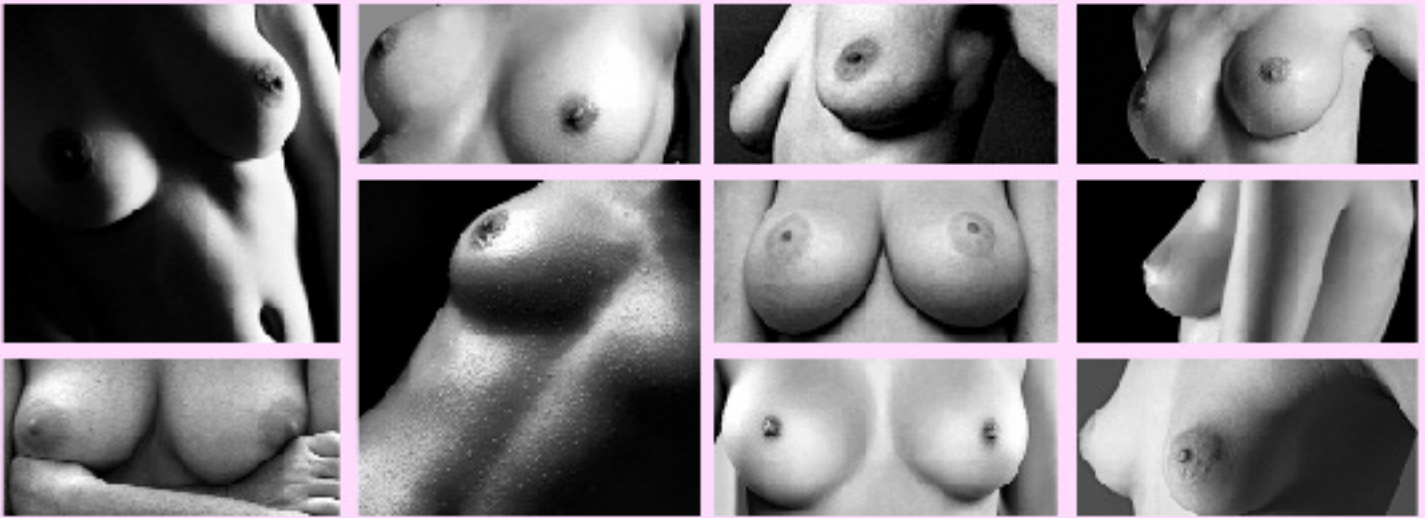




AHORA, **la Salud**

Año 5 • Nº 25 • Octubre/Noviembre de 2008 • Revista de la Fundación ABC • Distribución gratuita



¿Para vos son todas distintas?



**Para el
cáncer
son
todas
iguales**



**Nuevo medidor
de glucemia**

**Siempre
estaré ahí**

NUEVO

ACCU-CHEK® Performa

Tecnología en la que podés confiar

¿Todavía no tenés un Accu-Chek?
¿Querés saber más?

Comunicate sin cargo desde todo
el país al **0800-999-3762**



www.accu-chek.com.ar
ACCU-CHEK es un marca registrada
de un Miembro del Grupo Roche
Productos Roche S.A.Q. e I.



Rápido, resultados en 5 segundos



Mínima muestra de sangre 0.6 µl
Detección de muestra insuficiente



Revisión de tira reactiva dañada



Detección de efectos de humedad ambiente



Ajuste automático de cambio de temperatura

ACCU-CHEK®

Viví la vida. Librementa.



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: fundacion@abcsalud.com.ar

Edita y comercializa:

eb

Editorial Biotecnológica S.R.L.
Miembro de APTA (Asociación de la Prensa
Técnica y Especializada Argentina)

GERENTE:
FACUNDO LUGONES

DISEÑADORA:
MARIA VICTORIA XIMENES

EDITOR DE FOTOGRAFIA:
FERNANDO LUGONES

Editorial Biotecnológica S.R.L.:
Pasaje San Ireneo 177, 4to piso ofic.
14 (C1424COA), Ciudad de Bs. As.
Tel./fax: (54-11) 4903-1090/5080.
E-mail:
administracion@editoriallogica.com.ar

Seguridad Social argentina La oportunidad trastrocada



Con respecto al proyecto de ley impulsado por el Poder Ejecutivo para reestatizar la jubilación privada, resulta imprescindible reflexionar sobre algunas cuestiones que parecen pasarse por alto

El Gobierno ha sucumbido nuevamente a su conducta autista. Lejos de mirar con sentido estratégico los problemas (presuntos o reales) del sistema jubilatorio argentino, toma posición irreflexiva y se abalanza sobre un fondo de 100 mil millones de pesos (más de 30 mil millones de dólares), con la promesa de remediar los pesares de actuales y futuros jubilados que, según su visión, corrían severo riesgo si seguían en manos de las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones, conocidas como AFJP.

No es del caso defender el rol de estas administradoras. Tienen el suficiente poder como para defenderse por sí mismas. Pero si nos resulta imprescindible reflexionar sobre algunas cuestiones que parecen pasarse por alto.

En primer lugar, la decisión corre velozmente en contra de la dirección establecida por la normativa constitucional argentina, en tanto la incautación

de fondos está taxativamente prohibida por la Carta Magna, según el lúcido análisis realizado hace pocos días, para un medio periodístico de gran circulación nacional, por el ex senador nacional (UCR) Ricardo Laferriere.

En segundo lugar, se deja de lado que, si las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones no han tenido mejor comportamiento a favor de los usuarios, es precisamente el Estado el que ha contribuido con sus decisiones. A tal punto que gran parte de la cartera de inversiones generadoras de dividendos para los beneficiarios, está nutrida por bonos públicos de dudosa viabilidad en los mercados de capitales.

Es decir, desde el mismo comienzo del funcionamiento del sistema, el Estado se convirtió en el tolerante espectador de un llamativo nivel de costos administrativos, comisiones y demás. Luego el Estado devino en un especulador de primera especie, obligando a las administradoras a co-



No hay lugar para la más mínima consulta sobre si las mutuales y cooperativas están en condiciones de asumir el desafío de la autogestión jubilatoria

La Revista **Ahora, la Salud** agradece la colaboración, en la redacción del presente Editorial, del Sr. Miguel Olaviaga, Fundador y Presidente de la Asociación Mutual Mercantil Argentina, Co-fundador de la AFJP Previsol, Diputado y Senador Provincial en Córdoba (mandato cumplido).

locar los bonos gubernamentales que ya hemos mencionado.

Un juego perverso, como se aprecia, que más temprano que tarde debía traer consecuencias gravosas para los jubilados y pensionados del sistema, no para las administradoras, aunque al Gobierno le guste, ahora, colocarlas en el foco de la escena como las malas de la película.

Pero hay más.

El mismo Estado, cuya continuidad jurídica no puede diluirse caprichosamente, con el funcionamiento (malo o bueno es fruto de otro análisis) de los mecanismos de debate propios del sistema democrático, con organismos de control surgidos de la reforma constitucional de 1994, les dijo a los argentinos, hace 14 años (media generación de habitantes), que el sistema jubilatorio de reparto estaba quebrado irremediablemente y que la solución pasaba por la adopción del esquema de ahorro individualista. Hacia allí fue inducida y conducida la sociedad; hacia la Tierra Prometida de las jubilaciones cuantiosas, parecidas a las del Primer Mundo.

Apenas 14 años después (media generación de argentinos) se le dice a la misma sociedad nacional, desde la misma continuidad jurídica del Estado, que el sistema de capitalización no es capaz de asegurar nada. Que el esquema individualista, de persistir, sumiría en la ruina a millones de personas, condenándolas a la subsistencia.

En una u otra punta, con aparentes signos contrapuestos de política económica, más plena en los discursos que en la acción, no hay intenciones, ni planteos, ni materialización evidente de superar la his-

toria con un esquema de autogestión.

Que ya no nos importe que las AFJP constituyeron fondos fiduciarios, algunos de ellos prohijados por el propio Estado; escasamente controlados; abundantes en los campos ubicados al calor del Gobierno, que, no obstante, permitieron la renovación masiva del parque hogareño de electrodomésticos; la producción agropecuaria; o empresas de servicios: o firmas del primer eslabonamiento industrial.

Y aquí estamos.

Las entidades y organizaciones de la Economía Social, con abundantes ejemplos de administración exitosa; con enorme cantidad de esforzados compatriotas asumiendo su propio destino, no existen en la agenda del Gobierno para opinar, decidir y accionar sobre la materia previsional.

Como antaño; como siempre.

Primero, la Ley de Entidades Financieras, cuyo precedente -de la época del Onganía- supuso el ataque más feroz hasta entonces conocido sobre las cajas populares de crédito. Con el perfeccionamiento brutal, profundo y letal de las normas de Martínez de Hoz. El movimiento social pudo sobrevivir escasamente y sigue dando pelea, arrancándole a la morosidad neoconservadora (hace escasísimo tiempo) el reverdecimiento de las cooperativas de crédito.

Luego, las normas del sistema de salud, donde el Gobierno (o los gobiernos) fiel a su tendencia neoconservadora y reaccionaria, decide que los agentes principales no pueden ser otra cosa que sociedades anónimas.

Ahora, la Ley Previsional. No hay lugar para las entidades del sector social. No hay lugar a la más mínima consulta sobre si las mutuales y cooperativas están en condiciones de asumir el desafío de la autogestión jubilatoria.

No señor. Para qué consultar, si es más fácil hablar con el ombligo de uno y aplicar un manotazo sobre 100 mil millones de pesos sobre cuyo destino, ahora sí, los argentinos sabremos menos que nunca.

El Gobierno volvió a elegir: convirtió una oportunidad en un error fenomenal que no será gratuito para el cuerpo social, de millones de compatriotas que esperamos que la Seguridad Social sea lo mismo que la Seguridad Jurídica, igual para todos.



Sumario



ARTRITIS REUMATOIDEA

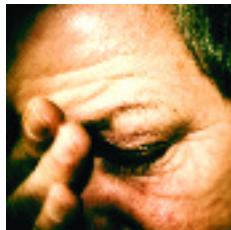
Una enfermedad que no respeta edades

8

DIA MUNDIAL DEL TRASPLANTE DE ORGANOS
Un verdadero efecto multiplicador



12



ESCLEROSIS MULTIPLE

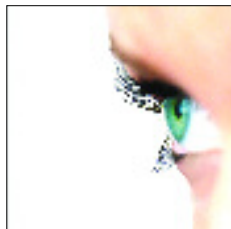
EMA, una ONG al servicio de los pacientes

18

DIA MUNDIAL DEL CANCER DE MAMA
Grandes esperanzas para la mujer



22



CONGRESO DE OFTALMOLOGIA

Novedades en cirugías de catarata, córnea y glaucoma

28

XVI CONGRESO ARGENTINO DE DIABETES
Estrategias para controlar la epidemia



30



XVI CONGRESO ARGENTINO DE DIABETES
Ultimas novedades sobre prevención

32

XVI CONGRESO ARGENTINO DE DIABETES
Nuevas modalidades terapéuticas



35



EDUCACION SEXUAL
Romper los tabúes

38

AGENDA
Cursos gratuitos de la Fundación ABC



42

La Revista Ahora, la Salud agradece a la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC) la provisión de las fotos y los títulos de tapa.

aviso doble pagin

a farmacias abc

Entrevista con el Presidente de la Sociedad
Argentina de Reumatología

Una enfermedad que no respeta edades

LA ARTRITIS REUMATOIDEA ES UNA PATOLOGIA QUE LAMENTABLEMENTE ES MUY FRECUENTE EN NUESTRA POBLACION. SE PRESENTA DE DIVERSAS MANERAS Y PUEDE AFECTAR A LAS PERSONAS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA VEJEZ



Se calcula que aproximadamente el 1% de la población padece artritis reumatoidea. Es una enfermedad que no respeta edades y puede afectar al paciente desde el año de vida hasta los 100 años

Se trata de una enfermedad de causa hasta el momento desconocida que se presenta de diversas formas según el momento de la vida de la persona en la cual ocurre”, define el Dr. Alfredo S. Arturi, Presidente de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR), en referencia a esta enfermedad conocida con el nombre de artritis reumatoidea (AR). “Se calcula que aproximadamente el 1% de la población la padece (tres veces más las mujeres que los hombres); no respeta edades y puede afectar al paciente desde el año de vida hasta los 100 años”.

Se caracteriza por su visible inflamación articular, síntomas que pueden presentarse variados y no articulares. Los primeros refieren a dolor e hinchazón articular, rigidez matutina con sensación de manos y pies hinchados, inflamación de las articulaciones con calentamiento de las mismas, debilidad muscular progresiva y, en estados más avanzados, deformación de las articulaciones por lesiones osteoarticulares provocadas por la inflamación persistente.

Por su parte, los síntomas no-articulares se caracterizan por la presencia de nódulos subcutáneos, especialmente en antebrazos y codos (zona de presión), anemia -en periodos de actividad de la enfermedad- y mayormente aumento de reactantes de fase aguda (eritrosedimentación y proteína C reactiva). En casos muy avanzados, se produce una inflamación de los pequeños vasos (vasculitis) con aparición de úlceras en las manos o pies. Incluso, en determinadas circunstancias, causa sequedad en las mucosas de ojos y boca, originada por una inflamación y posterior atrofia de las glándulas que fabrican las lágrimas, la saliva, los jugos digestivos o el flujo vaginal.

¿Es lo mismo que el reuma?

El Dr. Arturi explica que reumatología o reumatismo “es todo”. “Existen alrededor de 200 enfermedades reumáticas; es decir, todas las afecciones que afectan al aparato locomotor. Dentro de ellas, hay subtipos: unas se llaman ‘enfermedades del tejido conectivo’ (que constituyen un grupo muy importante), dentro de las cuales la más frecuente es la artritis reumatoidea”.

