

BOLETÍN



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

MAYO 2025

LA SÍFILIS OTRA VEZ ES NOTICIA

SEGÚN NUEVOS ESTUDIOS, LOS CASOS SE DISPARARON EN ARGENTINA. ADEMÁS CASI UN 30% SON REINFECTADOS. LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO A TIEMPO Y LA PREVENCIÓN.



COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:
Dr. Guillermo J. Villafañe.

Vicepresidente:
Dr. Enrique O. Arrigazzi.

Secretario General:
Dr. Marcelo D. Lubovitsky.

Secretario de Actas:
Dr. Aldo G. Dazza.

Tesorero:
Dr. Claudio C. Berra.

Protesorero:
Dr. Pedro A. Deambrogio.

Vocales Titulares:
Dra. Adriana Soto Molina.
Dr. Osvaldo A. Guignes.
Dr. Miguel C. Socci.
Dr. Erick Mendoza Díaz.
Dra. Nanci R. Vergara.
Dr. Miguel A. Orlandi.

Vocales Suplentes:
Dr. Luis M. Muñoz.
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.:
Dr. Guillermo Villafañe.
Dr. Enrique O. Arrigazzi.

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
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 MAYO 2025

Con la intención siempre presente de reconocer los mejores honorarios posibles para la atención de los afiliados del SAMI-OSMECON, se dispuso un nuevo aumento para las consultas médicas a partir del 1º de mayo 2025. También las prácticas médicas y las Licenciaturas tendrán un incremento.

En lo que respecta al IOMA, la Federación Médica del Conurbano Bonaerense (FEMECON) en representación de las Entidades Primarias nucleadas en la misma (que incluye a nuestro Círculo Médico de Matanza) ha efectuado un Acta Acuerdo en la que ambas Instituciones convienen en la celebración de un nuevo Convenio que reemplaza al que se estaba adherido. Con tal fin surgió la necesidad que cada Entidad Primaria suscriba una planilla de conformidad con actualización de la nómina de los profesionales prestadores, y es por tal motivo que es necesario que los Colegas firmen una planilla de adhesión.

Comparativamente con el convenio que estaba vigente, lo firmado implica ciertos cambios en el circuito técnico-administrativo y el pago de IOMA a cada Entidad Médica en forma directa y no a través de la FEMECON. No modifica la labor médica en consultas y prácticas tal cual viene funcionando y el principio de libre elección, aunque remarca que no se podrá percibir valor alguno que implique un cobro indebido y el compromiso de la utilización de las herramientas digitales para la atención de los afiliados del IOMA (token digital de validación de identidad y la implementación de la receta electrónica para la prescripción de medicamentos, por ej.).

A los efectos de determinar los aranceles y copagos autorizados a abonar se mantienen las categorías de profesionales como hasta el presente (Categoría A no menos del 60%, Categoría B no menos del 30% y Categoría C no más del 10% del padrón de profesionales médicos).

Dr. GUILLERMO VILLAFÁÑE

Presidente



ALTAS, BAJAS Y MODIFICACIONES

ALTA DE PRESTADOR

CIRUGÍA GRAL.
DR. COIANIS, ERNESTO
SAENZ 456
GONZÁLEZ CATÁN
TEL. 11-6374-2300

CARDIOLOGÍA
DRA. PAZ, IVANA ANALIA
SAAVEDRA 377
RAMOS MEJIA
TEL. 7078-5400

DIABETOLOGÍA
**DRA. HEREDIA,
MARIA CECILIA**
AV. RIVADAVIA 15.822 P.1°
HAEDO
TEL. 4460-5666 /
11-3815-1880

PSICOPEDAGOGÍA
**LIC. SCHELLINO,
ROXANA MÓNICA**
BELGRANO 123 P.14° DTO. 1
RAMOS MEJÍA
TEL. 11-2665-7756

KINESIOLOGÍA
**LIC. LEO,
GABRIEL ALEJANDRO**
J.L.PEREYRA 63
RAMOS MEJÍA
TEL. 15-5745-1210

BAJA DE PRESTADOR

CIRUGÍA GRAL.
O CLINICA QUIRÚRGICA
**DR. ZALAZAR
SANTILLÁN, MARIO**
NTRA. SRA.
DEL BUEN VIAJE 439
MORÓN
TEL. 0800-345-1407

DERMATOLOGÍA
**DRA. SANCHEZ,
SILVIA GRACIELA**
ROSALES 381
RAMOS MEJIA
TEL. 4469-1759

ALTA DE CONSULTORIO

MEDICINA DEL TRABAJO
**DRA. ASENJO
SANTELLÁN, ANDREA**
BLANCO ENCALADA 2397
VILLA CELINA
TEL. 4462-6706

OFTALMOLOGIA
**DRA. GUTIÉRREZ
GARCIA,
ANA ALEXANDRA**
BERMÚDEZ 2895
VILLA LUZURIAGA
TEL. 7078-3838

GINECOLOGÍA /
MASTOLOGÍA
**DR. TORONCHIK,
ADRIÁN GABRIEL**
ARDOINO 640
RAMOS MEJIA
TEL. 5554-8888

BAJA DE CONSULTORIO

ORTOPEDIA
Y TRAUMATOLOGÍA
**DR. BOLESINA,
SEBASTIAN**
BRIG. JUAN MANUEL
DE ROSAS 2473
SAN JUSTO
TEL. 4651-8986

CIRUGÍA GRAL. O
CLINICA QUIRÚRGICA /
GASTROENTEROLOGÍA
**DRA. DEGLIUMINI,
ANDREA CAROLINA**
BELGRANO 136
RAMOS MEJIA
TEL.5554-8888

CARDIOLOGÍA
**DR. SCHMIDBERG,
JORGE MARCOS**
BERMUDEZ 2895
VILLA LUZURIAGA
TEL. 4650-0333

PEDIATRÍA /
INFECTOLOGÍA
PEDIÁTRICA
**DRA. OLIVER,
NORA GEORGINA**
AV. RIVADAVIA 14.252
RAMOS MEJIA
TEL. 5554-8888

MEDICINA DEL TRABAJO
**DRA. ASENJO
SANTELLAN, ANDREA**
UNANUE 400
LOC.16 DTO. A
VILLA MADERO
TEL. 4462-6706

CLINICA MÉDICA /
TERAPIA INTENSIVA
**DRA. FIGUEROA,
LAURA BETINA**
DANTE ALIGHIERI 3637
ISIDRO CASANOVA
TEL. 4480-2500



**SÍFILIS,
LA NUEVA
SEÑAL DE
ALERTA**



SÍFILIS, LA NUEVA SEÑAL DE ALERTA

SEGÚN UN NUEVO RELEVAMIENTO QUE HICIERON EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, NO SOLO AUEMNTARON LOS CASOS DE ESTA ENFERMEDAD, SINO QUE CASI UN 30% FUERON REINFECCIONES.

Un nuevo dato pone en alarma a los organismos de salud. Es que según nuevos estudios y relevamientos, los casos de sífilis se dispararon entre los hombres. De acuerdo a los especialistas de Mayo Clinic, la sífilis es una infección causada por bacterias que, la mayoría de las veces, se transmite por contacto sexual. Si no recibe tratamiento, la enfermedad puede afectar el corazón, el cerebro y distintos órganos. Incluso, en algunos casos, puede provocar la muerte. En un nuevo informe que entregó el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, conjuntamente con el de Rosario en Argentina, el dato es mucho más preocupante ya que el 28% de los casos de sífilis en hombres fueron reinfecciones esto es cuando una persona que superó una enfermedad infecciosa resulta nuevamente infectada por el mismo patógeno.

Esta cifra, obtenida mediante un estudio que fue llevado a cabo por AHF Argentina en sus Centros Comunitarios de Salud Sexual en CABA y Rosario, plantea la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, al ampliar el acceso a pruebas gratuitas y

fomentando el diagnóstico temprano. Vale destacar que, en el último Boletín Epidemiológico Nacional, emitido por el Ministerio de Salud argentino, se alertó sobre un aumento del 95%, con 12.268 casos acumulados en 2025 frente a 6.280 casos en el período 2020-2024, en el denominado evento de sífilis en población general. “La enfermedad comienza a hacerse presente con una llaga en los genitales, el recto o la boca, que no suele generar dolor. La sífilis se transmite de persona a persona a través del contacto directo con estas llagas. También se puede transmitir a un bebé durante el embarazo o el parto, y en ocasiones también por la lactancia”, señalan los expertos de Mayo Clinic.

En el estudio se destaca que durante el primer trimestre del año, AHF Argentina registró 125 diagnósticos de sífilis. Según divulgaron, de estos, 21 correspondieron a mujeres cis, 3 a mujeres trans y 101 a hombres. Entre los varones diagnosticados, 28 ya habían cursado la infección anteriormente. Lo importante de saber es que esta enfermedad puede tratarse y curarse. Realizar chequeos periódicos y mantener conversaciones abiertas sobre salud sexual





constituye un paso fundamental para protegerse a uno mismo y a otras personas. En este sentido, desde AHF Argentina advirtieron que la recurrencia de reinfecciones obliga a repensar los enfoques tradicionales y avanzar hacia una mirada más amplia, centrada en las personas.

Uno de los ejes de acción destacados es la prevención combinada, que integran diversas herramientas para adaptarse a las necesidades individuales. Este abordaje incluye medidas biomédicas, conductuales y estructurales orientadas a prevenir el VIH y otras ITS. Además del uso del preservativo, se promueve el testeo regular, el acceso a tratamientos oportunos, la realización de campañas de prevención, la implementación de políticas públicas y el impulso a la creación de espacios de salud amigables, respetuosos y adaptados a diferentes identidades y prácticas sexuales. "El gran problema que hay con respecto a la sífilis es que muchas veces no se ven los primeros síntomas. Si no se incorpora el hábito de realizarse testeos con frecuencia, no vamos a llegar al diagnóstico ni a frenar el avance de la infección y transmisión", afirmó el doctor Miguel Pedrola, Director Científico de AHF para América Latina y el Caribe.

Nuevamente aparece en este sentido la importancia de la detección temprana de esta enfermedad como la de tantas otras. Cuando la sífilis no se detecta a tiempo, puede progresar hacia la etapa de sífilis secundaria, caracterizada por lesiones en la piel. Además, puede provocar fiebre, dolor de cabeza e inflamación de los ganglios linfáticos. Si avanza sin tratamiento, las complicaciones se agravan y pueden afectar el sistema nervioso, el corazón, los hue-

cos o formar llagas destructivas en la piel y órganos internos, lo que puede terminar en una fatalidad. Detectar una infección en forma temprana permite tratarla y reducir el riesgo de transmisión.

DATOS CLAVE

Los síntomas de sífilis varían en las diferentes etapas. Generalmente empiezan 21 días después de la infección, pero pueden aparecer en un plazo de entre 9 y 90 días. En muchos casos la sífilis no causa síntomas.

Si una mujer embarazada tiene sífilis esta puede transmitirse al bebé. La transmisión materno-infantil de la sífilis puede prevenirse mediante la detección y el tratamiento tempranos con el antibiótico apropiado (penicilina benzatínica).

Aproximadamente un 40% de los bebés nacidos de embarazadas con sífilis no tratadas pueden nacer sin vida o morir a causa de la infección.

En la mayoría de los casos, la sífilis puede curarse fácilmente con antibióticos (penicilina). El feto también puede curarse fácilmente con el tratamiento, y el riesgo de resultados adversos en el feto es mínimo si la madre recibe un tratamiento adecuado durante la fase inicial del embarazo (de ser posible, antes del segundo trimestre).

La sífilis no tratada aumenta el riesgo de transmitir o contraer el VIH en dos a tres veces en algunos grupos poblacionales.



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



IA: UNA NUEVA VÍA PARA PREPARAR CIRUGÍAS Y REDUCIR SUS RIESGOS

ESTO ES ALGO QUE REDUCE LOS TIEMPOS Y LOS RIESGOS PARA EL PACIENTE Y QUE, A SU VEZ, MEJORA EL PORCENTAJE DE ÉXITO EN ESTE PROCESO.



WWW.CONSENSOSALUD.COM.AR/

La integración de la inteligencia artificial (IA) con las imágenes de diagnóstico en 3D se está convirtiendo en una herramienta eficaz para la preparación de cirugías.

Esto es algo que reduce los tiempos y los riesgos para el paciente y que, a su vez, mejora el porcentaje de éxito en este proceso. Así lo ha explicado José Nieto, Senior Applications Specialist de Fujifilm Healthcare, que ha participado en una de las sesiones tecnológicas impartidas en Infor-salud 2025, el XXXVIII Congreso Nacional de Informática de la Salud, organizado por la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS).

Nieto abordó en su ponencia el potencial de la IA (REILI) en la intervención quirúrgica desde el punto de vista de uno de los sistemas desarrollados por la compañía: Synapse 3D, que utiliza nuevos motores de deep learning para el reconocimiento de imágenes, alcanzando una gran precisión a la hora de mostrar a los clínicos modelos 3D de los órganos que van a operar. Además de facilitar el proceso, gracias a la planificación es posible reducir el tamaño de las incisiones, reducir la pérdida de sangre del paciente y mejorar la recuperación posquirúrgica, indicó.

CASOS REALES

Entre las cirugías que ya se han llevado a cabo de forma exitosa con este sistema están las de pulmón, páncreas, recto, hígado y riñón. Además, permite realizar simulaciones de endoscopias y de intervenciones de cardiología, convirtiéndose en un buen aliado en el campo de la investigación y la enseñanza.

Existe una solución dedicada a cada especialidad, todas ellas muy fáciles de utilizar y que son capaces de guiar paso a paso al usuario, comentó el especialista de Fujifilm Healthcare. En este sentido, planteó algunos ejemplos, como el análisis de tumores hepáticos y la planificación de resección del hígado.

La herramienta permite realizar una simulación de hígado, e incluso hepatectomía parcial del hígado y extracción de arterias, venas y vía biliar a partir de imágenes de contraste de tomografía y de resonancia magnética, y muestra los resultados como imágenes mapeadas en 3D.

Además de poder analizar previamente el órgano real que el clínico se va a encontrar, el sistema es capaz de mejorar una operación por laparoscopia, con una simulación clara que va a realizar el inflado del abdomen y que va a recomendar incluso dónde

deben colocarse los puertos de inserción. O también preparar la eliminación de tumores en la zona craneal, teniendo en cuenta el corte de regiones de piel y hueso, y el recorte de la superficie cerebral por profundidad y del plano del tumor.

