

ETHICA

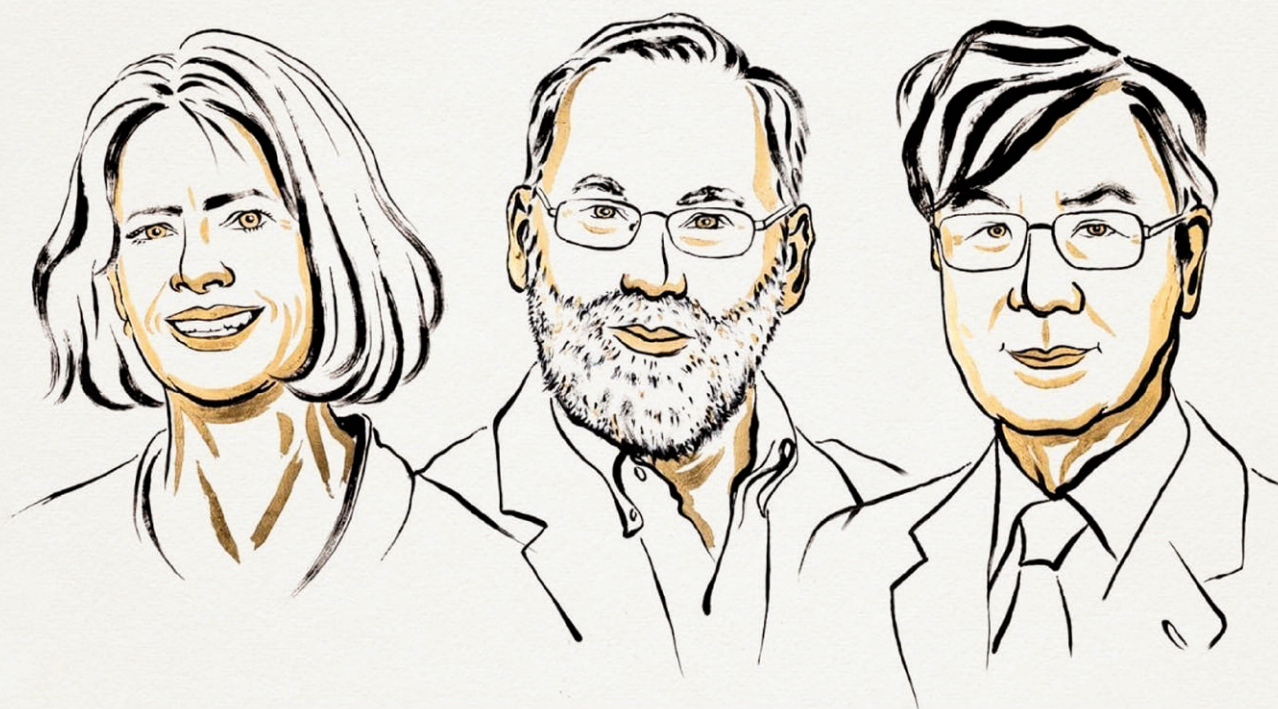
LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS

Número 185

Octubre 2025

ISSN 1514 - 688 X

PREMIO NOBEL EN MEDICINA 2025



MARY E. BRUNKOW - FRED RAMSDELL - SHIMON SAKAGUCHI

DESCUBRIMIENTOS SOBRE TOLERANCIA INMUNITARIA PERIFÉRICA

INFORME ESPECIAL

EN TORNO A LA MUERTE SÚBITA

DE INTERÉS MÉDICO

CAMBIOS EN LOS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL



CUOTA DE
**MATRICULACIÓN
CERO**
DURANTE LOS DOS
PRIMEROS AÑOS.



**BECAS DEL 50%
PARA CURSOS
DE CAPACITACIÓN**

A todos los matriculados
recién egresados y hasta
los 3 años de recibidos.



COBERTURA R

con descuentos adicionales
a los nuevos matriculados
y colegas residentes,
por 3 años mediante débito.

