



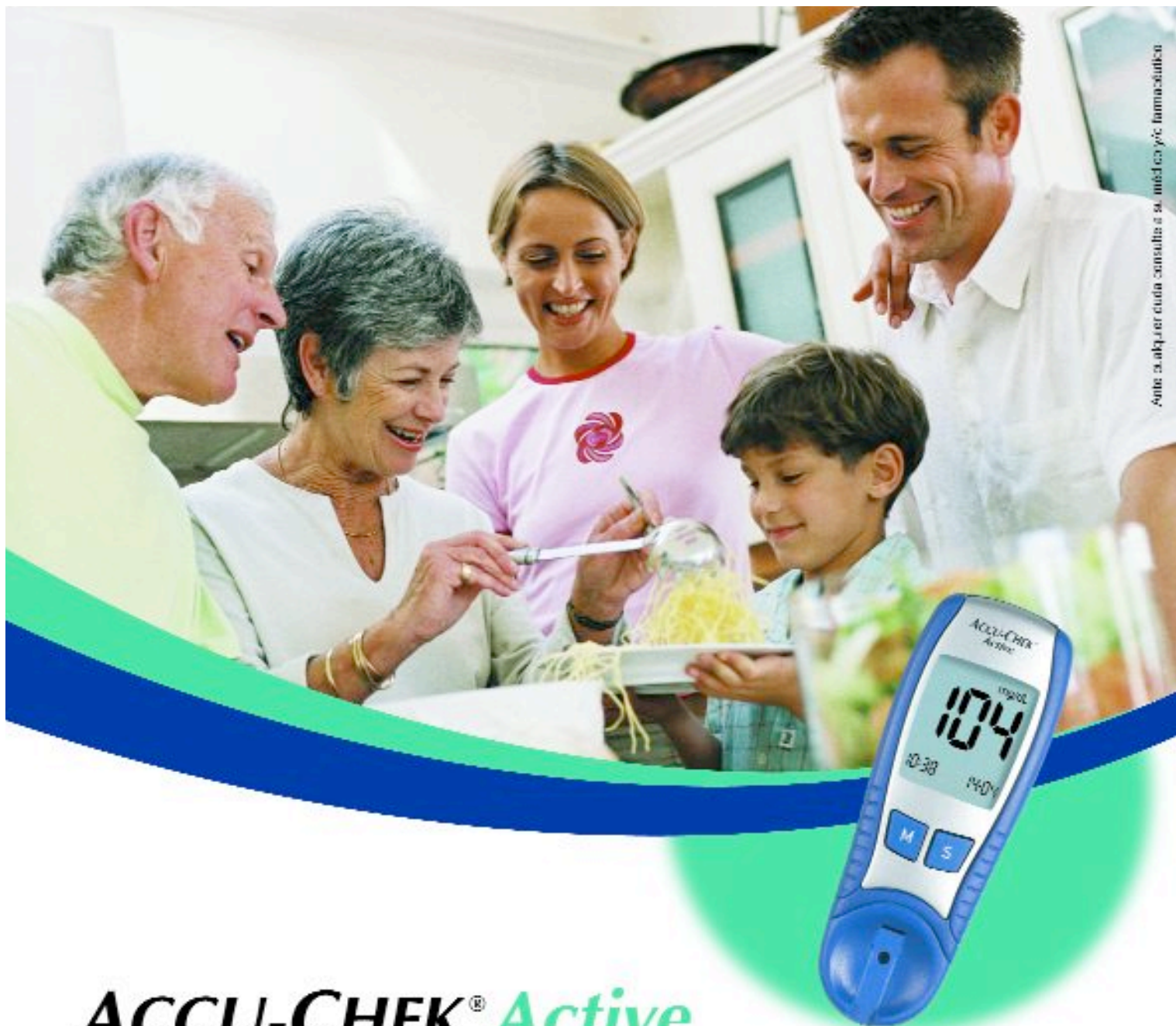
AHORA, la Salud

Año 3 • Nº 19 • Mayo de 2007 • Revista de distribución gratuita

PROGRAMA CÓRDOBA DIABETES

4.500.000 envases de medicamentos

Esta cantidad de unidades de fármacos ambulatorios para el tratamiento de la diabetes y otras patologías asociadas, es provista anual y gratuitamente por el Ministerio de Salud cordobés a casi 8.600 pacientes, según el titular de la cartera sanitaria de esta provincia, Dr. Oscar González



ACCU-CHEK® *Active*

El medidor de glucemia

Más rápido. Más confiable. Más simple.



ACCU-CHEK es un marca registrada de Roche. © 2007 Roche Diagnostics
www.accu-check.com.ar
Roche Diagnostics Argentina

Para mayor información por favor comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente

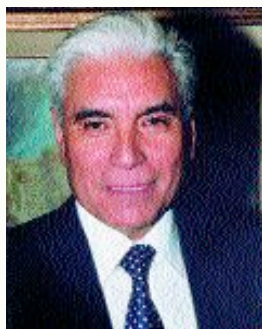
 **0800-333-8365**
Responde **0800-333-6081**

ACCU-CHEK®

Viví la vida. Libremente



PRESIDENTE
SR. RAMON FELIPE CARRERAS



AHORA, la Salud

LA REVISTA ES UNA PUBLICACION
DE LA FUNDACION ABC

DIRECTOR
SR. RAMON FELIPE CARRERAS

Fundación ABC:
Av. Jujuy 615, 1er piso (1229)
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Tel./fax: (54-11) 4941-1001
Página web: www.abcsalud.com.ar
E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar

Edita y comercializa:

eb

Editorial Biotecnológica S.R.L.

GERENTE:
FACUNDO LUGONES

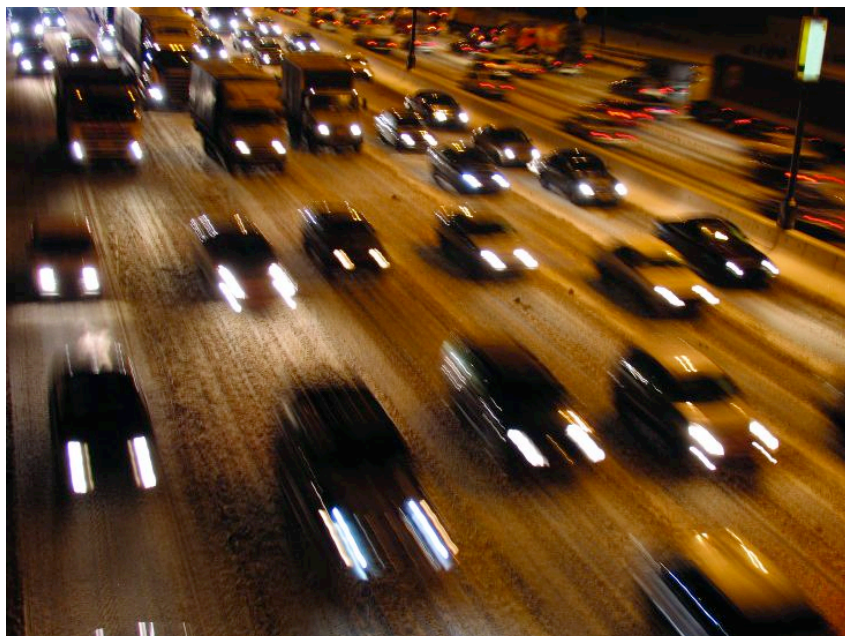
DISEÑADORA:
MARIA VICTORIA XIMENES

EDITOR DE FOTOGRAFIA:
FERNANDO LUGONES

COLABORADOR PERIODISTICO:
LIC. JUAN CARLOS RIVERA

Editorial Biotecnológica S.R.L.:
Av. Asamblea 43 (C1424COA), Ciudad
de Buenos Aires. Tel./fax: (54-11)
4925-6600/0358/0394. E-mail:
administracion@editorialogica.com.ar

¿Emergencia vial o irresponsabilidad política?



¿Es justo el precio que debe pagar cada conductor por utilizar una ruta que no se encuentra en óptimas condiciones y en la cual, incluso, está en riesgo su vida?

Según la Organización Mundial de la Salud, 1.200.000 personas mueren anualmente en el mundo como consecuencia de los accidentes de tránsito. En nuestro país, unas 20 personas mueren por día, lo que implica cerca de 7.000 muertos por año y más de 120.000 heridos anuales de distinto grado, según datos de la Asociación Civil "Luchemos por la Vida".

En comparación, desde el Ministerio de Salud, advierten que alrededor de 1.500 personas mueren de HIV anualmente en Argentina. Con esto queremos resaltar la importancia dada a la prevención y campañas publicitarias en relación a una enfermedad viral grave como es el Sida, y la falta de interés hacia las muertes en accidentes viales –que quintuplican a las ocurridas por HIV– reflejada en la ausencia de difusiones preventivas a través de los medios de comunicación.

Asimismo, se calcula que alrededor de 15.000 personas quedan discapacitadas anualmente por esta misma circunstancia y con dificultades para insertarse en el sistema laboral, educativo, incluso social. Además, si bien según la Ley 24.901 (de "prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con capacidad") las obras sociales obligatoriamente deben encargarse de la cobertura total de las prestaciones básicas que necesiten las personas con discapacidad, en este caso se trataría de un aumento de la inversión en seguridad social que podría prevenirse si, previamente, se invirtiese en el modo de evitar accidentes.

Seguridad en las rutas

En los últimos años, en Argentina, aumentó estrepitosamente el parque automotor y, en consiguiente, los accidentes viales. La Dirección de Vialidad



Por lógica, si ha aumentado el número de vehículos, deberían incrementarse también las medidas de prevención

Nacional es la encargada de planificar los trazados, obras y operaciones en la Red Troncal Nacional, ejecutar las políticas nacionales en materia de obras y servicios viales, y planificar y programar las mejoras en caminos, rutas expresas y autopistas. Es decir, es el ente encargado de optimizar y garantizar la seguridad vial, además de cuidar la vida de los usuarios.

Por otro lado, dentro de este gran negocio, se encuentran las concesionarias de peajes de las rutas nacionales y provinciales que se jactan de ofrecer un mejor servicio cada día a los conductores que cotidianamente las transitan. Entre los “beneficios” pueden mencionarse: sistemas totalmente automatizados, tareas rutinarias de mantenimiento de seguridad, instalación de cámaras de video o los denominados “call box” (postes de auxilio). Sin embargo, al parecer, todas estas medidas no son suficientes para reducir la cantidad de muertes que se producen anualmente como resultado de los accidentes de tránsito. Por lógica, si ha aumentado el número de vehículos, deberían incrementarse también las medidas de prevención y el número de carriles en la ruta.

De igual manera, el conductor tiene pleno derecho de transitar por una ruta en excelentes condiciones de seguridad dado el monto del peaje que debe pagar cada vez que la utiliza. No obstante, estas cabinas se asemejan a “cajas recaudadoras” que no se ocupan (ni

preocupan) por señalar de una mejor manera los caminos, realizar campañas de prevención de accidentes o reforzar los servicios de emergencia. No obstante, por ejemplo, frente al actual problema de la persistente niebla en nuestras rutas, los responsables deciden tomar la decisión más sencilla: cerrar los caminos cuando, en realidad, deberían colocar carteles luminosos que adviertan la presencia de niebla y reflectores para poder transitar debidamente. En pocas palabras, el usuario no recibe un servicio sino una complicación porque, además de perder su tiempo, está obligado a tomar otro camino.

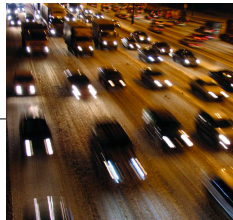
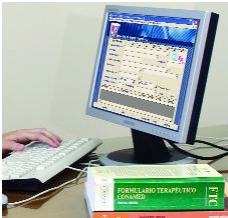









Ahora bien, ¿es justo el precio que debe pagar cada conductor por utilizar una ruta nacional que no se encuentra en óptimas condiciones y en la cual, incluso, está en riesgo su vida? Evidentemente, no.

Entonces, ¿quién es el responsable de esta situación? Los actores son varios: por un lado, podemos mencionar a los gobernantes por hacer caso omiso a las alarmantes cifras; por otro lado, a las personas responsables de controlar el crecimiento del parque automotor y, por último, a quienes tienen la obligación de brindar rutas y caminos en verdaderas condiciones de viabilidad, garantizando plena seguridad a los conductores.

De esta manera, las “rutas” que surgieron post década de 1990 no mejoraron –menos aún reforzaron– la seguridad vial. Incluso actualmente las concesionarias de peajes afirman que “se verifica un descenso de los índices de accidentología desde el inicio del período de explotación de las rutas”, cuando en realidad las cifras mencionadas en este artículo sostienen lo contrario. En este sentido, está comprobado que la seguridad vial no es accidental. El crecimiento del parque automotor deberá estar acompañado de mejores y mayores espacios de tránsito para no continuar pagando con vidas humanas la desidia de quienes tienen la responsabilidad de proteger a la sociedad. Sólo la educación para la prevención es la mejor herramienta que ayudará a cambiar esta alarmante realidad.



