

COMUNICACIÓN

SALUD SIGLO XXI



p. 04 **España, a la cabeza de Europa en tratamientos contra la hepatitis C**

p. 17 **Aumenta la prevalencia del asma en los países industrializados**

p. 24 **El estrés es un importante factor de riesgo para la diabetes**



Uruguay aprueba el decreto del etiquetado frontal de alimentos

El Gobierno de Uruguay decretó y envió al Parlamento una de ley que establece el rotulado frontal de alimentos envasados, convirtiéndose en el tercer país de las Américas, luego de Chile y Perú en implementar este sistema de advertencias. El objetivo es contribuir a la reducción de la epidemia de enfermedades no transmisibles –ENT– en la población.

Regular el Etiquetado Frontal en Alimentos es importante para garantizar al consumidor el derecho a la información que necesita en la toma de decisiones más críticas, protegerlo de engaños y desestimular la compra de productos no saludables.



FARMA
3 ESQUINAS
0800 8104
www.farma3esquinas



Servicios de Salud: las estructuras edilicias importan

Amos Peleg, arquitecto y profesor en el Instituto Internacional de Gestión Galilee, explica por qué los edificios donde se ofrece atención médica son importantes. En el artículo “Servicios de atención médica, las estructuras edilicias importan”, él comparte cómo la eficiencia, el flujo de trabajo, la seguridad y el gasto inteligente pueden ser estratégicos, lo que lleva a la mejor inversión de recursos.

Cuando hablamos de la eficiencia, el flujo de trabajo, la seguridad y el gasto inteligente en el cuidado de la salud, rara vez consideramos el edificio en el que se ofrecen los servicios. Amos Peleg, profesor del Instituto Galilee, arquitecto y cofundador de SPKA Healthcare, explica que un edificio diseñado con un conocimiento completo de las necesidades de todos los usuarios (pacientes, personal médico, ingeniería, mantenimiento y visitantes) será la mejor inversión de recursos.

“En muchos países, a menudo se ingresan grandes cantidades de dinero a las estructuras donde se proporcionarán los servicios médicos, solo para descubrir cuando llegan los equipos médicos, que no pueden trabajar en ellos”, explica Peleg. “Las estructuras no se construyeron con sus propósitos en mente y no pueden satisfacer sus necesidades”. Peleg insta a los administradores de salud que estudian en el Instituto Galilee a participar activamente en el proceso de construcción de un nuevo edificio o la renovación de uno existente.

Él explica que es importante que se aseguren de que se siga un proceso rígido de diseño y que insistan en que todas las partes interesadas y los equipos médicos hayan aprobado todas y cada una de las etapas antes de que avance el proyecto.

“Cuando alguien llega a la sala de emergencias de un hospital, hay una lista de verificación que debe completarse antes de decidir qué tratamiento adicional debe administrarse”. Se completa otra lista de verificación cuando el paciente llega para recibir tratamiento en el departamento designado. Sin estos procedimientos, el paciente u otras personas en el hospital pueden estar en peligro”, dice Peleg. “Se debe seguir una diligencia de proceso similar al diseñar una estructura para los servicios de atención médica, ya que esto afectará la calidad y la eficiencia de los servicios o tratamientos proporcionados”.

Una vez que se construye una estructura, tiene vida propia. No es solo un edificio, sino un espacio que comprende sistemas y procesos al servicio de los pacientes. Según Peleg, las estructuras generalmente se construyen primero y solo después el equipo pregunta: “¿Cuál es la visión?” Esto puede llevar a resultados desastrosos.

Recomienda un proceso rígido que, según su experiencia, ha conducido con éxito a estructuras funcionalmente significativas que respaldan por completo los objetivos de aquellos que prestan servicios en ellas. Durante diez años, la empresa de arquitectura que Peleg codirige ha estado planificando, diseñando y supervisando la construcción de proyectos con resultados impresionantes. El sitio web de SPKA Healthcare describe sus proyectos como “espacios integrales de cuidado de la salud”, diseñados para “mejorar la experiencia de atención de la salud a través de atención integrada, operaciones, tecnología, diseño de instalaciones y consideraciones culturales”.

Peleg dedica una conferencia completa y detallada a la elaboración del proceso que conforma su receta secreta para el éxito en



Arq. Amos Peleg.

el Programa de Gestión en Sistemas de Salud del Instituto Galilee. Para resumir, el proceso implica las siguientes etapas en este orden preciso:

1. Estrategia
2. Programación
3. Diseño
4. Edificio

Una vez más, reforzamos nuestra creencia de que una gestión y planificación adecuadas constituyen los elementos centrales necesarios para un avance significativo.

Fuente: Galilee International Management Institute (agosto 2018)

Uruguay aprueba el decreto del etiquetado frontal de alimentos

El etiquetado frontal de alimentos puede ayudar a los consumidores a tomar decisiones más saludables a partir de la comunicación directa y clara de los atributos de los productos empaquetados.

El rotulado frontal consistirá en símbolos con diseño octogonal de fondo negro y borde blanco, que contendrán en su interior la expresión "EXCESO" seguida del nutriente que corresponda: GRASA, GRASAS SATURADAS, AZÚCARES o SODIO. Se incluirá un símbolo por cada nutriente que se encuentre en exceso.

El Ministro de Salud, Jorge Basso, indicó que tanto el decreto como el proyecto de ley determinan un plazo de 18 meses para que las empresas alimentarias que produzcan, importen o fraccionen alimentos incorporen el rotulado a los envases. La normativa también incluye requerimientos educativos para sensibilizar sobre la importancia de las buenas prácticas alimenticias, y forma parte de otras acciones desarrolladas por Salud Pública.

La redacción de la normativa fue sugerida por un grupo intersectorial con la participación de los ministerios de Salud, Industria, Agricultura, Economía, Desarrollo Social y Educación, además de la Intendencia de Montevideo, la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular y la Universidad de la República. También cuenta con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

Según datos de Salud Pública, "alrededor del 60% de la población de América tiene problemas de sobrepeso y obesidad, con la consecuente incidencia en las enfermedades no transmisibles, mientras que en el resto del mundo el promedio ronda el 35%", lo cual se debe, entre otras causas, a la existencia de hábitos alimenticios poco saludables.

Protección del ciudadano

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el etiquetado frontal en los alimentos "protege al ciudadano frente a engaños que fomenten el consumo de productos no saludables". Asimismo, considera que es importante regular el etiquetado frontal "para garantizar al consumidor el derecho a la información que necesita para tomar decisiones más críticas".



También para "proteger el consumidor de engaños y desestimular la compra de productos no saludables".

En cuanto a las características de un etiquetado nutricional efectivo, la OMS manifiesta que "se debe aplicar a los alimentos procesados y ultra procesados, incluyendo bebidas".

Establece que debe existir un sistema que proporcione información de forma directa, sencilla y rápida.

A la vez, advertir sobre el alto contenido en nutrientes asociados a problemas de salud: "en azúcar, grasa y sal".

Platea que ello debe "estar acompañado de campañas dirigidas a promover una compra más crítica utilizando el etiquetado", y ser complementado con medidas de "prohibición de uso de imágenes, colores y otros elementos gráficos que generen engaño o influyan en la elección, especialmente por parte de los niños".

La OMS dispone que la iniciativa "debe servir a la definición de productos sujetos a otras políticas regulatorias, como restricción de marketing, prohibición de venta y expendio en la escuela, unidades de salud, ambientes de trabajo y aplicación de impuestos".

COLAGENOL C LA MARCA DEL COLÁGENO



Para prevención y tratamiento de patologías osteoarticulares



INFORMACIÓN AL CUERPO MÉDICO
Departamento Médico 2513 0505 (l. a V de 9 a 17 hs)
labroe@uy.roemmers.com - www.roemmers.com.uy



España tiene la oportunidad de acabar con la Hepatitis C

Científicos y pacientes instan a la administración a poner en marcha las estrategias de cribado y microeliminación necesarias para lograr este objetivo.

Según palabras de Javier García-Samaniego, jefe de Sección de Hepatología del Hospital Universitario La Paz y coordinador de la Alianza para la Eliminación de la Hepatitis C (AEHVE), "España tiene la oportunidad de convertirse en el primer gran país en hacer historia con la hepatitis C, alcanzando un logro extraordinario en salud pública: la eliminación de una infección viral crónica para la que no existe vacuna". García-Samaniego añade que es la primera vez que España tiene la oportunidad de hacer que una patología deje de suponer un problema para la salud pública sin que exista una vacuna, por lo que llama a las administraciones a pasar a la acción.

La AEHVE aprovecha la celebración del Día Mundial contra la Hepatitis para hacer conscientes a las administraciones de la necesidad de completar las estrategias de cribado y microeliminación para poder sacar a la luz a aquellos pacientes que padecen esta

enfermedad y no lo saben para poder tratarlos. En este sentido, la Federación Nacional de Enfermos y Transplantados Hepáticos ha iniciado una petición a través de la plataforma Change.org en la que piden también que se sigan estas estrategias con el fin de acabar con el VHC.

El coordinador de AEHVE destaca que se obtendrían enormes beneficios de la erradicación de esta patología puesto que, a pesar de los grandes avances, sigue siendo la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa en nuestro país, y duplica la mortalidad originada por el SIDA.

Fuente: www.elglobalnet.com (julio 2018)

España, a la cabeza de Europa en tratamientos contra la hepatitis c

Desde 2017 también se está tratando a pacientes menos graves con fibrosis en grados Fo y F1.

Según los datos facilitados al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social por las CC.AA con carácter mensual, a fecha 31 de mayo de 2018 han iniciado tratamiento de última generación frente a la hepatitis c en nuestro país, 110. 674 pacientes. Desde la puesta en marcha del Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis c en el Sistema Nacional de Salud (PEAHC), el 1 de enero de 2015, una media de 2.679 pacientes al mes comienzan tratamiento. Este modelo de abordaje de la enfermedad ha permitido que España se sitúe a la cabeza de Europa en lo que a tratamientos se refiere y, además representa uno de los mayores éxitos de nuestro Sistema Nacional de Salud en cuanto a la accesibilidad a fármacos innovadores.

En los inicios de este Plan Estratégico, el tratamiento se realizó mediante una estrategia de priorización en función de la gravedad, el riesgo levado de transmisión de la infección y la capacidad asistencial del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional. En junio de 2017 se propuso una actualización de la estrategia terapéutica para incluir también en el tratamiento a todos los pacientes, con independencia del grado de fibrosis.

La estrategia continúa en vigor y desde principios de año 14.885 pacientes han iniciado tratamiento con medicamentos antivirales de acción directa, un 19% más de personas que en el mismo período de 2017.

Prácticamente la totalidad de los pacientes consiguen una respuesta viral sostenida. El Ministerio recoge en el registro de monitorización terapéutica, la información de pacientes tratados con estos fármacos en el SNS. Según la explotación de los datos de 29.076 pacientes, en línea con publicaciones internacionales,

se consiguen tasas de respuesta viral sostenida a las 12 semanas superiores al 95%.

La actualización del Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEAHC) contempla los siguientes aspectos:

- › Extender el tratamiento a todos los grados de fibrosis, siempre bajo criterio médico.
- › Incorporar la eficiencia a los criterios que rigen la selección de los medicamentos.
- › Añadir al arsenal terapéutico dos nuevos medicamentos financiados.
- › Recomendar pautas de tratamiento con duración entre 8 y 24 semanas.
- › Ampliar el Plan hasta el año 2020.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social insiste en la importancia de las actuaciones de cohesión sanitaria y el éxito alcanzado en el caso del tratamiento de la hepatitis C, gracias al esfuerzo del conjunto de los profesionales de la sanidad española, de las Comunidades Autónomas y de todo el Sistema Nacional de Salud.

abbvie

HUMIRA AC (LIBRE DE CITRATO)

Único anti-TNF con 15 indicaciones aprobadas en Uruguay¹



Sólo hay
UNA
HUMIRA

- Artritis idiopática juvenil poliarticular (AIJ)
- Artritis asociada a entesitis (ARE)
- Espondilitis anquilosante (EA)
- Espondiloartritis axial sin evidencia radiográfica de EA (EspA Ax NRx)
- Artritis psoriásica (APs)
- Psoriasis (Pso)
- Psoriasis pediátrica en placas (Pso Ped)
- Hidradenitis supurativa en adultos (HS)
- Hidradenitis supurativa en adolescentes (HS Adol)
- Artritis reumatoidea (AR)
- Enfermedad de Crohn (EC)
- Enfermedad de Crohn pediátrica (ECP)
- Colitis ulcerosa (CU)
- Uveítis (Uv)
- Uveítis pediátrica (Uv Ped)

¹. Prospecto HUMIRA AC aprobado por MSP.
Producto importado y distribuido por AbbVie S.A.
La información completa de prescripción está a disposición de los profesionales en el Departamento Médico de AbbVie, Av. Italia 7519 - piso 4, Of. 401 Montevideo 11500. Uruguay

HUMIRA^{AC}
adalimumab
destination you™

“El biosimilar nunca debe ser una herramienta para rebajar el precio de los originales”

El farmacólogo Fernando de Mora ha defendido el impulso a los biosimilares por el ahorro que los acompaña, aunque ha matizado que no deben utilizarse como una herramienta para reducir el precio de los medicamentos originales. El equilibrio entre innovación y competencia, uno de los grandes retos.

