

BOLETÍN

Círculo Médico de Matanza
Miembro de la FE.ME.CON



AGOSTO 2024

UN GRUPO DE CIENTÍFICOS ESTÁ DESARROLLANDO UNA VACUNA UNIVERSAL CONTRA LA GRIPE. LOS PROFESIONALES REVELARON UN ENFOQUE PROMETEDOR PARA EL FÁRMACO, DENOMINADO DE USO ÚNICO Y QUE CONFIERE INMUNIDAD VITALICIA.

INMUNIDAD DE POR VIDA

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. Erick Mendoza Díaz.
Dra. Nanci R. Vergara.

Vocales Suplentes:
Dr. Luis M. Muñoz.
Dr. Miguel A. Orlandi.
Dr. Néstor D. Villarejo.

REVISORES DE CUENTAS

Vocales Titulares:
Dra. Silvia López Méndez..
Dr. Gabriel J. Saliva.
Dr. Gustavo R. Stanislawowski.

Vocal Suplente:
Dr. Mario R. Glustein.

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Vocales Titulares:
Dr. Luis Saimon.
Dr. Isaac N. Fresco.
Dr. Eduardo E. Cappa.

Vocal Suplente:
Dra. Marta M. Méndez.

SUBCOMISIONES

A.C.O.S.:
Dres. Osvaldo Guignes,
Adriana Soto Molina y
Nanci Vergara.

FE.ME.CON.:
Dres. Silvio Temnik y
Guillermo Villafañe.

Acreditación y Categorización:
Dres. Luis Saimon
y Miguel Socci.

Científica y Cultural:
Dres. Luis Saimon
y Miguel Socci.

Prensa y Difusión:
Dres. Marta Méndez,
Luis Saimon
y Miguel Socci.

Gremiales:
Dres. Mario Glustein
y Osvaldo Guignes.

Subsidios y Caja:
Dres. Enrique Arrigazzi,
Pedro Deambrogio
y Luis Saimon.

Deportes:
Dres. Osvaldo Guignes,
Erick Mendoza Díaz,
Luis Muñoz
y Miguel Orlandi.

A.ME.JU.:
Dres. Enrique Arrigazzi,
Pedro Deambrogio,
Marta Méndez
y Luis Saimon.

Legales:
Dres. Enrique Arrigazzi,
Claudio Berra
y Miguel Orlandi.

Sistemas:
Dres. Aldo Dazza
y Adriana Soto Molina.

Recursos Humanos:
Dres. Osvaldo Guignes
y Adriana Soto Molina.

Construcción:
Dres. Aldo Dazza,
Pedro Deambrogio
y Mario Glustein.

SAMI - OSMECON:
Dres. Aldo Dazza,
Mario Glustein,
Silvia López Méndez,
Marcelo Lubovitsky
y Erick Mendoza Díaz.

Fundación Médicos
de Matanza:
Dres. Enrique Arrigazzi,
Claudio Berra,
Pedro Deambrogio,
Silvio Temnik
y 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 AGOSTO 2024

Comienzo informando que la Mesa Directiva de nuestro Círculo Médico de Matanza conjuntamente con el Consejo de Administración del SAMI-OSMECON ha dispuesto aumentar un 10% el valor del honorario por la consulta médica a los afiliados del prepago.

También continuamos gestionando a través de la FE.ME.CON. los aumentos periódicos con las distintas obras sociales con las que se tiene convenio.

En lo que respecta a OSDE, con el que nuestro Círculo Médico tiene convenio directo, la solicitud de incrementos corre por cuenta de nuestra propia Institución,

Referente al IOMA, a través de la FE.ME.CON. se continúan los reclamos por diversas cuentas pendientes y fundamentalmente por la facturación de sus policonsultorios y lugares de atención directa, donde atienden médicos no identificados debidamente, desconociéndose si cumplen con las exigencias de ley para con

el Colegio de Médicos y la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires como si lo hacen todos nuestros socios y prestadores a los que finalmente perjudican.

Debido a múltiples inquietudes por parte de nuestros Colegas al respecto, está claro que en la Provincia de Buenos Aires no es obligatorio el uso exclusivo de la receta electrónica coexistiendo con la manuscrita, ya que la Provincia no adhirió a la disposición del Poder Ejecutivo Nacional.

Por último expreso el repudio a los inconsultos e inusuales despidos de profesionales del Hospital Posadas, acentuando la carencia de recursos humanos para la atención de los pacientes.

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 **01/08/2024** el valor de las consultas médicas tendrán un **aumento del 10%** y también el valor de las prácticas médicas tendrán un **aumento del 10%**, tanto para MEDICOS SOCIOS y NO SOCIOS, independientemente del plan del afiliado.

COMISIÓN DIRECTIVA



¡ATENCIÓN!

Próximamente SAMI
OSMECON lanzará su
Credencial Digital a través
de la aplicación...



ALTAS, BAJAS Y MODIFICACIONES

ALTA DE PRESTADOR

GINECOLOGÍA / CIRUGÍA GRAL.
O CLÍNICA QUIRÚRGICA

**DR. CALZADA,
ENRIQUE AGUSTÍN**

BERMÚDEZ 2895
VILLA LUZURIAGA
TEL. 7078-3838
LISANDRO MEDINA 2285
CASEROS
TEL. 4716-3200

MEDICINA GRAL. Y/O FAMILIAR

**DR. POCHETTINO,
PABLO ANDRES**

AV. RIVADAVIA 15.822
HAEDO
TEL. 11-5515-0743

OFTALMOLOGÍA

**DR. GUTIERREZ GARCIA,
ANA A.**

AV. RIVADAVIA 17.901 4° A
MORÓN
TEL. 11-2556-4701

CLINICA MEDICA / HEPATOLOGÍA

DR. HADDAD, LEILA

OCAMPO 2932
SAN JUSTO
TEL. 4651-4922

GINECOLOGÍA / OBSTETRICIA

**DR. LEANZA,
SILVINA LORENA**

AV. RIVADAVIA 13.876 P.12° DTO. H
RAMOS MEJIA
TEL. 11-3018-5143

BAJA DE PRESTADOR

PSIQUIATRÍA Y
PSICOLOGÍA MÉDICA

**DRA. DAHAN,
MIRIAM PATRICIA**

BME. MITRE 344 P.9° DTO. H
RAMOS MEJIA
TEL. 4651-7214

ENDOCRINOLOGÍA

**DR. VINTIMILLA ORDOÑEZ,
MANFREDO**

AV. MOSCONI 1612
LOMAS DEL MIRADOR
TEL. 4616-8800
AV. DE MAYO 565 P.2°
RAMOS MEJIA
TEL. 4656-5656

DANTE ALIGHIERI 3637
ISIDRO CASANOVA
TEL. 4480-2500

ENTRE RIOS 2942 P.4° DTO. B
SAN JUSTO
TEL. 11-5972-2500

AV. BRIG. JUAN M. DE ROSAS 10695
LAFERRERE
TEL. 4480-2720

SOBERANÍA NACIONAL 2965
LAFERRERE

TEL. 11-4097-0831

AV. EVA PERÓN 4855
LIBERTAD

TEL. 0220-4940001

TRES SARGENTOS 540
MARIANO ACOSTA

TEL. 0220-4996262

BAJA DE CONSULTORIO

GINECOLOGÍA /
OBSTETRICIA

**DR. DOS SANTOS,
ALEJANDRO**

LAVALLEJA 516
ISIDRO CASANOVA
TEL. 4625-6541

MEDICINA GRAL.
Y/O FAMILIAR

**DRA. PIARULLI,
GILDA PAULA**

BOLIVAR 362
RAMOS MEJÍA
TEL. 4656-6823



UNA VACUNA DARÍA
INMUNIDAD DE POR VIDA
CONTRA LA GRIPE



UNA VACUNA DARÍA INMUNIDAD DE POR VIDA CONTRA LA GRIPE

CIENTÍFICOS ASEGURAN QUE ESTÁN DESARROLLANDO
UNA VACUNA QUE EN CINCO AÑOS DARÍA INMUNIDAD DE POR VIDA
CONTRA UN VIRUS QUE MATA MÁS DE 600 MIL PERSONAS AL AÑO.

Según los datos revelados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el virus de la gripe se cobró más de 21 millones de vidas en 1918. A aquella pandemia se la llamó erróneamente “gripe española” y el nombre fue puesto por la prensa Argentina ya que le dieron mayor cobertura a la enfermedad que el resto de países europeos, en ese momento enfrascados en la Primera Guerra Mundial. El final de la pandemia llegó dos años después y no fue de la mano de ninguna vacuna, sino por el desarrollo de una inmunidad colectiva. Así, el virus de la gripe de 1918 nunca desapareció por completo. Ahora, la buena noticia es que una nueva investigación pretende crear una vacuna universal contra la gripe a raíz del virus de la de 1918, según una reciente

publicación de la revista Nature Communications. La vacuna no se basó en el virus H5N1, sino que los primates fueron inoculados contra el virus de la gripe de 1918, que mató a millones de personas en todo el mundo. El equipo encabezado por la Universidad de Ciencia y Salud de Oregón (OSHU), en Estados Unidos, indicó que seis de once primates inoculados contra el virus de 1918 sobrevivieron al H5N1, mientras que en el grupo de control, no vacunado y expuesto al mismo virus, los seis murieron.

La investigación está dirigida por la Universidad de Salud y Ciencias de Oregón (OHSU), en Estados Unidos, y han revelado un enfoque prometedor para el fármaco, denominado de uso único y que confiere inmunidad vitalicia contra un virus en evolución.

Concretamente, los ensayos se han realizado con el virus de la gripe aviar H5N1, que se encuentra bajo vigilancia por la comunidad científica por su alta patogenicidad en aves. De momento, solo se han registrado un par de casos de transmisión a humanos en Estados Unidos. La vacuna se ha probado en primates no humanos expuestos al H5N1 y que generaron una fuerte respuesta inmunitaria. Sin embargo, el virus inoculado no es el H5N1 actual, sino el de la pandemia de 1918. Es emocionante porque, en la mayoría de los casos, este tipo de investigación científica básica hace que la ciencia avance muy gradualmente; en 20 años, podría convertirse en algo. Podría convertirse en una vacuna en cinco años o menos, ha afirmado el doctor Jonah Sacha, profesor y jefe de la División de Patobiología del Centro Nacional de Investigación de Primates de la OHSU de Oregón.

En las conclusiones se observa que seis de los once primates que recibieron el virus y fueron vacunados sobrevivieron, frente a otros seis no vacunados que fallecieron. Los investigadores creen que es "muy viable" que el medicamento no solo sea útil contra la gripe, sino también contra otros virus mutantes, como el SARS-Cov-2. Para los virus con potencial pandémico, es fundamental contar con algo así. "Nos propusimos hacer pruebas con la gripe, pero no sabemos qué ocurrirá

a continuación", sostienen.

Debido a las investigaciones se sabe que la gripe no se trata de un solo virus, sino que evoluciona debido a que la proteína spike de su cubierta lo hace, por eso las vacunas varían cada año. Un tipo de células T de los pulmones, conocidas como células T efectoras de memoria, se dirigen a las proteínas estructurales internas del virus, en lugar de a su envoltura externa en continua mutación. La estructura interna no cambia mucho con el tiempo, lo que supone un objetivo fijo para que las células T busquen y destruyan cualquier célula infectada por un virus de la gripe antiguo o recién evolucionado.

El líder de la investigación, Jonah Sacha, de la Universidad de Ciencia y Salud de Oregón (OSHU) sostuvo: "Funcionó porque la proteína interior del virus estaba muy bien conservada, tanto, que incluso después de casi 100 años de evolución, no puede cambiar esas partes fundamentalmente importantes de sí mismo". La inhalación del virus de la gripe H5N1 en aerosol provoca una cascada de acontecimientos que pueden desencadenar insuficiencia respiratoria, pero la inmunidad inducida por la vacuna fue suficiente para limitar la infección y el daño pulmonar, protegiendo a los monos de esa infección tan grave.





Círculo Médico de Matanza

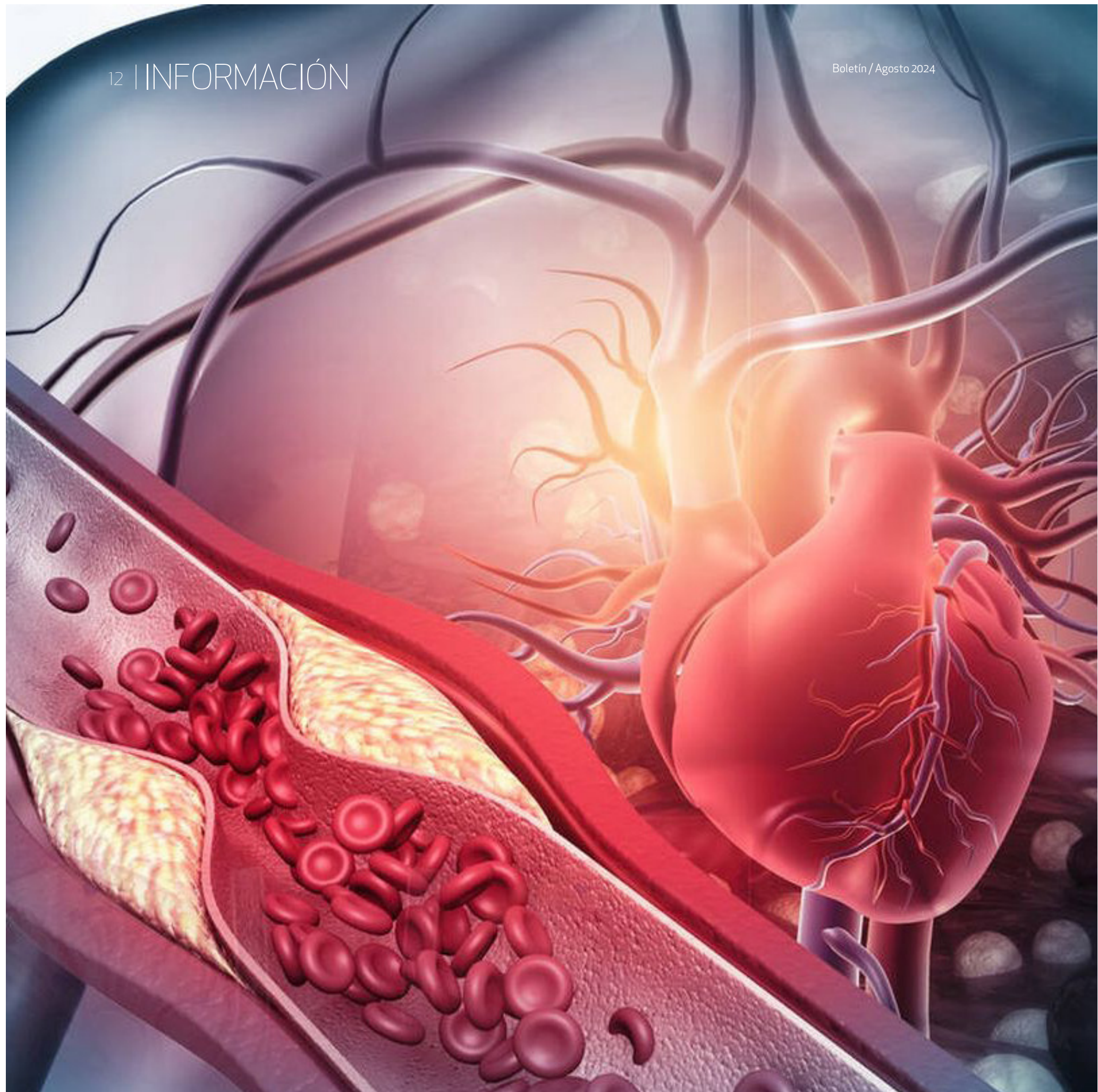
Simposio "Combatiendo la insuficiencia venosa desde la raíz: Un simposio sobre las medias compresivas de última generación"

15/11/2024 9 a 12 hs

P.3° Salon Auditorio - Av de Mayo 743 - Ramos Mejía

Temario:

- 1) "Desde la anatomía y la fisiopatología para entender la insuficiencia venosa" Dr. Daniel R. ONORATI – 20 minutos
- 2) Cambio en paradigma de terapia compresiva, de las medias graduadas a la compresión sectorial y progresiva – Lic. Ovelar Manuel 20 minutos
- 3) Novedades en el tratamiento de la ulcera venosa – Dra Jorge Mónica 20 minutos
- 4) Riesgos y precauciones en la terapia compresiva – Lic . Feijoo Paula 20 minutos
- 5) Importancia de los ejercicios en la Insuficiencia venosa- Lic . Bossi Silvina 20 minutos
- 6) ¿Por qué es necesaria la capacitación en rehabilitación vascular? – Lic. Soria Graciela -20 minutos
- 7) Preguntas del auditorio con expertos -20 minutos
- 8) Taller práctico comparativo sobre los distintos dispositivos en terapia compresiva para la insuficiencia venosa. 40 minutos – Lic .Ovelar Manuel





[HTTP://WWW.CONSENSOSALUD.COM.AR/](http://www.consensosalud.com.ar/)

ESTILO DE VIDA Y ATEROSCLEROSIS CARDIOVASCULAR

LA ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, LOS PATRONES DIETÉTICOS SALUDABLES Y LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL SON DETERMINANTES IMPORTANTES SOBRE LA ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA CARDIOVASCULAR

ASPECTOS DESTACADOS:

- El aumento de la actividad física y el ejercicio estructurado aeróbico y de resistencia, que mejoran la aptitud cardiorrespiratoria, reducen el riesgo relativo de ASCVD hasta en un 50%.
- Varios patrones dietéticos, que abarcan todos los alimentos y bebidas, son consistentes con todas o la mayoría de las características básicas de una dieta saludable para el corazón.
- Las intervenciones multiconductuales que incluyen educación sanitaria, ejercicio físico para mejorar el estado de ánimo y aliviar el estrés y terapia psicológica reducen el estrés psicosocial y los factores de riesgo.
- La implementación efectiva y el cumplimiento sostenido de hábitos de vida que apoyan la

salud en la ASCVD son objetivos críticos pero desafiantes.