**Adquiera estos beneficios
adhiriéndose
al débito automático**



APOYO SOLIDARIO A LOS NUEVOS MATRICULADOS

El **CMPC** cumple la función de **CONTROL**
de la profesión con el fin de proteger
a los ciudadanos en materia de salud.
A la par que tiene como objetivo **DEFENDER**
la dignidad profesional y **ASEGURAR**
el ejercicio pleno de la medicina.

www.cmpc.org.ar

Mendoza 251, B° Alberdi, Córdoba / Tel: +54 351 4225004
consejomedico@cmpc.org.ar

Es una publicación propiedad del

Consejo de Médicos de la

Provincia de Córdoba

Mendoza 251 • 5000 Córdoba

Tel. (0351) 4225004

E-mail: consejomedico@cmpe.org.ar

Página Web: www.cmpe.org.ar

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Héctor Rolando Oviedo
PRESIDENTE

Dr. Diego Bernard
VICEPRESIDENTE

Dr. Jorge Mainguyague
SECRETARIO

Dra. María Cristina Ferrer
TESORERA

Dr. Mario Vignolo
PRIMER VOCAL

Dr. Adolfo Moyano Crespo
SEGUNDO VOCAL

Dr. Carla Carta
Dr. Diego Almada
Dra. Eugenia Peisino
VOCALES SUPLENTE

REVISORES DE CUENTAS

Dr. Eduardo Sacripanti
Dra. Nélida Pussetto

CONSEJO DE DELEGADOS DE DISTRITOS

Dra. Nora Castro
PRESIDENTE

Dra. Marcela Ogas
SECRETARIA

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Luis Otoniel Hormaeche
Dr. Carlos Rosales
Dr. Leandro Molina
Sr. Luis E. Rodeiro
Lic. Alejandra Beresovsky

DIRECTOR

Dr. Luis Otoniel Hormaeche

DIRECTOR PERIODÍSTICO

Luis E. Rodeiro

CORRECCIÓN

Lic. Mónica Taborda

ARTE Y DIAGRAMACIÓN

Hernán Sieber

ISSN 1514-688X

Registro de Propiedad Intelectual N° 28798

Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción total o parcial, por cualquier medio, citando origen. Los artículos firmados, las notas con entrevistados y la publicidad inserta en la publicación no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores o responsables.

La lucha contra la agresión contra los médicos

EL CONSEJO DE MÉDICOS FUE UN PIONERO

EL CONSEJO DE MÉDICOS TE INVITA A DECIR

¡BASTA! A LA AGRESIÓN CONTRA LOS MÉDICOS

✓ PARA EJERCER EL ACTO MÉDICO EN plenitud
✓ PARA QUE LA MEDICINA NO SEA UNA PROFESIÓN DE RIESGO
✓ POR NUESTRA DIGNIDAD PROFESIONAL

HAGAMOS CUMPLIR LA LEY QUE ESTABLECE PENAS PARA LOS AGRESORES

REPORTÉLO

BUSQUE ESTE LINK EN NUESTRA WEB

Reporte de agresión

LO ASESORAMOS

WWW.CMPC.ORG.AR

La prestigiosa revista médica IntraMed dio a conocer, a comienzos de octubre, los resultados de una encuesta, a nivel latinoamericano, sobre el crecimiento de la violencia en clínicas, hospitales, contra los médicos y el personal de salud. Presentó los resultados como la paradoja del cuidador: los profesionales de la salud convertidos en víctimas.

La encuesta incluyó la opinión de 414 profesionales de distintos países y su objetivo fue visibilizar una problemática, que la revista caracteriza como creciente y multifactorial, que impacta en la calidad de la atención, el bienestar del equipo de salud y, en última instancia, en los propios pacientes. Evidentemente, ni para la revista, ni para los médicos encuestados, ni para nuestro Consejo de Médicos, el tema es nuevo, si su crecimiento como fenómeno.

La satisfacción de nuestra institución es haber reconocido la gravedad del problema y diseñar un modelo que permita estar al lado del o los colegas afectados, además de prevenir, dentro de lo posible las situaciones de violencia que se puedan presentar.

Ya en 2012, hace trece años, nos preguntábamos, en forma colectiva a través de nuestra publicación ETHICA y en contacto directo con los colegas: ¿A qué respondía esa violencia que surgía como un fenómeno preocupante? ¿Cuáles eran sus causas? ¿Qué relación guarda este accionar con las condiciones del sistema de salud? ¿Por qué concentrarse solo en la agre-



sión verbal o física que limita el análisis general? ¿El insulto o la violencia son un síntoma de un problema mayor? ¿Qué herramientas comunicacionales y legales tienen los médicos para evitarlos? Se trataba de una mirada abarcadora, sin negar como una de las causas de esa violencia irracional a la falta de infraestructuras y recursos.