Sumario

	EDITORIAL	
	Seguridad vial	
	3	
	SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS VIA INTERNET	
	Receta Electrónica Argentina	
	6	
	PROGRAMA CORDOBA DIABETES	
	Entrevista con el Ministro de Salud de Córdoba	
	8	
	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2	
	Soñar, soñar	
	14	
	UN TEMA POCO TRATADO EN UNA POBLACIÓN ESPECIAL	
	Hipertensión arterial en la niñez	
	20	
	PATOLOGÍAS DE LA POBREZA EN LA NIÑEZ ARGENTINA	
	Lejos de las estadísticas, cerca de la cotidianidad	
	24	
	PROBLEMAS DE INFERTILIDAD	
	Cuando la cigüeña no llega	
	28	
	EMBARAZO	
	Las tres etapas de la gestación	
	34	
	AGENDA	
	Cursos de la Fundación ABC	
	37	
	31 DE MAYO: DÍA MUNDIAL SIN TABACO	
	Cambiar un terrible diagnóstico	
	38	
	EFEMERIDES DE MAYO	
	Control del tabaquismo y trabajo	
	42	

Receta Electrónica Argentina

GESTION Y EFICIENCIA PARA LOS FINANCIADORES, MAYOR ACCESIBILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES, CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN PARA LOS MÉDICOS Y SEGURIDAD PARA LOS FARMACEUTICOS, SON ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DEL SISTEMA INFORMÁTICO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTERNET, DESARROLLADO POR ABC S.A., EMPRESA LÍDER EN EL GERENCIAMIENTO MÉDICO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS



ABC S.A. ha desarrollado junto a su cuerpo de profesionales especializados la Receta Electrónica, un instrumento informático tecnológico que opera vía Internet y satisface los requisitos de quienes participan tanto en el proceso de prescripción -incluidos los usuarios- como en el de financiación de medicamentos ambulatorios



La tecnología y la informática aplicadas en el ámbito de la medicina, han demostrado ya sus beneficios, acompañando a los profesionales en la práctica diaria, contribuyendo en las distintas etapas del diagnóstico y el tratamiento correcto de un enfermo.

El impresionante desarrollo de la tecnología médica, con logros imposibles de imaginar hace sólo unos años, está produciendo cambios muy significativos en la configuración de los servicios de salud. A fines de siglo XIX, el descubrimiento de los Rayos X, cuya evolución nos condujo a la tomografía axial computada, a su vez erigida en un hito para la aparición espectacular de nuevas tecnologías, como la angiografía por sustracción digital, la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones; los autoanalizadores computarizados en los laboratorios; en la terapéutica, las diversas aplicaciones de los rayos láser, las distintas técnicas endovasculares, los innovadores y modernos sistemas para el tratamiento con radioterapia, entre muchas otras herramientas, configuran un lote de potentes tecnologías médicas que apoyan la labor del médico tratante y que son puntos de partida para un futuro inimaginable.

ABC S.A. ha desarrollado junto a su cuerpo de profesionales especializados la Receta Electrónica, un instrumento informático tecnológico que opera vía Internet y satisface los requisitos de quienes participan tanto en el proceso de prescripción -incluidos los usuarios- como en el de financiación de medicamentos ambulatorios.

Este desarrollo informático es una contribución más del continuo trabajo de ABC S.A. en pos de aportar soluciones innovadoras al sistema de la Seguridad Social Argentina, para dotarlo de mayor accesibilidad, garantizarle eficiencia y brindar satisfacción a los usuarios.

Los alcances de esta herramienta -en particular su factibilidad de articular con bases de datos- tienen como única frontera los lí-

mites del pensamiento. En la práctica, aporta beneficios para los diferentes actores del sistema: mayor accesibilidad de los medicamentos para los pacientes, eficiencia para los financiadores, calidad de prescripción para los médicos y seguridad para los farmacéuticos.

Asimismo, en una primera etapa de implementación, su contribución principal está orientada a desburocratizar el proceso de los medicamentos con autorización previa y/o de

EN UNA PRIMERA ETAPA DE IMPLEMENTACION, LA CONTRIBUCION PRINCIPAL DE LA RECETA ELECTRONICA ESTA ORIENTADA A DESBUROCRATIZAR EL PROCESO DE LOS MEDICAMENTOS CON AUTORIZACION PREVIA Y/O DE USO CONTINUO

uso continuo, favoreciendo a tanto a los agentes del seguro como a los beneficiarios de dichas prestaciones.

La Receta Electrónica es un novedoso aporte al sistema sanitario argentino, pensado desde el conocimiento que nos otorgan más de 10 años acompañando a los agentes del seguro de salud en la financiación de prestaciones de medicamentos. En base a esta trayectoria, nuestros técnicos informáticos, profesionales de la salud y especialistas en gestión han hecho realidad esta herramienta que suma al eficiente control del gasto, beneficios en tiempo real, útiles tanto para la toma de decisiones en auditoría, como para ordenar costos, prestaciones, autorizaciones y estadísticas.



Programa Córdoba Diabetes

El exitoso crecimiento de Procordia

CASI CUATRO MILLONES Y MEDIO ES LA CANTIDAD DE UNIDADES DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES Y OTRAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS, PROVISTA ANUALMENTE POR EL MINISTERIO DE SALUD CORDOBES A CASI 8.600 PACIENTES, SEGUN SOSTUVO EL TITULAR DE LA CARTERA SANITARIA DE ESTA PROVINCIA, DR. OSCAR GONZALEZ. SE SUMA AL PROGRAMA UN NOVEDOSO SISTEMA INFORMATICO DE ABC QUE AYUDARIA A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS DIABETICOS

Por Facundo Lugones

De la Redacción de **AHORA, la Salud**



“La provincia tiene aproximadamente tres millones y medio de habitantes, de los cuales cerca del 40% no tiene ningún tipo de cobertura..., por lo tanto, a cargo del sistema público provincial”, explica el Ministro de Salud de Córdoba, Dr. Oscar González

En la Provincia de Córdoba, se proveen anual y gratuitamente 66.864 unidades de insulina humana, 4.409.413 de medicamentos orales y 479.650 de tiras reactivas a 8.574 personas con diabetes, en el marco del programa oficial de prevención y tratamiento de esta patología.

Esta iniciativa del Ministerio de Salud cordobés tiene el fin de atenuar los costos socioeconómicos y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes, que carecen de cobertura médica privada o de obra social. El Programa Córdoba Diabetes (Procordia) se basa "en una red de atención en consultorios especializados, con profesionales a cargo, en casi todos los hospitales públicos de la provincia. Básicamente, además de la atención personalizada, garantiza la provisión de todos los insumos necesarios para el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad, y la detección temprana de complicaciones", explicó el ministro de la cartera sanitaria, Dr. Oscar Félix González, durante una entrevista exclusiva que mantuvo con AHORA, la Salud.

González habla con la parsimonia de un orador legislativo. De hecho, fue tres veces diputado nacional por su provincia y uno de los responsables de la nueva Ley de Donación de Organos. La sala de reuniones del ministerio es un ambiente cálido. De sus paredes de madera, penden antiguos óleos que representan al Hospital Rawson, la Catedral de Córdoba, la Capilla de Candonga. Es una provincia con una larga historia y una extensa tradición sanitaria. González apoya sus codos sobre la mesa de roble y reflexiona: "La provincia tiene aproximadamente tres millones y medio de habitantes, de los cuales cerca del 40% no tiene ningún tipo de cobertura, es decir, está fuera de cualquiera de los sistemas de las obras sociales nacionales, provincial, PAMI o prepagas. Da una cifra de alrededor de 1.200.000 personas sin cobertura en la provincia, por lo tanto, a cargo del sistema público provincial de salud.



Cae la tarde en el microcentro de la Capital de Córdoba. Sólo en esta ciudad, hay 4157 personas con diabetes registradas por el programa Procordia

"Con respecto a la organización del sistema público, en realidad la provincia tiene una fenomenal estructura de atención. Hay 35 hospitales provinciales que dependen de este Ministerio de Salud, 110 hospitales municipales bajo la órbita de gobiernos municipales y una inmensa cantidad de dispensarios y centros de atención primaria de la salud, porque Córdoba tiene entre municipios y comunas más de 400 gobiernos locales. La provincia dispone de aproximadamente 5.000 camas en el sistema público con centros de excelencia de alta complejidad, como el Hospital de Niños y el Hospital Córdoba, para adultos. Yo diría que

“LA POBLACION DIABETICA SABE QUE INCORPORARSE A ESTE SISTEMA GARANTIZA MEDICAMENTOS Y TIRAS DIAGNOSTICAS GRATUITAS”



En el último año, en el marco del Programa de Prevención de Cáncer de Mama, se realizaron casi 15.000 mamografías en mujeres. En la foto, la multitud en una peatonal de la capital cordobesa

en este momento existe una razonable y buena integración entre los prestadores municipales y los provinciales, interrelación que estamos tratando de mejorar y completar. Los efectores municipales son la clave, deben hacerse cargo de las prestaciones de atención primaria de la salud y complejidad media-baja”.

-¿En Córdoba aproximadamente cuántos pacientes con diabetes hay?

-Tenemos el programa Procordia, que incluye a los diabéticos que se atienden en el sistema público de salud, fundamentalmente en

los hospitales dependientes de la provincia. En ese sistema, tenemos registrados 8.574 pacientes (ver recuadro “Pacientes registrados bajo programa 1999/2007”). A eso hay que sumarle las personas con diabetes que se atienden a través de la obra social de la provincia y del resto de la cobertura. Pero en general, Córdoba comparte los indicadores medios de diabetes en la población argentina. De manera tal que quizá nos está faltando un registro único de diabetes que incluya todos los subsistemas, así como tenemos un registro provincial único de tumores. Estamos trabajando con miras a eso.

La puesta en marcha del sistema provisto por ABC, un software para el seguimiento de los pacientes crónicos que se atienden a través del Procordia, en realidad, debería ser el primer paso para continuar con la incorporación y la carga de todos los pacientes diabéticos que existen en la provincia.

-El programa Procordia fue creado en 1999. ¿Cómo ha evolucionado la prevalencia (aparición de nuevos casos) de esta enfermedad en los últimos años?

-Ha ido aumentando el número de pacientes registrados en el sistema, quizá no como un aumento de la frecuencia con que la enfermedad aparece en la población general, sino como consecuencia de que el programa se ha ampliado. Hubo acciones tendientes a capturar al paciente con diabetes, el programa se ha ido extendiendo hacia distintos hospitales del interior de la provincia. La propia población diabética sabe que incorporarse a este sistema garantiza medicamentos y tiras diagnósticas gratuitas. Entonces nosotros creemos que estamos muy cerca de registrar la cantidad de pacientes que hay, pero falta cuantificar otros pacientes que se atienden en otros sistemas.

-¿Qué presupuesto tiene Procordia actualmente?

-Solo en insumos: insulinas, antidiabéticos orales y tiras reactivas, nosotros gastamos 3 millones y medio de pesos por año, sin contar los recursos humanos (el presupuesto asignado a recursos humanos forma parte del general de cada hospital).

-En cuanto a prevención de la diabetes, ¿qué acciones están realizando?

-Campañas de difusión pública para la de-



Uno de los hospitales móviles, estacionado en el parque del predio del Ministerio de Salud cordobés. Periódicamente estos camiones recorren las localidades más pequeñas para llevar tecnología de última generación a la población de menores recursos

Las manos que guían la ciencia, extienden la esperanza

Merck Serono Oncology | Targeting Cancer for Better Lives

MERCK
SERONO

“Lo más importante es la detección temprana y el seguimiento de la diabetes. Por eso, tenemos muchas expectativas en este programa de seguimiento informático de ABC”, asegura el Dr. González



tección precoz de la enfermedad. Nos parece que lo más importante es la detección temprana y el seguimiento. Por eso tenemos muchas expectativas en este programa de seguimiento informático (provisto por la empresa ABC), porque permitirá identificar pacientes que abandonan el tratamiento y desviaciones en consumos que no están correlacionados con el diagnóstico en cada caso, intervenir rápidamente sobre complicaciones asociadas a la diabetes impidiendo que nos lleguen enfermos graves que son desde el punto de vista económico enormemente costosos.

-¿Qué complicaciones, por ejemplo?

-No es lo mismo tratar una diabetes que hacerse cargo de una retinopatía diabética o tener que hacer una amputación de un miembro inferior por una vasculopatía no diagnosticada. Una insuficiencia renal conduce a un enfermo a un programa de diálisis renal crónica por falta de diagnóstico temprano o de medidas terapéuticas adecuadas. Es decir, la diabetes es una enfermedad que tiene una serie de patologías asociadas con el aparato cardiovascular, los ojos, los riñones, el aparato vascular periférico. Son patologías complicadas, caras. Un correcto seguimiento, adecuado tratamiento y una detección precoz de las complicaciones hace que el paciente tenga mayores expectativas y mejor calidad de vida. Al mismo tiempo (esto implica) un costo muy inferior para el Estado.

-En lo que se refiere a patologías crónicas en general y diabetes en particular, ¿qué mensaje de prevención y educación le gustaría hacer llegar a los pacientes que se atienden en los hospitales y centros públicos?

-Primero me gustaría decirles que nosotros estamos trabajando para que un grupo de patologías crónicas de baja incidencia pero de alto costo sean incorporadas a un programa de seguimiento personalizado, como el que hemos puesto en marcha para diabetes con la empresa ABC. Me refiero a hemofilia, fibrosis quística y esclerosis múltiple, entre otras, que no tienen alta incidencia en la población pero que tienen un enorme costo para el Estado. Si uno no tiene un seguimiento muy cuidadoso de estos pacientes, se generan desbordes presupuestarios significativos. Si bien hoy lo estamos haciendo sin recursos tecnológicos que ya deberíamos haber implementado, nuestra aspiración es hacerlo en el corto plazo.