1. INTRODUCCIÓN

Comprender la compleja relación entre los factores del estilo de vida que promueven la salud en la enfermedad aterosclerótica cardiovascular (ASCVD) es fundamental para el desarrollo de una prevención eficaz y estrategias de tratamiento, dado el impacto significativo de estos factores en la salud de la población mundial. A medida que la investigación continúa desentrañando la compleja interacción entre la actividad física, la dieta y el estrés psicosocial, cada vez está más claro que cada uno de estos elementos ejerce una influencia única y significativa en la salud cardiovascular (CV), y sus efectos combinados dan forma a la trayectoria

del riesgo de ASCVD en individuos sanos y pacientes en riesgo.

Esta revisión resume la evidencia de varios estudios importantes, incluidos grandes estudios observacionales y ensayos controlados aleatorios (ECA), revisiones sistemáticas y metanálisis, presenta los mecanismos fisiológicos subyacentes y, finalmente, resume los conocimientos prácticos actualizados sobre enfoques de estilo de vida para reducir y gestionar el riesgo de ASCVD.

Si bien esta revisión aborda de manera integral la actividad física, la dieta y el estrés psicológico en relación con el riesgo de ASCVD, es importante tener en cuenta que otros comportamientos de estilo de vida, como dormir, el trabajo en turnos nocturnos, el consumo de drogas ilícitas y la exposición al tabaco tam-

bién influyen significativamente en el riesgo y progresión.

2. ACTIVIDAD FÍSICA, APTITUD CARDIORRESPIRATORIA Y SALUD ASCVD

Evidencia de grandes ensayos, revisiones sistemáticas y metanálisis

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal que se realiza mediante músculos esqueléticos y requiere un gasto energético.

Así, tanto la ausencia de actividad física (sedentarismo, inactividad física) como el entrenamiento físico, que se define como ejercicio planificado, estructurado y repetitivo con el objetivo de mejorar o mantener la condición física, se incluyen en el espectro de la actividad física. Sin embargo, la aptitud física no sólo está determinada por el nivel de actividad física y entrenamiento, sino que alrededor del 50% está determinada genéticamente.

La actividad física está inversamente relacionada con el riesgo de ASCVD en el sentido de que el riesgo disminuye al aumentar el volumen y la intensidad de la actividad física. Los resultados recientes del estudio National Health Interview Survey (NHIS) informaron que, para una cantidad equivalente de actividad física, realizar actividad aeróbica regular en comparación con la inactividad resultó en una mayor reducción del riesgo de mortalidad cardiovascular en las mujeres (36%) que en los hombres (14%).

Estos datos de actividad física, que generalmente se recopilan mediante cuestionarios, más comúnmente el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), solo son parcialmente consistentes con los datos de actividad medidos objetivamente. Los acelerómetros proporcionan una medida objetiva de la actividad física, pero tienen la desventaja de no capturar todas las actividades (por ejemplo, ciclismo o natación), lo que puede desempeñar un papel importante en la promoción de la salud de la ASCVD y la rehabilitación cardíaca. La contribución independiente de la actividad física basada en cuestionarios no siempre muestra una contribución independiente a todas las ASCVD, aunque esto no es cierto para

otros estudios de cohortes.

En una revisión sistemática y un metanálisis publicados recientemente, la medición objetiva de la actividad física basada en el recuento de pasos diarios se relacionó negativamente con la incidencia de ASCVD mortal y no mortal. Por ejemplo, se puede esperar una reducción del riesgo relativo de ASCVD del 11 % con alrededor de 3000 pasos por día, mientras que la incidencia de ASCVD se reduce en aproximadamente un 50 % con 7000 pasos por día. En otro metanálisis, se encontró una reducción del riesgo de mortalidad CV del 10-15% por cada 1000 pasos adicionales de actividad física.

Sin embargo, el efecto en personas mayores (≥ 60 años) parece ocurrir con un recuento de pasos de 6.000 a 10.000 pasos por día, mientras que para personas más jóvenes (< 60 años) el efecto se observa con 7.000-13.000 pasos por día. Esto es tanto más notable cuanto que la posición del podómetro, ya sea en la muñeca o en la cadera, no tuvo una influencia significativa en los resultados.

Por el contrario, un estilo de vida sedentario se asocia positivamente con el riesgo de ASCVD. Un comportamiento sedentario de >6 h/día y ver televisión >4 h/día se asocia con un mayor riesgo de mortalidad por ECV, y cada hora adicional de comportamiento sedentario por encima del umbral aumenta el RR estimado en 1,04 (1,03-1,04) y para ver televisión por 1,08 (1,05-1,12).

Datos recientes sobre el perfil de factores de riesgo cardiometabólico y la actividad física muestran que un cambio de 30 minutos de actividad física ligera, sentada o de pie o de pie a una actividad física moderada y más intensa tiene un efecto favorable sobre el índice de masa corporal, la HbA1c y el perfil lipídico, lo que sugiere una reducción a largo plazo de los eventos CV.

La aptitud cardiorrespiratoria se reconoce cada vez más como el sexto signo vital.

Si comparamos a las personas más activas con aquellas con mayor aptitud cardiorrespiratoria, vemos que el quintil más alto de aptitud cardiorrespiratoria se asocia con un menor riesgo en comparación con

el quintil más alto de actividad física. Por lo tanto, aumentar la aptitud cardiorrespiratoria mediante el entrenamiento debería ser comparativamente más importante que aumentar la actividad física.

El estudio Generación 100 es el ECA más grande y prolongado que examina el efecto del entrenamiento con ejercicios estructurados en el perfil de riesgo de ASCVD. Durante 5 años, se comparó el efecto del entrenamiento continuo moderado con el entrenamiento interválico de alta intensidad y con el asesoramiento estándar (grupo de control). Después de 5 años, sólo el grupo de ejercicio de alta intensidad mostró un aumento significativo en la capacidad cardiorrespiratoria en comparación con el grupo de control. Los resultados fueron similares para mujeres y hombres.

Una revisión Cochrane reciente de 85 ECA en 23.430 pacientes con enfermedad coronaria sometidos a un entrenamiento de rehabilitación con un seguimiento medio de 12 meses mostró una reducción del riesgo relativo de incidencia del 26% para la mortalidad CV, el 23% para la hospitalización y el 16% para el reinfarto de miocardio. Esto subraya de manera impresionante la eficacia de un programa de rehabilitación cardíaca basado en ejercicios. Para la enfermedad oclusiva arterial periférica, un mejor rendimiento funcional en forma de una distancia más larga en la prueba de caminata de 6 minutos se asoció con una menor mortalidad.

La evidencia de la efectividad del entrenamiento de fuerza en ASCVD es más limitada. Según algunos estudios observacionales de gran tamaño, el entrenamiento de fuerza se asoció con un menor riesgo de ASCVD en una curva en forma de J. La mayor reducción del riesgo se observó con 30 a 60 minutos de entrenamiento de fuerza por semana. Duraciones de 130-150 min/semana y más se asociaron con un aumento de eventos cardiovasculares.

> Mecanismos de actividad física

Los mecanismos por los cuales la actividad física aeróbica reduce el riesgo de manifestaciones ateroscleróticas son numerosos. En primer lugar, está la reducción de la actividad del sistema nervioso simpático y la promoción de la modulación vagal, que se



asocia con una economía del trabajo cardíaco (menor frecuencia cardíaca en reposo y en ejercicio, mejor función diastólica, mayor volumen sistólico, menor consumo de O₂ miocárdico) y una mayor liberación de óxido nítrico y, por tanto, una mejor función endotelial.

Otro mecanismo clave es el efecto antiinflamatorio del ejercicio aeróbico. La interleucina (IL) -6 y su receptor, así como la glicoproteína 130 y otras citocinas antiinflamatorias se liberan cada vez más de la musculatura activa a través del ejercicio con mayor intensidad y participación de la masa muscular. El fenómeno aún poco comprendido del efecto antiinflamatorio de un proceso inherentemente proinflamatorio cuando se induce mediante entrenamiento físico es sólo una pieza del rompecabezas de una multitud de miocinas como la IL-10, IL-15, IL-7, que determinan el efecto antiinflamatorio del ejercicio.

Los mecanismos del entrenamiento de fuerza son mucho más complicados de lo que se pueden resumir bajo un mismo paraguas. La respuesta inflamatoria, el efecto sobre el estrés oxidativo y la función endotelial mediada por el óxido nítrico dependen en gran medida del tipo, la intensidad y la duración del programa de resistencia. En general, el entrenamiento de resistencia de tipo aeróbico es similar al entrenamiento de resistencia aeróbica en términos de mecanismos fisiológicos, mientras que el entrenamiento de fuerza de alta intensidad y pocas repeticiones aumenta las especies oxidativas reactivas y la inflamación y tiende a endurecer el sistema arterial.

> Recomendaciones para la actividad física y el entrenamiento físico.

Para promover la salud de la ASCVD, la OMS recomienda actualmente entre 150 y 300 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada y entre 75 y 150 minutos de ejercicio de mayor intensidad por semana. En la práctica clínica, se puede recomendar a los pacientes que aumenten el número de pasos, y un aumento en el número de pasos de 1000 pasos desde cualquier base entre 2000 y 5000 pasos por día se asocia con una reducción del riesgo del 5 al 10 % hasta un número de pasos de 10.000.

El entrenamiento de fuerza debe realizarse 2-3 ve-

ces por semana con una duración total de aproximadamente 30-60 min/semana (pero no >130-150 min/semana) sin evidencia clara sobre los resultados de ASCVD con respecto a la intensidad de la resistencia. En general, se recomienda una intensidad del 40-60% (entrenamiento de potencia/explosivo) o progresar al 70-85% de 1 repetición máxima con 8-12 repeticiones hasta la fatiga voluntaria con 8-10 grupos de músculos principales en 1-3 series.

Todas las recomendaciones deben modificarse en función de la edad, el sexo, los factores de riesgo preexistentes y el estado de ECV y el nivel general de condición física del individuo. Para poner en práctica estas recomendaciones es importante identificar y eliminar posibles barreras para la implementación sostenida de orientación sobre actividad física, tanto a nivel individual (cambio de comportamiento) como a nivel social (por ejemplo, entorno natural y construido).

3. DIETA Y RIESGO DE ASCVD

La relación entre la dieta y la ASCVD se reconoció por primera vez poco después del cambio de siglo XX. En 1913, Nikolaj Nikolajewitsch Anitschkow hizo la observación fundamental de que alimentar a los conejos con colesterol provocaba el desarrollo de placa aterosclerótica y la placa era similar a la observada en los seres humanos.

Desde la primera observación, el establecimiento de la relación entre la grasa dietética y la ASCVD ha progresado a tropezones, pasando por períodos en los que se pensaba que los culpables eran el colesterol dietético, los ácidos grasos saturados, los ácidos grasos trans, las dietas altas en grasas, las dietas bajas en grasas y luego alimentos y componentes alimentarios específicos (p. ej., aceite de coco). Se pensaba que los protectores eran ácidos grasos monoinsaturados, ácidos grasos poliinsaturados, fitoquímicos, componentes alimentarios específicos (p. ej., policosanoles, alquilresorcinoles) y suplementos dietéticos (p. ej., vitamina E). En la mayoría de los casos, como variables individuales, no han resistido la prueba del tiempo. Es probable que esto se deba a la naturaleza multifactorial de los alimentos y las combinaciones de alimentos que contribuyen a los

patrones dietéticos diarios, y de forma sinérgica entre ellos.

> Evidencia de grandes estudios observacionales y ensayos controlados aleatorios

Los estudios de observación prospectiva han proporcionado información valiosa con respecto a la dieta y el riesgo de ASCVD. Las ventajas de este tipo de estudios, en relación con los estudios de intervención, incluyen (i) un tamaño de muestra grande, por lo tanto, la capacidad de incluir un amplio estrato de subpoblaciones clínicamente relevantes, (ii) tiempos de seguimiento prolongados y datos finales frecuentemente difíciles (iii) observaciones basadas en dietas habituales, que no dependen de que los participantes cumplan con los cambios impuestos por el protocolo, potencialmente en diferentes grados, y (iv) disponibilidad de datos prospectivos para múltiples puntos temporales, que capturen los cambios durante el período de observación. Sin embargo, la interpretación de los datos puede ser difícil porque los comportamientos de salud frecuentemente covarían.

> Centrarse en los patrones dietéticos

Un enfoque que actualmente ha ganado popularidad para evitar desafíos en torno al establecimiento de una guía dietética a partir de la reducción del riesgo de ASCVD es centrarse en los patrones dietéticos, la totalidad de todos los alimentos y bebidas consumidos durante el día, en lugar de los componentes dietéticos individuales.

Las ventajas de utilizar este enfoque son que (i) toman simultáneamente en consideración múltiples variables dietéticas, (ii) se basan en los alimentos, lo que facilita su implementación, (iii) se adaptan a las preferencias personales, las prácticas étnicas y religiosas y las etapas de la vida, (iv) eliminar la necesidad de estimar la ingesta de componentes dietéticos individuales (p. ej., % de grasa saturada, gramos de azúcar añadido), que rara vez se pueden calcular con precisión, (v) satisfacer las necesidades de nutrientes esenciales de la mayoría de las personas, y (vi) acomodar la inclusión de alimentos con nutrientes composiciones que covarían, lo que puede confundir la interpretación de los datos.

> Recomendaciones dietéticas

En 2021, la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA) publicó una guía dietética actualizada para mejorar la salud cardiovascular. En consonancia con las preocupaciones sobre centrarse en alimentos o nutrientes individuales, el énfasis está en los patrones dietéticos. La guía se organiza en torno a 10 inquilinos básicos, que se denominaron características.

El énfasis está en el equilibrio energético; consumir patrones dietéticos ricos en una variedad de frutas y verduras, productos integrales, alimentos ricos en proteínas de origen vegetal, pescado y marisco, productos lácteos bajos en grasa y sin grasa y, si se desea, cortes magros de carne no procesada y vegetales líquidos aceites; limitado en alimentos procesados, azúcar agregada, sal y, si se consume, alcohol; y, lo que es más importante, aplicar las orientaciones

independientemente de dónde se preparen o consuman los alimentos dentro o fuera del hogar (Figura 1). La ingesta de alcohol se ha asociado con una menor calidad de la dieta, incluso en bebedores moderados.

Figura 1. Patrones dietéticos para promover la salud cardiovascular.

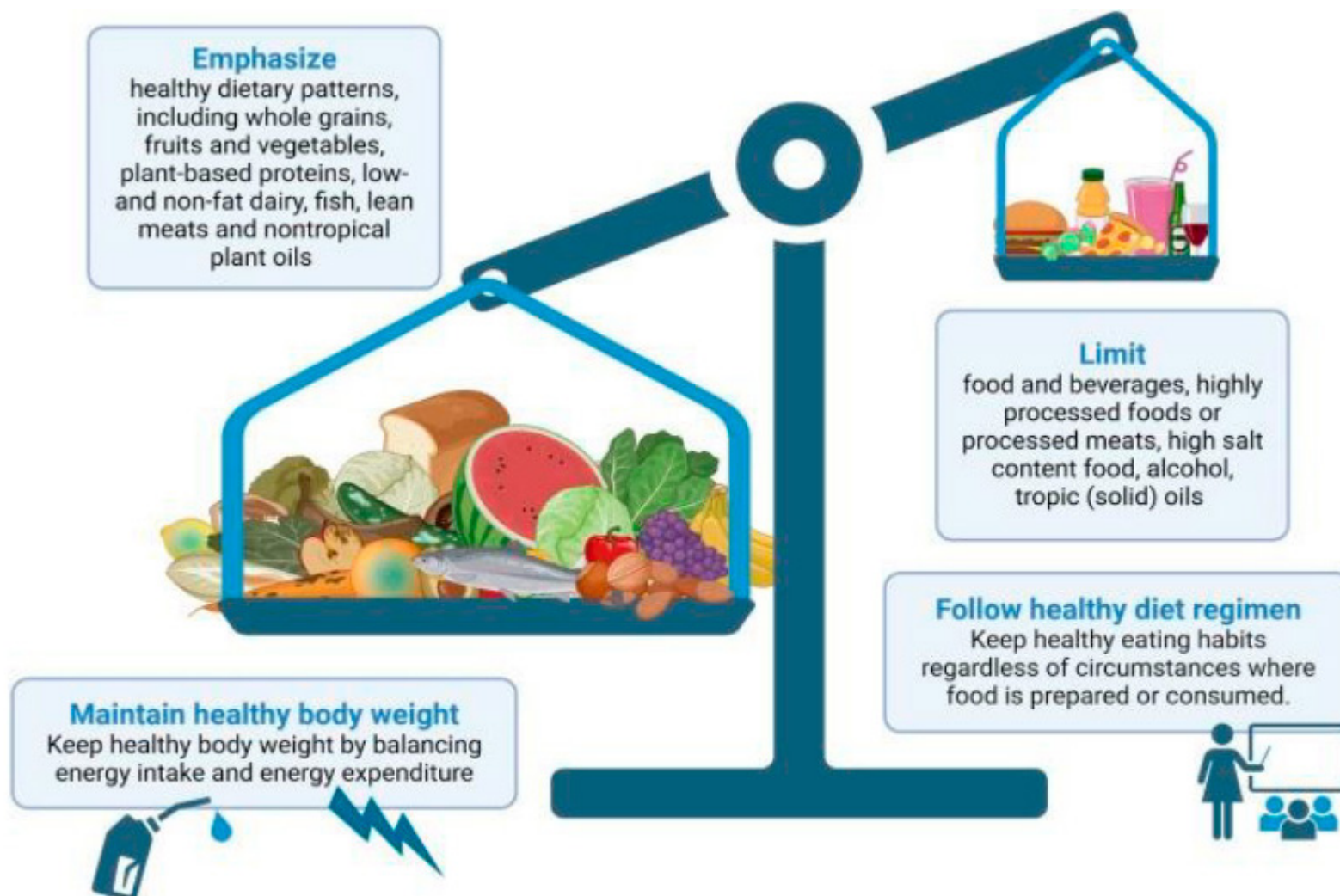


Figura 1. Patrones dietéticos para promover la salud cardiovascular.



