciones (<https://femecon.tecnotouch.com.ar>) luego de loguearse la pantalla de ingreso tiene una solapa con la leyenda RECETA DIGITAL.



Convenio IOMA-FEMECON

PRESTACIONES CONFIGURACIÓN **RECETA DIGITAL** BAJAR PLANILLA TELECONSULTA DESCONECTARSE

Autorización de Prestación

Tipo de Autorización	On-Line
Código de Autorización	F-7841-BGD
Paciente	PANINI JULIO CARMELO
Partido	SAN ISIDRO
Convenio	FEMECON

Generar otra autorización Finalizar

Al seleccionar la opción, **"RECETA DIGITAL"**, automáticamente lo dirigirá al sitio de IOMA: para confeccionar una receta deberá presionar click sobre el menú lateral superior izquierda **"Cargar prescripción"** (resaltado en amarillo) y cumplimentar los pasos detallados en el **"instructivo general"** (señalado roja la flecha roja)

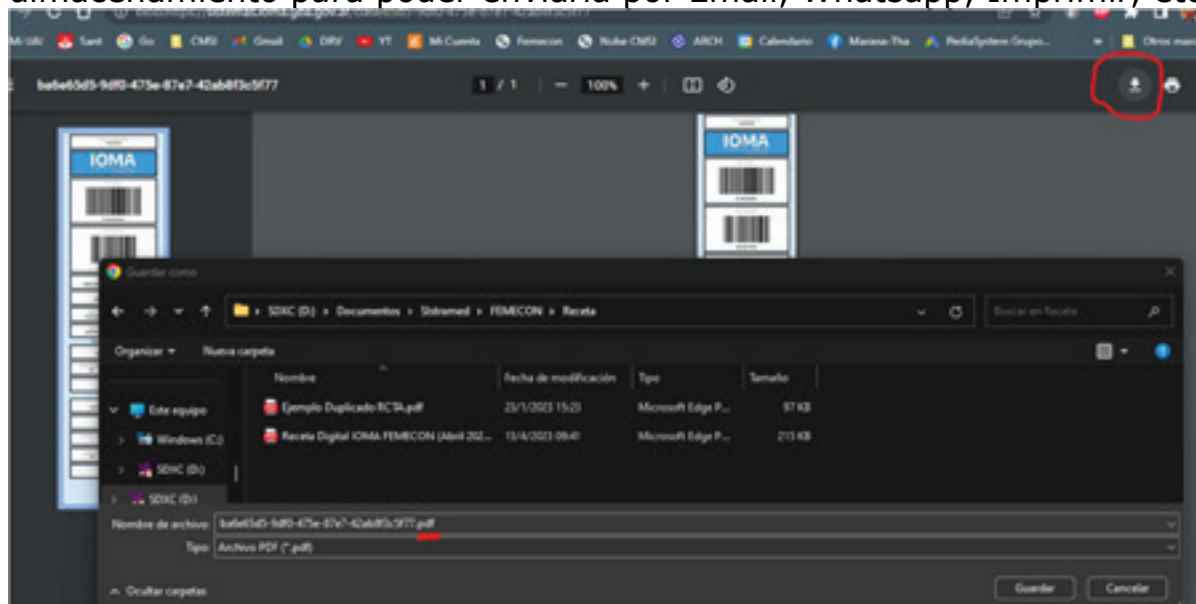


Al leer el instructivo, las dos primeras hojas no deberá tenerlas en cuenta, porque no aplica para el caso de FEMECON ya que el ingreso lo realiza directamente desde la aplicación TECNOTOUCH de FEMECON.

La receta no es necesario, ni obligatorio imprimirla. Si el afiliado utiliza la **app "IOMA Digital"** la recibe directamente, en los casos que no cuentan con dicha app la alternativa es enviarlas por mail o **WHATSAPP**, ya que la Farmacia identifica la Receta por del Número.

Para poder emplear esta metodología, con dispositivos móviles al presionar IMPRIMR, da la opción de descargar el archivo PDF.