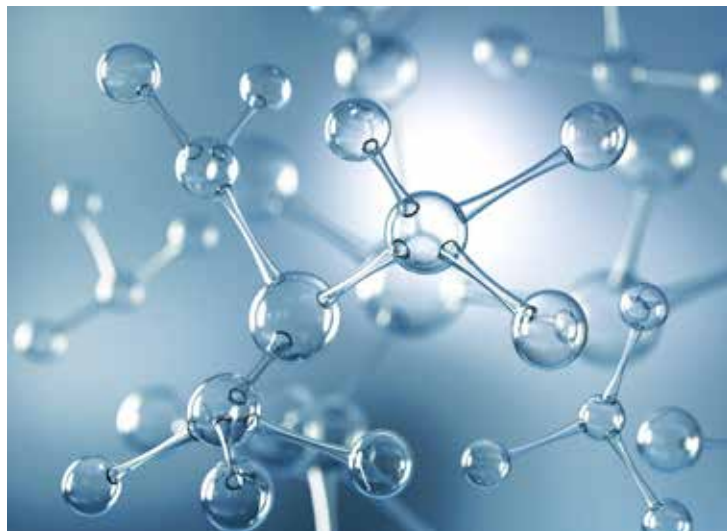
El debate en torno al ahorro y la sostenibilidad acompaña siempre a los fármacos biosimilares, aunque los expertos siempre dicen que el economicismo no se convierta en la principal razón para defender estos medicamentos, evolución casi idéntica de sus originales. El farmacólogo Fernando de Mora, de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), ha defendido esta tesis: El biosimilar nunca debe ser una herramienta para rebajar el precio de los originales”.

De Mora ha participado en una jornada organizada por el laboratorio Biogen, en colaboración con la Asociación de Comunicadores de Biotecnología (ComunicaBiotec), y se ha mostrado claro: “Hablamos de menor coste e igual calidad: ¿por qué no ir a por los biosimilares?”.

Sea o no la principal razón para su progresiva implantación, el farmacólogo de la UAB observa una consecuencia ya comprobada del uso de estos fármacos: “La reducción del coste de terapias biotecnológicas”. ¿Las razones? Varias: “Por el biosimilar en sí, porque los originales bajan precios para no perder mercado...”.

El debate en torno a los biosimilares no deja de introducir nuevos factores. De Mora se pregunta, sin dar respuesta ni posicionarse, si el ministerio de Sanidad debería obligar a bajar los precios de los originales: “Puede ser interesante, pero el biosimilar no debe ser nunca una herramienta para disminuir el precio de los originales: sería pan para hoy hambre para mañana, un beneficio de vuelo corto que mantendría monopolios”.

Dicho esto, considera que los biosimilares “son un claro factor de sostenibilidad”. Ha puesto varios ejemplos de cómo progresa su uso mientras bajan los costes. El infliximab, con datos del Hospital de La Princesa en Madrid, “ha reducido el precio un 61 por ciento en dos años”. Fuera de España, en Suecia, filgastrim “se usa cinco veces más tras la entrada del biosimilar”. Volviendo al infliximab, su uso “ha aumentado un 48 por ciento en Noruega, un 193 por ciento en el Reino Unido...”.



A juicio de De Mora, el ahorro ligado a los biosimilares puede abrir la puerta a una reinversión en medicamentos innovadores: “Los laboratorios se ponen las pilas para sacar nuevos productos”, ha admitido antes de apuntar que en todos los años de vida de los biosimilares “no ha habido ni una sola alerta sanitaria en farmacovigilancia activa”.

Para terminar, ha admitido una posible doble cara del uso de estos fármacos: “Podría existir el riesgo de que no se produzcan nuevos fármacos por el proceso de bajada de precios; se puede retener la voluntad de invertir”. En todo caso, sin descartar esta posibilidad, cree que no es probable: “La experiencia con los genéricos dice que no, pero es cierto que hay que trabajar en la protección de la innovación con los biosimilares”. Según ha añadido, combinar innovación y competencia supone “un equilibrio difícil”.

Fernando de Mora

Farmacólogo de la Universidad Autónoma de Barcelona.



ELEGIR SALUD

Programa de Beneficios
de AstraZeneca para sentirse bien

El Programa comprende cinco áreas terapéuticas:
• Diabetes • Respiratoria • Cardiovascular • Gastrointestinal • Oncología

Por mayor información comuníquese gratuitamente al 0800 8617
o ingrese a www.elegirsalud.com.uy

AstraZeneca
El poder de la ciencia

201002100V03

Los Programas Intergeneracionales favorecen el envejecimiento activo

Se puede considerar el envejecimiento como un proceso que comienza relativamente pronto y que se extiende a lo largo del ciclo vital. Es un fenómeno multidimensional y multidireccional, con trayectorias positivas y negativas, estimando el envejecimiento como un balance de ganancias y pérdidas (Steierink, Westerhof, Bode, y Dittmann-Kohli, 2001).

Es un hecho conocido que la población mundial envejece, a consecuencia del aumento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad, además de la considerable reducción de la mortalidad infantil (OMS, 2015). Se estima que, en 2050, la población mayor de 80 años alcanzará el 19% de la población total (Naciones Unidas, 2012).

El interés por el envejecimiento activo se inició en las últimas décadas del siglo XX y desde entonces, la investigación en este ámbito se ha desarrollado exponencialmente desde diversas disciplinas. Además, se ha sabido transmitir la importancia de envejecer bien y, actualmente, es un hito a conseguir que está en boca de políticos, científicos y población general.

Los estudios sobre envejecimiento activo señalan los estilos de vida como una de las variables más importantes que predicen el envejecimiento activo. Entre los estilos de vida saludables se incluye: hacer ejercicio físico de forma regular, mantener una dieta saludable y controlar el peso, no fumar, y beber de forma moderada.

A su vez, los autores ensalzan la importancia de variables motivacionales, como la autoeficacia y control, para aprender adecuadamente estas formas de vivir y mantenerlas en el tiempo. En este sentido, potenciar las interacciones sociales, principalmente la implicación con otras personas, potencia el buen envejecimiento en sí mismo, así como el resto de factores que facilitan envejecer bien.

La premisa del trabajo intergeneracional no pretende partir de una situación problemática sino todo lo contrario. Las relaciones intergeneracionales, como se señala anteriormente, se estiman altamente necesarias para la mejora de la comunidad, del tejido social y la experiencia del colectivo.

Los Programas Intergeneracionales pueden definirse como "Actividades o programas que incrementan la cooperación, la interacción y el intercambio entre personas de diferentes generaciones. Implican compartir habilidades, conocimientos y experiencias entre jóvenes y mayores" (Ventura-Merkel y Lidoff, 1983).

El desarrollo de estos programas facilita la creación de una cultura pro-envejecimiento activo, basada en una sociedad para todas las edades, alejándose de los estereotipos asociados a los mayores.

Si las personas mayores son percibidas como dependientes en lugar de agentes activos de la sociedad, se crea un distanciamiento que perjudica a ambos colectivos. Este hecho generalizado ocurre incluso dentro de las propias familias, como consecuencia de los estereotipos asociados a la edad que se mantienen en la sociedad, definidos como edadismo (Palmore, 1990). En la actualidad, el estereotipo que prevalece en nuestra sociedad es una imagen negativa de los mayores, que Fernández-Ballesteros (1992) resume en: deterioradas, incapaces de aprender cosas nuevas, con dificultades para cuidarse a sí mismas, desagradables y regañonas.

Los beneficios de los Programas Intergeneracionales son múltiples para los mayores y los jóvenes implicados.

Las personas mayores experimentan, por ejemplo, cambios positivos en su humor y un aumento de la autonomía, la autoestima y la motivación. Se produce también una reducción de los síntomas depresivos y del aislamiento y sentimientos de soledad. A nivel cognitivo, se produce un aumento en las capacidades de atención y memoria, además de potenciar las habilidades sociales y la empatía. Se favorece el mantenimiento de la integración en la vida comunitaria y la oportunidad de seguir aprendiendo.

Por otro lado, los jóvenes se forman una idea más positiva de las personas mayores y el envejecimiento en general. Aprenden a valorar y respetar a los mayores. Además, se potencia el desarrollo cognitivo, el lenguaje y la comunicación. También ayuda a desarrollar valores y actitudes positivas como la tolerancia y la solidaridad intergeneracional.

Además de estos beneficios, se produce un importante intercambio de experiencias, con transmisión de tradiciones y cultura popular. De este modo, los más jóvenes pueden conocer de primera mano la historia y tradiciones de su entorno.

Para que un programa sea calificado como intergeneracional, debe reunir unas características concretas, que se pueden resumir del siguiente modo (Granville y Ellis, 1999):

- › Diseñado específica e intencionadamente para alcanzar sus fines.
- › Planificado cuidadosamente.
- › Todos los agentes implicados en el programa deben comprenderlo.
- › La generación intermedia es la facilitadora del programa.
- › Debe tener continuidad en el tiempo, no tratarse de acciones aisladas.
- › Tiene que tener un impacto positivo en las generaciones participantes.
- › Los participantes deben sentir que mejora su calidad de vida.



Mejorando resultados al enfocarse
en pacientes EGFR+ con cáncer de pulmón
no microcítico (CPNM)



Linfoma: el cáncer que nos permite hablar de cura

De los más de 200 tipos de cánceres, el linfoma registra uno de los mayores avances en sobrevida. El 14 de setiembre se celebró el Día Mundial de Linfoma y en el Hospital Maciel pacientes expresaron su sentir sobre la enfermedad y los avances en su tratamiento. Fue una jornada de información, sensibilización y música. La enfermedad se da tanto en adultos como en niños y tiene una incidencia en Uruguay cercana a los 400 nuevos casos al año.

El linfoma tiene una incidencia anual aproximada a 400 casos al año en Uruguay de acuerdo a datos de la Comisión Nacional de Lucha contra el Cáncer. A diferencia de otras enfermedades, el linfoma no nace en un órgano para luego expandirse hacia los demás, sino que afecta en forma conjunta a diferentes ganglios del organismo. Por eso, cuanto antes se detecte, la enfermedad será menos voluminosa y por lo tanto las posibilidades de cura aumentan.

El síntoma más frecuente del linfoma es la aparición de un bulto o tumefacción indolora en el cuello, axila o ingle. Otros síntomas frecuentes son los siguientes: sudoración excesiva, fiebre, pérdida de peso inexplicada, pérdida de apetito, cansancio anormal, tos o falta de aire y picazón persistente generalizada.

El Linfoma No Hodgkin (LNH) es el tipo de cáncer del sistema linfático más común. Desde la década de 1970 aumenta su incidencia en todo el mundo y tiene una tasa de sobrevida muy significativa cuando es tratado en forma temprana. En algunos tipos de linfoma se puede hablar de curación. La enfermedad puede aparecer en cualquier edad y en ambos sexos, pero es más comúnmente diagnosticado en hombres a la edad de 65-74 años.

El pasado 14 de setiembre pacientes que padecieron linfoma expresaron su sentir sobre la enfermedad en una jornada de canto que se desarrolló en el Patio Central del Hospital Maciel, centro hospitalario donde se encuentra el Servicio de Hematología y Trasplante de Médula Ósea. La actividad fue organizada por el Hospital Maciel, Fundación Pérez Scremini y Laboratorio Roche y contó con el apoyo de las asociaciones de pacientes: Porsaleu, ASUL y Grupo Linfoma Uruguay.