Es fundamental para facilitar la adopción en toda la población para promover la salud de ASCVD que la guía sea consistente con las prácticas dietéticas comunes. En 2023, la Asociación Estadounidense del Corazón publicó una evaluación de la armonización de las orientaciones con los patrones dietéticos populares. Los patrones considerados incluidos en la evaluación fueron el estilo DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), el estilo mediterráneo, el pescetario, el ovo/lacto-vegetariano, el vegano, el bajo en grasas, el muy bajo en grasas, el bajo en carbohidratos, el Paleolítico (Paleo) y patrones muy bajos en carbohidratos/cetogénicos.

Los hallazgos indicaron que cuatro patrones dietéticos (estilo mediterráneo, estilo DASH, dieta pescetariana y ovo-lacto-vegetariana) se alineaban más estrechamente con las 10 características descritas en la Figura 1. Las dietas vegana y baja en grasas se alinearon con la mayoría de las 10 características. Los patrones dietéticos bajos en carbohidratos y muy bajos en grasas se alinearon en cierta medida, aunque con limitaciones. Se recomendó que las personas que eligieran estos patrones dietéticos se beneficiaran de la orientación de un dietista registrado. El último grupo, los patrones dietéticos Paleo y muy bajos en carbohidratos, no se alineaban bien con las 10 características de un patrón dietético saludable para el corazón. Se observó que para cada patrón dietético existen formas más saludables y menos saludables de configurar cada uno de ellos. Un desafío identificado fue la gran cantidad de información errónea y simplificación excesiva de cómo se presentan algunos de estos patrones dietéticos

CONCLUSIÓN

La orientación dietética actual para promover la salud de la ASCVD se basó tanto en estudios de intervención como de observación. A lo largo de los años, el formato de la guía dietética ha pasado de alimentos y nutrientes individuales a patrones dietéticos que abarcan todos los alimentos y bebidas. Existen múltiples patrones dietéticos que son

consistentes con todas o la mayoría de las características básicas de un patrón dietético saludable para el corazón. El desafío es aumentar la adopción de tales patrones dietéticos en toda la población.

4. ESTRÉS PSICOSOCIAL Y FACTORES DE RIESGO.

> Evidencia de revisiones sistemáticas y metanálisis

Una extensa literatura revela una asociación compleja, parcialmente bidireccional, del estrés psicosocial y los factores de riesgo con la ASCVD, y la mayor parte de la investigación se centra en la enfermedad coronaria, seguida de la enfermedad cerebrovascular.

El estrés psicosocial puede definirse como una amenaza al equilibrio homeostático que surge de los exigentes desafíos ambientales psicológicos y sociales (es decir, "factores estresantes" internos y externos).

Si bien las respuestas al estrés agudo también pueden salir mal y provocar síndromes coronarios agudos (SCA) durante momentos de malestar emocional, generalmente en personas con aterosclerosis preexistente, los factores estresantes crónicos se asocian con consecuencias consideradas factores de riesgo de ASCVD. Estos incluyen estados persistentes de perturbación biológica, emociones negativas y estilos de vida poco saludables. Los rasgos de personalidad y las interacciones sociales negativas pueden aumentar el nivel de estrés percibido e intensificar las respuestas al estrés con consecuencias negativas para la ASCVD.

De acuerdo con este punto de vista, se proporcionan una sinopsis de los factores de riesgo psicosocial (PSRF) comúnmente investigados de ASCVD en poblaciones sanas y pacientes con ASCVD. Estos se clasifican como factores estresantes crónicos interacciones sociales negativas estados emocionales negativos y rasgos de personalidad duraderos, cada

uno presentado junto con sus respectivos resultados. Un PSRF particular puede estar implicado en el desarrollo de aterosclerosis y el riesgo de ASCVD incidente (p. ej., estrés percibido, soledad/aislamiento social), o en la progresión y mal pronóstico de ASCVD establecida (p. ej., tipo D personalidad), o ambos (p. ej., depresión, ansiedad).

Reconocer el impacto diverso del PSRF en la salud CV a lo largo de la vida (p. ej., estrés en los primeros años de vida versus estrés en la edad adulta), dependiendo de la sociodemografía, los comportamientos de salud y las comorbilidades, es crucial para guiar la investigación sobre los mecanismos bioconductuales subyacentes y ofrecer recomendaciones clínicas.

Si bien los PSRF pueden coexistir y superponerse, especialmente en la categoría de emociones negativas, pueden estar parcialmente asociados con ASCVD a través de distintas vías fisiológicas o conductuales, un área de investigación en curso. Por ejemplo, al ajustar por depresión se mantuvo una asociación significativa de ansiedad con eventos cardiovasculares adversos importantes, de agotamiento vital con eventos cardíacos y de estrés percibido con enfermedad coronaria incidente.

Los efectos específicos de género y las contribuciones de la psicología positiva se vuelven cada vez más importantes en la investigación de la cardiología conductual. Por ejemplo, los hombres muestran un riesgo elevado de sufrir enfermedades coronarias relacionadas con la tensión laboral y un peor pronóstico de enfermedades coronarias asociadas con la ansiedad y la depresión en comparación con las mujeres.

El optimismo disposicional, una tendencia a esperar resultados positivos, incluso cuando se enfrentan desafíos, se ha asociado con un riesgo reducido de ASCVD incidente, independientemente de los datos sociodemográficos, los factores de riesgo convencionales y la depresión, y un mejor pronóstico en pacientes con enfermedad coronaria.

> Mecanismos bioconductuales

El estrés psicosocial y los factores de riesgo ejercen sus efectos ateroescleróticos a través de mecanismos fisiopatológicos directos, que son componentes integrales de la respuesta biológica al estrés, y del estilo de vida poco saludable, que constituyen la respuesta conductual al estrés.

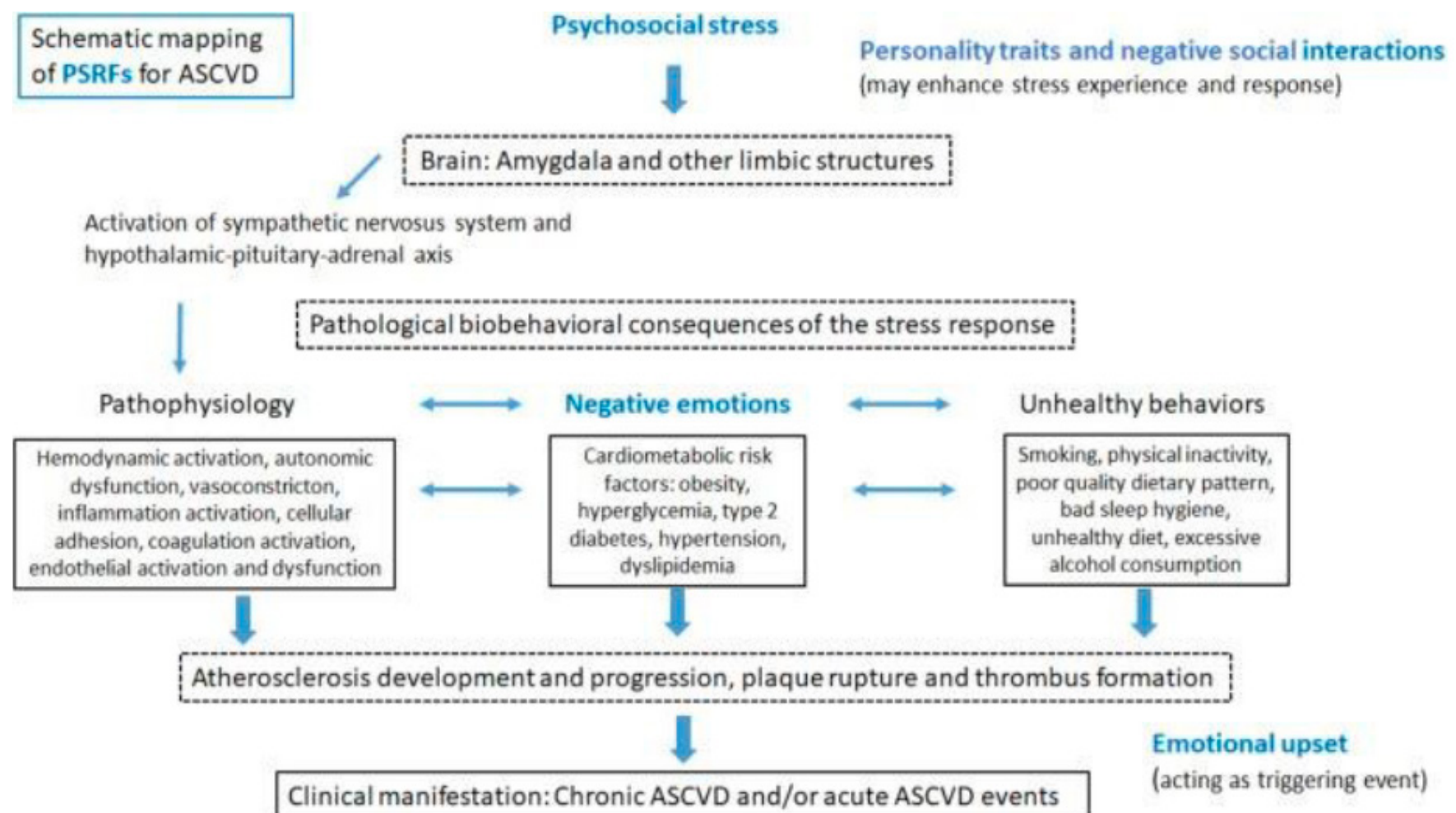
Las variantes de riesgo genético compartidas, incluidas las del sistema inflamatorio, junto con la progra-

mación epigenética de los genes de glucocorticoides, la disbiosis intestinal y el estrés en los primeros años de vida, pueden ser la base o contribuir tanto a las PSFR como a las ASCVD a lo largo de la vida.

Como se muestra en la figura 2 el inicio orquestado de la respuesta al estrés central implica el reclutamiento de áreas neurobiológicas, principalmente la amígdala y otras estructuras límbicas. Esto da como resultado la activación del sistema nervioso simpático y del sistema suprarrenal hipotalámico-pituitario,

por un lado, y la retirada de la actividad vagal, por el otro. Las respuestas CV periféricas posteriores, mediadas en parte por los niveles circulantes de cortisol liberado, catecolaminas y receptores adrenérgicos, son multifacéticas.

Figura 2. Mecanismos y vías bioconductuales que vinculan los factores de riesgo psicosocial (PSRF) con el desarrollo, la progresión y la manifestación clínica de ASCVD.





Los comportamientos poco saludables, incluidos los trastornos del sueño, pueden fomentar los PSRF. Además, una investigación intrigante sugiere que la inflamación relacionada con la aterosclerosis podría enviar señales al cerebro, induciendo neuroinflamación y disfunción de los neurotransmisores, provocando así emociones negativas, incluida la depresión. Estos pocos ejemplos son representativos de las muchas interacciones complejas entre los mecanismos bioconductuales y las vías que vinculan los PSRF con la ASCVD, pero a menudo se estudian de

forma aislada.

> Recomendaciones

Debido a que los PSRF modifican claramente el riesgo de ASCVD y actúan como barreras para el cambio de estilo de vida y la adherencia al tratamiento, varias guías y declaraciones científicas recomiendan la detección de PSRF en pacientes con ASCVD establecida o con alto riesgo de desarrollar ASCVD. Se hacen preguntas simples de un solo ítem para iniciar

una conversación sobre PSRF importantes. A estos les sigue el uso de instrumentos de detección para una evaluación más integral de la depresión o la ansiedad. La Figura 3 proporciona recomendaciones y consideraciones para el tratamiento del estrés psicosocial y los factores de riesgo, incluidos los trastornos mentales, en pacientes con ASCVD.

Figura 3. Recomendaciones para el tratamiento del estrés psicosocial y los trastornos mentales.



Psychosocial stress and risk factors

Multimodal behavioral interventions

Should integrate physical exercise, health education and psychological therapy, incl. coping with illness, self-help strategies (typically offered in cardiac rehabilitation)

Stress management training

Consider relaxation, cognitive techniques, meditation, mindfulness, self-awareness and self-monitoring

Integration of the social environment

Invite significant others (family), teach how to get effective social support and to resume work after illness

Patients with a mental disorder

Intensified attention and support

Remove barriers to lifestyle changes and medication adherence

Evidence-based mental health care

Provide guideline-oriented psychotherapy (e.g. cognitive behavioral therapy, interpersonal therapy) and pharmacotherapy (particularly selective serotonin reuptake inhibitors)

Interdisciplinary treatment

Consider collaborative care by the primary care physician and a mental health specialist



Las intervenciones multiconductuales, por ejemplo ofrecidas en rehabilitación cardíaca, deben integrar educación sanitaria, ejercicio físico para mejorar el estado de ánimo y aliviar el estrés, y terapia psicológica para los PSRF, abarcando el aprendizaje de apoyo social y estrategias de autoayuda. Además, en presencia de un trastorno mental, se recomienda la atención de salud mental basada en evidencia y la cooperación interdisciplinaria, con consideración de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para pacientes con ASCVD con depresión de moderada a grave.

Hallazgos importantes de revisiones sistemáticas y metanálisis de ECA respaldan estas recomendaciones. En pacientes con enfermedad coronaria, las intervenciones psicológicas mejoraron los síntomas depresivos, la ansiedad y el estrés, reduciendo la mortalidad CV, los eventos y el SCA en comparación con la atención habitual. La terapia cognitivo-conductual remota, ofrecida por teléfono o Internet, también redujo los síntomas depresivos, y la terapia con ejercicios alivió la depresión y la ansiedad.

> Perspectivas

Comprender el papel clínicamente significativo del estrés psicosocial y los factores de riesgo es crucial para comprender los determinantes del estilo de vida de la ASCVD en un contexto más amplio. Abordar los determinantes psicosociales no solo mejora la estratificación del riesgo sino que también abre vías para intervenciones multidimensionales e innovadoras en pacientes con ASCVD. Se justifica realizar más investigaciones para perfeccionar los enfoques terapéuticos.

5. IMPLEMENTACIÓN Y CONCLUSIÓN.

La implementación efectiva y el cumplimiento sostenido de estilos de vida que apoyan la salud de la ASCVD, incluida la actividad física, la dieta y el estrés psicosocial, son objetivos críticos pero desafiantes. La colaboración entre los formuladores de políticas, los profesionales de la salud y los pacientes es esencial para crear un entorno que apoye la adopción y el mantenimiento de hábitos de vida saludables.

Los equipos de atención médica multidisciplinarios, incluidos miembros que conocen las pautas actuales basadas en evidencia en las áreas de fisiología del ejercicio, dieta y psiquiatría/psicología, están en la mejor posición para implementar intervenciones integrales en el estilo de vida que respaldarán la salud de la ASCVD (Figura 4). Las intervenciones personalizadas basadas en datos demográficos o perfiles de riesgo específicos pueden optimizar aún más los resultados del cambio de estilo de vida. Sin embargo, todavía existe una brecha entre el conocimiento basado en evidencia de los estudios sobre estos poderosos determinantes del riesgo de ASCVD y la implementación en el sistema de atención de salud que debe cerrarse. Sin duda, este es un objetivo por el que vale la pena esforzarse.

Figura 4. Determinantes del estilo de vida del riesgo de ASCVD. Reducir el riesgo mejorando los determinantes del estilo de vida saludable es el objetivo principal para reducir la progresión de la placa aterosclerótica y, en última instancia, mejorar la salud de la ASCVD.



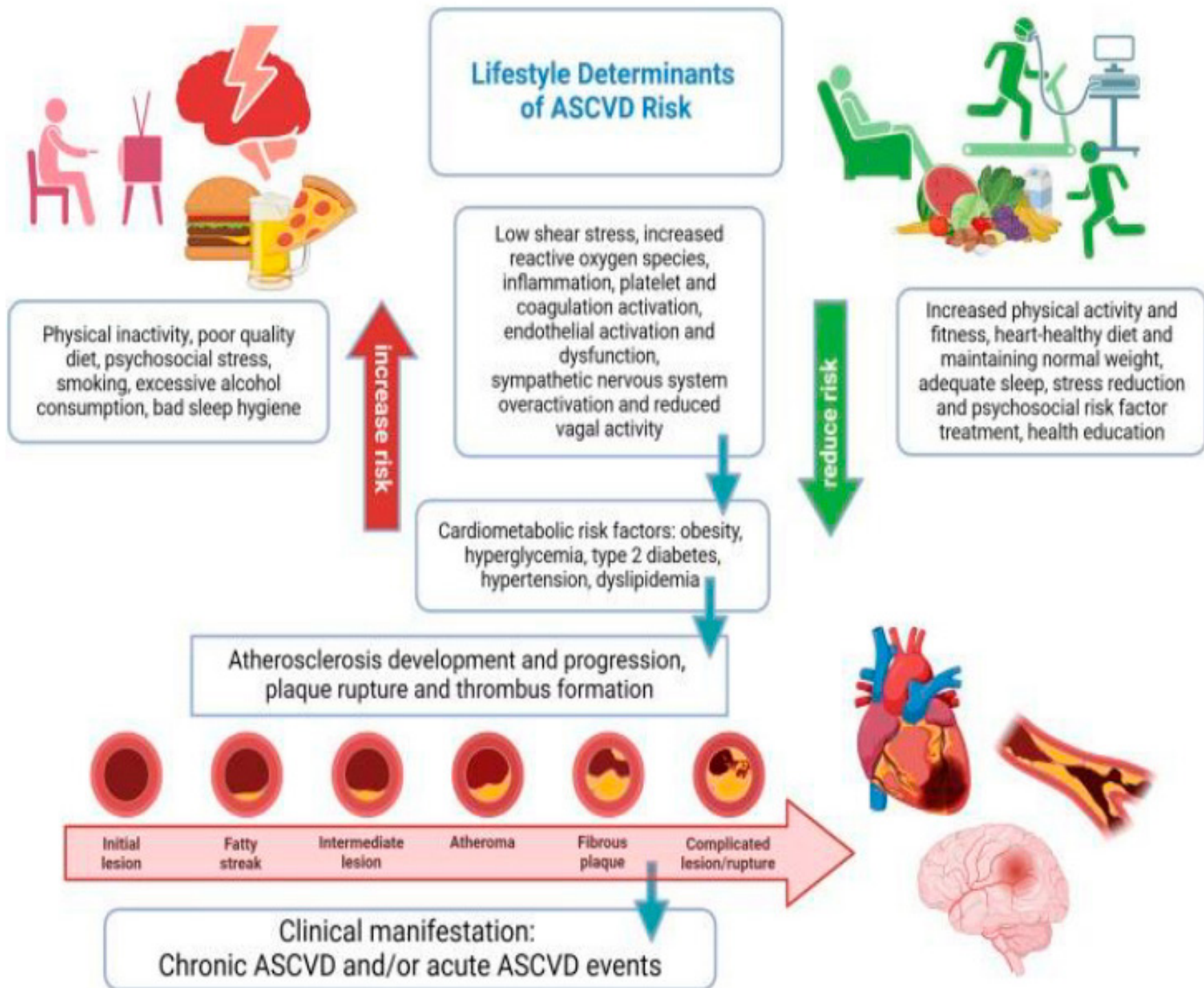
INTERZONAS

**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



TRAZAN UN MAPA DE BACTERIAS

UN GRUPO DE CIENTÍFICOS HA TRAZADO UN MAPA DE CÓMO LAS BACTERIAS MORTALES EVOLUCIONAN HASTA CONVERTIRSE EN EPIDEMIAS.