Estas consideraciones fueron analizadas por la institución –que creó una Comisión especial para afrontar el problema y fue abierta al debate de todos los colegas. Todo eso derivó en una campaña pública, en primer lugar a los propios colegas, con la consigna **“Agredido Repórtelo”** y a la sociedad, con el lema **“Basta de agresión a los médicos”**. Todo eso hace trece años. Se creó un espacio de denuncia en nuestra Página Web, para obrar en consecuencia.

Pero la tarea de respaldar institucionalmente al colega o la colega agredido no quedó allí. Un logro importante fue trabajar y lograr que se incorporara al personal de salud en la Ley 10.326, que originalmente establecía penas a quienes agredían al personal de centros educativos. Es así que el agresor o los agresores están sujetos a multas, trabajo comunitario hasta tres días de prisión. Y para hacer efectivo lo dispuesto por ley, en contacto con la Secretaría de Seguridad de la Provincia, se trabajó en la elaboración de protocolos que permitieran la mejor aplicación de la ley, en tanto se asesora legalmente al colega agredido. Fue un sólido trabajo que llevamos para interactuar, al Ministerio Público Fiscal, y a la Justicia y a la propia policía para diseñar mecanismos de protección para nuestros matriculados.

Evidentemente, el fenómeno que es internacional exige una tarea permanente. Así lo entendió nuestro Consejo, desde hace 13 años. La encuesta de IntraMed de octubre de este año, da cuenta que en nuestro país el 62,9 % del personal de salud ha experimentado violencia, con un porcentaje significativamente más alto que el promedio latinoamericano del 54,6 %.

Las conclusiones, el campo que qué hacer, se asemejan al camino que realiza el Consejo: **reconocer que la violencia en salud no es un problema exclusivamente médico**, sino social. Abordarla requiere estrategias que vayan más allá del ámbito hospitalario, incluyendo educación comunitaria sobre derechos y responsabilidades en la relación médico-paciente; desarrollar sistemas de respaldo institucional efectivos que incluyan protocolos claros de actuación, apoyo legal inmediato y seguimiento psicológico para las víctimas.



EDITORIAL

■ <i>La lucha contra la agresión contra los médicos</i>	
EL CONSEJO DE MÉDICOS FUE UN PIONERO	3

INSTITUCIONALES

■ CÁNCER DE MAMA: PREVENCIÓN PRIMARIA Y ABORDAJE INTEGRAL	6
■ <i>Un tema que preocupa</i>	
DISCAPACIDAD	
TRABAJO CONJUNTO CON EL COLEGIO DE ABOGADOS.....	10

INFORME ESPECIAL

■ <i>Alerta, por el aumento de casos</i>	
MUERTE SÚBITA EN JÓVENES	12
■ <i>La mirada de los especialistas</i>	
MUERTE SÚBITA EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES	14
ESTUDIOS REQUERIDOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA EN JÓVENES.....	17

DE INTERÉS MÉDICO

■ CAMBIOS CLAVE EN LAS GUÍAS DE LOS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL	20
■ <i>Novedades Científicas</i>	
LA OPS ADVIERTE SOBRE UN BROTE DE FIEBRE AMARILLA EN EL CONTINENTE	25

CULTURA

■ <i>Por descubrimientos sobre la tolerancia inmunitaria periféricas</i>	
PREMIO NOBEL DE MEDICINA 2025	28
■ <i>Muestra de los Dres. Camps y Eynard</i>	
MÁS PINCELES MÉDICOS EXPONEN EN NUESTRO CONSEJO	31

NUESTRA PORTADA

Dedicamos la tapa de la presente edición al dibujo de los tres investigadores distinguidos por el Premio Nobel en Medicina: Mary E. Brunkow - Fred Ramsdell - Shimon Sakaguchi, por sus descubrimientos sobre Tolerancia Inmunitaria Periférica. En nuestra sección Cultura dedicamos a explicar quiénes son y el contenido de sus investigaciones.



CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

CÁNCER DE MAMA: PREVENCIÓN PRIMARIA Y ABORDAJE INTEGRAL

EN EL MES DEDICADO ANUALMENTE A SENSIBILIZAR SOBRE LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ, LA COMISIÓN DE MUJERES MÉDICAS REUNIÓ A ESPECIALISTAS QUE ABORDAN LA PATOLOGÍA DESDE DISTINTAS ÁREAS. (ALEJANDRA BERESOVSKY)



El jueves 2 de octubre, en el marco del mes de sensibilización sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de mama, el Consejo realizó la actividad “Nuevos saberes en diagnóstico precoz, tratamiento y alimentación saludable” sobre la enfermedad.

El evento fue organizado por la Comisión de Mujeres Médicas, integrada por las doctoras **Cristina Ferrer, Noemí Fonzalida, María Teresa Puga, Carolina García y Norma Pilnik.**

La doctora Pilnik recordó que esta Comisión tiene por objetivo “promover la equidad de género y el reconocimiento del aporte histórico y actual de las médicas”, así como “generar espacios de reflexión, acción y acompañamiento, fortaleciendo la participación plena de las mujeres en todos los niveles del quehacer médico”. Finalmente, la definió como “un espacio estratégico de liderazgo, investigación y acción institucional”.

Las disertantes en el encuentro sobre cáncer de mama fueron: la **Dra. Paola Carmona**, médica Nutrióloga y



Dr. Mariconde



Dra. Carmona

Nefróloga (IMGO), quien habló sobre “Actualidad en nutrición y cáncer de mama”; el **Dr. José María Mariconde**, oncoginecólogo y mastólogo (IMGO), quien se refirió a las “Estrategias quirúrgicas actuales en las diferentes etapas del cáncer de mama en pacientes jóvenes”, y la **Dra. Ercilia Mothe**, especialista en Diagnóstico por Imágenes (Instituto Oulton), quien expuso sobre “Avances tecnológicos en el diagnóstico precoz”.

La Dra. Carmona destacó que la alimentación tiene un rol importante en nuestra salud y en la prevención de enfermedades crónicas, como el cáncer de mama. En consecuencia, cumple un rol importante en la prevención primaria.

Hay factores de riesgo modificables y otros no modificables en el cáncer de mama. Entre los primeros, están la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol y las dietas hipercalóricas.

La colega afirmó, asimismo, que hay alimentos considerados protectores y que hacen recomendable seguir una alimentación variada basada en frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y grasas saludables (como

el aceite de oliva). Manifestó que es importante saber que los alimentos ricos en fibra –por ejemplo, las legumbres, los cereales, las frutas y las verduras– ayudan a mejorar la MTB hormonal y la salud intestinal.

En tanto, los alimentos ricos en fitoquímicos –como carotenos, polifenoles, frutos rojos e isoflavonas– tienen acción antioxidante y antiinflamatoria. Por lo tanto, la alimentación es una herramienta fundamental para la prevención y para el tratamiento.

A la hora de las recomendaciones, sugirió incluir diariamente legumbres, cereales integrales, semillas y vegetales de colores variados. También, combinar proteínas de calidad (pescado, legumbres, soja) con grasas saludables (semillas); asegurar una variedad de colores en el plato para cubrir distintos fitoquímicos, y beber suficiente agua (como mínimo, entre 1,5 y dos litros diarios), especialmente con dietas altas en fibra.

Finalmente, la Dra. Carmona subrayó que el abordaje de los casos de cáncer de mama “debe ser siempre interdisciplinario, porque cada profesional aporta un enfoque complementario en el cuidado integral”.



La Junta Directiva del CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA determinó nuevos valores para los honorarios médicos, que rigen a partir del 1° de Octubre del 2025