PACIENTES BAJO PROGRAMA PROCORDIA (1999-2007)

AÑO	TOTAL	CAPITAL	INTERIOR
1999	1311	634	677
2000	3537	1377	2160
2001	3490	1386	2104
2002	4251	2865	2529
2003	7500	2865	4635
2004	8694	3162	5487
2005	8205	3039	5166
2006	8421	4035	4386
2007	8574	4157	4417

CANTIDAD DE PERSONAS CON DIABETES SEGUN TIPOLOGIA (BAJO PROGRAMA PROCORDIA)

Tipo 1	2002
Tipo 2	5069
Combinados	1463
Gestacionales	40
Total	8574

Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.





PROGRAMA LIDER EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

La diabetes es un largo camino con subidas y bajadas, transítelo con esperanza y una mejor calidad de vida

El Programa Diabetes garantiza al Beneficiario:

- El acceso a medicamentos e insumos esenciales de alta calidad.
- Una Red de farmacias experta en atención de personas con Diabetes.
- Tratamientos con esquemas de reconocida validez científica.
- El estricto control y seguimiento evolutivo de su patología.
- Cursos gratuitos de Educación.

También garantiza a la Obra Social:

- Los controles de gestión del equipo de salud y del paciente.
- La eficiencia en la utilización de los recursos, eliminando los desvíos que el sistema posibilita.
- El financiamiento adecuado.

SIEMPRE CERCA DEL PACIENTE, TODOS LOS DÍAS

Ahora, Red de Farmacias ABC atiende los domingos de 9 a 18 hs. en las sucursales de Av. Cabildo 2675 y Honorio Pueyrredón 801.



www.abcsalud.com.ar

Prevención y tratamiento de la diabetes tipo 2

Soñar, soñar

IMPORTANTES AVANCES CIENTIFICOS EN EL
CONTROL DE ESTA PATOLOGIA CRONICA
QUE AFECTA AL 5% DE LOS ADULTOS
EN EL MUNDO



Los esfuerzos de los científicos de los principales centros de investigación del mundo están focalizados en un mismo objetivo: mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes. Poder curar esta patología es por ahora tan sólo un hermoso sueño, que ojalá se haga pronto realidad

Un correcto tratamiento con el medicamento rosiglitazona, bajo estricto seguimiento médico, reduciría sustancialmente la incidencia de diabetes tipo 2 e incrementaría la probabilidad de regreso a normoglucemia, en adultos que presentan glucosa alterada en ayunas y/o tolerancia alterada a la glucosa. También brindaría ventajas en la etapa inicial de esta clase de diabetes, ya que produciría un control más durable de la glucosa en sangre, en comparación con metformina y glibenclamida.

Así lo prueban sendos ensayos clínicos internacionales, cuyos resultados han sido recientemente publicados en las prestigiosas revistas científicas *The New England Journal of Medicine* (EE.UU.) y *The Lancet* (Reino Unido).

“La diabetes tipo 2 afecta al 5% de los adultos en el mundo; esta prevalencia está creciendo rápidamente. Personas con diabetes mellitus tipo 2 corren riesgo de serias complicaciones oculares, renales, nerviosas y vasculares, que causan morbilidad y mortalidad sustanciales. Pacientes con deteriorada tolerancia de la glucosa o deteriorada glucosa de ayuno son asintomáticos pero corren alto riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares en el futuro. La diabetes tipo 2 se desarrolla cuando la secreción de insulina pancreática es insuficiente para mantener la homeostasis normal de la glucosa. Acarbosa y metformina reducen incidentes diabéticos en 25–30%; modificaciones en el estilo de vida, focalizadas en la dieta y en la actividad física reducen los incidentes diabéticos en más del 50%, pero son difíciles de sostener en el tiempo”, explican los investigadores del estudio Reducción de la Diabetes con Ramipril y Rosiglitazona (DREAM, sus siglas en inglés), publicado en *The Lancet*, en septiembre último (1).

Asimismo, aseguran que “rosiglitazona, en 8 mg diarios, por tres años reduce sustancialmente la incidencia de diabetes tipo 2 e incrementa la probabilidad de regreso a normoglucemia, en adultos que presentan glucosa alterada en ayunas y/o tolerancia alterada a la glucosa”.

“Rosiglitazona –continúa el equipo DREAM– es una tiazolidindiona aprobada para el tratamiento de la hiperglucemia en pacientes con diabetes tipo 2 estabilizada. La droga estimula el receptor gama activador de la prolifera-



“Modificaciones en el estilo de vida, focalizadas en la dieta y en la actividad física reducen los incidentes diabéticos en más del 50%, pero son difíciles de sostener en el tiempo”, explican los investigadores del estudio DREAM

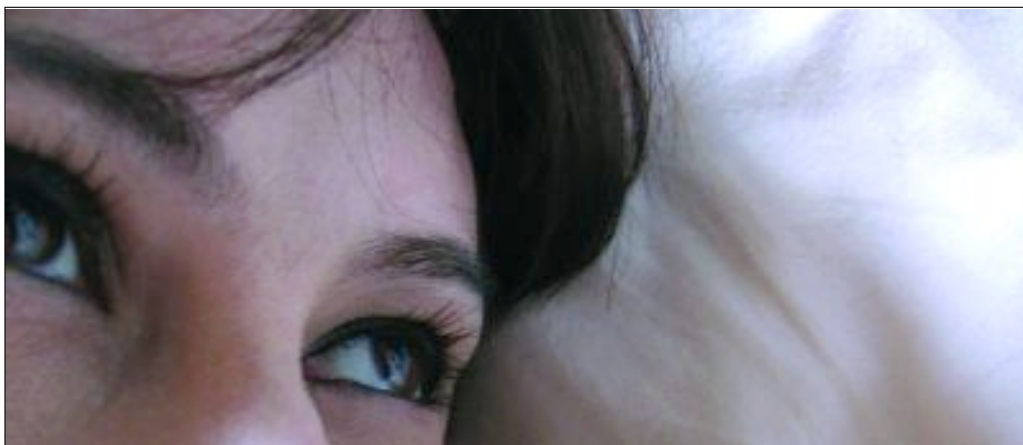
ción de peroxisomas, aumenta la sensibilidad hepática y periférica a la insulina, preserva la secreción de insulina y puede promover la salud de las células del páncreas”. En resumen, reduce la resistencia a la insulina y podría preservar la secreción de esta sustancia.

Con respecto a la metodología de investigación, fueron reclutados “5269 adultos de 30 años de edad o más, que presentaban glucosa alterada en ayunas y/o tolerancia alterada a la glucosa, sin enfermedades cardiovasculares previas, en 191 ciudades de 21 países, y aleatoriamente seleccionados para recibir rosiglitazona (8 mg diarios; n=2365) ó placebo (2634), con un seguimiento promedio de tres años. El resultado primario era un mix entre incidentes diabéticos y muerte”.

Eficacia en el tratamiento inicial

Otro ensayo clínico internacional, cuyos resultados fueron publicados en la Revista norteamericana de la Sociedad Médica de Massachusetts, *The New England Journal of Medicine* (2), una de las más prestigiosas del mundo, subraya las ventajas del tratamiento inicial de la diabetes tipo 2, con rosiglitazo-

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 corren riesgo de serias complicaciones oculares, renales, nerviosas y vasculares. La prevalencia de esta patología está creciendo rápidamente



REFERENCIAS

1. The DREAM Trial Investigators (15 de septiembre de 2006): "Efecto de rosiglitazona sobre la frecuencia de la diabetes en pacientes con deteriorada tolerancia de la glucosa o glucosa de ayuno deteriorada: ensayo clínico aleatorio", en revista electrónica *The Lancet*, Reino Unido (www.thelancet.com).
2. Steven E. Kahn y otros (4 de diciembre de 2006): "Durabilidad glucémica de la monoterapia con rosiglitazona, metformina o gliburida", en *The New England Journal of Medicine* 2006; 355:2427-43, Massachusetts Medical Society (www.nejm.org), EE.UU.

na, con respecto a otros medicamentos.

"Durante un período promedio de 4 años, (esta droga) retardó el fracaso de la monoterapia (definida como un nivel confirmado de glucosa en sangre, en ayunas, mayor que 180 mg por decilitro) en forma más efectiva que metformina o gliburida. Lo mismo ocurrió en umbrales más bajos para el fracaso de la monoterapia (nivel de glucosa en sangre superior a 140 mg por decilitro), un nivel más consecuente con los utilizados en las iniciativas terapéuticas actuales para el manejo de la glucosa. Aunque la rosiglitazona fue más eficaz en general que la metformina, análisis de la heterogeneidad no demostraron diferencias entre los subgrupos, salvo un mayor efecto en los pacientes de mayor edad y con cintura más grande".

Investigadores de 488 centros de EE.UU., Canadá y 15 países europeos participaron en el estudio sobre la Progresión de la Diabetes (ADOPT, sus siglas en inglés). Estos científicos recomiendan: "Lograr y mantener niveles de glucemia cercanos a los establecidos como normales, reduce el riesgo a largo plazo de las complicaciones de esta enfermedad. A pesar de los cambios en los estilos de vida y el tratamiento con distintos fármacos, los niveles de glucemia se elevan en la diabetes mellitus (DM) tipo 2. Posiblemente a consecuencia de la desaparición de la función de las células β . La evolución natural de la DM tipo 2 hace que sea difícil alcanzar los niveles deseados de hemoglobina glicosilada con los tratamientos tradicionales, por lo que, generalmente se necesita un tratamiento que escale dosis y una combinación de varios fár-

macos o insulina". Dado que las tiazolidindionas, entre ellas la rosiglitazona, pueden contribuir a preservar la función de las células β del páncreas, estos fármacos podrían utilizarse en las fases iniciales de la DM 2.

"Nuestro estudio –continúan los investigadores– consistió en un ensayo clínico controlado, randomizado, doble ciego, multicéntrico y diseñado para evaluar la duración del control glucémico en pacientes que recibían una tiazolidindiona (rosiglitazona) en monoterapia, una biguanida (metformina) o una sulfonilurea (gliburida). Ninguno de los pacientes del estudio había recibido previamente tratamiento farmacológico y todos habían sido diagnosticados recientemente. El objetivo primario era medir el tiempo transcurrido hasta el fracaso de la monoterapia, definido como niveles de glucemia por encima de 180 mg/dl, después de una noche de ayuno. El ensayo permitió una comparación directa de los efectos metabólicos de estos tres fármacos comúnmente utilizados en la DM". Participaron 4.360 pacientes, de entre 30 y 75 años, con niveles altos de glucosa en sangre, de entre 126 y 180 mg por decilitro (7.0 a 10.0 mmol por litro).

Luego de someterlos a tratamiento durante una media de 4 años, los investigadores concluyeron que "deberían tenerse en cuenta los riesgos y beneficios potenciales, el perfil de acontecimientos adversos y los costes de estos tres fármacos para ayudar a la realización de una elección informada de la farmacoterapia en los pacientes con diabetes de tipo 2".



Diabetes tipo 2

La batalla para frenar su evolución

ALCANCES DE LOS ESTUDIOS ADOPT Y DREAM, REFERIDOS AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE ESTA PATOLOGIA, SEGUN EL DR. LEON LITWAK, JEFE DE LA SECCION DIABETES Y METABOLISMO DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

“**E**l trabajo de investigación clínica llamado DREAM, en el que se estudiaron pacientes con intolerancia a la glucosa, demostró que rosiglitazona pudo frenar el avance del estado de prediabetes al estado de diabetes en un 60%, frente a la metformina que seguía en 30-32%. Quiere decir que esto actualiza los datos que teníamos previamente de tal manera que hoy en el año 2007 podemos considerar el uso de varios fármacos junto con cambios en el estilo de vida, para frenar o enlentecer la aparición de diabetes tipo 2. Los datos más recientes indican que rosiglitazona tiene una potencia similar a la dieta y la actividad física”.

Así analizó el Dr. León Litwak, jefe de la Sección Diabetes y Metabolismo del Servicio de Endocrinología del Hospital Italiano de Buenos Aires, el estudio Reducción de la Diabetes con Ramipril y Rosiglitazona (DREAM, sus siglas en inglés), publicado en *The Lancet*, en septiembre último. También explicó a *Ahora, la Salud* los alcances de otro ensayo clínico reciente sobre la Progresión de la Diabetes (ADOPT, sus siglas en inglés. Leer nota “Soñar, soñar”). Litwak es también subdirector de la Carrera de de Médico Especialista en Endocrinología de la Universidad de Buenos Aires, Director de la Fundación para la Investigación en Diabetes, Endocrinología y Medicina Molecular (DIEM).



“**H**ace más de 10 años que hay información importante acerca de que habría mecanismos mediante los cuales uno podría frenar el avance del estado de prediabetes al estado de diabetes”, afirma el Dr. Litwak



El estudio Da Qing, realizado en 1996, arrojó que el grupo que hizo dieta y actividad física fue el que más pudo prevenir la aparición de la diabetes a lo largo de cuatro años

-¿Qué formas de prevención de la diabetes tipo 2 existen actualmente?