[HTTP://WWW.CONSENSOSALUD.COM.AR/](http://www.consensosalud.com.ar/)

Un grupo de científicos ha trazado un mapa de cómo las bacterias mortales evolucionan hasta convertirse en epidemias.

Un equipo de investigación internacional dirigido por científicos de la Universidad de Cambridge (Reino Unido) ha realizado un estudio, publicado en 'Science', en el que han examinado los datos de ADN de casi 10.000 muestras tomadas de individuos, animales y entornos infectados de la bacteria 'P. aeruginosa' para descubrir cómo evoluciona de un organismo ambiental a un patógeno humano especializado.

Según un reciente estudio, 'Pseudomonas aeruginosa' es una bacteria ambiental que puede causar infecciones devastadoras resistentes a múltiples fármacos, sobretodo en personas con enfermedades pulmonares subyacentes. Esta bacteria evolucionó rápidamente y luego se propagó globalmente durante los últimos 200 años, probablemente impulsada por cambios en el comportamiento humano.

La 'P. aeruginosa' es responsable de más de 500.000 muertes al año en todo el mundo, de las cuales más de 300.000 están asociadas con la resistencia a los antimicrobianos (RAM). Las personas con enfermedades como EPOC (daño pulmonar relacionado con el tabaquismo), fibrosis quística (FQ) y bronquiectasias no relacionadas con la FQ son particularmente susceptibles.

El estudio está basado en examinar datos de ADN de casi 10.000 muestras de individuos, animales y entornos infectados de 'P. aeruginosa'

En este trabajo, al mapear los datos, el equipo pudo crear árboles filogenéticos (árboles genealógicos) que muestran cómo las bacterias de las muestras están relacionadas entre sí. Sorprendentemente, descubrieron que casi 7 de cada 10 infecciones son causadas por sólo 21 clones genéticos, o "ramas" del árbol genealógico, que han evolucionado rápidamente (al adquirir nuevos genes de bacterias vecinas) y luego se han propagado globalmente durante los últimos 200 años.

Esta propagación se produjo muy probablemente como resultado de que las personas comenzaron a vivir en áreas densamente pobladas, donde la contaminación del aire hacía que nuestros pulmones fueran más susceptibles a las infecciones y donde había más oportunidades de que las infecciones se propagaran.

Estos clones epidémicos tienen una preferencia intrínseca por infectar a determinados tipos de pacientes, y algunos prefieren a los pacientes con fibrosis quística y a otros individuos sin fibrosis quística. Resulta que las bacterias pueden aprovechar un defecto inmunitario previamente desconocido en las personas con fibrosis quística, lo que les permite sobrevivir dentro de los macrófagos.

Estos macrófagos son células que "se comen" a los organismos invasores, descomponiéndolos y evitando que la infección se propague. Pero un defecto previamente desconocido en los sistemas inmunitarios de los pacientes con fibrosis quística significa que una vez que el macrófago "se traga" a P. aeruginosa, no puede deshacerse de ella.

Una vez que han infectado los pulmones, estas bacterias evolucionan de diferentes maneras

para especializarse aún más en un entorno pulmonar particular

Una vez que han infectado los pulmones, estas bacterias evolucionan de diferentes maneras para especializarse aún más en un entorno pulmonar particular. El resultado es que ciertos clones pueden transmitirse entre pacientes con fibrosis quística y otros clones entre pacientes sin fibrosis quística, pero casi nunca entre grupos de pacientes con fibrosis quística y sin fibrosis quística.

El profesor Andrés Floto, director del Centro de Innovación en Fibrosis Quística del Reino Unido en la Universidad de Cambridge y el Royal Papworth Hospital NHS Foundation Trust, y autor principal del estudio, explica: "nuestra investigación sobre Pseudomonas nos ha enseñado cosas nuevas sobre la biología de la fibrosis quística y ha revelado formas importantes en las que podríamos mejorar la inmunidad contra las bacterias invasoras en esta y potencialmente otras condiciones".

Desde una perspectiva clínica, este estudio ha revelado información importante sobre Pseudomonas. El foco siempre ha estado en la facilidad con la que esta infección puede propagarse entre pacientes con fibrosis quística, pero hemos demostrado que también puede propagarse con una facilidad preocupante entre otros pacientes. Esto tiene consecuencias muy importantes para el control de infecciones en los hospitales, donde no es raro que una persona infectada esté en una sala abierta con alguien potencialmente vulnerable.



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



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: 1/7/2024)

Recetario y Ordenes: \$3.000.-

Resumen de Prestaciones Obras Sociales: \$3.500.-

IOMA Planilla de Denuncia Alta Complejidad: \$3.500.-

IOMA Prácticas Especializadas: \$3.500.-

Planillas OSDE: \$3.000.-

Planillas SAMI: \$3.000.-

Planillas ODONTOLÓGICAS (todas): \$3.000.-

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 m2

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 ▼

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.

INFECCIONES OCULARES





[HTTP://WWW.CONSENSOSALUD.COM.AR/](http://www.consensosalud.com.ar/)

INFECCIONES OCULARES

EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES OCULARES

Las infecciones oculares son una causa importante de pérdida de la visión en todo el mundo.

Los pacientes con estas infecciones suelen ser atendidos por profesionales de atención primaria, internistas, especialistas en medicina de emergencia, y oftalmólogos.

Cada año, sólo en los Estados Unidos, la conjuntivitis representa más de 550.000 visitas a los departamentos de emergencia¹ y muchas más visitas a consultorios ambulatorios, la queratitis es diagnosticada en más de 1 millón de consultas ambulatorias y de guardia,² la endoftalmitis exógena complica hasta el 0,1% de las más de 7 millones de cirugías de cataratas e inyecciones intravítreas realizadas,³⁻⁵ y miles de pacientes ingresan en hospitales generales para tratar infecciones oculares que amenazan la visión, como la endoftalmitis endógena y la uveítis infecciosa. Esta revisión resume la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones oculares.

CONJUNTIVITIS INFECCIOSA

La conjuntiva es una membrana translúcida que cubre la parte visible de la esclerótica y delinea

los párpados. La conjuntivitis infecciosa aguda es la infección ocular más común observada por los profesionales de atención primaria⁶ y representa un tercio de las consultas al departamento de emergencias por problemas oculares en los Estados Unidos.⁷

CONJUNTIVITIS VIRAL

Los virus causan aproximadamente el 80% de los casos de conjuntivitis infecciosa aguda en adultos, pero menos del 20% de los casos pediátricos.⁶

La secreción acuosa es típica de las conjuntivitis virales, pero también se puede observar en una cuarta parte de los casos bacterianos.⁶ Los hallazgos de faringitis, linfadenopatía preauricular y contacto con otra persona con ojos rojos sugieren una causa viral.⁶ Los adenovirus causan del 65 al 90% de los casos de conjuntivitis viral y el tratamiento es de sostén.⁸ Ciertos tipos de adenovirus (ej., tipos 8, 37 y 64) pueden causar queratoconjuntivitis epidémica, una conjuntivitis grave y altamente contagiosa en la que a menudo se ve afectada la córnea. La afectación corneal causa dolor ocular y puede provocar opacidades corneales

que pueden persistir durante meses. Las medidas de control de infecciones son esenciales para prevenir brotes de queratoconjuntivitis epidémica.

El virus se puede recuperar de las manos de casi la mitad de los pacientes y puede sobrevivir más de un mes en objetos de plástico y metal.⁹

El virus herpes simple (VHS), el virus varicela zóster (VVZ), los enterovirus, el virus del sarampión, el virus de la parotiditis, el virus de la rubéola, el coronavirus 2, el virus ébola, el virus Mpox (anteriormente conocido como viruela del simio) y otros virus también pueden causar conjuntivitis.⁸

CONJUNTIVITIS BACTERIANA

Las bacterias causan menos del 20% de los casos agudos de conjuntivitis infecciosa en adultos, pero más del 70% de los casos pediátricos.⁶

La secreción conjuntival purulenta y las costras matutinas en las pestañas sugieren una causa bacteriana, pero no descartan una causa viral.⁶

Staphylococcus aureus, *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis* son las causas más comunes de conjuntivitis bacteriana. La infección se trata con antibióticos tópicos (ej., trimetoprima-polimixina).

Las causas raras de conjuntivitis bacteriana incluyen neisseria y clamidia. *Neisseria meningitidis* o *N. gonorrhoeae* causan típicamente conjuntivitis hiperaguda, caracterizada por secreción conjuntival copiosa y purulenta. La conjuntivitis meningocócica primaria ocurre principalmente en niños y puede llevar a infección meningocócica invasiva posterior. Se recomienda el tratamiento con antibióticos sistémicos para reducir este riesgo.¹⁰ *N. gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* serotipos D a K son infecciones de transmisión sexual que pueden causar conjuntivitis. La conjuntivitis gonocócica involucra la córnea en un tercio de los casos y puede causar perforación corneal.¹¹ La conjuntivitis por inclusión causada por *C. trachomatis* suele ser subaguda, con observación de folículos en el párpado inferior evitado. A menudo hay afectación del tracto genital, pero es asintomática. La conjuntivitis gonocócica y la conjuntivitis por clamidia se tratan con antibióticos sistémicos (ej., ceftriaxona intramuscular y doxiciclina oral, respectivamente).¹²

Los serotipos A, B y C de *C. trachomatis* causan tracoma, la principal causa infecciosa de ceguera en todo el mundo, aunque es poco común en los países desarrollados.¹³ La infección se transmite por moscas o por contacto directo o indirecto con secreción ocular o nasal de una persona infectada. La infección activa puede ser asintomática o causar conjuntivitis folicular. Las infecciones repetidas pueden causar cicatrización conjuntival, entropión, triquiasis y escaras corneales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda eliminar el tracoma mediante una estrategia que incluye la administración masiva de azitromicina en regiones donde la infección es endémica.¹³

QUERATITIS INFECCIOSA

Las infecciones corneales o queratitis infecciosa pueden afectar rápidamente la visión.

Es necesaria una córnea clara para el enfoque y la

transmisión de imágenes; la córnea representa dos tercios del poder de refracción del ojo. La queratitis infecciosa se divide en infecciones virales y microbianas (bacterianas, fúngicas, o parasitarias). Las principales causas virales de la queratitis son VHS y VVZ. La queratitis por VHS afecta aproximadamente a 1,7 millones de personas al año en todo el mundo.^{15,17}

La queratitis microbiana (úlceras corneales) es la causa primaria de opacificación corneal no tracomatosa, la quinta causa principal de ceguera en todo el mundo.¹⁸ Los factores de riesgo incluyen uso de lentes de contacto, traumatismos oculares, enfermedad corneal subyacente, y enfermedad de la superficie ocular (ej. ojo seco severo).

En casos raros, la queratitis infecciosa complica los procedimientos corneales (ej., 0,0005% de los ~ 2 millones de procedimientos queratorrefractivos realizados anualmente en todo el mundo).¹⁹ Los pacientes con queratitis generalmente se presentan con dolor ocular, inyección conjuntival, fotofobia y disminución de la visión. El sitio de la infección puede ser el epitelio corneal, el estroma o ambos. Puede haber edema corneal y un hipopión (una capa de glóbulos blancos en la cámara anterior).

QUERATITIS MICROBIANA

El uso de lentes de contacto es el factor de riesgo más importante de queratitis microbiana en los Estados Unidos.

Hay aproximadamente 45 millones de usuarios de lentes de contacto en los Estados Unidos, y 1 millón busca anualmente atención médica por complicaciones relacionadas con su uso.² Las malas prácticas de cuidado de las lentes a menudo son responsables de la queratitis. Estas prácticas incluyen bañarse o dormir con las lentes de contacto, enjuagarlas o guardarlas en agua en lugar de en solución de desinfección, y reemplazo de las lentes de contacto o de los estuches para lentes con menos frecuencia de lo recomendado.²⁰

Los estuches para lentes desarrollan una biopelícula de bacterias (por ejemplo, a partir del agua corriente), por lo que deben reemplazarse con regularidad.

Muchos casos de queratitis relacionados con lentes de contacto pueden prevenirse. Los estudios han demostrado que el 99% de los usuarios de lentes de contacto encuestados practicaron una mala higiene de las lentes de contacto al menos en una oportunidad, y un tercio recordó que nunca había recibido instrucciones de uso o de cuidado de las lentes.^{20,21}

Las bacterias causan aproximadamente el 90% de los casos de queratitis relacionada con lentes de contacto en Estados Unidos, más comúnmente *Pseudomonas aeruginosa* (>40%), *S. aureus* o estreptococos; otros patógenos incluyen hongos y acanthamoeba.¹⁴ La acanthamoeba puede contaminar los estuches de las lentes de contacto a través de la exposición al agua corriente.

El traumatismo corneal es el principal factor de riesgo para queratitis microbiana en muchas regiones agrícolas del mundo. Los mohos (ej., *aspergillus* y *fusarium*) son los principales patógenos de queratitis en estas regiones. Anualmente ocurren más de 1 millón de casos de queratitis fúngica, con las tasas más altas en Asia y África; los hongos causan más del 45% de los casos de queratitis microbiana en algunos países.²²

La queratitis microbiana se diagnostica mediante examen (por ejemplo, con una lámpara de hendidura); la microscopía confocal in vivo puede ser útil en casos de hongos o acanthamoeba.²³ Se obtienen cultivos de raspados corneales para la identificación de patógenos. Pueden ocurrir infecciones polimicrobianas (ej., moho más infección bacteriana).

La queratitis microbiana se trata con administración frecuente de antibióticos tópicos (ej., una fluoroquinolona sola o vancomicina más tobramicina para la queratitis bacteriana, natamicina para la queratitis fúngica, y clorhexidina y polihexametileno biguanida para la queratitis por acanthamoeba).¹⁴ A veces se añaden antibióticos sistémicos (por ejemplo, si la queratitis por acanthamoeba no responde a los tratamientos tópicos).^{14,24,25} Puede ser necesario el trasplante de córnea durante una queratitis aguda, pero la tasa de supervivencia del injerto a 5 años es inferior al 60%.²⁶ La queratitis por acanthamoeba y la queratitis por moho son especialmente difíciles de tratar y a menudo tienen malos resultados.^{22,25}



QUERATITIS VIRAL

La queratitis por herpes simple suele ser causada por la reactivación del VHS latente en el ganglio del trigémino.

Un infiltrado ramificado (dendrítico) en el epitelio corneal es un hallazgo clásico. La infección suele recurrir como queratitis epitelial, queratitis estromal o uveítis anterior; las recurrencias

pueden provocar hipoestesia y opacidad corneal.¹⁶ La profilaxis con aciclovir reduce la tasa de recurrencia (19% con aciclovir vs. 32% con placebo durante un estudio de 1 año).²⁷ Puede utilizarse ganciclovir tópico o un agente antiviral oral (ej., aciclovir, valaciclovir o famciclovir) para tratar la queratitis epitelial. Otras formas de queratitis por VHS se tratan con corticosteroides tópicos más agentes antivirales orales.¹⁴ Una causa importante de queratitis por VVZ es el herpes zóster oftálmico. La queratitis aguda se desarrolla en el 13 al 76% de los casos de herpes zóster oftálmico,

generalmente dentro del mes después del inicio.¹⁴ El herpes zóster oftálmico complica aproximadamente el 8% de los casos de herpes zóster, y hay ~1 millón de casos de herpes zoster anualmente en los Estados Unidos.¹⁴ La queratitis relacionada con el herpes zoster oftálmico suele ser inicialmente una queratitis epitelial dendrítica, pero posteriormente se desarrollan infiltrados estromales en aproximadamente la mitad de los pacientes, y algunos tienen cicatrices corneales.²⁸ Puede ocurrir pérdida de la sensibilidad corneal que puede llevar a más ulceraciones. El herpes zoster oftálmico se trata con aciclovir, valaciclovir o famciclovir por vía oral. La vacuna recombinante contra el zóster es muy eficaz en la prevención del zóster, incluido el herpes zoster oftálmico.^{14,29}

ENDOFTALMITIS

La endoftalmitis es una infección intraocular potencialmente cegadora del humor vítreo, acuoso, o ambos.