Arancel Mínimo de Carácter Ético

Una cuestión de dignidad

Resolución N° 3876/25

PRIMERA CONSULTA	+ 30%
CONSULTA DIURNA EN CONSULTORIO	\$21.600,00
CONSULTA DIURNA EN DOMICILIO	\$53.900,00
CONSULTA NOCTURNA	\$43.300,00
CONSULTA NOCTURNA EN DOMICILIO	\$64.900,00
CONSULTA ESPECIALISTA DIURNA EN CONSULTORIO	\$32.400,00
CONSULTA ESPECIALISTA DIURNA EN DOMICILIO	\$75.600,00
CONSULTA ESPECIALISTA NOCTURNA	\$64.600,00
CONSULTA ESPECIALISTA NOCTURNA EN DOMICILIO	\$97.200,00
TRABAJO MÉDICO ADMINISTRATIVO SIMPLE	\$32.300,00
TRABAJO MÉDICO ADMINISTRATIVO COMPLEJO	\$64.600,00
GUARDIA MÉDICA 24HS. NO ESPECIALISTA	\$384.700,00
GUARDIA MÉDICA 24HS. ESPECIALISTA BAJA COMPLEJIDAD	\$450.500,00
GUARDIA MÉDICA 24HS. ESPECIALISTA ALTA COMPLEJIDAD	\$519.800,00

DISCAPACIDAD

TRABAJO CONJUNTO

CON EL COLEGIO DE ABOGADOS



EL JUEVES 16 DE OCTUBRE SE REALIZÓ EN EL CONSEJO UNA ACTIVIDAD CONJUNTA CON EL COLEGIO DE ABOGADOS, CON EL FIN DE COMENZAR EL PROCESO DE ELABORAR UNA GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. (ALEJANDRA BERESOVSKY)

El evento fue organizado por la Comisión de Mujeres Médicas de nuestra entidad, en interacción con la Sala de Derecho de las Personas con Discapacidad del Colegio de Abogados de Córdoba. Expusieron la **doctora Marta Lastra**, directora de la Sala de Derecho de las Personas con Discapacidad del Colegio de Abogados de Córdoba; **Noelia Luna**, **Laura Hünicken** y **Vanessa Escalante Paz**, titular de la Comisión de Articulación de Mujeres Abogadas Hacia la Equidad de Género.

La doctora Lastra explicó que la actual dispersión de leyes complejiza la protección de los derechos de las personas con discapacidad en cuanto a la atención de su

salud. Existen muchos instrumentos, indica, y eso no ayuda a la hora de hacer operativa la cobertura.

Las abogadas plantearon como ejercicio que los asistentes –miembros de distintas comisiones del Consejo de Médicos y de la Junta Directiva– asociaran palabras con la condición de discapacidad. Surgieron así términos como “dificultad”, “discriminación”, “enfermedad”, “desventaja” o “minusvalía”.

La perspectiva actual, señaló, pone el foco ya no en las dificultades, en lo que no puede hacer una persona con discapacidad y apunta al entorno, ya que es lo que rodea a las personas con discapacidad lo que puede restringirla más o menos.



**COLEGAS,
FRENTA A
LAS AMENAZAS
O AGRESIONES**

**NO DEJEMOS
DE REPORTARLO
a www.cmpc.org.ar**



MUERTE SÚBITA EN JÓVENES

EN LOS ÚLTIMOS MESES, SE HAN HECHO PÚBLICO MÚLTIPLES CASOS Y ESTO GENERÓ INQUIETUD EN AMPLIOS SECTORES DE LA SOCIEDAD. ¿QUÉ PREVÉ LA LEY Y QUÉ FORMAS DE PREVENCIÓN EXISTEN? ENTRE FINES DE SEPTIEMBRE Y PRINCIPIOS DE OCTUBRE. EN DOS SEMANAS, SEIS NIÑOS PERDIERON LA VIDA SÓLO EN CÓRDOBA POR MUERTE SÚBITA. UN ALERTA PARA TENER EN CUENTA. SIN ESTADÍSTICAS OFICIALES, EL FENÓMENO SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA DE SALUD QUE EXIGEN CONCIENTIZACIÓN Y PREVENCIÓN. ETHICA DIGITAL, TRAS UNA BREVE INTRODUCCIÓN QUE DA CUENTA DE LOS HECHOS, RECURRIÓ A DOS MIRADAS DE ESPECIALISTAS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE CONTRALOR DE CARDIOLOGÍA Y DE MEDICINA DEL DEPORTE; LOS DOCTORES FELIPE SOMOZA Y ALBERTO ANTONIO CEVALLOS (ALEJANDRA BERESOVSKY)

Como bien sabemos, la muerte súbita es un deceso inesperado, en una persona que en apariencia está sana. Se estima que en Argentina, se producen unas 40 mil por año (aproximadamente, un caso cada mil habitantes, el 70 % en ámbitos extrahospitalario. Este último aspecto se traduce en que la población no médica sea la que se enfrenta a esta situación y, en consecuencia, es deseable que pueda ser la primera en aplicar maniobras de reanimación cardiopulmonar (ECP)- habilidad en cuya importancia ha insistido nuestro Consejo y para los cual ha realizado acciones de capacitación y planeando la necesidad de incorporar los equipos nacionales. El propio Consejo cuenta, en su sede, con la infraestructura requerida para los que trabajan en la institución y quienes asisten a la misma.