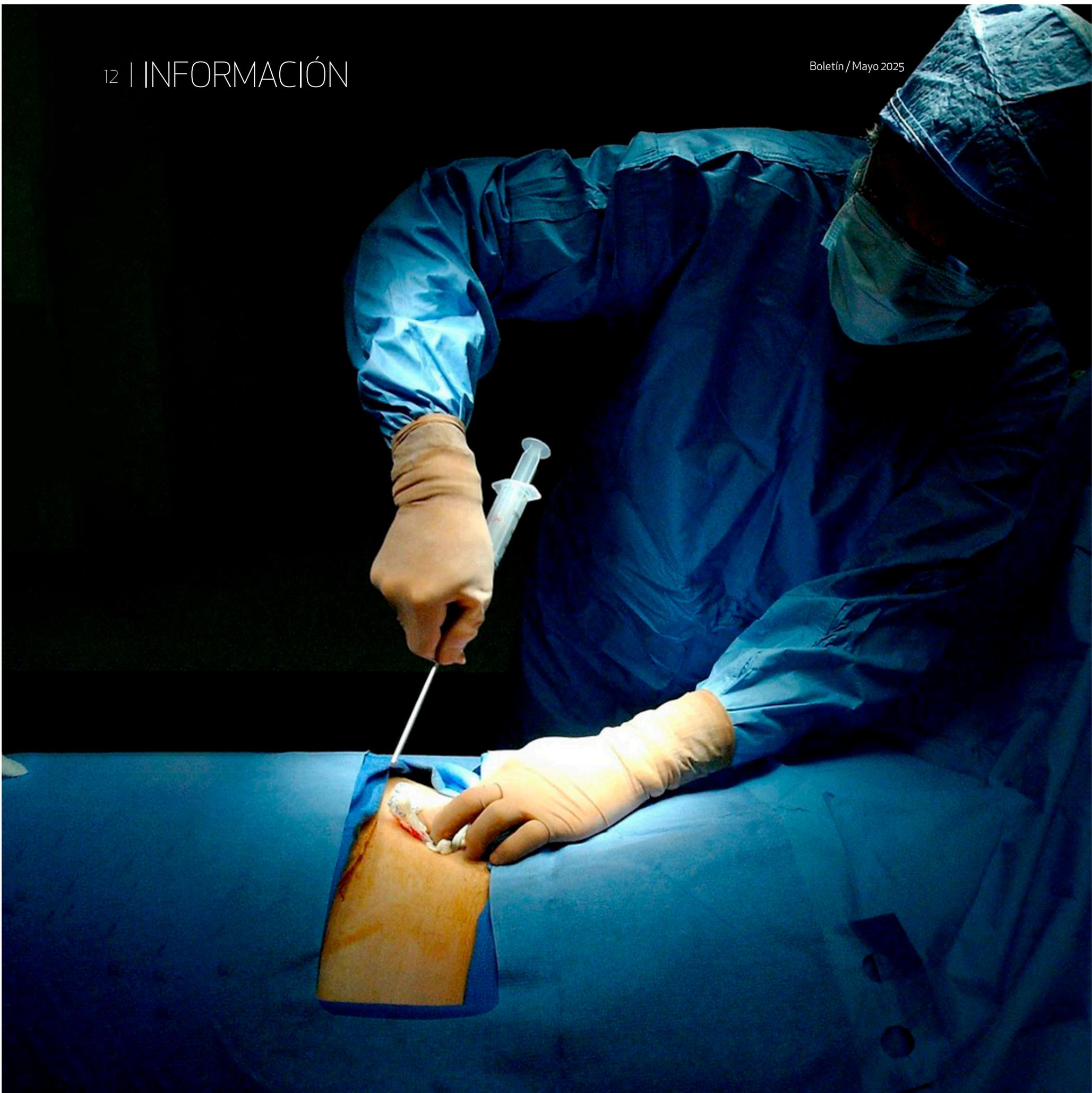
SALUD DIGITAL Y SOSTENIBILIDAD

Por otra parte, Francisco Javier Pérez Fernández, Sales Manager de Medical IT de Fujifilm Healthcare España participó en la mesa de debate Salud digital y sostenibilidad junto con varios representantes de la transformación digital sanitaria a nivel público regional y central. En general, la conversación giró en torno a cómo las nuevas tecnologías son capaces de mejorar la sostenibilidad de los diferentes sistemas de salud. Es decir, herramientas digitales que fomentan la eficiencia en los procesos asistenciales, facilitando la labor de los sanitarios y mejorando el acceso de los pacientes a consultas, revisiones y pruebas diagnósticas.

En este sentido, Pérez habló también de los sistemas de planificación quirúrgica a través de la IA incorporada a imágenes en 3D, que ya son una realidad, y de cómo se está avanzando poco a poco hacia la cirugía robotizada para solventar problemas como el de la fatiga o el de la falta de especialistas, cada vez más acuciante.

Además, comentó la necesidad de sensibilizar a los centros hospitalarios sobre la gestión eficiente de los datos, teniendo en cuenta que un servicio "infinito" de guardado en la nube no es sostenible por los recursos, el impacto medioambiental y los costes que supone el archivo de datos clínicos en gigantescos data centers externalizados. Además, se trata de un sistema más vulnerable ante posibles ciberataques.

En este sentido, Fujifilm ha apostado por soluciones de archivo digital basadas en cinta, capaces de almacenar grandes volúmenes de información a largo plazo de forma más segura frente a ciberataques, con un coste menor y mucho más respetuosas con el medio ambiente. Un claro ejemplo, es la solución FUJIFILM Kangaroo, que está adaptada a las necesidades de almacenamiento de los grandes volúmenes de imágenes generadas en patología digital, que suponen un gran reto para garantizar su preservación sobre extensos periodos de tiempo, durante al menos 10 años, de forma segura y a bajo coste.





[HTTPS://WWW.CONSENSOSALUD.COM.AR/](https://www.consensosalud.com.ar/)

ARGENTINA:

CRECE EL NÚMERO DE DONANTES DE MÉDULA ÓSEA

EL 70% DE LAS PERSONAS QUE NO CUENTAN CON UN FAMILIAR QUE SEA COMPATIBLE PUEDEN ENCONTRAR A ALGUIEN A TRAVÉS DE UN REGISTRO.

Cada 1º de abril se celebra el Día Nacional del Donante de Médula Ósea, aniversario de la puesta en funcionamiento del Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) del INCUCAI en 2003.

La médula ósea es el centro de actividad de los huesos y un tejido fundamental, ya que allí se origina la sangre y gran parte del sistema inmunitario. Cuando no funciona correctamente, pueden desarrollarse distintas enfermedades, muchas de ellas graves.

“Las personas que padecen cánceres potencialmente mortales como leucemia, linfoma y mieloma pueden ser tratadas con un trasplante de médula ósea o, en algunos casos, con trasplante de células madre. Para este tipo de tratamiento, la médula ósea se obtiene de un donante. También es posible que una persona done su propia médula para utilizarla más adelante”, explicó la Dra. Valeria El Haj, Directora Médica Nacional de OSPEDYC.

La donación de médula ósea es un proceso seguro, y es importante saber que al registrarse como donante no se dona médula de inmediato. Primero, se realiza una simple extracción de san-

gre para ingresar al registro nacional de donantes. Esa muestra se analiza y, si en algún momento se detecta compatibilidad con una persona que necesita un trasplante, recién entonces se contacta al donante para avanzar con el procedimiento. Todo el proceso es acompañado por profesionales de salud, se realiza con altos estándares de seguridad y el cuerpo del donante se recupera completamente. Donar médula es dar una segunda oportunidad de vida, y comenzar el camino es tan fácil como donar sangre.

EXISTEN DOS TIPOS DE TRASPLANTES Y DONACIONES DE MÉDULA ÓSEA:

- Un autotrasplante de médula ósea es cuando las personas donan su propia médula ósea. Para esto, dicho órgano debe estar sano.
- Un trasplante alógeno de médula ósea es cuando otra persona dona la médula ósea.

Con un trasplante alógeno, los genes del donante deben ser compatibles al menos parcialmente con los genes del receptor. Un hermano o hermana tienen las mayores probabilidades de



ser compatible.

En ocasiones, los padres, los hijos y otros familiares directos del paciente son compatibles, pero solo el 30% suele encontrar un donante compatible en su propia familia.

El 70% de las personas que no cuentan con un familiar que sea compatible pueden encontrar a alguien a través de un registro. El más grande se llama NMDP (nmdp.org). Allí se registran personas que estarían dispuestas a donar médula ósea y su información se almacena en una base de datos. “En Argentina, se puede ingresar al registro nacional para inscribirse o buscar información: <https://www.argentina.gob.ar/donar-medula>” comentó, la Dra. El Haj,

CÓMO UNIRSE A UN REGISTRO DE MÉDULA ÓSEA

- Tener entre 18 y 60 años de edad
- Estar saludable y no estar embarazada

Las personas se pueden registrar en línea o en una campaña local de registro de donantes. Quienes tienen de 45 a 60 años deben inscribirse en línea. Las campañas locales de inscripción en persona únicamente aceptan donantes que son menores de 45 años.

Para inscribirse como donante es necesario donar sangre en alguno de los centros de donación habilitados en los Servicios de Hemoterapia de los Hospitales y Bancos de Sangre de todo el país. También, se puede realizar en colectas externas que se organizan cada vez para facilitar la donación de sangre e inscripción de donantes de CPH.

“Un trasplante de médula ósea puede curar algunas enfermedades y remitir otras. Los objetivos de un trasplante de médula dependen de la afección, pero por lo general, pueden ser los siguientes: controlar o curar una enfermedad, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida”, agregó la Dra. El Haj y finalizó remarcando que: “La donación de médula ósea es un acto voluntario, libre, solidario y gratuito”.

Turnos en el día

Resonancia Magnética

- 12 resonadores de última generación.
- Imágenes más nítidas, diagnósticos más precisos.
- Mayor comodidad y menor tiempo de estudio.

Solicita turno 100% online desde
portal.dim.com.ar o la App DIM SALUD





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

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: 1/2/2025)

Recetario y Ordenes: \$5.000.-

Resumen de Prestaciones Obras Sociales: \$6.000.-

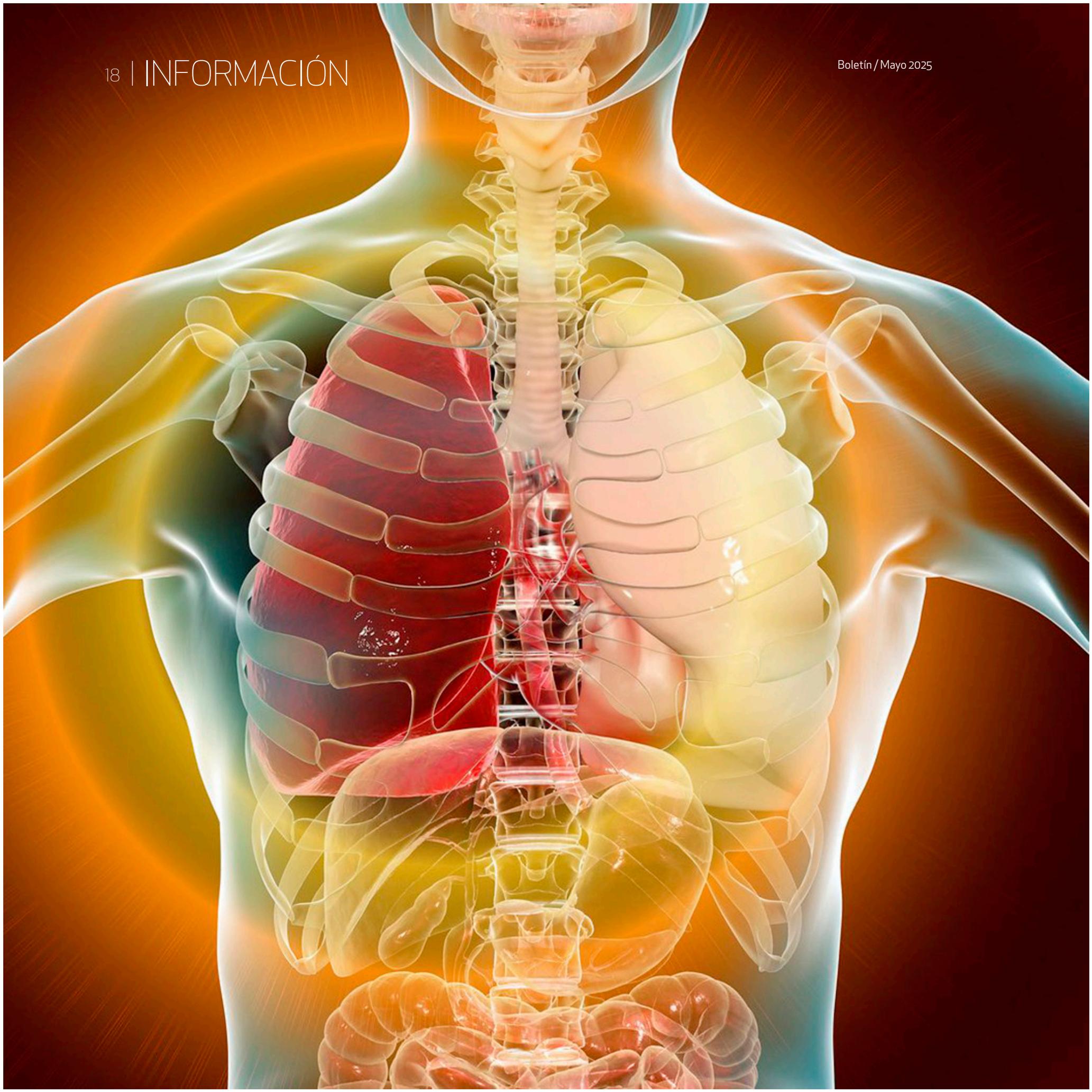
IOMA Planilla de Denuncia Alta Complejidad: \$6.000.-

IOMA Prácticas Especializadas: \$6.000.-

Planillas OSDE: \$5.000.-

Planillas SAMI: \$5.000.-

Planillas ODONTOLÓGICAS (todas): \$5.000.-





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

UNA PATOLOGÍA FRECUENTE,

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

PATOGENIA, EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD

INTRODUCCIÓN

La neumonía, la causa infecciosa más común de hospitalización y mortalidad en adultos en los EE. UU., ocurre cuando un patógeno infecta el tracto respiratorio inferior. La infección posterior y la respuesta inflamatoria causan síntomas respiratorios y sistémicos, y pueden conducir a sepsis, síndrome de dificultad respiratoria aguda y muerte.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se define como la neumonía que se adquiere fuera del ámbito hospitalario o específicamente en pacientes que no estuvieron hospitalizados durante las 48 horas previas al diagnóstico. A partir de 2019, la NAC incluye a pacientes previamente clasificados como con "neumonía asociada a la atención médica", que se adquiere después de una hospitalización reciente.

