# BOLETÍN

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

**FEBRERO 2025**

# UN CAMBIO DE ÉPOCA

**SEGÚN UN NUEVO ESTUDIO, CADA VEZ SON MÁS LOS JÓVENES Y ADULTOS JÓVENES QUE TIENEN CÁNCER. ADEMÁS LA ENFERMEDAD CRECIÓ EN LAS MUJERES Y LOS CIENTÍFICOS ALERTAN POR LOS POCOS CONTROLES PREVENTIVOS.**

# QUIÉNES SOMOS

## 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 FEBRERO 2025

Desde nuestro Círculo Médico de Matanza comenzamos el año 2025 continuando con la idea de seguir jerarquizando a nuestro prepago SAMI OSMECON, por lo cual nuestros médicos recibirán un incremento del 10% en consultas y prácticas médicas a partir del 01/02/2025 y se considerarán los honorarios que recibirán los licenciados.

Todo este esfuerzo es parte de la premisa que tiene esta dirigencia en valorizar la actividad que realizan nuestros médicos en sus consultorios.

A través de FE.ME.CON continuamos en tratativas para un incremento en las diferentes obras sociales con las que tenemos convenio.

A partir de enero 2025, los afiliados a IOMA abonan a los profesionales un co-seguro de $3.500.- en las tres categorías.

***Mesa Directiva***

SAMI
OSMECON
LA MATANZA

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

Queremos recordarles que continuando con la recomposición en los valores de los Honorarios Médicos, la Comisión Directiva del Círculo Médico de Matanza ha decidido que con vigencia 01/02/2025 el valor de las consultas médicas y las prácticas médicas, tendrán un **aumento del 10%**, tanto para MEDICOS SOCIOS y NO SOCIOS y los mismos se cobran a los 30 días.
Además los Licenciados también recibirán un incremento en sus honorarios.

**COMISIÓN DIRECTIVA**

SAMI
OSMECON
LA MATANZA

# ¡ATENCIÓN!

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

# ALTAS, BAJAS Y MODIFICACIONES

**ALTA DE PRESTADOR**

ESPECIALIDAD:
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
**DRA. CEVALLOS MORILLO, KARINA DE LOS ANGELES**
CONSULTORIO:
AV. MOSCONI 1612
LOMAS DEL MIRADOR
**TEL. 4616-8800**
BOLIVAR 511
MERLO
**TEL. 11-5068-9100**

ESPECIALIDAD:
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
**DR. GUEVARA, JORGE**
CONSULTORIO:
AV. RIVADAVIA 15.577
HAEDO
**TEL. 0800-3451407**

ESPECIALIDAD:
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
**DR. STAMBUL, ANTAR**
CONSULTORIO:
BERMUDEZ 2895
VILLA LUZURIAGA
**TEL. 7078-3838**

**BAJA DE PRESTADOR**

ESPECIALIDAD:
ANATOMIA PATOLÓGICA
**DRA. COZZA, SILVIA LILIANA**
CONSULTORIO:
ENTRE RIOS 2942 4°C
SAN JUSTO
**TEL. 4441-0521**

ESPECIALIDAD:
GINECOLOGÍA / ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA
**DR. GRICHENER, MATIAS ADOLFO**
CONSULTORIO:
ROSALES 58
RAMOS MEJIA
**TEL. 4654-1027**

**ALTA DE CONSULTORIO**

ESPECIALIDAD:
GINECOLOGÍA / OBSTETRICIA
**DRA. LEANZA, SILVINA LORENA**
CONSULTORIO:
BME. MITRE 344P.1° DTO. B
RAMOS MEJIA
**TEL. 11-3018-5143**

**BAJA DE CONSULTORIO**

ESPECIALIDAD:
GINECOLOGÍA / MEDICINA GRAL. Y/O FAMILIAR
**DRA. BRODSKY, NORA SILVIA**
CONSULTORIO:
SOLIER 454
VILLA SARMIENTO
**TEL. 2128-9145**

ESPECIALIDAD:
GINECOLOGÍA / OBSTETRICIA
**DRA. LEANZA, SILVINA LORENA**
CONSULTORIO:
AV. RIVADAVIA 13.876
P.12° DTO. H
RAMOS MEJIA
**TEL. 11-3018-5143**

# EL CÁNCER SE ADELANTA...

# EL CÁNCER SE ADELANTA...

## UN NUEVO INFORME REVELÓ UN ALARMANTE CRECIMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD EN JÓVENES Y ADULTOS JÓVENES. LOS CIENTÍFICOS ADVIERTEN POR LA FALTA DE CONTROLES, SOBRE TODO EN LAS MUJERES.

Si bien durante muchos años se asoció al cáncer con una enfermedad vinculada a la vejez, nuevos estudios encienden las alarmas entre los más jóvenes. Un nuevo informe presentado por la Sociedad Americana del Cáncer indicó que cada vez son más las personas que padecen esta enfermedad a mediana edad. Además destacaron el crecimiento del cáncer en las mujeres. El dato positivo del informe es que si bien hay un crecimiento de esta patología, las posibilidades de cura o de una vida mejor durante el proceso también se incrementaron.

Esta nueva tendencia representa un **cambio marcado** para una enfermedad que durante mucho tiempo se ha considerado propia de la vejez, y que solía afectar mucho más a los hombres que a las mujeres.

**Los cambios reflejan descensos en los cánceres relacionados con el tabaquismo y el cáncer de próstata** entre hombres mayores, y un desconcertante aumento de cáncer en las personas nacidas a partir de los años 1950. El cáncer es la **segunda causa de muerte en Estados Unidos,** pero la primera entre los estadounidenses menores de 85 años. El nuevo informe prevé que este año se producirán unos 2.041.910 nuevos casos y que 618.120 estadounidenses morirán de esta enfermedad.

**Seis de los 10 cánceres más frecuentes van en aumento, entre ellos el de mama y el de útero.** También están incrementando los cánceres colorrectales entre personas menores de 65 años, así como el cáncer de próstata, el melanoma y el cáncer de páncreas.

"Estas tendencias desfavorables se inclinan hacia las mujeres", aseguró Rebecca Seigel, epidemióloga de la Sociedad Americana contra el Cáncer y primera autora del informe."De todos los cánceres que están aumentando, algunos aumentan en los hombres, pero está desequilibrado: la mayor parte de este incremento se está produciendo en las mujeres", agregó. Las mujeres también están siendo diagnosticadas a edades más tempranas. Las tasas de cáncer están aumentando entre mujeres menores de 50 años (el llamado cáncer de aparición temprana), así como entre mujeres de 50 a 64 años.

A pesar del aumento de algunos cánceres de aparición temprana, como el colorrectal y el testicular, "las tasas generales se mantienen estables en los hombres menores de 50 años y disminuyen en los de 50 a 64 años", dijo Seigel.

El informe describe otras tendencias preocupantes. Una de ellas es **el aumento de nuevos casos de cáncer de cuello uterino** -enfermedad que generalmente se considera prevenible en Estados Unidos- entre mujeres de 30 a 44 años.

La incidencia del cáncer de cuello uterino ha caído en picada desde mediados de la década de 1970, cuando la prueba de **Papanicolaou** para detectar cambios precancerosos se hizo más accesible. Pero encuestas recientes han revelado que muchas mujeres posponen las visitas al ginecólogo. Nuevamente aparece en ese informe la importancia de la prevención y los controles para detectar a tiempo la enfermedad y tener más chances de derrotarla.

Una encuesta de Harris Poll realizada el año pasado a más de 1100 mujeres estadounidenses reveló que el 72 por ciento dijo haber pospuesto una visita a su médico que habría incluido una prueba de detección; la mitad dijo no saber con qué frecuencia debía someterse a una prueba de detección del cáncer de cuello uterino.

(La recomendación actual es un poco complicada: haz una prueba de Papanicolaou cada tres años a partir de los 21 años, o una prueba de Papanicolaou combinada con una prueba del virus del papiloma humano, que puede causar cáncer de cuello uterino, cada cinco años).

Otra tendencia preocupante comenzó en **2021**, cuando, por primera vez, **la incidencia del cáncer de pulmón en mujeres menores de 65 años superó la incidencia en hombres**: 15,7 casos por cada 100.000 mujeres menores de 65 años, frente a 15,4 por cada 100.000 en hombres.

El cáncer de pulmón ha disminuido en la última década, pero lo ha hecho más rápidamente en los hombres. Las mujeres empezaron a fumar más tarde que los hombres y tardaron más en dejarlo.

Las tasas de cáncer de mama también llevan muchos años subiendo poco a poco, alrededor de uno por ciento al año entre 2012 y 2021. El aumento más marcado se ha observado en las mujeres menores de 50 años, y se han producido aumentos pronunciados entre las mujeres hispanoamericanas, asiáticoamericanas y de las islas del Pacífico.

También están aumentando las tasas de mortalidad por cáncer de hígado entre las mujeres, y por cánceres de la cavidad oral en ambos sexos. La incidencia del cáncer de páncreas lleva décadas aumentando tanto en hombres como en mujeres. Actualmente es la tercera causa de muerte por cáncer. Como en muchos otros cánceres, se cree que la obesidad contribuye a ello.

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) |

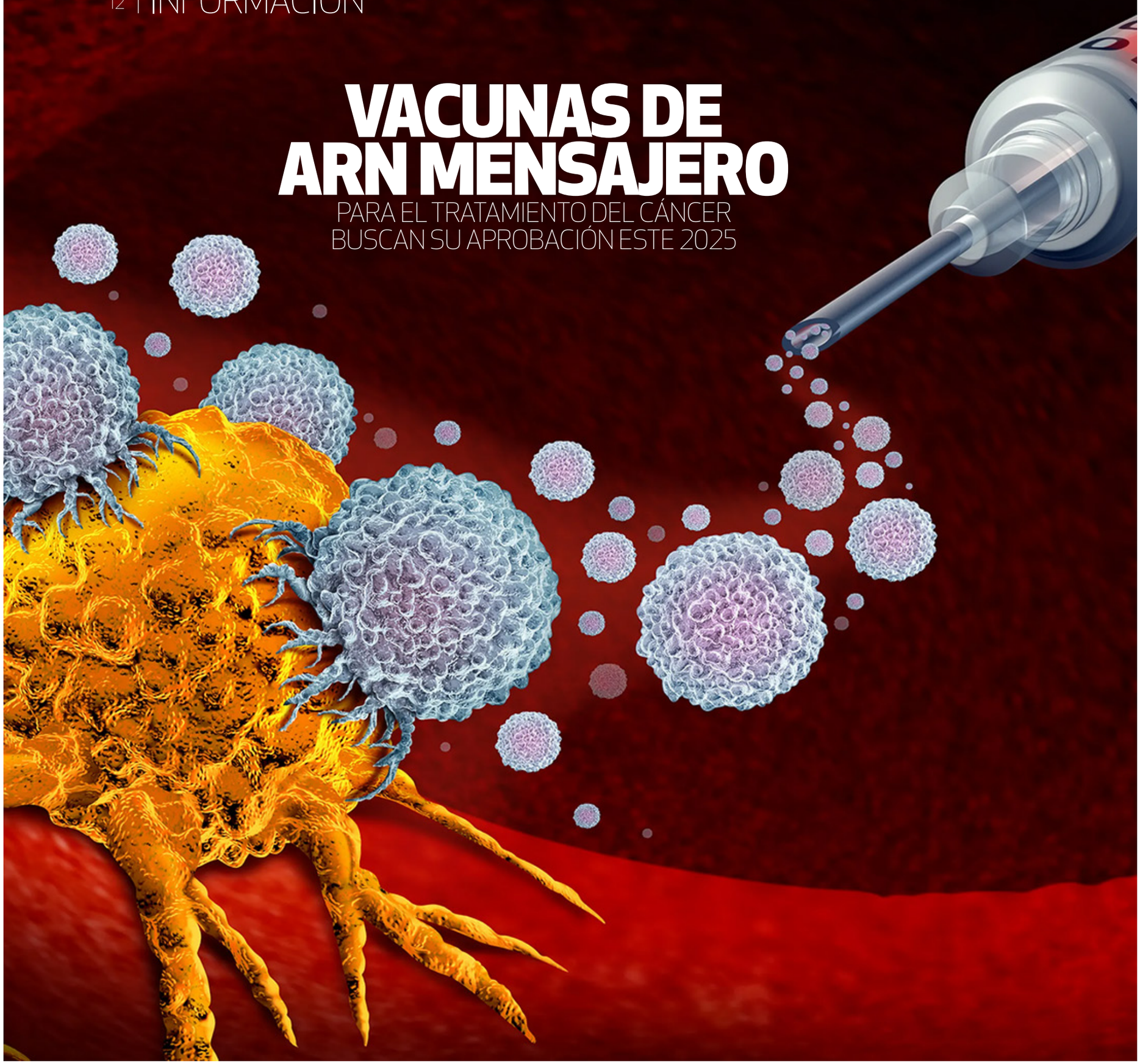
Asimismo los Subsidios mensuales:

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

(Nuevos valores desde 7/2024)

# VACUNAS DE ARN MENSAJERO

## PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER BUSCAN SU APROBACIÓN ESTE 2025



*WWW.CONSENSOSALUD.COM.AR/*

# VACUNAS DE ARN MENSAJERO

## PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER BUSCAN SU APROBACIÓN ESTE 2025

LA PRIMERA VACUNA DE ARN MENSAJERO (ARNM), QUE YA HA PROBADO SU EFICACIA EN PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO, BUSCA LA LUZ VERDE EN ESTADOS UNIDOS.