Fue una jornada de información, sensibilización y música, con testimonios de pacientes y un cierre musical a cargo del cantante Robert Reys, quien padeció linfoma y el grupo de voluntarios del Movimiento Santiago Pita Fernández que desarrolla su espacio musical en la Fundación Pérez Scremini; quienes en conjunto celebraron los avances logrados en la lucha contra el cáncer.

La enfermedad está presente en niños.

Los Linfomas son distintas enfermedades malignas que afectan las células y los órganos del Sistema Inmune. Los órganos linfoides están constituidos por los ganglios linfáticos, la médula ósea, el hígado, el bazo, ciertas porciones del tubo digestivo, entre otros.

Las dos variedades principales de Linfomas en el Niño son el Linfoma de Hodgkin (LH) y el Linfoma no Hodgkin (LNH)

En Uruguay, es la tercer Enfermedad Maligna más frecuente en niños luego de las Leucemias y los Tumores del Sistema Nervioso Central, siendo algo mayor la incidencia del Linfoma no Hodgkin. En ambas variedades predominan levemente en el sexo masculino.

Linfoma de Hodgkin

Más de la mitad de los Linfomas de Hodgkin en niños se da entre los 10 y 14 años. La forma de presentación es la presencia de ganglios linfáticos aumentados de tamaño ya sea con más frecuencia en la región cervical, mediastinal u abdominal, acompañándose de síntomas generales como fiebre, prurito, adelgazamiento y sudoración nocturna. El tratamiento está basado fundamentalmente en la Poliquimioterapia y en casos seleccionados la Radioterapia.

En cuanto a los resultados de los tratamientos realizados en nuestro país en este tipo de patología debemos decir que los Linfomas de Hodgkin tienen una sobrevida a los 3 años del debut del 95% y a los 5 años del 92% cifra que se mantiene luego estable. La mejoría en los resultados en sobrevida está basada sobre todo en nuevas posibilidades terapéuticas, implementación de nuevos protocolos y mejoría en la atención y los cuidados de soporte.

Linfoma no Hodgkin

En el Linfoma no Hodgkin el 80% de los casos en niños se presenta antes de los 10 años en forma más difusa. Encontramos aumento de los ganglios linfáticos referidos, participación de la médula ósea, los pulmones o el tubo digestivo.

El tratamiento es fundamentalmente es la poliquimioterapia complementada con Inmunoterapia, estando indicado en algunos casos el Trasplante de Progenitores hematopoyéticos.

Con los Linfoma no Hodgkin la sobrevida a los 3 años es del 74% y a los 5 años del 73% cifra que se mantiene en el tiempo.



Hace más de 70 años abrimos las puertas en Uruguay



1947 - 2018

El compromiso de Roche es traer la innovación a los uruguayos

1962 Primer medicamento contra el cáncer: Fluoruracilo.

1965 Bactrim-Rimifon-Rocephin: millones de vidas salvadas.

1994 Pulmozyme para el tratamiento de niños y adultos con fibrosis quística.

1995 Primer glucómetro electrónico en Uruguay: Accutrend Alpha.

1997 Adquisición del Grupo Alemán Boehringer Mannheim. Roche International se posiciona como líder mundial en Diagnósticos.

1998 Mabthera para el tratamiento de pacientes con linfoma no Hodgkin y leucemia linfocítica crónica.

1999 Xenical para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

1999 Herceptin para el tratamiento temprano de cáncer de mama metastásico HER2 +.

1999 Xeloda para el tratamiento del cáncer de colon, de recto, gástrico, o de mama.

2000 Cellcept para prevenir que el organismo rechace un órgano trasplantado.

2002 Pegasys para el tratamiento de la Hepatitis B y C.

2004-2006 Nuevos fármacos contra el VIH y sus complicaciones:

Valixa / Fuzeon e Invirase

2005 Avastin para el tratamiento del cáncer de colon o recto, cáncer de mama metastásico, cáncer de ovario, cáncer de pulmón, carcinoma o metastásico de cuello uterino, glioblastoma, renal.

2008 Roche adquiere Ventana, líder en el segmento de histopatología (tissue-based diagnostics).

2009 Genentech: pionera en biotecnología, es parte íntegra de Roche International.

2009 Sistema COBAS 8000.

2009 Actemra para el tratamiento de la artritis reumatoidea.

2011 Test de HPV.

2012 Perjeta (en combinación) para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama metastásico HER2+.

2012 Zelboraf para el tratamiento de melanoma no resecable o metastásico con mutación de BRAF V600 positiva.

2013 Kadcyla para el tratamiento de cáncer de mama metastásico HER2+.

2015 Gazyva para el tratamiento de leucemia linfocítica crónica.

2015 Roche International adquiere una participación mayoritaria en Foundation Medicine.

2017 Cotellic para el tratamiento (en combinación) del melanoma no resecable o metastásico positivo para la mutación V600 del gen BRAF (BRAF V600).

Hoy Roche es la mayor empresa biotecnológica del mundo, líder en oncología y en diagnóstico *in vitro*.

Malaria grave: identifican un nuevo fenotipo clínico

Identifican mediante análisis informáticos un nuevo fenotipo clínico de malaria grave que, hasta ahora, no estaba definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La investigación, liderada por el investigador del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) y de la Universidad de Oxford Climent Casals-Pascual, ha revelado que la insuficiencia cardíaca puede ser un mecanismo de la malaria grave, lo cual, según los científicos, tiene implicaciones en el manejo clínico de este tipo de pacientes.

Casals-Pascual ha explicado que, a pesar de los logros alcanzados en las últimas décadas, se estima que en el 2016 la malaria causó cerca de medio millón de muertes, la mayoría en niños.

“La definición de malaria grave se estableció para identificar a aquellos niños con mayor riesgo de morir, pero en realidad se trata de una enfermedad compleja y heterogénea que no siempre responde a los tratamientos indicados”, ha señalado el investigador.

El hallazgo, que ha publicado la revista Scientific Reports, ha sido posible con la aplicación de un análisis informático que identificó fenotipos relevantes desde el punto de vista biológico y distintos a los tres tipos definidos actualmente por la OMS (malaria cerebral, dificultad respiratoria y anemia por malaria grave).

Para ello, el equipo de Casals-Pascual hizo un “análisis de grupos basado en redes”, usando datos clínicos de casi 3.000 niños de Gambia hospitalizados por malaria y encontraron que la mortalidad es más elevada en los grupos con fenotipos más heterogéneos.

Deficiencias cardíacas

Además, identificaron cuatro grupos (o “clusters”) de pacientes con dificultad respiratoria y anemia grave en los que el aumento del tamaño del hígado estaba asociado con una mayor mortalidad.

Este tipo de “enfoque de sistemas” a partir de manifestaciones clínicas “puede ser muy útil para identificar nuevos fenotipos y mecanismos, y por lo tanto mejores opciones terapéuticas para enfermedades complejas”, ha añadido el investigador.

Referencia bibliográfica:

Ornella Cominetti et al., 2018. Identification of a Novel Clinical Phenotype of Severe Malaria using a Network-Based Clustering Approach. Scientific Reports volume. DOI: 10.1038/s41598-018-31320-w

Fuente: www.madrimasd.org (agosto 2018)



Si piensa ENVIAR, piensa en nosotros.
Llámenos al Tel: 2480 7353

Seguimiento on-line de envíos - Cadetería Express y Cadetería en Circuitos - Entregas estándar, certificadas, prioritarias y de valores - Servicio integral y a medida.

ENVIAR
SERVICIOS POSTALES
www.enviar.com.uy

Dolor de coxis: a qué se debe y cómo se cura

Un traumatismo directo en la rabadilla puede provocar distensiones o desgarros en sus ligamentos causando un profundo dolor.

Una caída, montar a caballo, estar un periodo extenso de tiempo sentado sobre una superficie dura o un parto complicado. Aunque parezcan situaciones distintas, todas ellas pueden provocar dolor en la zona del coxis o cóccix (rabadilla). La coccigodinia no es una afección sin importancia, pues una lesión en esta parte del cuerpo, que es muy sensible, puede afectar a la calidad de vida de quien lo padece.

El cóccix o coxis: el hueso de la rabadilla

El cóccix o coxis, más popularmente conocido como rabadilla, es el extremo inferior de la columna vertebral. Y es característico de los vertebrados que no tienen cola; de hecho, en inglés se le denomina 'tail bone' (hueso de la cola). Aunque está formado por la unión de las últimas vértebras (entre tres y cinco), es un hueso sólido y la médula espinal no circula por su interior. Tiene forma triangular. Se articula con el hueso sacro (que compone la parte trasera de la pelvis) al que se une mediante los ligamentos sacro-coxígeos. Estos ligamentos están muy inervados, por lo que su desgarro o distensión, a menudo provocado por un traumatismo directo, es muy doloroso.

Este dolor en la zona del cóccix (coccigodinia es su nombre técnico) aumenta de intensidad al estar sentado, sobre todo si la superficie de apoyo es dura, pues eso hace que se distienda en más los ligamentos afectados. En algunas ocasiones también aparece dolor en la zona lumbar, a causa de un mecanismo reflejo o de sobrecarga de la musculatura debido a las posturas que se adoptan para intentar reducir el dolor del cóccix.

Las causas de dolor de cóccix

Pero las causas de este dolor no están demasiado claras. A veces, se desencadena después de que la zona haya estado sometida a presión o a pequeños traumatismos repetidos, como estar sentado largo rato en alguna silla dura, montar a caballo o, incluso, tras un parto complicado. No obstante, también puede aparecer sin causa aparente.

El dolor de cóccix puede desencadenarse por presión, pequeños traumatismos repetidos o tras un parto complicado.

Las causas más habituales de la coccigodinia son un traumatismo directo (caerse de culo) que resulta muy doloroso y puede provocar fracturas y tardar tiempo en remitir, incluso semanas o meses. También debido a quistes sacros, que se desarrollan cerca del cóccix y que producen pequeñas fistulas. De la misma manera, durante los partos difíciles o con bebés muy grandes el cóccix puede sufrir una subluxación o esguince. Y, en contadas ocasiones, este dolor está provocado por algún tumor o infección en el propio cóccix o zonas colindantes. Otro motivo, aunque menos conocido, es la obesidad: al levantarse y sentarse, el exceso de peso puede transmitir en la zona glútea movimientos anómalos al cóccix y sobrecargas persistentes que irritan la terminaciones sensibles de la zona y originan dolor. Asimismo, las personas diabéticas o fumadores tienen más riesgo, sin ser determinante. Cómo actuar ante el dolor de cóccix



Ante un dolor que no cesa en el cóccix, ¿cuándo hay que acudir al especialista? ¿Puede llegar a cronificarse? No hay que alarmarse, pero sí que hay que repasar mentalmente las actividades de los últimos días porque en la mayoría de los casos la causa es mecánica.

Es beneficioso realizar baños de asiento con agua fría los primeros días y agua tibia los siguientes, tomar algún antiinflamatorio, sentarse sobre cojines blandos y, sobre todo, evitar las sobrecargas mecánicas. La visita médica puede posponerse, pero si después de dos o tres semanas no ha disminuido ni tan siquiera mejorado el dolor con el primer nivel de tratamiento, lo más prudente es acudir al especialista para descartar otra afectación de algún órgano vecino.

La cronificación de este dolor está asociada a una causa inicial de sobrecarga, es decir, por una irritación continuada del cóccix, como sucede en obesidad. El diagnóstico de la enfermedad es principalmente clínico, sobre todo por las características del dolor (intensidad, localización), puesto que ninguna prueba radiológica permite ratificar o descartar su presencia. Cuando el dolor tiene una duración de más de dos meses, se considera que es crónico (cóccix crónica).

Tratamientos para la coccigodinia

Para tratar esta dolencia se sigue una escala ascendente. En la etapa inicial del dolor se indican antiinflamatorios de primera línea, baños de asiento con agua fría o tibia, según el periodo de tiempo que se encuentre posterior a su aparición, y medidas para evitar el contacto directo de la zona con los asientos, como cojines blandos o cojines adaptados que tienen la zona central vacía (tipo neumático) para apoyar solo muslos y glúteos y que permiten dejar descargada la zona afectada.

Una segunda línea de tratamiento, si el dolor es persistente y prolongado, son las infiltraciones de anestésico local más corticoides, que se administran en la zona del dolor.

Por último, está la cirugía: extirpar el cóccix. En realidad, no es recomendable porque acostumbra a no ser resolutoria y, además, el postoperatorio es largo y doloroso y muchas veces no resuelve el caso y persiste el dolor crónico.

Ocho pasos para una menopausia feliz

La desaparición de la regla puede ser un incordio, pero algunos consejos ayudan a reducir sus molestos síntomas.