La NAC no incluye a los pacientes que adquieren neumonía durante su hospitalización (después de más de 48 horas de internación) o aquellos con neumonía asociada al respirador.

Aunque la NAC generalmente se trata en entornos ambulatorios, hasta el 10% de los pacientes son hospitalizados.

La incidencia de hospitalización debido a NAC en los EE. UU. es de aproximadamente 24,8 por 10.000 personas-año para todos los adultos, con una incidencia más alta (63 por 10 000 personas-año) en mayores de 65 años. La mortalidad a 30 días post hospitalización por NAC varía del 2,8% para adultos menores de 60 años al 26,8% para los mayores de 60 años y con condiciones comórbidas.

Esta revisión resume la evidencia sobre patogenia, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la NAC y se centra en adultos sin condiciones que comprometan el sistema inmunitario.

PATOGÉNESIS

La patogénesis de la NAC implica una rápida proliferación de patógenos bacterianos, fúngicos o virales dentro de los

alvéolos y las vías respiratorias pequeñas adyacentes, combinada con inflamación, lo que altera la homeostasis tanto localmente en los pulmones (lo que resulta en disnea, tos, alteración del intercambio de gases y consolidación radiográfica del espacio aéreo) como sistémicamente (fiebre, fatiga, estado mental alterado y potencialmente sepsis).

La mayoría de los virus respiratorios, incluido el SARS-CoV-2, se propagan a través de la transmisión por aerosoles o partículas aéreas de menos de 5 μM que permanecen suspendidas en el aire, evitan las mascarillas quirúrgicas y acceden directamente al tracto respiratorio inferior por inhalación, y normalmente no se propagan por gotitas respiratorias de corta duración ni por fómites.

Estudios recientes documentaron que los pulmones sanos contienen comunidades diversas de bacterias (en su mayoría de origen orofaríngeo) viables, metabólicamente activas, que contribuyen a la calibración dinámica de las defensas inmunes del huésped.

Los factores que resultan en la aparición de un único organismo patógeno en pulmón no se comprenden completamente, pero potencialmente incluyen infecciones virales previas, aspiración de grandes volúmenes de contenido faríngeo y gástrico o deterioro inmunológico local, como disfunción ciliar o alteración de la función de macrófagos. Además, el uso previo de antibacterianos sistémicos puede seleccionar un único organismo, o un organismo resistente.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA NAC

La edad avanzada (> 65 años) es el factor de riesgo más importante para la NAC. Otros factores de riesgo incluyen aclaramiento mucociliar deteriorado (ej., tabaquismo), enfermedad pulmonar subyacente (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma), mala salud bucal, mal estado nutricional o deterioro funcional, exposiciones ambientales (ej., metales, polvo, humos) o terapia inmunosupresora.

La etiología de la NAC varía según la gravedad del cuadro. Los pacientes con enfermedad grave, como los que requieren ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), tienen más probabilidades de tener una causa bacteriana de NAC, como *S. pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Enterobacteriaceae*. La *Legionella* es una etiología potencial para pacientes con NAC grave o con exposición a aerosoles de agua (ej. hidromasaje). Por el contrario, los pacientes ambulatorios y los pacientes más jóvenes que desarrollan NAC tienen más probabilidades de tener infecciones virales o patógenos atípicos

como *Chlamydia pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae*. La epidemiología de la neumonía adquirida en la comunidad varía según la región, y se deben considerar otros patógenos según la estacionalidad, la región geográfica (ej., coccidiodomicosis en el suroeste de los EE. UU.), la exposición (ej., tuberculosis) y el compromiso inmunológico (ej., neumonía por *Pneumocystis*).

DIAGNÓSTICO DE NAC

La neumonía se diagnostica con la combinación de 2 o más signos (ej., temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $\leq 36^{\circ}\text{C}$; recuento de leucocitos $<4000/\mu\text{L}$ o $>10.000/\mu\text{L}$) o síntomas (ej., tos nueva o aumentada o disnea) de neumonía junto con hallazgos radiográficos consistentes (ej., densidad del espacio aéreo) sin una explicación alternativa para los signos, síntomas o hallazgos radiográficos. Aunque ningún signo o síntoma individual tiene una alta sensibilidad y especificidad para diagnosticar NAC cuando se considera solo, una revisión sistemática y meta-análisis de 17 estudios halló que la ausencia de signos vitales anormales puede ayudar a descartar la NAC.

Debido a la baja sensibilidad y especificidad de los signos y síntomas clínicos, todos los pacientes con sospecha de NAC deben someterse a una evaluación radiográfica. Debido a que es económica y accesible, la radiografía de tórax suele ser la prueba diagnóstica inicial, pero su sensibilidad y especificidad varían según la calidad de la imagen y si hay imágenes previas para comparar. Si la radiografía de tórax no muestra evidencia de NAC, pero se sospecha neumonía, la tomografía computarizada de tórax es el siguiente paso.

La tomografía también puede evaluar mejor a los pacientes para diagnósticos alternativos, como la embolia pulmonar. Las opacidades o infiltrados del espacio aéreo son el hallazgo radiográfico más común (>95%) en la NAC; sin embargo, no son específicos y pueden ser causados por atelectasia, líquido (ej., edema) o neumonitis por aspiración. Los hallazgos radiográficos menos comunes de neumonía incluyen derrame pleural, cavitación y apariencia similar a una masa. Aunque la ecografía pulmonar tiene una mayor sensibilidad y especificidad que la radiografía de tórax para diagnosticar NAC, la calidad varía entre los técnicos y su utilidad no está clara.

La falta de hallazgos clínicos o pruebas diagnósticas altamente sensibles y específicas para la NAC ha llevado a un sobre diagnóstico sustancial. Aproximadamente entre el 10% y el 30% de los pacientes tratados por NAC no cumplen los criterios diagnósticos. Los pacientes sin síntomas que tienen infiltrados en las radiografías no deben recibir tratamiento



para NAC.

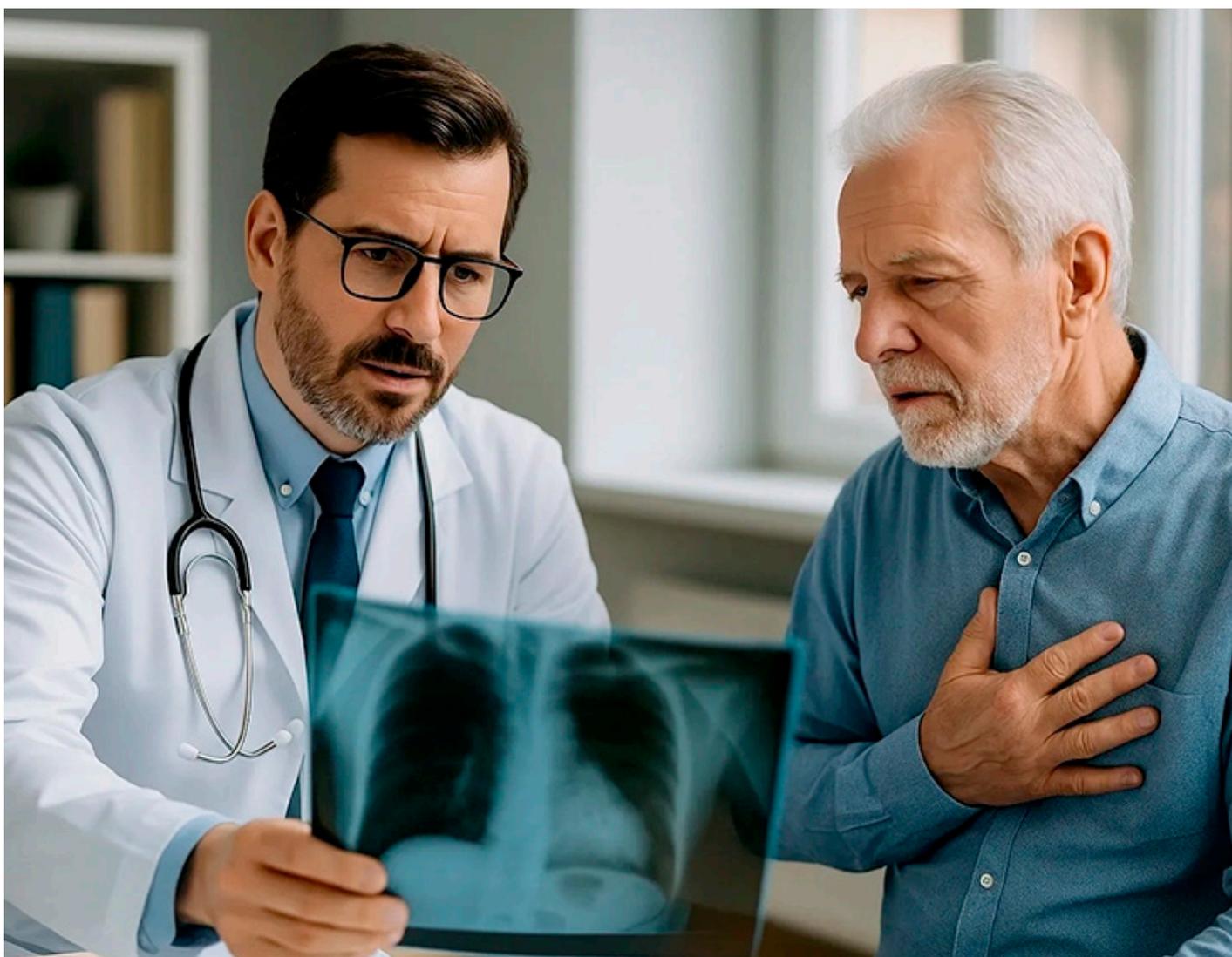
El diagnóstico diferencial de la neumonía incluye la exacerbación de enfermedades cardiopulmonares crónicas, enfermedad aguda de las vías respiratorias superiores (ej., bronquitis aguda), neumonitis por aspiración, neoplasia maligna y embolia pulmonar.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA NAC

Cuando se considera la realización de pruebas diagnósticas para la NAC, la pregunta más importante es si el resultado de la prueba cambiará el tratamiento. La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) recomienda pruebas

de SARS-CoV-2 e influenza para todos los pacientes con posible NAC durante los períodos de transmisión comunitaria o posible exposición a estos virus; por el contrario, la IDSA sugiere que las pruebas para virus distintos del SARS-CoV-2 e influenza solo "se consideren en casos selectos donde la determinación oportuna del patógeno puede permitir una terapia más dirigida o la interrupción de antibióticos innecesarios".

A excepción de las pruebas virales, solo los pacientes con NAC grave, o con factores de riesgo para *S. aureus* resistente a metilina (SAMR) o *Pseudomonas aeruginosa*, o aquellos que no mejoran con un curso de medicamentos antibacterianos típicos, deben ser evaluados para determinar la etiología.



Los pacientes con factores de riesgo para SAMR o Pseudomonas incluyen a aquellos con antecedentes de infección previa por estos gérmenes o con una hospitalización en los últimos 90 días con administración de antibióticos parenterales.

TRATAMIENTO

Se debe utilizar el juicio clínico cuando se toman decisiones sobre la internación de pacientes con NAC.

Terapia antibacteriana. La terapia antibacteriana empírica debe seleccionarse de acuerdo con la gravedad de la enfermedad y el patógeno probable. Las guías ATS/IDSA de 2019 clasificaron a los pacientes hospitalizados como con neumonía grave (es decir, que requieren vasopresores o ventilación mecánica, o con 3 o más criterios de gravedad menores) o neumonía no grave (todos los demás pacientes). Para los pacientes hospitalizados con NAC bacteriana no grave, se recomendó el tratamiento empírico con un β -lactámico, como ceftriaxona, en combinación con un macrólido, como azitromicina, o monoterapia con fluoroquinolona (ej., levofloxacina).

Debido a los posibles daños de la terapia con fluoroquinolona, actualmente ésta se recomienda como monoterapia solo si no se tolera una combinación de β -lactámico/macrólido (ej., alergia grave a la penicilina). Aunque los datos son mixtos, la evidencia sugiere que los macrólidos pueden mejorar los resultados cuando se agregan a la terapia con β -lactámicos para la NAC bacteriana no grave. Los pacientes hospitalizados con NAC grave generalmente deben recibir la misma terapia empírica que aquellos con NAC no grave (es decir, una combinación de β -lactámicos/macrólidos), con el uso de fluoroquinolonas como levofloxacina 750 mg/día o moxifloxacina 400 mg/día para reemplazar a los macrólidos en pacientes con contraindicación para la terapia con macrólidos.

La administración empírica de medicamentos antibacterianos anti anaerobios, como metronidazol o clindamicina, puede alterar las bacterias comensales intestinales protectoras y aumentar el riesgo de infecciones secundarias (ej., colitis por *C. difficile*), y se asocia con una mortalidad estimada entre un 5% y un 6% mayor. Por lo tanto, las guías de NAC de 2019 de la ATS/IDSA recomiendan no prescribir terapia antimicrobiana activa contra bacterias anaeróbicas, como metronidazol o clindamicina.

Al decidir si un paciente necesita cobertura empírica anti-SAMR o anti-pseudomonas, se debe considerar el daño

potencial de los medicamentos antibacterianos y si el paciente tiene factores de riesgo conocidos para estos gérmenes. Aunque muchos factores de riesgo han sido inconsistentes, los pacientes con NAC grave tienen más probabilidades de tener SAMR y Pseudomonas, al igual que aquellos con infección previa por estos gérmenes u hospitalización reciente con exposición parenteral a antibacterianos. Por lo tanto, los pacientes con antecedentes de infección por SAMR o Pseudomonas deben recibir tratamiento empírico para ese patógeno mientras están pendientes los resultados de las pruebas etiológicas. Los pacientes hospitalizados en los 90 días previos al diagnóstico de NAC, si recibieron medicamentos antibacterianos parenterales, deben recibir tratamiento empírico para SAMR y Pseudomonas solo si tienen NAC grave.

Existen pocos datos para orientar el tratamiento empírico en pacientes ambulatorios; las guías de ATS/IDSA para NAC de 2019 recomendaron amoxicilina 1 g 3 veces/día o doxiciclina 100 mg dos veces/día para pacientes sin comorbilidades y una terapia combinada (ej., amoxicilina/clavulanato o cefalosporina [como cefpodoxima o cefuroxima] y azitromicina) para pacientes con comorbilidades como enfermedad pulmonar crónica o asplenia. No se recomienda la monoterapia con fluoroquinolonas a menos que el paciente no pueda tolerar la terapia de primera línea.

Para el conocimiento de los autores, ningún ensayo clínico aleatorizado ha examinado si los pacientes con NAC viral deben ser tratados empíricamente con terapia antibacteriana. En el caso de COVID-19, los estudios sugirieron que la mayoría de los pacientes con NAC no requirieron medicamentos antibacterianos. Si se sospecha una coinfección bacteriana en un paciente hospitalizado con COVID-19, la prueba de procalcitonina puede ser útil porque el valor predictivo negativo de un valor de procalcitonina menor o igual a 0,1 ng/mL es del 98,3%.