También hay otros grandes grupos, como las enfermedades cristalinas (gota), degenerativas (artrosis), los reumatismos de las partes blandas (fibromialgia) o los reumatismos asociados a enfermedades endócrino-metabólicas. “De este modo,

podemos afirmar que existen muchas patologías reumáticas que se clasifican de diversas maneras. Por ejemplo, dentro de la forma sistémica (inmunológica) se encuentra el lupus, la esclerodermia o las vasculitis, pero de ellas la artritis reumatoide probablemente es la más frecuente”.

Artritis juvenil

Dado que esta patología no respeta edades y puede surgir desde el primer año de vida, existe también la denominada artritis juvenil, “que se presenta hasta los 16 años y se manifiesta de distintas formas: sistémica (con fiebre y decaimiento general), inflamación de una sola articulación (monoarticular) o de varias (oligoarticular y poliarticular)”.

A partir de los 16 años, la mayoría de las artritis suelen ser poliarticulares; sin embargo, aquellos pacientes que comienzan a padecer la AR a partir de los 65-70 años presentan otras características especiales, con aspectos clínicos diferentes.

“La artritis juvenil no necesariamente es una enfermedad de por vida. Suele tener periodos de actividad y otros de remisión. Lo fundamental es que el paciente artrítico juvenil permanezca inactivo porque sus huesos están en continuo crecimiento y, si se encuentran inflamados, es posible que los cartílagos se cierren antes y el niño no tenga un crecimiento normal y, en consecuencia, adquiera poca altura”, explica el Presidente de la SAR, y por ello destaca la importancia de la consulta médica con un reumatólogo infantil o pediatra, durante la niñez.

Origen desconocido

Si bien no es una enfermedad hereditaria, existe cierta carga genética que ha sido detectada en determinados pacientes cuyos familiares anteriormente la habían padecido. “Aún se desconoce su origen pero sabemos que cuando los linfocitos T (que son los que regulan la inmunidad) se alteran, liberan sustancias vinculadas al desarrollo de la enfermedad. Ahora bien, se desconoce hasta el momento cuáles son los mecanismos que ponen en funcionamiento esta alteración del sistema inmunológico. Algunos especialistas sostienen que la herencia, las infecciones e incluso el estrés, son factores que -en conjunto-, podrían ser las causantes de la artritis”.



“Entre un 85 y 90% de los pacientes responde bien al tratamiento. Hay que destacar que actualmente, el enfermo ya no termina en silla de ruedas o no sufre importantes deformidades. En este sentido, el tratamiento de la artritis reumatoidea es muy auspicioso”, sostiene el Presidente de la Sociedad Argentina de Reumatología



El Dr. Arturi confirma que el hábito de fumar está considerado un factor predisponente a la aparición de la enfermedad: “Según diversos estudios, aquellas personas que fuman presentan mayor riesgo de convertirse en pacientes artríticos”

Asimismo, el Dr. Arturi confirma que el hábito de fumar está considerado un factor predisponente a la aparición de la enfermedad: “Según diversos estudios, aquellas personas que fuman presentan un mayor riesgo de convertirse en pacientes con artritis reumatoidea. Al parecer, la explicación deriva del mecanismo tóxico que posee el cigarrillo”.

Lamentablemente, dado que no se conoce la causa específica que origina esta afección, no existe una prevención en particular. “Como norma general se recomienda realizar una vida sana que contemple una equilibrada alimentación, actividad física, evitar los excesos y no fumar. Cuanto mejor preparado esté el organismo, menos se enfermará. El día que se conozcan cuáles son las partículas que provocan la AR, se creará una vacuna. Pero, como hasta el momento se desconocen, por lo tanto aún no hay cura para la enfermedad”, aclara.

Diagnóstico precoz

Hace varios años el Colegio Americano de Reumatología confeccionó los criterios de diagnóstico de artritis reumatoidea que sostienen que, si el paciente posee cuatro de siete, es casi con certeza una AR. “Cinco de esos criterios se detectan clínicamente. Con esto queremos decir que en la consulta con el médico reumatólogo rápidamente puede diagnosticarse la enfermedad y aumenta la posibilidad de tratarla a tiempo”.

En este sentido, el entrevistado destaca la importancia del diagnóstico precoz y sostiene que, según los estudios internacionales, el paciente llega al reumatólogo con un promedio de 14 a 18 meses de inicio de la enfermedad: “Si nos encontramos con un paciente que hace 18 meses padece AR, será más difícil tratarlo y obtener los resultados que se logran cuando el tratamiento se comienza rápidamente”.

Si la enfermedad no es tratada adecuadamente, en tiempo y forma, pueden surgir serias complicaciones, propias o no de la enfermedad: “Existen las manifestaciones extra-articulares (aquellas que se producen fuera de la articulación) como por ejemplo la formación de nódulos subcutáneos que no tienen mayor trascendencia. Pero, las vasculitis, la inflamación de los pequeños vasos, el compromiso pulmonar, el compromiso pericárdico o los nódulos pulmonares constituyen las llamadas ‘manifestaciones no articulares de la artritis’. Esto significa que si no se trata al paciente, es probable que, además de la discapacidad articular propia, sufra otras complicaciones de la enfermedad”.

Novedades terapéuticas

“Con el transcurrir de los años, la ciencia avanzó mucho en este sentido. Por ejemplo, en la década de 1980, la primera bisagra trascendental fue el uso del metotrexato que si bien en dosis altas se usa para diversos tipos de cáncer, se descubrió que en dosis medianas y bajas resulta una droga excelente para combatir la artritis reumatoidea”.

Posteriormente, en la década de 1990, apareció el primer agente biológico: “Los agentes biológicos actúan específicamente sobre aquellas moléculas que tienen una actividad concreta sobre la artritis. Por ejemplo, el factor de necrosis tumoral es una proteína liberada por el sistema inmune que se relaciona directamente con esta enfermedad. De este modo, los agentes biológicos –a través de distintos mecanismos– logran destruir el factor de necrosis tumoral y permiten que el paciente mejore notablemente”.

También surgieron agentes biológicos diferentes que actúan sobre las moléculas de coestimulación y otros que lo hacen sobre los linfocitos B. El Dr. Arturi comenta que rituximab es una buena droga que actúa sobre estos linfocitos pero se receta para estadios más avanzados de la enfermedad. “Afortunadamente en diversos estudios experimentales, las nuevas drogas biológicas están dando muy buenos resultados en estudios de experimentación y en poco tiempo ya podremos recetarlas a nuestros pacientes”.

Antes de concluir la entrevista, el Dr. Arturi destaca la importancia de explicar al paciente que, si realiza el tratamiento como corresponde, no tendrá mayores inconvenientes: “Es fundamental que sepa que si se diagnostica a tiempo, respeta las drogas recetadas y efectúa los controles periódicos, podrá hacer una vida normal o muy cercana a la normalidad”.



PARA TENER EN CUENTA

Con el objetivo de establecer el grado de conocimiento que tiene la población Argentina sobre la Artritis Reumatoidea, sus síntomas y tratamientos, se realizó un relevamiento (consultora Ipsos Mora y Araujo) a nivel nacional que abarcó un total de 1200 personas.

Según esta fuente los datos demostraron que:

- El 36% de la población desconoce que la artritis es una enfermedad que genera discapacidad a largo plazo.
- El 52% cree que sólo afecta las articulaciones.
- El 43% desconoce que acorta la vida.
- El 20% cree que es curable, y desconoce que es crónica.
- El 20% considera que la artritis es lo mismo que artrosis.



Sensibilidad, para ver más allá de la ciencia.

En Roche investigamos para crear productos que mejoran la calidad de vida de la gente. Nuestra visión innovadora en oncología, hematología, virología, trasplante, artritis reumatoidea, sistema nervioso central, obesidad, cardiología, dermatología y diagnóstico nos permite responder por el presente y futuro de las personas. Aquí y en todo el mundo.



Innovación para la salud

Día Mundial del Trasplante de Organos

Un verdadero efecto multiplicador

GRACIAS A LA DONACION DE ORGANOS, EL PACIENTE TRASPLANTADO RECUPERA TODAS SUS CAPACIDADES, Y SE REINSERTA INTEGRALMENTE EN LA SOCIEDAD Y EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. LA IMPORTANCIA DE ESTAR INFORMADO PARA DONAR VIDA, SEGUN EL VALIOSO TESTIMONIO DEL DR. MARTIN TORRES, VICEPRESIDENTE DEL INCUCAI



*R*ecientemente se celebró en Osaka, Japón, la Conferencia por el Día Mundial de la Donación y el Trasplante de Organos, organizada por la Sociedad Japonesa de Trasplante y auspiciada por la Organización Mundial de la Salud

¿Por qué donar órganos es donar vida? “De un sólo proceso de donación, pueden ser trasplantadas hasta nueve personas; ése es el efecto multiplicador: una sola persona puede dar vida a varias”, explica en su oficina del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (Incucai), el Vicepresidente de la mencionada institución, Dr. Martín Torres, durante la entrevista con “Ahora, la Salud”.

Se estima que, cada año, en el mundo se realizan alrededor de 65.000 trasplantes de órganos, y que entre 150.000 y 200.000 personas se encuentran actualmente en lista de espera. Recientemente se celebró en la ciudad de Osaka, Japón, la Conferencia por el Día Mundial de la Donación y el Trasplante de Organos, organizada por la Sociedad Japonesa de Trasplante y auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, donde los máximos especialistas internacionales debatieron acerca de los adelantos y las tareas pendientes en esta especialidad.

En nuestro país, casi 5.500 personas (cifra que se actualiza minuto a minuto y se mantiene estable anualmente) están a la espera de un órgano que les salve la vida. El Dr. Torres, orgullosamente, cuenta que 2007 fue el año récord de trasplantes: “Se realizaron más de 1.200 trasplantes de órganos sólidos y más de 1.500 trasplantes de tejido. Si bien es un logro muy importante, la meta es continuar creciendo. Incluso lo más importante para destacar es que hoy en día el trasplantado logra reinserirse normalmente en la sociedad y retomar sus tareas cotidianas. ¿Cuántas veces habremos viajado en subte o colectivo junto a un paciente trasplantado?”.

-¿Cuál es la situación en Argentina?

-En primer lugar quiero destacar que nosotros no hablamos ni de órgano ni de donación, sino que nos referimos a un proceso que es donación-trasplante que contempla desde un potencial donante de órgano hasta una persona que está en lista de espera. Todo este proceso requiere de la participación de múltiples profesionales, por ello se trata de una disciplina multifacética donde trabaja personal médico, legal, educativo y organismos no gubernamentales, entre otros.

Nuestro trabajo consiste, además, en detec-



“En 2007 se realizaron más de 1.200 trasplantes de órganos sólidos y más de 1.500 trasplantes de tejido. Si bien es un logro muy importante, la meta es continuar creciendo”, sostiene el Vicepresidente del Incucai, Dr. Martín Torres

tar que no exista información errónea acerca de la donación y que la sociedad entienda que es una realidad que le puede suceder a cualquier persona. La donación de órganos ya no es una práctica experimental sino que actualmente es una tarea habitual.

Con respecto a la situación en nuestro país, desde la creación del Cucai en 1978, hemos crecido favorablemente. Por ejemplo, en la década de 1980 se realizaban, principalmente, trasplantes renales y de córnea coordinados por este organismo nacional. Debido a la necesidad de desarrollarse de forma más compleja, las provincias más grandes (Córdoba, Mendoza, Santa Fe) comenzaron a organizar la procuración de órganos en pequeños organismos provinciales. De este modo, a principios de 1990, se habilitó una mayor cantidad de lugares de trasplante, y se sumaron nuevos órganos para trasplantar como corazón, riñón, páncreas, intestino o pulmón, que aumentaron las posibilidades de salvar muchas más vidas.

Orgullosamente podemos decir que existen 24 organismos correspondientes a las 24 provincias del país, que poseen su propia entidad encargada de la procuración de órganos y del control de fiscalización de los equipos de tras-

plante. A su vez, todos integran la Comisión Nacional de Trasplante, un órgano nacional con facultad para diseñar políticas estratégicas de donación, aprobar las resoluciones que emanen del Incucai, determinar criterios de distribución de órganos y evaluación de los donantes, entre otras, con el objetivo de que los trasplantes sean transparentes y equitativos para todos los pacientes.

Asimismo, a través de un programa nacional, se provee medicación a más de 1.000 pacientes que fueron trasplantados y que no poseen los recursos ni cobertura social para adquirirla. Es decir, el Estado garantiza que ese

paciente no rechace el órgano recibido luego de la intervención.

-¿Creció la cantidad de donantes en el país?

-Sí. Por ejemplo, desde la década de 1990, no superábamos la cifra de seis donantes por millón de habitantes (la cantidad de donantes que se mide por donante por millón, es decir, la cantidad de personas que fallecen en condiciones de ser potenciales donantes y que decidieron donar sus órganos). Sin embargo, luego de 2002 y tras la implementación del Programa Federal de Procuración, comenzamos a dar respuesta sanitaria a la creciente demanda de trasplantes e implementamos -a través de la figura de un coordinador hospitalario de trasplante-, la tarea de detectar al potencial donante y finalizar con la donación efectiva de órganos. Los coordinadores hospitalarios constituyen un equipo de más de 130 profesionales distribuidos en los hospitales de mayor complejidad del país.

De este modo, en 2007, logramos pasar de los seis donantes por millón a 12,4. Creemos que para considerarnos dentro de una media, deberíamos alcanzar los 20 donantes por millón. En Latinoamérica ocupamos el segundo lugar, debajo de Uruguay cuya tasa de donación ronda los 18 donantes por millón. Este récord y esta ubicación fueron posibles gracias a la responsabilidad que asumimos todos frente a la donación, sumado a que la sociedad, en su conjunto, tomó conciencia que el trasplante -hoy- es una realidad más, no es algo que le sucede a un tercero; todos somos parte.