Casi todos los casos son causados por bacterias u hongos. La endoftalmitis provoca pérdida de visión

severa (menos de 20/200) en ~20% de los ojos afectados.^{3,30} La infección puede ser exógena y desarrollarse después de cirugía ocular, inyecciones intravítreas, traumatismo penetrante o queratitis, o puede ser endógena, resultante de bacteriemia o fungemia. Mientras que la endoftalmitis exógena afecta sólo el ojo en riesgo (por ejemplo, el ojo afectado por cirugía reciente), la endoftalmitis endógena afecta ambos ojos en el 8 al 20% de los pacientes.³¹⁻³³

Los síntomas más comunes de la endoftalmitis son la pérdida de visión y el dolor ocular. El examen muestra glóbulos blancos en el humor vítreo, acuoso, o ambos. Dolor ocular, síntomas de aparición repentina, hipopiación e inflamación ocular difusa son más comunes en la endoftalmitis bacteriana que en la endoftalmitis fúngica. Los síntomas sistémicos están ausentes en la endoftalmitis exógena, pero pueden estar presentes en la endoftalmitis endógena.

El diagnóstico de endoftalmitis es clínico y generalmente se basa en el hallazgo de inflamación intraocular en un paciente con riesgo de endoftalmitis, con confirmación del diagnóstico con cultivos intraoculares en casos exógenos y cultivos intraoculares o hemocultivos en casos endógenos. Los cultivos intraoculares negativos no descartan la endoftalmitis; 30% de los casos postoperatorios tienen cultivos negativos.³⁴ Los cultivos intraoculares de las muestras de vitrectomía tienen más probabilidades de ser positivas, seguidas de los cultivos de muestras de aspirado vítreo y de aspirado acuoso. La evaluación de muestras intraoculares mediante un ensayo de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) no es todavía una práctica estándar, pero se ha utilizado para identificar patógenos.

El componente clave del tratamiento es la inyección intravítrea de antibióticos. Los antibióticos intravítreos por sí solos no logran esterilizar algunos ojos, y la adición de vitrectomía puede mejorar los resultados en casos graves.³⁴ Los antibióticos sistémicos se administran en todos los casos de endoftalmitis endógena y como terapia complementaria en algunos casos exógenos.³⁵

ENDOFTALMITIS EXÓGENA

La infección exógena complica del 0,04 al 0,1% de los millones de cirugías de cataratas e inyecciones intravítreas realizadas anualmente.^{3-5,36,37}

Los medicamentos de inyección intravítrea más comunes son los agentes anti-factor de crecimiento endotelial vascular (anti-VEGF) utilizados para tratar la degeneración macular neovascular relacionada con la edad y el edema macular diabético, entre otras afecciones. La cirugía de cataratas es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en todo el mundo, con una tasa mundial media anual de 1750 procedimientos por 1 millón de habitantes (8300 por millón en países de altos ingresos).³⁸

Cocos gram positivos, principalmente estafilococos coagulasa negativos (en aproximadamente el 70% de los casos), *S. aureus*, y estreptococos, causan más del 90% de las endoftalmitis post operatorias y post inyección en Estados Unidos.³⁴ La endoftalmitis estreptocócica es más común después de la inyección intravítrea que después de la cirugía de cataratas y a menudo tiene malos resultados. Los bacilos y hongos gram negativos son poco comunes en los Estados Unidos, pero causan de 10 a 20% de los casos en algunos países tropicales como India.³⁹

La endoftalmitis complica el trauma penetrante ocular en el 0,9 al 10% de los casos.⁴⁰ Los factores de riesgo incluyen lesión con un objeto metálico, alteración del cristalino, retención de cuerpos extraños intraoculares y retraso (>24 horas) en el cierre primario. Estafilococos coagulasa negativos y *Bacillus cereus* son los principales patógenos; este último típicamente causa una endoftalmitis fulminante con pérdida rápida de la visión.

Los antibióticos profilácticos (ej., vancomicina intravenosa más ceftazidima), administrados por 48 horas después de un traumatismo ocular penetrante, han reducido la incidencia de endoftalmitis al 0,9%.^{40,41}

ENDOFTALMITIS ENDÓGENA

La infección endógena representa del 2 al 15% de los casos de endoftalmitis.

Las fuentes de infección incluyen endocarditis, in-

INFECCIONES OCULARES





fecciones del tracto urinario, abscesos abdominales (ej., hepáticos), neumonía, procedimientos gastrointestinales (ej., endoscopia), catéteres venosos y uso de drogas inyectables. Hasta el 40% de los pacientes acuden a un profesional de atención médica general y muchos pacientes (30 a 60%) están afebriles.^{30-33,42}

Los hemocultivos son positivos en 30 a 55% de los pacientes en general, pero en sólo el 6% de los pacientes con endoftalmitis por *Cándida* asociada al uso de drogas inyectables.^{30,31,33,43} Los patógenos bacterianos más comunes en la endoftalmitis endógena dependen de la fuente de infección (ej., *S. aureus* y estreptococos en la endocarditis, *Klebsiella pneumoniae* en abscesos hepáticos y *Escherichia coli* en la infección del tracto urinario). El hongo patógeno más común es *Candida albicans*. La endoftalmitis endógena por mohos es rara y suele ocurrir en pacientes inmunocomprometidos.

Los pacientes con remoción actual o reciente de catéteres venosos centrales corren un riesgo particular de endoftalmitis por *Cándida*, que puede ser indolente e inicialmente confundida con uveítis. El uso de drogas inyectables es un factor de riesgo para endoftalmitis fúngica, causada principalmente por *C. albicans*, pero también por otras especies de *Cándida* o mohos (por ejemplo, *Aspergillus*).

El diagnóstico puede sospecharse en base al historial de pérdida gradual de la visión en uno o ambos ojos. El dolor ocular suele estar ausente hasta finales de la infección. El hallazgo de infiltrados vítreos esponjosos es consistente con el diagnóstico. La endoftalmitis fúngica endógena a menudo se diagnostica en base a cultivos vítreos, porque los hemocultivos frecuentemente son negativos. La incidencia de casos de endoftalmitis asociada al consumo de drogas se cuadruplicó en los Estados Unidos entre 2003 y 2016, de 0,08 a 0,32 por 100.000 habitantes,⁴⁴ y en algunos centros de EE. UU., más del 40% de los pacientes con endoftalmitis endógena tiene antecedentes de consumo de drogas.³¹

En un gran ensayo prospectivo en el que participaron pacientes hospitalizados, la candidemia se asoció con coriorretinitis en el 9,2% de los pacientes y con endoftalmitis en el 1,6%.⁴⁵ Un meta-análisis recien-

te mostró una prevalencia del 1,8% para la endoftalmitis por *Cándida* en pacientes con candidemia, con una prevalencia mayor en estudios asiáticos (3,6%) que en estudios europeos o estadounidenses (1,4%).⁴⁶

La siembra de la coroides altamente vascularizada causa coriorretinitis, que suele ser la primera manifestación de candidiasis ocular.

En el examen se observan lesiones coriorretinianas blancas y esponjosas, y sobreviene endoftalmitis a medida que la infección se extiende al vítreo.⁴⁷ Los pacientes con coriorretinitis generalmente no tienen síntomas oculares a menos que la mácula esté afectada o haya endoftalmitis. Más del 80% de los pacientes con candidemia no reportan síntomas oculares al momento en que se diagnostica la candidiasis ocular.^{45,48}

El diagnóstico de candidiasis ocular influye en la elección de los antibióticos sistémicos y la duración del tratamiento según lo recomendado por la guía de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA). El tratamiento con una equinocandina no se recomienda por su pobre penetración intraocular, y el tratamiento prolongado está indicado en la afectación ocular.⁴⁹ También es necesario un seguimiento oftalmológico estrecho, incluso en el caso de la coriorretinitis sola. Además de la terapia sistémica, la inyección intravítrea de anfotericina B o voriconazol está indicada en la coriorretinitis que amenaza la mácula o en la endoftalmitis.⁴⁹ La vitrectomía también es útil en algunos casos de endoftalmitis. La IDSA recomienda exámenes oculares de screening en pacientes asintomáticos con candidemia, pero la Academia Americana de Oftalmología no.^{49,50} Ambas sociedades coinciden en la necesidad de un examen ocular en pacientes con signos o síntomas de infección ocular.

Los resultados visuales en pacientes con endoftalmitis dependen de varios factores, incluyendo la virulencia del patógeno. La endoftalmitis debida a estafilococos coagulasa negativos, por ejemplo, se asocia con un buen resultado visual (es decir, 20/100 o mejor) en aproximadamente el 80% de los pacientes, mientras que la endoftalmitis estreptocócica tiene un resultado visual muy pobre (es decir, 20/400

o peor) en la mayoría de los ojos infectados.³⁴

UVEÍTIS INFECCIOSAS

La uveítis se refiere a la inflamación de la úvea (compuesta por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides), pero la inflamación también puede afectar estructuras adyacentes (ej., el humor vítreo y la retina).

La uveítis es una causa importante de ceguera en todo el mundo.

La mayoría de los casos son idiopáticos o inmunomediados, pero la causa es infecciosa en el 10 al 20% de los casos en países desarrollados y en el 30% al 50% en países en desarrollo.⁵¹

La uveítis se divide en categorías según el sitio anatómico de mayor inflamación. La uveítis anterior es la más común, pero la uveítis posterior y la panuveítis generalmente amenazan más la visión. En la uveítis anterior, la mayor inflamación se produce en el segmento anterior y con frecuencia hay precipitados queráticos, que son grupos de glóbulos blancos fusionados en el endotelio corneal. Estos acúmulos queráticos pueden ser grandes (granulomatosos) o pequeños (finos).

A pesar del nombre, no hay granulomas en los precipitados queráticos granulomatosos, pero éstos se asocian con afecciones granulomatosas (ej., sarcoidosis y tuberculosis). En la uveítis intermedia, la mayor inflamación se produce en el vítreo, principalmente en proximidad a la pars plana. En la uveítis posterior, la mayor inflamación se produce en el segmento posterior. En la panuveítis, la inflamación está presente tanto en el segmento anterior como en el posterior.

El conocimiento de la categoría anatómica de la uveítis proporciona información sobre la probabilidad de infección y los probables agentes infecciosos. En muchas series grandes, las infecciones (la mayoría de las veces debido a VHS) causan del 10 al 15% de los casos de uveítis anterior, mientras que más del 50% de las uveítis posteriores se deben a una infección, con mayor frecuencia por toxoplasmosis.⁵²⁻⁵⁸ La frecuencia de algunos patógenos varía geográficamente. La tuberculosis, por ejemplo, causa sólo

aproximadamente el 0,5% de las uveítis en los Estados Unidos, pero del 5 al 20% de los casos en la India.^{52,54,59}

La mayoría de los pacientes con uveítis presentan disminución de la visión. El dolor ocular es más común en la uveítis anterior que en la uveítis posterior. Se describen a continuación cuatro tipos de uveítis infecciosa.

TOXOPLASMOSIS OCULAR

Toxoplasma gondii se adquiere de forma congénita o posnatal. La toxoplasmosis ocular es la principal causa infecciosa de uveítis posterior en la mayoría de los estudios en todo el mundo y típicamente causa una coriorretinitis autolimitada pero que cura con cicatriz. Los pacientes a menudo refieren visión disminuida, pero la toxoplasmosis ocular puede ser asintomática, especialmente si las lesiones afectan a la retina periférica.

El tratamiento con antibióticos no mata los quistes de toxoplasma.

Las recurrencias frecuentes de la toxoplasmosis ocular son comunes⁶⁰ y pueden provocar una pérdida permanente de la visión, especialmente si la mácula está involucrada. El clásico hallazgo en la toxoplasmosis ocular sintomática es una lesión coriorretiniana cremosa adyacente a una cicatriz pigmentada.

La vitritis es común y puede resultar en visión borrosa. El diagnóstico se realiza mediante examen fundoscópico y se respalda con pruebas serológicas positivas; en ocasiones es útil la prueba de PCR del vítreo. La mayoría de los pacientes reciben tratamiento por brotes agudos de toxoplasmosis ocular. El tratamiento con antibióticos puede ser sistémico (ej., pirimetamina más sulfadiazina o trimetoprima-sulfametoxazol), intravítreo (clindamicina), o ambos. La profilaxis a largo plazo con trimetoprima-sulfametoxazol es muy eficaz para prevenir las recurrencias.^{60,61}

Necrosis retiniana aguda

La necrosis retiniana aguda se refiere a un patrón de

retinitis rápidamente necrotizante debido principalmente a VVZ o VHS; el primero representa dos tercios de los casos. La mayoría de los pacientes (>70%) son inmunocompetentes. Raros casos de necrosis retiniana aguda son debido al CMV y ocurren casi exclusivamente en pacientes inmunocomprometidos.

La mayoría de los pacientes no tienen evidencia de otra infección herpética e informan sólo síntomas oculares cuando se presentan con necrosis retiniana aguda. Algunos pacientes tienen antecedentes de herpes zóster oftálmico, meningitis por herpes, o encefalitis por herpes. Los pacientes suelen presentar dolor ocular leve, fotofobia y disminución de la visión, que empeora rápidamente.

La mayoría de los casos de necrosis retiniana aguda son unilaterales, pero sin tratamiento, la enfermedad puede progresar rápidamente hasta afectar el otro ojo. Algunos pacientes presentan enfermedad bilateral. El examen físico general suele ser normal. El examen ocular revela áreas de necrosis focal en la retina periférica (es decir, el área fuera de la mácula), vasculopatía retiniana oclusiva y glóbulos blancos en humor vítreo y acuoso. Las áreas de necrosis retiniana progresan rápido circunferencialmente si no se tratan y pueden provocar ceguera en unos pocos días.

El diagnóstico es clínico, pero la PCR de una muestra acuosa o vítreo es altamente sensible (>80%) para detectar el virus.⁶² El tratamiento oportuno con agentes antivirales es importante para detener la retinitis destructiva y reducir el riesgo de enfermedad bilateral del 70 al 13%.⁶³ El tratamiento consiste en valaciclovir en dosis altas o aciclovir intravenoso para la necrosis retiniana aguda debida a VVZ o VHS y ganciclovir intravenoso para la enfermedad debida a CMV; a menudo se añade foscarnet intravítreo.⁶² Si la necrosis retiniana aguda debida a VVZ o VHS progresa a pesar de las inyecciones intravenosas de aciclovir más foscarnet intravítreo, se debe considerar un cambio a foscarnet intravenoso.⁶⁴

SÍFILIS OCULAR

La sífilis ocular ocurre en aproximadamente el 1% de los casos de sífilis en Estados Unidos, generalmente en sífilis secundaria o en etapa tardía o en sífilis de

duración desconocida.⁶⁵ Las manifestaciones son variadas, pero la uveítis es la más común y ocurre en aproximadamente el 65% de los casos.⁶⁶ Ambos ojos están afectados en la mitad de los pacientes.⁶⁶

Los pacientes a menudo sólo presentan síntomas oculares (ej., disminución de la visión), sin erupción que sugiera sífilis secundaria o hallazgos neurológicos que sugieran neurosífilis. Sin embargo, el análisis de líquido cefalorraquídeo es anormal en hasta el 70% de los pacientes en quienes se realizan punciones lumbares.^{66,67} El diagnóstico de sífilis ocular se realiza en pacientes con hallazgos oculares compatibles y pruebas serológicas treponémicas positivas; una prueba no treponémica es generalmente, pero no siempre, positiva.⁶⁶

El tratamiento es el mismo que para la neurosífilis, con dosis altas de penicilina intravenosa administrada durante 10 a 14 días.¹²

A partir de 2021, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ya no recomiendan realizar una punción lumbar antes del tratamiento en pacientes con sífilis ocular aislada y sin anomalías neurológicas.¹²

TUBERCULOSIS OCULAR

La tuberculosis afecta el ojo en aproximadamente 1,5% de los pacientes con tuberculosis sistémica confirmada,^{68,69} y en estos pacientes, los hallazgos oculares más comunes incluyen coroiditis multifocal, nódulo coroideo solitario, uveítis granulomatosa anterior, y vasculitis retiniana. Escleritis, queratitis intersticial, y neuritis óptica son manifestaciones menos comunes de tuberculosis ocular.

La coroiditis es el hallazgo más común, y los pacientes generalmente tienen menos de 5 tubérculos coroideos (rango, 1 a 60).⁷⁰ Otras enfermedades, como sarcoidosis, sífilis, y cáncer metastásico, pueden causar una apariencia similar de la coroides. La coroiditis tipo serpiginosa es un patrón de coroiditis que se cree que es altamente sugestivo de tuberculosis, pero debe distinguirse de la coroiditis serpiginosa idiopática.

En la coroiditis serpiginosa idiopática, las lesiones



clásicamente se extienden desde alrededor del nervio óptico hasta la mácula, mientras que en más del 85% de los casos de coroiditis tipo serpiginosa, las lesiones no son contiguas al disco óptico.^{71,72} Los cultivos vítreos en casos de presunta tuberculosis ocular son casi siempre negativos. Los estudios de diagnóstico molecular de fluidos intraoculares son prometedores, aunque su sensibilidad y especificidad no están bien establecidas.^{73,74} La tuberculosis ocular se trata con un régimen multi medicamentoso de antibióticos antituberculosos.

CONCLUSIONES

Las infecciones oculares son importantes de reconocer y tratar y muchos casos se pueden prevenir.

Las medidas preventivas incluyen prácticas de control de infecciones para prevenir la propagación de la conjuntivitis viral, cuidado de lentes de contacto para prevenir la queratitis microbiana, uso de gafas de seguridad para prevenir lesiones oculares e infecciones relacionadas, antibióticos profilácticos para prevenir la endoftalmitis después de un traumatismo ocular penetrante y vacunación contra el herpes zoster para prevenir el herpes zoster oftálmico.