-Hay varios trabajos que se han ido publicando a partir del año 1996 aproximadamente. Hace más de 10 años que hay información importante acerca de que habría mecanismos mediante los cuales uno podría frenar el avance del estado de prediabetes al estado de diabetes. Todavía no se sabe si realmente uno logra un freno total en esto, es decir, si uno impide con alguna de las terapéuticas que le voy a mencionar ahora, o si simplemente lo que está haciendo es lentificar. Desde 1996 quedó claramente demostrado que los cambios en el estilo de vida, un plan alimentario adecuado con un programa de actividades físicas de muy fácil realización, frente a otras intervenciones como los medicamentos, tienen un efecto y un impacto significativamente más importante.

En el primer trabajo, realizado en 1996, en China, conocido mundialmente como Da Qing, se estudió a pacientes que tenían intolerancia a la glucosa, el estadio previo a la diabetes. A un grupo le hicieron hacer dieta y actividad física, a otro solamente dieta, a otro actividad física y a otro lo dejaron de control. Se dio que el grupo que hizo dieta y actividad física fue el que más pudo prevenir la aparición de la diabetes a lo largo de cuatro años.

Este trabajo sentó las bases de que el estilo de vida es lo que nos está perjudicando enormemente, con un sedentarismo muy grande y malos hábitos alimentarios, como comidas hipergrasas, muy llenas de azúcar, que aceleran el pasaje de intolerancia a la glucosa a la diabetes, en la gente predispuesta.

Otro trabajo mejor diseñado, más controlado, bien prospectivo, que es el DPP (Diabetes Prevention Program), en Estados Unidos, tomó grupos de pacientes con intolerancia a la glucosa, en 2001-2002. A un grupo lo tomaron como control y le dijeron simplemente que se cuidase, a otro le dieron una droga llamada metformina, a otro la droga troglitazona, y a otro le dieron cambios en el estilo de vida. Al cabo de un año aproximadamente, la troglitazona tuvo que discontinuarse, ya que resultó particularmente tóxica al hígado. Sin embargo el trabajo siguió y quedó claramente establecido que la dieta y la actividad física son los mejores tratamientos para evitar la instalación de la diabetes tipo 2. En números, dieta y actividad física tienen aproximadamente un 60% de capacidad de frenar el avance de la enfermedad, mientras que la metformina 30-32%.

Alrededor del año 2000 también aparecieron dos medicamentos que demostraron ser capaces de frenarla. Por ejemplo, en obesos intolerantes a la glucosa, el orlistat pudo frenar en alrededor de 30% la evolución a la diabetes; y otro medicamento, acarbosa, aproximadamente 36%, que actúa sobre las glucemias postprandiales, que suben después de comer.

Así avanzamos hacia el año 2004-2005. Como troglitazona se discontinuó, otras drogas la reemplazaron: rosiglitazona y pioglitazona. Se diseñó el trabajo DREAM, en el que se estudiaron pacientes con intolerancia a la glucosa.

- ¿En qué casos está indicada la rosiglitazona?

- Es un medicamento sensibilizador a la acción de la insulina. La diabetes tipo 2 es la conjunción de dos mecanismos: resistencia a la insulina y falta de producción de insulina. La rosiglitazona fue diseñada para ser utilizada en pacientes ya diabéticos. Sin embargo el

DREAM demostró que sería también una droga con mucho efecto positivo en pacientes que tienen prediabetes, cuando uno quiere actuar medicamentosamente para impedir que se transforme en diabetes. Entonces básicamente rosiglitazona se puede utilizar en individuos con intolerancia a la glucosa, en personas con diabetes tipo 2, asociada en este caso a metformina, asociada a sulfonirureas y en algunos casos a insulina también.

- ¿Cuáles son los síntomas de la prediabetes?

- Ninguno. El paciente en general no siente nada, pero un buen médico internista, un médico de familia puede fácilmente identificar quién puede ser un prediabético o un intolerante a la glucosa. Más que síntomas, lo más manifiesto es en más del 60% gente con sobrepeso u obesidad, con antecedentes directos de diabetes tipo 2 en la familia (padres, hermanos, etc.) o con antecedentes de dislipidemia o hipertensión arterial. En el caso de mujeres, es frecuente que tengan antecedentes de haber tenido bebés de mayor tamaño que lo habitual o pérdida de embarazos; trastornos del ciclo menstrual y aparición de bello en el cuerpo o un acné de muy difícil tratamiento pueden estar indicando intolerancia a la glucosa. Personas que nacieron con mucho o poco peso son potenciales individuos con riesgo de padecer esta enfermedad. También influye mucho la edad: cuanto más grande, más tendencia a ser prediabético.

- ¿Cómo se hace el diagnóstico?

- Pura y exclusivamente con un test de tolerancia a la glucosa, una curva de glucemia. Al paciente se le saca sangre en ayunas, se le da 75 gramos de glucosa en líquido y se le extrae sangre nuevamente a las dos horas. Es un estudio simple, barato, poco molesto y establece si se tiene o no intolerancia a la glucosa.

- ¿Qué reflexión le merece el estudio ADOPT?

- En diabetes tipo 2, todos los datos indican que es una enfermedad constantemente evolutiva. O sea, si el intolerante a la glucosa prediabético no se cura, pasa a ser diabético y el que ya es diabético tiende a presen-



tar un empeoramiento de su enfermedad con el tiempo. La sensación que uno tiene es que aunque esté tratando la patología, no la puede detener. Se diseñaron una serie de trabajos, como el ADOPT, para determinar si existen medicamentos que administrados en algún momento pueden frenar su evolución. Se comparó una sulfonilurea con metformina y rosiglitazona, en personas que ya tenían diabetes, para evaluar cuántas de las personas estudiadas empeorarían en los próximos años. Se hablaba de empeoramiento cuando los niveles de azúcar no podían bajar a pesar del tratamiento. Lo que se demostró con el estudio ADOPT fue que precisamente la rosiglitazona tiene mayor efecto de lentificar la evolución de la diabetes, con 32-33 % de potencia en relación con los otros medicamentos. Esto generaría probablemente un potencial uso de rosiglitazona en pacientes que ya son diabéticos, para intentar detener la evolución de la enfermedad.

Entonces ambos trabajos, DREAM y ADOPT, han buscado objetivos similares pero en diferentes etapas de de la evolución de la enfermedad. El primero para ver de qué manera rosiglitazona puede frenar el pasaje a la diabetes, y el segundo para ver cómo puede lentificar la evolución una vez que ya está la patología. Mi conclusión es que cuanto más temprano se use este tipo de medicamentos probablemente uno pueda frenar un poco más la evolución de la diabetes.

Influye mucho la edad: cuanto más grande, más tendencia a ser prediabético



Un tema poco tratado en una población especial

Hipertensión arterial en la niñez

ENTRE EL 3 Y EL 7 POR CIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES, EN NUESTRO PAIS, PADECE HIPERTENSION ARTERIAL; EN MUCHOS CASOS NO HAN SIDO DIAGNOSTICADOS Y JAMAS SE LES HA TOMADO LA PRESION ARTERIAL EN SU VIDA



La presión arterial aumenta a medida que el niño crece, por lo que es aconsejable que los valores de normalidad de tensión tengan en cuenta la edad, el sexo y el tamaño corporal del infante

Muchas veces cuando se habla de pacientes hipertensos se piensa en personas que ya rebasaron la niñez y la adolescencia y están en plena adultez, pero en los últimos tiempos se ha podido comprobar por estudios realizados, a nivel mundial, que la hipertensión arterial es un asunto también de la infancia, casi siempre asociada con otras patologías como la malformación congénita renal, la coartación de aorta, la displasia broncopulmonar y, por supuesto, concomitante con el sobrepeso, la obesidad y hasta la diabetes.

Aunque la hipertensión arterial también es un asunto de la niñez, no siempre los pediatras miden la presión arterial a sus pequeños pacientes y si lo hacen no suelen realizarle este examen de manera correcta. Dicha determinación es un examen que casi siempre se pasa por alto en los análisis físicos de rutina. Lo correcto es que niños y adolescentes se sometan a una toma de presión arterial, por lo menos, una vez al año.

Los expertos suelen advertir que la detección precoz de la hipertensión desde la niñez garantiza un adecuado diagnóstico y tratamiento de la patología, primordial para que, con la llegada de los 25 años, dichos pacientes tengan menos posibilidades de sufrir accidentes vasculares encefálicos, arritmias y hasta infartos tempranos.

Según algunas disertaciones, en el XI Congreso Argentino de Hipertensión Arterial, realizado del 6 al 9 de mayo de 2004, en la Ciudad de Buenos Aires, se estima que la hipertensión, que es la elevación anormal de la presión de la sangre dentro de las arterias, afecta entre el 3 y el 7 por ciento del grupo etáreo de niños y adolescentes en nuestro país. A partir de los 11 años, suelen aparecer más casos de hipertensión primaria esencial, igual a la que padecen todas las poblaciones adultas.

De medición y terapéuticas

En el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial -que intenta elaborar recomendaciones para el manejo clínico del paciente hipertenso, analizar las características

regionales epidemiológicas, de registros y recursos para combatir dicho mal y promover la difusión de líneas de acción en el área para evitar las enfermedades cardiovasculares y las muertes por estas causas- existe un capítulo dedicado a las poblaciones especiales, donde se incluye a los niños y adolescentes. En éste se destaca que "el concepto de identificar y tratar solamente la hipertensión secundaria en niños y adolescentes está cambiando, en tanto la relación comprobada de la presión arterial en la niñez con el desarrollo de la hipertensión esencial en la edad adulta obliga a incorporar la medición de la presión arterial al examen pediátrico de rutina".

De ahí que la Academia Americana de Pediatría recomienda determinar una vez por año la presión arterial a partir de los tres años, pero también insiste en que esta práctica se realice desde los primeros días de vida, pues es factible hacerlo y se obtiene una información importante.

Dicha entidad sugiere realizar este examen con el niño, colocado en posición decúbito supino y también sentado, en tanto permite que el bebé apoye su brazo cómodamente a la altura del corazón; de lo contrario se debe colocar sobre el regazo de su madre para tenerlo en una posición adecuada y evitar que el pequeño llore o tenga alguna actividad muscular en el brazo en el que se le va a hacer la determinación pues ello traería consigo imprecisiones en la toma de presión.

Según declaraciones a los medios de muchos expertos, entre ellos de la Dra. Marta López, del Servicio de Cardiología del Hospital Pediátrico Prof. Dr. Juan P. Garrahan, ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, "la presión arterial aumenta a medida que el niño crece, pues se trata de un parámetro variable con una amplia distribución de valores, que aumentan progresivamente a lo largo de los años; de manera que



La toma de presión arterial debe formar parte del examen físico pediátrico a partir de los tres años de vida, en menores de esa edad, sólo en circunstancias especiales que puedan inducir hipertensión arterial



Entre un 3 y un 7 por ciento de la población infantil argentina sufre de hipertensión arterial y debe ser diagnosticado y recibir atención especializada

los valores de normalidad son cambiantes a lo largo del crecimiento y el desarrollo de la persona. Como no se conoce el riesgo de episodios cardiovasculares, pues aún no se ha realizado un seguimiento longitudinal a tan largo plazo, la hipertensión se define en función de los percentilos de presión arterial por sexo, edad y talla, según las tablas estadísticas elaboradas por el Grupo de Trabajo sobre Hipertensión en Niños y Adolescentes de Latinoamérica”, afirma la médica.

La presión normal corresponde a la presión sistólica, diastólica o ambas menores al percentilo 90 para edad, sexo y talla; la tensión arterial límite, a valores entre los percentilos 90 y 95 para edad, sexo y talla y la hipertensión, a valores mayores o iguales a percentilo 95 para edad, sexo y talla, en no menos de tres determinaciones. Cuando el infante se encuentre entre el percentilo 95 y 99 ya se habla de hipertensión arterial significativa (en el límite alto de la normalidad y si se mantienen así en el tiempo desarrollarán irremediamente hipertensión en la edad adulta).

La gran mayoría de los pediatras argentinos suelen recomendar la necesidad de una adecuada educación del paciente hipertenso y sobre todo de su familia y entorno escolar (sobre todo de los padres y maestros del niño/a enfer-

mo/a); que se conozcan las características, los riesgos y la evolución de la enfermedad; la manera de cambiar los hábitos y estilos de vida nocivos (relacionados con el sedentarismo, la obesidad, la ingestión de dietas ricas en grasas animales, el excesivo consumo de sal, entre otras recomendaciones). Hay que saber que la ingestión de grasas no debe superar el 30 por ciento de la dieta diaria de los más pequeños). También los médicos abogan por involucrar a los pacientes y su entorno con las mediciones de su presión de manera rutinaria (teniendo en cuenta que la mayoría de las ocasiones dicho mal no presenta síntomas) y con su toma de medicación. Tampoco puede faltar el trabajo de un equipo de psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas y otros especialistas que contribuyen a hacer más llevadera la patología desde la niñez.