El nuevo año que acaba de comenzar puede marcar un hito en la investigación médica.

Especialmente en el desarrollo de tratamientos innovadores contra una de las principales causas de muertes en todo el mundo: el cáncer. Ahora, la primera vacuna de ARN mensajero (ARNm), que ya ha probado su eficacia en pacientes con melanoma metastásico, busca la luz verde en Estados Unidos.

Este avance tecnológico, inicialmente utilizado con éxito en las vacunas contra el Covid-19, se presenta ahora como una herramienta terapéutica para tratar ciertos tipos de cáncer. La primera de estas vacunas, mRNA-4157, desarrollada por la empresa Moderna en colaboración con Merck, puede recibir la aprobación en Estados Unidos en los próximos meses.

A diferencia de las vacunas preventivas, como las utilizadas para el Covid-19, las vacunas de ARNm contra el cáncer son terapéuticas y se diseñan para cada paciente de forma personalizada. Estas vacunas están destinadas a mejorar la respuesta inmunitaria y aumentar la eficacia del tratamiento en pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas.

Su impacto en el melanoma

El melanoma, un tipo de cáncer de piel particularmente agresivo, ha sido el foco principal de los ensayos clínicos de la vacuna mRNA-4157. Este tratamiento se combina con pembrolizumab, un fármaco inmunoterapéutico ampliamente utilizado en oncología. Según los resultados presentados en el estudio KEYNOTE-942, los pacientes con melanoma metastásico que recibieron esta combinación presentaron una reducción significativa en el riesgo de progresión de la enfermedad.

En términos concretos, el porcentaje de pacientes con progresión de la enfermedad o fallecimiento se redujo del 40% al 22% en los primeros dos años. Este avance ha sido reconocido por las agencias reguladoras de salud, como la FDA en Estados Unidos y la EMA en Europa, otorgando a esta vacuna designaciones que aceleran su desarrollo.

Aunque prometedora, la vacuna mRNA-4157 aún enfrenta retos importantes, como la necesidad de ensayos clínicos más amplios

para consolidar los resultados iniciales. Además, la producción personalizada, que requiere identificar los neoantígenos específicos de cada tumor, representa un desafío logístico y económico.

Los avances logrados con mRNA-4157 han inspirado nuevos proyectos para aplicar la tecnología ARNm a otros tipos de cáncer. Es el caso de BioNTech, que lidera ensayos clínicos en tumores como el cáncer de pulmón, páncreas, próstata y colon.

Un caso emblemático es el de la vacuna BNT116, desarrollada para tratar el cáncer de pulmón de células no pequeñas, el subtipo más común y mortal de esta enfermedad. Este tratamiento, actualmente en ensayos de fase I, busca estimular al sistema inmunológico para atacar antígenos específicos del tumor, minimizando los efectos secundarios típicos de la quimioterapia.

Según declaró el pasado mes de agosto el doctor Diego Kaen, presidente de la Asociación Argentina de Oncología Clínica, la vacuna es alentadora. Por supuesto que hay que ir siguiendo los datos de las fases de investigación que van pasando. Son esperanzas, pero habrá que esperar.

En paralelo, un estudio reciente en pacientes con cáncer de páncreas, publicado en Nature, demostró que una combinación de vacunas de ARNm con inmunoterapia y quimioterapia puede inducir una mayor actividad de las células T inmunitarias, correlacionando con una mejor supervivencia.

Uno de los mayores obstáculos en el desarrollo de estas vacunas es la identificación de los neoantígenos adecuados para cada paciente. Estos antígenos, derivados de mutaciones genéticas específicas, varían entre los diferentes tipos de tumores e incluso dentro de un mismo tumor. La complejidad del proceso, que incluye la secuenciación genética de muestras de tumor y sangre, complica y encarece la producción.

Sin embargo, los investigadores confían en que los avances en bioinformática y biotecnología permitan identificar mutaciones comunes en diferentes pacientes, lo que facilitaría la creación de vacunas genéricas. Esto no solo abarataría los costos, sino que también agilizaría el acceso a estos tratamientos.

Se está estudiando en pacientes que han sido operados por cáncer de pulmón, administrándola en un escenario adyuvante, es decir, para prevenir una recaída en aquellos que ya han sido tratados, explicó el doctor Kaen.

Las vacunas de ARNm representan solo una de las estrategias que están revolucionando la oncología. Otras terapias inmunológicas, como las CAR-T, también están mostrando resultados prometedores, aunque todavía se encuentran en fases experimentales para tumores sólidos.

Como ha declarado el profesor Siow Ming Lee, oncólogo del University College de Londres, al diario The Guardian: Estamos entrando ahora en esta nueva y apasionante era de ensayos clínicos de inmunoterapia basada en ARNm para investigar el tratamiento del cáncer de pulmón. Esta tecnología es la próxima gran fase del tratamiento del cáncer.

(Infobae)

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 ODONTOLOGICAS (todas): $5.000.-**

*https://www.intramed.net/*

# GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL ACV

## UNA VISIÓN INTEGRAL CON EL FIN DE LOGRAR REDUCCIONES EN LOS COSTOS DE ATENCIÓN SANITARIA PARA LA PRINCIPAL CAUSA DE DISCAPACIDAD EN LA EDAD ADULTA

### INTRODUCCIÓN

En el Reino Unido, se producen más de 100.000 accidentes cerebrovasculares cada año y aproximadamente 1,3 millones de personas viven con un accidente cerebrovascular (ACV). La nueva Guía Clínica Nacional proporciona una referencia práctica autorizada y basada en evidencia para mejorar la calidad de la atención brindada a cada adulto que sufre un ACV. Este documento cubre el tratamiento del ACV y el ataque isquémico transitorio (AIT) en adultos con un enfoque multidisciplinario.

Dependiendo de la solidez de la evidencia, las recomendaciones de esta guía son sólidas (un tratamiento o servicio "debería proporcionarse/ofrecerse") o condicionales (un tratamiento "debería considerarse" o "podría considerarse"). Este trabajo resume los elementos clave de la Guía Clínica Nacional para Accidentes Cerebrovasculares (2023) en los siguientes subtítulos:

1) Organización de servicios de ACV.
2) Manejo del AIT y del ACV menor.
3) Trombólisis intravenosa.
4) Trombectomía mecánica.
5) Manejo de la hemorragia intracerebral.
6) Rehabilitación y Recuperación.
7) Manejo a largo plazo y prevención secundaria.

### ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE ACV

Los servicios de emergencia prehospitalarios deben configurarse para maximizar la respuesta oportuna de tratamientos agudos a la población local. Se están realizando investigaciones que examinan los efectos de las unidades móviles de ACV y el traslado directo a centros de trombectomía en el contexto de la atención sanitaria del Reino Unido. El pilar del tratamiento agudo a nivel poblacional sigue siendo la atención especializada en unidades de stroke, lo

que permite salvar vidas y reducir el daño cerebral a largo plazo, la discapacidad y los costos sanitarios.

La Guía hace recomendaciones sobre los niveles de personal hospitalario para apoyar la prestación de atención multidisciplinaria. Los servicios de rehabilitación de ACV, incluida la indicación de alta temprana con apoyo, deben proporcionarse de manera oportuna. Es importante que exista una infraestructura gubernamental sólida para monitorear la calidad de los servicios brindados.

1) Los servicios de accidentes cerebrovasculares hiperagudos, agudos y de rehabilitación deben proporcionar niveles de personal médico, de enfermería y de rehabilitación especializados. La rehabilitación debe estar disponible los 7 días de la semana.
2) Una unidad de rehabilitación de accidentes cerebrovasculares debe tener acceso a un consultor especializado en rehabilitación de ACV (médico o no médico, es decir, enfermero o terapeuta, cuando la regulación profesional lo permita).
3) Un servicio que brinde alta temprana con apoyo y rehabilitación comunitaria de ACV debe comprender una estructura de equipo central multidisciplinario.
4) La intensidad y duración de la intervención proporcionada por el equipo comunitario de rehabilitación de ACV deben establecerse entre el especialista y el paciente.

## AIT Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR MENOR

Cualquier paciente con un síndrome neurológico de inicio agudo completamente resuelto que pueda deberse a una enfermedad cerebrovascular necesita una evaluación urgente por parte de un especialista (en un plazo de 24 horas) para determinar si la causa es vascular, dado el riesgo sustancial de ACV posterior a un AIT (entre el 2 y el 4% a las 48 horas del inicio). El tratamiento de prevención secundaria debe iniciarse tan pronto como se confirme el diagnóstico.

5) Los profesionales de la salud deben utilizar herramientas de evaluación de AIT, como el score ABCD2, para estratificar el riesgo, informar la urgencia de la derivación o el tratamiento posterior.
6) Para pacientes con sospecha de AIT, la resonancia magnética debe ser la principal modalidad de imágenes cerebrales para detectar la presencia y/o distribución de isquemia cerebral.
7) En pacientes que se presentan dentro de las 24 horas posteriores al AIT y al ACV menor, se debe considerar la terapia antiplaquetaria dual con aspirina y clopidogrel durante 21 días, o aspirina y ticagrelor durante 30 días, seguida de monoterapia a largo plazo. Se debe tener en cuenta la resistencia al clopidogrel con pérdida del alelo de función CYP2C19 en pacientes con AIT recurrente o ACV mientras toman clopidogrel.

## TROMBÓLISIS INTRAVENOSA

El uso de técnicas de imagen avanzadas, como la perfusión por TC y la resonancia magnética, ha aumentado la elegibilidad de estos pacientes para recibir tratamiento hasta 9 horas después del inicio del ACV. La tenecteplasa se considera comparable a la alteplasa en términos de eficacia y seguridad. Para maximizar el beneficio de la trombólisis para la población, es necesario centrarse nuevamente en mejorar las tasas de trombólisis (actualmente entre el 10 y el 11 %).

8) Los pacientes con ACV isquémico en quienes el tratamiento puede iniciarse dentro de las 4,5 horas posteriores al inicio deben considerarse para la trombólisis con alteplasa o tenecteplasa.
9) Los pacientes con ACV isquémico agudo de los que se supo que estaban bien más de 4,5 horas antes deben considerarse para trombólisis con alteplasa si el tratamiento puede iniciarse entre 4,5 y 9 horas del inicio conocido, o dentro de las 9 horas del punto medio del sueño cuando se han despertado con síntomas y tienen evidencia del potencial de salvar tejido cerebral en perfusión por TC o resonancia magnética.