COMENTARIO

Las infecciones oculares son una causa importante de pérdida de la visión en todo el mundo, y un motivo de consulta frecuente en centros ambulatorios, departamentos de urgencias e instituciones espe-

cializadas. Conocer la epidemiología y la evolución clínica de las infecciones oculares más frecuentes puede facilitar su diagnóstico y tratamiento oportunos, que, junto con diversas medidas preventivas para controlar y disminuir su presentación, ayudarán a minimizar el daño ocular y a evitar el compromiso a corto y largo plazo de la visión.



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:

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 :

4654-4237 ó Fortunata Matina matina07@gmail.com / Dr. Luis Saimon l556saimon@gmail.com / Dra. Marta Mendez martmarmendez@gmail.com

La página Web de AMEJU se encuentra actualizada www.ameju.com.ar , a través de sus diferentes solapas, se accede a diversos temas: Institucional, Cultura y Educación.

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:

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:

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

TALLER DE PINTURA:

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

CINE DEBATE:

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.



REUNIÓN DEL SÁBADO DEL 13 DE JULIO DE 2024...

En la Casa del Médico Jubilado de La Matanza, se realizó un almuerzo, presidido por las siguientes autoridades: Dr. Guillermo Villafañe, Presidente del Círculo Médico de La Matanza, el Dr. Jorge B. J. López, Vicepresidente Distrito III Morón, el Dr. Ricardo Villar Presidente del Centro de médicos jubilados de Morón. La Dra. Delia Boan, Presidenta de A.M.E.J.U, la Licenciada Laura Mariani Protesorera de la misma institución, el Dr. Isaac Fresco Presidente de C.E.M.E.J.U.M.A y otras personalidades del ambiente médico y cultural de nuestra institución. Dio la bienvenida a los presentes el Dr. Pedro Deambrogio

que es un baluarte de nuestras asociaciones y expresó que el motivo del evento era fundamentalmente, estrechar los vínculos con todos los representantes de las Asociaciones de Médicos Jubilados y pensionados de la Provincia de Buenos Aires que luchan para mejorar la calidad de vida de los profesionales después de retirarse.

La jornada transcurrió en un ambiente de camaradería que permitió intercambiar proyectos, experiencias y afianzar la amistad de todos los presentes en pos de un bien común.





REUNIÓN DEL SÁBADO DEL 13 DE JULIO DE 2024...

ALGUNAS NOTICIAS PARA MÉDICOS JUBILADOS Y PENSIONADOS...

El viernes 28 de junio las autoridades de la Caja de Prev. Y Seg. Médico de la Pcia. de Bs. As. participaron de una reunión con la Mesa Ejecutiva de A.M.E.J.U. en la que se logró que se otorgara a los beneficiarios, un bono de \$75.000 a cobrar con los haberes

del mes de julio. De tal manera que el monto de la Jubilación Ordinaria básica con Carga de Familia ascenderá a \$636.529,50 y a \$472.081,58 para las pensiones máximas, estableciendo para los casos que correspondan las respectivas proporciones.



Estimados Prestadores:

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

CUENTAS SAMI OSMECON SALUD



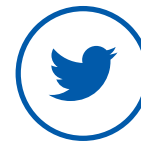
@sami.osmecon

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.



FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

NUEVOS VALORES DE OBRAS SOCIALES

Vigencia		01/05/2024	01/11/2023	01/06/2024	01/06/2024	01/05/2024
Obra Social		BANCO PROVINCIA	AAPM	COMEI	PODER JUDICIAL	AMFFA
Codigo		12	46	60	64	67
Facturar con:		Prescripcion	Prescripción	Prescripción	Prescripcion- autorizacion web	Prescripción
CONSULTA	BAS	\$ 7.256,00	\$ 3.447,00	\$ 6.364,00	\$ 9.728,00	\$ 9.320,00
42.01.01	B	\$ 8.109,00	\$ 3.852,00	\$ 7.618,00	\$ 13.021,00	\$ 10.197,00
	C	\$ 9.467,00	\$ 4.496,00	\$ 8.529,00	\$ 14.310,00	\$ 11.245,00
DOMICILIO	BAS	\$ 7.256,00	\$ 3.447,00	\$ 6.364,00	\$ 9.728,00	\$ 9.320,00
42.02.01	B	\$ 8.109,00	\$ 3.852,00	\$ 7.519,00	\$ 13.021,00	\$ 10.197,00
	C	\$ 9.467,00	\$ 4.496,00	\$ 8.529,00	\$ 14.310,00	\$ 11.245,00
GALENO QUIRURGICO	A	\$ 350,24	\$ 166,36	\$ 252,71	\$ 665,41	\$ 297,66
	B	\$ 376,73	\$ 178,94	\$ 353,86	\$ 939,22	\$ 420,28
	C	\$ 390,11	\$ 185,61	\$ 455,05	\$ 1.197,78	\$ 551,85
GALENO PRACTICAS	BAS	\$ 202,21	\$ 96,04	\$ 160,92	\$ 443,97	\$ 180,76
	B	\$ 228,69	\$ 108,62	\$ 204,31	\$ 548,45	\$ 249,84
	C	\$ 237,11	\$ 112,62	\$ 262,71	\$ 686,75	\$ 313,00
GASTO QUIRURGICO		\$ 94,68	\$ 44,97	\$ 84,46	\$ 231,41	\$ 100,81
OTROS GASTOS		\$ 27,28	\$ 12,96	\$ 42,40	\$ 121,10	\$ 42,25
GASTO ECOGRAFIA		\$ 94,28	\$ 44,78	\$ 84,46	\$ 231,41	\$ 80,20
GASTO RX		\$ 107,52	\$ 51,70	\$ 84,46	\$ 231,41	\$ 80,20
GASTO BIOQUIMICO		\$ 228,28	\$ 108,43	\$ 169,93	\$ 454,23	\$ 202,88
Observaciones:			Plan 3000 con autorización			Facturar consultas separadas de las prácticas



FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

NUEVOS VALORES DE OBRAS SOCIALES

Vigencia		01/06/2024	01/05/2024	01/06/2024	01/02/2024
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	\$ 8.107,00	\$ 8.698,00	\$ 6.702,00	\$ 3.120,00
42.01.01	B	\$ 8.750,00	\$ 10.310,00	\$ 7.704,00	\$ 4.590,00
	C	\$ 10.926,00	\$ 12.660,00	\$ 10.300,00	\$ 6.390,00
DOMICILIO	BAS	\$ 8.107,00	\$ 8.698,00	\$ 6.702,00	\$ 3.120,00
42.02.01	B	\$ 8.750,00	\$ 10.310,00	\$ 7.704,00	\$ 4.590,00
	C	\$ 10.926,00	\$ 12.660,00	\$ 10.300,00	\$ 6.390,00
GALENO	A	\$ 318,13	\$ 527,60	\$ 386,19	\$ 219,12
QUIRURGICO	B	\$ 446,46	\$ 632,71	\$ 541,01	\$ 219,12
	C	\$ 574,77	\$ 823,13	\$ 696,33	\$ 219,12
GALENO PRACTICAS	BAS	\$ 184,51	\$ 295,53	\$ 223,33	\$ 122,10
	B	\$ 237,19	\$ 357,99	\$ 312,21	\$ 122,10
	C	\$ 305,40	\$ 466,19	\$ 402,31	\$ 122,10
GASTO QUIRURGICO		\$ 107,12	\$ 169,10	\$ 117,55	\$ 57,23
OTROS GASTOS		\$ 53,03	\$ 64,01	\$ 30,10	\$ 42,98
GASTO ECOGRAFIA		\$ 107,12	nomencladas todas\$16421	\$ 92,04	\$ 51,48
GASTO RX		\$ 107,12	\$ 147,24	\$ 92,04	\$ 66,06
GASTO BIOQUIMICO		\$ 214,57	\$ 421,97	\$ 254,60	\$ 130,56
Observaciones:			Casa Baires facturar por separado		



FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

NUEVOS VALORES DE OBRAS SOCIALES

Vigencia		01/06/2024	01/06/2024	01/06/2024
Obra Social		OSPEPBA	JERARQUIC OS SALUD	SADAIC
Codigo		193	197	870
Facturar con:		Bonos Requiere inscripción	Planilla o prescripción	Prescripción
CONSULTA 42.01.01	BAS	\$ 6.293,00	\$ 8.790,00	\$ 12.704,00
	B	\$ 6.638,00	\$ 9.911,00	\$ 16.282,00
	C	\$ 6.638,00	\$ 10.804,00	\$ 19.195,00
DOMICILIO 42.02.01	BAS	\$ 6.293,00	\$ 8.790,00	\$ 12.704,00
	B	\$ 6.638,00	\$ 9.911,00	\$ 16.282,00
	C	\$ 6.638,00	\$ 10.804,00	\$ 19.195,00
GALENO QUIRURGICO	A	\$ 400,04	\$ 405,34	\$ 830,76
	B	\$ 526,56	\$ 543,41	\$ 1.246,76
	C	\$ 651,33	\$ 566,42	\$ 1.659,68
GALENO PRACTICAS	BAS	\$ 262,85	\$ 233,65	\$ 505,50
	B	\$ 343,43	\$ 271,71	\$ 756,69
	C	\$ 457,23	\$ 298,71	\$ 7.009,76
GASTO QUIRURGICO		\$ 145,52	\$ 135,86	\$ 284,53
OTROS GASTOS		\$ 44,83	\$ 68,58	\$ 109,26
GASTO ECOGRAFIA		\$ 112,90	\$ 135,86	\$ 218,49
GASTO RX		\$ 112,90	\$ 135,86	\$ 218,49
GASTO BIOQUIMICO		\$ 280,56	\$ 266,83	\$ 570,91
Observaciones:		Afiliado abona coseguro consulta "B"\$3528" "C"\$4704"		
		Ecos. \$2000 R.M.N. \$5500 TAC \$3000		



NUEVOS VALORES

IOMA

VALORES ACTUALES:

(VIGENCIA 01/03/2024)

CONSULTA "BÁSICA" \$4.413

CONSULTA "B" \$6.466

CONSULTA "C" \$8.976

RESPECTO DE LAS CONSULTAS,

SE IMPLEMENTA:

• CONSULTAS A \$1500

• CONSULTAS B \$2500

• CONSULTAS C \$3500

CO-SEGURO A CARGO DEL AFILIADO:

CO-SEGUROS PRÁCTICAS \$190

OSDE

VALORES ACTUALES:

(VIGENCIA 01/07/2024)

CONSULTA 42.01.01 \$10.120



RECETAS ESPECIALES
LENTES DE CONTACTO
OPTICA COMPUTARIZADA

Moreno 42 Ramos Mejía

☎ 4658-7415

www.opticamorenorm.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

¡IMPORTANTE!

NUEVA MODALIDAD COSEGUROS IOMA

Estimado colega

Se encuentra vigente una importante modificación en la modalidad de cobro de coseguos de consultas y prácticas. Respecto de las consultas, se implementa:

CONSULTAS A \$1500

CONSULTAS B \$2500

CONSULTAS C \$3500

Respecto de las prácticas también se implementan nuevos valores a cobrar al afiliado, que están publicados en la página de FEMECON: [www.femecon.com/NOVEDADES CONVENIO IOMA-FEMECON](http://www.femecon.com/NOVEDADES_CONVENIO_IOMA-FEMECON) (ver valor de copagos de consulta y prácticas)

La modalidad de cobro es a través de la cuenta DNI de Banco de la Pcia de Bs y a tal fin adjuntamos el instructivo correspondiente.

En caso de dificultades técnicas, de conectividad o imposibilidad del afiliado para operar con dicha modalidad, los valores definidos podrán facturarse en efectivo.

Comisión Directiva



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.



Círculo Médico de Matanza

IMPORTANTE!!

(para los MEDICOS SOCIOS)

Se informa que los subsidios vigentes son los siguientes:

JUBILACIÓN	\$ 200.000.-
FALLECIMIENTO	\$ 200.000.-
MATERNIDAD	\$ 200.000.-
ENFERMEDAD	\$ 50.000.- por mes (hasta 12 meses)

Asimismo los Subsidios mensuales:

JUBILADOS/AS	\$ 30.000.-
PENSIONADOS/AS	\$ 27.000.-

(Nuevos valores desde 7/2024)



Círculo Médico de Matanza

IMPORTANTE!

RECETA ELECTRÓNICA

De acuerdo a lo dispuesto por la Ley 27553, su decreto Reglamentario 98/23 y el Decreto 345/24, la implementación de la receta electrónica será obligatoria a partir del 1° de julio de 2024. De todos modos recientemente se prorrogó hasta el 31/12/2024.

Tener en cuenta que se trata de una disposición de carácter obligatorio cuyo cumplimiento permitirá, además, mejorar la experiencia de sus pacientes en la compra de medicamentos.

Sugerimos que cuente con esta información y que quede atento a nuestras futuras comunicaciones.

COMISIÓN DIRECTIVA





FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

Cómo obtener Cuenta "DNI COMERCIOS" para cobro de copagos



Cuenta DNI Comercios es la app de cobros de Banco Provincia.

REQUISITOS:

- Ser Monotributistas o Responsable Inscriptos sean o no clientes de la Entidad.
- Descargue la APP desde  o  y siga los siguientes pasos:
 1. Ingrese su CUIT y su dirección de mail.
 2. Saque una foto al frente y dorso de tu DNI.
 3. Valide su identidad posicionando la cámara delantera hacia el centro de su cara.
 4. Ingrese sus datos personales.
 5. Realice la apertura de cuenta.
 6. Genere su contraseña de acuerdo con los requisitos indicados en la pantalla:
 - a. Tener un mínimo de 8 caracteres de largo.
 - b. Tener una mayúscula, una minúscula y un número.
 - c. No superar los 6 números o letras consecutivos
 7. Si la contraseña está bien confeccionada, le envían un código de acceso al Correo electrónico registrado para que active su cuenta. Si no lo recibió, revisar la carpeta de correo no deseado o presione "reenviar código"
 8. En la app, ingrese el código recibido.
 9. Cree su comercio y el punto de venta principal, ingresando los datos solicitados. Elija la cuenta donde va a acreditar sus cobros.
 10. Si tiene disponible su constancia de inscripción de Ingresos Brutos, cárguela o puede realizarlo más tarde desde el menú "Comercios < Documentos>".
 11. Si abrió la cuenta por la app, deberá esperar 48hs hábiles

Cobro con cuenta DNI se puede realizar utilizando las siguientes alternativas:

iCobro a distancia con un link de pago!

- 1 Presione "Cobrar" y seleccione "Link de pago".
- 2 Ingrese el importe y luego presione "Compartir link de pago".
- 3 El afiliado tiene hasta 72 h para abrir el link y abonarlo.

Generar un QR y cobra desde el celular.

- 1 Presione "Cobrar" y seleccione "Genera tu QR".
- 2 Ingrese el importe, genere el QR. El código dura 10 minutos.
- 3 El afiliado escanea el código con su billetera digital y abona.

Imprimir un QR para dejar visible en su consultorio.

- 1 Presione "Cobrar" y seleccione "Imprimir tu QR".
- 2 Presione "Compartir" para enviarlo e imprimirlo.
- 3 Poner en lugar visible en su consultorio, el afiliado escanea el código para abonar los copagos.

Para información adicional:

<https://www.bancoprovincia.com.ar/cuentadni/contenidos/cdniComercios>

o al teléfono: **0810 666 2364**

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)

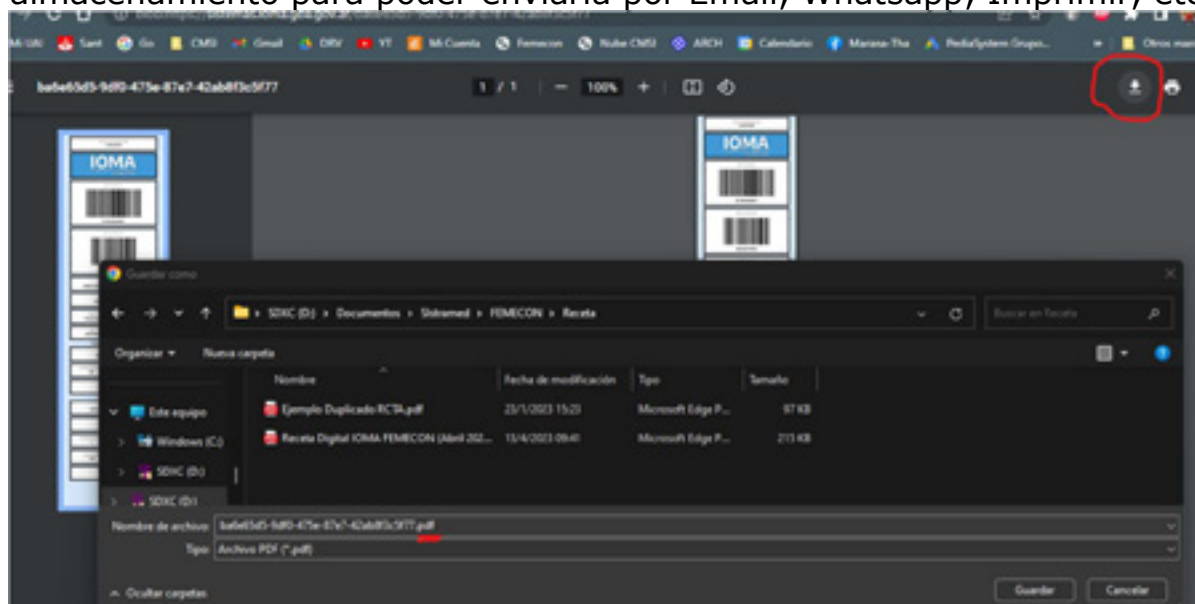


Al leer el instructivo, las dos primeras hojas no deberá tenerlas en cuenta, porque no aplica para el caso de FEMECON ya que el ingreso lo realiza directamente desde la aplicación TECNOTOUCH de FEMECON.

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.