En contraste, el valor predictivo positivo de un nivel de procalcitonina mayor a 0,5 ng/mL es aproximadamente 9,3%, porque la coinfección con bacterias es poco común en pacientes con NAC por COVID-19. Por lo tanto, en pacientes con poca probabilidad de tener una coinfección bacteriana, no se debe iniciar una terapia antibacteriana basándose sólo en un valor positivo de procalcitonina. En el caso de virus distintos al COVID-19, la decisión de tratar debe basarse en la gravedad de la enfermedad y en la consideración de biomarcadores del huésped como la procalcitonina. La IDSA sugiere tratar la NAC viral con terapia antiviral (si está indicado), como oselta-



mivir para la influenza A y B, y considerar la postergación de los tratamientos antibacterianos si hay una baja sospecha de coinfección bacteriana.

Reducción de la dosis de medicamentos antibacterianos. La reducción de la dosis de antibacterianos incluye la interrupción de la medicación antibacteriana, la transición de una terapia empírica a una dirigida, la reducción del espectro de la terapia o la transición de una terapia intravenosa a una oral.

Se debe hacer la transición de vía intravenosa a oral tan pronto como el paciente lo permita. La mayoría de los patógenos bacterianos no tienen resistencia a los antibacterianos. Para estos pacientes, los regímenes antibacterianos orales potenciales incluyen amoxicilina/clavulanato o una cefalosporina oral (ej., cefpodoxima) además de un total de 1500 mg de azitromicina (es decir, 500 mg diarios durante 3 días o 500 mg el primer día y luego 250 mg diarios durante 4 días), incluida cualquier dosis recibida por vía intravenosa. Como el *S. pneumoniae* suele ser sensible a la amoxicilina, la administración oral de 1g 3 veces/día puede ser apropiada al hacer la transición de un antibiótico de espectro más amplio a uno más selectivo.

Aunque se desconoce la duración óptima de la terapia antibacteriana en la NAC, se debe tratar a los pacientes con la duración efectiva más corta. Actualmente, la evidencia respalda 3 días de medicamentos antibacterianos para pacientes ambulatorios sin NAC grave, incluidos los pacientes tratados y dados de alta del departamento de emergencias sin ingreso hospitalario. En el caso de los pacientes hospitalizados con NAC no grave, aproximadamente el 50% de los pacientes se estabilizará al tercer día de hospitalización y deberá recibir antimicrobianos durante un total de 3 días. Los pacientes que tardan más de 3 días en estabilizarse clínicamente generalmente deben recibir un total de 5 días de tratamiento antimicrobiano. Los datos son limitados sobre la duración óptima del tratamiento de los pacientes que experimentan complicaciones (ej., empiema) o infecciones por SAMR o *Pseudomonas*, pero normalmente se recomiendan duraciones más prolongadas (ej., 7 días).

Esteroides. Para la neumonía por COVID-19 asociada con hipoxia, los corticosteroides en dosis bajas (dexametasona 6 mg/día durante 10 días) pueden reducir la mortalidad, particularmente en los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva. Para la NAC grave no relacionada con COVID-19, la administración temprana (dentro de las 24 horas) de esteroides (400 mg de hidrocortisona/día) puede reducir

la mortalidad a los 28 días, la necesidad de ventilación mecánica, los vasopresores y la duración de la internación. La NAC no grave parece no beneficiarse de los corticosteroides, en gran parte porque los resultados son mejores en este grupo y los riesgos de efectos adversos de los esteroides superan los posibles beneficios.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Los pacientes con NAC tienen tasas más altas de NAC posterior y se les debe aconsejar dejar de fumar y beber alcohol y aplicar la vacunación pertinente, que incluye las vacunas antineumocócica conjugada, de influenza, SARS-CoV-2 y virus sincicial respiratorio.

CONCLUSIONES

La NAC es la causa infecciosa más común de morbilidad y mortalidad en los EE. UU. Los virus son los patógenos más comunes detectados, mientras que *S. pneumoniae* sigue siendo el agente bacteriano más común.

El tratamiento de primera línea varía según la gravedad y la etiología más probable. Los pacientes con NAC con sospecha de causa bacteriana que no tienen comorbilidades y no son hospitalizados pueden ser tratados con amoxicilina 1 g 3 veces/día o doxiciclina 100 mg dos veces/día.

Los pacientes con NAC con sospecha de causa bacteriana y comorbilidades que no son hospitalizados deben recibir terapia combinada (ej., amoxicilina/clavulanato, cefalosporina y azitromicina). Los pacientes hospitalizados con sospecha de NAC bacteriana y sin factores de riesgo para bacterias resistentes pueden ser tratados con terapia combinada de B-lactámicos/macrólidos, como ceftriaxona combinada con azitromicina, durante un mínimo de 3 días.

Traducción y resumen objetivo: Dra. María Eugenia Noguerol

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

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.

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 viernes de 11 a 15 hs., puede contactarse con ella vía e-mail: matina07@gmail.com ó tel 4654-4237 ó 15-4078-2414.

ACTIVIDADES DE "CIRCULO MEDICO DE MATANZA" AV. DE MAYO 743 - R. MEJÍA

TALLER LITERARIO: EN RECESO

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

ACTIVIDADES DE "LA CASA DEL MEDICO JUBILADO"

TACUARI 345 - R. MEJÍA

TODAS LAS ACTIVIDADES INICIAN EN MARZO

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

TALLER DE NARRATIVA:

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

GRUPO DE REFLEXIÓN:

1º martes de cada mes, de 13.15 a 15 hs., coordinado por la Lic. Analía Lomónaco

GRUPO DE TEATRO LEÍDO:

Horario a confirmar, a cargo del Sr. Hugo Posse y equipo.

TALLER DE LA MEMORIA Y COGNITIVO:

Horario a convenir.

CINE DEBATE:

3º martes del mes a las 15 hs. Coordina: Dr. Daniel Perez Volpe



Celebramos un nuevo aniversario de la Revolución de Mayo

Este 25 de mayo conmemoramos el 215° aniversario del proceso revolucionario que daría el primer gran paso para el surgimiento del Estado Argentino.

La conmemoración de la Revolución de Mayo es muy importante para todos los argentinos.

Se recuerda la formación del Primer Gobierno Patrio, a partir de la destitución del virrey español, y el inicio del camino hacia la independencia.

Aquel 25 de mayo de 1810, una multitud se reunió en la Plaza de Mayo para celebrar la defensa de la soberanía popular y alumbrar la idea de ser libre e independiente, protagonista y artífice de su propio destino.

Estudiar la historia es fundamental para comprender nuestro presente y construir un futuro mejor.

Noticias

Se realizó la reunión con la Mesa Ejecutiva de la Caja de Médicos solicitada por A.M.E.J.U. según lo acordado por unanimidad por los Centros de médicos jubilados, para solicitar un Bono a fin de atenuar la situación de deterioro de nuestros haberes.

Actualmente A.M.E.J.U. está solicitando la opinión de todos los Centros, para evaluarla posibilidad de que La Caja realice una Asamblea Extraordinaria por requerimiento de los Asambleístas, para tratar el tema del Bono o Subsidio.

Consideramos nuestro haber jubilatorio, un derecho construido a partir de los aportes realizados durante toda nuestra historia laboral.



CALENDARIO AMBIENTAL / MAYO

De nuevo en mayo seremos partícipes de una gran variedad de fechas relacionadas con el Medio Ambiente. El 14 es el **Día Mundial de las Aves Migratorias**.

El 17 de mayo es el **Día Mundial del Reciclaje**. Fecha establecida por la UNESCO con el fin de concienciar a las personas y a las empresas públicas y privadas de la importancia de realizar un correcto reciclaje de los residuos.

El **Día Mundial de las Abejas** inicia nuestra querida **Semana de la Biodiversidad**, días donde en ISM, compartimos una gran cantidad de recursos sobre esta temática que puedan ser de utilidad para nuestros usuarios. Si no quieres perderte los de este año, no te olvides de visitar la Comunidad ISM.

El 21 el **Día Europeo de la Red Natura 2000** y el 22 el **Día Internacional de la Diversidad Biológica**. Como guinda, el 24 de mayo se celebra el Día Europeo de los Parques Naturales, organizado anualmente por EUROPARC-España.



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

Continuando con la recomposición en los valores, la Comisión Directiva del Círculo Médico de Matanza ha decidido otorgar un aumento, con vigencia 01/05/2025. Quedando conformado el valor de las consultas médicas en **\$16.500.-** para médicos SOCIOS y en **\$15.500.-** para médicos NO SOCIOS. Asimismo, el valor de las prácticas médicas y todas las licenciaturas también sufrirán un **incremento**.

CONSEJO DE ADMINISTRACION SAMI-OSMECON



Estimado Profesional

Nos dirigimos a Ustedes en relación a los reiterados reclamos que hemos recibido de nuestros afiliados debido al cobro indebido de copagos en consultas médicas.

Queremos recordarles que únicamente los planes Azul y Naranja incluyen el pago de coseguro. Esta información es confirmada por el validador Traditum al momento de la atención, y se aplica exclusivamente a esos planes.

Por lo tanto solicitamos que se abstengan de cobrar copagos en otros planes.

Resulta vergonzoso y carente de ética que se trate de justificar esos cobros indebidos sosteniendo que el SAMI "paga poco", "tarda en pagar" y algún otro motivo también sin fundamento que se invoca.

El SAMI-OSMECON ha sido creado por Médicos Socios para brindar otra fuente de trabajo a los Colegas, y tiene un prestigio ganado a lo largo de más de 50 años de existencia que no debe ser mancillado con espurios pretextos.

Por el contrario, la debida y correcta atención de los Pacientes redundará para motivar que más personas se incorporen al prepago, ampliando la fuente de trabajo. Agradecemos su comprensión de la situación y su necesaria colaboración.

Consejo de Administración

Sami Osmecon Matanza



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.





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

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA 2024

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

LA ESH PROPORCIONA UN FORMATO NOVEDOSO Y CONCISO QUE RESPALDE LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN MÁS IMPORTANTE PARA EL MANEJO DE LA POBLACIÓN HIPERTENSA EN GENERAL Y SU IMPLEMENTACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

1. INTRODUCCIÓN

La ESH decidió proporcionar con sus Guías de práctica clínica de 2024 un formato novedoso y conciso que respalde la difusión de la información más importante de las Guías para el manejo de la población hipertensa general y su implementación en la práctica clínica. Con este objetivo, la ESH desarrolló un plan MAESTRO para el manejo de la hipertensión (Figura 1). Para los aspectos que (intencionadamente) no están cubiertos en este documento y para la literatura de apoyo, pueden consultarse las Guías ESH de 2023.

2. MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL: DIAGNOSTICAR

La medición precisa de la presión arterial (PA) es la piedra angular para el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión. Por lo tanto, representa el primer paso fundamental del plan MAESTRO para el tratamiento de la hipertensión.

- La medición de la presión arterial en consultorio (PAC) es el método más estudiado para evaluar la presión arterial y mediante el cual se han establecido el diagnóstico de hipertensión, la clasificación de la presión arterial, el rol de la presión arterial como factor de riesgo cardiovascular (CV), el efecto protector del tratamiento antihipertensivo y los umbrales y objetivos de presión arterial de las intervenciones terapéuticas.

- El monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) y el monitoreo domiciliario de la presión arterial (MDPA) son métodos importantes para el monitoreo de la presión arterial fuera del consultorio. En la figura 2 (en idioma inglés) se resumen recomendaciones y detalles para el uso de los diferentes métodos de medición de la presión arterial.

Las indicaciones clínicas que apoyan el uso de MDPA o MAPA se resumen en la siguiente tabla:

Tabla. Indicaciones clínicas para el monitoreo ambulatorio y domiciliario de la presión arterial*.

Afecciones en las que la hipertensión de bata blanca es más común, por ejemplo:

- Hipertensión de grado I en la medición de la presión arterial en consultorio
- Elevación marcada de la presión arterial en el consultorio sin daño de órgano blanco

Afecciones en las que la hipertensión oculta es más común, por ejemplo:

- Presión arterial normal-alta en consultorio
- Presión arterial normal en consultorio en personas con daño de órgano blanco o con alto riesgo CV total

En individuos tratados

- Confirmación de hipertensión refractaria no controlada
- Evaluación del control de la presión arterial durante 24 horas (especialmente en pacientes de alto riesgo)
- Evaluación de síntomas sugestivos de hipotensión (especialmente en pacientes mayores)

Sospecha de hipotensión postural o postprandial en pacientes tratados

Respuesta exagerada de la presión arterial al ejercicio

Variabilidad considerable en las mediciones de presión arterial en el consultorio

Indicaciones específicas para MAPA en lugar del MDPA

- Evaluación de la presión arterial nocturna y patrón de descenso (p. ej., apnea del sueño, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión endocrina o disfunción autonómica)
- Pacientes incapaces o no dispuestos a realizar una MDPA confiable, o ansiosos con la automedición
- Evaluación de pacientes considerados para la denervación renal

- Niños

- Embarazo

> Indicaciones específicas para MDPA en lugar del MAPA

- Seguimiento a largo plazo de los individuos tratados para mejorar la adherencia al tratamiento y el control de la hipertensión

- Pacientes que no desean realizar la MAPA o que presentan molestias considerables durante el registro

Indicaciones para repetir la evaluación de la presión arterial fuera del consultorio (el mismo método o un método alternativo: MDPA/MAPA)

- Confirmación de hipertensión de bata blanca o hipertensión oculta en individuos no tratados o tratados

*Usando dispositivos validados (ver <https://www.stridebp.org/>).

3. EVALUAR AL PACIENTE

Una evaluación exhaustiva del paciente es fundamental para determinar el enfoque de tratamiento más adecuado y la estrategia de seguimiento.

> EVALUACIÓN BÁSICA

Debido a la alta prevalencia de la hipertensión y, por lo tanto, al gran número de personas que serán atendidas por los médicos de atención primaria, es esencial priorizar la evaluación básica. La vía recomendada que se muestra en la Figura 3 debe adaptarse según la gravedad de la hipertensión, las circunstancias clínicas y las necesidades individuales de los pacientes.

La evaluación básica incluye la anamnesis, el examen físico, las pruebas de laboratorio y un electrocardiograma (ECG) en reposo de 12 derivaciones. La evaluación recomendada permite el diagnóstico y estadificación de la enfermedad renal crónica (ERC), mediante la evaluación de la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) y la relación albúmina-creatinina en orina (RACo), y de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) mediante ECG (aunque con sensibilidad limitada).