En estos casos, la desfibrilación es clave: después de tres a cinco minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50 - 70 % y se acerca al 100% en el grupo de niños y niñas

En los últimos dos meses, una aparente sucesión de casos de muerte súbita ha alertado a la comunidad y han generado interrogantes sobre si se ha producido algún tipo de variación en términos epidemiológicos. En paralelo han surgido interpretaciones desde distintos ámbitos que han derivado en cruces de posiciones y hasta controversias en nuestro ámbito profesional.

Es importante recordar que está vigente la ley nacional 27.159 "Muerte Súbita. Sistema de Prevención Integral", sancionada en julio de 2015 y reglamentada en 2022. Sin embargo, Córdoba todavía no adhirió.

La norma establece la obligatoriedad de que cuenten con cardiodesfibrilador automático externo los siguientes espacios: lugares donde se practica actividad física competitiva y/o recreativa, establecimientos carcelarios, cuarteles de bomberos. Efectores de salud, espacios con capacidad de concentración para 100 o más personas. Trascendió que en la Legislatura de Córdoba se trabaja en un proyecto sobre el tema.

LA MIRADA DE LOS ESPECIALISTAS

Muerte súbita en niños, adolescentes y adultos jóvenes



Dr. Felipe Somoza

Ex Jefe de Cardiología infantil
en Hospital Materno Neonatal
Dr. en Medicina y Cirugía (UNC)

La muerte súbita (MS), o inesperada, en niños, adolescentes o adultos jóvenes, es un desenlace fatal que ocurre en personas previamente asintomáticas, y que puede afectar incluso a varias personas dentro de un mismo entorno. Sin embargo, también puede presentarse en individuos con síntomas leves o con patologías conocidas, pero hasta ese momento compensadas. En estos casos, se podría hablar de muerte inesperada.

La muerte súbita en esta población se presenta entre el 1% y el 6% por cada 100.000 habitantes, mientras que en adultos afecta aproximadamente al 1% por cada 1.000 personas. En neonatos, según el Arizona Child Fatality Review Program, solo el 5% de estas muertes podría haberse prevenido; en mayores de 28 días esta cifra asciende al 38%, y llega al 56% en mayores de 9 años. Las canalopatías y otras entidades similares casi no pueden prevenirse de manera fehaciente. Un capítulo aparte es la muerte súbita en cuna, que aún carece de una explicación científica definitiva, aunque se han propuesto múltiples posibles causas etiológicas.

La causa cardiovascular es, sin dudas, la de mayor relevancia, aunque también puede tener origen en eventos

neurológicos —como aneurismas, crisis convulsivas o mutaciones genéticas.

Entre las causas cardiovasculares, las arritmias ocupan un lugar preponderante. La más letal es la fibrilación ventricular, aunque también deben considerarse las taquiarritmias ventriculares y la fibrilación auricular. Otras arritmias, como la taquicardia supraventricular, rara vez son letales, salvo cuando se asocian a un defecto cardíaco conocido o no diagnosticado previamente. En la población aquí analizada, el origen coronario es muy infrecuente, a diferencia de lo que ocurre en el adulto mayor.

Para la prevención de las taquiarritmias pueden utilizarse fármacos antiarrítmicos (siendo la amiodarona la más conocida, junto con la flecainida, entre otros) o un cardioresfibrilador implantable, dispositivo que ha demostrado su utilidad, aunque las descargas que genera pueden provocar significativa angustia en los pacientes.

El electrocardiograma (ECG) resulta de gran utilidad para el diagnóstico de arritmias y para detectar malformaciones en la vía de conducción, tales como los síndromes de Wolff-Parkinson-White, de Mahaim, PQ corto, QT largo o QT corto.