La menopausia no es una enfermedad, es un proceso natural que implica el fin definitivo de la menstruación. Pero admitámoslo: puede ser una lata. Las españolas entran en esta fase entre los 48 y los 54 años, aunque la media lo hace a los 51 años.

La menopausia empieza con la retirada gradual de la menstruación. El motivo es que los ovarios de la mujer dejan de producir las hormonas estrógenos y progesterona. Si hay algo que caracteriza a la menopausia son los sofocos, un trastorno vasomotor que padece el 80 % de las mujeres durante esta etapa. A esto hay que añadir la sequedad vaginal, otro síntoma que no aparece hasta que llega la menopausia. Otras alteraciones psíquicas típicas de los años de desaparición de la regla son los trastornos del sueño, con insomnio frecuente y, en menor medida, nerviosismo, dolor de cabeza, ansiedad, depresión y dificultades sexuales.

El 80 % de las mujeres sufren los molestos sofocos durante la menopausia, a lo que hay que añadir sequedad vaginal, alteraciones como trastornos del sueño y, en menor medida, dificultades sexuales.

1. Afíliase a la alimentación saludable

Seguir una dieta sana y equilibrada, rica en verduras y frutas, ayuda a mantener la figura y prevenir el sobrepeso. El consejo es



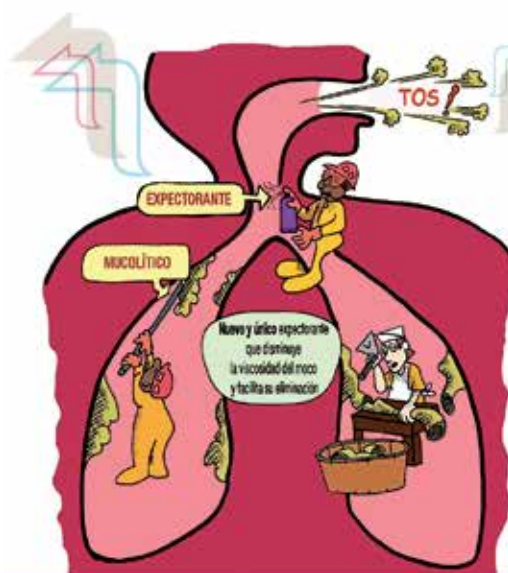
reducir el consumo de grasas saturadas y azúcares, así como aumentar la ingesta de frutas, verduras y cereales integrales y de productos que contengan calcio, como los lácteos (mejor, desnatados) o algunos tipos de pescado.

La alimentación durante la menopausia debe incluir, al menos, cinco raciones diarias de frutas y hortalizas. Y cuando se trata de escoger pastas o pan, opte por alimentos integrales.

Nueva opción de tratamiento para la bronquitis crónica y EPOC.

Tempotane®

N-Acetilcisteína



**Limpia y despeja
las vías aéreas**

**NUEVA
MOLECULA**



PRESENTACIÓN
Jarabe extemporáneo 2 g / 100 ml



Un Símbolo
de Confianza

MUCOLÍTICO - EXPECTORANTE



Además, incorpore legumbres como garbanzos, lentejas, alubias y soja a su dieta habitual (varias veces por semana) y complemente con frutos secos, consumidos con moderación.

2. Brócoli y frutos secos para unos huesos fuertes

Además, conviene compensar la reducción de estrógeno, que debilita los huesos. Y, para llevar una menopausia saludable, los expertos recomiendan ingerir 1.000 miligramos de calcio diario a través de la dieta, un nutriente presente en los lácteos. Pero el calcio también está en otros alimentos, como en los frutos secos y semillas como el sésamo o las pipas de calabaza y de girasol. También los cereales integrales contienen calcio, así como verduras verdes como el brócoli o las espinacas y pescados como la sardina. Eso sí: para ayudar a que el cuerpo absorba el calcio de forma más eficiente, combine estos alimentos saludables con otras comidas ricas en vitamina D, un nutriente presente en alimentos como el pescado azul, los huevos y el arroz integral.

3. Cuerpo sano para una menopausia saludable

Casi el 60 % de la población mundial tiene un estilo de vida sedentario. Y uno de los problemas es que la falta de actividad física agrava los síntomas en la menopausia, dicen los estudios, en especial los vinculados con el insomnio, la depresión y la obesidad. Es más, el 16 % de las mujeres con hábitos sedentarios reconocen tener síntomas menopáusicos severos, mientras que solo un 10,6 % de las activas los tienen. Este sedentarismo tiene riesgos para su salud física y mental. Pero es que, además, ser activa a diario es necesario para ayudar a reducir los síntomas menopáusicos severos.

La actividad física es importante para proteger el corazón y retrasar la aparición de los trastornos más molestos de la menopausia. También permite aumentar la fuerza muscular, por lo que es un modo de prevenir caídas. La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) recomienda caminar a paso ligero entre 30 y 45 minutos diarios.

4. Hágase amiga de la báscula

Durante la menopausia muchas mujeres contemplan horrorizadas cómo la báscula se dispara. Tiene una explicación: los estró-

genos (hormonas femeninas) están asociados a la disminución de la ghrelina (la hormona del hambre) que controla el apetito. Pero durante la menopausia, esta hormona desciende y aumentan las ganas de comer.

Pero hay más. Un peso adecuado disminuye la severidad de los sofocos. Para neutralizar el efecto de la pérdida de estrógenos, conviene seguir una dieta saludable, limitar el consumo de hidratos de carbono simples y comer verdura y proteínas de buena calidad.

5. Sexo sano durante la menopausia

A menudo algunos de los problemas sexuales durante la menopausia tienen más que ver con una falta de comunicación en la pareja, el estrés o la tristeza, que con la desaparición de la regla. En caso de sequedad vaginal, puede resultar útil usar una crema con estrógenos, ya que la ausencia de estas hormonas son las responsables de la reducción de la mucosa. Aunque, además de emplear la crema, es importante realizar ejercicios para recuperar el suelo pélvico y seguir consejos para mejorar (y disfrutar al máximo) de las relaciones sexuales.

6. Tome el sol con protección

El déficit de vitamina D, que el cuerpo sintetiza a través de la exposición a los rayos del sol, está detrás del adelanto de la menopausia en algunas mujeres. Y hay otro motivo más para tomar el sol, pero siempre con precaución, durante esta época: los rayos ayudan al cuerpo a sintetizar la vitamina D, que contribuye a aumentar la absorción de calcio, esencial para mantener los huesos fuertes.

Los médicos recomiendan la exposición solar durante unos 15 minutos al día, aunque a partir de los 65 años también puede ser aconsejable complementar con un suplemento de 400 UI (unidades internacionales-valor de medida de la vitamina D).

7. Déjese echar un vistazo por el médico

Y, para llevar una menopausia saludable, cuando la mujer atraviesa la barrera de los 50 años, el médico debe analizar la aparición de otro conjunto de complicaciones, entre ellas, la pérdida de masa ósea (osteoporosis) o un mayor riesgo de padecer cáncer de mama e incluso problemas de corazón.

Para prevenirlos, están los programas de cribaje de cáncer de mama o útero. Pero también conviene que el facultativo trace un programa personalizado que analice el riesgo de complicaciones.

8. Olvide el cigarro, aumenta los sofocos

Los expertos recuerdan que el tabaco aumenta los sofocos, y los hace más intensos. Además, fumar es uno de los factores más importantes de riesgo cardiovascular y osteoporosis.

Fuente: www.consumer.es (agosto 2018)

La Comunidad Europea resalta el papel de los farmacéuticos en la adherencia

Según datos del Grupo de Acción en Prescripción y Adherencia a los Planes Médicos, promovido por la Comisión Europea para estudiar la realidad del cumplimiento en Europa y proponer medidas que favorezcan su mejora, el 79 por ciento de los pacientes que tienen que tomarse una pastilla al día no tienen problemas de adherencia, aunque en el caso de aquellos que tienen que tomar cuatro, solo el 51 por ciento es cumplidor. Debido a que las barreras a la adherencia son complejas y variadas, las soluciones para mejorarla deben ser multifactoriales e involucrar a todos los agentes. Siendo así, la Comisión Europea considera especialmente necesario reconocer el papel que desempeñan los profesionales farmacéuticos, de cara a fomentar el diálogo entre éstos y el resto de agentes.

Así lo aseguró el comisario de Salud, Vytenis Andriukaitis, en la inauguración de una jornada sobre adherencia auspiciada antes del verano en la sede del Parlamento Europeo, en Bruselas, y que contó con la presencia de expertos y líderes de al menos 16 países. Jaimie Wilkinson, director de Professional Affairs de la PGEU, respaldó las palabras del comisario, destacando algunas de las buenas prácticas que se están llevando a cabo en terreno farmacéutico para facilitar la adherencia terapéutica. Una de ellas es la revisión de la medicación, practicada en al menos 16 países con el objetivo de mejorar el conocimiento de los pacientes en torno a su medicación, subrayar los posibles efectos secundarios, mejorar la adherencia y reducir el desperdicio.

Además, al menos ocho países europeos llevan a cabo servicios de Nueva Medicación, encargados de dar soporte a los enfermos crónicos a los que se prescribe un nuevo fármaco y mejorar los



Vytenis Andriukaitis (Comisario de Salud)

resultados en salud. A todo ello se suman los países que llevan a cabo programas de gestión de la enfermedad: 15 en el campo de la diabetes, 13 en asma y 11 en hipertensión.



FARMA 3 ESQUINAS

0800 8104

 **Farmacia**

 **Perfumería**

 **Cosmética**

 **Ortopedia**

 **Cuidado personal**

 **Artículos para bebés**



La dieta mediterránea

La dieta mediterránea se basa en los patrones dietéticos tradicionales en los años 60 de las personas de los países que rodean el mar Mediterráneo, como Grecia, Italia y España y promueve el consumo de la comida fresca, de temporada y la comida local.¹ La dieta mediterránea no es una dieta alimentaria única, sino un hábito alimenticio general que está marcado por las diferencias locales y culturales de toda la región mediterránea.

Entonces, ¿en qué consiste?

Esta dieta está generalmente caracterizada por una alta ingesta de alimentos de origen vegetal (p.ej. fruta y verdura fresca, nueces y cereales) y el aceite de oliva, la ingesta moderada de pescado y pollo y la ingesta baja de productos lácteos (en su mayoría yogur y queso), carne roja y procesada, y dulces. El vino se toma con moderación y, normalmente, junto con la comida.¹ El énfasis se pone en los aspectos sociales y culturales, como el horario de la comida, el descanso después de comer y la actividad física regular.² Sin embargo, hoy en día la dieta no se respeta tanto como hace 30 o 50 años, ya que la dieta de las personas que viven en estas regiones se está convirtiendo en una dieta occidentalizada incluyendo más alimentos de alta intensidad energética.^{3,4}

¿Qué dice la ciencia?

Lejos de ser una dieta de moda, los beneficios para la salud asociados a la dieta mediterránea están respaldados por pruebas científicas. La dieta mediterránea está asociada a la menor mortalidad por todas las causas y a la menor morbilidad (aparición de enfermedad), y ha sido conectada con numerosos beneficios para la salud, incluyendo un riesgo más bajo de cáncer, las enfermedades cognitivas y las enfermedades cardiovasculares, al igual que el síndrome metabólico, la obesidad y la diabetes tipo 2.^{2,5}

En una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS),



la dieta mediterránea se identifica como una estrategia alimenticia efectiva para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles (ENT), las cuales, de momento, son la causa principal de la muerte prematura a nivel global (menores de 65 años de edad).² La literatura disponible indica inequívocamente que los hábitos alimenticios de la dieta mediterránea benefician la prevención y el control de las ENT relacionadas con la dieta. También se considera como uno de los patrones dietéticos más fáciles de seguir a largo plazo, debido a su flexibilidad y a la accesibilidad de los alimentos característicos.⁶ Sin embargo, también existen datos que indican que la relación entre el bajo riesgo de las enfermedades cardiovasculares y la dieta mediterránea es más firme en las personas con altos ingresos económicos, posiblemente debido a un mejor acceso y conocimiento de la comida sana.⁷ A pesar de esto, muchas personas podrían encontrar la dieta mediterránea como una estrategia eficaz para ayudar a mantener el peso y mejorar la salud.²

Referencias

1. Willet WC, et al., (1995) Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating The American Journal of Clinical Nutrition, 61(6), 1402S-1406S.
2. The World Health Organisation (WHO, 2018) What national and

subnational interventions and policies based on Mediterranean and Nordic diets are recommended or implemented in the WHO European Region, and is there evidence of effectiveness in reducing nonc

3. Garcia-Closas R, Berenguer A, Gonzalez C (2006) Changes in food supply in Mediterranean countries from 1961 to 2001. Public Health Nutrition 9(1), 53-60.
4. Alexandratos N, (2006) The Mediterranean diet in a world context. Public Health Nutrition, 9(1a), 111-117.
5. Martinez-Gonzalez, M.A, et al. (2009) Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. Nutrition Reviews, 67, 111-116.
6. US News and World Report Rankings (2016) Easiest Diets to Follow.
7. Bonaccio M, et al., (2017) High adherence to the Mediterranean diet is associated with cardiovascular protection in higher but not in lower socioeconomic groups: prospective findings from the Moli-sani study. International Journal of Epidemiology, 46(5)

Fuente: EUFIC (agosto 2018)

0800 8104
www.farma3esquinas

Ortopedia

Cuidado personal

Farmacia

Cosmética

Regalos

Artículos para bebés

Perfumería

Solo tres países cumplen meta regional de gasto en salud

Uruguay, Costa Rica y Cuba son los únicos países latinoamericanos que cumplen el acuerdo regional suscrito en 2014 de invertir más del 6 por ciento de su Producto Interno Bruto (PIB) en salud, mientras Colombia y Ecuador están cerca de alcanzar esa meta.