## TROMBECTOMÍA MECÁNICA

El principal avance en la atención hiperaguda ha sido la trombectomía realizada en un período de tiempo prolongado. Anteriormente se recomendaba hasta 6 horas después del inicio, pero ahora se extiende más allá de las 6 horas y hasta las 24 horas, y se desconoce el tiempo de inicio.

Esto está respaldado por una combinación de enfoques que utilizan una puntuación de tomografía computarizada cuantitativa, angiografía por tomografía computarizada para identificar la oclusión de grandes vasos, así como imágenes avanzadas. También existe beneficio para la trombectomía para oclusiones en la circulación vertebrobasilar. El desafío es que los servicios de salud respalden la realización de trombectomía a una población elegible cada vez mayor mediante la ampliación de la cobertura las 24 horas del día, los 7 días de la semana en un enfoque en red.

10) Los pacientes elegibles para trombectomía mecánica deben recibir trombólisis intravenosa previa lo más rápido posible (a menos que esté contraindicado), independientemente de si se han presentado en un centro de ACV agudos o en un centro de trombectomía.
11) Los pacientes que presenten un ACV isquémico agudo de la circulación anterior y oclusión de una arteria grande entre 6 y 24 horas antes, incluido un ACV al despertar, deben recibir trombectomía mecánica basándose en una combinación de la puntuación ASPECTS y la discrepancia en las imágenes clínicas.
12) Los pacientes que presentan un ACV isquémico agudo en la circulación posterior dentro de las 12 horas posteriores al inicio deben considerarse para la trombectomía mecánica si tienen una oclusión confirmada de la arteria vertebral o basilar intracraneal.

## MANEJO DE LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL (HIC)

Los pacientes con HIC pueden deteriorarse rápidamente y deben ser admitidos directamente en una unidad de stroke hiperagudos para evaluación y seguimiento urgente por parte de un especialista. Los tratamientos médicos para la hemorragia intracerebral han sido desafiantes y han dado como resultado malos resultados terapéuticos, pero las intervenciones agudas dirigidas a controlar parámetros fisiológicos como la presión arterial y la reversión de la anticoagulación son prometedoras, y se están realizando ensayos quirúrgicos. El objetivo de las recomendaciones actuales es limitar la expansión del hematoma, prevenir complicaciones y establecer la causa subyacente.

13) Los pacientes con hemorragia intracerebral espontánea aguda con una PA sistólica de 150 a 220 mmHg deben considerarse para tratamiento urgente dentro de las 6 horas posteriores al inicio de los síntomas, con el objetivo de alcanzar una PA sistólica de 130 a 139 mmHg dentro de una hora y mantenida durante al menos 7 días.
14) Se debe considerar la angiografía cerebral no invasiva temprana (ATC/ARM dentro de las 48 horas posteriores al inicio) en

pacientes con hemorragia intracerebral espontánea aguda donde es probable que se identifique una causa macrovascular.

## REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN

Ha habido una expansión considerable en la investigación sobre rehabilitación con recomendaciones detalladas para informar la práctica centrada en el paciente y basada en evidencia. Estos cubren la recuperación motora y los efectos físicos del ACV, las complicaciones psicológicas y recomendaciones para quienes deseen regresar al trabajo. Se ha centrado la atención en la importancia de la evaluación temprana y la intensidad del tratamiento con la recuperación tanto del lenguaje como de la motricidad. También es importante implementar formas innovadoras de brindar rehabilitación a través de la telerrehabilitación y la práctica autodirigida.

15) Las personas con objetivos de recuperación motora en rehabilitación tras un ACV deben recibir un mínimo de 3 horas de terapia motora al día al menos 5 días de 7 a una dosis eficaz.
16) Los profesionales sanitarios deben seleccionar herramientas de detección y evaluaciones de problemas psicológicos y cognitivos adecuadas a las necesidades de la persona con ACV.
17) Se puede considerar la terapia intensiva del habla y el lenguaje (20 a 50 horas de terapia total) a partir de los 3 meses después del accidente cerebrovascular para aquellos que pueden tolerar la terapia de alta intensidad.
18) Los profesionales sanitarios deberían utilizar una medida validada en su evaluación de la fatiga post-ACV a intervalos regulares.
19) Se debe considerar que las personas que han sufrido un ACV tienen el potencial de beneficiarse de la rehabilitación en cualquier momento después del accidente cerebrovascular, según sus necesidades.

### MANEJO A LARGO PLAZO Y PREVENCIÓN SECUNDARIA

Dado que una cuarta parte de todos los ACV son recurrentes, es vital que la prevención secundaria se realice lo antes posible y se mantenga a largo plazo mediante un enfoque integral y personalizado de múltiples factores de riesgo vascular. Los objetivos más bajos tanto para los lípidos como para la presión arterial están respaldados por la evidencia y se requiere un aumento de dosis más intensivo, generalmente en atención primaria.

Se ha recomendado el inicio más temprano de la anticoagulación para pacientes con ACV isquémico leve a moderado y fibrilación auricular, pero se necesitan más pruebas científicas para una respuesta definitiva en el ACV más grave. También hay un mayor énfasis en la actividad física para mejorar la aptitud cardiorrespiratoria dentro de un marco de autocuidado.

20) Se debe considerar la monitorización de la presión arterial en el hogar para guiar el manejo del tratamiento para reducir la PA, con un objetivo típico de PA sistólica en el hogar por debajo de 125 mmHg.
21) El tratamiento hipolipemiante para personas con ACV isquémico o AIT y evidencia de aterosclerosis debe tener como objetivo reducir el colesterol LDL en ayunas por debajo de 1,8 mmol/L (equivalente a un colesterol no HDL sin ayunas por debajo de 2,5 mmol/L).
22) Se debe considerar la anticoagulación en personas con accidente cerebrovascular isquémico y fibrilación o aleteo auricular dentro de los 5 días posteriores al inicio en el caso de un ACV leve y se puede considerar la anticoagulación entre los 5 y 14 días posteriores al inicio en el caso de un ACV moderado a grave.
23) Las personas que presenten una hemorragia intracerebral mientras toman un medicamento antitrombótico para prevenir eventos vasculares oclusivos pueden ser consideradas para reiniciar el tratamiento antiplaquetario.
24) Las personas menores de 60 años con ACV isquémico o AIT de etiología indeterminada, en asociación con un foramen oval permeable (FOP) y una derivación de derecha a izquierda, deben considerarse para el cierre del dispositivo endovascular del FOP dentro de los 6 meses posteriores al ACV.
25) A las personas con ACV se les debe ofrecer entrenamiento cardiorrespiratorio o entrenamiento mixto, durante al menos 30 a 40 minutos, de tres a cinco veces por semana durante 10 a 20 semanas, guiados por sus objetivos y preferencias.

*Autor/a: Ajay Bhalla, Louise Clark, Rebecca Fisher, Martin James*
*Fuente: Clin Med (Lond) 2024 Mar;24(2):100025 The new national clinical guideline for stroke: an opportunity to transform stroke care*

SAMI
OSMECON
LA MATANZA

## 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

Instituto de Obra Médico Asistencial

# LOS AFILIADOS DEBERAN ABONAR UN COSEGURO DE $2500

SE INFORMA QUE A PARTIR DEL 1/9/2024 LOS AFILIADOS DEBERAN ABONAR UN COSEGURO DE $2500 PARA LAS PRESTACIONES QUE FIGURAN EN EL SIGUIENTE LISTADO.

## EA3:B90COGRAFIA DOPPLER COLOR

**88.18.40 ECO DOPPLER CARDIACO**
A- ECO DOPPLER CARDIACO
B- ECO DOPPLER CARDIACO FETAL
**88.18.41 ECO DOPPLER PERIFERICO**
A- ECO DOPPLER PERIFERICO PRIMERA REGION (INCLUYE DOPPLER TRANSCRANEANO)
B- ECO DOPPLER PERIFERICO SEGUNDA O MAS REGIONES (INCLUYE DOPPLER TRANSCRANEANO)
**88.18.42 ECO DOPPLER COLOR GENERALES**
A- ECO DOPPLER COLOR OBSTETRICO
B- ECO DOPPLER COLOR DEL EJE ESPLENOPORTAL
C- ECO DOPPLER COLOR RENAL
88.18.43 ECO DOPPLER CARDIACO TRANSESOFAGICO

## ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA

**88.18.11 ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA CON PUNCION**
**88.18.12 ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA CON PUNCION BIOPSIA MULTIPROSTÁTICA**
**88.18.13/00 PUNCIÓN BIOPSIA MAMARIA ASISTIDA POR VACÍO**

## TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA

**88.34.12 T.A.C. DE CEREBRO CONTROL**
**88.34.25/00 T.A.C. DE ORBITAS**
**88.34.25/03 T.A.C. DE MACIZO FACIAL**
**88.34.25/04 T.A.C. DE S.P.N.**
**88.34.26/00 T.A.C. DE CUELLO**
**88.34.26/01 T.A.C. DE FARINGE/LARINGE**
**88.34.27/01 T.A.C.DE CADERAS**
**88.34.27/02 T.A.C. DE RODILLAS**
**88.34.27/03 T.A.C. DE TOBILLOS**
**88.34.27/04 T.A.C. DE PIES**
**88.34.27/05 T.A.C. DE HOMBROS**
**88.34.27/06 T.A.C. DE CODO**
**88.34.27/07 T.A.C. DE MUÑECA**
**88.34.27/08 T.A.C. DE MANO**
**88.34.21 T.A.C. DE COLUMNA CERVICAL**
**88.34.22 T.A.C. DE COLUMNA DORSAL**
**88.34.23 T.A.C. DE COLUMNA LUMBAR**
**88.34.24 T.A.C. DE OTROS ORGANOS Y REGIONES**

## TOMOGRAFIA COMPUTADA POR BARRIDO HELICOIDAL

**88.34.40/00 T.C. HELICOIDAL DE ORBITAS**
**88.34.40/03 T.C. HELICOIDAL DE MACIZO FACIAL**
**88.34.40/04 T.C. HELICOIDAL DE S.P.N.**
**88.34.41/00 T.C. HELICOIDAL DE CUELLO**
**88.34.41/01 T.C. HELICOIDAL DE FARINGE/LARINGE**
**88.34.42/01 T.C. HELICOIDAL DE CADERAS**
**88.34.42/02 T.C. HELICOIDAL DE RODILLAS**
**88.34.42/03 T.C. HELICOIDAL DE TOBILLOS**
**88.34.42/04 T.C. HELICOIDAL DE PIES**
**88.34.42/05 T.C. HELICOIDAL DE HOMBROS**
**88.34.42/06 T.C. HELICOIDAL DE CODO**
**88.34.42/07 T.C. HELICOIDAL DE MUÑECA**
**88.34.42/08 T.C. HELICOIDAL DE MANO**
**88.34.36 T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA CERVICAL**
**88.34.37 T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA DORSAL**
**88.34.38 T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA LUMBAR**
**88.34.39 T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE OTROS ORGANOS Y REGIONES**
**88.34.43/00 ANGIO TAC (INCLUYE H.G.CONTRASTE C/S RECONST.3D)**
**88.34.44/00 TAC 3D**
**88.34.44/01 TAC 3D EXPOSICIÓN SUBSIGUIENTE**
**88.34.45/00 COLONOSCOPIA VIRTUAL**

## PRACTICAS INTERVENCIONSTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA

**88.34.50 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE ABDOMEN**
**88.34.51 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE HIGADO**
**88.34.52 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE RIÑON**
**88.34.53 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE PANCREAS**
**88.34.54 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE TORAX/PULMON**
**88.34.55 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE UNA VERTEBRA**
**88.34.56 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL**