En la siguiente tabla se resumen detalles adicionales para un examen físico completo para pacientes con hipertensión:



Hábito corporal

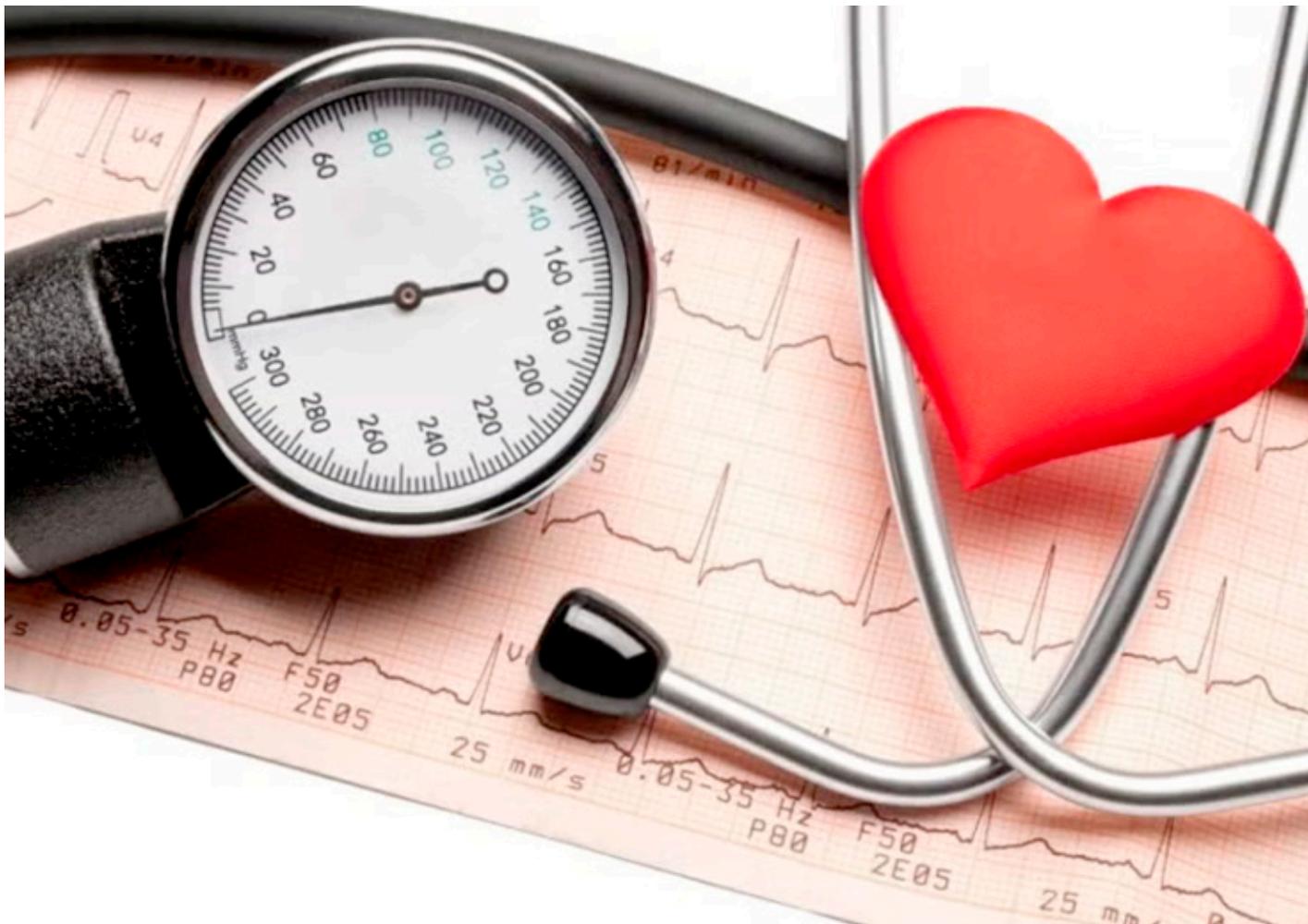
- Peso y altura medidos en báscula calibrada, con cálculo del IMC.
- Circunferencia de la cintura

Signos de daño de órgano blanco por hipertensión

- Examen neurológico y estado cognitivo.
- Fondo de ojo para retinopatía hipertensiva en emergencias
- Auscultación del corazón y de las arterias carótidas.
- Palpación de arterias carótidas y periféricas.
- Índice tobillo-brazo

Signos de hipertensión secundaria

- Inspección de la piel: manchas café con leche de neurofibromatosis (feocromocitoma)
- Palpación renal para detectar signos de agrandamiento renal en la enfermedad renal poliquística.
- Auscultación de las arterias cardíacas y renales en busca de soplos o soplos indicativos de coartación aórtica o hipertensión renovascular.
- Signos de enfermedad de Cushing o acromegalia
- Signos de enfermedad de la tiroides



En la siguiente tabla se muestran pruebas de laboratorio básicas para la evaluación de pacientes hipertensos:

Tabla. Pruebas de laboratorio estándar para la evaluación de pacientes hipertensos.

Sangre

- Hemoglobina y/o hematocrito
- Glucemia en ayunas y HbA1c
- Colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos
- Sodio y potasio
- Ácido úrico
- Creatinina para estimar la TFG con fórmulas de TFGe
- Calcio

Orina

- Prueba de tira reactiva multicomponente, RACo (preferiblemente en orina de la mañana temprano), examen microscópico en pacientes seleccionados.

> CUÁNDO DERIVAR A UN PACIENTE

La evaluación básica y ampliada de los pacientes debe respaldar la toma de decisiones sobre cuándo se debe derivar a un paciente a un especialista en hipertensión o al hospital. Los criterios que influyen en estas decisiones se resumen en la Figura 3.

4. SELECCIONE LA TERAPIA

> ASPECTOS GENERALES

Se ha demostrado que las intervenciones en el estilo de vida son eficaces para reducir la PA en pacientes hipertensos y también pueden tener beneficios adicionales, como por ejemplo reducir el riesgo de otras enfermedades crónicas. Son importantes en la prevención de la hipertensión y pueden controlar la PA cuando se usan solas en pacientes con hipertensión de grado 1 con PA sistó-

lica (PAS) y PA diastólica (PAD) <150/95 mmHg y bajo riesgo CV. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con hipertensión deben ser tratados con una combinación de modificaciones en el estilo de vida y tratamiento farmacológico. La estrategia para el manejo inicial de la hipertensión con el objetivo de controlar la PA dentro de los 3 meses de acuerdo con el riesgo de los pacientes.

> TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La estrategia general de tratamiento para pacientes con hipertensión se muestra en la Figura 5. Las principales clases de fármacos recomendados para reducir la presión arterial incluyen inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueadores del receptor de angiotensina (ARA), betabloqueantes (BB), bloqueantes de los canales de calcio (BCC) y diuréticos tiazídicos/similares a tiazidas (diuréticos T/TL). Se pueden considerar terapias adicionales en pacientes con hipertensión refractaria, insuficiencia cardíaca y ERC.

5. EVALUAR LA RESPUESTA

Es importante evaluar la respuesta de la PA después del inicio del tratamiento (3 meses), así como durante el seguimiento a corto y largo plazo en pacientes con hipertensión para monitorear la efectividad del tratamiento y hacer los ajustes necesarios. Apuntar primero al control de la PA con PAS y PAD por debajo de 140 y 80 mmHg en la mayoría de los pacientes de la población general.

Sin embargo, la evaluación de posibles efectos secundarios (tolerabilidad) y parámetros de seguridad, por ejemplo, TFGe y niveles séricos de potasio, en respuesta al tratamiento y cambios en el perfil de factores de riesgo, daño de órgano blanco o comorbilidades también es importante.

6. CONCLUSIONES

La implementación exitosa de las recomendaciones de las directrices para el tratamiento de la hipertensión depende de muchos factores, incluidas las oportunidades y los desafíos nacionales y regionales en los sistemas de salud. La ESH espera que este plan MAESTRO contribuya significativamente al desarrollo y la mejora de la atención de la hipertensión.



Círculo Médico
de Matanza

CURSO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL 2025

para profesionales de la salud

¿QUIERES SABER MÁS?

- DURACION: 2 MESES (8 clases de 2 hs cada una)
- FRECUENCIA: 1 VEZ POR SEMANA 2 HORAS INICIO: 06/08/2025
- MODALIDAD: VIRTUAL. Las clases se dictarán por Zoom, las cuales quedarán grabadas y al finalizar haremos un encuentro presencial a definir fecha para compartir las experiencias de los asistentes y hacer entrega de los certificados.
- HORARIO: Miércoles de 16 a 18 (INICIO EL MIÉRCOLES 6 DE AGOSTO)
- DOCENTE: Dra. Andrea Mariel Actis – mail de consulta académica: bioetica2.0@gmail.com
- OBJETIVO GENERAL: Formar a los profesionales de la salud en el uso y comprensión de las aplicaciones de la inteligencia artificial, optimizando su capacidad para integrar estas tecnologías en sus prácticas diarias de manera ética y efectiva.

PROGRAMA

- Módulo 1: Introducción a la Inteligencia Artificial
- Módulo 2: Panorama Actual de la IA en Salud
- Módulo 3: Fundamentos Técnicos de la IA
- Módulo 4: IA para el Diagnóstico y la Toma de Decisiones Médicas
- Módulo 5: IA en la Relación con el Paciente
- Módulo 6: Herramientas Prácticas para Profesionales de la Salud
- Módulo 7: Implementación de IA en el Entorno de Salud
- Módulo 8: Futuro de la IA en Salud y Evaluación del Curso

EXAMEN FINAL AL CONCLUIR EL CURSO. ENTREGA DE CERTIFICADO
LUEGO DE APROBAR EL EXAMEN CON MAS DEL 60% DE LAS PREGUNTAS
CORRECTAS EN UN ENCUENTRO PRESENCIAL A DEFINIR FECHA Y HORA