En niños, adolescentes y adultos jóvenes, es mucho más frecuente la presencia de miocardiopatías (dilatadas, hipertróficas o restrictivas) que las patologías coronarias. Estas pueden ser congénitas o adquiridas (post-virales, metabólicas o genéticas). Pueden cursar de forma total o parcialmente asintomática, y muchas no presentan soplos ni ruidos agregados; incluso el ECG puede ser normal. En estos casos, el ecocardiograma Doppler color es altamente eficaz para su diagnóstico.

El dolor precordial en niños y adolescentes casi nunca tiene origen cardiovascular —suele ser osteomuscular u hormonal—. Sin embargo, tras la pandemia de COVID-19 y la epidemia de dengue, se observó que ambas infecciones pueden cursar con pericarditis y causar dolor precordial, siendo nuevamente el ecocardiograma Doppler una herramienta diagnóstica y de seguimiento fundamental.

El síncope, o pérdida transitoria de la conciencia y, en ocasiones, del tono postural, se caracteriza por una recuperación espontánea. Cuando su origen es metabólico (hipoglucemia), arritmico o hemodinámico (hipotensión arterial), requiere tratamiento específico. Se estima que un 15% de las personas entre 8 y 18 años ha padecido uno o más episodios sincopales. Las causas más frecuentes son vasovagales, intolerancia ortostática o hiperventilación. Los pródromos incluyen mareos, vértigo, náuseas, visión borrosa, sudoración, piel fría, palidez, hiperventilación, parestesias o sensación de pánico. Entre los factores desencadenantes pueden encontrarse el bullying, la pérdida de familiares, separaciones parentales, mudanzas o necesidad de llamar la atención.

El anteriormente denominado ALTE (Apparent Life-Threatening Event, evento aparentemente letal), se caracteriza por una combinación de apnea o asfixia, cambio de coloración y marcada pérdida del tono muscular. Muy rara vez tiene origen cardiovascular. Por otro lado, se conoce la benignidad del llamado “espasmo del sollozo”, una forma de expresión en lactantes y neonatos que causa gran angustia a los padres, pero que carece de gravedad clínica.

Las bradiarritmias, como el bloqueo auriculoventricular (AV) completo, hoy pueden diagnosticarse fácilmente en la etapa fetal y, en general, son bien toleradas cuando son aisladas. La situación cambia si se asocian a una cardio-

patía congénita o si son secundarias a cirugía cardíaca, en cuyo caso pueden requerir un marcapasos transitorio o definitivo. Las bradicardias sinusales rara vez causan síntomas y no suelen requerir tratamiento.

Una arritmia particularmente peligrosa es el JET (Junctional Ectopic Tachycardia), frecuente en el postoperatorio de cirugías cardíacas complejas. Consiste en una taqui-bradiarritmia que puede evolucionar a fibrilación ventricular. Se trata mediante alcalinización del medio interno, administración de agua fría por sonda nasogástrica o, en la actualidad, con bolos de amiodarona en altas dosis.

Varias cardiopatías congénitas predisponen a muerte súbita antes de los 40 años, como la enfermedad de Ebstein de la válvula tricúspide (particularmente cuando se asocia a síndrome de WPW). La estenosis aórtica puede incluso debutar con MS, especialmente durante el ejercicio, por lo que debe tratarse o paliarse precozmente mediante valvuloplastia o cirugía.

Los llamados espasmos infundibulares de la vía de salida del ventrículo derecho son comunes en formas severas de tetralogía de Fallot o en patologías similares, como la doble salida del ventrículo derecho tipo Fallot. También se observan en otras cardiopatías complejas, como las formas de ventrículo único con estenosis pulmonar infundibular. El tratamiento en el período neonatal consiste en prostaglandinas, mientras que en lactantes y niños mayores se utilizan betabloqueantes. En urgencias, puede emplearse morfina hasta la resolución del espasmo.

La hipoplasia del ventrículo izquierdo, la doble salida del ventrículo derecho, el tronco arterioso y ciertas variantes complejas del Fallot pueden causar muerte súbita por arritmias graves. Entre las miocardiopatías, la miocardiopatía hipertrófica asimétrica obstructiva es la de mayor riesgo de desenlace fatal por arritmias o falla cardíaca. Actualmente puede tratarse mediante trombosis selectiva de las arterias septales con alcohol, técnica que ha mostrado excelentes resultados.

Malformaciones como el síndrome de Marfan predisponen a muertes precoces.