**DE T.C. DE OTROS ORGANOS O REGIONES**

## TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS

**88.34.91/01 T.C. MULTISLICE DE ORBITAS**
**88.34.91/04 T.C. MULTISLICE DE MACIZO FACIAL**
**88.34.91/05 T.C. MULTISLICE DE S.P.N.**
**88.34.91/06 T.C. MULTSLICE DE CUELLO**
**88.34.91/07 T.C. MULTISLICE DE FARINGE/LARINGE**
**88.34.94/01 T.C. MULTISLICE DE CADERAS**
**88.34.94/02 T.C. MULTISLICE DE RODILLAS**
**88.34.94/03 T.C. MULTISLICE DE TOBILLOS**
**88.34.94/04 T.C. MULTISLICE DE PIES**
**88.34.94/05 T.C. MULTISLICE DE HOMBROS**
**88.34.94/06 T.C. MULTISLICE DE CODO**
**88.34.94/07 T.C. MULTISLICE DE MUÑECA**
**88.34.94/08 T.C. MULTISLICE DE MANO**
**88.34.94/09 T.C. MULTISLICE DE COLUMNA CERVICAL**
**88.34.94/10 T.C. MULTISLICE DE COLUMNA DORSAL**
**88.34.94/11 T.C. MULTISLICE DE COLUMNA LUMBAR**
**88.34.95/00 T.C. MULTISLICE DE OTROS ORGANOS Y REGIONES**
**88.34.96/00 ANGIO TAC MULTISLICE CARDIACA CORONARIA**
**88.34.97/00 ANGIO TAC MULTISLICE DE UNA REGION (TORAX,ABDOMEN Y PELVIS, MIEMBROS ETC.)**
**88.34.97/01 ANGIO TAC MULTISLICE SEGUNDA O MAS REGIONES**
**88.34.98/00 RECONSTRUCCION 3D-4D incluye TC-MS segunda region y subsiguientes**
**88.34.98/01 SCORE DE CALCIO**

## PRACTICAS INTERVENCIONSTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS

**88.34.99/01 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. MS DE ABDOMEN**
**88.34.99/02 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE HIGADO**
**88.34.99/03 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE RIÑON**
**88.34.99/04 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE PANCREAS**
**88.34.99/05 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE TORAX/PULMON**
**88.34.99/06 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE UNA VERTEBRA**
**88.34.99/07 PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE OTROS ORGANOS O REGIONES**

## MEDICINA NUCLEAR

**88.26.01 PRUEBAS FUNCIONALES**
A- MEDICINA NUCLEAR CURVA DE CAPATACION TIROIDEA
B- MEDICINA NUCLEAR PRUEBA DE INHIBICION

## CENTELLOGRAFIA LINEAL

**88.26.03 ESTUDIOS CON CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA GAMAMGRAFIA DE**
A- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA TIROIDEA
B- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE PARATIROIDES
C- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR PERFUSION
D- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR VENTILACION
E- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR PERFUSION / VENTILACION
F- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE GLANDULAS SALIVALES
G- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA HEPATICA
H- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA ESPLENICA
I- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA CEREBRAL ( 4 POSICIONES)
J- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA OSEA (1 AREA)
K- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE MAMA
L- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA RENAL
LL-CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA UN AREA CON ATB MARCADO
M-CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA UN AREA CON Ga 67 (1 dosis)

**88.26.04 ESTUDIOS CON CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA**
A- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA ANGIOGRAFIA
B- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA FLEBOGRAFIA ( 1 AREA )
C- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA FLEBOGRAFIA (AREA ADICIONAL)
D- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA RADIORENOGRAMA
E- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA RESIDUO VESICAL
F- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA DETECCION DE TORSION TESTICULAR
G- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA TRANSITO ESOFAGICO
H- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA REFLUJO GASTROESOFAGICO

## CENTELLOGRAFIA CORPORAL TOTAL

**88.26.08 CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL**
A- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL HEMORRAGIA DIGESTIVA
B- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL DIVERTICULO DE MECKEL
C- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL VACIAMIENTO GASTRICO
D- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL LINFOGRAFIA
E- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL CISTERNOGRAFIA
F- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL FISTULA DE LCR

**88.26.10 ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA PLANAR**
A- ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA REPOSO CON TRAZADORES DE PERFUSION
B- ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA REPOSO CON TRAZADORES DE DAÑO
C- ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA PLANAR DE MIOCARDIO : REPOSO/ESFUERZO Ó REPOSO/ REPOSO Ó APREMIO FARMACOLOGICO/REPOSO

**88.26.11 VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION**
A- VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION EN REPOSO
B- VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION EN REPOSO Y APREMIO

**88.26.12 ESTUDIOS CARDIOLOGICOS POR SPECT**
A- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO
B- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO Y ESFUERZO
C- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO CON REINYECCION. TALIO 201 (ESTUDIO DE VIABILIDAD MIOCARDICA)
D- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT ESTUDIOS GATILLADOS

**88.26.13 ESTUDIOS GENERALES POR SPECT**
A- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA TIROIDEA
B- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA DE PARATIROIDES ( INCLUYE CUELLO Y MEDIASTINO)
C- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION
D- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR

VENTILACION
E- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION / VENTILACION
F- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA HEPATICA
G- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA ESPLENICA
H- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA RENAL
I- ESTUDIO GRAL POR SPECT OSEO ( 1 AREA)
J- ESTUDIO GRAL POR SPECT CEREBRAL CON TRAZADORES DE FLUJO con Tc-99m + HMPAO

## ECOGRAFIA

**88.18.01 ECOCARDIOFETAL**
**88.18.02 ECOGRAFIA TRNASFONTANERAL**
**88.18.03 ECOGRAFIA DE LA CADERA DEL RECIEN NACIDO**
**88.18.04 ECOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA**
**88.18.05 ECOGRAFIA TRANSCRANEANA**
**88.18.06 ECOGRAFIA GENERAL DE OTROS ORGANOS Y REGIONES**
**88.18.07 ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA GINECOLOGICA**
INCLUYE : Material Descartable y Anestesia
**88.18.08 ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA PROSTATICA TRANSRECTAL**
INCLUYE : Material Descartable y Anestesia
**88.18.09 ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA ESOFAGICA-GASTRICA-RECTAL**
INCLUYE :Material Descartable y Anestesia
**88.18.10 ECOGRAFIA CON DROGAS CON DIGITALIZACION DE IMAGENES (DIPIRIDAMOL, ETC)**
INCLUYE : Medicación

## ECOGRAFIA DOPPLER BLANCO Y NEGRO

**88.18.20 DE VASOS DE CUELLO**
**88.18.21 ARTERIAL PERIFERICO**
**88.18.22 AORTA Y SUS RAMAS**
**88.18.23 VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES**
**88.18.24 DEL EJE ESPLENO PORTAL**
**88.18.25 DE PENE**
**88.18.26 DEL CORDON ESPERMATICO**
**88.18.27 OBSTETRICO**
**88.18.28 CARDIOLOGICO**
**88.18.29 PULSADO VASCULAR PERIFERICO/ NEFROLOGICO**

## MAMOGRAFIAS

**88.34.01 PUNCION BIOPSIA O LOCALIZACION PREBIOPSIA DE LESION NO PALPABLE CON MARCADOR**
**88.34.02 PUNCION BIOPSIA CON MARCACION ESTEREOTAXICA**
**88.34.03 MAGNIFICACION MAMOGRAFICA (POR LADO)**

## DENSITOMETRIA OSEA

**88.34.70 DE UNA REGION**
**88.34.71 DE DOS O MAS REGIONES**
**88.34.72 POR TAC CON SOFTWARE ESPECIFICO**

## ESPINOGRAFIA

**88.34.80 DE CUALQUIER REGION, realizado con portachasis específico y cuadrícula con numeración**

## RADIOLOGIA

**88.34.74 VIDEODEGLUCION**
**88.34.75 VIDEO DEFECOGRAFIA**

## GINECOLOGIA

**88.34.04 MAMOGRAFIA POR TOMOSINTESIS**

## RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR PRIMERA EXPOSICION

**88.46.01 A1 ANGIO-R.M.N. CEREBRO**
**1RA EXPOSICION (ALTO CAMPO)**
**88.46.01 B1 ANGIO-R.M.N. CEREBRO**
**1RA EXPOSICION (BAJO CAMPO)**
**88.46.02 A0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)**
**88.46.02 B0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)**
**88.46.03 A0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)**
**88,46,03 B0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)**
**88.46.04 A0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)**
**88,46,04 B0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)**
**88.46.05 A0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)**
**88.46.05 B0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)**
**88.46.05 A1 ANGIO-R.M.N.**
**1RA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)**
**88.46.05 B1 ANGIO-R.M.N.**
**1RA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)**
**88.46.08 A2 COLANGIO-RMN**
**1RA. EXPOSICION (ALTO CAMPO)**
**88.46.08 B2 COLANGIO-RMN**
**1RA. EXPOSICION (BAJO CAMPO)**
**88.46.09 A0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)**
**88.46.09 B0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)**
**88.46.09 A1 ANGIO-R.M.N.**
**1RA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)**
**88.46.09 B1 ANGIO-R.M.N.**
**1RA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)**
**88.46.10 A0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)**
**88.46.10 B0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)**
**88.46.11 A0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)**
**88.46.11 B0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)**
**88.46.12 A0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)**
**88.46.12 B0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)**
**88.46.13 A0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)**
**88.46.13 B0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)**
**88.46.14 A0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)**
**88.46.14 B0 R.M.N.**
**1ERA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)**
**88.46.15 A0 R.M.N. DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)**
**88.46.15 B0 R.M.N. DE OTROS ORGANOS**

Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)
88.46.15 A1 ANGIO-R.M.N.
1RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS
Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)
88.46.15 B1 ANGIO-R.M.N.
1RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS
Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)
88.46.16 A0 R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE HOMBRO
(ALTO CAMPO)
88.46.16 B0 R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE HOMBRO
(BAJO CAMPO)
88.46.17/A0 ARTRORESONANCIA MAGNETICA
88.46.18/A0 RMN C/ESPECTROSCOPIA
88.46.19/A0 RMN DINÁMICA
88.46.20/A0 RMN CARDIACA
88.46.21/A0 RMN DIFUSION PERFUSION
88.46.22/A0 ESTUDIO MULTIPARAMETRICO
DE PRÓSTATA (incluye RMN de próstata espectroscopia difusión perfusión)

## SEGUNDA EXPOSICION

88.47.01 A1 ANGIO-R.M.N. CEREBRO
2DA EXPOSICION (ALTO CAMPO)
88.47.01 B1 ANGIO-R.M.N. CEREBRO
2DA EXPOSICION (BAJO CAMPO)
88.47.02 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE RODILLA
(ALTO CAMPO)
88.47.02 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE RODILLA
(BAJO CAMPO)
88.47.03 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CADERA
(ALTO CAMPO)
88.47.03 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CADERA
(BAJO CAMPO)
88.47.04 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA
(ALTO CAMPO)
88.47.04 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA
(BAJO CAMPO)
88.47.05 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO
(ALTO CAMPO)
88.47.05 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO
(BAJO CAMPO)
88.47.05 A1 ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO
(ALTO CAMPO)
88.47.05 B1 ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO
(BAJO CAMPO)
88.47.08 A2 COLANGIO-RMN 2DA. EXPOSICION
(ALTO CAMPO)
88.47.08 B2 COLANGIO-RMN 2DA. EXPOSICION
(BAJO CAMPO)
88.47.09 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX
(ALTO CAMPO)
88.47.09 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX
(BAJO CAMPO)
88.47.09 A1 ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX
(ALTO CAMPO)
88.47.09 B1 ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX
(BAJO CAMPO)
88.47.10 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA
CERVICAL (ALTO CAMPO)
88.47.10 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA
CERVICAL (BAJO CAMPO)
88.47.11 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA
DORSAL (ALTO CAMPO)
88.47.11 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA
DORSAL (BAJO CAMPO)
88.47.12 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA
LUMBAR (ALTO CAMPO)
88.47.12 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA
LUMBAR (BAJO CAMPO)
88.47.13 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TOBILLO
Y PIE (ALTO CAMPO)
88.47.13 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TOBILLO
Y PIE (BAJO CAMPO)
88.47.14 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CODO
MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)
88.47.14 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CODO
MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)
88.47.15 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE OTROS
ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)
88.47.15 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE OTROS
ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)
88.47.15 A1 ANGIO-R.M.N.2DA. EXPOSICION
DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)
88.47.15 B1 ANGIO-R.M.N.2DA. EXPOSICION DE OTROS
ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)
88.47.16 A0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE HOMBRO
(ALTO CAMPO)
88.47.16 B0 R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE HOMBRO
(BAJO CAMPO)