-¿Se mantiene el número de pacientes en lista de espera?

-La cifra se modifica continuamente pero se mantiene estable. En estos momentos (la entrevista se realizó en septiembre último), hay 5.481 pacientes en lista de espera; diariamente ingresan siete nuevos pacientes. Sin embargo hay que mencionar dos cuestiones: si el número es alto, es negativo porque significa que muchas personas necesitan ser trasplantadas; a su vez, si el número es bajo, también es malo porque implica que no todas las personas están teniendo acceso a dicha lista.

Lo que sucede, mundialmente hablando, es que el número de pacientes se mantiene en un



EDUCAR PARA LA SALUD

El Incucai es el organismo que impulsa, normatiza, coordina y fiscaliza las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en el país. Además de promover, regular y coordinar las actividades relacionadas con la procuración y el trasplante de órganos, tejidos y células en el ámbito nacional, y garantizar transparencia, equidad y calidad, desarrolla campañas que comprenden: afiches en la vía pública, atención de una línea telefónica gratuita, entrega de materiales impresos y stands de promoción, son sólo algunas de las acciones que se despliegan para transmitir mensajes a favor de la donación. "Doce cosas que los chicos pueden hacer por la donación de órganos" es un material que promueve la salud en el ámbito escolar como una prioridad impostergable. De esta manera, el Incucai propone un didáctico material para que los chicos lean solos o junto a sus profesores con el objetivo de que puedan investigar, aprender y cuestionar sobre esta problemática que nos atañe como sociedad. Y qué mejor que comenzar a hacerlo desde pequeños.

balance equilibrado entre la gente que obtiene su órgano -que sale de la lista- y aquella que ingresa para esperarlo. En mi opinión, preferiría que todo aquel paciente que necesite un órgano tenga la posibilidad de acceder a esa nómina. Entonces, si la lista crece, se abren mayores posibilidades para que más argentinos puedan esperar su órgano. Se trabaja permanentemente para dar respuesta a los problemas que pudieran surgir en el proceso de inscripción en el padrón de espera. La idea es que todos accedan, que haya cada vez más trasplantes y menos gente esperando.

-¿Cuáles son los consejos para un paciente trasplantado?

-Un paciente trasplantado es una persona que, obviamente, salió de la lista de espera y del riesgo de perder su vida, pero no hay que olvidar que es una persona que debe cuidarse y cuidar el órgano que recibió. Por lo tanto, deberá realizar controles periódicos, tomar de por vida las drogas inmunosupresoras, controlar la alimentación (y el proceso de elaboración de la misma) y evitar riesgos. Sin embargo, y lo más importante, es que es una persona como cualquier otra que puede insertarse en la sociedad normalmente.

También es importante aclarar "en vida" la intención de donar para evitar a los familiares pasar por un mal momento. Asimismo, ellos deben entender y tratar de sentir que la muerte de su ser querido no fue en vano sino que sirvió para que otra persona pudiera vivir. Por ejemplo, de un sólo proceso de donación, pueden ser trasplantadas hasta nueve personas; ése es el efecto multiplicador: una sola persona puede dar vida a varias.

-¿Cuál es la visión acerca de los trasplantes en el futuro?

-En un reciente congreso que se celebró en Australia, me llamó la atención que otros años se debatía acerca de las técnicas de trasplante y demás cuestiones referidas a esta temática, en cambio, en esta oportunidad, el debate giró en torno a tomar conciencia de que si no hay donantes no hay trasplante, en el sentido de difundir la necesidad de informar acerca de la donación. También se habló sobre el "turismo de trasplantes" con fines comercia-



les, a fin de evitarlo y promover la equidad en todo el mundo.

Con respecto a los tratamientos, en el futuro, esperamos que se desarrollen muchos proyectos de investigación con células madre a fin de dar respuesta a todas las enfermedades que todavía no tienen un tratamiento del todo satisfactorio y podrían ser tratadas con terapias celulares.

-Para concluir, ¿cuál sería su mensaje a la sociedad?

-En realidad, son tres mensajes: en primer lugar, al paciente trasplantado, que se cuida y cuida el órgano que recibió porque hay una sociedad que lo donó y muchas personas que trabajaron para poder obtenerlo; a quienes están en la lista de espera, que no pierdan las esperanzas porque todos los días del año hay un país que trabaja para que -cuanto antes- reciban el órgano que necesitan; y por último, un mensaje para toda la sociedad sería recordarles que, generalmente, son mayores las probabilidades de recibir un órgano que donarlo. Por ende, si en caso de necesitarlo nos gustaría que alguien pensara en nosotros, qué mejor que la solidaridad empiece por casa y pensar que todos tenemos que ser donantes.

Para obtener mayor información, comunicarse al 0800-555-4628 ó al 4788-8300. www.incuca.gov.ar



Con respecto a la lista de espera, la tendencia mundial, es que el número de pacientes se mantenga para generar un balance equilibrado entre la gente que obtiene su órgano -que sale de la lista- y aquella que ingresa para esperarlo

Día Mundial de la Donación de Organos

Historia del trasplante

EL SER HUMANO SIEMPRE HA ESTADO INTERESADO EN REEMPLAZAR PARTES DEL CUERPO. LA POSIBILIDAD DE SUSTITUIR UN ORGANO ENFERMO POR OTRO SANO ES UNO DE LOS AVANCES MAS SOBRESALIENTES DEL SIGLO XX EN EL CAMPO DE LA MEDICINA

En el siglo XV apareció representada una de las primeras ideas de trasplante con donante cadavérico con fines terapéuticos cuya imagen quedó plasmada en el óleo “Milagro de San Cosme y San Damián”. A estos hermanos médicos -que vivieron en el siglo III- se les atribuyó el reemplazo de la pierna de un soldado con cáncer por la de un hombre que acababa de fallecer.

No obstante, a comienzos del siglo XX fue cuando el procedimiento para irrigar los órganos injertados abrió la posibilidad técnica y quirúrgica de realizar un trasplante. Fue el inicio de la trasplantología moderna y los trasplantes comenzaron a convertirse en una práctica terapéutica habitual.

En nuestro país

En relación al trasplante, Argentina experimentó una notable evolución desde la década de 1980, cuando el Dr. René Favaloro desarrolló el primer programa de trasplan-

te cardíaco; a partir de ese momento comenzaron los trasplantes de corazón en forma sistemática y exitosa.

Diez años más tarde, el equipo de Favaloro desarrolló el primer trasplante de bloque cardiopulmonar y utilizó por primera vez el procedimiento dominó: método que consiste en trasplantar el corazón y los pulmones de un donante cadavérico al receptor “X” y el corazón del receptor “X” en otro receptor “M”.

La década de 1990 fue muy fructífera: en 1992 se realizó el primer trasplante pulmonar, en 1993 el primer trasplante de páncreas y en 1999 se concretó el primer trasplante de intestino.

Ya en 2006, orgullosamente, la cantidad de trasplantes de órganos realizados en el año en Argentina superó los mil. Y gracias a la solidaridad de todos y a las actividades conjuntas de diversos organismos, se espera que la cifra continúe creciendo, porque donar órganos, es donar vida.

LINEA DE TIEMPO

1901 (FRANCIA)	1902 (AUSTRIA)	1905 (CHECOSLOVAQUIA)	1906 (FRANCIA)	1909 (AUSTRIA)	1928 (ARGENTINA)
Carrel describió la sutura circular en los vasos sanguíneos y abrió la posibilidad técnica y quirúrgica de realizar un trasplante.	Ullman realizó el primer autotrasplante renal en un perro. Carrel demostró que el autoinjerto podía sobrevivir indefinidamente, pero el aloinjerto (proveniente de otro perro) no. Allí surgió el primer problema: el rechazo del organismo hacia el órgano injertado.	Zirm realizó el primer trasplante de córneas y el paciente no recibió medicación que lo ayudase a evitar el rechazo del tejido injertado.	Jaboulay llevó a cabo el primer trasplante renal en un ser humano con un órgano proveniente de un cerdo.	Landsteiner clasificó la sangre humana en los grupos A, B, AB y O y demostró que las reacciones adversas generadas por las transfusiones ocurrían cuando se recibía sangre de un grupo diferente.	Nuestro país fue uno de los pioneros en implantes de tejidos y fue Antonio Manes quien efectuó el primer trasplante de córneas en el Hospital Rawson.

QUIENES DONARON

Alejandro T.

"Pensábamos que la donación no era para nosotros. Hasta que un domingo al mediodía nuestra hija Antonella murió. No lo habíamos charlado antes, pero con mi esposa decidimos donar los órganos de nuestra hija de 6 años. Lo hicimos porque la donación tiene más que ver con la vida que con la muerte".

María Rosa B.

"Mi hijo falleció en julio de 2005 de un golpe que recibió en la cabeza por una caída de la moto y ahí decidimos, al tener él signos de muerte cerebral, donar sus órganos. Como estaban muy dañados solamente pudimos donar las córneas. En ese momento tenía 30 años. Lo primero que sentí es que dos personitas iban a seguir viendo por Cristian. Esa era la idea que él tenía siempre. Así que cumplí su voluntad".

QUIENES RECIBIERON

Miguel M.

"Llegué al trasplante después de haber tenido dos infartos. Me hicieron tres by pass que fallaron al poco tiempo, estuve ocho meses en lista de espera y hoy hace más de 10 años que estoy trasplantado. Trabajo, hago natación, navego a vela y participo de una fundación para promover la donación de órganos. Luego del trasplante mi vida cambió totalmente".

Sergio Dispenza, papá de Abril

Con apenas 18 meses de vida, Abril Dispenza recibió un trasplante de corazón el 24 de enero de 2004. La intervención fue realizada por el Dr. Horacio Vogelfang, en el Hospital Juan P. Garrahan. Sergio Dispenza comentó a "Ahora la Salud" que Abril "evolucionó increíblemente bien y crece como una nena normal. Sólo nos acordamos que fue trasplantada al momento de darle medicación. La donación de órganos me permitió conocerla; de otro modo, nunca la hubiera visto crecer".



En relación a las ablaciones, Argentina experimentó una notable evolución desde la década de 1980 cuando el Dr. René Favaloro desarrolló el primer programa de trasplante cardíaco; a partir de ese momento comenzaron los trasplantes de corazón en forma sistemática y exitosa

1948 (ARGENTINA)

En nuestra nación se registró el primer trasplante de hueso realizado por Otolenguí, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, y nueve años más tarde, Alfredo Lanari realizó el primer trasplante renal en el Instituto de Investigaciones Médicas

dependiente de la Universidad de Buenos Aires. En ese mismo año se creó el primer banco de tejidos a través de la Ley 17.041.

1962

En este año apareció la primera droga inmunosupresora, azathioprine (Inmuran), que bloqueaba el rechazo que el cuerpo producía ante tejidos extraños.

1968 (ARGENTINA)

El Dr. Miguel Bellizzi realizó el primer trasplante cardíaco en la Clínica Modelo de Lanús. Sin embargo, aún era difícil controlar los problemas de rechazo.

1973 (EE.UU.)

Un equipo del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York llevó a cabo el primer trasplante de médula ósea con donante no relacionado.

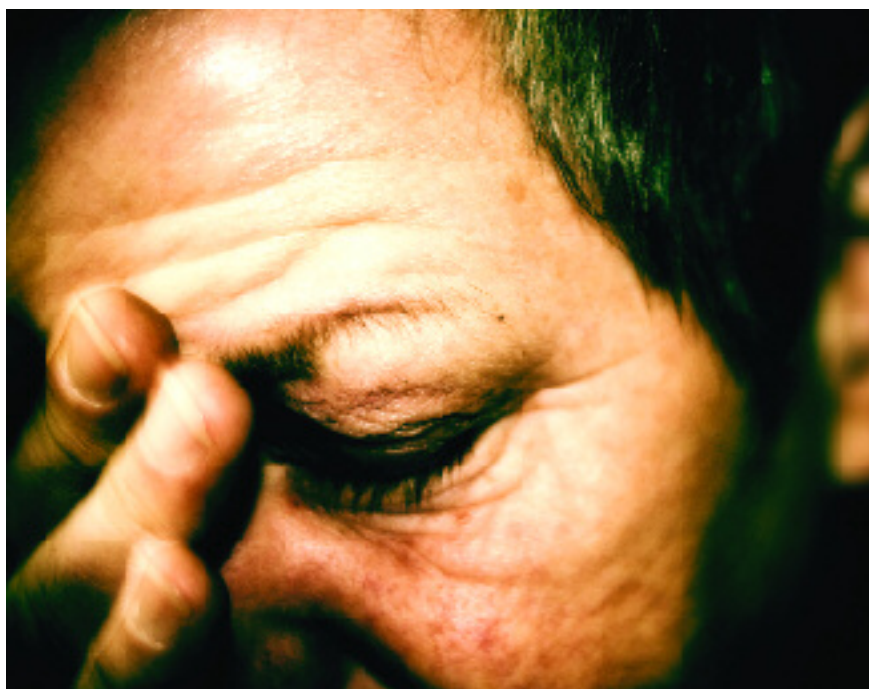
1976

Descubrimiento de la primera droga inmunosupresora efectiva, la ciclosporina, que evitaba -en gran medida- las crisis de rechazo.