**LOS AFILIADOS DEBERÁN
ABONAR UN COSEGURO
DE \$2500, PARA LOS
SIGUIENTES CÓDIGOS**

CENTELLOGRAFIA LINEAL

ESTUDIOS CON CAMARA GAMMA PLANAR

ESTATICA GAMAMGRAFIA

88.26.03

ESTUDIOS CON CAMARA GAMMA

PLANAR DINAMICA

88.26.04

CENTELLOGRAFIA CORPORAL TOTAL

CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL

88.26.08

ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS

CON CAMARA GAMMA PLANAR

88.26.10

VENTRICULOGRAFIA

FRACCION DE EYECCION

88.26.11

ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS POR SPECT

88.26.12

ESTUDIOS GENERALES POR SPECT

88.26.13

ECOGRAFIA

88.18.01/02/03/04/05/06/07/08/09/10

ECOGRAFIA DOPPLER BLANCO Y NEGRO

88.18.20/21/22/23/24/25/26/27/28/29

MAMOGRAFIAS

88.34.01/02/03

DENSITOMETRIA OSEA

88.34.70/71/72

ESPINOGRAFIA

88.34.80

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

PRIMERA EXPOSICION

88.46.01 A1-88.46.01 B1-88.46.02 A0-88.46.02 B0-

88.46.03 A0-88.46.03 B0-88.46.04 A0-88.46.04

B0-88.46.05 A0-88.46.05 B0-88.46.05 A1-88.46.05

B1-88.46.08 A2-88.46.08 B2-88.46.09 A0-88.46.09

B0-88.46.09 A1-88.46.09 B1-88.46.10 A0-88.46.10

B0-88.46.11 A0-88.46.11 B0-88.46.12 A0-88.46.12

B0-88.46.13 A0-88.46.13 B0-88.46.14 A0-88.46.14

B0-88.46.15 A0-88.46.15 B0-88.46.15 A1-88.46.15 B1-

88.46.16 A0-88.46.16 B0-88.46.17/A0-88.46.18/A0-

88.46.19/A0-88.46.20/A0-88.46.21/A0-88.46.22/A0

SEGUNDA EXPOSICION

88.47.01 A1-88.47.01 B1-88.47.02 A0-88.47.02 B0-

88.47.03 A0-88.47.03 B0-88.47.04 A0-88.47.04

B0-88.47.05 A0-88.47.05 B0-88.47.05 A1-88.47.05

B1-88.47.08 A2-88.47.08 B2-88.47.09 A0-88.47.09

B0-88.47.09 A1-88.47.09 B1-88.47.10 A0-88.47.10

B0-88.47.11 A0-88.47.11 B0-88.47.12 A0-88.47.12

B0-88.47.13 A0-88.47.13 B0-88.47.14 A0-88.47.14

B0-88.47.15 A0-88.47.15 B0-88.47.15 A1-88.47.15 B1-

88.47.16 A0-88.47.16 B0

TERCERA EXPOSICION

88.48.02 A0-88.48.02 B0-88.48.03 A0-88.48.03

B0-88.48.04 A0-88.48.04 B0-88.48.05 A0-88.48.05

B0-88.48.09 A0-88.48.09 B0-88.48.10 A0-88.48.10

B0-88.48.11 A0-88.48.11 B0-88.48.12 A0-88.48.12

B0-88.48.13 A0-88.48.13 B0-88.48.14 A0-88.48.14 B0-

88.48.15 A0-88.48.15 B0-88.48.16 A0-88.48.16 B0

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA

88.34.12 - 88.34.25/00 - 88.34.25/03 - 88.34.25/04 -

88.34.26/00 - 88.34.26/01 - 88.34.27/01/02/03/04/0

5/06/07/08 - 88.34.21 - 88.34.22/23/24

TOMOGRAFIA COMPUTADA POR BARRIDO HELICOIDAL

88.34.40/00 - 88.34.40/03 - 88.34.40/04 -

88.34.41/00 - 88.34.41/01 - 88.34.42/01 - 88.34.42/02

- 88.34.42/03/04/05/06/07/08 - 88.34.36 - 88.34.37

- 88.34.38 - 88.34.39 - 88.34.43/00 - 88.44.00/01 -

88.34.45/00

PRACTICAS INTERVENCIONISTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA

88.34.50 /51/52/53/54/55/56

TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS

88.34.91/01 - 88.34.91/04 - 88.34.91/05 - 88.34.91/06

- 88.34.91/07 - 88.34.94/01 - 88.34.94/02 - 88.34.94/03

- 88.34.94/04 - 88.34.94/05 - 88.34.94/06

- 88.34.94/07 - 88.34.94/08 - 88.34.94/09

- 88.34.94/10 - 88.34.94/11 - 88.34.95/00 - 88.34.96/00

- 88.34.97/00 - 88.34.97/01 - 88.34.98/00 - 88.34.98/01

PRACTICAS INTERVENCIONISTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS

88.34.99/01 - 88.34.99/02 - 88.34.99/03 -

88.34.99/04

RADIOLOGIA

88.34.74/75

GINECOLOGIA

88.34.04

ECOGRAFIA DOPPLER COLOR CODIGOS

88.18.40 /41/42/43

ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA CODIGOS

88.18.11/12/13/00



FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

VALORES DE OBRAS SOCIALES

Vigencia		01/03/2025	01/08/2024	01/03/2025	01/03/2025	01/03/2025
Obra Social		BANCO PROVINCIA	AAPM	COMEI	PODER JUDICIAL	AMFFA
Codigo		12	46	60	64	67
Facturar con:		Prescripcion	Prescripción	Prescripción	Prescripcion- autorizacion web	Prescripcion autorizacion web
CONSULTA 42.01.01	BAS	\$ 9.274,00	\$ 10.163,20	\$ 14.394,00	\$ 14.016,00	\$ 13.871,00
	B	\$ 10.365,00	\$ 13.025,60	\$ 17.005,00	\$ 18.760,00	\$ 14.279,00
	C	\$ 12.100,00	\$ 15.356,00	\$ 19.292,00	\$ 20.619,00	\$ 15.746,00
DOMICILIO 42.02.01	BAS	\$ 9.274,00	\$ 10.163,20	\$ 14.394,00	\$ 14.016,00	\$ 13.871,00
	B	\$ 10.365,00	\$ 13.025,60	\$ 17.005,00	\$ 18.760,00	\$ 14.279,00
	C	\$ 12.100,00	\$ 15.356,00	\$ 19.292,00	\$ 20.619,00	\$ 15.746,00
GALENO QUIRURGICO	A	\$ 447,67	\$ 664,61	\$ 571,58	\$ 856,96	\$ 397,51
	B	\$ 481,52	\$ 997,41	\$ 800,37	\$ 1.209,59	\$ 561,25
	C	\$ 499,46	\$ 1.327,74	\$ 1.029,23	\$ 1.542,59	\$ 736,96
GALENO PRACTICAS	BAS	\$ 258,45	\$ 404,40	\$ 363,96	\$ 571,78	\$ 241,39
	B	\$ 292,31	\$ 602,35	\$ 462,11	\$ 706,34	\$ 333,65
	C	\$ 303,07	\$ 1.009,74	\$ 594,19	\$ 884,45	\$ 417,99
GASTO QUIRURGICO		\$ 121,03	\$ 227,62	\$ 191,03	\$ 298,03	\$ 134,62
OTROS GASTOS		\$ 34,87	\$ 87,41	\$ 95,90	\$ 155,97	\$ 56,42
GASTO ECOGRAFIA		\$ 120,50	\$ 174,79	\$ 191,03	\$ 298,03	\$ 107,10
GASTO RX		\$ 137,43	\$ 174,79	\$ 191,03	\$ 298,03	\$ 107,10
GASTO BIOQUIMICO		\$ 291,78	\$ 456,73	\$ 384,35	\$ 584,99	\$ 270,93
Observaciones:			Plan 3000 con autorización			Facturar consultas separadas de las prácticas



FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

VALORES DE OBRAS SOCIALES

Vigencia		01/03/2025	01/03/2025	01/03/2025	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	\$ 12.130,00	\$ 12.004,00	\$ 8.748,00	\$ 3.120,00
42.01.01	B	\$ 13.091,00	\$ 14.230,00	\$ 10.056,00	\$ 4.590,00
	C	\$ 16.347,00	\$ 17.473,00	\$ 13.444,00	\$ 6.390,00
DOMICILIO	BAS	\$ 12.130,00	\$ 12.004,00	\$ 8.748,00	\$ 3.120,00
42.02.01	B	\$ 13.091,00	\$ 14.230,00	\$ 10.056,00	\$ 4.590,00
	C	\$ 16.347,00	\$ 17.473,00	\$ 13.444,00	\$ 6.390,00
GALENO	A	\$ 420,53	\$ 728,17	\$ 504,09	\$ 219,12
QUIRURGICO	B	\$ 590,17	\$ 873,26	\$ 706,17	\$ 219,12
	C	\$ 759,77	\$ 1.136,06	\$ 908,92	\$ 219,12
GALENO PRACTICAS	BAS	\$ 243,91	\$ 407,89	\$ 291,51	\$ 122,10
	B	\$ 313,53	\$ 494,07	\$ 407,53	\$ 122,10
	C	\$ 403,71	\$ 643,42	\$ 525,13	\$ 122,10
GASTO QUIRURGICO		\$ 141,60	\$ 233,39	\$ 153,43	\$ 57,23
OTROS GASTOS		\$ 70,10	\$ 88,34	\$ 39,28	\$ 42,98
GASTO ECOGRAFIA		\$ 141,60	nomencladas todas \$22663	\$ 120,14	\$ 51,48
GASTO RX		\$ 141,60	\$ 203,22	\$ 120,14	\$ 66,06
GASTO BIOQUIMICO		\$ 283,63	\$ 582,39	\$ 332,33	\$ 130,56
Observaciones:					



FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

VALORES DE OBRAS SOCIALES

Vigencia		01/03/2025	01/03/2025	01/03/2025
Obra Social		OSPEPBA	JERARQUICOS SALUD	SADAIC
Código		193	197	870
Facturar con:		Bonos Requiere inscripción	Planilla o prescripción	Prescripción
CONSULTA	BAS	\$ 8.609,00	\$ 12.721,00	\$ 17.323,00
42.01.01	B	\$ 9.081,00	\$ 14.342,00	\$ 22.201,00
	C	\$ 9.081,00	\$ 15.634,00	\$ 26.176,00
DOMICILIO	BAS	\$ 8.609,00	\$ 12.721,00	\$ 17.323,00
42.02.01	B	\$ 9.081,00	\$ 14.342,00	\$ 22.201,00
	C	\$ 9.081,00	\$ 15.634,00	\$ 26.176,00
GALENO	A	\$ 506,69	\$ 529,16	\$ 1.132,84
QUIRURGICO	B	\$ 666,93	\$ 705,17	\$ 1.700,11
	C	\$ 824,97	\$ 739,46	\$ 2.263,18
GALENO PRACTICAS	BAS	\$ 332,92	\$ 305,02	\$ 689,32
	B	\$ 434,99	\$ 354,72	\$ 1.031,85
	C	\$ 579,12	\$ 389,96	\$ 1.376,93
GASTO QUIRURGICO		\$ 184,32	\$ 177,36	\$ 387,99
OTROS GASTOS		\$ 56,77	\$ 89,53	\$ 148,99
GASTO ECOGRAFIA		\$ 143,00	\$ 177,36	\$ 297,94
GASTO RX		\$ 143,00	\$ 177,36	\$ 297,94
GASTO BIOQUIMICO		\$ 355,35	\$ 348,35	\$ 778,50
Observaciones:		Afiliado abona coseguro consulta "B"\$5500 "C"\$6500		
		Ecos. \$3000 R.M.N. \$6000 TAC \$6000		

VALORES

IOMA

**CO SEGURO DE CONSULTAS
PARA TODAS LAS CATEGORÍAS**

"A CARGO DEL AFILIADO":
\$3.500

OSDE

VALORES ACTUALES:
(VIGENCIA 01/03/2025)
CONSULTA 42.01.01 \$13.600



**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%



Sinónimo en lentes de contacto

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

RECETA ELECTRONICA

**Se mantiene normativa para sistema de recetas en Provincia de Bs. As.
Conviven sistema de papel y receta electrónica.**

Colegas, cumplimos en informarles, que el sistema de recetas en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, continúa con la misma normativa, ya que a pesar de la decisión del Gobierno Nacional de instaurar sólo la receta electrónica, nuestra Provincia no ha adherido, razón por la cual están vigentes y conviven los 2 sistemas de receta en papel y la receta electrónica. El Colegio de Farmacéuticos ya ha comunicado esta circunstancia a las respectivas farmacias, por lo tanto reciben las recetas en papel y electrónicas sin ningún tipo de reparo. En vista de las necesidades de nuestros médicos, en los próximos días habilitaremos una plataforma para el uso gratuito de nuestros matriculados, que deseen prescribir a través del sistema digital con receta electrónica. Con respecto a nuestros médicos jubilados que poseen la matrícula J, que les permite prescribir para si mismo y familiares a cargo, sólo podrán utilizar receta en papel ya que figura de baja su matrícula en el Registro del SISA.

Les deseamos un venturoso inicio del año 2025.

MESA DIRECTIVA

COLEGIO DE MEDICOS DE LA PCIA. DE BS.AS. DISTRITO III

MORON, ENERO 02 DE 2025

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.



The screenshot shows the IOMA system interface. At the top left is the FEMECON logo. Below it, the text 'Convenio IOMA-FEMECON' is visible. A navigation bar contains several menu items: 'PRESTACIONES', 'CONFIGURACIÓN', 'RECETA DIGITAL', 'BAJAR PLANILLA TELECONSULTA', and 'DESCONECTARSE'. The 'RECETA DIGITAL' item is circled in blue, and a red arrow points to it. Below the navigation bar, the title 'Autorización de Prestación' is displayed. The main content area contains a form with the following fields:

Tipo de Autorización	<input type="text" value="On-Line"/>
Código de Autorización	<input type="text" value="F-7841-BGD"/>
Paciente	<input type="text" value="PANINI JULIO CARMELO"/>
Partido	<input type="text" value="SAN ISIDRO"/>
Convenio	<input type="text" value="FEMECON"/>

At the bottom of the form are two buttons: 'Generar otra autorización' and '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)

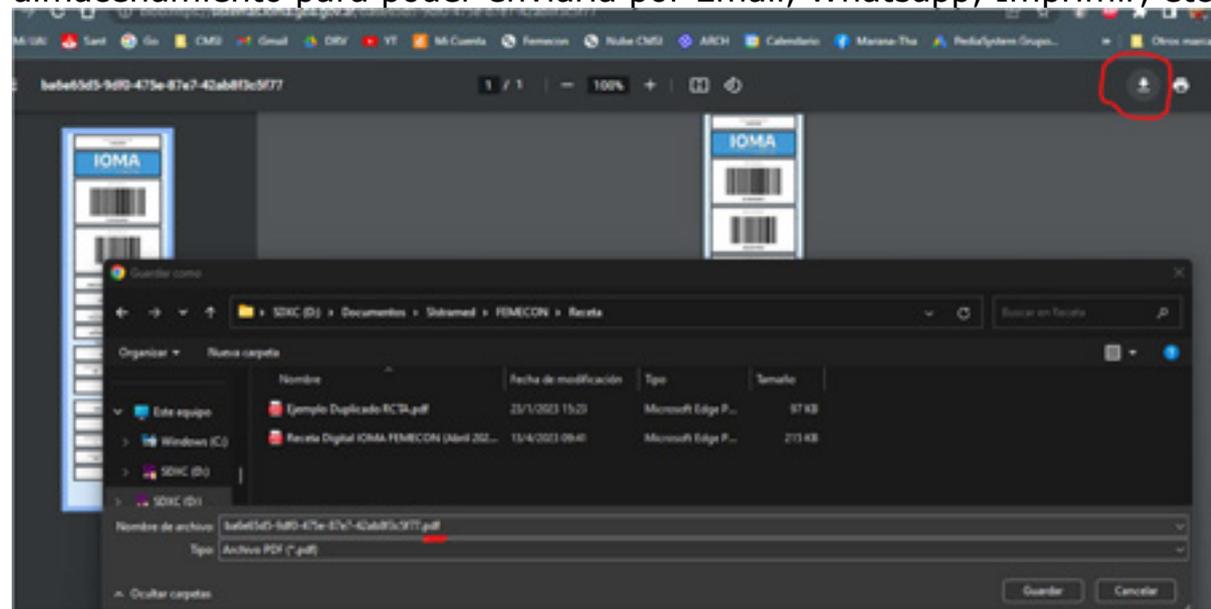


Al leer el instructivo, las dos primeras hojas no deberá tenerlas en cuenta, porque no aplica para el caso de FEMECON ya que el ingreso lo realiza directamente desde la aplicación TECNOTOUCH de FEMECON.

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.

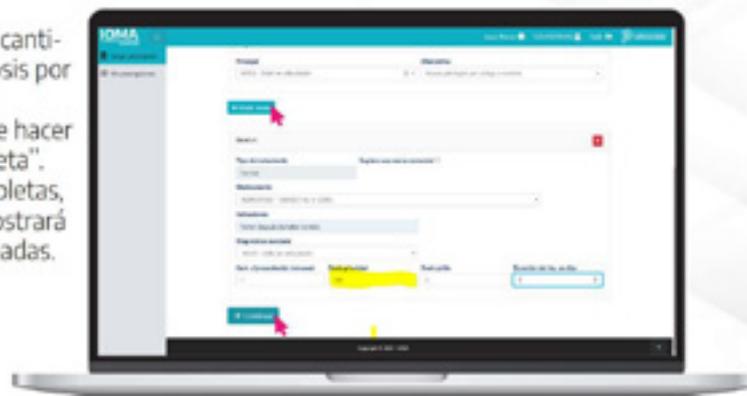
Para el caso de emplear una PC con Microsoft Windows, una vez que Ud. haya seleccionado Imprimir, mostrará la vista previa en PDF. Presionando click en el ícono de descarga en el margen superior derecho (señalado en el círculo rojo a continuación), Ud. podrá guardarla en la unidad de almacenamiento para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