## TERCERA EXPOSICION

88.48.02 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE RODILLA
(ALTO CAMPO)
88.48.02 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE RODILLA
(BAJO CAMPO)
88.48.03 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CADERA
(ALTO CAMPO)
88.48.03 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CADERA
(BAJO CAMPO)
88.48.04 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)
88.48.04 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)
88.48.05 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE
CUELLO (ALTO CAMPO)
88.48.05 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE
CUELLO (BAJO CAMPO)
88.48.09 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE
TORAX (ALTO CAMPO)
88.48.09 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE
TORAX (BAJO CAMPO)
88.48.10 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE
COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)
88.48.10 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE
COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)
88.48.11 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE
COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)
88.48.11 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE
COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)
88.48.12 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)
88.48.12 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)
88.48.13 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)
88.48.13 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)
88.48.14 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)
88.48.14 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)
88.48.15 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)
88.48.15 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)
88.48.16 A0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
DE HOMBRO (ALTO CAMPO)
88.48.16 B0 R.M.N. 3RA. EXPOSICION
DE HOMBRO (BAJO CAMPO)

¿Qué tanto sabe sobre la vacuna?

*https://www.consensosalud.com.ar/*

# CONVOCAN A EMBARAZADAS A VACUNARSE CONTRA LA BRONQUIOLITIS

## ESTÁ DIRIGIDA A PERSONAS QUE ESTÉN ENTRE LAS SEMANAS 32 Y 36 DE GESTACIÓN. PREVIENE QUE EL O LA BEBÉ SUFRA CUADROS GRAVES DE INFECCIONES VIRALES QUE SUELEN PROVOCAR INTERNACIONES Y MUERTES EN MENORES DE UN AÑO.

El gobierno de la Provincia de Buenos Aires convoca a las embarazadas que se encuentren entre la semana 32 y 36 de gestación a vacunarse contra el Virus Sincicial Respiratorio (VSR), para prevenir que el o la bebé en sus primeros meses de vida contraiga bronquiolitis, una enfermedad que constituye una de las principales causas internaciones y mortalidad infantil. La campaña comenzará hoy, jueves 2 de enero, en todos los vacunatorios bonaerenses.

La inmunización tiene una única dosis y se puede aplicar junto a otras vacunas del embarazo. El ministro de Salud bonaerense, Nicolás Kreplak, dijo que "esta vacuna puede reducir la principal causa de muerte en los menores de un año, ya que la bronquiolitis en nuestro país afecta a 200.000 niños y niñas menores de dos años cada invierno".

Desde hoy todas las personas embarazadas pueden acceder a la vacuna de manera gratuita en los vacunatorios provinciales y municipales sin necesidad de orden médica.

La primera campaña de vacunación contra el Virus Sincicial Respiratorio (VSR) se llevó a cabo este año, entre marzo y agosto. Durante ese periodo la población objetivo de la Provincia de Buenos Aires alcanzaba a 86.515 personas embarazadas. De ese total, se vacunaron 48.104, es decir, que se alcanzó una cobertura del 55,5 por ciento.

### QUÉ PREVIENE

El Virus Sincicial Respiratorio (VSR) es la primera causa de bronquiolitis. Vacunarse durante el embarazo previene las formas graves de esta enfermedad respiratoria, ya que los anticuerpos se transmiten a través de la placenta, protegiendo a las y los bebés.

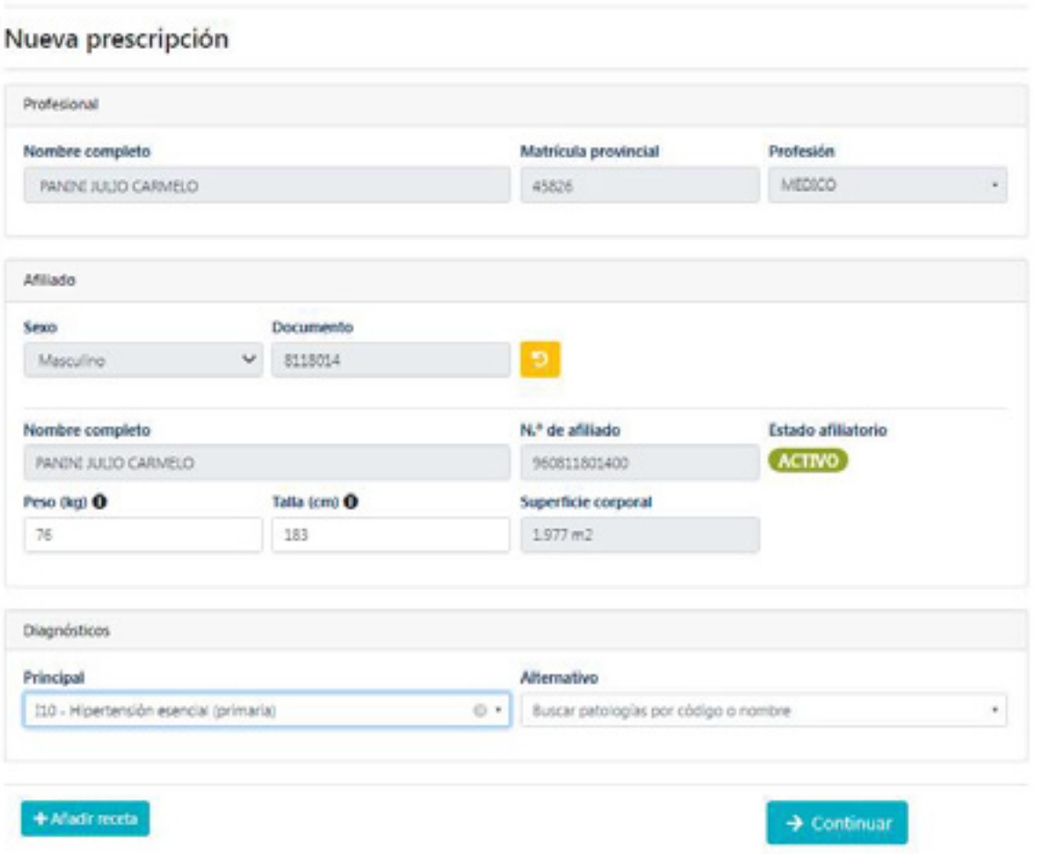
Los niños y las niñas que tienen mayor riesgo de presentar formas graves son quienes presentan factores de riesgo, como cardiopatías congénitas descompensadas o displasia broncopulmonar, y los menores de 1 año. Para conocer cuál es el vacunatorio más cercano a cada domicilio ingresar en www.gba.gob.ar/vacunacion/.

### ¿QUÉ TENÉS QUE SABER DE LA VACUNA?

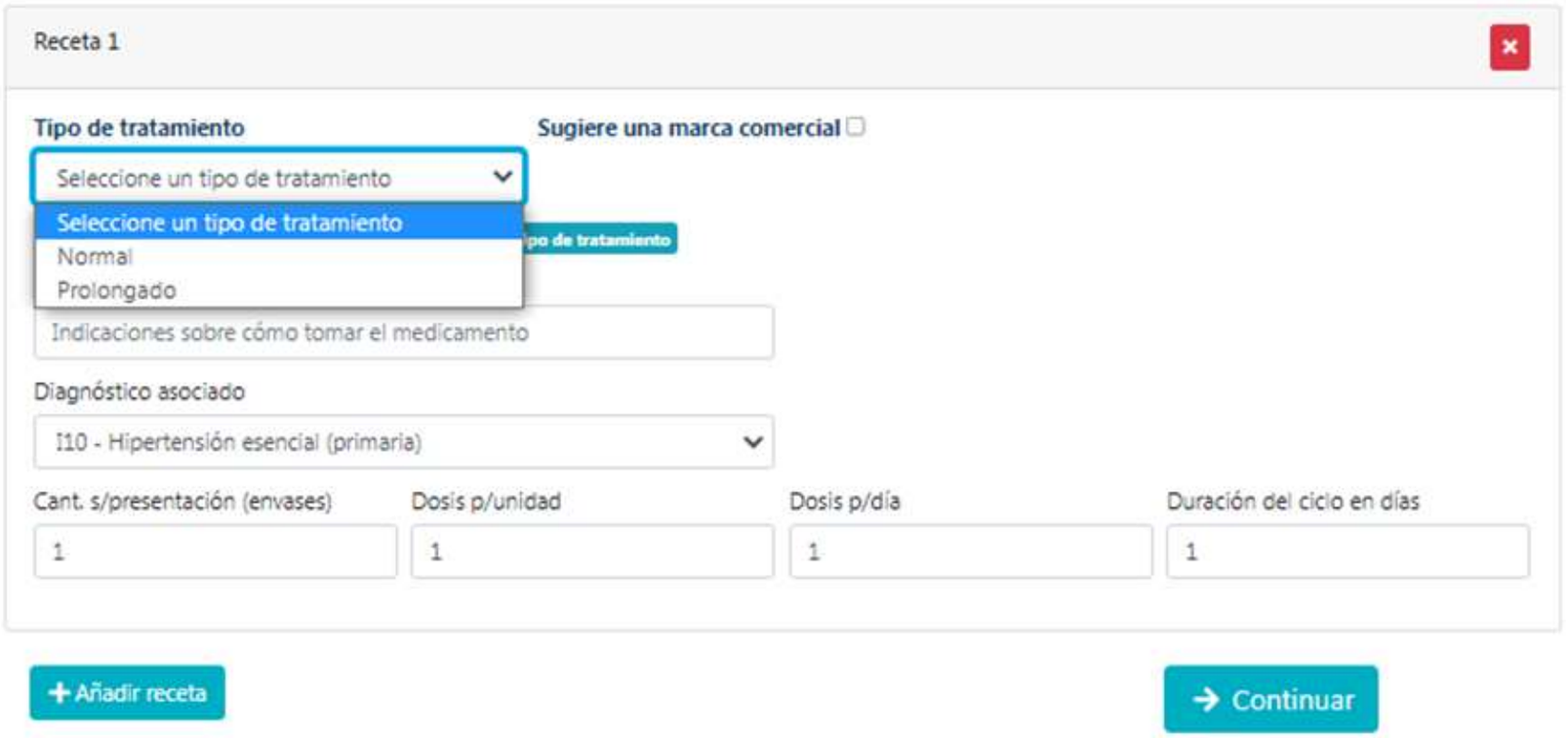
- La vacuna contra el Virus Sincicial Respiratorio (VSR) es obligatoria y gratuita.
- Está indicada para personas embarazadas desde la semana 32 hasta la 36,6 inclusive.
- En la Provincia de Buenos Aires está disponible desde el 2 de enero de 2025.
- Protege al bebé o a la bebé de los cuadros graves de bronquiolitis.
- Se puede aplicar junto a otras vacunas del embarazo.