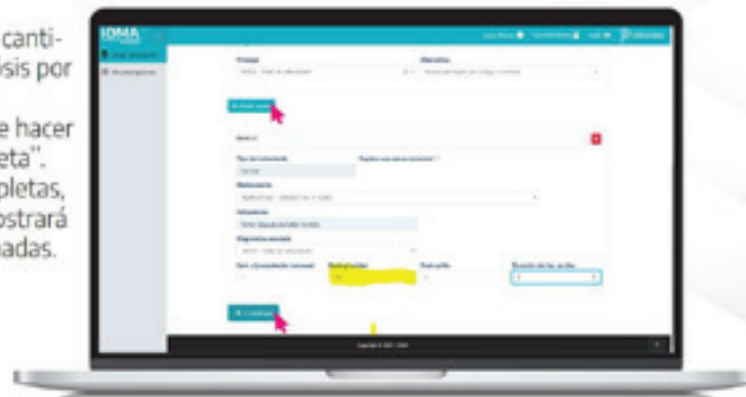
Para el caso de emplear una PC con Microsoft Windows, una vez que Ud. haya seleccionado Imprimir, mostrará la vista previa en PDF. Presionando click en el ícono de descarga en el margen superior derecho (señalado en el círculo rojo a continuación), Ud. podrá guardarla en la unidad de almacenamiento para poder enviarla por Email, Whatsapp, Imprimir, etc



Aclaración:

Durante la confección de la receta en la opción "Dosis p/unidad" puede ocurrir que no permita ingresar valores con decimales y muestre una leyenda que no se puede ingresar valores menores de la unidad. En dichas situaciones anteponer "0". Ej.: si debiera ser 0,5 ingresar 05.

Como siguiente paso, se debe ingresar la cantidad de envases, la dosis por unidad, la dosis por día y la duración en días del tratamiento. Si se desean agregar más recetas, se debe hacer click nuevamente en el botón "añadir receta". Una vez que todas las recetas están completas, al hacer click en el botón continuar, se mostrará una vista previa de las recetas confeccionadas.



Cuando en la receta se indica un psicotrópico, el sistema automáticamente genera el duplicado correspondiente, emite dos recetas similares una de las cuales lleva la leyenda "**DUPLICADO**"

En esta etapa no se podrán generar recetas para 4 meses, similares del "**Plan ambulatorio crónico**". Se están realizando las modificaciones del programa para habilitar dicha posibilidad. Será informado oportunamente su incorporación.

Los equipos de Sistemas de **IOMA**, **FEMECON** y **TECNOTOUCH** se encuentran trabajando interrelacionados permanentemente para resolver e implementar las modificaciones necesarios para resolver los inconvenientes que surjan.

Las inquietudes o inconvenientes que puedan surgir deberán ser vehiculizadas en las entidades correspondientes.



Círculo Médico de Matanza

IMPORTANTE!!

(para los MEDICOS SOCIOS)

Se informa que los subsidios vigentes son los siguientes:

JUBILACIÓN	\$ 100.000.-
FALLECIMIENTO	\$ 100.000.-
MATERNIDAD	\$ 100.000.-
ENFERMEDAD	\$ 25.000.- por mes (hasta 12 meses)

Asimismo los Subsidios mensuales:

JUBILADOS/AS	\$ 20.000.-
PENSIONADOS/AS	\$ 18.000.-

(Nuevos valores desde 3/2024)

SALUD DESTACA LA IMPORTANCIA DE LA
PREVENCIÓN
CONTRA EL
SARAMPIÓN

<http://www.consensosalud.com.ar>





CON EL OBJETIVO DE REDUCIR LA CANTIDAD DE PERSONAS SUSCEPTIBLES A LA ENFERMEDAD Y EVITAR POSIBLES BROTES.

El sarampión es una enfermedad eruptiva febril que puede presentarse en todas las edades, siendo de mayor gravedad en menores de 5 años y personas con inmunocompromiso o desnutrición, en los que puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía, enfermedades del sistema nervioso central, convulsiones, meningoencefalitis, ceguera; y enfermedades de presentación muchos años después del episodio agudo, con desenlace fatal (panencefalitis esclerosante subaguda). Se previene con las vacunas Triple o Doble Viral, que además protegen contra rubéola (Doble o Triple viral) y paperas (Triple Viral).

Los principales síntomas son: fiebre alta, secreción nasal, conjuntivitis, tos y erupción en la cara y cuello que se extiende al resto del cuerpo. Ante la aparición de algunos de estos síntomas es necesario concurrir al médico.

El Calendario Nacional de Vacunación contempla dos dosis de vacuna triple viral a los 12 meses y a los 5 años. Las personas desde los 5 años deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra sarampión y rubéola aplicada después del año de vida (Doble o Triple Viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión y rubéola. Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.

En contexto de viaje al exterior, se recomienda que las personas cuenten con esquema de vacunación adecuado:

- Personas de 6 a 11 meses de vida pueden recibir una dosis de vacuna Triple Viral ("dosis cero") esta dosis no debe ser tenida en cuenta como vacunación de calendario.
- Personas de 12 meses deben recibir una dosis correspondiente al calendario.