Asiste a más de 500 personas por mes

EMA, modelo de ONG al servicio de los pacientes

LA ASOCIACION ESCLEROSIS MULTIPLE ARGENTINA BRINDA SERVICIOS DE NEURO-REHABILITACION, ASESORIA LEGAL Y SOCIAL, ORIENTACION PSICOLOGICA, GRUPOS DE APOYO Y CENTRO DE DIA. PARA RECAUDAR FONDOS ORGANIZA EVENTOS COMO LA NOCHE DE LOS CHEFS, SUBASTAS DE ARTE Y BAZAR DE NAVIDAD. UN EJEMPLO DE ACCION SOLIDARIA CON CREATIVIDAD



La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica crónica autoinmune, caracterizada por la progresiva desmielinización del Sistema Nervioso Central que lleva a discapacidad en grados variables. En la Argentina se estima que existen alrededor de 7.000 personas con EM



Cuando una persona recibe el diagnóstico de esclerosis múltiple (EM), comienza a transitar un camino absolutamente desconocido: desde los pormenores de un tratamiento multidisciplinario hasta la necesidad de adaptarse a nuevas condiciones laborales y sociales; toda su vida se ve trastornada. En ese momento, aparece también un acompañante leal, comprensivo, con experiencia en esta problemática: EMA (Esclerosis Múltiple Argentina Asociación Civil), una agrupación de pacientes que ayuda desde hace más de 21 años a quienes padecen esta enfermedad neurológica, a seguir adelante de la mejor manera posible.

“Nuestro objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con EM y su entorno familiar y social”, explicó Inés Acevedo, directora ejecutiva de EMA. “Trabajamos desde aspectos muy diversos que tratan de abarcar integralmente las necesidades de los pacientes y también de su entorno, su familia y allegados, porque es una enfermedad que los involucra”.

EMA también hace énfasis en la difusión de la problemática de la EM y en la formación de profesionales dedicados a su diagnóstico y tratamiento. “Además de informar, orientar y ayudar a los enfermos de EM y a sus familiares, promovemos la investigación, y fomentamos la formación de profesionales médicos y no médicos dedicados al diagnóstico y tratamiento de esta patología”.

Su Centro de Atención brinda servicios en las áreas Legal, Social, Salud Mental, Neuro-rehabilitación y Centro de Día. Además cuenta con comodatos de ayudas técnicas, Grupos de Apoyo, Departamento de Recién Diagnosticados y el Programa EMA Sale a la Comunidad, gracias al cual se extienden las actividades a centros de atención zonales (Adrogué, Caseros

Manifestaciones de la esclerosis múltiple son los trastornos en el equilibrio y en la marcha, entre otros. “Nuestro objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con EM y su entorno familiar y social. Trabajamos desde aspectos muy diversos que tratan de abarcar integralmente las necesidades de los pacientes y también de su entorno, su familia y allegados”, explicó Inés Acevedo, directora ejecutiva de EMA

y Bernal) con kinesiología, terapia grupal y actividad expresiva. Asimismo, similares tareas se realizan en asociaciones hermanas del interior del país como Bahía Blanca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza, Neuquén, San Juan y Tucumán.

A lo largo de estos 20 años, más de un tercio de la población argentina con esclerosis múltiple ha recibido algún tipo de asistencia de EMA. “El enfoque integrador y específico de esta enfermedad crónica ha sido decisivo para los pacientes, especialmente para aquellos que carecen de recursos económicos y no tienen acceso a los servicios básicos de salud. Todo esto fue posible gracias al esfuerzo de las personas, fundaciones y empresas que creyeron y confiaron en nuestra misión”, comentó la directora.

EMA, creada en diciembre de 1986, es miembro activo por Argentina de la Federación Internacional de Esclerosis Múltiple (Multiple Sclerosis International Federation), con sede central en Londres, lo cual le permite mantener contacto permanente con los centros de inves-



Distintos eventos permiten a EMA continuar su labor, como la Noche de los Chefs: 23 profesionales destacados cocinan para gourmets amantes de la buena cocina y deseosos de contribuir con la entidad

tigación más avanzados en el mundo. Inés Acevedo es miembro de la comisión directiva de la citada federación, representa a nuestro país y es el único miembro referente de Latinoamérica.

Eventos creativos para recaudar fondos

Distintos eventos permiten a EMA continuar adelante con su labor: “16ª Noche de los Chefs”, “1ª Subasta de Fotografía Latinoamericana” y “17º Bazar de Navidad”, entre otros, convocan a empresarios, celebridades y demás personas solidarias decididas a colaborar con la entidad, mientras disfrutaban un grato momento.

La Noche de los Chefs, en el Sheraton Hotel, consiste en el encuentro de 23 chefs destacados que cocinan para gourmets amantes de la buena cocina y deseosos de contribuir con la entidad. Cuenta con el apoyo de Bodega Cateña Zapata y de El Gourmet.com. Los chefs presentan sus propuestas culinarias ante más de 700 comensales.

“El principal propósito es ofrecer un evento de muy buen nivel, con productos de calidad internacional, shows y sorteos, donde la gente solidaria y generosa con la institución pueda sentirse a gusto”, expresó Acevedo. “Los fondos recaudados se utilizan para un mejor servicio a quienes se acercan, y para sostener nuestro centro de atención especializado en esclerosis múltiple”.

Con el mismo espíritu se efectuó la 1ª Subasta de Fotografía Latinoamericana, en el MALBA. El 26 de agosto se subastaron obras de los fotógrafos más destacados de América Latina a beneficio de EMA: Marcos López, Sara Facio, Alejandro Kuropatwa, Alicia D'Amico (Argentina), Cássio Vasconcellos (Brasil), Flor Garduño (México), René Peña (Cuba), Paz Erra-

zuriz (Chile) y otros artistas, donaron 112 fotografías que se expusieron previamente en la Fundación Mundo Nuevo (Callao 1870 PB) desde el 11 de agosto hasta el 5 de septiembre.

El remate contó con el auspicio del MALBA, la Fundación Luz Austral, Christie's Argentina, la Fundación Mundo Nuevo, la Secretaría de Cultura de la Presidencia de La Nación y la Embajada del Reino Unido.

Las obras se subastaron el 26 de agosto, y las no adjudicadas se encuentran en remate online a través del portal Mercado Libre, en la página www.mercadolibre.com.ar/subastaema y en www.ema.org.ar/subasta. Los fondos recaudados serán destinados a promover y sostener los programas que desarrolla EMA con pacientes con esclerosis múltiple.

Otro de los ejes para recaudar fondos es el Bazar de Navidad. “Los primeros días de diciembre haremos nuestro bazar en lugar a designar”, señaló la directora de la asociación y agregó: “Gran cantidad de expositores ofrecerán sus productos para compras navideñas a beneficio de EMA, y esperamos una afluencia importante de público. Agradeceremos la colaboración de todas las personas que puedan participar, ya que además de comprar un regalo navideño estarán ayudando a sostener nuestros esfuerzos”.

Enfermedad que no da tregua

La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica crónica autoinmune, caracterizada por la progresiva desmielinización del Sistema Nervioso Central (SNC) que lleva a discapacidad en grados variables. En la Argentina se estima que existen alrededor de 7.000 personas con EM.

Suele desencadenarse entre los 20 y 40 años, y es más frecuente entre las mujeres de raza blanca, y habitantes de áreas templadas y frías. Es una enfermedad que afecta a gente joven, es crónica y potencialmente discapacitante; suele tener un serio impacto sobre el ámbito familiar, social y económico-laboral, aunque no modifica la expectativa de vida de las personas que la padecen.

La EM se caracteriza por la presencia de lesiones en el SNC, llamadas “placas”, las cuales son zonas donde se ha perdido la mielina que cubre las fibras nerviosas o axones. Estas

ESTAS LESIONES ALTERAN LA CONDUCCION DE IMPULSOS NERVIOSOS BAJO LA FORMA DE ENLENTECIMIENTO O DIRECTAMENTE BLOQUEO

lesiones alteran la conducción de impulsos nerviosos bajo la forma de enlentecimiento o directamente bloqueo, y determinan la aparición de síntomas y signos de acuerdo al lugar donde se localicen: alteraciones del equilibrio, debilidad o parálisis de uno o más miembros, trastornos en la sensibilidad, hormigueos, alteraciones visuales, trastornos en el control esfinteriano y trastornos sexuales, entre otros.

Se ha demostrado además que en las placas desmielinizantes existe una variable y gradual destrucción de axones, y este proceso ocurriría tempranamente durante el curso de la enfermedad. Esta característica neuropatológica avala el inicio de un tratamiento inmunomodulador tan pronto se confirma el diagnóstico de EM.

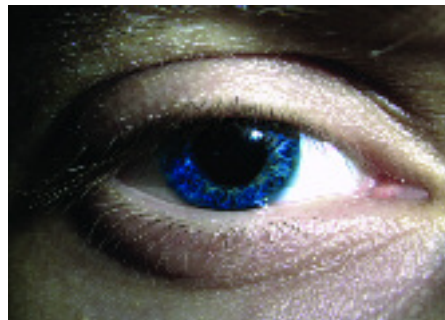
Lucha por los derechos

En EMA funciona un consultorio jurídico gratuito para personas con EM, con una visión eminentemente social e interdisciplinaria, ya que cuenta con la atención legal de abogadas especializadas en Salud, Discapacidad, Derecho de Familia y Mediación, además de counselors, que contienen a los consultantes y realizan un seguimiento de los casos, en especial de pacientes aislados. Se trabaja en forma conjunta con las áreas Social, Psicológica y Médica.

También se brinda asesoramiento y orientación legal en todos los aspectos relacionados con la enfermedad: acceso a la cobertura de tratamientos, medicación, rehabilitación, necesidades básicas insatisfechas (alimentación, vivienda digna, cupo laboral) e incluye la realización de procesos judiciales relacionados para la efectivización del derecho en la justicia, con una alta tasa de efectividad (96%) en el reclamo.

La Dra. María Inés Bianco, abogada de EMA especializada en salud y discapacidad, informó que “los pacientes con EM se encuentran con diversos problemas derivados de la falta de información sobre los derechos, en especial en el interior del país. Incluso hay falta de instauración social del concepto de discapacidad, una actitud pasiva frente a la vulnerabilidad, ausencia de respuesta por parte de los organismos estatales frente a las necesidades de la gente, y desconocimiento de la existencia de centros gratuitos, entre otros”.

En EMA, 3.400 personas han recibido asis-



Las alteraciones visuales constituyen uno de los síntomas de la esclerosis múltiple. “El enfoque integrador y específico de esta enfermedad crónica ha sido decisivo para los pacientes, especialmente para aquellos que carecen de recursos económicos y no tienen acceso a los servicios básicos de salud”, comentó la directora

tencia legal, entre julio de 2000 y diciembre de 2006. “Se ha logrado, por ejemplo, que se modifique el PMO en cuanto a tratamientos no incluidos, y que se reconozca a la EM en la Dirección de Política de Medicamentos del Ministerio de la Provincia de Buenos Aires”, agregó la Dra. Bianco. “También se sentó jurisprudencia en discapacidad y prepagas, se elaboraron proyectos de ley sobre la materia, se obtuvo acceso a la medicación de alto costo y baja incidencia sin recurrir a la Justicia y se posibilitó en una pequeña medida el acceso a las coberturas básicas insatisfechas (alimentación y vivienda digna)”.

En muchos casos, el principal escollo a superar es la falta de información. Para ello, EMA ofrece orientación en todos sus centros de atención, a fin de que el paciente con esclerosis múltiple disfrute de los derechos que le corresponden y pueda seguir adelante con su vida.

Para mayor información comunicarse con EMA al tel.: 4831-6617 ó por e-mail: info@ema.org.ar Sitio web: www.ema.org.ar



Cáncer de mama

Grandes esperanzas para la mujer

EL 19 DE OCTUBRE ULTIMO SE CELEBRO EL DIA MUNDIAL DE LUCHA CONTRA ESTA PATOLOGIA ONCOLOGICA, CON EL OBJETIVO DE ALERTAR A LA POBLACION ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE SU DETECCION TEMPRANA. EN ESTA ENTREVISTA, EL DR. JORGE GORI, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MASTOLOGIA, COMENTA ALGUNAS DE LAS DUDAS MAS COMUNES



En Argentina, de 10 mujeres, dos padecerán cáncer de mama en algún momento de su vida, principalmente aquellas de más de 50 años. Sin embargo, lo positivo es que la tasa de mortalidad está decreciendo y esta situación se atribuye a la detección precoz y a la implementación de tratamientos más efectivos

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más común en la mujer pero detectado tempranamente es curable en el 98% de los casos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este año se diagnosticará cáncer de mama a más de 1.200.000 personas en todo el mundo. No obstante, las buenas noticias son que la tasa de mortalidad está decreciendo y esta situación se atribuye a la detección precoz y a la implementación de tratamientos más efectivos.

En el marco del Mes Mundial de Lucha contra el Cáncer de Mama, "Ahora, la Salud", entrevistó al Dr. Jorge Gori, Presidente de la Sociedad Argentina de Mastología, quien señaló que la edad más importante de aparición de este tipo de cáncer es a partir de los 45 años, "alcanzando su pico de mayor incidencia alrededor de los 55 años aproximadamente".

Si bien la Argentina no posee una estadística exacta acerca de cuál es el porcentaje actual de mujeres con incidencia de cáncer de mama, no obstante puede decirse que de 10 mujeres, dos lo padecerán, principalmente aquellas de más de 50 años.

"La frecuencia o incidencia es muy alta pero esto no significa que estas mujeres morirán de cáncer porque, si son diagnosticados en forma temprana, se curan. Por ende, el diagnóstico precoz es una herramienta fundamental para evitar la incidencia de mortalidad", explicó el Dr. Gori quien también preside la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO).

De qué se trata

Ante la pregunta de cuál es la definición de cáncer de mama, el Dr. Gori manifestó que "en realidad no se trata de una sola entidad, sino que existen diversos tipos de tumores. Años atrás, cuando aún los conocimientos no eran muy avanzados, simplemente se determinaba la existencia o no de cáncer de mama". Gracias a los estudios moleculares, actualmente se sabe que hay muchos tumores diferentes. "Estos estudios inhiben a aquellos tumores que presentan muy buena evolución y otros en los cuales la evolución no es muy buena. De este modo, decir que el cáncer de mama es una sola entidad es un poco arriesgado".