Así lo señala un estudio publicado en la Revista Panamericana de la Salud Pública según el cual la inversión promedio para ese sector en Latinoamérica y el Caribe es de 3,8 por ciento PIB regional.

“Hace 10 años, el gasto en salud representaba el 2,5 por ciento del PIB. Hemos crecido muy poco en la región y si no hacemos algo, no vamos a llegar a cumplir esa meta que nos propusimos”, señaló a SciDev.Net, Camilo Cid Pedraza, asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en economía de la salud y financiamiento, y autor principal de la investigación.

El estudio advierte que los estados necesitan incrementar el gasto destinado a salud en toda la región y requieren hacerlo pronto y con objetivos definidos si quieren cumplir el plan trazado en un encuentro latinoamericano realizado en octubre de 2014 bajo el auspicio de la OPS, en procura de un sistema de salud con cobertura y acceso universal.

“Gastar más no necesariamente es tener mejores condiciones de salud. Chile, por ejemplo, es el país con la mortalidad materna más baja de toda la región y apenas gasta un tercio del monto de Cuba. Costa Rica tiene un gasto mayor que Chile y también tiene una mortalidad materna superior. Lo que deberíamos preguntarnos es cómo Chile gastando la mitad tiene un mejor desempeño de sus variables claves de salud”.

Marino González, Academia Nacional de Medicina de Venezuela

La inversión en salud de Uruguay, Costa Rica y Cuba, es de 6,1, 6,8 y 10,6 por ciento, respectivamente, de su PIB. Canadá (7,4) y Estados Unidos (8,3) son las otras naciones del continente americano que también se encuentran por encima de la meta regional.

“Queríamos mostrar un panorama de cómo se encuentra la región y nos centramos en la variable del crecimiento económico, porque se ha repetido mucho

que en la medida en que crezcan las economías, puede haber un mayor espacio para la salud, pero esa no puede ser la única fuente de financiamiento”, agregó Cid Pedraza.

La investigación recopiló los gastos de salud hecho por cada uno de los países de América en el año 2014 y luego proyectó cuánto tiempo necesitarían estas naciones con esa misma política pública para alcanzar la meta regional, en función de las estimaciones económicas hechas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional para el período 2016 a 2021.

Rumbo impreciso

El resultado es poco alentador. Colombia y Ecuador, con gastos de 5,4 y 4,5 por ciento del PIB, son los dos países que están más cerca de alcanzar la meta regional asociada al gasto en salud, pero si solo lo confían a su crecimiento económico lo lograrán en el año 2024 y 2026 respectivamente.

Perú solo llegaría a ese nivel de gasto al final del siglo XXI, es decir, en el año 2100. Venezuela y Argentina, en cambio, nunca lograrán cumplir este objetivo, a partir solamente del crecimiento de sus economías nacionales.

Para el experto en políticas públicas y miembro de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, Marino González, el problema es aún más grave si se considera que el foco debería centrarse en cuál es el objetivo que persigue cada dólar que se in-



vierte en salud y, no solo en el monto total del presupuesto de cada país.

Las estadísticas de la OPS confirman que Chile, con apenas 14 muertes maternas por cada 100.000 habitantes, ocupa el lugar de honor en la estadística latinoamericana con la mortalidad materna más baja de la región. Lo siguen Uruguay (23 madres) y Costa Rica (27 madres), mientras que en Cuba hay 42 muertes maternas por cada 100.000 habitantes, a pesar de ser el único país de la región en gastar casi el doble de la meta regional (10,6 por ciento de su PIB).

González insistió en que un primer paso en la dirección correcta es invertir en conocer cuáles son las causas claves de las enfermedades que más afectan a las poblaciones de cada país latinoamericano y enfocarse en la educación preventiva.

Fuente: www.scidev.net (setiembre 2018)

Aumenta la prevalencia del asma en los países industrializados entre un 8-10%

El asma, que ya es una enfermedad de gran impacto a nivel mundial, ha experimentado en las últimas décadas un incremento de prevalencia en los países industrializados que puede oscilar entre 8 y el 10 por ciento de la población. Según los expertos, este crecimiento se debe a una mejora de las técnicas y criterios diagnósticos, pero también a la influencia de la contaminación ambiental. En este sentido, los contaminantes pueden actuar agravando la enfermedad en pacientes con asma o ser la causa de la misma. Un reciente editorial publicado en la revista científica de referencia Archivos de Bronconeumología de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ) revisa los últimos estudios y novedades que vinculan asma y contaminación ambiental. Este editorial está firmado por los doctores María Jesús Cruz, bióloga y responsable del Laboratorio de Investigación en Neumología del Institut de Recerca del Hospital Universitari Vall D'Hebron de Barcelona; Christian Romero-Mesones, médico asociado al Servicio de Neumología del Hospital Universitari Vall d'Hebron y Xavier Muñoz, neumólogo adjunto del Servicio de Neumología del Hospital Universitari Vall d'Hebron; todos miembros de Separ.

Según este artículo, ya es bien conocido a nivel científico y existe consenso entre todos los profesionales de la salud que niveles elevados de partículas de diesel, ozono, anhídrido sulfuroso y óxido nítrico (O₃, SO₂ y NO₂) pueden precipitar la aparición de síntomas en pacientes asmáticos que desencadenen consultas, visitas a urgencias y hospitalizaciones.

También empieza a estar extendida y apoyada por numerosos estudios epidemiológicos la relación de causalidad entre asma y contaminación ambiental. Por ejemplo, el editorial destaca el estudio de Chanel et al. publicado en 2016 que muestra que vivir en cerca de carreteras con mucho tráfico podría causar el 15-30 por ciento de los nuevos casos de asma en niños.

En adultos señala el estudio ESCAPE publicado en 2015 señala la asociación entre la aparición de nuevos casos de asma y un aumento en la concentración ambiental de NO₂.

Las nuevas investigaciones dan un paso más: no solo buscan la causalidad sino que se encaminan a tratar de conocer los mecanismos exactos mediante los cuales la contaminación ambiental puede agravar o causar asma.

En individuos con asma la exposición a altas concentraciones de contaminantes produce cambios en la función pulmonar alterando e incrementando la respuesta inflamatoria e irritativas. En individuos sin asma previa se ha evidenciado que los agentes contaminantes pueden actuar de tres formas que incrementan el riesgo de producir respuestas asmáticas: provocando cambios genéticos, cambios epigenéticos o alterando determinados mecanismos inmunológicos.

Las consecuencias del incremento de pacientes con asma o de crisis asmáticas se traducen en un elevado coste socioeconómico en términos de absentismo laboral y escolar así como de recursos sanitarios (consultas, urgencias y hospitalizaciones) y muertes. Por ello, los expertos en enfermedades respiratorias de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica consideran importante concienciar a las autoridades de los graves efectos para la salud que la contaminación tiene y la importancia de tomar medidas que frenen la contaminación del aire.



En España el asma afecta a tres millones de personas y las crisis asmáticas provocan el 2 por ciento de los ingresos en hospitales. De hecho, en España el asma es la cuarta causa de absentismo laboral y la primera de ausencia escolar. En 2015, el asma causó el 1,1 por ciento de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura (AVAD).

Fuente: www.gacetamedica.com (agosto 2018)



“Tenemos una desafiante e inspiradora misión de mejorar la calidad de vida de las personas, permitiéndoles **hacer más, sentirse mejor y vivir más tiempo.**”

Nuestras prioridades estratégicas:

- DESARROLLAR**
un negocio global diversificado
- ENTREGAR**
más productos de valor
- GENERAR CONFIANZA**
en la comunidad



GlaxoSmithKline
Uruguay S.A.
Salto 1105
Montevideo, Uruguay
Teléfono 2419 8333
Fax 2418 8063
www.gsk.com

GSK LV AVED002 14/06/07

La tuberculosis sigue siendo la enfermedad infecciosa más mortal a nivel mundial

La tuberculosis continúa siendo la enfermedad infecciosa más mortal a nivel mundial, incluso por delante del virus del sida, informó la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pidió a los Gobiernos de todo el mundo medidas decididas para combatir la enfermedad, aprovechando la cumbre sobre la enfermedad que la ONU acogerá la última semana de septiembre.

Según la OMS, nunca antes se había prestado atención a tan alto nivel al problema de la tuberculosis, ni se había tenido tan claro lo que hay que hacer para terminar con la enfermedad. “Debemos aprovechar este nuevo impulso y actuar juntos para poner fin a esta terrible enfermedad”, señaló en un comunicado el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus. En la cumbre, que tendrá lugar el miércoles 26 de septiembre, está prevista la adopción de una declaración política para reforzar la lucha contra la tuberculosis y aumentar las inversiones en ese ámbito.

Diez millones de personas infectadas en 2017

Se estima que cerca de diez millones de personas de personas en todo el mundo estaban infectadas con tuberculosis en 2017, aunque la OMS registró oficialmente 6,4 millones debido a que algunos casos no son reportados o están mal diagnosticados.

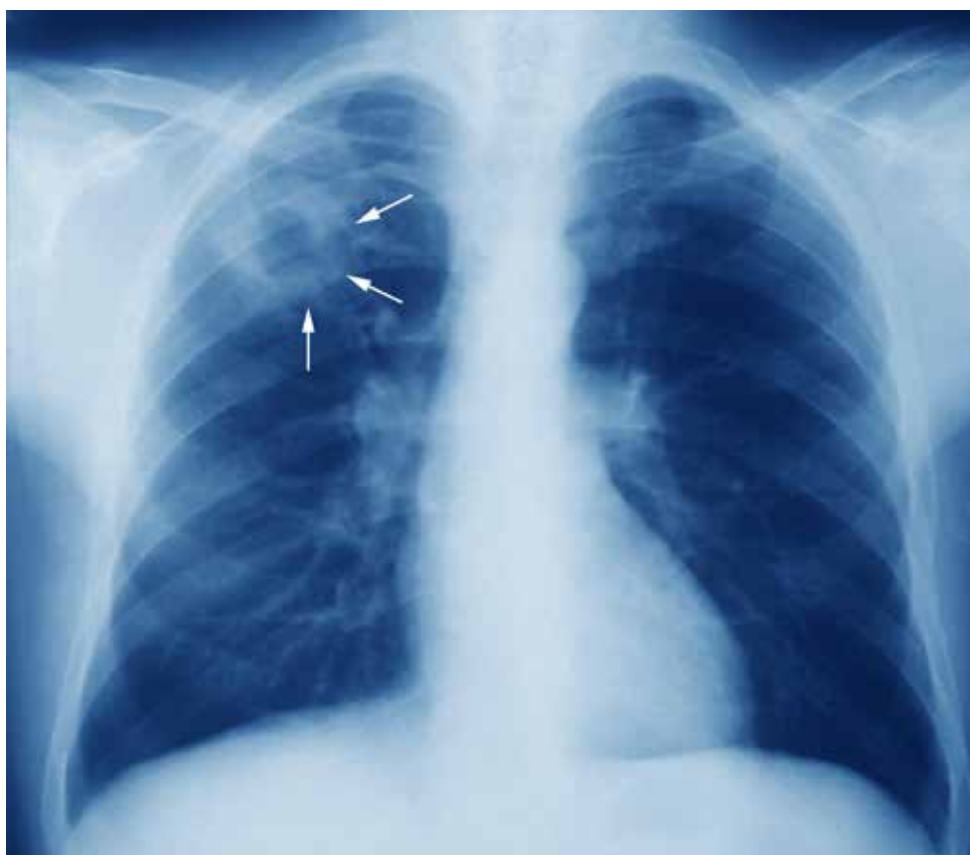
La tuberculosis es considerada habitualmente una “enfermedad de la pobreza”, ya que está distribuida en regiones estructuralmente pobres de África, Europa del Este y Asia Central. Dos tercios de las nuevas infecciones fueron registradas en India, Indonesia, China, Pakistán, Bangladesh, Nigeria, Sudáfrica y Filipinas.