Un estudio conocido recientemente daba cuenta que de 1.100 chicos, de entre 7 y 18 años, que viven en la provincia de Buenos Aires, el 56 por ciento se tomaba la presión por primera vez en su vida. Es bueno aclarar que un sólo registro de presión arterial alterada en los chicos/as no implica hipertensión. Para indicar el diagnóstico y un tratamiento más eficaz es preciso hacer un monitoreo de presión arterial de manera ambulatoria con un tensiómetro que mide la presión por 24 horas; pedir un examen de sangre; ecografías renales; ecocardiogramas y ergonometrías (para ver cómo responde la tensión arterial ante el esfuerzo físico).

Sin dudas, como recomienda la OMS, una vez descartadas las causas secundarias de la hipertensión en la infancia y diagnosticada la hipertensión arterial esencial, se deben agotar todas las medidas higiénico-dietéticas antes de iniciar el tratamiento farmacológico. Si a pesar de ello la presión arterial persiste elevada, se debe iniciar el tratamiento farmacológico (inhibidores de la enzima de conversión, como el analapril o el captopril, que bajan la presión al dilatar las arterias y los betabloqueantes) y se recomienda, sobre todo, llevar una vida normal para su edad, realizando un seguimiento especializado igual que en el hipertenso adulto.



Red de Farmacias



Siempre cerca del paciente

Estamos convencidos que la excelencia en la atención farmacéutica, que día a día realizamos, se basa en priorizar la persona y sus necesidades terapéuticas

La farmacia es un centro de primer nivel de atención de la salud



Droguería y Farmacia ABC, Ciudad de Córdoba. Av. Alvear 29 (X5000ILF).
Tel.: (0351) 424-6205/421-9407. E-mail: farmaciacordoba@abesalud.com.ar

Patologías de la pobreza en la niñez argentina

Lejos de las estadísticas, cerca de la cotidianidad

PROBLEMAS DE DESNUTRICION, MALA ALIMENTACION, RETARDOS DE CRECIMIENTO, PARASITOSIS, DIARREAS, ABANDONOS, MALOS TRATOS, DROGADICCION CONFORMAN UNA RADIOGRAFIA DE LA NIÑEZ EN NUESTRO PAIS. TODOS ELLOS PONEN A NIÑAS Y NIÑOS FUERA DEL CIRCUITO DE LA EDUCACION, LA INFORMACION Y LOS HABITOS SANOS

• Por el Lic. Juan Carlos Rivera

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



***E**n nuestro país, viven actualmente 12,2 millones de niños, niñas y jóvenes, menores de 18 años. De ese grupo el 49,5 por ciento de los niños y niñas, menores de 14 años, es pobre. En la foto, una pequeña en una villa miseria del conurbano bonaerense*

La pobreza y la enfermedad forman un círculo vicioso. En él, la escasez de recursos es fuente de peligros medioambientales, causa de desnutrición, mal nutrición e intoxicaciones alimentarias. Ella es un obstáculo para el acceso a la educación y la información, y una barrera para recibir un adecuado cuidado de la salud.

En nuestro país, actualmente viven, según el informe sobre el Estado Mundial de la Infancia, publicado a fines de 2006, por la UNICEF, 12,2 millones de niños, niñas y jóvenes, menores de 18 años. El grupo representa un 32 por ciento total de la población. De ese grupo el 49,5 por ciento de los niños y niñas, menores de 14 años, es pobre. Súmesele a ello que la mortalidad infantil es de 16 por cada mil nacidos vivos, cifra que duplica la mortalidad infantil de Chile y es cinco veces mayor que la de España.

Organizaciones no gubernamentales, dedicadas al cuidado de la niñez, afirman que en Argentina muere cada 55 minutos un bebé y el 60 por ciento de los casos es debido a causas totalmente evitables. La pobreza, la violencia, el uso de drogas y los accidentes domésticos o de tránsito impactan negativamente sobre todos los aspectos de la salud infantil. Sin dejar de mencionar patologías como la diarrea, la tuberculosis, las parasitosis, la desnutrición, los problemas de mala alimentación, el abandono, el maltrato, la asociación de la niñez con el mundo del trabajo; el vivir en hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza (en la indigencia, con menos de 50 pesos al mes para vivir) ya coloca a los chicos/as en situaciones de vulnerabilidad terroríficas.

Uno de los referentes máximos de la pediatría argentina –ya fallecido– el Dr. Carlos Gianantonio, ya había diagnosticado, en



Las carencias nutricionales en la población infantil del noroeste argentino, son alarmantes

1990, las nuevas morbilidades y decía: "Se han producido modificaciones en los problemas de salud. Esta nueva morbilidad que hoy ya afecta a un sector de la niñez argentina, exige programas novedosos para su control. El planteo debe basarse en un preconcepto ético: la desnutrición endémica, las infecciones prevenibles y gran parte de las muertes neonatales ya han sido diagnosticadas y deberán ser solucionadas en un marco de progreso y desarrollo".

Para dicho experto, "esos problemas son complejos; algunos de ellos son consecuencia del avance científico, como la secuela de la prematuridad, de la desnutrición o del cáncer, antes mortales. Otros, como el maltrato,



En América latina, uno de cada cuatro niños no termina la escuela primaria. “La educación también nos preocupa. Hoy, los que llegan a terminar el secundario tienen demasiadas dudas sobre su futuro”, ha advertido el Dr. Mario Grenoville



“Los chicos de la calle se hacen transparentes. Los vemos y seguimos caminando. La sociedad no se escandaliza y ésa es la peor forma de violencia contra ellos”, opina el Dr. Osvaldo Blanco, de la Sociedad Argentina de Pediatría

el abuso sexual, los accidentes, son de origen psicosocial, así como la deserción escolar y los trastornos de aprendizaje. En la adolescencia, la depresión, el suicidio, la delincuencia, las drogas, el alcohol afectan a un número creciente de personas en desarrollo”.

Por su parte, el Dr. Osvaldo Blanco, de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), afirmó en varias oportunidades ante los medios: “Los chicos de la calle se hacen transparentes. Los vemos y seguimos caminando. La sociedad no se escandaliza y ésa es la peor forma de violencia contra ellos”.

Y es que en ese círculo vicioso de la exclusión, donde se escurre la drogadicción, tomar cerveza sin control, comenzar prematuramente las relaciones sexuales sin seguridad, ser sectores más vulnerables a los accidentes automovilísticos, también tiene asilo el abandono precoz del tutelaje paterno/materno y del hogar y, sobre todo, la deserción escolar.

En América latina, uno de cada cuatro niños no termina la escuela primaria. “La educación también nos preocupa. Hoy, los que llegan a terminar el secundario tienen demasiadas dudas sobre su futuro. El derecho a la salud se ha ido perdiendo, y en este marco también hay que tener en cuenta aspectos de la salud mental, como la limitación de las posibilidades de tener un proyecto de vida”, advirtió, también a los medios, el Dr. Mario Grenoville, integrante de la SAP.

Un paréntesis necesario

La comunidad sanitaria argentina coincide en apuntar que el pediatra no sólo debe acompañar al niño en su proceso de salud o enfermedad, sino también a la familia. Su rol es crucial tanto en la promoción de hábitos saludables como en aspectos emocionales, pues en la adolescencia, cumple una función orientadora.

En cierta ocasión, la Dra. Nora Slobodnik, profesora de la Cátedra de Nutrición de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires, comentaba a la Revista Ahora, la Salud que “la adecuada nutrición es un determinante de la respuesta inmune y la malnutrición es la causa más co-

LA MITAD DE LOS BEBES Y NIÑOS ARGENTINOS, DE ENTRE 6 Y 24 MESES, TIENEN IMPORTANTES CARENCIAS NUTRICIONALES

mún de la inmunodeficiencia en el organismo humano. La desnutrición sobreviene cuando la cantidad disponible de energía y/o proteína es insuficiente para cubrir las necesidades orgánicas”.

La necesidad de micronutrientes, especialmente aquellos relacionados con la función inmunológica son mayores en la infancia, especialmente en los primeros años de vida, etapa en que es también más frecuente la exposición a procesos infecciosos. “En la infancia –advirtió Slobodianik– la velocidad de crecimiento disminuye gradualmente y la energía aportada por los alimentos se destina, en gran parte, a la actividad física de enorme importancia para la maduración física, neurológica y psicológica del infante. En dicha etapa se arraigan con más fuerza los malos hábitos de vida y alimentación y se es más propenso a las conductas no sanas”.

Las causas del retardo del crecimiento

Por su parte, el Dr. Ignacio Bergadá, especialista del Centro de Investigación Endocrina del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, nos ha planteado –al evaluar el tema nutrición como factor clave dentro del crecimiento normal y el buen rendimiento cognitivo del niño/a– que “nosotros diferenciamos lo que llamamos las causas de retardo de crecimiento endocrinológicas y no endocrinológicas. Las más frecuentes son las segundas, dentro de las que se ubica la desnutrición, pero después hay distintos factores, dentro de las que podemos incluir los indirectamente nutricionales, como las parasitosis intestinales que tienen un rol muy importante porque generan mala absorción (...). Los niños con enfermedades crónicas, como son las respiratorias, el asma o la bronquitis espasmódica, pueden tener problemas de crecimiento. Estas son patologías muy frecuentes, especialmente en ciudades muy contaminadas como Buenos Aires. También aparecen problemas de crecimiento en chicos con enfermedades cardíacas, hematológicas, reumáticas”.

Un estudio al que tuvimos acceso revela que la mitad de los chicos y chicas argentinas, de entre 6 y 24 meses, tienen importantes carencias nutricionales. Las consecuencias de esto van desde un crecimiento insuficiente hasta



un menor desempeño cognitivo, pues también afecta a la esfera intelectual. Sobre el particular, el Dr. Bergadá nos explicó que “las deficiencias de hierro y micronutrientes también hacen al desarrollo intelectual. En ese sentido es una deuda de la salud pública argentina muy importante, poder implementar acciones, a nivel gubernamental, con la desnutrición de los últimos quince años para darle una solución a esta problemática, pero requiere determinación gubernamental y de políticas sanitarias, que no sea solamente del momento o del partido de turno, sino una necesidad nacional que se reevalúe constantemente y urge implementarla ya”.

Asimismo, es importante hacer hincapié en fenómenos de la llamada “desnutrición oculta”, mal que se da por creciente incorporación de alimentos ricos en grasas o en azúcar en la dieta, lo que hace que se cubran las necesidades de energía y de proteínas pero no así las de vitaminas y minerales en el organismo. Y esto se ve en los chicos provenientes de familias de cierto nivel adquisitivo, muy ligados a las gaseosas, a las comidas rápidas (fast food), conocidas también como “comidas chatarra”.

Sin dudas, como afirman muchos expertos en patologías en la infancia, hay que estar lejos de las estadísticas, pero sí muy cerca de la realidad que nos rodea.

Para el Dr. Bergadá, “dentro de los factores indirectamente nutricionales, que retardan el crecimiento de la niñez, se ubican las parasitosis intestinales, porque generan mala absorción de nutrientes”



Dificultades para concebir

Cuando la cigüeña no llega

LOS PROBLEMAS DE FERTILIDAD AFECTAN ENTRE 10 Y 15 POR CIENTO DE LAS PAREJAS A NIVEL MUNDIAL. A PESAR DE ELLO SÓLO EL 6 POR CIENTO DE LAS UNIONES CON PROBLEMAS DE CONCEPCIÓN RECIBE EL TRATAMIENTO ADECUADO

Por el Lic. Juan Carlos Rivera Quintana

Para la Revista **AHORA, la Salud**



Alrededor de 90 millones de parejas padecen problemas de infertilidad en el mundo y no logran concebir un hijo de forma natural

LOS MÉDICOS APUNTAN QUE SI YA SE HA ESPERADO MÁS DE UN AÑO BUSCANDO UN EMBARAZO, ES TIEMPO DE SABER CUÁL PUEDE SER LA CAUSA QUE ESTÁ PERJUDICANDO LA FERTILIDAD DE LA PAREJA

Recientemente, en Londres aparecieron más de 50 micros circulando por la ciudad y repletos de carteles con una campaña publicitaria, en la cual una pareja británica que no puede tener hijos y hace 14 años que lo intenta infructuosamente, decidió salir a dar la cara para pedir una donante voluntaria de óvulos.

En los afiches con sus fotos, Linda y Richard Weeks, que así se llaman los integrantes de dicho matrimonio, se preguntan: “¿Puede usted ayudarnos a tener un bebé?”. En otros afiches manifiestan: “Nunca seremos mamá y papá a menos que una maravillosa mujer de 36 años o menos nos ayude con la donación de algunos de sus óvulos. Usted es nuestra única oportunidad”.

Dicho matrimonio, residente en Kent, en el sur de Inglaterra, se sometió, sin éxito a distintos tratamientos de infertilidad en prestigiosas clínicas del mundo y ahora intenta buscar una donante para poder concebir y tener un vástago.

Y es que los problemas de fertilidad afectan entre un 10 y un 15 por ciento de las parejas a nivel mundial. A pesar de estas cifras, sólo el 6 por ciento de los cónyuges con estos problemas recibe el tratamiento adecuado, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas son personas que no pueden concebir un hijo en forma natural y sufren de “infertilidad primaria” o sea que no logran engendrar tras un año de tener relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas.