Una vez diagnosticado, hay que estudiar cada caso en particular para determinar cuáles son las características moleculares. "Por ejemplo, una



mamografía diagnóstica un auto pero luego es necesario saber qué modelo es, cuál es su motor, entre otras cuestiones, porque decir 'auto' es muy amplio; en el caso de los tumores de mama sucede exactamente lo mismo".

Mujeres en riesgo

Las pacientes que poseen mayor riesgo de padecer cáncer de mama son aquellas que han tenido la menarca (primera menstruación) muy temprana o la menopausia tardía. "También hay que mencionar a las mujeres menopáusicas que están bajo tratamiento de terapia hormonal de reemplazo, y aquellas con antecedentes familiares de cáncer de mama, principalmente, si la madre lo tuvo entre los 50 y 55 años". Incluso ciertos grupos, como las judías asquenazias, también poseen una mayor incidencia debido a factores genéticos: "No hay que confundir los factores hereditarios con los factores genéticos", aclaró.

Asimismo, el mastólogo señaló que el aumento de incidencia de esta patología no debe asustar a nadie: "Es decir, no significa que quien tenga incidencia desarrollará cáncer de mama. Por este motivo, es fundamental manejar bien los datos para no asustar a la gente".

Más vale prevenir

El método más importante para screening (conjunto de pruebas diseñadas para poder realizar un diagnóstico precoz) que la mujer debe hacerse a partir de los 45 ó 50 años, es la mamografía anual. "Este estudio se complementa con la ecografía mamaria y, en algunos casos muy específicos determinados por el especialista, se solicitará una resonancia magnética nuclear".

Esta última se aconseja en aquellos casos en los cuales las mujeres han tenido prótesis mamarias o en situaciones donde se observa alguna característica especial. En este sentido, el entrevistado destacó que no se trata de un método de screening global; esa función sólo la posee la

"Una vez que la paciente realizó el diagnóstico y el mismo resulta ser un tumor, el paso siguiente es atenderse por un mastólogo, una persona experta en patologías de mama. Esto es muy importante porque existen circunstancias que escapan a la generalidad y un médico no especializado en mama quizás no pueda detectarlo", explicó el Dr. Jorge Gori, Presidente de la Sociedad Argentina de Mastología

“Si una mujer descubre un tumor que puede tocar, significa que no ha visitado al médico en el último tiempo y, peor aún, que no se ha realizado ni la mamografía ni los controles periódicos necesarios para prevenirlo”, alertó el Dr. Gori



mamografía.

Otro método de diagnóstico que el radiólogo puede solicitar se denomina magnificación mamográfica: un método a través del cual un punto determinado de la mamografía puede verse ampliado.

La conclusión más importante es que el cáncer de mama diagnosticado precozmente posee una altísima tasa de curación: “Una vez que la paciente realizó el diagnóstico y el mismo resulta ser un tumor, el paso siguiente es atenderse por un mastólogo, una persona experta en patologías de mama. Esto es muy importante porque existen circunstancias que escapan a la generalidad y un médico no especializado quizás no

pueda detectarlo”.

Si bien es importante que la mujer palpe sus mamas, el método más adecuado y exacto es el estudio mamográfico periódico. “Si descubre un tumor que puede tocar, significa que no ha visitado al médico en el último tiempo y, peor aún, que no se ha realizado ni la mamografía ni los controles periódicos necesarios para prevenirlo”.

Hay cura

Gracias a la evolución de los tratamientos en los últimos años, la tasa de mortalidad por cáncer de mama ha disminuido notoriamente, siempre y cuando se tenga en cuenta el momento en que se lo haya detectado.

El tratamiento consta de tres partes: por un lado, la intervención quirúrgica, por el otro, los fármacos y por último la radioterapia. “Tenemos que destacar que la cirugía cambió enormemente. Años atrás, a cualquier mujer que tuviera un cáncer de mama por más pequeño que fuera, se le hacía una mastectomía; es decir, la ablación (extirpación) de toda la mama, incluidos los ganglios de la axila. En cambio, hoy en día, ante la presencia de tumores pequeños, se aplica la tumorectomía que consiste en sacar el tumor, con un poco de mama sana alrededor del mismo, inyectar una sustancia radioisotópica (que puede ser detectada por medio de un detector específico de esos radioisótopos), buscar el ganglio en cuestión y extirparlo. Este procedimiento se llama ganglio centinela”.

En el caso en el cual ese ganglio no posee nada, concluye la intervención quirúrgica, “pero si posee metástasis, habrá que sacar todos los otros ganglios de la axila”, aclaró el Dr. Gori. Si bien en muchos casos aún es necesario efectuar una mastectomía, hay que señalar que, posteriormente, se hacen excelentes reconstrucciones mamarias con técnicas muy buenas en las cuales el esquema corporal de la mujer suele ser mucho más acertado que en años anteriores.

En aquellas situaciones en las cuales se conserva la mama, siempre habrá que aplicar rayos (rayoterapia); no obstante, si se quita, a veces no es necesario realizar este tratamiento. Será el patólogo el encargado de determinar cuáles son las características que posee cada tumor y, de acuerdo a ellas, el mastólogo indicará hormonoterapia (sustancias hormonales para que la enfermedad no recaiga) o quimioterapia (sustancias químicas para evitar que la enfermedad progrese).

PREVENCIÓN, EDUCACIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO

La Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC) es una Organización no Gubernamental, sin fines de lucro, fundada el 22 de julio de 1921. Es Miembro Activo de la UICC (Union Internationale Contre le Cancer), de la Unión Antitabáquica Argentina, de la Asociación de Ligas Iberoamericanas Contra el Cáncer (ALICC) y como tal fue ejecutora en Argentina del Programa Latinoamérica Contra el Cáncer en Argentina. Ha sido aceptada como futuro Miembro del Foro de Reach to Recovery International (red internacional de apoyo a pacientes con cáncer de mama) y esta afiliada a La Unión Internacional de Educación Sanitaria. Mantiene relación con la American Cancer Society y con todas las Organizaciones de Lucha Contra el Cáncer a nivel mundial.

LALCEC desarrolla su actividad en todo el país a través de Representaciones. La Liga está orientada a mitigar los efectos del cáncer mediante prevención, educación y diagnóstico oportuno. Asimismo, crea nuevos centros de diagnóstico, equipa a los ya existentes, capacita a profesionales y estimula la investigación científica para averiguar causas y buscar nuevas formas de tratamiento.

Para mayor información, comunicarse con LALCEC: Aráoz 2380 (C.P. 1425), Ciudad de Buenos Aires. Tel.: (5411) 4832-4800. Mail: info@lalcec.org.ar. Página web: www.lalcec.org.ar

“Actualmente, gracias al estudio molecular, los casos de mujeres con cáncer se dividen en aquellas que poseen un mayor riesgo de generar metástasis, de otras en las cuales el riesgo es menor.

“Es fundamental que la paciente con cáncer no se asuste y sepa qué informaciones debe tener en cuenta, porque a veces los medios de comunicación no son claros. Es cierto que el cáncer de mama es una enfermedad común y frecuente pero es curable. Su aparición se previene por medio de la realización de los diagnósticos precoces que hemos mencionado. Si me preguntan si todos los cánceres se curan, respondo que ‘no’, como tampoco se curan otras tantas enfermedades. En conclusión, un cáncer diagnosticado precozmente y tratado adecuadamente, puede curarse. Como profesionales de la salud, nuestra misión será difundir la importancia de la prevención para poder tratar la enfermedad a tiempo”.



AGRADECIMIENTO

El presidente de la Fundación ABC, Sr. Ramón Carreras, recibió una carta de agradecimiento de parte de María Inés M. de Ucke, Presidenta de la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC), donde expresa su mayor gratitud por los artículos publicados en la revista “Ahora, la Salud”, N° 4, mayo de 2008, sobre la salud femenina y sobre la prevención de cáncer de pulmón.

“Las actitudes, comportamientos y valores transmitidos a través de los medios de comunicación, influyen en el valor que la salud tiene para las personas, así como también en los comportamientos saludables y en su autorresponsabilización con respecto a la salud y en el mantenimiento de las conductas de riesgo.

“Gracias nuevamente por contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer en la población argentina”.



www.filaxis.com

 **Filaxis**
TERAPEUTICA CONFIABLE

 **ONCOLOGIA**

 **INFECTOLOGIA**



Laboratorios Filaxis S.A.
Pasaje 2121 (B1640KIC) Martínez
Buenos Aires - Argentina
Tel: +54 11 6098-7500 (Lj. Red.)
Fax: +54 11 6098-7519
www.filaxis.com



Oncosis es un programa de provisión de medicamentos con Segunda Opinión Médica Especializada, que se sustenta en los criterios de los más importantes Centros Universitarios y Agencias de Evaluación de Tecnologías vinculadas a la Patología Oncológica, tanto nacionales como internacionales, garantizando:

- > SEGURIDAD TERAPEUTICA.**
- > EFICIENCIA ECONOMICA.**
- > ELEVADA SATISFACCION DE LOS USUARIOS.**



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



**DELTA
FARMA**

**Trabajamos
para fundar
la esperanza,
todos los días.**



► **MAXIMA CALIDAD**

Estándares de óptima elaboración, bajo estrictas normas de producción, control y garantía de calidad.

► **OPTIMO SERVICIO**

Foro de consultas para profesionales y pacientes, novedades para médicos, entre otras prestaciones.

► **COSTO/BENEFICIO**

Adecuado equilibrio fármaco-económico maximizando la ecuación costo-beneficio para el paciente e institución.



Línea
Oncológica



Línea
Antiviral



Línea
C. Intensivo



Línea
Biotecnológica

DELTA FARMA S.A.
Bacacay 1820/22 (C1408GDF)
Ciudad. Aut. Buenos Aires - Argentina
Tel./Fax: (54-11) 4833-5110
Info@lab-deltafarma.com.ar
www.lab-deltafarma.com.ar



¿Para vos son todas distintas?

Para el cáncer son todas iguales



Consultáanos. De eso puede depender tu vida

www.lalcec.org.ar 4832.4800



LALCEC

LIGA ARGENTINA DE LUCHA
CONTRA EL CÁNCER

Encuentro internacional: cirugía de córnea y catarata

Mirada al futuro



En un hotel de Puerto Madero, del 2 al 4 de octubre se realizó el IV Congreso ALACCSA Hemisferio Sur, organizado por la Asociación Latinoamericana de Cirujanos de Córnea, Catarata y Segmento Anterior (ALACCSA) y la Asociación Latina de Cirugía de Catarata Refractiva y Segmento Anterior (ALCRS).

“Ahora, la Salud” tuvo acceso en exclusiva al encuentro en el cual participaron más de 250 disertantes de Argentina, Brasil, Estados Unidos, Costa Rica, Chile, Venezuela, México, Colombia y España. El programa científico contó con varias actividades simultáneas como simposios, cursos teóricos y laboratorios, temas libres, pósters y videos, incluso la realización de una cirugía en vivo.

Este medio entrevistó al Dr. Néstor Gullo, Presidente del Congreso ALACCSA 2008 y al Dr. William de la Peña (Estados Unidos), Presidente Ejecutivo de ALACCSA, ambos miembros del Comité Organizador del encuentro.

“La Asociación Latinoamericana de Cirujanos de Córnea, Catarata y Segmento Anterior es una sociedad sin fines de lucro, fundada en 1991, que se constituyó en la sociedad con el mayor número de sub-especialistas de esta especialidad en Latinoamérica”, comentó el Dr. William de la Peña y agregó que es el cuarto Congreso que organiza esta entidad en el cono sur.

Asimismo, ALACCSA también ha tomado su rol en la oftalmología mundial por medio de la creación de una Federación de Sociedades Continentales que trabaja en la elaboración para un proyecto de región: “Entre ellas se encuentran la Sociedad Americana de Catarata y Refractiva, la Sociedad Europea de Catarata y Refractiva, la Sociedad Pan-Asiática de Catarata y Refractiva y ALACCSA, como representante de América Latina”.

El Dr. De la Peña explicó que ALACCSA posee dos importantes funciones: por un lado, presentar en el Congreso lo más nuevo referido a cirugía de catarata, refractiva y segmento del ojo anterior, además de “abrir el mercado mundial de congresos para que todos los profesionales puedan brindar sus pláticas y compartirlas con los colegas del mundo”. Orgullosamente señaló que estos encuentros son muy concurridos por especialistas internacionales y gustosamente

aceptados en toda la región.

El Dr. Néstor Gullo, presidente del Congreso ALACCSA 2008, comentó a este medio que es el cuarto encuentro que se organiza en nuestro país: “Incluso realizamos una actividad para instrumentadoras y una para administración en oftalmología”.

Los temas desarrollados durante el congreso refirieron a las últimas novedades en cirugía de cataratas, la implementación de lentes multifocales, novedades en el tratamiento del glaucoma y los notorios avances en cirugía refractiva: “Argentina se encuentra muy avanzada en esta especialidad y se ubica a la vanguardia con respecto a este tipo de cirugía”, señaló el Dr. De la Peña.

“En relación al glaucoma, actualmente existen nuevas terapias y medicinas, además de novedosas cirugías incluida la refractiva para la córnea con el objetivo de que el paciente no use más anteojos. Por otra parte, han aparecido nuevas máquinas y tecnologías para remover cataratas y la aplicación de los lentes intraoculares”, manifestó De la Peña.

También hubo una actividad llamada “video-complicaciones”, donde se mostraron aquellos casos en los cuales el médico se encuentra con un tema complejo y, junto con la participación del auditorio, cada colega opinó respecto de qué haría en ese caso en particular.

“Quiero destacar que la actividad plenaria del Congreso fue la realización de una cirugía en vivo -que ya hemos hecho en el encuentro anterior de 2006- en el Instituto Oftalmos de la Ciudad de Buenos Aires”, agregó el Dr. Gullo. La misma contó con la coordinación en quirófano del doctor argentino, Carlos Nicoli y fue practicada por los cirujanos: Dr. Jorge Villar Kuri (México), Dr. José Luis Rincón (Venezuela), Dr. Luis Escaf (Colombia), Dr. Marco Rey de Faria (Brasil) y Dr. Armando Crema (Brasil).