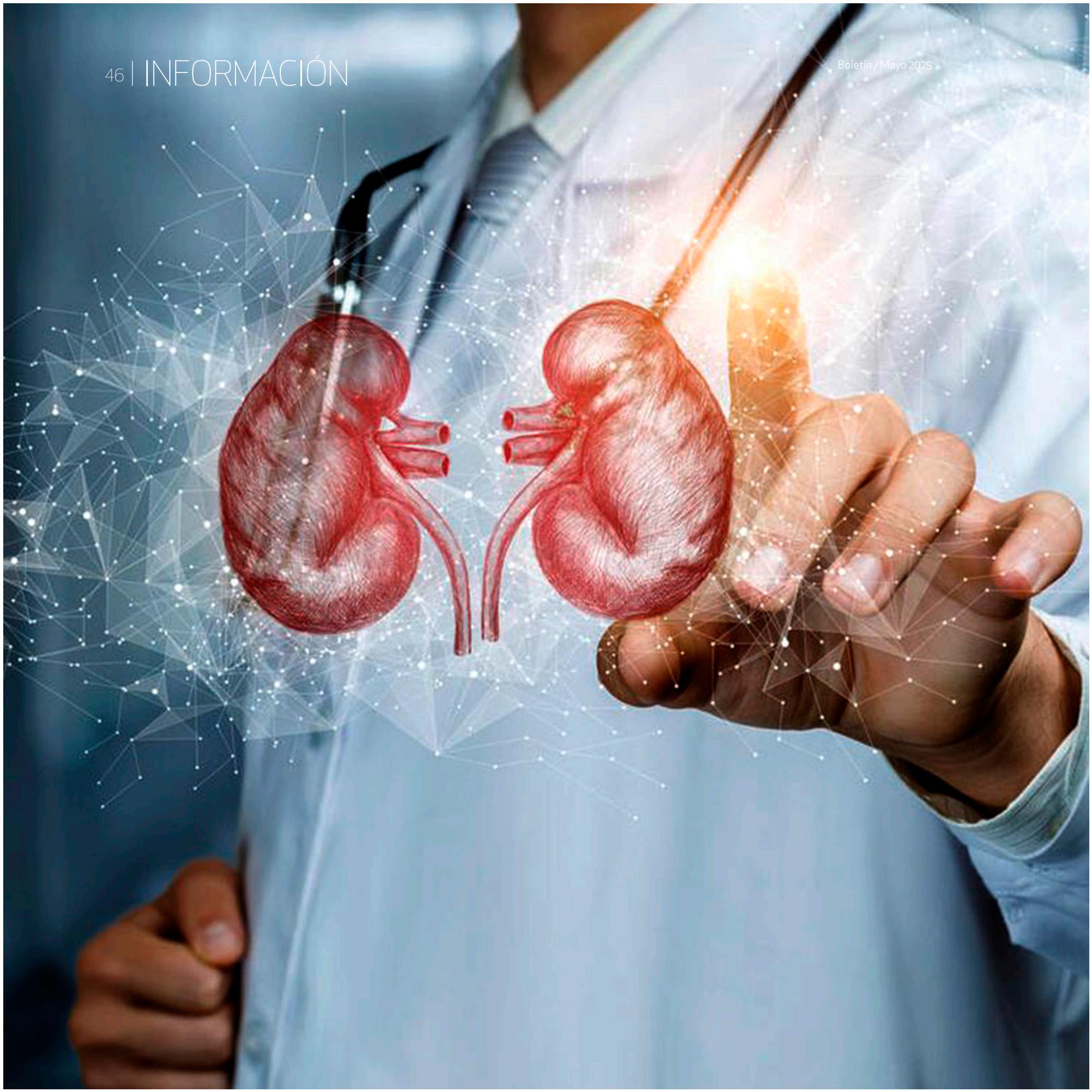


Cuando en la receta se indica un psicotrópico, el sistema automáticamente genera el duplicado correspondiente, emite dos recetas similares una de las cuales lleva la leyenda **"DUPLICADO"**

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.





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

INDICACIONES Y GUÍA PRÁCTICA

DIÁLISIS EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

MÁS DE 3,5 MILLONES DE PERSONAS EN TODO EL MUNDO RECIBEN HEMODIÁLISIS DE MANTENIMIENTO O DIÁLISIS PERITONEAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. ¿CÓMO MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA?

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal es definida por una tasa de filtrado glomerular (TFG) <15 ml/min/1,73 m². Puede tratarse con trasplante de riñón, hemodiálisis, diálisis peritoneal o cuidados de apoyo.

En EE. UU., los pacientes que reciben diálisis de mantenimiento por insuficiencia renal crónica (IRC) tienen una tasa de mortalidad elevada, con una supervivencia a los 5 años <50 %, a partir del inicio de la diálisis. Las principales causas de muerte son las complicaciones cardiovasculares; el 40% de las muertes se atribuyen a arritmia o paro cardíaco.

COMPLICACIONES SISTÉMICAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEPENDIENTE DE DIÁLISIS

La IRC dependiente de diálisis tiene múltiples complicaciones sistémicas, entre ellas, anemia, anomalías del metabolismo mineral e hipertensión arterial. La anemia es causada por una disminución de la producción de eritropoyetina, un trastorno de la homeostasis del hierro y una disfunción de la coagulación.

Las alteraciones del metabolismo mineral, incluida la disminución de la producción activa de vitamina D, la hiperfosfatemia

y la hipocalcemia, contribuyen al hiperparatiroidismo secundario y a la osteodistrofia renal, definida como alteraciones en la morfología ósea asociada con la enfermedad renal crónica (ERC).

La hipertensión es el resultado de una mayor sensibilidad a la sal y expansión de volumen, mayor actividad de los sistemas renina-angiotensina-aldosterona y nervioso simpático, mayor rigidez arterial y disfunción de las células endoteliales.

La hipertensión, la inflamación y los niveles alterados de 1,25-dihidroxivitamina D, hormona paratiroidea (PTH) y toxinas urémicas contribuyen a las complicaciones cardiovasculares, como calcificación vascular arterial, insuficiencia cardíaca, arritmias y muerte cardíaca súbita.

Los cambios en la inmunidad innata y adaptativa en pacientes con IRC se asocian con un mayor riesgo de infección.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La IRC se presenta típicamente con signos y síntomas de uremia:

- Náuseas (33 %-46 %).
- Anorexia (48 %-56 %).
- Sabor metálico (25 %-27 %).
- Dificultad para respirar (11 %-55 %).
- Fatiga (60 %-97 %).
- Prurito (41 %-54 %).
- Deterioro cognitivo (70 %).
- Raramente, convulsiones y coma.
- Depresión (23 %-28 %) y ansiedad (12 %-52 %) son comunes.

La semiología muestra signos de sobrecarga de líquidos (edema periférico e hipertensión), frote pericárdico, fuerza muscular reducida, asterixis o xerosis.

CUÁNDO INICIAR LA DIÁLISIS

No existe un umbral específico de TFG estimada (TFGe) u otro valor de laboratorio en el cual basarse para iniciar la diálisis.

La hiperpotasemia grave o la acidosis metabólica pueden provocar arritmias potencialmente mortales y, si son refractarias al tratamiento médico (es decir, quelante de potasio oral y suplementos de bicarbonato), pueden requerir diálisis. Los signos y síntomas urémicos y las evoluciones de laboratorio (tasa de disminución de la TFGe) suelen orientar la toma de decisiones sobre el inicio de la diálisis.

Los puntajes calculados, como el Kidney Failure Risk Equation (Ecuación de Riesgo de la Insuficiencia Renal de 4 variables (KFRE, que incluye edad, sexo, TFGe y relación albúmina/creatinina urinaria) pueden ayudar a la toma de decisiones. El KFRE está asociado con la probabilidad de insuficiencia renal tratada (diálisis o trasplante) entre 2 y 5 años y demostró una excelente discriminación a los 2 años del desarrollo de insuficiencia renal entre 721 357 personas con estadios 3-5 de IRC.

HEMODIÁLISIS

Con la hemodiálisis, los gradientes de concentración provocan la difusión de solutos de la sangre al dializado. La ultrafiltración, definida como la eliminación de líquidos, se puede realizar simultáneamente o por separado de la hemodiálisis.

La hemodiafiltración es una forma de hemodiálisis que utiliza la depuración difusiva y convectiva (es decir, arrastre de solutos inducido por gradiente de presión), eliminando más solutos de peso molecular medio, como la β_2 -microglobulina, que la hemodiálisis estándar.

La hemodiálisis estándar se puede realizar en una clínica de diálisis o en el hogar. Cuando se realiza en una clínica, normalmente es 3 veces/semana durante aproximadamente 4 horas por tratamiento.

En algunas clínicas se pueden realizar tratamientos más breves, más frecuentes o más prolongados durante la noche. En EE. UU., en la mayoría de los casos, la hemodiálisis domiciliaria consiste en tratamientos diarios breves (aproximadamente 2 a 3 horas, de 4 a 6 días/semana).

La mayoría de las máquinas de hemodiálisis domiciliaria se pueden transportar, lo que permite realizar la terapia durante los viajes. Los pacientes que utilizan hemodiálisis domiciliaria suelen tener acompañantes en su casa que ayudan con el tratamiento, pero esto no es obligatorio.

Ningún ensayo aleatorizado controlado de gran tamaño ha demostrado diferencias de supervivencia entre la hemodiálisis en el hogar y en una institución. Ensayos de pequeño tamaño

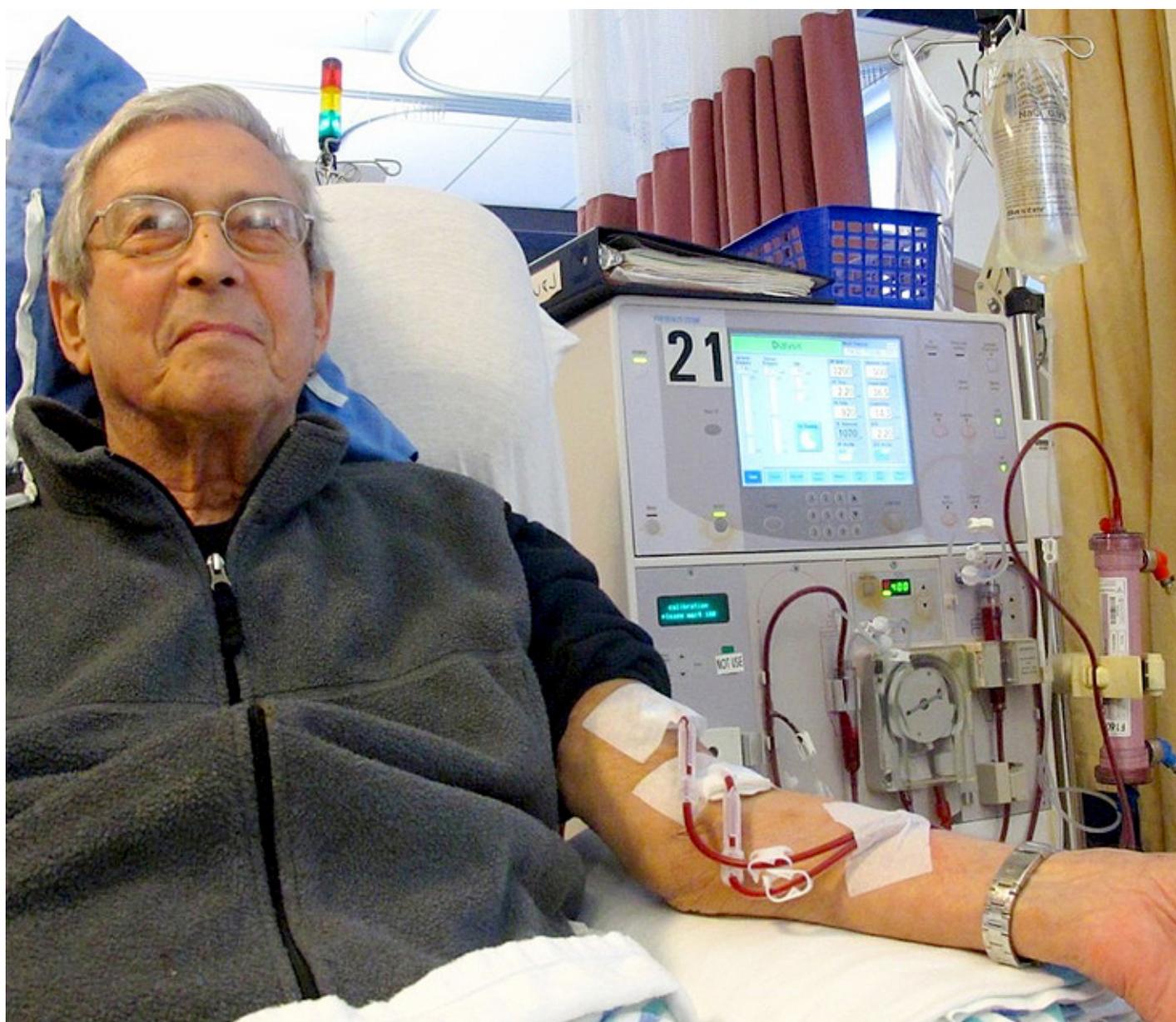
han informado que la hemodiálisis más intensiva, definida como tratamientos más frecuentes o más prolongados, reducen la presión arterial sistólica (PAS) y la hipertrofia ventricular izquierda, en comparación con los tratamientos menos frecuentes o más cortos.

DIÁLISIS PERITONEAL

Con la diálisis peritoneal, normalmente se instila una solución de diálisis a base de glucosa en el abdomen. Los pacientes rea-

lizan la diálisis peritoneal en casa a través de intercambios automatizados por máquina o intercambios manuales, que para instilar y drenar el líquido utilizan la gravedad en lugar de una máquina.

La diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC) consiste en 4 a 6 intercambios manuales por día, mientras que la diálisis peritoneal automatizada (DPA) utiliza una máquina (cicladora) para instilar y drenar el líquido, a menudo por la noche. La DPAC es más rentable.



SELECCIÓN DE LA MODALIDAD

Según 17 estudios observacionales (113 578 pacientes), no se ha demostrado una clara diferencia de supervivencia entre iniciar hemodiálisis y diálisis peritoneal. Algunos pacientes pueden hacer la transición entre hemodiálisis y diálisis peritoneal debido a preferencias o cambios en el estado clínico.

Para los pacientes considerados elegibles, la diálisis puede ser temporal y sirve como puente hacia el trasplante renal. La educación del paciente y la toma de decisiones compartida entre médicos, pacientes y cuidadores es importante a la hora de seleccionar la modalidad y el tipo de diálisis.

La diálisis domiciliaria permite tiempos de tratamiento más flexibles y no implica viajar a una clínica, pero requiere equipos y suministros en el hogar. La hemodiálisis en el centro requiere viajar a una clínica de diálisis varias veces por semana en un horario de tratamiento asignado, pero se realiza en un entorno monitoreado.

Las políticas regionales son relevantes para la selección de la modalidad. En Hong Kong recomiendan primero hacer diálisis peritoneal, con más del 70 % de aceptación de diálisis peritoneal. En contraste, en EE. UU., solo el 14 % de los pacientes que iniciaron diálisis en 2021 recibieron terapia domiciliaria.

ACCESO A DIÁLISIS

El acceso al torrente sanguíneo para proceder a la hemodiálisis se obtiene mediante una fístula arteriovenosa (AV), un injerto AV o un catéter venoso central tunelizado. La fístula AV conecta directamente una vena y una arteria. El injerto AV conecta una vena y una arteria a través de material de injerto (sintético o biológico).

La mayoría de los accesos AV se hacen en el brazo. Si los vasos no son adecuados allí, se pueden considerar los injertos de pierna y tórax.

Las fístulas AV tardan entre 8 y 12 semanas en madurar y >40 % requieren procedimientos adicionales antes de su uso. Los catéteres venosos centrales para hemodiálisis tienen doble lumen y, por lo general, se colocan en la vena yugular interna.