Reducción de muertes

Desde el año 2000, las muertes por tuberculosis de portadores del virus del sida se han reducido un 44%, mientras que los fallecimientos de personas que no tienen el VIH han bajado un 29%. El número de nuevos casos está cayendo alrededor de un 2% al año, según la organización, que destaca las reducciones anuales del 5 y el 4% respectivamente que se han dado en Europa y en África desde 2013.

La enfermedad es curable con antibióticos, aunque sin tratamiento puede ser fatal.

Fuente: ClusterSalud (setiembre 2018)



Inmunomodulador Específico Articular

Dirox®

COLÁGENO TIPO II
no desnaturalizado UCII

Único
con estudios científicos
de respaldo

Una capsula
1 toma diaria

Gramón Bagó

OMS: Un cuarto de los adultos del mundo deben hacer más actividad física

De acuerdo a datos publicados por la organización, más de 1.400 millones de personas están riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, demencia y algunos cánceres por sedentarismo.

Un 28% de los adultos en el mundo –1.400 millones de personas– no se mantuvieron suficientemente activos en 2016, lo que supone un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, demencia y algunos cánceres, según el primer estudio de las tendencias mundiales de ejercicio físico.

El trabajo, realizado por investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y publicado en la revista The Lancet Global Health, actualiza las estimaciones de 2008 y revela que, en general, el nivel global de actividad en la población adulta permanece prácticamente sin cambios desde 2001.

“A diferencia de otros grandes riesgos de salud, los niveles de inactividad física no están disminuyendo, y más de un cuarto de todos los adultos no están siguiendo las recomendaciones para una buena salud”, advierte Regina Guthold, autora principal del estudio.

Para mantenerse saludable, debemos realizar al menos 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad intensa por semana.

De hecho, los datos muestran que si las tendencias actuales continúan, el objetivo para 2025 de una reducción relativa del 10% en el ejercicio físico insuficiente no se cumplirá.

En 2016, alrededor de una de cada tres mujeres (32%) y uno de cada cuatro hombres (23%) en todo el mundo no alcanzaron los niveles recomendados de actividad física para mantenerse saludables, es decir, al menos 150 minutos de intensidad moderada o 75 minutos de actividad física intensa por semana.

La investigación se basa en los datos de actividad en el trabajo, en el hogar, durante el transporte y tiempo libre de 1,9 millones de adultos de 18 años y más en 168 países. En 55 de esos 168 países, es decir el 33%, más de un tercio de la población no tenía suficiente actividad física.

Estos datos muestran la necesidad de que todos los territorios aumenten la prioridad de proporcionar entornos que respalden la actividad física y aumenten las oportunidades de realizar ejercicio diario para las personas de todas las edades.

“Las regiones con niveles crecientes de ejercicio físico insuficiente son una gran preocupación para la salud pública y la prevención y el control de las patologías no transmisibles”, subraya Guthold.

Países más ricos, menos deporte

Con respecto al nivel socioeconómico, los países de altos ingresos poseen niveles de actividad física insuficiente mayores (37%) en comparación con los países de ingresos medios (26%) y de bajos ingresos (16%). Además, en los territorios más ricos la inactividad aumentó en un 5% entre 2001 y 2016.

Las tasas más altas de actividad insuficiente en 2016 se encontraron en adultos en Kuwait, Samoa Americana, Arabia Saudita e



Iraq, donde más de la mitad de todos los adultos eran insuficientemente activos. Tras ellos se sitúa EE UU y Reino Unido, donde alrededor del 40 y del 36% de los adultos, respectivamente, no estaban suficientemente activos.

Si bien la disminución en la actividad física ocupacional y doméstica es inevitable a medida que los países prosperan y el uso de la tecnología aumenta, los autores concluyen que los gobiernos deberían proporcionar una infraestructura que promueva el ejercicio continuado.

Fuente: ClusterSalud (setiembre 2018)

Dirox
Inmunomodulador específico articular

Condroxamin FORTE
Protege y repara el cartilago

Uno detiene el proceso degenerativo, el otro aporta sustrato para la protección y reparación del cartilago articular

Sinergia en Osteoartritis

- Detienen el proceso degenerativo
- Disminuyen el consumo de AINEs
- Calman el dolor y mejoran la capacidad funcional

Gramón Bagó

Los trasplantes en el mundo aumentan un 7,25% respecto al 2017

Los trasplantes en el mundo están aumentando. Esto es lo que se desprende de los últimos datos recogidos por el Registro Mundial de Trasplantes, que gestiona la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) desde hace 12 años en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que elevan a 135.860 el total de órganos trasplantados en todo el mundo en el último año. Esta cifra supone un aumento de 7,25 por ciento respecto al año anterior (con 126.670). De ellos, 89.823 fueron de riñón (40,2% de donante vivo) 30.352 de hígado (19,8 por ciento de donante vivo), 7.626 de corazón, 5.497 de pulmón, 2.342 de páncreas y 220 de intestino.

Estos trasplantes fueron posibles gracias a 34.096 donantes fallecidos, frente a los poco más de 31.000 contabilizados en el año anterior, lo que representa un incremento de un 3,3%. A ellos se añaden las 42.154 personas que donaron un órgano en vida (36.125 donantes vivos renales y 6.012 hepáticos y 17 de pulmón).

Son datos recogidos en la publicación oficial de la Comisión de Trasplantes del Con-



sejo de Europa ('Newsletter Transplant 2017'), única fuente de información oficial en el mundo que refleja gran parte de los datos recogidos por el Registro Mundial.

España, con 2.183 donantes y 5.261 órganos trasplantados en 2017, vuelve a revalidar por vigésimo sexto año consecutivo su liderazgo mundial, con una tasa de 47,0 donantes por millón de población (p.m.p). El Registro Mundial de Trasplantes trabaja con la población que recoge el Fondo de Naciones Unidas. Este hecho explica la pequeña diferencia entre la tasa registrada por la ONT al finalizar 2017 (46,9), ligeramente inferior a la asignada por el Registro Mundial de Trasplantes, que la eleva a 47,0 donantes p.m.p.

Los datos del Registro Mundial también reflejan el incremento de la participación española a la donación de órganos en el mundo: nuestro país aportó el pasado año el 19,2% de todas las donaciones de órganos en la Unión Europea y el 6,4 por ciento de las registradas en el mundo, pese a que España apenas representa el 9,1 por ciento de la población europea y el 0,6 por ciento de la mundial.

Fuente: www.gacetamedica.com (agosto 2018)

Sólo hay un HUMIRA

Ahora.

HUMIRA^{AC}
adalimumab

Ahora con menos dolor en la inyección, y menor volumen¹

Mismo perfil de eficacia y seguridad²

Mismo principio activo¹

Misma línea celular maestra^{2,3}

NUEVO LANZAMIENTO!

Referencias

1. HUMIRA [Summary of Product Characteristics]. AbbVie Ltd, September 2016.

2. European Medicines Agency (EMA). HUMIRA (adalimumab) authorization details. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000481/human_med_000822.jsp&mid=WC0b01ac058001d124. Accessed September 22, 2016.

3. Tebbey PW, Varga A, Naili M, Clewell J, Venema J. Consistency of quality attributes for the glycosylated monoclonal antibody Humira® (adalimumab). 2015;7(5):805-811.

Qué es la hipercolesterolemia familiar

La hipercolesterolemia familiar (HF) es una enfermedad hereditaria que se expresa desde el nacimiento, y que cursa con un aumento en las concentraciones plasmáticas de colesterol, principalmente del colesterol transportado por las lipoproteínas de baja densidad (c-LDL).

Es un trastorno muy frecuente y se estima que al menos 1 de cada 250 personas en la población general presenta HF.

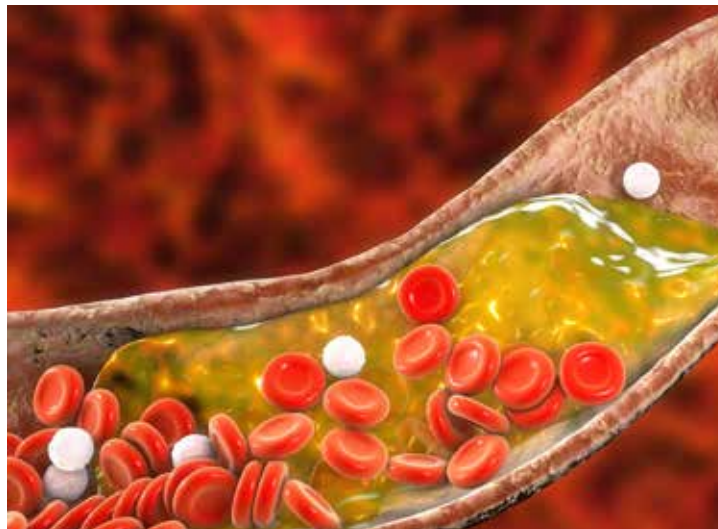
La importancia de su diagnóstico precoz radica en el elevado riesgo de presentar un Infarto de Miocardio (IM) u otra enfermedad aterosclerótica vascular en edades tempranas de la vida. La enfermedad cardiovascular se manifiesta en más del 50% de los pacientes con HF antes de los 55 años de edad.

El defecto principal se produce por una mutación en el gen que codifica el receptor de las LDL (rLDL), que son los encargados de eliminar el colesterol de la sangre a nivel hepático. Al disponer de una menor cantidad de receptores, ya sea parcial o total, el colesterol LDL aumenta considerablemente en la sangre, favoreciendo su depósito en las arterias y el desarrollo de una placa que puede estrechar la luz de las arterias, lo que produce la aterosclerosis.

Por su mecanismo de transmisión, se reconocen dos variantes:

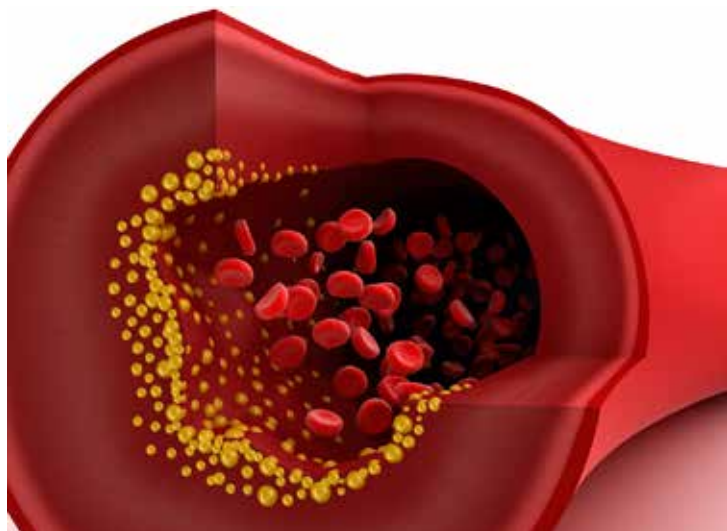
- › Heterocigota: uno de los alelos tiene una mutación en el gen y el otro es normal. En este caso, el paciente tiene el 50% de la dotación de receptores-LDL normofuncionantes, y el resto están ausentes (mutaciones de alelo nulo) o no funcionan adecuadamente (mutaciones de alelo defectuoso).
- › Homocigota: ambos alelos están defectuosos (el del padre y la madre), lo que produce una ausencia prácticamente total de receptores LDL.