- Personas de 13 meses a 4 años inclusive pueden recibir una segunda dosis de vacuna Triple Viral.

- Mayores de 5 años, adolescentes y personas adultas deben acreditar al menos dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión (Doble o Triple Viral) aplicada después del año de vida o confirmar a través de un estudio de laboratorio la presencia de anticuerpos contra sarampión (serología IgG positiva contra sarampión).

Se aconseja considerar aplazar y/o reprogramar el viaje en personas gestantes sin antecedentes comprobables de vacunación o sin anticuerpos contra el sarampión. De igual manera se recomienda a los menores de 6 meses aplazar y/o reprogramar el viaje por no poder recibir la vacuna y ser un grupo de gran vulnerabilidad.

En este sentido, la cartera sanitaria nacional recuerda:

- Concurrir al vacunatorio con el carnet de vacunación para verificar necesidad de completar esquemas
- La vacuna triple viral se puede aplicar junto con las otras vacunas del Calendario Nacional y con la vacuna contra la COVID-19.
- Es gratuita, obligatoria y se aplica en todos los vacunatorios y centros de salud del país.
- Para evitar la reintroducción del virus en el país es indispensable que tengamos el esquema de vacunación completo.
- La vacunación es un acto solidario, protege a quienes reciben la vacuna como a toda la comunidad, lo que implica un beneficio también para quienes no pueden recibirla como personas menores de 1 año o con inmunocompromiso y gestantes.

SITUACIÓN ACTUAL

En lo que va del año, el Ministerio de Salud de la Nación confirmó dos casos de sarampión: un niño de 19 meses, no vacunado con triple viral, en la ciudad de Salta, y otro de 6 años de edad sin vacunación, que ingresó al país procedente de Barcelona (España) el 27 de enero, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Si bien el primer caso requirió internación, ambos casos evolucionan favorablemente.

Gracias a la vacunación sostenida, Argentina interrumpió la circulación endémica del sarampión en el año 2000. Desde entonces se registraron brotes cortos, sin pérdida del status de eliminación. El mayor brote se registró entre las semanas epidemiológicas (SE) 35 del año 2019 y la SE 12 del año 2020, con un total de 179 casos, que se circunscribieron a la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y 19 municipios de la Provincia de Buenos Aires (PBA). En el año 2021 no se registraron casos confirmados. En 2022, se registraron dos casos de sarampión: uno en CABA y otro en Vicente López (PBA): el primero en SE 13 correspondió a un caso importado y el segundo, en SE 28, un caso de origen desconocido. Ambos sin relación entre ellos y sin casos secundarios.

Al igual que como ocurre en el resto de la Región de las Américas, mientras que el sarampión persista circulando en otros países, y ante la disminución de las coberturas de vacunación, Argentina presenta un alto riesgo de importación de casos y desarrollo de brotes.