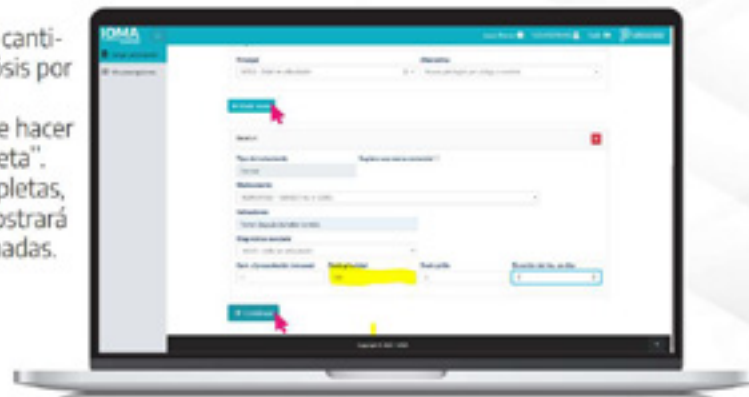
Para el caso de emplear una PC con Microsoft Windows, una vez que Ud. haya seleccionado Imprimir, mostrará la vista previa en PDF. Presionando click en el ícono de descarga en el margen superior derecho (señalado en el círculo rojo a continuación), Ud. podrá guardarla en la unidad de almacenamiento para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

BOTULISMO

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





BOTULISMO

UNA ENFERMEDAD NEUROPARALÍTICA POTENCIALMENTE MORTAL QUE AFECTA A TODOS LOS GRUPOS ETARIOS. ¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ADECUADO?

INTRODUCCIÓN

El botulismo es una enfermedad paralítica neuromuscular causada por la toxina botulínica, la toxina bacteriana más venenosa que se conoce. La toxina botulínica se adquiere en los adultos a través de alimentos mal preparados, una herida contaminada o mediante inyección iatrogénica. El botulismo infantil se desarrolla a partir de la producción de toxinas in vivo después de la ingestión de esporas botulínicas. La toxemia intestinal en adultos es un síndrome poco común que se desarrolla a partir de la producción de toxinas in vivo en adultos y niños >1 año de edad con colonización intestinal de especies de clostridios toxigénicos.

No se sabe que la forma de botulismo por inhalación ocurra en la naturaleza y es el resultado de la exposición a toxinas en aerosol intencionalmente con fines bioterroristas. Los pacientes pueden presentar alteraciones oculares y/o debilidad leve, que pueden progresar rápidamente a una parálisis flácida descendente simétrica que requiere intubación y ventilación mecánica. La oximetría de pulso continua, la espirometría y la medición de gases en sangre arterial se pueden utilizar para controlar de cerca

el estado respiratorio. En casos graves puede ser necesaria una hospitalización prolongada.

El tratamiento temprano con antitoxinas es vital para evitar complicaciones neurológicas y cardiopulmonares graves, incluida la muerte. Una antitoxina botulínica heptavalente de origen equino (HBAT) está disponible en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para el departamento de salud pública del estado. Además, la inmunoglobulina humana está disponible para bebés con botulismo.

ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

La neurotoxina botulínica es producida por clostridio botulínico o especies relacionadas (*Clostridium botulinum* y *Clostridium butyricum*). *C. botulinum* es un bacilo grampositivo anaeróbico formador de esporas, ubicuo en el medio ambiente y presente en muchas plantas y vegetales. La resistencia al calor le permite sobrevivir en un ambiente que contiene oxígeno y producir neurotoxinas en condiciones anaeróbicas, lo que es particularmente peligroso en los alimentos enlatados caseros cuando la temperatura de cocción es inadecuada. Las

esporas son resistentes al calor y el tiempo mínimo de destrucción varía según el producto y el tamaño del recipiente.

C. botulinum produce ocho neurotóxicos potentes conocidos Proteínas (BoNT): tipos A-H. La enfermedad humana comúnmente asociado con los tipos A, B, E o raramente F. Ambos tipos de toxinas A y B están relacionados con los alimentos preparados en casa; La toxina tipo E se encuentra comúnmente en peces o animales marinos

En Estados Unidos, la toxina tipo A se asocia con una tasa de mortalidad del 60% entre personas sintomáticas y se encuentra comúnmente en la costa oeste; La toxina tipo B es menos tóxica y se asocia con una tasa de mortalidad del 48%. Se han observado brotes de tipo E en Alaska, la región de los Grandes Lagos y el noroeste del Pacífico. Las poblaciones nativas de Alaska corren mayor riesgo de contraer botulismo transmitido por los alimentos debido a prácticas culturales alimentarias.

Fisiopatología y presentaciones clínicas

La toxina del botulismo no mata las células,

pero afecta las terminaciones nerviosas periféricas al bloquear la liberación presináptica de acetilcolina en las uniones neuromusculares de los músculos esqueléticos, lo que produce una disminución progresiva de la función muscular que conduce a una parálisis flácida. El sistema nervioso central está ileso y la capacidad mental y sensorial de los pacientes se preserva, aunque algunos autores han informado casos con anomalías sensoriales.

La toxina contenida en los alimentos es resistente al ácido gástrico y a las enzimas intestinales y se absorbe fácilmente en el torrente sanguíneo.

La enfermedad en los bebés se debe a la germinación de las esporas en el intestino grueso con la producción de toxinas in vitro. Los adultos o niños mayores de 1 año con patología intestinal pueden colonizar clostridios productores de BoNT, como se describe en el botulismo infantil.

Por lo general, los pacientes presentan diplopía, visión borrosa, ptosis, disfagia y disfonía debido a la debilidad de los pequeños músculos afectados del ojo, la laringe y la faringe. La sequedad de boca y la disminución de la producción de sudor se deben a la falla de la transmisión de acetilcolina a través del sistema autónomo. Las pupilas están fijas y dilatadas en el 50% de los casos. Los reflejos tendinosos suelen estar intactos a menos que la debilidad de los músculos afectados sea profunda.

La debilidad descendente suele ser simétrica sin déficit sensitivo y afecta primero las extremidades superiores y luego las inferiores; la progresión puede provocar insuficiencia respiratoria y paro cardíaco. Los pacientes deben ser hospitalizados y monitoreados cuidadosamente para detectar la progresión de la enfermedad, especialmente en caso de dificultad respiratoria. Si el paciente demuestra compromiso de las vías respiratorias superiores o su capacidad vital es <30% de lo previsto, se debe realizar intubación y ventilación mecánica. Con un manejo óptimo y avances en cuidados inten-

sivos, la mortalidad disminuye de 50% a 9%.

Los pacientes con formas graves de botulismo suelen presentarse poco después de la ingestión de toxina y progresan rápidamente en comparación con aquellos con formas más leves. Los casos esporádicos de botulismo pueden resultar difíciles de identificar.

> Botulismo transmitido por alimentos

El período de incubación del botulismo transmitido por alimentos oscila entre 18 y 36 horas. Los pacientes pueden presentar dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea. Se desarrolla boca seca y visión borrosa o doble, seguidas de disartria, disfagia y disminución del reflejo nauseoso, y el 50% de los pacientes tendrá pupilas fijas y dilatadas. Algunos pacientes pueden tener dolor de garganta sin fiebre. La ptosis es común. La afectación del sistema nervioso autónomo produce anomalías pupilares, estreñimiento (ileo paralítico), sequedad de boca, hipotensión postural y retención urinaria.

A medida que avanza la enfermedad se producirá una parálisis flácida simétrica y descendente y, sin tratamiento, se desarrollará insuficiencia respiratoria que provocará un paro cardíaco y la muerte. La recuperación de la enfermedad suele ser completa, pero lleva semanas o meses.

> Botulismo por herida

Los factores de riesgo del botulismo por heridas son el uso ilegal de drogas intravenosas, fracturas compuestas que involucran contaminación del suelo y heridas punzantes profundas. La toxina se produce in situ y puede absorberse a través de membranas mucosas, lesiones cutáneas o heridas. El período de incubación varía de 7 a 21 días.

Los síntomas son indistinguibles del botulismo transmitido por alimentos, excepto que no se presentan síntomas gastrointestinales. Se debe considerar el botulismo por heridas en pacientes con cualquier lesión asociada con

parálisis descendente y signos bulbares. El cuidado de la herida con la administración de antitoxina es esencial y se recomienda el desbridamiento quirúrgico incluso si la herida parece benigna. Después de la administración de la antitoxina se deben administrar antibióticos, como penicilina o metronidazol (si es alérgico a la penicilina). Los aminoglucósidos potencian el efecto paralizante de la toxina y deben evitarse. También está indicado un refuerzo de toxoide tetánico.

> Botulismo iatrogénico

La toxina botulínica se introdujo como tratamiento en 1980 y desde entonces se ha utilizado para diversas aplicaciones médicas, incluidas indicaciones neurológicas, gastroenterológicas, urológicas y dermatológicas. El botulismo iatrogénico resulta de la inyección de dosis supratrapéuticas de toxina botulínica. Las pistas clínicas para el diagnóstico incluyen antecedentes de inyecciones de toxina botulínica antes de la debilidad muscular (focal o difusa) y alteraciones del sistema nervioso autónomo en el lugar de la aplicación (Figura 1).

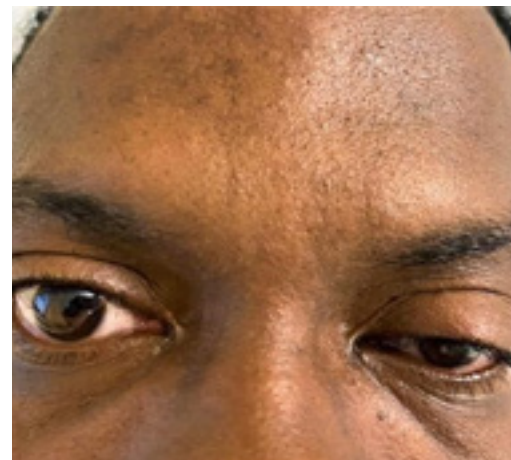


Figura 1. Blefaroptosis izquierda tras inyección de toxina botulínica. El paciente recibió una dosis desconocida de inyección de toxina botulínica con fines estéticos 10 días antes del ingreso.



> Botulismo infantil

Si bien la miel es un factor de riesgo conocido para el botulismo infantil, la mayoría de los casos ahora están asociados con el consumo de *C. botulínico* del suelo o polvo industrial rico en esporas. El período de incubación varía de días a semanas. Dado que la absorción de toxinas es mínima en los bebés, la enfermedad es menos grave que la de los adultos. Sin embargo, puede presentarse o progresar a insuficiencia respiratoria.

Los pacientes suelen presentar estreñimiento, llanto débil, mala alimentación, reflejo de succión débil, retraso del crecimiento, letargo y pérdida de fuerza en los músculos del cuello y las extremidades. La enfermedad progresa durante 1 a 2 semanas hasta que se logra la estabilización, y se requieren alrededor de 2 a 3 semanas para la recuperación total. La inmunoglobulina intravenosa (humana) para el botulismo está disponible para el tratamiento intravenoso.

> Botulismo por inhalación

Se han notificado casos de botulismo inducido por inhalación de toxinas entre trabajadores de laboratorio. También puede desarrollarse por exposición a la toxina en aerosol para bioterrorismo. Los síntomas típicos del botulismo se desarrollan entre 12 y 72 horas después de la inhalación. Por lo tanto, la respuesta oportuna incluye el diagnóstico temprano y la notificación de casos. Los pacientes sintomáticos deben ser ingresados en el hospital para una estrecha observación además del tratamiento con antitoxinas. La descontaminación incluye quitar la ropa del paciente así como ducharse con agua y jabón.

Diagnóstico diferencial del botulismo

El diagnóstico se basa en la historia y la presentación clínica y debe sospecharse en un paciente afebril que presenta sensorio claro y parálisis descendente. Los síntomas de presentación del botulismo son inespecíficos,

pero típicamente comienzan con un síndrome bulbar por parálisis de pares craneales (diplopía, disfagia, disfonía, disartria). Si no se trata, la parálisis simétrica descendente afecta el tronco, las extremidades y los músculos lisos. La afectación del músculo liso autónomo produce estreñimiento y retención urinaria.

La debilidad del diafragma precipita la insuficiencia respiratoria, lo que requiere atención a nivel de UCI con intubación mecánica. El diagnóstico diferencial para un paciente que presenta enfermedad paralítica flácida descendente incluye miastenia gravis (MG), síndrome de Guillain-Barré (GB), síndrome de Miller Fisher, parálisis por garrapatas, efectos secundarios de medicamentos, accidente cerebrovascular, difteria tóxica, y síndrome de miastenia de Lambert-Eaton (tabla 1).

TABLA 1. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.

Botulismo

Sin fiebre. Mentalidad y sensorio claros. Inicio con afectación de nervios craneales. Parálisis flácida descendente, simétrica, bilateral. LCR normal e imágenes cerebrales. EMG: patrón incremental después de estimulación nerviosa repetitiva a ritmo rápido

Miastenia grave (MG)

Reflejos pupilares preservados. Anticuerpos séricos del receptor de acetilcolina positivos. EMG demuestra un patrón discriminante con estimulación muscular repetitiva. Prueba de edrofonio (Tensilon) +

MG infantil familiar (lactantes)

Historia familiar de MG materna.

Síndrome de Guillain-Barré

Por lo general, parálisis ascendente

Síndrome de Miller Fisher (SFM)

Reflejos tendinosos profundos (DTR) ausentes. Anomalías sensoriales.

Proteína elevada en el LCR.

Oftalmoplejía con anomalías oculares y bulbares.

Detección sérica de autoanticuerpos contra GQ1b.

EMG demuestra la lesión del nervio periférico.

Atrofia muscular en la columna (infantes)

Debilidad de los músculos proximales, hipo o arreflexia, fasciculación de la lengua.

Pruebas genéticas moleculares para análisis de mutaciones dirigidas.

EMG, biopsia muscular (raramente realizada)

Trastorno metabólico (bebés)

Evaluación adecuada

Intoxicación por metales pesados

Análisis de sangre y orina para detectar sospecha de medición de metales.

Síndrome de miastenia de Lambert-Eaton

Los músculos extraoculares y elevadores del párpado se ven menos afectados.

Estudios de electrodiagnóstico: aumento del 100 % del potencial de acción muscular tras estimulación nerviosa repetitiva.

Títulos elevados en suero de anticuerpos contra canales de calcio dependientes de voltaje de tipo P/Q

Poliomielitis

PCR, serología

Parálisis de garrapatas

Estacional (primavera o verano). Se parece al GBS. Quitar una garrapata acelera la recuperación

Intoxicación por hongos

Historia, presentación clínica.

Efecto secundario del medicamento

Información de medicación

Neuropatía tóxica asociada a difteria

PCR en hisopo nasofaríngeo, suero Inmunología.

Semanas después del inicio de la enfermedad



se desarrollan debilidad bulbofacial y neuropatía desmielinizante con exudado amigdalino.

Hipermagnesemia

Nivel de magnesio sérico

Hipocalcemia

Nivel de calcio sérico

PRUEBAS DE LABORATORIO

Los criterios de confirmación de laboratorio incluyen la detección de BoNT preformada en alimentos o muestras clínicas o la identificación de clostridios productores de BoNT en las heces. La toxina botulínica se puede detectar en el suero de pacientes con botulismo transmitido por alimentos hasta 16 días después del ingreso. También se debe analizar una muestra de tejido y exudado de la herida para aumentar la probabilidad de detección.

TRATAMIENTO

La atención de apoyo con nutrición y asistencia respiratoria es esencial para todos los pacientes con diagnóstico o sospecha de botulismo. La antitoxina heptavalente contra el botulismo en suero equino está disponible para adminis-

tración intravenosa. Cada volumen contiene los serotipos A, B, C, D, E, F y G. La administración inmediata de antitoxina es imperativa para la prevención de la parálisis ya que la toxina botulínica se une irreversiblemente a las neuronas. La administración retrasada de antitoxina es ineficaz para revertir la parálisis.

Los agentes terapéuticos como los catárticos y los enemas para eliminar las toxinas del tracto gastrointestinal no resultaron eficaces. Los antibióticos no están indicados. Los aminoglicósidos, las sales de magnesio, la ciclosporina, la penicilamina y la quinina pueden potenciar el bloqueo neuromuscular y deben evitarse.

ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS

Los médicos que tratan a una persona que ha estado expuesta a la toxina del botulismo o que demuestra cualquier signo o síntoma clínico deben comunicarse de inmediato con sus departamentos de salud locales y estatales. Se requirió ingreso en cuidados intensivos en el 14% de los casos y ventilación mecánica en el 25%.

Los signos y síntomas informados con mayor frecuencia fueron disfagia (53%), disartria

(39%) y debilidad generalizada (37%).

Las pacientes embarazadas pueden tener un mayor riesgo de insuficiencia respiratoria; además de una estrecha vigilancia y un tratamiento oportuno con antitoxina botulínica, se debe considerar el ingreso a la unidad de cuidados intensivos. No hay datos que respalden que el embarazo o el estado posparto aumenten la susceptibilidad a la enfermedad. El botulismo no se transmite de persona a persona y no se indican precauciones más allá de las estándar. Los pacientes no desarrollan inmunidad natural después de una enfermedad aguda.

PREVENCIÓN

La prevención del botulismo transmitido por los alimentos incluye prácticas cuidadosas en la preparación de alimentos en el hogar. Una pauta general es hervir (a 100 °C) los alimentos enlatados caseros durante al menos 10 minutos antes de comerlos, principalmente si existe el riesgo de que inicialmente no estuvieran suficientemente procesados. El consumo de miel está contraindicado en bebés. Tras la exposición, hay una vacuna de toxoide botulínico disponible para los trabajadores de laboratorio y el personal militar.



EL 17 DE AGOSTO NO ES UNA FECHA MÁS...

No es una fecha más en el calendario de Argentina, ni tampoco en Sudamérica: este 17 de agosto, se conmemora el 173° aniversario de la muerte del General José Francisco de San Martín, Padre de la Patria y Libertador de gran parte del continente.