En el 2002, la OMS estimó que, como mínimo, 80 millones de parejas padecen estos trastornos de fertilidad. Pero durante el 2006 y después de un estudio realizado por un equipo de expertos en el mundo, publicado en la Revista Human Reproduction, se hablaba ya de 90



Existen múltiples y diversos caminos para resolver estos obstáculos de concepción y poder decir -metafóricamente- que la cigüeña llegó al hogar en el momento más oportuno y anhelado

millones de parejas con dicho padecimiento. Hay cifras más alarmantes que hablan de que 1 de cada 6 parejas en el planeta tiene problemas de concepción y de ellas, el 94 por ciento no recibe el tratamiento adecuado y especializado en problemas de reproducción humana.

¿Cuándo se debe consultar a un especialista?

Los expertos coinciden en señalar que las parejas con estos trastornos debieran consultar a especialistas de clínicas reproductivas, donde existen las técnicas más novedosas y se recibe una atención personalizada, como la que requiere la medicina reproductiva más avanzada.

Los médicos apuntan que si ya se ha espe-

7 PASOS DE LA GUIA DE TRABAJO PARA LA CONCEPCION ASISTIDA

- 1 Intentarlo
- 2 Consultar al médico
- 3 Estudios y diagnóstico
- 4 Procedimientos ambulatorios
- 5 Medicación oral
- 6 Tratamiento hormonal
- 7 Técnicas de reproducción asistida



Entre las mujeres suelen presentarse problemas de infecciones, de ovulación, alteraciones en las trompas de Falopio, cierre insuficiente del cérvix o cuello uterino, entre otros problemas de fertilidad. Algunos de ellos tienen soluciones quirúrgicas

rado más de un año buscando un embarazo, es tiempo de saber cuál puede ser la causa que está perjudicando la fertilidad de la pareja. Para ellos, los pacientes deberán comprender que tanto el hombre como la mujer -integrante de esa unión- como el doctor se convertirán, a partir de ese instante, en un equipo de trabajo que perseguirá la solución de la dificultad reproductiva. Por ello se le aconseja a la mujer asistir desde la primera cita con su pareja, no sólo por la contención que se puedan brindar, sino también porque las dificultades de fertilidad atañen a ambos, y puede ser por problemas tanto del hombre como de la mujer.

Según plantea la Guía de Trabajo para la Concepción Asistida (ACT, sus siglas en inglés),

que brinda una visión global de los siete pasos que son necesarios para conseguir un embarazo es preciso perder el temor y decidirse a consultar al experto médico, dejando de lado todo remilgo o vergüenza pues los especialistas someterán a cuestionarios en profundidad y precisarán conocer, sin cortapisas, datos muy personales para la historia clínica, como el inicio de la vida sexual, las pérdidas o abortos, las enfermedades de transmisión sexual, si hubieran existido. También preguntarán y ahondarán en las relaciones sexuales actuales, en el uso de lubricantes, en la cantidad de coitos semanales y un sinnúmero de interrogantes que aportarán mayor certeza para el diagnóstico preciso. Con posterioridad, se iniciarán una serie de estudios ambulatorios, tanto para el hombre como para la mujer de la unión, que requieren de un tiempo y de determinados procedimientos. Inicialmente se comienzan con análisis de sangre, cultivos de flujo vaginal, ecografías y si estos resultados son normales se emprenden otros exámenes de mayor complejidad para evaluar el correcto funcionamiento de los ovarios, el registro de temperatura basal (para saber cuándo se produce la ovulación) y biopsia endometrial (extracción de mucosa de la capa interna del útero). También puede ser necesario una radiografía del útero y de las trompas de Falopio, laparoscopias para visualizar el sistema genital interno y los órganos que lo rodean, etc.

En el hombre, se precisa un espermograma (líquido seminal) para evaluar la cantidad, la forma, la motilidad y las características de los espermatozoides; un test postcoital para detectar si existen anticuerpos en el organismo de la mujer que atacan los espermatozoides del hombre, y análisis de sangre para descartar la presencia de enfermedades infecciosas, que pueden estar relacionadas con la infertilidad, como la toxoplasmosis, la varicela, los herpes, la sífilis, las hepatitis A, B, C, el VIH-Sida y para evaluar los niveles de hormonas, como el estrógeno y la progesterona. Asimismo se estudiarán los cariotipos de la pareja (investigación de los cromosomas de cada uno de

los cónyuges y se descartarán otras patologías. Con todas estas evaluaciones, entonces, los especialistas están en condiciones de determinar el diagnóstico final y empezar el tratamiento para lograr el embarazo, que será conseguido en alguna fase de ese proceso, de no mediar ningún impedimento orgánico irremediable.

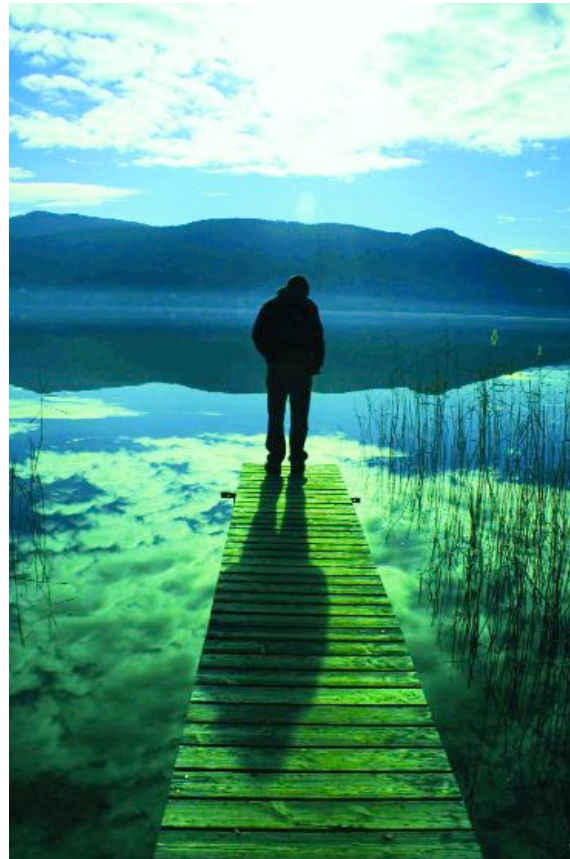
De acuerdo con lo dicho, recientemente, a los medios, el Dr. Rafael Bernabeu, presidente de ANACER, Asociación Nacional de Clínicas de Reproducción Asistida de España, que agrupa a médicos, biólogos, psicólogos y expertos en infertilidad humana de hospitales y clínicas de esa nación, los trastornos de concepción más comunes, a nivel mundial, pueden ser causados por varios factores, no sólo por la mujer, sino también por los hombres. Estos últimos inciden en un 50 por ciento de los casos que se registran en la actualidad. Esos factores pasan por problemas de ovulación en la mujer, por alteraciones en sus trompas, por malformaciones congénitas del útero (tabiques, útero bicorne o por la existencia de tumores benignos), por incompetencias ístmico-cervicales o por adherencias que involucran a los órganos pélvicos, causadas por cirugías previas o endometriosis (focos de endometrio fuera del útero).

Entre las causas más comunes de infertilidad masculina se ubican las infecciones, la varicocele, las obstrucciones y la baja producción espermática. Todas ellas tienen sus tratamientos especializados, que van desde los antibióticos hasta la corrección quirúrgica.

Por último, entre un 5 y un 10 por ciento de los casos de parejas, que asisten a consultas de infertilidad, no se les descubre ningún factor responsable del trastorno, pero aún así no logran un embarazo espontáneamente. A esto se lo llama infertilidad sin causa aparente y son los que reciben técnicas de fertilización asistida.

La información: un primer paso

Según ha expresado en múltiples oportunidades, Isabel Panetta de Rolando, presiden-



“Los factores de infertilidad masculina” debe decir “Los problemas en la fertilidad masculina”

ta de la Asociación Civil Concebir, “existe mucha falta de información sobre el tema. Pero en Argentina es más notorio, porque al no considerar a las dificultades para concebir como una patología, falta mucha más información”. De ahí que esta ONG trabaje desde hace más de 10 años en nuestro país para concienciar a quienes padecen dificultades para conseguir un embarazo y aún no han recibido la orientación y ayuda especializadas.

Sin temor al equívoco, la desinformación, los tabúes, los miedos llevan a las cónyuges a elegir caminos que los hacen perder el tiem-



En el futuro las parejas con problemas de fertilidad se beneficiarán de la investigación con células madre embrionarias, que tendrán aplicación clínica para la terapia celular en reproducción asistida

po, los desmotivan y desalientan. Y cuando se habla de información en estos temas no es sólo conocer las técnicas posibles que ayudan a concebir, sino también saber las distintas maneras de formar una familia en nuestra sociedad. Hay que perder el miedo a enfrentarse con la confirmación de una dificultad de fertilidad, a enfrentarse a exámenes con técnicas complejas, a medicaciones y sus efectos. En la actualidad, todo este universo es muy conocido y las terapias han demostrado su confiabilidad y poder para solucionar las más diversas y disímiles problemáticas de fertilidad.

Recientemente, una psicóloga amiga me comentaba que los problemas de infertilidad traen consigo angustias, depresiones, problemas de comunicación a nivel de parejas, miedos a lo desconocido y hasta puede ocasionar rupturas y separaciones. De ahí que sea preciso buscar ayuda terapéutica, buscar la consulta médica precoz, recabar información, contención psicológica y elaborar en la intimidad las dificultades de concepción para que los cónyuges salgan más fortalecidos y unidos de estas situaciones, dispuestos a construir una familia.

Los expertos hablan de los llamados siete pasos para lograr un embarazo, que compren-

den: intentarlo (tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos, buscando el mejor momento del ciclo de la mujer para ovular); consultar al médico (asistir primero al médico de cabecera o al ginecólogo, quienes informarán sobre aspectos básicos de la fertilidad); exámenes y diagnósticos (que buscan las causales de los trastornos de fertilidad); procedimientos ambulatorios (en función de los resultados de los estudios y los tratamientos por los que se opten); medicación oral (si por ejemplo, la mujer no está ovulando podrá recibir fármacos que favorezcan la producción de óvulos y se producirá en el embarazo en un lapso de entre tres y seis meses); tratamiento hormonal (si uno o los dos integrantes de la pareja tiene problemas para generar hormonas, éstas se le pueden inyectar para facilitar la producción adecuada de óvulos y espermatozoides) y técnicas de reproducción asistida, si fueran necesarias. Estos últimos procedimientos de fecundación asistida tiene entre un 15 y un 43 por ciento de efectividad y van desde el depositar con técnicas muy avanzadas los espermatozoides en el útero de la mujer, el día de su ovulación, hasta técnicas para facilitar la implantación del embrión y evitar las fallas evolutivas en el útero madre.

Ya incluso se habla de que en el futuro las parejas con problemas de fertilidad se beneficiarán de la investigación con células madre embrionarias, que tendrán aplicación clínica para la terapia celular en reproducción asistida, permitiendo que las parejas con problemas de fertilidad puedan desarrollar sus propios gametos (células sexuales masculina y femenina que al unirse en la fecundación forman el cigoto o futuro embrión), sin tener que recurrir a donantes.

Sin dudas, en un futuro no muy lejano los problemas de infertilidad masculina o femenina formarán parte de la historia familiar o personal, pero ya no serán un impedimento para la concepción de la pareja, pues existirán múltiples y diversos caminos para resolver estos obstáculos de concepción y poder decir - metafóricamente - que la cigüeña llegó al hogar en el momento más oportuno y anhelado.



En el mundo, **1** de cada **6** parejas
no puede lograr el embarazo dentro de los
primeros **12** meses de intentarlo

... y sólo el **6%** recibe la ayuda necesaria.

Es momento de:

ACTuar



Para mayor información:

www.concepcionasistida.com.ar
0800-555-ACTA (2282)

Embarazo

Las tres etapas de la gestación

ADAPTACION DEL CUERPO MATERNO, DIETA, SENSIBILIDAD EMOCIONAL Y CONTROLES MEDICOS, ENTRE OTROS ASPECTOS, DURANTE LOS TRES TRIMESTRES QUE DURA LA PREÑEZ

• Por la Dra. María Belén Piñeiro Martínez, la Lic. Cynthia Sánchez y Andrea Sirito*

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



La Obstetricia divide la gestación en tres trimestres con características muy marcadas y fáciles de reconocer por parte de la madre

El embarazo normal dura 40 semanas ó 280 días. Para una mejor organización de los controles de salud prenatal y los estudios complementarios necesarios, y la comprensión de su desarrollo, la Obstetricia divide la gestación en tres trimestres con características muy marcadas y fáciles de reconocer por la madre.

1. Sensibilidad

El primer trimestre es la etapa que va desde la concepción hasta la semana 12-14. Es el momento de la formación de todos los órganos del bebé. Por lo tanto, la mujer embarazada se vuelve extremadamente sensible a la exposición de diversos factores que pueden alterar su organismo y el del niño: rayos X, drogas, algunos medicamentos, alcohol, tabaco, estrés y ciertas infecciones como rubéola y toxoplasmosis.

A su vez es un período de adaptación del cuerpo materno a la gestación. La madre manifiesta náuseas, profundo sueño e intolerancia a algunos alimentos. El obstetra tiene para recomendar prácticas que puedan hacer más tolerable estos cambios que se van produciendo.