Una persona afecta de HF, tiene el 50% de probabilidades de transmitir el gen anormal a sus descendientes, hijos e hijas, y un 50% de traspasar la información genética correcta. Por lo tanto, aproximadamente la mitad de los miembros de una familia heredarán la HF. Si un niño o adulto, hijo de un paciente con HF, tiene niveles normales de colesterol, es muy probable que haya heredado el gen normal, y por tanto no desarrollará la enfermedad ni la transmitirá a su descendencia. Algunos estudios han demostrado que puede existir hasta un 8% de personas portadoras de una mutación con niveles normales de colesterol. En este caso pueden transmitir el gen defectuoso a su descendencia. Por eso, es muy importante la realización del diagnóstico genético.



La HF es una enfermedad genética muy frecuente que se transmite de padres a hijos. Las personas afectadas tienen niveles de colesterol alto, debido habitualmente a que el colesterol no es eliminado correctamente en el hígado por una escasez de receptores.

Fuente: Fundación Hipercolesterolemia Familiar



Inscripciones
2019

EduSchool


Preescolares,
primaria, secundaria
y preuniversitario.



**2710 2572**
info@eduschool.edu.uy

Nueva guía europea sobre enfermedades cardiovasculares y embarazo

Ha sido elaborada por la Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y se ha publicado en el último número de la revista 'European Heart Journal'.

La Sociedad Europea de Cardiología (SEC) ha publicado una guía para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo, recogida en el último número de la revista European Heart Journal.

El documento recoge una serie de recomendaciones relacionadas con los medicamentos durante la gestación, el parto, la fecundación in vitro, la anticoncepción y la interrupción del embarazo en mujeres con enfermedad cardíaca.

Uno de los consejos de la SEC es que las embarazadas con patologías del corazón deben dar a luz no más tarde de las 40 semanas de gestación e insisten en que la féminas "con insuficiencia cardíaca durante el embarazo deben ser tratadas de acuerdo con las pautas actuales para pacientes no embarazadas, respetando las contraindicaciones para algunos medicamentos durante el embarazo". Sobre este último punto, la guía incluye una tabla con recomendaciones para el uso de medicamentos en el embarazo. En el caso de embarazadas con hipertensión, la guía sostiene que se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico "en todas las mujeres con valores de presión arterial elevada persistente $\geq 150/95$ mmHg y $>140/90$ mmHg cuando se trata de hipertensión gestacional (con o sin proteinuria), hipertensión preexistente con superposición de hipertensión gestacional y cuando hay hipertensión con daño subclínico de órganos o síntomas en cualquier momento durante el embarazo".

Ácido acetilsalicílico

Asimismo, señala que debe recomendarse a las mujeres con un riesgo alto o moderado de preeclampsia que tomen 100-150 mg de ácido acetilsalicílico a diario desde la semana 12 hasta la 36-37, además de su tratamiento para la hipertensión.

En cuanto al uso de trombolíticos para la tromboembolia, la SEC advierte de que solo deben administrarse "en pacientes con hipertensión grave o shock".

Concluye que en el caso de una emergencia, los medicamentos que no son recomendados por la industria farmacéutica durante el embarazo y la lactancia no deben ser administrados a la madre.

La guía también destaca los casos en los que el embarazo está contraindicados, como es el caso de las mujeres con ciertos tipos de enfermedad cardíaca, por ejemplo, hipertensión arterial pulmonar, aorta severamente dilatada o capacidad severamente reducida del corazón para bombear sangre.

Fuente: Diario Médico España (agosto 2018)



Los países subdesarrollados habrían evitado 80% de muertes con mejores sistemas de salud

Prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos: ese es el paquete que debería ofrecer un buen sistema de salud, de calidad. Un sistema que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, debería cubrir a todas las “personas y comunidades sin que tengan que pasar penurias financieras para pagarlo”. El problema es que lograr una cobertura sanitaria universal (CSU) es todavía un ideal para países de ingresos bajos y medianos (PIBM), donde se podrían evitar miles de muertes.

Así lo confirma una investigación de universidades norteamericanas como Harvard y Stanford. Este estudio, basado en datos de la última Carga Mundial de Morbilidad de 2016, reveló que el 80 % de muertes ocurridas en 137 países se pudieron haber evitado a manos de los sistemas de salud. Algunas de estas causas (enfermedades cardiovasculares, mortalidad de recién nacidos, tuberculosis, accidentes de carretera, cáncer, sida y otras 55 condiciones) eran susceptibles de atención médica o intervenciones en salud pública.

Para llegar a esa conclusión, los autores tomaron el número total de defunciones, sus causas y su grado de letalidad y los compararon con el alcance que tienen estas mismas enfermedades en 23 países ricos, que reportan sistemas de salud sólidos. En esa ecuación también se tuvo en cuenta otro factor: la utilización de asistencia sanitaria. Este factor fue medido a partir de encuestas ciudadanas, en las que pudiera estimarse cuántas muertes eran originadas por mala calidad en los sistemas de salud y cuántas por la falta de utilización de los servicios.

El resultado fue que de los 19,3 millones de muertes relacionadas con estas causas específicas, 15,6 millones de ellas eran evitables por los sistemas sanitarios de Vietnam, China, Brasil, Costa Rica, Colombia y Chile, entre otros. El control y la prevención habrían evitado siete millones de ellas, mientras que el resto se pudo haber prevenido con tratamientos de calidad.

El asunto influye en la mortalidad infantil. De acuerdo con los investigadores, la baja calidad de los sistemas de salud en África o India es una de las principales causas de muertes en recién nacidos. Estos lugares registran un total de 40,5 muertes por cada 1.000 nacimientos. Asimismo, las deficiencias en la calidad hospitalaria parecen aumentar los riesgos por afecciones quirúrgicas, atención obstétrica y atención de la tuberculosis en regiones en desarrollo.

De ahí que la cobertura sanitaria sea una de las metas internacionales; en específico, el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible por cumplirse antes de 2030. Se estima que en caso de lograrse, se evitarían 8,6 millones de muertes por año en el mundo. Sin embargo, los autores del estudio, publicado en la revista científica The Lancet, sostienen que “expandir la cobertura del servicio se acompaña de inversiones en sistemas de salud de alta calidad”. En Colombia, por ejemplo, las condiciones están a medias. Según el profesor de economía David Bardey, de la Universidad de los Andes, la opinión que merece el sistema nacional está dividida. Mientras el Ministerio de Salud tiene razón en ufarse de los costosos tratamientos que ofrece a sus pacientes, las quejas de sus detractores también son válidas. Estas son “trabas administrativas o la negación de tratamientos que deberían cubrir y los tiempos de espera demasiado largos”, afirma el experto en el



portal de la universidad. Ese panorama, en total, parece no sumarle puntos al caso nacional, que se ha comprometido con el resto del mundo a reducir en un tercio la mortalidad por enfermedades no transmisibles en un plazo de 12 años.

Fuente: ClusterSalud (setiembre 2018)

YO



TRIBUFF

Protección cardio y cerebro vascular



UN COMPRIMIDO DIARIO

TRIBUFF 100 mg.
30 y 60 comprimidos
TRIBUFF 325 mg.
14 y 28 comprimidos

www.urufarma.com.uy



El estrés es un importante factor de riesgo para el empeoramiento de la diabetes

Las personas que padecen diabetes deben evitar, en la medida de lo posible, las situaciones de estrés ya que la relación entre el estrés y la diabetes es muy directa. Una de las causas principales de empeoramiento de la diabetes suele deberse a episodios de estrés. El estrés es una reacción normal y adaptativa ante diversas situaciones, una señal de que nos hallamos en peligro.

Cuando estamos en estado de estrés, el cuerpo sufre una serie de cambios: se prepara para asegurarse de tener suficiente azúcar y energía disponible. Por ello, caen los niveles de insulina y aumentan los niveles de glucosa. Además, se elevan los niveles de hormonas del estrés, lo que hace que los tejidos sean menos sensibles a la insulina. Como resultado, hay más glucosa disponible en la sangre.

En pacientes con diabetes tipo 2 el estrés puede hacer que suba el azúcar en sangre y que se vuelva difícil de controlar. Sin embargo, en los pacientes del tipo 1 sus efectos son más variados ya que, aunque en la mayoría de ellos el nivel de glucosa aumenta, es posible también que disminuya.

En situaciones de estrés, el cuerpo sufre una serie de cambios, lo que provoca la caída de los niveles de insulina y el aumento de los de glucosa.

De ahí la necesidad de mantener a raya el estrés ya que, si es elevado y se presenta de forma repetitiva en personas con diabetes, puede contribuir a que se den complicaciones como daño renal, retinopatía diabética, dolor neuropático y ulceraciones en los pies, el estrés eleva la presión arterial, lo que representa un factor de riesgo coronario importante para quienes tienen hipertensión. Por otra parte, el estrés está asociado a un empeoramiento del control de la diabetes por parte del propio paciente, lo que puede producir un descontrol metabólico debido a la falta de adherencia al tratamiento. El estrés es un problema por partida doble para las



personas con diabetes: no sólo libera glucosa en la sangre, sino que puede ser el causante de malos hábitos alimentarios y de la falta de autocuidado, lo que repercute negativamente en la calidad de vida del paciente. Para prevenirlo, las terapias de relajación, la práctica de deporte y los ejercicios de respiración pueden resultar de gran ayuda.

Ante la falta de adherencia al tratamiento que presentan muchos pacientes de diabetes en situaciones de estrés, se recomienda la monitorización continua de glucosa, que permite conocer en tiempo real el nivel de azúcar y poder así prevenir situaciones de riesgo como una hipoglucemia. De este modo, conocer los niveles de glucosa en sangre en cada momento permite un mejor control de los niveles de glucemia y facilita la adaptación a situaciones imprevistas como las que pueden producirse en situaciones de estrés.

#Diabetes

Prevención

- Realice actividad física regularmente
- Logre y mantenga un peso corporal saludable
- Evite el consumo de bebidas azucaradas
- Incluya abundantes frutas y vegetales en sus comidas

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
JUNTOS, VENCEREMOS A LA DIABETES

PREVENGA Y EVITE LA GRIPE Y SUS COMPLICACIONES, ANTE LOS PRIMEROS SINTOMAS

OSELTA

Oseltamivir 75 mg

Activo frente a las diferentes variedades del virus de la influenza A y B incluyendo A/H1N1 y H5 N1.

POSOLÓGIA:

- Como tratamiento de la influenza:** En adultos y adolescentes mayores de 13 años: 2 cápsulas de 75 mg al día durante al menos 5 días. Desde la aparición de los primeros síntomas.
- Como Prevención de la influenza:** En adultos y adolescentes mayores de 13 años: 1 cápsula de 75 mg al día durante al menos 7 días. Dentro de las 48 hs de la exposición.

PRESENTACIÓN:
Envase conteniendo 10 cápsulas de 75 mg cada una.

Laboratorios **Novophar-Quimfa**

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son.

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 646.000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito.

Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental.

Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años.

Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años, a los jóvenes de 15 a 29 años y a los menores de 15 años.

Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas, su edad, sexo y estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad.

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas.

Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos.

La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el en-

vejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada.

Otro grupo de riesgo es el formado por los niños, cuyas caídas se deben en gran parte a su estado de desarrollo, a su curiosidad innata y al aumento de su nivel de independencia, que les lleva a adoptar conductas de más riesgo. Aunque la supervisión insuficiente de los adultos es un factor citado frecuentemente, las circunstancias suelen ser complejas y hay interacciones con la pobreza, la monoparentalidad y los entornos particularmente peligrosos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

IBV INSTITUTO DE BIOMECÁNICA DE VALENCIA Centro de Prevención de Caídas FALLSKIP

Una caída puede cambiar tu vida.

“TEST RÁPIDO, SENCILLO Y EN TU HOGAR”

Hoy en Uruguay es posible valorar y determinar el riesgo de sufrir una caída que tiene una persona, gracias al FallSkip.

Una caída supone un deterioro en la autonomía de la persona mayor, disminuyendo su calidad de vida y la de su entorno familiar y social.

CONSULTAS
099 684 007 / 094 551 300
centroprevenciondecadidas@gmail.com

EQUILIBRIO POSTURAL



COVERSYL® 5 a 10 mg

Perindopril argemina

Hipertensión - Enfermedad arterial coronaria - ICC Una vez al día

El inhibidor de la ECA basado en evidencias, principal producto antihipertensivo en Europa

EFA LABORATORIOS
ANTIA, MOLL & CIA. S.A.

Crece los nuevos fumadores entre los adolescentes más jóvenes

El trabajo publicado en 'Plos One' recoge datos de seis ensayos multicéntricos que incluyen a 119.104 participantes de 17 países europeos.