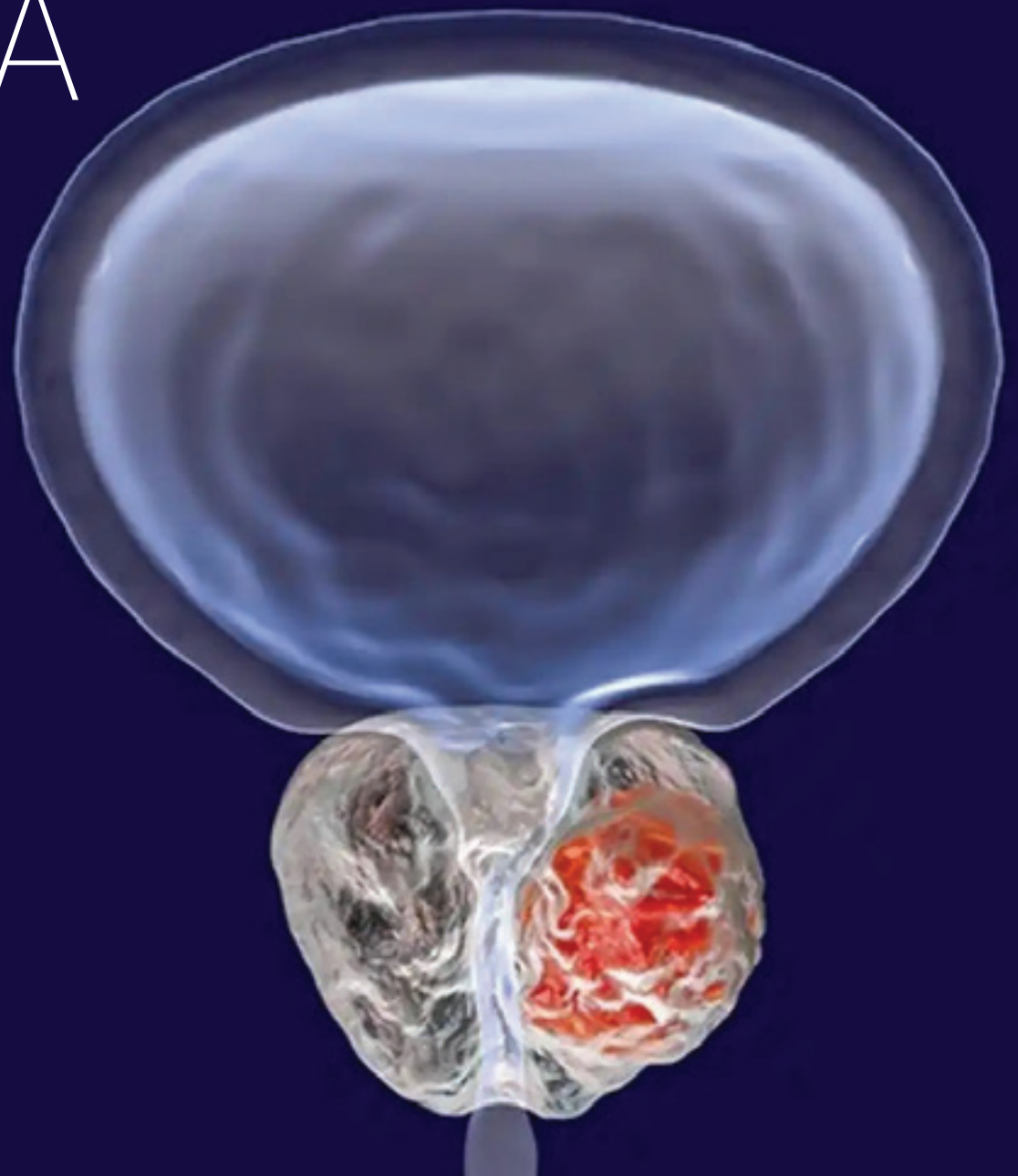
(Ministerio de Salud de la Nación)

EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO HA
AUMENTADO LA DETECCIÓN DE TUMORES

CÁNCER DE PRÓSTATA

EL CÁNCER DE PRÓSTATA (CAP) ES EL TUMOR VISCERAL MÁS FRECUENTE EN EL HOMBRE Y FUE LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE EN LOS HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS LUEGO DEL CÁNCER DE PULMÓN HASTA EL FINAL DEL SIGLO 20.

<http://www.consensosalud.com.ar>





El cáncer de próstata (CAP) es el tumor visceral más frecuente en el hombre y fue la segunda causa de muerte en los hombres mayores de 50 años luego del cáncer de pulmón hasta el final del siglo 20.

En los últimos años varios estudios han evidenciado que gracias a la utilización de programas de diagnóstico temprano, ha aumentado la detección de tumores localizados factibles de curación y la disminución de la muerte a causa del cáncer de próstata. Actualmente, gracias al diagnóstico temprano, el CAP pasó a ser la tercera causa de muerte luego del cáncer de pulmón y del colorrectal.

La detección temprana se asocia a un mayor índice de curación. Esto se realiza mediante un control urológico a medida de cada paciente, teniendo en cuenta su edad y la presencia o no de factores predisponentes. El examen digital rectal y el antígeno prostático específico (PSA) siguen siendo los pilares del diagnóstico temprano.

Existen opciones terapéuticas para todos los casos del CAP. No obstante, no todos los casos requieren un tratamiento activo y muchos pacientes con diagnóstico de CAP serán solamente observados. El cáncer de próstata es una enfermedad polifacética que requiere de un enfoque específico para cada individuo. El desarrollo de nuevas tecnologías como la radioterapia de última generación y la cirugía de mínima invasión han permitido tratar esta malignidad en estadios tempranos con mínimas consecuencias para la calidad de vida del paciente.