Durante el primer trimestre es conveniente adoptar una dieta equilibrada, con alimentos frescos y poco elaborados (evitando fritos, guisados y salsas) e incorporar buenas cantidades de vitaminas, minerales y oligoelementos, que ayudarán a mantener bien nutridos tanto a la madre como al hijo. Se sugiere comer porciones pequeñas y en forma fraccionada (6-8 comidas diarias) y evitar acostarse inmediatamente después de comer. Es importantísima la incorporación de abundante líquido, hábito que suele ser poco aceptado por la mujer. Está ampliamente comprobada su importancia para mantenerse hidratada y protegida contra las muy comunes infecciones del tracto urinario du-



El segundo trimestre (15-28 semanas) constituye el mejor momento del embarazo. Reaparece el deseo sexual. Con lo cual, a menos que haya una indicación médica en contrario, la pareja puede recuperar su intimidad sin temores

rante este trimestre.

En esta etapa son comunes los cambios de humor, modificaciones en el deseo sexual, sensibilidad en mamas, oscurecimiento de las areolas y de la línea media del abdomen, un aumento de la secreción de flujo vaginal, lo cual se considera normal si no se suma prurito, cambio de olor o aparición de sangrados. La tensión arterial suele bajar, aumentando la sensación de cansancio o somnolencia. Todos estos cambios son producto de la actividad hormonal de la gestación.

Es importante concurrir a un control odontológico. Todo arreglo o extracción son permitidos en el embarazo a menos que el obstetra indique lo contrario, es fundamental realizar una buena higiene bucal que protegerá a la madre y al niño en gestación. Debe también constituir una práctica diaria el cuidado e hidratación de la piel de la mama durante toda la gestación.

Por último, durante el primer trimestre, el médico realiza a la madre el certificado pre-



Es importante aclarar que no todos los bebés nacen en la semana 40. Algunos lo harán antes y otros después. Solo un 5% nace en la fecha justa, indicada por el obstetra

** Coordinadoras del Curso de Preparación para la Maternidad de la Fundación ABC. La Dra. María Belén Piñero Martínez es médica obstetra; la Lic. Cynthia Sánchez, partera; y Andrea Sirito, enfermera.*

natal, donde consta su fecha probable de parto, dato fundamental para acceder a los beneficios sociales de todos los programas vigentes de salud materno-infantil, que le garantizan 100% de cobertura de prácticas médicas, internación, medicamentos, etc. Este certificado también es necesario para que las trabajadoras puedan tramitar sus licencias por maternidad.

2. Plenitud

El segundo trimestre (15-28 semanas) constituye el mejor momento del embarazo, la madre está totalmente adaptada y las molestias dejan paso a la plenitud del estado. La línea de la cintura comienza a borrarse y se redondea el abdomen haciendo notoria la gestación. Aparece el llamado "orgullo del embarazo", el eje de equilibrio de la madre se desplaza haciendo que su andar se vuelva un balanceo que deja por delante su vientre a la mirada de los otros. También percibe claramente los movimientos de su bebé.

Según la actividad del día, es probable que tobillos, pies y muñecas se hinchen. Por lo tanto, es aconsejable que la madre intercale momentos de descanso, con las piernas en un plano más elevado que el resto del cuerpo, y que tome abundante líquido.

Reaparece el deseo sexual. Con lo cual, a menos que haya una indicación médica en con-

trario, la pareja puede recuperar su intimidad sin temores.

Desde el control obstétrico se incorpora la vacunación antitetánica (5 y 7 meses). Se comienzan a preparar las mamas para la lactancia con ejercicios que se realizan diariamente con cremas con vitamina A.

Este es el momento para comenzar el Curso de Preparación para la Maternidad, ya que hay mucha energía para conectarse con la gestación y el parto. También las dudas pueden ser trabajadas en este espacio.

3. Primeras contracciones

¿Qué pasa a partir de la semana 28? Comienza el último trimestre, ya no se duerme tan bien, el vientre manifiesta todo su volumen y por lo tanto pesa, sobre todo en la zona lumbar y en las piernas. Es fundamental que la madre descanse. Se pondrán de manifiesto las primeras contracciones, no dolorosas, no regulares, pero que sirven de práctica al útero que se va programando para el futuro trabajo de parto.

Unas semanas antes del nacimiento la madre puede notar un nuevo aumento en el flujo y visualizar unas pequeñas líneas de sangre: es el tapón mucoso que puede eliminarse lentamente, en varios días. No es motivo de consulta de guardia ya que solo avisa que el cuello del útero se está preparando para el parto.

Es importante aclarar que no todos los bebés nacen en la semana 40. Algunos lo harán antes y otros después. Solo un 5% nace en la fecha justa, indicada por el obstetra. Pasado el día probable se acentúan los controles prenatales, que acompañan las ansiedades de la madre, de su pareja y de sus familiares hasta que el nacimiento se produzca. La madre debe mantener siempre los controles tal como se lo indica el obstetra y prepararse con alegría y confianza para la llegada de su hijo.



Agenda de cursos de la Fundación ABC

DIABETES

A CARGO DE LA LIC. ADRIANA BUSTINGORRY.

- *Curso de marzo: lunes 12, 19 y 26. De 18 a 19 hs., en Lavalle, esquina Rodríguez Peña.*
- *Curso de abril: lunes 16, 23 y 30. De 18 a 19 hs., en Av. Cabildo 2675/85.*
- *Curso de mayo: lunes 14, 21 y 28. De 18 a 19 hs., en Av. La Plata 140*
- *Curso de junio: lunes 4, 11 y 25. De 18 a 19 hs., en Av. Jujuy 615.*
- *Curso de julio (especial): lunes 16. De 18 a 19 hs., en Lavalle, esquina Rodríguez Peña.*

CHARLAS MENSUALES SOBRE DIABETES, A CARGO DE MERCEDES URIBARE (EN CORDOBA).

- *En Tucumán 26, 2do piso, Mutual OStama, Cdad. de Córdoba.*

PLAN MATERNO INFANTIL

A CARGO DE BELEN PIÑEIRO, CYNTHIA SANCHEZ Y ANDREA SIRITO.

- *Martes de 18 a 20 hs. En Av. Honorio Pueyrredón 801.*
- *Jueves de 18 a 20 hs. En Av. Jujuy 615.*
- *Viernes de 18 a 20 hs. En Av. Jujuy 615.*

A CARGO DEL DR. JORGE DOMINGUEZ (EN CORDOBA).

- *Jueves de 17 a 19 hs. En Tucumán 26, 2do piso, Mutual OSTAMA, Cdad. de Córdoba.*

YOGA

CLASES CON MARTA SPIAZZI.

- *Lunes y miércoles: 15.30 y 16.30 hs. En Av. Honorio Pueyrredón 801.*
- *Martes y jueves: 16 y 17 hs. En Av. La Plata 140.*
- *Martes y jueves: 10 y 11 hs. En Av. San Martín 2742.*

CLASES CON MARIA TOSCANO.

- *Martes: 17.15 / 18.30 / 19.30 hs. En Av. Cabildo 2675/85.*
- *Jueves: 17.15 / 18.30 / 19.30 hs. En Av. Cabildo 2675/85.*
- *Jueves: 10 / 11 hs. En Lavalle y Rodríguez Peña.*

CLASES CON GUSTAVO YANNICARI (EN CORDOBA).

- *Lunes y miércoles: 16 hs. En Tucumán 26, 2do piso, Mutual OStama, Ciudad de Córdoba.*
- *Martes y jueves 10 hs. Idem.*

Para inscribirse sin cargo en cualquiera de los cursos, comunicarse al 4942-8690 ó por e-mail a: fundacion@abcsalud.com.ar



31 de mayo: Día Mundial sin Tabaco

Cambiar un terrible diagnóstico

LA PROMOCION DE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO ES UNO DE LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS PARA PROTEGER LA SALUD DE LAS PERSONAS DE LOS EFECTOS NOCIVOS DEL CIGARRILLO, ADICCION QUE PROVOCA 4,9 MILLONES DE MUERTES ANUALMENTE EN EL MUNDO Y QUE EN ARGENTINA SE COBRA LA VIDA DE 40 MIL PERSONAS, AL AÑO



El humo del tabaco posee características químicas que irritan los ojos, la nariz y la garganta de los fumadores pasivos y posibilita en los activos la aparición de enfermedades cardiovasculares, cáncer en diversos órganos, ceguera, disfunción sexual eréctil, infecciones respiratorias, etc.

El tabaquismo mata a más seres humanos en el planeta que cualquier otra enfermedad. Esa pernicioso adicción es responsable de la mayor parte de los decesos evitables en el mundo. Así unos 4,9 millones de personas mueren, anualmente, en la Tierra debido a patologías relacionadas con el consumo de tabaco, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Y esa cifra podría alcanzar los 10 millones para el año 2030, si no hacemos algo que cambie ese terrible diagnóstico.

En las naciones desarrolladas e industrializadas el consumo de cigarrillos está relacionado por lo menos con el 85 por ciento de todas las muertes por cáncer de pulmón; con el 75 por ciento de los fallecimientos por bronquitis crónica y con el 25 por ciento de las enfermedades cardiovasculares, de acuerdo con las estadísticas de centros especializados. Hay que considerar, además, que en esos países está disminuyendo el consumo de tabaco, por los efectos positivos de las campañas sanitarias que se están desarrollando, a razón de un 1.1 por ciento anual; en tanto en las naciones subdesarrolladas está aumentando dicha adicción en un 2,1 por ciento.

En nuestro país, el consumo de tabaco produce más de 40 mil muertes anuales. Si hacemos una estimación esto significa que cada día mueren al menos 110 personas en edad laboral activa como consecuencia del cigarrillo; un número similar a si cada tres días se estrellara un avión 747 (con 350 pasajeros a bordo) y todos sus tripulantes expiraran.

Recientemente, la OMS ha informado, además, que 1.000 millones de personas fuman, actualmente en el mundo y uno de cada tres es adulto y padece por esa causa enfermedades cardiovasculares, cáncer en diversos ór-

ganos. Los fumadores provocan también serios problemas relacionados con el tabaquismo pasivo (las personas que no fuman pero están obligadas a respirar un aire cargado de humo); de esas personas una de cada cinco muere prematuramente por ese nocivo hábito. Debido a ello la tendencia actual, en el mundo moderno, es a prohibir que se fume en lugares públicos y en centros de trabajo pues las personas que conviven con un fumador tienen 30 por ciento más de posibilidades de morir de cáncer, padecer infecciones respiratorias y otitis; irritaciones oculares, en la nariz y la garganta, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, etc.

El hábito de fumar tiene solución, pero no es una tarea sencilla. La fuerza de voluntad es la mejor arma que se puede tener o sea que es preciso estar interesado en ponerle fin ya. Junto a ello se encuentran, además, los consejos de los profesionales, la farmacoterapia, la psicoterapia, los parches y los chicles de nicotina, entre otras salidas. Muchas dependen de la personalidad del fumador, de cuán arraigado tenga el fumar, de la contención familiar que reciba y de hasta de factores sociales y económicos.

Un informe publicado, recientemente, en los Estados Unidos, por el Departamento de Salud de Massachussets demostró que las grandes marcas de cigarrillos están aumentando su contenido de nicotina entre un 10 y un 20 por ciento para causar una dependencia severa y tener a su público adicto más cautivo aún.

Sociedad vs. tabaco

Hace poco tiempo, al entregar certificados a empresas e instituciones libres de humo de tabaco, el ministro de Salud argentino, Dr.

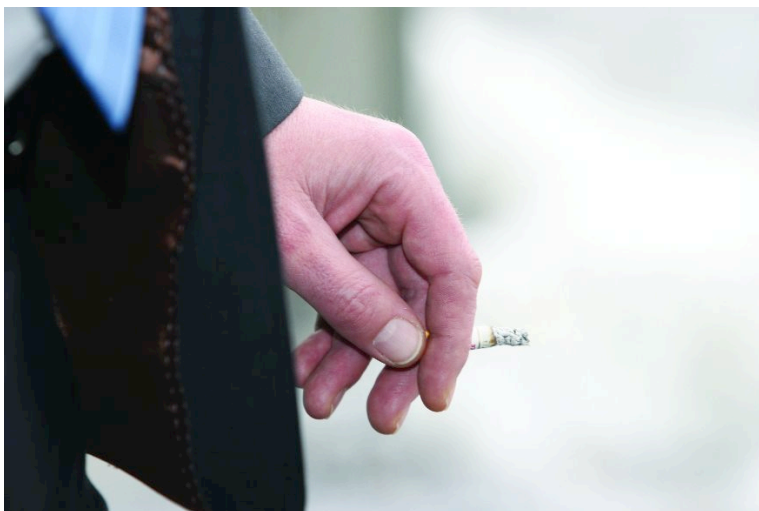


Ginés González García, reflexionaba que "los argentinos no pensamos igual que hace unos años atrás con respecto al cigarrillo, el tabaco está en contra de los intereses de la sociedad, y eso se va viendo todos los días en los distintos lugares".

En la actualidad, el registro de centros públicos y privados que cumplen con el requisito de ser ciento por ciento libres de humo, en Argentina, asciende a más de 830 instituciones inscriptas, 400 de las cuales han sido certificadas, lo que significa que más de 55 mil trabajadores fueron beneficiados en su salud con este plan que intenta movilizar socialmente a la población en torno a la lucha contra el tabaco. Ello explica, además, el alto acatamiento que ha tenido en nuestra capital la ley 1799, sancionada recientemente por la Legislatura porteña, que prohíbe fumar en espacios cerrados de acceso público. Lo que comenzó siendo una directiva de cumplimiento estricto para dependencias municipales ahora se extiende a todos los establecimientos privados, tales como bares, restaurantes, confiterías, locutorios, cibercafés, shoppings y centros culturales, entre otros lugares.