En una revisión sistemática de 62 estudios (586 337 pacientes), los catéteres venosos centrales tunelizados se asociaron con mayor riesgo de infección, hospitalización y mortalidad frente a los accesos AV.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

En los pacientes que reciben hemodiálisis, son comunes las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter (1,1-5,5 episodios/1000 días de catéter). El tratamiento inicial ante la sospecha de bacteriemia requiere la recolección de hemocultivos y abordaje empírico con antibióticos intravenosos para grampositivos y gramnegativos, como vancomicina o cef-tazidima. El intercambio de catéter, generalmente sobre una guía, después de un episodio de bacteriemia, puede ayudar a prevenir la recurrencia.

Las medidas preventivas incluyen las prácticas de control de infecciones, como el uso de máscara y guantes estériles durante los cambios de apósitos, y el cuidado del sitio de salida, dispositivos de conexión de catéter recubiertos con antiséptico, soluciones antibióticas para bloquear el catéter y evitar ducharse y nadar.

En los pacientes que reciben diálisis peritoneal, es frecuente la peritonitis (0,30 episodios/pacientes año en todo el mundo).

La presencia de al menos 2 de las siguientes condiciones indica peritonitis:

- 1) dolor abdominal o efluente turbio;
- 2) recuento de glóbulos blancos en el efluente >100/ml o >50 % de linfocitos polimorfonucleares,
- 3) cultivo de efluente positivo.

El tratamiento (empírico) incluye antibióticos intraperitoneales (cobertura grampositiva y gramnegativa) modificados según los resultados del cultivo. Los organismos más comunes son estreptococos y estafilococos y *Escherichia coli*.

COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS DE LA DIÁLISIS

Las complicaciones no infecciosas de la hemodiálisis comunes incluyen calambres musculares (53 %) y cefalea (30 %). La hemorragia (14-91/millón de tratamientos) puede ocurrir durante la diálisis, debido al desprendimiento de la aguja, la conexión incorrecta del catéter, la ruptura del acceso AV o la extracción inadvertida del catéter. Las reacciones alérgicas durante la hemodiálisis son poco frecuentes (21-170/millón de tratamientos).

Las complicaciones de la hemodiálisis relacionadas con el volumen son comunes. En un metanálisis de 8 estudios y 14 883 pacientes, la hipotensión durante la diálisis, definida como



una disminución de la PAS <90 mmHg, ocurrió en el 4 % al 17 % de los tratamientos.

Con la diálisis peritoneal, la inestabilidad hemodinámica es poco común, pero el 80 % de los pacientes tienen hipertensión arterial. La prescripción de dietas bajas en sodio y los diuréticos, la personalización del tiempo que la solución de diálisis permanece en el abdomen y el uso de soluciones de diálisis peritoneal basadas en glucosa con mayor tonicidad o icodextrina, un polímero de glucosa de reabsorción lenta, pueden mejorar la ultrafiltración.

Aproximadamente, el 10 % de los pacientes experimentan complicaciones del flujo del catéter peritoneal (migración o torceduras) y alrededor del 6 % desarrolla fugas del catéter.

TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES ASOCIADAS CON INSUFICIENCIA RENAL DEPENDIENTE DE DIÁLISIS

> Anemia

Las pautas de la KDIGO recomiendan iniciar una terapia con hierro intravenoso o, si la hemoglobina es <10 g/dl, un agente estimulante de la eritropoyetina. Si la saturación de transferrina (SAT) es <20 % o 30 %, iniciar una terapia con hierro intravenoso.

Los inhibidores del dominio del factor inducible por hipoxia-proliferación (HIF-PHI), como el daprodustat, son terapias para la anemia más nuevas pero costosas, que pueden ser utilizadas en pacientes que no responden a la eritropoyetina.

> Trastornos minerales y óseos

El riesgo de fractura de cadera en pacientes dializados es aproximadamente 6 veces mayor que en la población general. Un metaanálisis (26 estudios observacionales) de pacientes con insuficiencia renal dependiente de diálisis informó una tasa de mortalidad a los 5 años del 56 % después de una fractura de cadera y una tasa de mortalidad a los 5 años del 48,3 % después de una fractura de columna.

Las estrategias dietéticas y farmacológicas para regular el fósforo, el calcio, la vitamina D y la hormona paratiroidea intacta (iPTH) son componentes importantes del tratamiento. La reducción del fósforo en la dieta implica restringir la in-

gesta de productos lácteos; conservantes a base de fósforo, como el ácido fosfórico; y las bebidas que contienen fósforo, como las colas.

Las pautas KDIGO sugieren que la iPTH medida cada 3 meses no debe superar más de 2 a 9 veces el límite superior de lo normal para reducir el riesgo de fractura, pero calificaron la calidad de la evidencia como baja. Los análogos de la vitamina D (calcitriol) y los calcimiméticos (cinacalcet) se titulan según los niveles de fósforo, calcio e iPTH.

Las pautas KDIGO también recomiendan hacer una densitometría mineral ósea para evaluar el riesgo de fractura.

> Hipertensión arterial

La hipertensión afecta del 59 % al 83 % de los pacientes que reciben hemodiálisis. La Sociedad Internacional de Hipertensión recomienda un objetivo de PAS <130 mmHg para las personas <65 años y <140 mmHg para las personas ≥65 años.

La reducción de la PA reduce la mortalidad cardiovascular.

El tratamiento de primera línea de la hipertensión arterial para pacientes sometidos a diálisis es la restricción de sal en la dieta, el uso de una concentración de sodio más baja en el dializado y ultrafiltración. Sin embargo, a menudo se necesitan medicamentos antihipertensivos.

Los β bloqueantes y los bloqueantes del sistema renina-angiotensina son típicamente los medicamentos de primera y segunda línea, respectivamente. Los bloqueantes de los canales de calcio pueden ser utilizados como agentes antihipertensivos de tercera línea. Los antagonistas de la aldosterona, como la espironolactona o la eplerenona, pueden estar asociados con menor mortalidad en pacientes con IRC dependiente de diálisis.

El momento de la medicación durante la hemodiálisis es importante porque algunos antihipertensivos se eliminan con la diálisis (metoprolol y lisinopril administrados antes del tratamiento de hemodiálisis). Por otra parte, los medicamentos que reducen demasiado la PA pueden disminuir la capacidad de la ultrafiltración.

PREVENCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES

En pacientes con insuficiencia renal dependiente de diálisis, las guías recomiendan dejar de fumar y controlar la diabetes y

la hipertensión para reducir el riesgo cardiovascular. Las estatinas y los desfibriladores cardioversores implantables (DAI) no son estrategias de prevención primaria de eventos cardiovasculares efectivas para pacientes que reciben diálisis.

No se recomienda iniciar tratamiento con estatinas para la prevención primaria de los eventos cardiovasculares en pacientes con insuficiencia renal dependiente de diálisis, independientemente del nivel de colesterol. Para los pacientes a los que ya se les recetaron estatinas, las recomendaciones generales sugieren no suspenderles.

SÍNTOMAS COMUNES EN PERSONAS QUE RECIBEN DIÁLISIS

Los pacientes que dependen de la diálisis experimentan múltiples síntomas:

Prurito (51 %).

Alteración de la concentración (51 %).

Calambres musculares (53 %).

Insomnio (57%).

Fatiga (70 %).

Estado de ánimo deprimido (40 %).

Las terapias de primera línea para el prurito incluyen emolientes sin fragancia (humectantes) con alto contenido de agua; antihistamínicos orales, como loratadina; y analgésicos tópicos, como mentol, alcanfor o fenol. La difelikefalina, un agonista opioide selectivo, es un medicamento más nuevo y costoso.

Un ensayo clínico aleatorizado con 160 pacientes que recibían hemodiálisis y que tenían fatiga, dolor o depresión, demostró que un enfoque escalonado e individualizado que utilizó terapia cognitiva conductual a través de telesalud o farmacoterapia relevante, como antidepresivos, redujo poco la fatiga. Otro ensayo similar con 120 pacientes que tenían depresión informó que aquellos asignados aleatoriamente a la sertralina, iniciada en dosis de 25 mg/día y titulada a 200 mg/día según la tolerancia, tuvieron puntajes más bajos de depresión.

PRONÓSTICO

La mortalidad de los pacientes que reciben hemodiálisis es

más elevada durante los 6 meses posteriores al inicio de la diálisis. En un estudio de 86 886 pacientes que recibieron hemodiálisis con una mediana de seguimiento de 1,2 años, se produjeron 1939 muertes en los primeros 120 días y 12 669 muertes después de 365 días de la terapia.

En EE. UU., las causas más comunes de muerte son las relacionadas con las enfermedades cardiovasculares (52,2 %), las infecciones (18,1 %) y la interrupción de la diálisis (16,1 %).

Las tasas de mortalidad entre los pacientes que reciben diálisis peritoneal y hemodiálisis son similares durante 3 a 5 años. Las principales causas de muerte entre los pacientes que reciben diálisis peritoneal son las complicaciones cardiovasculares (53 %), la interrupción de la diálisis (18 %) y las infecciones (10 %).

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Los médicos pueden ayudar a preservar la función renal residual (definida como >250-500 ml de orina/día), evitando los agentes nefrotóxicos, como los antiinflamatorios no esteroideos y los medios de contraste yodados intravenosos.

En los pacientes dializados es importante disminuir la dosis de medicamentos como gabapentina, antimicrobianos (quinolonas, cefalosporinas, sulfametoxazol/trimetoprima), benzodiazepinas, relajantes musculares (baclofeno) y medicamentos para la diabetes (insulina, sulfonilureas), con el fin de disminuir el daño que provocan. Aunque los opiáceos no se recomiendan de manera rutinaria, su administración limitada en el tiempo puede ser apropiada para el alivio del dolor intenso.

En los pacientes con insuficiencia renal dependiente de diálisis, en lugar de la morfina y la codeína, se prefieren la hidromorfona y el fentanilo (en las dosis efectivas más bajas), debido a los efectos adversos asociados con la acumulación de sus metabolitos activos.

Se recomienda una restricción de sal en la dieta de menos de 2,3 g/día y restricciones de líquidos de 1 a 1,5 litros/día para la mayoría de los pacientes en diálisis, pero los umbrales deben personalizarse en función del grado de función renal residual y del aumento de peso entre las sesiones de diálisis. Cuando los pacientes que reciben hemodiálisis presentan niveles de potasio sérico prediálisis >6 mEq/l, se recomienda restringir el potasio en la dieta, generalmente a <3 g/día.

Los pacientes que reciben diálisis peritoneal generalmente no requieren restricción de potasio en la dieta y muchos nece-



sitan suplementos de potasio. La ingesta diaria de proteínas recomendada para las personas que reciben diálisis es de 1,0 a 1,2 g/kg/día. Además de las vacunas de rutina recomendadas para la población general, los pacientes sometidos a diálisis deben recibir las vacunas contra el virus de la hepatitis B, neumococo y COVID-19, y los >60 años deben recibir la vacuna contra el virus respiratorio sincitial.

CONCLUSIONES

En 2021, más de 540 000 pacientes en EE. UU. recibieron he-

modiálisis de mantenimiento o diálisis peritoneal para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica. La supervivencia a los 5 años después del inicio de la diálisis de mantenimiento es de aproximadamente 40 %. La tasa de mortalidad es similar con el uso de hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Las decisiones sobre el momento y la modalidad de inicio de la diálisis están influenciadas por los síntomas del paciente, la tasa de filtrado glomerular estimada, las trayectorias de laboratorio y el costo y la disponibilidad de la diálisis, y deben implicar un proceso de toma de decisiones compartido.



**REALISMO
MAGIÇO,
LA NIÑA**

GEFE 5248 1JUL2024

Caminaba por la plaza, el sol se expresaba en el brillo lánguido de las hojas de palmera en danza pendular.

La frondosa va para las sombras de la arboleda notaban mi intención esquiva en pos de espacios cálidos y luminosos.

Tanta gente generando endorfinas, ponían en mi cara una sonrisa y en mi alma la convicción de estar haciendo lo correcto.

En la octava vuelta, justo frente al tobogán naranja, la alarma me indicó que la hora de mi cita estaba pronta.

Sin demasiadas expectativas, saque del bolsillo los datos del contacto y allí fui... lamentando dejar el verde atrás.

La vieja puerta sin timbre me insto a golpear repetidas veces, al son del eco de los tambores que venía desde adentro... Nadie me escuchaba, abrí despacio al tiempo que un denso aire blanquecino me hizo ver las desdibujadas figuras sentadas al piso con sus plumas rojas y sus brazos fuertes.

Taller Literario

A pesar de ser la primera vez que participaba. ...me sentí reconocida y bienvenida... me senté despacio... inmersa en el raro clima de energía que rodeaba la escena.

La ceremonia de invocación previa al sacrificio estaba culminando... no se veía instrumento de percusión alguno aunque los sones tronaban en la estancia... a la distancia y desde la oscuridad se fue perfilando entre destellos áureos, la imagen del cacique... que rengueando se acercaba con un pequeño entre sus brazos... hasta la pira central.

Mis sienes comenzaron a latir al compás de los gritos de éxtasis que los indios proferían mientras convulsionaban en el cenit de la sesión... y un alocado vértigo de imágenes se recreaban en mi mente, no quería creer ...me resistía ante la innegable, entrañable Visión desarticulada ...de mi padre... Quemando viva a la niña que fui...

NECESITO QUE RESPONDAS

*Desde mi negra soledad
Hundido en el silencio
Con máscara de olvido
¡Necesito que respondas!
Estoy en el país de la ojarasca
En una burbuja de invierno
De sonidos mudos
De pájaros muertos
Bien muertos
¡Necesito que respondas!
Tu ausencia de risas
Tu caricia perdida
Con el rumor de un molino
De río seco
¡Necesito que respondas!
El milagro de tu voz
El grito en mi sueño
La lluvia de acero
Me cierran el camino
¡Necesito que respondas!
Estoy exiliado en un territorio extraño
No existe la alquimia de los días
Ni el recuerdo de tus gemidos*

ARPEGIOS DEL AMOR

EDUARDO AUSEL. CAEP

*Ellos en su laberinto, el que les fuera asignado.
Transitaban un sendero umbroso,
cargados de heridas y temores.
Vivían amarrados a un pasado que los oprimía.*

*En el mediodía de sus vidas,
el sol del verano entibió sentimientos.
Su luz apaciguó temores, inesperadamente
resplandeció un rayo en el cielo azul.
Crepitaron ramas, retumbó en el valle
y el bosque se pobló de esperanzas.*

*Un susurro, una caricia, un tímido verso
enlazó sus cinturas.
Comenzó la danza milenaria
que atrapa al hombre en los arpegios del amor.
Mermaron las sombras y el silencio en los labios cesó.
La palabra alumbró el camino,
Desdibujó el laberinto definitivamente.*

**Taller
Literario**