Una dieta adecuada, el primer aliado para prevenir el cáncer de próstata

La dieta juega un papel fundamental en la salud prostática y podría contribuir en la disminución del riesgo de cáncer. Por eso, es recomendable seguir un plan que incluya los siguientes alimentos:

- Verduras de la familia de las crucíferas, como el brócoli, el repollo y la coliflor.
- Vegetales ricos en omega-3.
- Alimentos ricos en vitamina E como la margarina, los aceites vegetales, frutos secos y semillas, germen de trigo y granos enteros.
- Alimentos ricos en fibra, como los cereales integrales.
- Alimentos ricos en licopeno como el tomate, pomelo rosado y sandía.
- Alimentos ricos en selenio como los frutos secos, mariscos, pescado, salvado de trigo, germen de trigo, la avena y el arroz integral.
- Consumir soja: sus isoflavonas ayudan a reducir los niveles de dihidrotestosterona (DHT), una hormona masculina que favorece el crecimiento excesivo de tejido de la próstata.
- Evitar los picantes, el alcohol, la cafeína y aquellas sustancias que irritan el tracto urinario.
- Disminuir el consumo de carnes rojas y grasas saturadas.
- Beber mucho para mantener la vejiga limpia.

El 40% de los hombres mayores de 50 años padecerá enfermedades prostáticas

La próstata es una glándula del aparato reproductor masculino. Ubicada en la pelvis entre la vejiga y el esfínter urinario, por delante del recto. Contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides.

El 40% de los hombres mayores de 50 años padecerá enfermedades prostáticas en algún momento, y ese porcentaje se incrementa con el paso del tiempo, hasta llegar al 80-90% a los 80 años. Los controles, una dieta equilibrada y el diagnóstico temprano son las claves para su cuidado.

Hiperplasia prostática benigna (HPB)

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una afección asociada al envejecimiento que comienza alrededor de los 40 años y que se caracteriza principalmente por cambios estructurales a ni-

vel de la próstata. Si bien NO se relaciona con el cáncer de próstata, son dos enfermedades que pueden coexistir.

La HPB altera la calidad de vida del individuo pero además, con el tiempo, puede generar un deterioro del músculo de la vejiga, alterar la función de los riñones y llevar a la insuficiencia renal.

Los síntomas de HPB generalmente son

- levantarse a la noche a orinar.
- disminución del calibre del chorro miccional.
- dificultad para iniciar la micción.
- aumento de la frecuencia miccional.
- sensación apremiante de ir al baño ante el deseo miccional y.
- sensación de vejiga ocupada luego de orinar.

Tratamientos

Los tratamientos disponibles se dividen en dos grandes grupos: médicos y quirúrgicos.

Dentro de los tratamientos médicos hay recomendaciones en la dieta que pueden ayudar y diversos grupos de fármacos que mejoran los síntomas.

Dentro de los tratamientos quirúrgicos existen opciones de cirugía mínimamente invasiva sin incisiones con rápida recuperación y cirugías convencionales. La elección de una u otra alternativa depende de cada paciente en particular.

<https://www.intramed.net/>

ASOCIACIÓN ENTRE CAMBIOS EN EL HÁBITO DE EJERCICIO Y MORTALIDAD TRAS UN EVENTO CARDIOVASCULAR

EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO, INSUFICIENCIA CARDÍACA O INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, EL MANTENIMIENTO DEL EJERCICIO REGULAR SE ASOCIÓ CON UNA REDUCCIÓN DE LAS MUERTES POR TODAS LAS CAUSAS

INTRODUCCIÓN

Las pautas actuales recomiendan el ejercicio regular para reducir el riesgo de muerte y morbilidad cardiovascular por todas las causas. Sin embargo, la evidencia que respalda los beneficios del ejercicio en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares (ECV) es escasa porque los estudios sobre la actividad física y la mortalidad se han realizado principalmente en personas sanas y de mediana edad.

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la asociación entre el cambio en los hábitos de ejercicio después de un nuevo diagnóstico de ECV y el riesgo de muerte por cualquier causa, cardiovascular o no cardiovascular.

MÉTODOS

Se analizó la relación entre el cambio del hábito de ejercicio y las muertes por todas las causas, cardiovasculares y no cardiovasculares, en adultos ≥ 60 años entre 2003 y 2012 que se sometieron a dos exámenes de salud consecutivos dentro de los 2 años antes y después del diagnóstico de enfermedad cardiovascular (ECV).

Los niveles de ejercicio en el tiempo libre en cada examen de salud se evaluaron mediante cuestionarios de autoinforme desarrollados a partir del Cuestionario Internacional de Actividad Física.

Se clasificaron en cuatro grupos de acuerdo con los cambios en los hábitos de ejercicio: persistentes que no hacen ejercicio, que abandonan el ejercicio, nuevos de-

portistas y mantenedores del ejercicio.