Las tasas de iniciación al tabaco entre los adolescentes más mayores (de 16 a 20 años) han disminuido en la mayor parte de Europa desde la década de 1970, mientras que los nuevos fumadores entre los adolescentes más jóvenes (de 11 a 15 años) han aumentado en los últimos años, según los resultados de un estudio publicado ayer en Plos One por un equipo internacional de investigadores implicados en el estudio Ageing Lungs in European Cohorts (ALEC), coordinado por Deborah Jarvis, del Imperial College de Londres, en el Reino Unido.

El tabaco es la primera causa evitable de mortalidad y el factor de riesgo modificable más importante para varias patologías, y son muchos los fumadores que comienzan su adicción en la adolescencia, lo que hace que la comprensión de las tendencias en esta población sea crítica, según los autores.

Metodología de estudio

El estudio ALEC, en concreto, ha reunido los datos de seis ensayos multicéntricos que incluyen a 119.104 participantes de 17 países. Se obtuvo información retrospectiva sobre el hábito tabáquico de las personas incluidas en el estudio que contestaron a 3 preguntas: si eran fumadores, si habían fumado en el último año y a qué edad empezaron a fumar. Los datos se agruparon por regiones europeas y analizaron tanto en su conjunto como por regiones.

En total, las tasas de iniciación al hábito del tabaco antes de la década de 1970 alcanzaban su pico más alto a los 18 años entre los varones y a los 19 entre las mujeres. En la década de 2000 los picos estaban en los 16 y 15 años, respectivamente. Para ambos sexos, y en todas las regiones estudiadas, la iniciación al tabaco durante la adolescencia avanzada cayó entre las décadas de 1970 y 2000. A finales de la década de 2000, las tasas de iniciación al hábito de fumar en la adolescencia avanzada eran inferiores en el norte de Europa, con 20 de cada mil personas comenzando cada

año. En otras regiones, las tasas se mantuvieron altas, entre los 40 y los 80 nuevos fumadores cada mil personas al año.

Las cifras de iniciación al hábito entre los adolescentes más jóvenes han crecido en casi todas las regiones entre las décadas de 1990 y 2000, y han alcanzado los 40 nuevos fumadores anuales por mil habitantes alrededor de 2005.

“La iniciación al tabaco aún es inaceptablemente elevada entre los adolescentes europeos, y las cifras crecientes del grupo con 15 o menos años requiere atención. Reducir las tasas de iniciación entre adolescentes es fundamental, puesto que constituyen el grupo de edad más vulnerable a la adicción a nicotina y a los efectos adversos del tabaco”, concluyen los autores del estudio.

Medidas de control

Alessandro Marcon, primer autor del estudio, señala que “las tasas inaceptablemente elevadas de iniciación a la iniciación en la adolescencia tardía en la década de 2000, y las tasas crecientes en niños que a partir de los 90 sugieren la necesidad de intensificar la puesta en marcha de medidas para el control del tabaco que lleguen a los más jóvenes en la mayoría de los países europeos”.

#stoptobacco

El tabaco es el único producto que mata a la mitad de sus consumidores.

Organización Mundial de la Salud

REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

Entresto™
sacubitrilo/valsartán

UNA NUEVA ERA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

ENTRESTO™ es clínicamente superior para pacientes con IC con fracción de eyección reducida vs enalapril^{1,2}

20% de reducción del riesgo de muerte CV

20% de reducción del riesgo de muerte súbita

21% de reducción del riesgo de la primera hospitalización por IC

Referencias: 1. Último prospecto aprobado por MSP. 2. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al. for PARADIGM-HF Committees Investigators. Baseline characteristics and treatment of patients in prospective comparison of ARNI with ACEI to determine impact on global mortality and morbidity in heart failure trial (PARADIGM-HF). Eur J Heart Fail. 2014;16(7):817-825. IC = Insuficiencia Cardíaca

Este producto y su marca son propiedad de Novartis Pharma AG y es comercializado por Scienza Uruguay
Por mayor información consultar el prospecto del producto o al Dpto. Médico de Novartis Uruguay S.A. Tel.: 2623 1916

NOVARTIS
Novartis Uruguay S.A. Luis Alberto de Herrera 1248. WTC Torre III Oficina 1174
Montevideo, Uruguay. Tel.: 2623 1916

SCIENZA
Distribuidor
Scienza Uruguay (Murry S.A.)
Av. Luis Alberto de Herrera 1248 - WTC Torre 2 Piso 19
Of. 1906 - Montevideo - Uruguay. Líneas Relativas (+598 2) 1988 9000
ventas@scienza.com.uy - www.scienza.com.uy

La personalización a la hora de detectar y tratar el cáncer

Durante los últimos años los tratamientos oncológicos han avanzado significativamente, y uno de los motivos es el hallazgo de diferentes biomarcadores que permiten personalizar las terapias en función del tipo de cáncer y las características de cada paciente.

Los biomarcadores tumorales no solo son útiles a la hora de evaluar como avanza un tratamiento, también sirven para ayudar a los oncólogos a realizar un diagnóstico temprano de la enfermedad al combinar su análisis con otras pruebas, y a planificar una estrategia de tratamiento una vez se obtenga un diagnóstico concreto. Hay que tener en cuenta que, para medir la eficacia de un tratamiento, lo más importante es realizar varios análisis en un período de tiempo determinado, ya que el resultado de estas pruebas depende de la variación en la incidencia del marcador analizado.

Biomarcadores y nuevos fármacos

En función del biomarcador que se mida, se analizará de diferentes maneras, como mediante una muestra del propio tumor, sangre, orina o cualquier otro tejido.

Durante el transcurso de los últimos años se ha aprobado un total de 63 medicamentos contra el cáncer, con impacto en 24 tipologías diferentes de esta enfermedad. Dos de los biomarcadores más importantes a la hora de desarrollar estos medicamentos son el PD-1 y el PD-L1, ya que se ha demostrado que, al inhibirlos, su eficacia es muy alta en 23 tipos diferentes de tumores sólidos. No obstante hay numerosos ensayos en marcha que están comprobando la eficacia de análisis de otros biomarcadores. Uno de ellos es el TMB (tumor mutation burden), que mide las mutaciones en las células que conforman el tumor y ha demostrado un gran potencial para demostrar la idoneidad de tratamientos de inmunoterapia.

Avances recientes

Diferentes estudios avalan que la medición de la incidencia de biomarcadores en pacientes de cáncer tiene cada vez más utilidades tanto para los médicos como para los enfermos. En 2006 había varios tipos de cáncer con marcadores tumorales fiables, en diez años los resultados positivos basados en la disponibilidad de biomarcadores han aumentado notablemente.

Un equipo de la Universidad de Granada y el Centro Genómica e Investigación Oncológica ha realizado un gran avance relativo al diagnóstico que consiste en identificar las células causantes de la metástasis mediante un simple análisis de sangre.

Este método —sumado a otros similares utilizados en la detección de la enfermedad a través de la medición de la concentración de

biomarcadores, como la biopsia líquida— es un nuevo rayo de luz para las personas que padecen cáncer puesto que, datos de este grupo de trabajo reflejan que más del 80 por ciento de las muertes en estos casos se producen por metástasis y no por la patología en sí misma; el principal beneficio que podrá aportar este método es conocer el funcionamiento de las células cancerosas que derivan en la formación de metástasis y ser capaces así de diseñar nuevos fármacos para combatirlos.

Según el informe Global Oncology Trends 2018 elaborado por IQVIA, en el caso de los melanomas la apuesta más reciente pasa por la combinación de diferentes tipos de inmunoterapia que ataquen a diferentes dianas. La extensión de su uso se debe a los buenos resultados que están presentando los ensayos clínicos desarrollados en esta línea, sobre todo en aquellos con melanomas metastásicos. Para extender su uso a más pacientes, es necesario que finalicen más ensayos que corroboren su efectividad.

Pasado, presente... y futuro

En la actualidad hay más de 700 medicamentos para luchar contra el cáncer en las últimas fases de desarrollo, lo que supone un aumento de un 60 por ciento respecto a los que había hace diez años; un tercio se basan en la incidencia de biomarcadores para clasificar a los pacientes y personalizar los tratamientos cada vez con más concreción. Uno de los grandes esfuerzos que se está realizando en este campo es trabajar para acelerar los procesos de aprobación de medicamentos y que, una vez se demuestre su eficacia, puedan llegar a los pacientes con mayor rapidez. En cuanto a los fármacos, se espera que las terapias genéticas y celulares como las CAR-T, sigan evolucionando ofreciendo a los pacientes una nueva alternativa en el tratamiento.

En base al informe confeccionado por IQVIA, de cara a 2022 se espera que los avances pasen por combinar las novedades en inmunoterapia con el Real World Data, la Inteligencia Artificial o nuevos dispositivos tecnológicos. Los avances a nivel individual pueden multiplicarse al utilizarse para una misma finalidad. También se espera que, al igual que ya se hace con otras enfermedades como la diabetes, las aplicaciones móviles vayan cobrando importancia a la hora de favorecer el seguimiento de los pacientes y su adherencia al tratamiento.

Otro de los aspectos importantes es el económico. Aquellos medicamentos con un coste más alto llegan a menos pacientes y por ello hay que revisar la inversión acometida en función del territorio geográfico para mejorar los pronósticos en torno a esta enfermedad.

Fuente: www.elglobal.net (setiembre 2018)

Atención al cliente: 0800 8313
tresul@adinet.com.uy
www.tresul.com



Calidad internacional al alcance de sus manos

Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989
TeleFax: 2487 4108
2486 3683 - 2486 3747

La importancia de potenciar el envejecimiento activo

El número de personas mayores va en aumento año tras año. Gracias a los avances de la ciencia y al desarrollo de diferentes políticas sociales, se vive durante más tiempo. Esto hace que las personas mayores sean más participativas y que tengan un papel más relevante en nuestra sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Este proceso es imparale para el ser humano, y debe realizarse de forma activa y consciente. Para ello es necesaria la participación de las personas mayores en las actividades del día a día, de la vida social, económica y cultural, además de mantener una actividad física constante.

Envejecer ha de considerarse una experiencia positiva. El envejecimiento activo permite a las personas expresar todo el potencial físico, social y mental, lo que hace posible su participación en la sociedad de acuerdo a sus necesidades individuales, deseos y posibilidades.

Trabajar el bienestar físico y mental de nuestros mayores permite mejorar su calidad de vida, y las residencias y los centros de día son lugares idóneos para impulsar el envejecimiento activo. El envejecimiento activo tiene como uno de sus principios fundamentales considerar como actividad toda aquella que contribuya al bienestar de las personas. Estas pautas tienen además un carácter preventivo, y deben introducirse, por tanto, a lo largo de toda la vida.

Cuidar de los mayores en todos los aspectos, tanto físicos como psicológicos, es una de las máximas de los centros de mayores, en los que prima el desarrollo de hábitos saludables a sus usuarios, desarrollando actividades que potencian su bienestar físico y mental mediante el ejercicio, actividades de terapéuticas, y el impulso de las relaciones interpersonales e intergeneracionales.

En lo referente al ámbito familiar, las relaciones tradicionales están cambiando, y es importante prestar atención a las diferentes relaciones en el mismo. Las conexiones o vínculos con los miembros más pequeños de la familia, e incluso, la reali-



zación de actividades intergeneracionales ayudan a impulsar un envejecimiento de calidad, en el que el mayor siente reconocida su labor con la sociedad.

Diversos estudios evidencian la relación entre envejecimiento activo y el bienestar personal. Desde las residencias y centros de mayores es importante trabajar para que las personas puedan desarrollarse plenamente en la tercera o cuarta edad, siendo conscientes de sus limitaciones y capacidades, y ofreciéndoles en base a eso nuevos intereses que fomenten sus desafíos personales, su integración con otras personas y desarrollando sus capacidades físicas y mentales que garanticen su máxima calidad de vida.

Fuente: www.geriatricare.com (agosto 2018)

PIASCLEDINE® 300

Insaponificables de Persea Gratissima y Glycine Max 300mg

La solución más efectiva
para el tratamiento
de la artrosis.

Buenos movimientos,
buenos momentos.

EXPANSIENCE®
LABORATOIRES

INFORMACIÓN AL CUERPO MÉDICO
Departamento Médico 2513 0505 (L a V de 9 a 17 hs)
labroe@uy.roemmers.com - www.roemmers.com.uy

Calidad
ROEMMERS
TODOS LOS DÍAS

PIASCLEDINE® 300
30 CAPSULAS
EXPANSIENCE®
LABORATOIRES