Otros temas debatidos fueron: nuevas tecnologías y técnicas en cirugía del cristalino, ojo seco, cirugía lenticular, astigmatismo, manejo de complicaciones en cirugía de cataratas, infección e inflamación en el segmento anterior, lentes intraoculares, cirugía de la presbicia y catarata infantil.





COMPROMETIDOS CON LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DIABETES

EL PROGRAMA DIABESIS GARANTIZA:

Para el beneficiario:

- 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.
- Estricto control y seguimiento evolutivo de la patología.
- Cursos gratuitos de Educación para la Salud.

Para la Obra Social:

- Controles de gestión del Equipo de Salud y del Paciente.
- Eficiencia en la utilización de los recursos financieros, eliminando los desvíos que el sistema posibilita.

**LA DIABETES ES UN LARGO CAMINO, TRANSÍTELO CON ESPERANZAS
Y CON UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA**



día mundial de la diabetes

14 DE NOVIEMBRE

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

XVI Congreso Argentino de Diabetes

Estrategias para controlar la epidemia

CASI TRES MIL MEDICOS SE REUNIERON EN UN CONCLAVE, EN BUENOS AIRES, DONDE SE PRESENTARON LAS ULTIMAS NOVEDADES EN PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES, CUYO DÍA MUNDIAL ES EL 14 DE NOVIEMBRE. EL DR. COSTA GIL, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE ESTA ESPECIALIDAD, ANALIZO CON AHORA LA SALUD LA SITUACION DE ESTA PATOLOGIA EN ARGENTINA Y EN EL MUNDO



“El lema Ciencia con Conciencia alude a la necesidad de bregar para que la docencia, la investigación y la asistencia se reúnan con el fin de que cada profesional o trabajador de la salud proteja con su saber, su accionar y su moral, a quien está enfermo”, explicó el Dr. José Esteban Costa Gil

En su mensaje de bienvenida al XVI Congreso Argentino de Diabetes, el Dr. José Esteban Costa Gil, Presidente de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), manifestó que “esta enfermedad es una verdadera preocupación entre las autoridades del mundo, y en Argentina aún se encuentra subdiagnosticada, subtratada y es extremadamente costosa”.

Este encuentro -que todos los años se ha ido superando-, lleva 20 años de concurrencia. Al comienzo eran sólo jornadas a las cuales asistían 400 personas y, con el tiempo y el interés de los profesionales médicos de diversas especialidades, fue creciendo hasta convertirse en el masivo XVI Congreso Argentino de Diabetes “Ciencia con Conciencia”, celebrado del 10 al 12 de octubre último, en la Ciudad de Buenos Aires. Allí se abordaron los últimos avances en prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

“Cada 10 segundos muere en el mundo una persona por causas relacionadas con la diabetes. En esos mismos 10 segundos, se diagnostica la enfermedad en dos personas”, detalló el Dr. Costa Gil, quien habló en exclusiva con Ahora, la Salud.

-¿Por qué eligieron el lema “Ciencia con Conciencia”?

-La diabetes es una especialidad que reúne a profesionales de las humanidades médicas, la ciencia, la tecnología e incluso del Derecho. “Ciencia con Conciencia” significa eso: ciencia aplicada con sensibilidad y practicidad social; una ciencia que está hecha con todas las virtu-

des que debe tener y con las posibilidades de que llegue a todas las personas.

-¿Cuál es la prevalencia de la diabetes y su crecimiento a nivel mundial?

-La prevalencia es alta, está en continuo crecimiento y se convirtió en una epidemia que se intenta detener. La presunción es que crecerá alrededor de un 50 ó 60% en los próximos 20 años, lo cual implica que habrá más de 300 millones de diabéticos en todo el mundo. Las causas de esta situación refieren a factores como la modernidad, la industrialización, la globalización alimentaria o el uso excesivo de medios de transporte, lo cual condujo a que la obesidad se convirtiera en el factor más importante de riesgo para la diabetes.

-¿Cómo se podrá controlar este incremento de la enfermedad?

-En realidad, no es sencillo modificar los hábitos de la comunidad y, precisamente, el problema pasa por allí porque son los malos hábitos sociales los que se han cronificado. De esta manera, los profesionales siempre aconsejamos seguir una alimentación equilibrada, realizar ejercicio, no sólo para prevenir la obesidad –y por ende la diabetes- sino también para disminuir el riesgo de otras enfermedades, como las cardiovasculares.

-¿En qué situación se encuentra Argentina en relación a los tratamientos?

-En estos momentos, el tratamiento para la diabetes implica un elevado costo social y monetario. El subdiagnóstico señala que entre el 35 y 55% de las personas con diabetes no saben que tienen la enfermedad. Sin embargo, lo paradójico es que el estudio para detectarla es muy económico.

Actualmente, Argentina posee casi todos los mismos medicamentos y recursos terapéuticos que los países desarrollados pero el problema son los elevados costos. En tanto que en otros países estos tratamientos pueden instrumentarse mejor gracias a un mayor poder adquisitivo y por las características de las coberturas sanitarias.

Sin embargo, lo importante es saber que debido a que es una enfermedad muy silenciosa –como la hipertensión-, es fundamental realizar los controles periódicos para tratarla a tiempo y adecuadamente.

-¿La cobertura de medicamentos varía según las provincias?



-A nivel de la salud pública, sí, pero a través de obras sociales o prepagas la situación varía relativamente. Hay que señalar que en salud pública funcionan planes provinciales y 19 provincias actualmente gozan de programas de protección a las personas con diabetes. La cobertura de insulina y de tiras reactivas para el autocontrol de la glucosa es muy alta, pero cuántas tiras pueden darse a una persona no es tan fácil de determinar.

No obstante, hay que destacar que nosotros contamos con programas como el Nacional (Pronadia) y varios provinciales (el ProCordia, por ejemplo), que implican para la salud pública un importante avance que otros países aún no poseen ni en su agenda ni en su pensamiento. Por lo tanto, creo que de alguna manera hay personas que se preocupan para que los pacientes reciban sus medicamentos.

-¿Cuáles son las novedades farmacológicas?

-La preocupación por el crecimiento de la enfermedad ha hecho que los desarrollos se aceleren y por ende han aparecido nuevas líneas de tratamiento. Años atrás se comenzó a trabajar con un grupo de drogas denominadas “incretinas” que en nuestro país ya existen dos: exenatida (inyectable) y sitagliptina, además de la vildagliptina que recientemente se incorporó al tratamiento.

Asimismo, hay que destacar la existencia de aparatos más precisos, mejores insulinas y la incorporación de las bombas de insulina además de nuevas tecnologías con mejor eficacia y confort. Como adelanto puedo decir que en breve, en nuestro país, se empleará el monitoreo continuo de la glucosa que, incorporado a las bombas de insulina, permite que éstas lean cuánto posee de glucosa. De este modo, el aparato va dando una glucemia cada cinco minutos.

Como ícono del congreso, la SAD eligió el Puente de la Mujer, un símbolo de la relación entre la tecnociencia y las humanidades médicas, entre la certeza científica y la calidez humana



XVI Congreso Argentino de Diabetes

Ultimas novedades sobre prevención

LA IMPORTANCIA DE PREVENIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS DISGLUCEMIAS, LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA, LAS NOVEDADES FARMACOLOGICAS Y EL IMPACTO DE LA CIRUGIA BARIATRICA FUERON ABORDADOS EN UN SIMPOSIO DEDICADO A DIABETES TIPO 2, EN EL ENCUENTRO NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD. EL 14 DE NOVIEMBRE SE CELEBRA EL DIA MUNDIAL DE ESTA PATOLOGIA



*D*isertantes del simposio (de izq. a der.): Dr. Nelson Rodríguez Papini, Dr. Isaac Sinay, Dr. Jorge Waitman, Dra. Martha De Sereday (coordinadora), Dr. Gustavo Valitutti (secretario) y Dra. Estrella Menéndez

Una de las sesiones más importantes del XVI Congreso Argentino de Diabetes fue el Simposio “Prevención en diabetes tipo 2”, donde se desarrollaron varios de los aspectos clave que los pacientes deben tener en cuenta tanto para la prevención como para el tratamiento de esta enfermedad.

La presentación estuvo a cargo de la Coordinadora Dra. Martha de Sereday quien manifestó que “la diabetes es un factor de riesgo importantísimo para la salud cardiovascular, y además viene precedida de otros factores fácilmente identificables que pueden evitarse mediante una prevención temprana”.

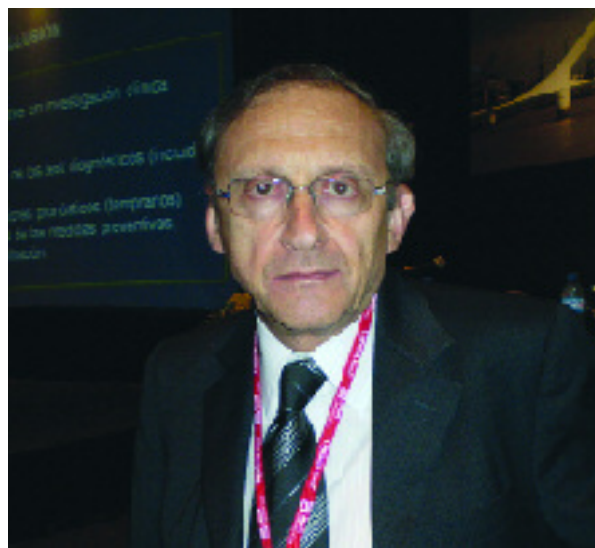
Riesgo cardiovascular y disglucemias

El primer orador fue el Dr. Jorge Waitman, Coordinador del Programa Córdoba Diabetes, Jefe de la Unidad de Diabetes del Hospital Córdoba y Director de la Carrera de Posgrado de Especialista en Diabetología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, quien desarrolló el tema “Prevención del riesgo cardiovascular en las disglucemias”. “La definición de disglucemia refiere a una variable continua que comprende la glucemia en ayunas alterada, la intolerancia a la glucosa y la diabetes propiamente dicha”, explicó.

Para ejemplificar esta situación comentó que, “en el mundo se producen 1.400.000 muertes por cardiopatía isquémica y 700.000 muertes por accidentes cerebrovasculares, atribuidos básicamente a la disglucemia. Las enfermedades cardiovasculares, por su parte, constituyen el 70% de las causas de muerte en diabetes tipo 2. Esta enfermedad -mal controlada-, reducirá la expectativa de vida en 10 ó 12 años aproximadamente, porque los eventos cardiovasculares aumentan de dos a cinco veces”.

De este modo, el Dr. Waitman reflexionó acerca de la relación entre la hiperglucemia y las complicaciones cardiovasculares en el desarrollo de la diabetes tipo 2, “porque esta patología -en formas de pico o en forma continua- es la que produce daños en retina, riñón, corazón y cerebro. El problema es cómo se produce este daño. Precisamente, sucede que cuando la hiperglucemia es sostenida y permanente, se produce estrés oxidativo y generación de radicales libres”.

Antes de concluir con su exposición, el Dr. Waitman sostuvo que se trata de detectar cuál es el impacto de la hiperglucemia en ayunas en las



complicaciones de la enfermedad. Precisamente, tanto la glucemia en ayunas alterada como la intolerancia a la glucosa son factores predictores de diabetes tipo 2, “pero al día de hoy, sólo la intolerancia a la glucosa está mucho más vinculada al daño macro-vascular. Cabe señalar que ciertas situaciones en exceso -como la obesidad o la hipertensión- pueden generar importantes daños; lo mismo sucede con los valores de disglucemia o hiperglucemia posprandial”.

Cambios en el estilo de vida

La segunda expositora fue la Dra. Estrella Menéndez, del Servicio de Diabetes y Nutrición del CEMIC, quien habló sobre los “Resultados del cambio de estilo de vida en prevención de diabetes tipo 2”.

“La prevalencia de esta patología ha adquirido, mundialmente, la característica de epidemia. Se calcula que para el año 2030, India y China serán los países con mayor número de casos de diabetes por año. Pero en otras regiones como América, Oriente, Australia y África, la prevalencia de diabetes se triplicará con respecto a la del año 2000”.

Luego de presentar estos alarmantes datos, la Dra. Menéndez aclaró que existen factores de riesgo modificables -que hacen que esta enfermedad se convierta en un blanco ideal para su prevención- y otros no modificables (la etnia y la herencia, por ejemplo). Con respecto a los primeros, la especialista comentó que la obesidad probablemente es el factor predictor más fuerte. “Podemos pensar que la epidemia de diabetes viene detrás de la epidemia de obesidad que está presente actualmente en todo el mun-

El Dr. Waitman sostuvo la necesidad de diseñar ensayos que contengan cómo medir la glucemia posprandial por medio de una prueba oral de sobrecarga de la glucosa. “En definitiva, se trata de detectar cuál es el impacto de la hiperglucemia en ayunas en las complicaciones de la enfermedad”



El congreso convocó, en la Ciudad de Buenos Aires, cerca de 3.000 médicos de nuestro país y del mundo

do y es el factor de riesgo más importante a modificar, considerando que entre el 85 y 90% de las personas con diabetes tipo 2 tiene sobrepeso importante u obesidad". El sedentarismo es el principal responsable de esta situación.

Por otra parte, la intolerancia a la glucosa y la hiperglucemia en ayunas son dos estadios previos a la aparición de la diabetes: "Si dejamos a estos pacientes al azar, entre 5 y 6% de ellos por año se transformarán en pacientes diabéticos".

Factores dietarios como el consumo en exceso de calorías, ácidos grasos saturados e hidratos de carbono refinados bajos en fibra, son otros aspectos que probablemente se encuentran asociados con el inicio de esta patología. Incluso, la mal nutrición fetal.