RESULTADOS

De 6076 participantes, la mediana de edad fue de 72 años y los hombres representaron el 50,6%. Hubo 2871 no practicantes persistentes (47,3%), 754 abandonos del ejercicio (12,4%), 1363 nuevos practicantes (22,4%) y 1088 mantenedores del ejercicio (17,9%).

En comparación con los no deportistas persistentes, los nuevos deportistas y los que mantienen el ejercicio se asociaron con un riesgo reducido de muerte por todas las causas.

La tasa de muerte no cardiovascular fue significativamente menor en los nuevos deportistas y mantenedo-



res del ejercicio que en los no deportistas persistentes. Además, se observaron tendencias hacia la reducción de la muerte cardiovascular en nuevos deportistas y mantenedores del ejercicio.

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este trabajo de cohorte basado en la población a nivel nacional que clasificó a los pacientes de acuerdo con los cambios en los hábitos de ejercicio después de un primer incidente de ECV se resumen en tres puntos principales:

- En primer lugar, el mantenimiento del ejercicio se asoció con un riesgo reducido de muerte cardiovascular o no cardiovascular por todas las causas.
- En segundo lugar, se observó una tendencia de tasas de mortalidad progresivamente más bajas con un aumento del ejercicio de los que no hacían ejercicio persistentemente a los que mantuvieron la actividad.
- Finalmente, entre los pacientes menores de 75 años, aquellos que eran físicamente inactivos tendían a tener un mayor riesgo de muerte cardiovascular y aquellos con un hábito regular de ejercicio tendían a obtener mayores beneficios del ejercicio que sus contrapartes entre los pacientes mayores de 75 años.

> Evaluación única del hábito de ejercicio versus evaluación del cambio en el hábito de ejercicio

Estudios previos ya han descrito no solo que una sola evaluación de los hábitos de ejercicio tiene un poder predictivo limitado en la estimación del riesgo cardiovascular a largo plazo sino también que el cambio en los hábitos de ejercicio entre el momento de la inclusión y la segunda evaluación sigue siendo un predictor independiente de muerte. Además, se debe considerar el impacto del sesgo de selección en la asociación entre los hábitos de ejercicio y la muerte en grandes estudios prospectivos de cohortes, que se basaron principalmente en las pautas de ejercicio contemporáneas.

Por estas razones, se clasificaron a los participantes en cuatro grupos según el cambio de hábitos de ejercicio. Esto puede haber permitido discriminar los beneficios del ejercicio por sí mismo de la influencia de otros fac-

tores de riesgo de confusión que han mejorado gracias a las ganancias acumuladas. Así, el presente estudio confirma los beneficios del ejercicio en la prevención de la muerte, especialmente cuando se consideran los resultados entre los mantenedores de la actividad.

> Cambio de hábito de ejercicio después del diagnóstico de ECV y muerte

Un estudio de cohorte reciente encontró que un mayor nivel de ejercicio no solo tendía a reducir el riesgo de muerte por todas las causas entre los pacientes con ECV, sino que también resultó en un mayor beneficio de supervivencia que en las personas sin ECV. Los presentes resultados fueron consistentes con estos hallazgos y fueron robustos incluso después de ajustar por covariables y posteriormente al análisis en subgrupos divididos según edad, sexo, grado de comorbilidades y tipo de ECV.

> Cambio de hábitos de ejercicio y muerte en adultos mayores

La guía de la OMS describe el impacto del ejercicio regular de intensidad. La inactividad física es un factor de riesgo bien conocido para todas las causas y moderada en todas las causas y muertes cardiovasculares en adultos mayores. Sin embargo, simplemente extrapola la conclusión de estudios que mostraron los beneficios en adultos de mediana edad porque no se estableció un criterio de límite de edad superior.

Pocos estudios hasta la fecha han investigado un grupo específico de personas mayores y algunos estudios no lograron probar que el ejercicio mejora el pronóstico. El estudio actual mostró que comenzar o mantener el ejercicio regular se asoció con un menor riesgo de muerte por todas las causas, cardiovascular o no cardiovascular.

Aunque los resultados entre los nuevos deportistas no fueron estadísticamente significativos para la muerte cardiovascular, fueron consistentes con la tendencia observada en el análisis principal independientemente de varios análisis de sensibilidad y de subgrupos.

En este estudio, aunque los pacientes ≥ 75 años tuvieron beneficios reducidos con respecto a la prevención de

la muerte en comparación con los menores de 75 años, los beneficios fueron estadísticamente significativos. Por lo tanto, los resultados sugieren que la adopción y el mantenimiento del ejercicio regular no deben ser ignorados en pacientes mayores, incluso considerando los beneficios reducidos obtenidos del ejercicio.