Nació el 25 de febrero de 1.778 en Yapeyú, Corrientes. Fue el menor de los cinco hijos que tuvieron Juan de San Martín y Gregoria Matorras y falleció en Boulogne-sur-Mer, Francia, el 17 de agosto de 1.850, aunque sus restos fueron repatriados en 1.880

El General dejó su marca en cada país de Latinoamérica al que fue. En Perú, por ejemplo, tiene los títulos de "Fundador de la Libertad del Perú", de "Fundador de la República" y de "Generalísimo de las Armas". En Chile, en tanto, se le dio el grado de "Capitán General"

Realizó gran parte de su carrera militar en España, hacia donde partió cuando apenas tenía seis años. Tras alcanzar el grado de teniente coronel regresó a Argentina y se puso al servicio de la independencia de las Provincias Unidas del Río de la Plata.

Su liderazgo fue creciendo rápidamente, primero al mando del Regimiento de Granaderos a Caballo y luego en la jefatura del ejército del Norte en reemplazo del General Manuel Belgrano. Luego, en 1.817, San Martín completaría una de las gestas más extraordinarias: el Cruce de los Andes.


Tras comandar las batallas de Chacabuco y Maipú, San Martín consiguió la liberación de Chile, pero no se detuvo allí atacó el centro del poder español en Sudamérica, ubicado en Lima y en 1.821 también consiguió la independencia de Perú. Un año más tarde se produciría uno de los encuentros más importantes de la historia: San Martín se reunió con Simón Bolívar y le entregó parte de su ejército para que continué con la liberación de Perú, en la reunión que se conocería como "La entrevista de Guayaquil".

San Martín regresó a Buenos Aires, pero desalentado por las luchas internas entre unitarios y federales partió nuevamente a Europa. En los años en los que duró el exilio escribió las "Máximas para Mercedes", su única hija, y en donde sintetizó sus ideales educativos.

Finalmente, el "Padre de la Patria" falleció el 17 de agosto de 1.850 en Francia. "Desearía que mi corazón fuese depositado en el de Buenos Aires" fue su voluntad póstuma. Desde 1.880 sus restos descansan en la Capilla Nuestra Señora de la Paz, ubicada en la Catedral Metropolitana, custodiado permanentemente por dos granaderos.

La historia nos permite conocer el pasado, para entender el presente y construir el futuro.

José de San Martín fue el garante de nuestra independencia y la llevó más allá de las Provincias Unidas.



ESTÁ DISPONIBLE EN ARGENTINA
UNA NUEVA VACUNA PEDIÁTRICA
**CONTRA MENINGITIS
Y NEUMONÍA**



[HTTP://WWW.CONSENSOSALUD.COM.AR/](http://www.consensosalud.com.ar/)

ESTÁ DISPONIBLE EN ARGENTINA UNA NUEVA VACUNA PEDIÁTRICA **CONTRA MENINGITIS Y NEUMONÍA**

SEGÚN INFORMÓ LA ANMAT SE TRATA DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA CONJUGADA 15 VALENTE ADSORBIDA QUE SERÁ COMERCIALIZADA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA POR MSD ARGENTINA S.R.L.

El neumococo, conocido científicamente como *Streptococcus pneumoniae*, es una bacteria que puede habitar en la mucosa nasal o faríngea de los seres humanos sin causar síntomas.

Sin embargo, bajo ciertas condiciones, puede convertirse en patógeno y provocar enfermedades graves. Esta bacteria es la segunda causa de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) en niños que requieren hospitalización. Además de la neumonía, el neumococo puede causar meningitis, septicemia y otitis media, entre otras infecciones.

La meningitis es una inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, puede dejar secuelas graves y permanentes en los supervivientes. De hecho, se estima que uno de cada cinco individuos que superan la infección enfrenta consecuencias de larga duración, que pueden incluir daño cerebral, pérdida de audición y discapacidades cognitivas.

A partir de hoy está disponible en Argentina otra vacuna para proteger a la población pediátrica. El inoculante se suma a los ya disponibles y está indicado para la inmunización activa en la prevención de enfermedades invasivas, como por ejemplo la meningitis y las neumonías, y otras no invasivas, como la otitis media aguda causadas por neumococo, en lactantes, niños y adolescentes desde las 6 semanas hasta los 18 años.

Las personas mayores de 18 años pueden recibir la vacuna para ayudar a protegerlos frente a enfermedades como la infección pulmonar (neumonía), la inflamación de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal (meningitis) y una infección grave en la sangre (bacteriemia). La nueva fórmula se encuentra disponible en vacunatorios y farmacias, pero al menos por el momento no se ha incorporado el Calendario Nacional de Vacunación.

La novedad de la nueva forma de prevención se produce en momentos en que las tasas de co-

bertura de vacunación en lactantes para prevenir la enfermedad causada por neumococo han presentado una tendencia decreciente en los últimos años y aún no se alcanzan los niveles de coberturas de vacunas anteriores a la pandemia por COVID-19.

Según informó la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) se trata de la vacuna antineumocócica polisacárida conjugada 15 valente adsorbida que será comercializada en la República Argentina por MSD Argentina S.R.L.

La transmisión del neumococo ocurre principalmente a través de pequeñas gotas respiratorias cuando una persona infectada tose o estornuda. Aunque muchas personas pueden portar la bacteria sin enfermarse, el neumococo afecta sobre todo a la población pediátrica y también tiene un impacto considerable en los adultos, especialmente en aquellos con factores de riesgo.

Los adultos mayores de 65 años, los fumadores activos, las personas que viven con VIH, las personas alcohólicas y los pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades del corazón, pulmonares, renales o hepáticas, están en mayor riesgo de infecciones neumocócicas graves.

En Argentina, la vacunación contra el neumococo en adultos presenta tasas de cobertura preocupantemente bajas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en 2019 la meningitis bacteriana causó aproximadamente 250.000 muertes a nivel mundial. Esta enfermedad, a pesar de ser prevenible en gran medida a través de la vacunación, sigue representando una amenaza significativa para la salud pública.

En Argentina, durante el año 2022, se observó un incremento preocupante en la tasa de letalidad de la meningitis causada por neumococo. Según datos del Ministerio de Salud, el nivel de mortalidad alcanzó un valor de 9,9%, el más alto registrado en cinco años. Este aumento refleja no solo la gravedad de la enfermedad, sino también posibles lagunas en la cobertura de vacunación.

Los síntomas que produce la enfermedad por neumococo varían dependiendo del cuadro clínico. Entre ellos se encuentran: fiebre, escalofríos, tos, respiración rápida o dificultad para respirar, dolor de pecho, cabeza, rigidez en el cuello, fotosensibilidad, confusión y/o baja capacidad de alerta, dijo la doctora Virginia Verdaguer, Directora Médica de MSD Argentina.

La neumonía tiene un período de incubación de entre 1 y 3 días tras la entrada de la bacteria *Streptococcus pneumoniae* en el organismo. De manera general todas las personas son susceptibles a las infecciones causadas por este agente. Sin embargo, algunas condiciones aumentan la susceptibilidad a esta bacteria

Así, las posibilidades de contagio son mayores según los siguientes factores

- La edad
- Una enfermedad crónica
- El hacinamiento
- La pobreza
- La exposición activa o pasiva al humo del tabaco
- Las infecciones concurrentes de las vías respiratorias superiores.

La infección por el neumococo es más frecuente entre los 2 meses y los 3 años, aunque declina después de los 18 meses de edad, el riesgo vuelve a aumentar después de los 65 años, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Como se mencionó antes, tanto en niños como en adultos la bacteria puede generar varias enfermedades diferentes. Pueden ser invasivas como aquellas infecciones que se localizan en tejidos, órganos y fluidos que normalmente son estériles, generalmente asociadas con procesos clínicos severos. Y también no invasivas, enfermedades menos graves, pero más comunes, como la sinusitis o la otitis media.

La neumonía y la meningitis constituyen las manifestaciones más frecuentes de enfermedades neumocócicas invasivas. Las infecciones del oído medio, la sinusitis y la bronquitis representan manifestaciones no invasivas y menos graves de infecciones neumocócicas, pero son considerablemente más frecuentes.

Las autoridades de Salud incorporaron al Calendario de Vacunación Nacional en 2012 la vacuna conjugada 13-valente en un esquema de dos dosis y un refuerzo, para menores de 1 año (2, 4 y 12 meses).

Según datos del Ministerio de Salud, se ha observado una reducción significativa de los serotipos que causan enfermedad neumocócica invasiva en niños menores de 5 años. La proporción de serotipos vacunales disminuyó del 87% en 2010 al 19% en 2020, con un incremento al 36% en 2022.

Por otro lado, ha habido aumento de casos de los se-

rotipos para los que no hay vacunas, aunque no han alcanzado la carga de enfermedad anterior a 2012 y desde 2014, representan la mayoría de los casos identificados en Argentina.

De acuerdo con las diferencias antigénicas capsulares, es decir las variaciones en los antígenos presentes en la cápsula de microorganismos, se han identificado más de 90 serotipos, de los cuales un número limitado es causante de enfermedad neumocócica invasiva. La identificación de serotipos ha variado según región geográfica, edad y periodo de estudio. Se estableció que de 6 a 11 de los serotipos más comunes causan aproximadamente 70% de todas las infecciones invasivas en niños en el mundo.

Por otra parte, no todos los serotipos que circulan en niños y en adultos son iguales. Según los datos presentados por el Instituto ANLIS Malbrán en el XXIII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) en 2023, en niños menores de 5 años, en 2020-2021 los serotipos prevalentes fueron 3, 19A, 23B, 24F, 8 y 15B.

Mientras en el caso de los adultos, los serotipos prevalentes en mayores de 65 años, según un análisis de los casos reportados al Sistema Nacional de Vigilancia desde el 2017 al 2021 fueron 3, 8, 12F, 14 y 7F. El serotipo 3 se caracteriza por su alto potencial de invasividad, altas tasas de neumonía complicada y riesgo de mortalidad, permanece estable a lo largo de los años.

IAF

INSTITUTO
ALEXANDER
FLEMING



dim

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



DIM Alta Complejidad, Espora 18, Ramos Mejía.



EDITORIAL

"Kafka ha sido uno de los grandes autores de toda la literatura. Para mí es el primero de este siglo. Yo estuve en los actos del centenario de Joyce y cuando alguien lo comparó con Kafka dije que eso era una blasfemia. Es que Joyce es importante dentro de la lengua inglesa y de sus infinitas posibilidades, pero es intraducible. En cambio Kafka escribía en un alemán muy sencillo y delicado. A él le importaba la obra no la fama, eso es indudable. De todos modos, Kafka, ese soñador que no quiso que sus sueños fueran conocidos, ahora es parte de ese sueño universal que es la memoria. Nosotros sabemos cuáles son sus fechas, cuál es su vida, que es de origen judío y demás, todo eso va a ser olvidado, pero sus cuentos seguirán contándose".

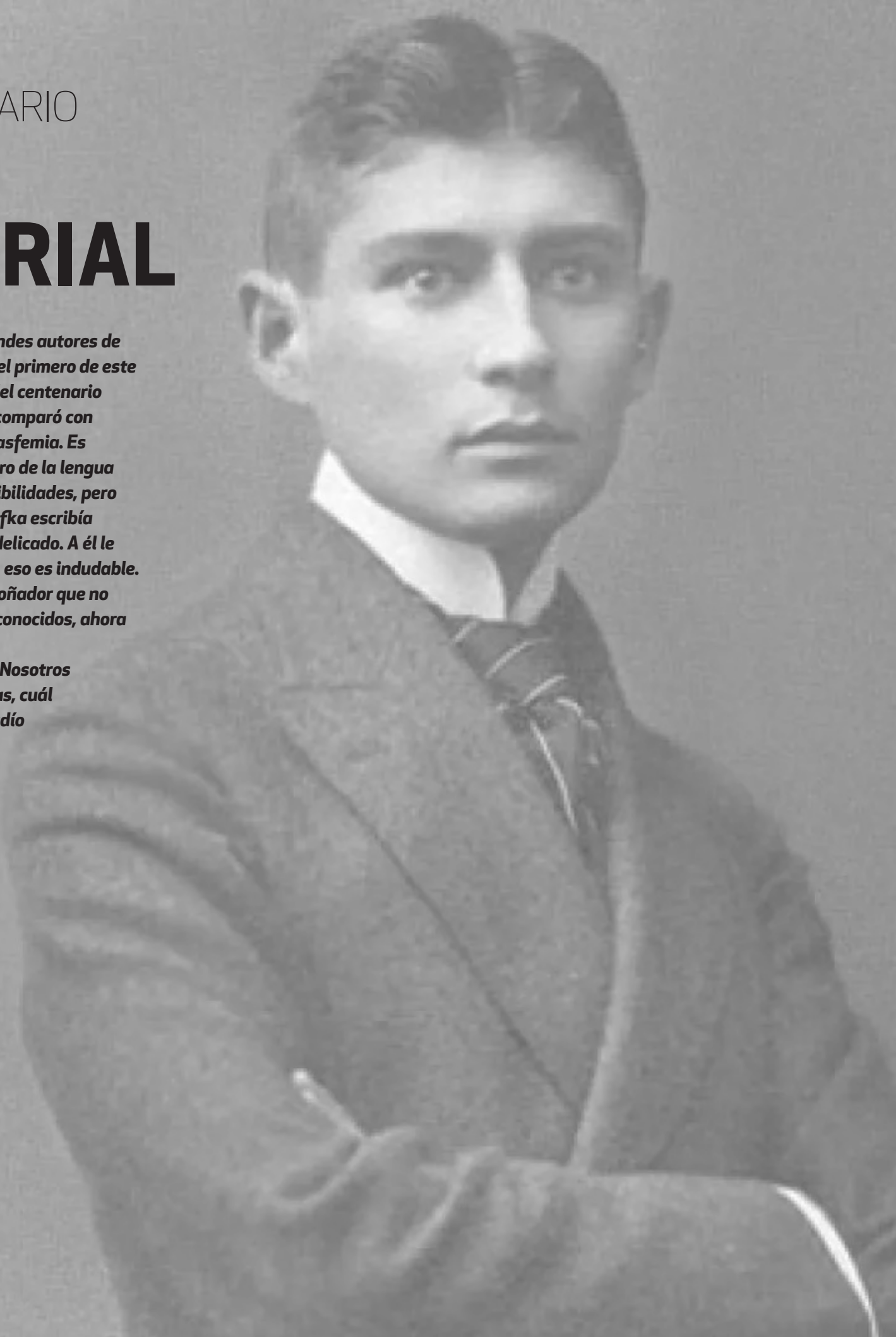
Jorge Luis Borges.

Extracto de

"Un sueño eterno",

texto aparecido en el diario

El País, el 3 de julio de 1983.



EL VIENTO EN MI OÍDO

ROBERTO FIGUEROA

**EL SONIDO DEL VIENTO
ME ATURDE
ESCUCHO VOCES Y RISAS
LLANTOS Y QUEJAS
DE PRONTO OIGO
EL CORRER DE UN NIÑO
QUE SE ALEJA POR LA PLAYA
LO LLAMO Y NO RESPONDE
EL VIENTO CESA
EL NIÑO YA NO ESTÁ.
QUEDO SOLO ESPERANDO
EL SONIDO DEL VIENTO**

SUEÑOS

ROBERTO FIGUEROA

**Los recuerdos viajan
Y fantasías inciertas
Juegan escondidas con mis ansias.
Dolores y alegrías que
quisiera despertar.
Que dejen de ser sueños
Y que ya no sean sueños
Nada mas.**

LA ROCA Y EL TIEMPO

DR. CARLOS A. FIOCCHI

**Toma la tarde pálido al pedregullo,
las sombras del ocaso alargan su forma,
pierde brío, su brillo en la caída,
y alcanza la paz, excenta de orgullo.**

**La suave marea mece la piedra
y nace la duna, ventizca de arena.
Así la vida, evoca la roca que,
troca lo eterno, en instantes fugaces.**

**El arroyo oculta en sus pozones,
la piedra de Sísifo, refugio y magia,
de valor y coraje, que lleva al hombre,
rodar la roca por innato destino.**

**Guijarros moldeados por caótico azar,
mojonan el camino de mi sombra,
tiemblan, en mi playa de entonces,
y señalan la ruta en noches sin luna.**

**Quedará la piedra, en el silencio de los pozones,
y prolongará la roca, su devaneo en el mar,
hasta que el sol llegue,
a mi playa de pedregullo.**

08 | AGOSTO

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	



09: Día internacional de los pueblos indígenas.
29: Día internacional contra los ensayos nucleares.

<https://grupobranceli.com/>

CALENDARIO AMBIENTAL

AGOSTO COMMEMORA EL BOMBARDEO DE HIROSHIMA



CALENDARIO AMBIENTAL

Agosto, un mes que inicia con un recordatorio sombrío: el **6 de agosto marca el aniversario del bombardeo de Hiroshima en 1945**. Esta fecha no solo conmemora una de las tragedias más devastadoras en la historia de la humanidad, si no que también subraya la urgencia de promover la paz y el desarme global. Las consecuencias de ese acto, tanto para las personas como para el medioambiente, persisten hasta el día de hoy, y nos recuerdan el poder destructivo y las responsabilidades inherentes a la tecnología nuclear.

Pocos días después, el **9 de agosto, celebramos el Día Internacional de los Pueblos Indígenas**. Esta fecha es esencial para reconocer y valorar la riqueza cultural, social y medioambiental que los pueblos originarios aportan al mundo. Son los guardianes de vastos conocimientos sobre la tierra, la flora y la fauna, y su relación armónica con la naturaleza puede ofrecer lecciones valiosas en nuestra búsqueda de prácticas más sostenibles y respetuosas con el medioambiente.

El mes cierra con el **Día Internacional Contra los Ensayos Nucleares el 29 de agosto**. Esta fecha nos impulsa a reflexionar sobre las amenazas que representan las armas nucleares, no solo para la paz global, sino también para el medioambiente. Las pruebas nucleares, además de sus evidentes riesgos geopolíticos, pueden tener impactos devastadores en ecosistemas, fauna y, por supuesto, en seres humanos, dejando huellas que duran generaciones.