# Prescripción de Medicamentos IOMA

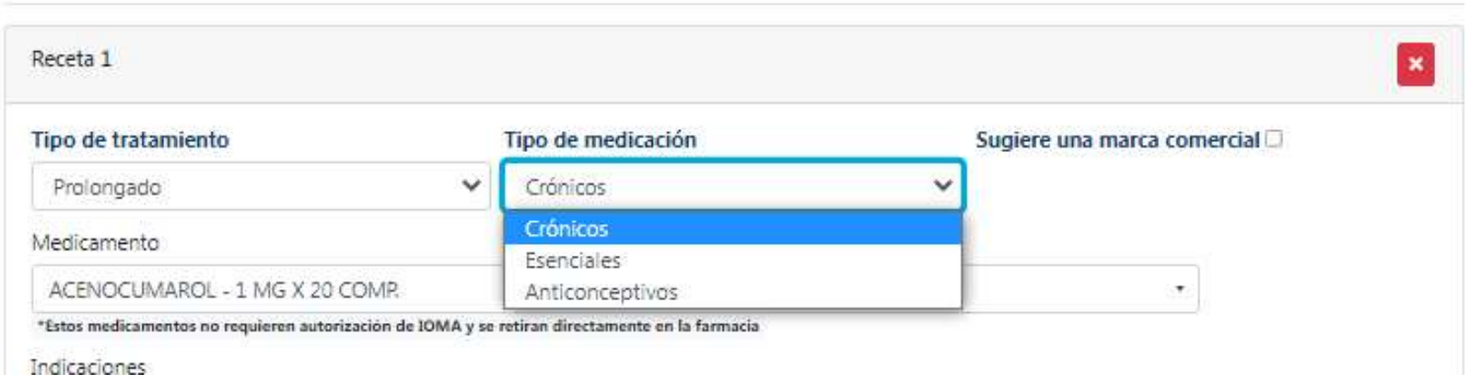
Como ya sabe, para prescribir la medicación debe estar seleccionado como primer paso el afiliado, cargando incluso los datos de peso y talla. Antes de continuar con el paso siguiente debe colocar el diagnóstico.



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

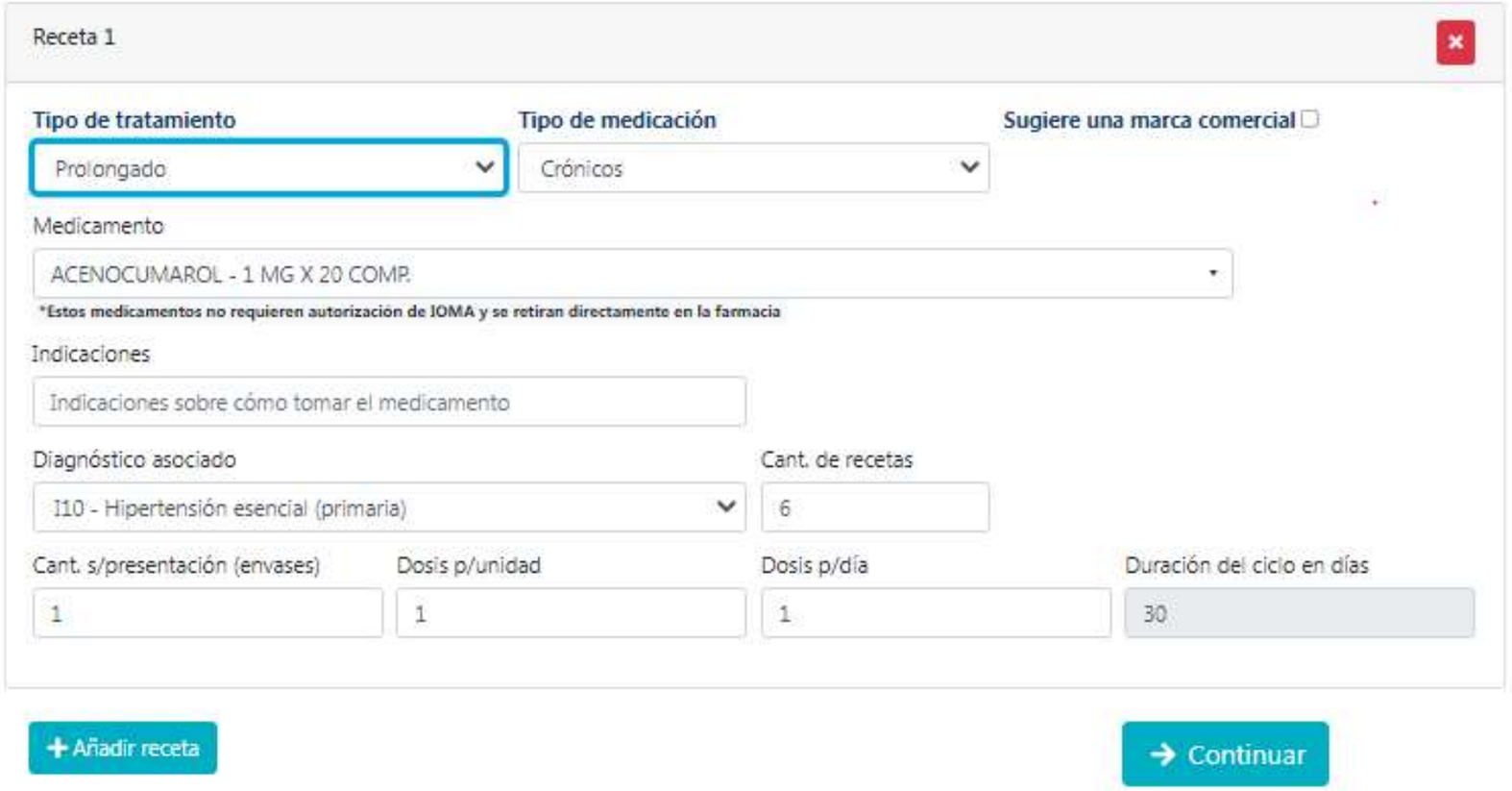


Si en tipo de tratamiento Ud seleccionó “Normal”, puede continuar sin más opciones, pero si seleccionó “Prolongado”, al lado pregunta por el “Tipo de Medicación”.



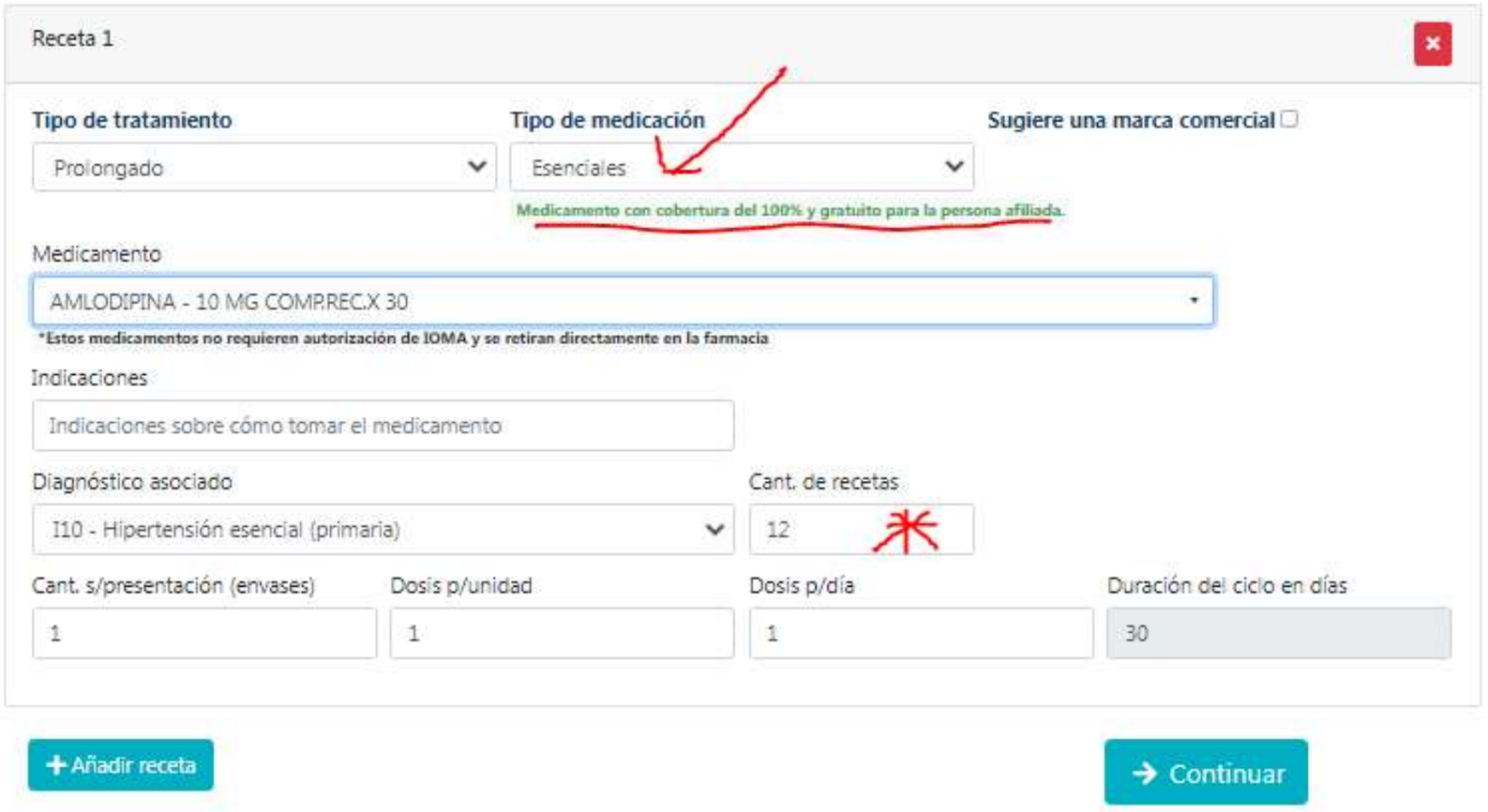

Deberá seleccionar el correspondiente:

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



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

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




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

# VENTANA DEL JUBILADO

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

## ACTIVIDADES DE "CIRCULO MEDICO DE MATANZA"

### AV. DE MAYO 743 – R. MEJÍA

**TODAS LAS ACTIVIDADES REANUDAN EN MARZO 2025**

**TALLER LITERARIO:**
Todos los Jueves de 14 a 16 hs. 1° Piso, Salón Flotante del Círculo Médico de Matanza

**INFORMES SOBRE ACTIVIDADES DE CE.ME.JU.MA :**
4654-4237 ó Fortunata Matina matina07@gmail.com / Dr. Luis Saimon l556saimon@gmail.com / Dra. Marta Mendez martmarmendez@gmail.com

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

## ACTIVIDADES DE "LA CASA DEL MEDICO JUBILADO"

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

### TACUARI 345 – R. MEJÍA

**TODAS LAS ACTIVIDADES REANUDAN EN MARZO 2025**

**TALLER DE NARRATIVA:**
Jueves 15 hs., coordinado por la señora Cora Medina.

**TALLER DE PINTURA:**
1° y 3° Martes de cada mes, 14.30 hs. Informes e Inscripción: Tel. 4654-4237
Clara Brunsteins cbbrunst@gmail

**CINE DEBATE:**
2° y 4° martes del mes a las 14.30 hs. Coordina:} Dr. Daniel Perez Volpe

## ASESORA PREVISIONAL

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

***Se trata informar acerca de pases de una Caja a otra, unificación, etc. y de aclarar las condiciones actuales en que se encuentran las Cajas de Jubilaciones.***