De este modo, la especialista se centró en la

importancia de la prevención: "Los estudios señalan como fundamental la combinación de dieta y ejercicio, pauta que ayudaría a reducir la incidencia de diabetes en un 20%; incluso los factores de riesgo que a ella están asociados, como los cardiovasculares".

Antes de despedirse, la Dra. Menéndez señaló que actualmente la prevalencia de la enfermedad se observa también en niños y adolescentes cuando, años atrás, la misma se detectaba generalmente a partir de los 50 años: "El único modo de invertir la progresión de la epidemia de diabetes, es realizar cambios urgentes y sustentables en el estilo de vida de toda la población".

Fármacos y diabetes

El Dr. Isaac Sinay, Coordinador del Area Diabetes del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, explicó en su exposición "Resultados de la intervención farmacológica en la progresión de la GAA y de la TGA a diabetes tipo 2", cómo se está actuando farmacológicamente en situaciones disglucémicas previas a este tipo de la enfermedad, para tratar de impedir o reducir la progresión a la misma. "Este camino tiene que ver con la interacción de la insulinoresistencia/insulinodeficiencia", dijo.

Según los resultados de las intervenciones farmacológicas en pacientes con tolerancia alterada a la glucosa oral y/o glucemia alterada en ayunas, "sabemos que no hay duda que se puede postergar la conversión de esas situaciones a diabetes (tipo 2)".

"Se puede presumir la intensidad de intervención prolongada por la evanescencia del efecto que les he mostrado, pero no podemos descartar un efecto beneficioso a largo plazo de dichas intervenciones aún si los pacientes tratados se convierten en diabéticos". Actualmente, el Dr. Sinay codirige el estudio Navigator con el fin de determinar si la intervención farmacológica activa en una población prediabética, "no sólo limita la acción a diabetes sino también reduce el impacto cardiovascular o infarto".

Por último, el Dr. Nelson Rodríguez Papini, Jefe del Servicio de Diabetes del Area Sanitaria del Hospital de Mendoza habló sobre la cirugía bariátrica que refiere a la cirugía del "peso que abruma". Su objetivo no es curar la obesidad ni hacer descender de peso sino disminuir las comorbilidades asociadas y mejorar la calidad de vida de los pacientes: "No mencionar a nuestros pacientes esta opción quirúrgica en aquellos que son posibles candidatos, constituiría una falta ética".



PROGRAMA CORDOBA DIABETES

En diálogo con "Ahora, la Salud", el Dr. Jorge Waitman, Coordinador del Programa Córdoba Diabetes (ProCordia), del Ministerio de Salud de este distrito, sostuvo: "Actualmente tenemos 224.000 diabéticos en toda la provincia. De ellos, 10.000 están en el ProCordia: gozan de cobertura completa de antidiabéticos orales, cintas reactivas, aparatos, insulinas y otras drogas (algunas para el tratamiento de la hipertensión)".

Con respecto a la situación que está atravesando la provincia en relación a la diabetes, el Dr. Waitman argumentó que "es la misma que la de los países en vías de desarrollo: aproximadamente, en el Hospital Córdoba, un 40% de pacientes presenta un buen control metabólico mientras que el resto se ubica por fuera del rango considerado internacionalmente como de buen control metabólico".

"No creo que podamos frenar esta epidemia, sin embargo considero que las acciones preventivas y las nuevas drogas, sumado a la educación diabetológica, ayudará notablemente a disminuir su avance en todo el mundo", sentenció Waitman.

XVI Congreso Argentino de Diabetes

Nuevas modalidades terapéuticas

DESTACADOS ESPECIALISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES ANALIZARON LAS ÚLTIMAS ESTRATEGIAS FARMACOLOGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 Y LAS FUTURAS TERAPIAS CON CELULAS MADRE, AUN NO COMPROBADAS CLINICAMENTE.

14 DE NOVIEMBRE: DIA MUNDIAL DE ESTA PATOLOGIA



*D*isertantes del simposio (de izq. a der.): Dr. Claudio González, Dra. Ana Lía Cagide, Dr. Pablo Argibay y Dr. Pedro Gaede. Coordinadores: Dr. Pedro Tesone y Dra. Claudia Ríos



Más de 500 médicos colmaron el salón Pacífico B con el fin de informarse sobre las últimas modalidades terapéuticas en diabetes tipo 2

Desde las nuevas estrategias farmacológicas en diabetes tipo 2, pasando por la insulino-terapia temprana, hasta la terapéutica regenerativa (células madre) fueron analizadas por destacados especialistas nacionales e internacionales durante el simposio "Nuevas modalidades terapéuticas".

Realizado el 11 de octubre último, en el marco del XVI Congreso Argentino de Diabetes, en Buenos Aires, el simposio contó con la coordinación del Dr. Pedro Tesone, médico de reconocida trayectoria, y el secretariado de la Dra. Claudia Ríos.

Ante un auditorio de más de 500 médicos, el Dr. Claudio González abordó las nuevas estrategias farmacológicas en diabetes tipo 2: "El área de desarrollo de nuevos fármacos antidiabéticos se encuentra entre las más activas dentro de la investigación farmacológica, aún más que muchos campos de la investigación cardiológica.

"La división clásica entre agentes moduladores de la insulinoresistencia/insulinodeficiencia puede requerir una adecuación a futuro. Sin embargo, las terapias de combinación con nuevos agentes continuarán bajo activa investigación porque seguiremos necesitando combinaciones por lo menos durante muchos años para el tratamiento de nuestros pacientes diabéticos.

"El descubrimiento de nuevos blancos farmacológicos nutrirán de más moléculas a la ya poblada agenda de la investigación clínica en diabetes. Por ejemplo, mecanismos relacionados con la modulación del estrés del retículo endoplásmico o drogas que efectivamente puedan mejorar la su-

pervivencia de la célula beta", dijo el Dr. González.

A continuación la Dra. Ana Lía Cagide disertó sobre la insulino-terapia temprana en diabetes tipo 2. "La diabetes es una enfermedad progresiva caracterizada por un sostenido deterioro de la función de la célula betapancreática. Con el incremento de la incidencia de la diabetes 2, especialmente en gente de menor edad que vivirá más años, cada vez más pacientes desarrollarán una insulinodeficiencia severa y necesitarán insulina. No hay un consenso aún basado en la evidencia sobre cuál es el esquema aconsejable para iniciar la insulino-terapia en este tipo.

"Por otro lado, las barreras para el tratamiento de la diabetes con insulina hacen que permanentemente tengamos que decidir cuál es el óptimo control que vamos a lograr, frente a los efectos colaterales, básicamente la hipoglucemia y la ganancia de peso".

Hacia el final de su disertación la Dra. Cagide evaluó que "la terapia inicial con insulina no es tan compleja. El tratamiento oportuno y efectivo es más importante de lo que se había supuesto. La titulación de la dosis debe ser lo suficientemente agresiva como para alcanzar los objetivos".

Asimismo, dijo que "el empleo de insulina basal parece ser hasta ahora el tratamiento de primera línea en pacientes con respuesta inadecuada a la terapia oral. Esto se fundamenta en que con hemoglobina glicosilada en menos de 8,5%, su eficacia es igual a la de otros regímenes más complejos. Además, originan menor tasa de hipoglucemia, un reducido incremento de peso y es simple ponerlo en práctica en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, la rápida intensificación del tratamiento será necesaria en muchos de ellos".

"Si no curás, no cobrás"

"En Dinamarca tenemos escuelas para diabéticos tipo 2, en el sector primario, donde se les da mucha información para ayudar a garantizar la calidad de la atención", explicó el Dr. Pedro Gade, danés, quien habló sobre la "Aplicabilidad del tratamiento multifactorial en la práctica diaria".

"En nuestro país, tenemos acuerdos de intervención compartida. El paciente es tratado en el hospital, luego por el clínico y finalmente regresa al hospital. Una vez por año, el médico hospitalario lo revisa para saber si está cumpliendo o no con el objetivo. Percibimos un honorario especial, similar a lo que sucede en Inglaterra, que depende de la cantidad de pacientes en target que se están

curando. Si no curás, no cobrás (ese adicional)”.

El médico danés subrayó que “es muy importante analizar las úlceras en los pies y derivar al paciente a gente especializada, para hacer un trabajo en conjunto, porque cuando ya está el pie infectado puede ser muy tarde.

“Además no nos olvidemos de la persona. Hay una necesidad enorme de estudios para determinar qué información debe manejar el paciente para que participe de manera proactiva en el tratamiento y en la toma de decisiones. Es necesario que el diabético esté motivado para cumplir con el tratamiento. (Si las cosas salen mal) no siempre es culpa del médico, la gente no cumple con los tratamientos.

“Pacientes diabéticos tipo 2 están en alto riesgo de complicaciones diabéticas a futuro. Afortunadamente el seguimiento estricto, según las guías de tratamiento, nos permiten prevenir las complicaciones. En el hospital, sabemos que la mayoría de los diabéticos tipo 2 es tratada por los médicos generales. Con una buena organización de la terapia en clínica médica, seguramente tendremos los mismos resultados que en los hospitales especializados”, concluyó el Dr. Gaede.

El disertante más aplaudido del simposio fue el Dr. Pablo Argibay, quien habló sobre “Terapéutica regenerativa (células madre)”.

“Por año se producen 45 mil accidentes cerebrovasculares por causas relacionadas con la diabetes. Esta es la población vulnerable. ¿Cuál sería la frontera? Tratar de evitar la degeneración de sus células beta, es decir (regenerar) nuevas células beta, a través de la terapia génica”.

“Nadie puede dudar que para el paciente complicado que ya llegó a la insuficiencia renal, el trasplante de páncreas es hoy por hoy la mejor opción terapéutica y realmente los resultados son excelentes. Sin embargo, si uno ve los datos del Incucaí, hay una escasa cantidad de órganos disponibles para trasplante”.

El Dr. Argibay explicó que la medicina regenerativa “es una rama de la medicina que se sirve de la diferenciación de las células multipotenciales: las células madre o progenitoras. Fuera o dentro del organismo se podría trasplantar las células madre o estimular las que un paciente tiene, para mejorar o reemplazar funciones biológicas”.

“La medicina regenerativa ofrece un paradigma diferente de tratamiento de muchas patologías, tiene un cierto grado de evidencia experimental y muy escasa evidencia clínica. Por lo



tanto es probable que antes de aplicar esto a los pacientes debamos determinar una estrategia de investigación científica y tecnológica. Los países más avanzados del mundo están haciendo protocolos de investigación regenerativa experimental, in vitro, y recién empezando a pasar en forma muy controlada a experimentos con pacientes. (En Argentina) tenemos que tener una muy buena estrategia de investigación científica y tecnológica”.

Además, dijo que es necesario elaborar consensos éticos. “Por ejemplo, ¿se puede tratar pacientes diabéticos cobrándoles, como se hace en algunos centros de la Argentina? Porque esto en casi todo el planeta es ilegal: cobrarle a un sujeto de experimentación por prestarse a un ensayo que no llevará a nada que sea totalmente comprobable.

También destacó que urge elaborar consensos metodológicos, que todos los diabetólogos se pregunten: “¿Qué esperamos para decir que un tratamiento es efectivo? Esto debe ser perfectamente establecido desde la Sociedad de Diabetes y desde Salud Pública.

“En mi opinión personal creo que las células madre dentro de muchos años van a ser parte de la terapia combinada de los pacientes de reciente inicio. Es decir, cuando un paciente recién inicie el tratamiento con insulina, probablemente las terapias con células madre con algunos soportes y otras terapias, puedan ser de algún tipo de ayuda”, auguró Argibay.

“En mi opinión personal creo que las células madre dentro de muchos años van a ser parte de la terapia combinada de los pacientes de reciente inicio”, dijo el Dr. Pablo Argibay



Educación sexual

Romper los tabúes

LA IMPORTANCIA DE DISCUTIR CON LOS HIJOS LAS PRIMERAS SEÑALES, TANTO DE ELLAS COMO DE ELLOS, CUANDO COMIENZAN A CAMBIAR SUS CUERPOS, ES FUNDAMENTAL PARA QUE APRENDAN QUE EL SEXO ES UNA VIA DE COMUNICACION BASADA EN EL AMOR Y EL RESPETO



Nuestros hijos necesitan aprender lo hermoso que es formar una pareja. Lo ideal sería comenzar con la educación sexual a partir de los últimos años de la escuela primaria, a los 10 u 11 años

La poca y deficiente educación sexual que reciben en general nuestros niños se basa sólo en la cuestión anatómica (diferencias entre el varón y la mujer) y las relaciones sexuales desde el punto de vista de la posibilidad de enfermarse.

Nuestros hijos necesitan, por el contrario, aprender que el sexo es una vía de comunicación basada en el amor y el respeto, y lo hermoso que es formar una pareja. Lo ideal sería comenzar con la educación sexual a partir de los últimos años de la escuela primaria, a los 10 u 11 años. Siempre será necesario hablar en el lenguaje que ellos manejan, enseñándoles a conocer y querer su cuerpo. Algunos discuten si niños y niñas deben participar de estas clases en conjunto o por separado, aunque todo parece indicar que deben ser conjuntos, ya que en la cotidianidad estarán compartiendo todas sus experiencias.

Si hubiera grupos que se resistieran a compartir las clases, sería posible separarlos al comienzo de los cursos para después, paulatinamente, tender a que los compartan. Los temas básicos de los cursos incluyen, por supuesto, la parte anatómica. Sin embargo, no es el contenido clave. Sí discutir con los niños las primeras señales, tanto de ellas como de ellos, al comenzar a cambiar sus cuerpos. Los contenidos son muy amplios y van desde las primeras sensaciones con respecto al otro sexo, hasta la manera correcta de usar un condón. No sirve brindar a los chicos clases aisladas y esporádicas.