> Limitaciones del estudio

El sesgo de recuerdo es una limitación importante porque la información sobre los hábitos se basó en cuestionarios de autoinforme que preguntaban sobre los comportamientos del estilo de vida durante la semana anterior.

Se evaluó el nivel de actividad física antes y después del diagnóstico de ECV mediante un cuestionario con un recuerdo de 1 semana, evaluando la actividad física durante un período de 7 días en lugar de todo el período antes y después del evento cardiovascular. Por lo tanto, el nivel de ejercicio no se pudo definir con precisión.

No se incluyeron ni analizaron varios tipos de actividades físicas, incluido el ejercicio de baja intensidad, las tareas domésticas, las actividades ocupacionales y las actividades físicas relacionadas con el transporte.

Por último, dado que solo la población coreana pudo participar en el estudio, las diferencias étnicas podrían limitar la generalización externa de los resultados.

CONCLUSIONES

El inicio o mantenimiento de al menos 5 días de actividad de intensidad moderada o 3 días de actividad de intensidad vigorosa a la semana se asocia con un riesgo reducido de muertes por todas las causas, cardiovasculares y no cardiovasculares en adultos mayores con ECV recién diagnosticada.

Los resultados respaldan las recomendaciones de salud pública para que los adultos mayores con ECV realicen actividad física. El ejercicio es importante y debe recomendarse.



Estimados Prestadores de SAMI OSMECON:
Le solicitamos que por favor, en los casos en que un afiliado requiera internación programada y/o estudios de alta complejidad, los mismos deberán ser autorizados y diligenciados previamente por SAMI, quien indicará qué prestadores podrán realizar la práctica y/o interconsulta, de acuerdo con el plan al cual pertenezca.
Desde ya, muchas gracias .

Consejo de Administración SAMI OSMECON

MARZO | 03

L	M	M	J	V	S	D
				01	02	03
04	05	06	07	08	09	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

03: Día mundial de la vida silvestre.
05: Día mundial de la eficiencia energética.
20: Semana sin pesticidas.
21: Día internacional de los Bosques.
22: Día mundial del agua.
23: Día meteorológico mundial.
30: Hora del planeta.



<https://grupobranceli.com/>

CALENDARIO AMBIENTAL

MARZO CELEBRA LA HORA DEL PLANETA



CALENDARIO AMBIENTAL

Marzo, un mes que simboliza la transición entre estaciones. El mes inicia con el **Día Mundial de la Vida Silvestre el 3 de marzo**. Esta fecha nos brinda una pausa para valorar la maravillosa diversidad biológica que nuestro mundo ofrece, desde las vastas sabanas africanas hasta las densas selvas tropicales de América. Es un recordatorio de que cada especie, grande o pequeña, desempeña un papel vital en el equilibrio del ecosistema.

El **Día Mundial de la Eficiencia Energética, celebrado el 5 de marzo**, nos insta a considerar cómo consumimos energía en nuestro día a día. Esta fecha nos recuerda la importancia de adoptar hábitos y tecnologías que reduzcan el desperdicio de recursos y minimicen nuestra huella de carbono.

Marzo también nos trae la **Semana Sin Pesticidas que comienza el 20**, resaltando la urgencia de cambiar nuestras prácticas agrícolas y de jardinería para proteger tanto la salud humana como la de nuestros ecosistemas. Seguido de esto, el **21 de marzo, el Día Internacional de los Bosques** celebra esos pulmones verdes del planeta, fundamentales para la calidad del aire que respiramos y hogar de innumerables especies.

El **Día Mundial del Agua el 22 de marzo** nos invita a reflexionar sobre el recurso vital que es esencial para la vida tal como la conocemos, y cómo podemos garantizar que todos tengan acceso a agua limpia y segura. Mientras que el **Día Meteorológico Mundial, el 23 de marzo**, pone en perspectiva la ciencia que estudia los patrones del clima y cómo estos están siendo afectados por la acción humana.

El **30 de marzo, nos unimos globalmente para la Hora del Planeta**, apagando las luces durante una hora como un acto simbólico de solidaridad contra el cambio climático.

OTRAS FECHAS DESTACADAS DE MARZO

Sin embargo, el mes de marzo no solo se centra en el medioambiente. El **Día Internacional de la Mujer el 8 de marzo**, celebra los logros de las mujeres en todas las áreas y recuerda la lucha constante por la igualdad de género. Además, el **11 de marzo marca el aniversario del Accidente de Fukushima en 2011**, un recordatorio sombrío de los peligros potenciales de la energía nuclear y la necesidad de manejarla con extremo cuidado y responsabilidad.