El Dr. González García explicaba que "esas instituciones están generando entornos más saludables que cuidan la vida tanto de los que no fuman como de los que sí, por eso todos juntos estamos tratando de cambiar el futuro y de tener más cantidad y calidad de vida".

El **81%**
de los argentinos
está a favor de que
no se fume en
espacios cerrados de
carácter público



En la actualidad, el nivel de nicotina que consume un fumador promedio aumentó en un 10 por ciento haciendo que sea más difícil dejar de fumar y más fácil hacerse adicto



Según el Departamento de Salud de Massachussets, EE.UU., las grandes marcas de cigarrillos están aumentando su contenido de nicotina entre un 10 y un 20 por ciento para causar una dependencia severa y tener a su público adicto más cautivo aún

Se sabe que las empresas e instituciones que han promovido sus ambientes libres de humo de tabaco con el fin de proteger la salud de sus trabajadores han visto reducidas sus cifras de ausentismo, han desplegado una mayor productividad y han mejorado las condiciones laborales de su personal. No por gusto, una encuesta realizada nacionalmente arrojaba que el 81 por ciento de los argentinos está a favor de que no se fume en espacios cerrados de carácter público porque está convencido de que respirar el humo ajeno es perjudicial para su propia salud.

Por su parte, el Dr. Alfredo Monteverde, especialista en Neumonología y jefe de ese servicio en el Hospital "Profesor Alejandro Posadas", ubicado en la provincia de Buenos Aires, expresa que en nuestro país, debido al cigarrillo las tasas de cáncer de pulmón son muy altas (70-80 por ciento de los tumores de pulmón) y el riesgo tiende a ser más alto en las áreas urbanas que en las rurales. Los estudios epidemiológicos han encontrado que el peligro asciende con el número de cigarrillos fumados y la duración de la perniciosa adicción. "Por lo general, quien ha fumado toda su vida, sea varón o mujer, por igual -dice el Dr. Monteverde- tiene entre un 20 y un 40 por ciento más de riesgo de desarrollar cáncer de pulmón que un no fumador. También se observa, en los últimos tiempos, un incremento del peligro en las personas expuestas en forma pasiva al humo del tabaco. En el humo ambiental se concentran más sustancias carcinógenas que en la inhalación directa. Por ejemplo, mientras en el caso del fumador la concentración de esas sustancias dañinas (más de 4.000) llega al 0.6 de una unidad, en el caso de personas no fumadoras se reduce a la mitad (0.3), pero en una discoteca tiene concentraciones de hasta 8 unidades. La estancia en un ambiente, confirma el neumólogo Monteverde, quien se desempeña desde hace 30 años como especialista. También advierte que dentro de un "inofensivo" cigarrillo "se esconde no sólo la nicotina, sino también otros ingredientes tóxicos, como: alquitrán, arsénico, el benceno, el gas metano, el monóxido de carbono, entre otros, que dañan el ADN de las células, alterando su microambiente y desen-

¿QUE HAY DENTRO DE UN CIGARRILLO?



cadena la aparición de múltiples tumores. La gente piensa que la nicotina es el que más perjudica, pero no es así; ella es una de las tantas”, acota el especialista.

Lo cierto es que el tabaco no sólo perjudica a los pulmones, sino que tiene múltiples efectos en el resto del cuerpo de forma instantánea ya que la nicotina llega al cerebro en solo 7 segundos y puede hasta aumentar la posibilidad de sufrir disfunción eréctil, pérdida de la visión e incluso ceguera al afectar la retina. Tras inhalar el humo de un cigarrillo se produce una descarga de adrenalina que provoca un incremento de la glucosa, la presión arterial y el ritmo cardíaco. Además estimula los transmisores nerviosos en las regiones del cerebro, que controlan la sensación de placer y bienestar del mismo modo que lo hacen drogas fuertes, como la cocaína o la heroína.

¿Un programa nacional?

El Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación de nuestro país ha lanzado, dentro del marco del Programa Nacional de Control de Tabaco, no sólo el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Libres de Humo de Tabaco, sino también otras iniciativas que constituyen líneas de intervención encaminadas a la prevención primaria, la protección del fumador pasivo y la cesación del hábito. De ahí que se empeñe en regular la accesibilidad al tabaco, en promover estilo de vida sin tabaco; regular los ambientes libres de humo y desarrollar servicios sanitarios y asistenciales que incentiven la cesación del fumar. Dicho quehacer es coordinado por el Ministerio, pero depende también de las estrategias provinciales, acordadas en el Plan Federal de Salud.

Hace pocos días, la Dra. Brunilda Caseta, coordinadora de dicho programa, y una de las principales organizadoras del Servicio Telefónico Gratuito para Dejar de Fumar (0800-222-1002), que funciona desde febrero de 2004, con tres consultores especializados por turno y acceso desde todo el país, cuyo propósito es convertirse en una estrategia clave para ayudar a la ciudadanía a dejar el pernicioso hábito, comentaba a los medios que durante el año 2006 se recibieron 29.818 llamadas, cuatro veces más que las que se tomaron en el año 2005 (7532). El 40 % de las consultas proviene de la Provincia de Buenos Aires, el 26 % de la Ciudad de Buenos Aires, el 4 % de Córdoba y el 4 % de Santa Fe. También se informaba que el 68 por ciento de las llamadas era realizado por mujeres, en su mayoría en la edad media (35-55 años) y que los adolescentes consultaban muy poco la línea (sólo se recibieron 1080 por menores de 20 años).

El Programa Nacional de Control del Tabaco se ha fijado entre sus objetivos estratégicos, para el 2007, “consolidar en la opinión pública la percepción del tabaquismo como un problema de gran importancia; ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco; promover la sanción de leyes para el control del tabaco a nivel nacional y provincial, disminuir la prevalencia en un 10% de fumadores; favorecer la creación de ambientes libres de humo en el sector público y privado del país e impulsar el abandono de la adicción a través del desarrollo de servicios, la ampliación de la cobertura y de los incentivos para la población y el desarrollo de proyectos locales de promoción y capacitación de salud, en ese sentido.

1. *Nicotina, monóxido de carbono, acetona, amoníaco, tolueno, DDT, metanol.*

2. *Benzopireno, arsénico, polonio-210, cadmio, anilina.*

Fuente:

Ministerio de Salud de Nación.



mayo

Un mes signado por el control del tabaquismo y por el trabajo

LAS FECHAS MAS IMPORTANTES REFERIDAS AL CALENDARIO SANITARIO NACIONAL E INTERNACIONAL, INSTITUIDAS POR ORGANIZACIONES DE RECONOCIDO PRESTIGIO



1 Día Internacional del Trabajo

La conmemoración del 1° de mayo se instituyó en recuerdo de la sangrienta represión sufrida por un grupo de obreros de la ciudad de Chicago, en Estados Unidos, en 1886, quienes defendían jornadas de ocho horas de trabajo. Treinta y tres años después de aquellos trágicos sucesos, en 1919, en la primera conferencia de la Organización Internacional del Trabajo, se aprobó la adopción universal de la jornada de ocho horas.

8 Día de la Cruz Roja Internacional

En 1864, en la ciudad de Ginebra, Suiza, se decidió la creación del Comité Internacional de la Cruz Roja y se formularon –un año más tarde– sus principios de imparcialidad, neutralidad, independencia, carácter voluntario y universalidad. Su misión es velar por la aplicación de principios del derecho internacional humanitario en conflictos armados y de violencia interna, y asistir a las víctimas. El símbolo de sus voluntarios es la cruz roja. En 1982, se sumó la media luna roja, adoptada por los países del Islam.

14 Primera aplicación de la vacuna contra la viruela

Hacia fines del siglo XVIII, el Dr. Eduardo Jenner, médico rural inglés, notó que los pacientes contaminados por sus vacas de la enfermedad “cow-pox” no se enfermaban de viruela. En 1796, Jenner inoculó a un muchacho gotas de pus de una joven enferma de cow-pox, y el joven quedó inmunizado contra la viruela. Su método se extendió por toda Inglaterra y pasó al continente. En 1980 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza, declaró que la viruela había sido erradicada por completo de todo el planeta.

15 Día Internacional de las Familias

En septiembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó que el 15 de mayo de cada año se celebraría el Día Internacional de las Familias. El objetivo fue poner de relieve la importancia decisiva que tiene la familia para el mantenimiento del nivel de salud física, mental y social de sus miembros y del conjunto de la sociedad, y destacar la necesidad de que se apoye al núcleo familiar con políticas globales.

23 Creación de la Secretaría de Salud Pública

En 1946, fue creada la Secretaría de Salud Pública. Se otorgó al Secretario jerarquía de Ministro y se designó Secretario al Prof. Dr. Ramón Carrillo.

28 Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer

La instauración de este día, símbolo de la lucha contra la mortalidad materna, se decidió en el V Encuentro Internacional de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, en San José de Costa Rica, en 1987.



30 Día Nacional de la Donación de Órganos

En esta fecha se recuerda que el 30 de mayo de 1996 se realizó en el hospital Argerich de la Ciudad de Buenos Aires el primer trasplante hepático, intervención exitosa al punto de que la paciente receptora más adelante pudo dar a luz. La fecha fue instituida por decreto del PEN, con el fin de contribuir a crear conciencia acerca de la importancia de la donación de órganos como un acto altruista y de respeto por la vida.

31 Día Mundial sin Tabaco

En 1988, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, por resolución WHA. 42.19, estableció que el 31 de mayo de cada año tenga lugar el Día Mundial sin Tabaco.

Nuestra Salud no tiene precio pero... tiene costo

El sano equilibrio es:

- Eficiencia económica
- Seguridad Terapéutica
- Satisfacción del Beneficiario

Gerenciamiento Médico Patologías Crónicas

(Disease Management – Provisión de medicamentos)

Alto Costo y baja Incidencia

Oncología

HIV-SIDA

Esclerosis múltiple

Hepatitis crónicas

Hemofilia A y B

Post-Transplante

Fibrosis Quística

Enfermedades Crónicas

Diabetes tipo 1 y 2

Hipertensión Arterial (HTA)

Dislipidemias (Colesterol)

Asma y EPOC

Glaucoma y ojo seco

Enf. Del sistema nervioso central

Enfermedades endocrinas

Enf. Osteoarticulares

Enf. Intestinales inflamatorias

Colagenopatías



www.abcsalud.com.ar

Av Jujuy 570 (1229) - Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Tel: (54-11) 4943-6263 - E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar

Red de Farmacias



Siempre cerca del paciente

Estamos convencidos que la excelencia en la atención farmacéutica, que día a día realizamos, se basa en priorizar la persona y sus necesidades terapéuticas

Sucursales

Farmacia Jujuy

Av. Jujuy 601, Balvanera,
Tel.: 4932-1336/7, CABA

Farmacia Mitre

Bartolomé Mitre 1902, Balvanera,
Tel.: 4953-0004, CABA

Farmacia La Plata

Av. La Plata 140, Caballito,
Tel.: 4983-5445, CABA

Farmacia Cabildo

Av. Cabildo 2675/85, Belgrano,
Tel.: 4100-5100, CABA

Farmacia Diagonal

Bmé. Mitre 613,
Barrio de San Nicolás
Tel.: 4322-4666, CABA

Farmacia Centro Galicia

Bmé. Mitre 2542, Balvanera,
Tel.: 4953-1717, CABA

Farmacia Rivadavia

Av. Rivadavia 6379/81, Flores,
Tel.: 4633-7171, CABA

Farmacia H. Pueyrredón

Honorio Pueyrredón 801, CABA
Tel.: 4983-6093

Farmacia San Martín

Av. San Martín 2742, Paternal,
Tel.: 5779-0423, CABA

Farmacia Montes de Oca

Av. Montes de Oca 1109, Barracas,
Tel.: 4303-3636, CABA

Farmacia Córdoba

Av. Alvear 298, Tel.: 0351-4246205
Ciudad de Córdoba

Farmacia Garay

Av. Garay 4144, Boedo,
Tel.: 4925-2800, CABA

Farmacia Lavalle

Lavalle, esq. Rodríguez Peña,
Balvanera, Tel.: 4371-8037,
CABA

Farmacia Azcuénaga

Azcúenaga 1009, CABA
Tel.: 5778-0577

PROXIMAS APERTURAS

Bolívar 580, Monserrat, CABA

Santa Fe 4800, esq. Humboldt,
Palermo, CABA

Malabia 598, Ramos Mejía,
Pcia. de Buenos Aires



Farmacia La Plata



Farmacia Garay



Farmacia Rivadavia



Farmacia Mitre



Farmacia Cabildo



Farmacia Córdoba



Farmacia San Martín



Farmacia Rodríguez Peña



Farmacia H. Pueyrredón



Farmacia Diagonal



Farmacia Centro Galicia



Farmacia Azcuénaga



Farmacia Montes de Oca



Farmacia San Martín

ABC S.A. Av. Jujuy 570 (1229), Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (54-11) 4941-1001. E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar
www.abcsalud.com.ar