Será necesario sostener la educación sexual como una parte más del aprendizaje para la vida. Como todo conocimiento, los conceptos se apoyan unos sobre otros, a lo largo de los encuentros.

Los padres

Por lo general, tanto los padres como los docentes y directivos de las instituciones escolares, tienen muchos y muy fuertes tabúes sobre el tema de la sexualidad. La mayoría de las veces surge una negativa a permitir que sus hijos reciban educación sexual de parte de profesionales de la educación. No siempre los padres están preparados para responder a las necesidades de sus hijos en materia de sexualidad.



Si bien se niegan a que otros les enseñen tampoco ellos se ocupan de hacerlo, ni lo harán en la mayor parte de los casos si no media una educación que los incluya. Dejan a merced de su suerte ese aprendizaje sobre un tema tan importante para la maduración del niño y la felicidad de la persona. O, lo que es peor, a merced de mensajes cargados de violencia, de desamor y faltos de respeto por la persona, como lo son muchos programas de televisión, publicidades o temas musicales. Esos niños están desprotegidos, y deberán aprender a madurar sexualmente en la calle y frente a la pantalla del televisor.

Quizás esos mismos padres carecieron de una educación sexual familiar y escolar pero, por ese mismo motivo, deberían pretender algo mejor para sus hijos. Esa carencia conlleva algunos riesgos. Esos niños están convirtiéndose en adolescentes sin mensajes apropiados y el clima ideal para recibirlos: el amor y el respeto. Podrán fácilmente adquirir conductas que pondrán en riesgo su integridad física y su felicidad como seres humanos integrales.

Se verán en la necesidad de acercarse al otro sexo y formar una pareja sin tener la información

La mayoría de las veces surge una negativa a permitir que sus hijos reciban educación sexual de parte de profesionales de la educación. No siempre los padres están preparados para responder a las necesidades de sus hijos en materia de sexualidad



La sexualidad es mucho mayor como concepto, que el sexo. Por eso se incluye la dimensión de los derechos humanos o temas como el desarrollo psicobiológico de los chicos o los condicionamientos culturales que hacen que nos convirtamos en seres femeninos o masculinos

necesaria. Cometerán, quizá, muchos más -y más peligrosos- errores que aquellos que hayan podido acercarse al tema de la sexualidad en un clima ideal y con personas entrenadas para ello.

Transformaciones

Una base sólida de educación sexual nos ayuda a reforzar el concepto de familia. Sin embargo, ese concepto ha sufrido variaciones originadas en profundos cambios culturales. La creciente ocupación laboral de la mujer, su mayor autonomía económica, la precoz independencia de los jóvenes, han originado modelos de familia alternativos. Muchos jóvenes elegirán vivir como solteros y también para ellos hay que prever una sólida educación para la sexualidad.

Existen además niños y niñas que tendrán comportamientos sexuales diferentes a los de la mayoría. Ellos gustarán de otras personas de su mismo sexo. Es necesario tocar esos temas para prepararlos para una vida que no les resultará nada fácil. Resulta conveniente que de esas discusiones participen profesionales preparados y también los padres. Muchas veces es imprescindible resguardar la intimidad de los participantes, facilitando las preguntas anónimas cuando el grupo no está preparado para aceptar esa realidad. Un buzón de consultas anónimas es una herramienta muy útil.

Consideraciones sobre la especie

El hombre y la mujer son seres sexuados; nadie podría refutar esa simple verdad. Pero, cuando sostenemos que un bebé que acaba de nacer es un ser con sexualidad o cuando pen-

samos en una anciana que yace en su lecho de muerte como un ser sexuado, no es tan fácil sostener esa afirmación. ¿Por qué?

Para explicar este problema -que tanto malestar y carencia de calidad de vida genera en muchos- tenemos que mirar la sexualidad como una condición de la persona integral: física, psíquica y social.

- Que el sexo es una condición física es evidente: allí están los genitales, los caracteres sexuales secundarios y las funciones como la fecundación, la ovulación o la erección para recordárnoslo.

- Que la sexualidad está anclada en la estructura psíquica del ser humano, desde Sigmund Freud hasta hoy, ha quedado más que claro.

- Que lo sexual organiza en buena medida la vida social, las relaciones entre las personas y la convivencia, ya es más difícil de ver con claridad.

Sin embargo, si no vemos el sexo de esa manera compleja que incluye lo cultural, lo legal, lo artístico, lo patológico y hasta lo comercial, será siempre una esfera incógnita para la mayoría. Tanto en su aspecto de género (ser varón o mujer, más allá de los atributos naturales físicos) como por sus implicancias a través de la satisfacción vital que trae el placer, la sexualidad se resiste a ser reducida a una simple y concisa definición científica.

Educación sexual obligatoria

En 2006, la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires aprobó por 46 votos contra 0, el proyecto de ley que llegó consensuado y que establece su enseñanza desde preescolar hasta el final del secundario, en forma gradual y transversal y en todos los colegios de la Capital, públicos y privados. Los contenidos serán elaborados por el Ministerio de Educación y se tratará de información científica, actualizada y adecuada a la edad de los alumnos. Cada escuela podrá desarrollar esos contenidos en el marco de sus valores e ideario.

Pero, qué es lo que se va a enseñar. En Educación ya se trabaja en un borrador de los te-

mas a enseñar desde marzo. Van mucho más allá de la genitalidad para desarrollar conceptos como la relación con los demás, el respeto por las diferencias o los estereotipos de género. La sexualidad es mucho mayor como concepto, que el sexo. Por eso se incluye la dimensión de los derechos humanos o temas como el desarrollo psicobiológico de los chicos o los condicionamientos culturales que hacen que nos convirtamos en seres femeninos o masculinos.

Para empezar, la ley definió lo que la escuela no hará: invadir la intimidad con el pretexto de educar, imponer conductas o ideologías contrarias a los derechos humanos o promover prejuicios o estereotipos sexuales. Tampoco alentará prácticas que estimulen la estigmatización por identidad sexual ni hará pronunciamientos acerca de la elección sexual de las personas. La escuela no impondrá puntos de vista únicos sobre creencias religiosas ni normatizará la sexualidad.

La mayoría de los temas ya se ven en las escuelas, aunque no de forma sistemática. La ley, justamente, sistematiza su enseñanza. Ahora los chicos recibirán educación sexual a partir del preescolar, donde se trabajará en la construcción de la identidad y la interacción con los demás. Y se tratará la relación con el cuerpo, cómo cuidarlo, las diferencias entre varones y mujeres, el embarazo y el parto, el pudor, el derecho a la intimidad y el abuso sexual.

En 1º, 2º y 3º de la primaria, la educación sexual se abordará desde el área "Conocimiento del mundo". Los chicos estudiarán el nacimiento, los cuidados del bebé y la mamá, los distintos tipos de familia y la adopción. También se les hablará sobre el cuidado de sí mismos y de los otros, el derecho a la intimidad y el resguardo del cuerpo, las diferencias humanas y la sexualidad de varones y mujeres.

Esos temas se profundizarán en 4º y 5º en Ciencias Naturales, Formación Ética y Ciudadana y Educación Física. También se incluirán conceptos sobre fecundación humana, el óvulo y el espermatozoide, el crecimiento físico y el desarrollo emocional. Se tratarán las in-



fluencias de los cambios físicos en los sentimientos y emociones y las formas de expresar los afectos.

En la pubertad, en 6º y 7º, los chicos ya aprenderán acerca de la anatomía y fisiología de los genitales, los cambios corporales y sus causas, el ciclo menstrual, la erección y la eyaculación, concepción y anticoncepción y las enfermedades de transmisión sexual.

Al mismo tiempo, se trabajará sobre las relaciones con su familia y amigos, la prevención del abuso sexual, el derecho a vivir libres de toda discriminación y la identidad, así como el derecho a la salud sexual y a la procreación responsable.

En los tres primeros años del secundario se profundizarán esos conceptos, pero también se explorarán otros temas. Por ejemplo, los medios y sus mensajes con relación a la sexualidad, la toma de decisiones, la pareja y la maternidad y paternidad responsables.

Por último, en 4º y 5º año se sumarán los conceptos de "salud y calidad de vida", además de "prevención y promoción de la salud". Incluso habrá información acerca de los servicios que hay en la Ciudad para atender y asistir a chicos y adolescentes en caso de que alguien vulnere sus derechos.

Agradecemos a la Obra Social Unión Personal, de la Unión del Personal Civil de la Nación, por brindar el presente artículo, originalmente publicado en su Revista Información Personal, Nº 42, de octubre de 2006.



Ahora los chicos recibirán educación sexual a partir del preescolar, donde se trabajará en la construcción de la identidad y la interacción con los demás. Y se tratará la relación con el cuerpo, cómo cuidarlo, las diferencias entre varones y mujeres, el embarazo y el parto, el pudor, el derecho a la intimidad y el abuso sexual



Agenda de cursos de la Fundación ABC

PLAN MATERNO INFANTIL

A CARGO DE CYNTHIA SANCHEZ Y ANDREA SIRITO

Martes de 18 a 20 hs. en Honorio Pueyrredón 801.

Jueves de 18 a 20 hs. en Av. Jujuy 615.

YOGA

CLASES CON MARIA TOSCANO

- *Lunes y miércoles, 18 y 19 hs. en Av. Cabildo 2675/85.*
- *Martes y jueves, 18 y 19 hs. en Av. Cabildo 2675/85.*
- *Martes y jueves, 10 y 11 hs. en Av. Cabildo 2675/85.*

CLASES CON MARTA SPIAZZI

- *Lunes y jueves, 16.30 y 17.30 hs. en Av. La Plata 96.*
- *Martes y viernes, 16.30 y 17.30 hs. en Av. La Plata 96.*
- *Martes y jueves, 10 y 11 hs. en Av. San Martín 2724.*

CLASES CON MABEL MASTRANGELO

- *Martes y jueves, 10 y 11 hs. en Lavalle esquina Rodríguez Peña.*
- *Martes y jueves, 17 y 18 hs. en Av. San Martín 2724.*

CLASES CON TERESA CANE

- *Lunes y miércoles, 17 y 18 hs. en Av. Honorio Pueyrredón 801.*

DIABETES

A CARGO DE LA LIC. ADRIANA BUSTINGORRY

Curso de noviembre: lunes 10 y 17. De 17 a 18:30 hs., en Av. Cabildo 2675/85.

Curso de diciembre (especial): lunes 22. De 17 a 18:30 hs., en Lavalle, esquina Rodríguez Peña.

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

PARA LAS PERSONAS CON DIABETES, LA VIDA ES MEJOR POR DEBAJO DE 7.



Una vida larga y plena con diabetes. Todo se resume en un número. Un nivel de hemoglobina A1C inferior al 7%. La prueba de hemoglobina A1C es un simple análisis que ayuda a su médico a determinar con precisión la efectividad con la cual Ud. controla sus niveles de azúcar en sangre durante un período de tiempo. Importantes pruebas clínicas demuestran que mantener un nivel de hemoglobina A1C inferior al 7% reducirá de modo significativo su riesgo de desarrollar complicaciones serias en el futuro. Entonces, consulte a su médico acerca del tratamiento más adecuado para ayudarlo a obtener niveles inferiores a 7. Este es el momento. Tomar medidas hoy puede prevenir problemas mañana.

PARA MAYOR INFORMACIÓN ACCEDA A NUESTRA PÁGINA WEB: www.aventispharma.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,
Ciudad de Buenos Aires.
Tel.: 4932-1336/8

Farmacia Mitre

Bartolomé Mitre 1902,
Balvanera, Cdad. de Bs. As.
Tel.: 4953-0004

Farmacia La Plata

Av. La Plata 96, Caballito,
Cdad. de Bs. As.
Tel.: 4983-5445

Farmacia Cabildo

Av. Cabildo 2675/85,
Belgrano, Cdad. de Bs. As.
Tel.: 4100-5100

Farmacia Diagonal

Bartolomé Mitre 613, San
Nicolás, Cdad. de Bs. As.
Tel.: 4322-4666

Farmacia Centro Galicia

Bartolomé Mitre 2542,
Balvanera, Cdad. de Bs. As.
Tel.: 4953-1717

Farmacia Rivadavia

Av. Rivadavia 6379/81,
Flores, Cdad. de Bs. As.
Tel.: 4633-7171

Farmacia San Martín

Av. San Martín 2724, Palermo,
Cdad. de Bs. As.
Tel.: 5779-0423

Farmacia Montes de Oca

Av. Montes de Oca 1109,
Barracas, Cdad. de Bs. As.
Tel.: 4303-3636

Farmacia Garay

Av. Garay 4144, Boedo, Cdad.
de Bs. As. Tel.: 4925-2800

Farmacia Lavalle

Lavalle, esq. Rodríguez Peña,
San Nicolás, Cdad. de Bs. As.
Tel.: 4371-8037

Farmacia H. Pueyrredón

Av. Honorio Pueyrredón 801,
Caballito, Cdad. de Bs. As.
Tel.: 4983-6093

Farmacia Azcuénaga

Azcúenaga 1009, Recoleta,
Cdad. de Bs. As.
Tel.: 5778-0577

Farmacia Santa Fe

Av. Santa Fe 4800, Palermo,
Cdad. de Bs. As.
Tel.: 5779-0073

Farmacia Bolívar

Bolívar 580, Montserrat, Cdad.
de Bs. As. Tel.: 4342-6616

Farmacia Córdoba

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

Farmacia Garibaldi

Garibaldi 215,
Ciudad de Mendoza
Tel.: 0261-4237118



Farmacia La Plata



Farmacia Garay



Farmacia Rivadavia



Farmacia Jujuy



Farmacia Cabildo



Farmacia Córdoba



Farmacia Mitre



Farmacia Rodríguez Peña



Farmacia H. Pueyrredón



Farmacia Diagonal



Farmacia Centro Galicia



Farmacia Azcuénaga



Farmacia Montes de Oca



Farmacia San Martín