EDITORIAL

**BALDOMERO
FERNÁNDEZ
MORENO
(SAN TELMO
BS.AS. 1886-
FLORES
BS.AS.1950)**

**SETENTA BALCONES HAY EN ESTA CASA
SETENTA BALCONES Y NINGUNA FLOR
¿A SUS HABITANTES, SEÑOR, QUÉ LES PASA?
¿ODIAN EL PERFUME, ODIAN EL COLOR?**

Así comienza el soneto de mayor difusión que escribió el maestro, médico y poeta urbano Baldomero Fernández Moreno.

Nacido en Bs.As., vivió en España hasta los 13 años. Luego regresó a La Plata, La Pampa, Coronel Suárez y Chascomús. Se recibió de médico en la U.B.A. y ejerció su profesión. Escribió más de 20 poemas sobre el campo, por ello se lo conoce como el poeta caminante.

Jorge Luis Borges escribió en la revista "El Hogar" que: "Había ejecutado un acto asombroso y que en 1915 era insólito... Etimológicamente revolucionario, desde el punto de vista poético, había mirado a su alrededor".

Dice verbigracia: "La calle, amigo mío, es vestida sirena// que tiene luz, perfume, ondulación y canto". Así comienza su poema "LA CALLE".

Respecto a las calles de Buenos Aires que tanto recorrió y poetizó, en su libro "A las calles..." dice "Es hermoso de noche ver huir, calle abajo a los tranvías// con un polvo de estrellas en las ruedas// y en la punta del trole una estrellita//..."

En su recuerdo y honor me atrevo a agregar:

LA CALLE DE MI PUEBLO

*La calle de mi pueblo es más ancha que lejana,
¡porque es la calle de mi casa!*

La que corrí, jugué, rodé, raspé mis rodillas.

*La que tiene pedregullo que habla cuando rueda un carro,
que canta cuando cruza un auto,*

que salpica cuando llueve

y se inunda cuando se desborda el río.

Que nos lleva a la laguna en vuelo de gaviota.

Que se escarcha en las mañanas de invierno,

y nos invita a patinar.

Que nos llama a jugar,

a correr con ruedas y autos de madera,

envueltos en nubes de polvo.

Es el viejo Trelew de calles de tierra y acacias silvestres

que exhala aromas de almendro en el viento.

¿Cuál es tu secreto? ¿Por qué despiertas amor en el poeta.?

Porque serás eterna en su memoria.

**Dr. Carlos Fiocchi, Coordinador del Taller Literario
del Círculo Médico de La Matanza**

SEDUCCIÓN DE LA HISTORIA

POR IRMA LEONE

Es una metáfora sobre las relaciones humanas donde Ulises que se caracteriza por su astucia, desarrolla un plan para disfrutar de las sirenas sin comprometerse ni sacrificar su vida.

Mientras, él mismo las seduce con sus atractivos ojos y las histeriquea. Se muestra, las tienta pero no se entrega. Como aquel que se lanza a la conquista de la dama y cuando la consigue le dice "no te enamores" o "yo no te prometí nada".

No puede dejarse ver derrotado ante su tropa, (sus congéneres) vulnerable al abandono, incapaz de soportar una frustración, prefiere la farsa.

Pero las sirenas lo dejan ir, calladas, luciendo sus encantos en medio de un silencio igual a la indiferencia. Éste es el peor insulto para quien vanidosamente pretende haber vencido, aún cuando en su fuero íntimo sabe que perdió.

ENERO

POR SUSANA GAGO

*En busca del silencio
que la ciudad vedaba,
llegué a la carretera
del otro lado del puente.
Era más fresco el aire
más liviano el camino
Mis pasos allí
Bailaban*

ODA A TU DIESTRA

POR GRACIELA FELLER

*Tu brazo, dragón de fuego
Lame curvas peligrosas
Tu mano que solo posas
Es el imán de mi ruego.*

*Con el calor del abrazo
Enciendes la luz del juego
Y en el hueco que no pliego
Tus caricias son ocaso.*

DIM Centros de Salud se unió al primer y más prestigioso Instituto de Oncología en América Latina: Alexander Fleming, para ofrecer un servicio completo y especializado en Oncología

Para brindar una atención prioritaria, los pacientes deberán escanear el QR y luego serán contactados a la brevedad.



Consulta
Médica



Tecnología
de Avanzada



Próximamente
Hospital de Día