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

cpsm CAJA DE MÉDICOS

# VALORES ACTUALES DE LAS JUBILACIONES PARA LOS MEDICOS Y PENSIONADAS

## VALOR GALENO
$1.987,43

VIGENCIA: ENERO-FEBRERO 2025

## VALOR UCP
$833,95

## JUBILACIÓN
$695.600,50

INCLUYE CARGA DE FAMILIA

## PENSIÓN
$491.888,93

INTERZONAS

SERVICIO INTEGRAL
DE AMBULANCIAS
EMERGENCIAS MEDICAS

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

FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

# NUEVOS VALORES DE OBRAS SOCIALES

| Vigencia | | 01/12/2024 | 01/08/2024 | 01/12/2024 | 01/12/2024 | 01/12/2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | BAS | $ 8.705,00 | $ 10.163,20 | $ 11.052,00 | $ 13.208,00 | $ 12.882,00 |
| 42.01.01 | B | $ 9.729,00 | $ 13.025,60 | $ 13.056,00 | $ 17.678,00 | $ 13.260,00 |
| | C | $ 11.358,00 | $ 15.356,00 | $ 14.812,00 | $ 19.430,00 | $ 14.623,00 |
| DOMICILIO | BAS | $ 8.705,00 | $ 10.163,20 | $ 11.052,00 | $ 13.208,00 | $ 12.882,00 |
| 42.02.01 | B | $ 9.729,00 | $ 13.025,60 | $ 13.056,00 | $ 17.678,00 | $ 13.260,00 |
| | C | $ 11.358,00 | $ 15.356,00 | $ 14.812,00 | $ 19.430,00 | $ 14.623,00 |
| GALENO | A | $ 420,20 | $ 664,61 | $ 438,86 | $ 807,54 | $ 369,15 |
| QUIRURGICO | B | $ 451,97 | $ 997,41 | $ 614,52 | $ 1.139,83 | $ 521,21 |
| | C | $ 468,81 | $ 1.327,74 | $ 790,24 | $ 1.453,62 | $ 684,39 |
| GALENO PRACTICAS | BAS | $ 242,59 | $ 404,40 | $ 279,45 | $ 538,80 | $ 224,17 |
| | B | $ 274,37 | $ 602,35 | $ 354,81 | $ 665,60 | $ 309,85 |
| | C | $ 284,47 | $ 1.009,74 | $ 456,22 | $ 833,44 | $ 388,17 |
| GASTO QUIRURGICO | | $ 113,60 | $ 227,62 | $ 146,67 | $ 280,84 | $ 125,02 |
| OTROS GASTOS | | $ 32,73 | $ 87,41 | $ 73,63 | $ 146,97 | $ 52,39 |
| GASTO ECOGRAFIA | | $ 113,11 | $ 174,79 | $ 146,67 | $ 280,84 | $ 99,46 |
| GASTO RX | | $ 129,00 | $ 174,79 | $ 146,67 | $ 280,84 | $ 99,46 |
| GASTO BIOQUIMICO | | $ 273,88 | $ 456,73 | $ 295,10 | $ 551,25 | $ 251,61 |
| *Observaciones:* | | | Plan 3000 con autorización | | | Facturar consultas separadas de las prácticas |

FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

# NUEVOS VALORES DE OBRAS SOCIALES

| Vigencia | | 01/12/2024 | 01/12/2024 | 01/12/2024 | 01/02/2024 |
|---|---|---|---|---|---|
| Obra Social | | **OPDEA** | **CASA** | **CAJA NOTARIAL** | **VETERANOS DE GUERRA** |
| Codigo | | **85** | **115** | **160** | **171** |
| Facturar con: | | Prescripción Requiere inscripción | Prescripción | Prescripción | Planilla y bonos |
| CONSULTA | BAS | $ 10.599,00 | $ 11.290,00 | $ 8.244,00 | $ 3.120,00 |
| 42.01.01 | B | $ 11.439,00 | $ 13.383,00 | $ 9.477,00 | $ 4.590,00 |
| | C | $ 14.284,00 | $ 16.433,00 | $ 12.669,00 | $ 6.390,00 |
| DOMICILIO | BAS | $ 10.599,00 | $ 11.290,00 | $ 8.244,00 | $ 3.120,00 |
| 42.02.01 | B | $ 11.439,00 | $ 13.383,00 | $ 9.477,00 | $ 4.590,00 |
| | C | $ 14.284,00 | $ 16.433,00 | $ 12.669,00 | $ 6.390,00 |
| GALENO | A | $ 395,50 | $ 684,83 | $ 475,04 | $ 219,12 |
| QUIRURGICO | B | $ 555,04 | $ 821,28 | $ 665,46 | $ 219,12 |
| | C | $ 714,55 | $ 1.068,45 | $ 856,52 | $ 219,12 |
| GALENO PRACTICAS | BAS | $ 229,39 | $ 383,61 | $ 274,71 | $ 122,10 |
| | B | $ 294,87 | $ 464,67 | $ 384,03 | $ 122,10 |
| | C | $ 379,68 | $ 605,13 | $ 494,86 | $ 122,10 |
| GASTO QUIRURGICO | | $ 133,17 | $ 219,50 | $ 144,59 | $ 57,23 |
| OTROS GASTOS | | $ 65,93 | $ 83,08 | $ 37,02 | $ 42,98 |
| GASTO ECOGRAFIA | | $ 133,17 | nomencladas todas$21314 | $ 113,21 | $ 51,48 |
| GASTO RX | | $ 133,17 | $ 191,13 | $ 113,21 | $ 66,06 |
| GASTO BIOQUIMICO | | $ 266,75 | $ 547,73 | $ 313,17 | $ 130,56 |
| *Observaciones:* | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

FEDERACIÓN MÉDICA
DEL CONURBANO

# NUEVOS VALORES DE OBRAS SOCIALES

| Vigencia | | 01/12/2024 | 01/12/2024 | 01/12/2024 |
|---|---|---|---|---|
| Obra Social | | **OSPEPBA** | **JERARQUICOS SALUD** | **SADAIC** |
| Codigo | | **193** | **197** | **870** |
| Facturar con: | | Bonos Requiere inscripción | Planilla o prescripción | Prescripción |
| CONSULTA | BAS | $ 7.994,00 | $ 11.438,00 | $ 16.149,00 |
| 42.01.01 | B | $ 8.433,00 | $ 12.896,00 | $ 20.697,00 |
| | C | $ 8.433,00 | $ 14.058,00 | $ 24.402,00 |
| DOMICILIO | BAS | $ 7.994,00 | $ 11.438,00 | $ 16.149,00 |
| 42.02.01 | B | $ 8.433,00 | $ 12.896,00 | $ 20.697,00 |
| | C | $ 8.433,00 | $ 14.058,00 | $ 24.402,00 |
| GALENO | A | $ 470,51 | $ 498,64 | $ 1.056,08 |
| QUIRURGICO | B | $ 619,31 | $ 668,50 | $ 1.584,91 |
| | C | $ 766,07 | $ 696,81 | $ 2.109,83 |
| GALENO PRACTICAS | BAS | $ 309,15 | $ 287,43 | $ 642,61 |
| | B | $ 403,93 | $ 334,26 | $ 961,93 |
| | C | $ 537,77 | $ 367,47 | $ 1.283,63 |
| GASTO QUIRURGICO | | $ 171,16 | $ 167,13 | $ 361,70 |
| OTROS GASTOS | | $ 52,72 | $ 84,37 | $ 138,89 |
| GASTO ECOGRAFIA | | $ 132,79 | $ 167,13 | $ 277,75 |
| GASTO RX | | $ 132,79 | $ 167,13 | $ 277,75 |
| GASTO BIOQUIMICO | | $ 329,98 | $ 328,26 | $ 725,75 |
| *Observaciones:* | | Afiliado abona coseguro consulta "B"$5500" "C"$6500" | | |
| | | Ecos. $3000 R.M.N. $6000 TAC $6000 | | |

# NUEVOS VALORES

## IOMA

**VALORES ACTUALES:**
(VIGENCIA 01/12/2024)
CONSULTA "BÁSICA" $6500
CONSULTA "B" $8.500
CONSULTA "C" $11.500

**CO-SEGURO PARA TODAS LAS CATEGORÍAS**
A CARGO DEL AFILIADO $3.500

## OSDE

**VALORES ACTUALES:**
(VIGENCIA 01/12/2024)
CONSULTA 42.01.01 $12.877

OM OPTICA MORENO

RECETAS ESPECIALES
LENTES DE CONTACTO
OPTICA COMPUTARIZADA
Moreno 42 Ramos Mejía
4658-7415
www.opticamorenorm.com.ar

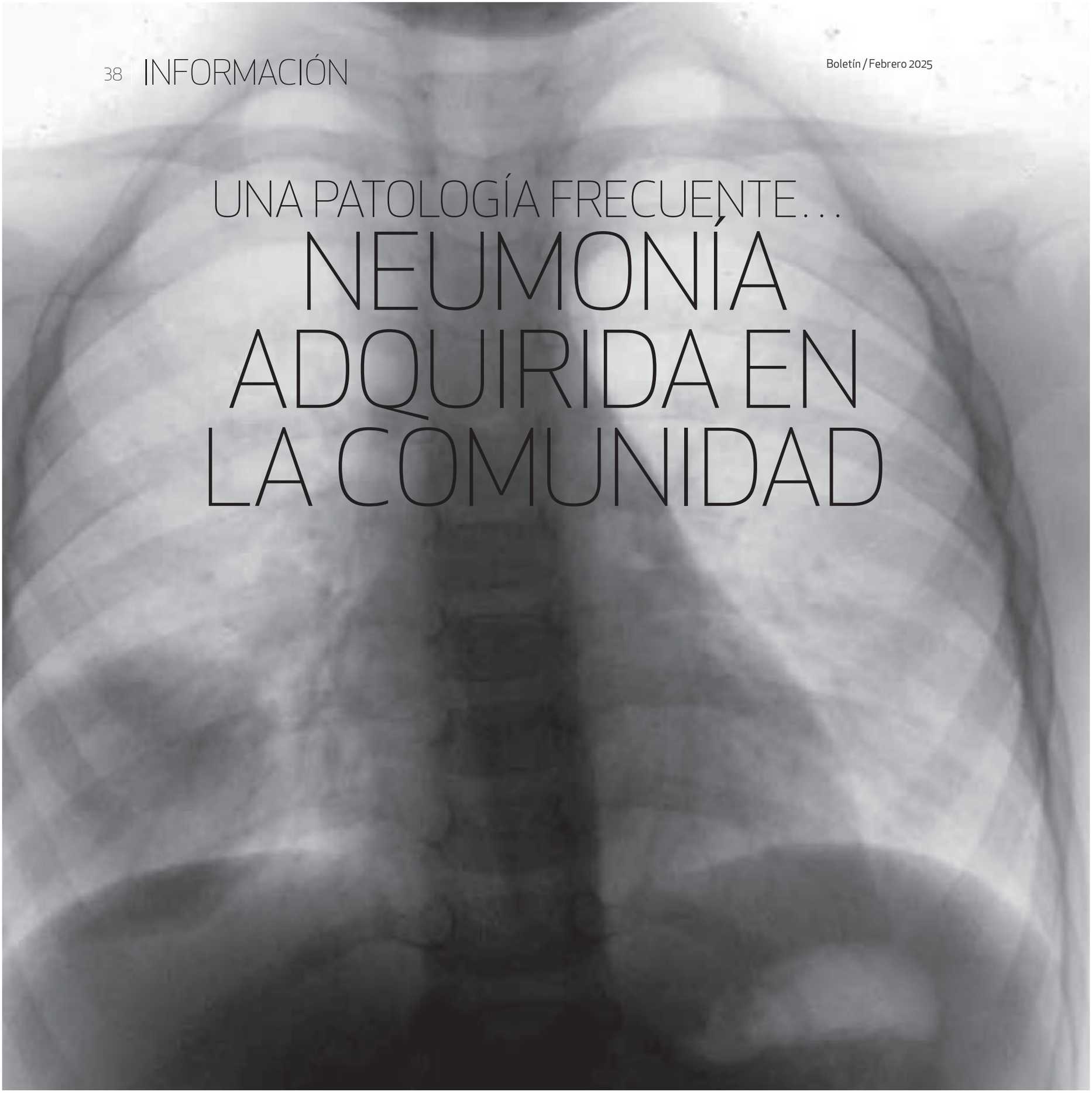
Descuentos para afiliados
de SAMI / OSMECON:

* 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%

PUPILENT
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



## UNA PATOLOGÍA FRECUENTE…

# NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

*https://www.intramed.net/*

# UNA VISIÓN INTEGRAL CON EL FIN DE LOGRAR REDUCCIONES EN LOS COSTOS DE ATENCIÓN SANITARIA PARA LA PRINCIPAL CAUSA DE DISCAPACIDAD EN LA EDAD ADULTA

## INTRODUCCIÓN

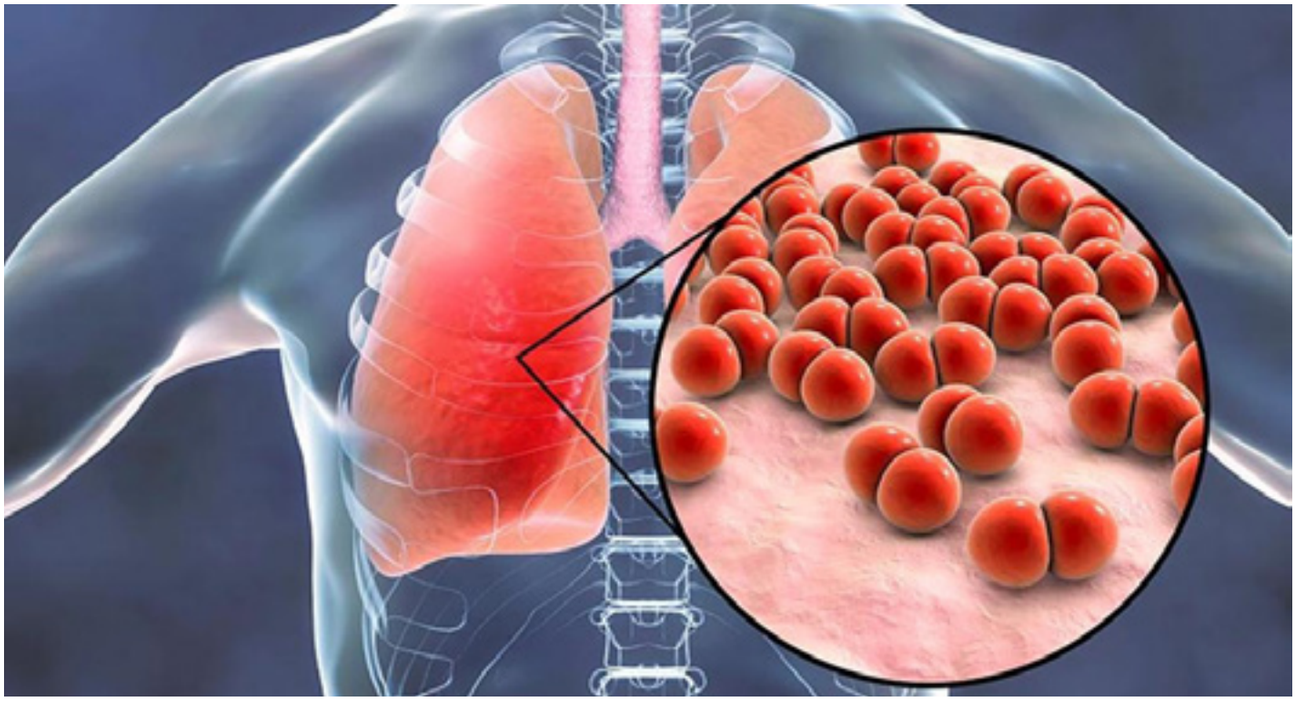
La neumonía, la causa infecciosa más común de hospitalización y mortalidad en adultos en los EE. UU., ocurre cuando un patógeno infecta el tracto respiratorio inferior. La infección posterior y la respuesta inflamatoria causan síntomas respiratorios y sistémicos, y pueden conducir a sepsis, síndrome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

nen 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., coccidioidomicosis 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°C o ≤36°C; recuento de leucocitos <4000/µL o >10.000/µL) 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 meticilina (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 oseltamivir 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 β-lactámicos/macrólidos, como ceftriaxona combinada con azitromicina, durante un mínimo de 3 días.

# CABALGADURA QUE CRUZA EL ESTÍO

CARLOS ALBERTO FIOCCHI

***¡OH! Hermosa niña,***
***que apagaste su juventud***
***cuando se hallaba en plenilunio.***
***No hubo llanto ni piedad.***
***Rodaron las piedras en el fondo del cause***
***Se agitaron las ramas del lapacho***
***Y se oscureció la tarde.***

***Nada fue capaz de apagar su ira***
***No olvidará sus noches de insomnio,***
***nubladas en el marco de la nada.***
***Ausente el cariño.***
***Empañado el espejo , inútil su imagen.***

***Cual cabalgadura que cruza el estío***
***y detiene su marcha junto al abismo.***
***Así fue su amor:***
***encendido al alba ,apagado al ocaso.-***

# LAS LOMAS DE TRELEW

CARLOS ALBERTO FIOCCHI

***El sol cae a plomo sobre la meseta***
***De piedra que sabe del calor***
***En su aparente inmovilidad***
***Cuando el viento gime su canción.***

***Las lomas mimetizan sus tonos grises***
***Con el tímido verde de Primavera***
***Aunque el polvo atenúe su brillo.***

***Un caracol afloró de la tierra***
***Cuando el mar lo cubría***
***Trae el viento que huele sal***
***Y suena como violines milenarios.***

***Siente el caminante en sus plantas***
***La soledad del instante,***
***El silencio de la meseta desnuda***
***Que brega por el revelar el secreto.***

***Porque el tiempo y la distancia lo exalta***
***Las lomas***
***Que protegen al valle se yerguen***
***Como centinelas de un tesoro existencial.***

# ROMY CORAJE DE TORMENTAS Y ALGO MAS…

CARLOS GEFE5248

***Atrás quedó la tormenta***
***Con el viento frío***
***Lacerando las heridas de tu ausencia…***
***Con las nubes bajas***
***Acunando días de ira y de paciencia.***
***Con la lluvia en ciernes***
***Acechando impiadosa la conciencia,***
***Que rebelde se expresa por mi faz.***

***Ya el sol asoma y calienta***
***Plenos sus brotes de brio***
***Acortando con sus alas la distancia…***
***Veloces sus rayos viajan***
***Uniendo los abrazos y las ansias***
***Bajo un cielo celeste viernes***
***Mojando con rocío esa fragancia***
***que de alegría se prende con su luz.***

SAMI
OSMECON
LA 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.

# 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 matricula 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**

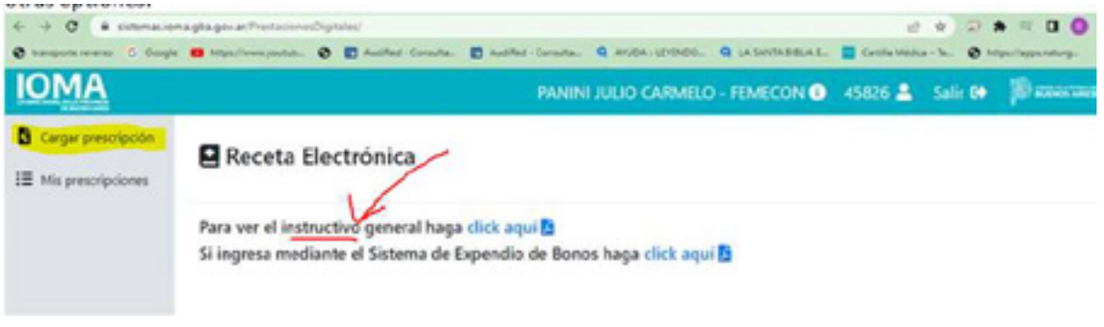
COLEGIO DE MEDICOS DE LA PCIA. DE BS.AS. DISTRITO III

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.

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)

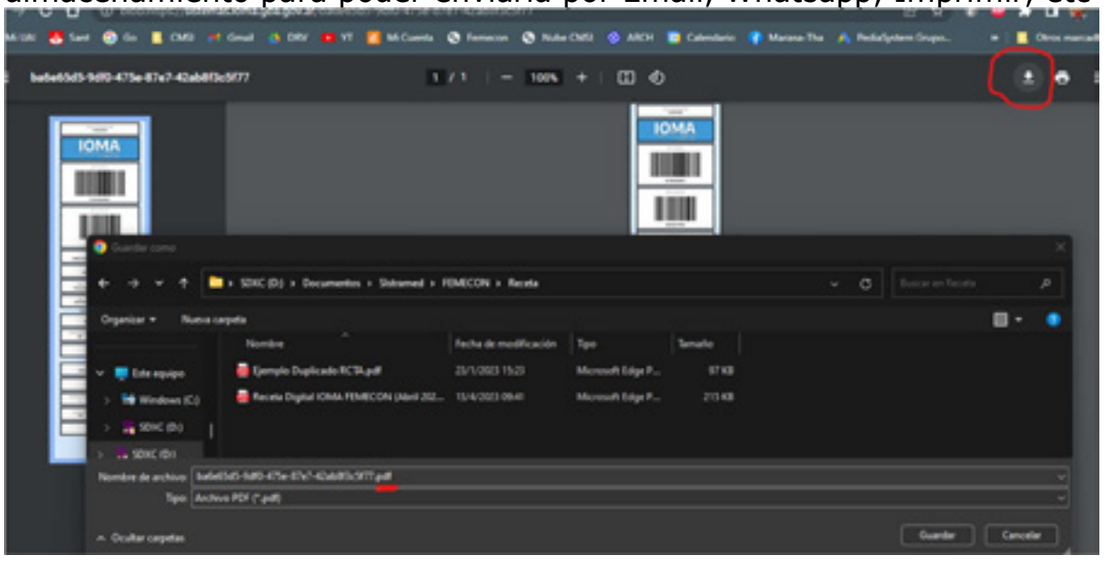


Al leer el instructivo, las dos primeras hojas no deberá tenerlas en cuenta, porque no aplica para el caso de FEMECON ya que el ingreso lo realiza directamente desde la aplicación TECNOTOUCH de FEMECON.

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.

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.ismedioambiente.com/calendario-medio-ambiente-2025/*

# CALENDARIO AMBIENTAL

# CALENDARIO AMBIENTAL

**El 2 de febrero es el Día Mundial de los Humedales**, conmemoración de la firma del Convenio sobre los Humedales en Ramsar, Irán, el 2 de febrero de 1971. El tema para este Día Internacional de los Humedales en 2025 se titula «Proteger los humedales para nuestro futuro común», esperando con ello que esta nueva campaña sea una oportunidad de conseguir una concienciación mundial sobre la imperiosa necesidad de proteger los humedales de nuestro planeta.

**El día 12** y como tributo a su contribución a la ciencia se celebra el **Día de Darwi**n. La última fecha que destacamos del mes de febrero es **el 21, Día Internacional del Guía de Turismo**. Se comenzó a celebrar en 1990 y la fecha fue escogida por coincidir con la fundación de la Federación Mundial de Guías Profesionales de Turismo.

Durante el mes de febrero se celebran numerosos Días Mundiales e Internacionales dedicados a los animales: **Día Mundial del Galgo (1 de febrero), Día Mundial del Hipopótamo, Día Mundial del Pangolín, Día Mundial de las Ballenas (Ambos el 18 de febrero) y Día Mundial del Gato (20 de febrero)**

Además, durante este mes, del **17 al 23 de febrero**, tiene lugar la **Semana Europea de la Pobreza Energética.**

IAF INSTITUTO ALEXANDER FLEMING

dim

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

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

- Consulta Médica
- Tecnología de Avanzada
- Próximamente Hospital de Día

**DIM Alta Complejidad, Espora 18, Ramos Mejía.**