Otros síndromes genéticos y cromosómicos (Down, Turner, etc.) también presentan una mayor incidencia de MS.

Las anomalías coronarias congénitas (por ejemplo, nacimiento anómalo de la coronaria izquierda o derecha en el tronco pulmonar) tienen tratamiento quirúrgico efectivo, aunque no existen estadísticas sólidas sobre su relación con la MS debido al corto seguimiento postquirúrgico.

La coartación de aorta, generalmente tratada mediante cirugía, angioplastia o stent, puede resolverse satisfactoriamente; sin embargo, requiere control de la presión arterial y del árbol arterial cerebral, ya que pueden coexistir aneurismas del polígono de Willis. La MS en estos casos es infrecuente.

¿Se puede prevenir?

El examen debe ser realizado, sin dudas, por cardiólogos o cardiólogos infantiles. Los pacientes deberían someterse a un minucioso examen clínico que incluya palpación de todos los pulsos, auscultación cardíaca, toma de presión arterial y evaluación de latidos patológicos en tórax, cuello y abdomen.

El electrocardiograma (ECG) es de gran utilidad para detectar arritmias, tanto benignas (extrasístoles supraventriculares o ventriculares aisladas, sin duplos o triplos, sin fenómeno R sobre T) como peligrosas, que sí requieren tratamiento farmacológico. También permite identificar alteraciones de la conducción (WPW y similares), hipertrofias ventriculares o sobrecargas auriculares. No obstante, debe recordarse que algunas cardiopatías graves pueden presentar ECG normal.

No es necesario realizar un ECG anual en todos los casos, aunque sí se recomienda en adultos. Un estudio normal no excluye por completo la existencia de cardiopatía, hecho que se observa a diario en la práctica clínica.

El ecocardiograma Doppler color debe considerarse un estudio imprescindible en la evaluación de esta población, ya que, si resulta normal, prácticamente descarta la mayoría de las anomalías subyacentes. En niños mayores de 8 años o en deportistas competitivos podría complementarse con una ergometría.

Esta debería ser la conducta estándar para disminuir la posibilidad de muerte súbita en esta población. Sin embargo, debemos recordar que nadie tiene la vida comprada, a pesar de todos los estudios disponibles.

El electrocardiograma (ECG) es de gran utilidad para detectar arritmias, tanto benignas (extrasístoles supraventriculares o ventriculares aisladas, sin duplos o triplos, sin fenómeno R sobre T) como peligrosas, que sí requieren tratamiento farmacológico. También permite identificar alteraciones de la conducción (WPW y similares), hipertrofias ventriculares o sobrecargas auriculares. No obstante, debe recordarse que algunas cardiopatías graves pueden presentar ECG normal.

SARAMPIÓN

NO TIENE TRATAMIENTO ESPECÍFICO,
PERO SE PUEDE PREVENIR CON LA VACUNACIÓN

SÍNTOMAS

- FIEBRE ALTA ■ ERUPCIÓN EN LA PIEL (MANCHAS ROJAS)
- SECRECIÓN NASAL ■ CONJUNTIVITIS ■ TOS
- DOLOR DE CABEZA ■ INFLAMACIÓN DE GANGLIOS (ALREDEDOR DE LA NUCA Y DETRÁS DE LAS OREJAS)

VACUNACIÓN

■ **TRIPLE VIRAL:**
Colocar 1era dosis a los 12 meses de vida y 2da dosis a los 4-5 años.

■ **DOBLE VIRAL O TRIPLE VIRAL:**
Para personas adultas, viajeros y personal de salud. Todos los adultos deben tener constancia en su carnet de la colocación de dos dosis.



www.cmpc.org.ar



Estudios requeridos para la prevención de la muerte súbita en jóvenes



Dr. Alberto Antonio Cevallos

Médico Especialista en Medicina del Deporte – Miembro del Comité de Contralor de la Especialidad en Medicina del Deporte del CMPC – Docente del Curso Bienal de Formación de Medicina del Deporte del CMPC - Miembro de la Sociedad de Medicina del Deporte de Córdoba (SOMEDECO).

La muerte súbita (MS) en jóvenes que practican deportes suelen tener una enorme repercusión, ya que generalmente se producen en público y afectan a sujetos percibidos como sanos. Su prevención representa un gran desafío para los médicos dado que se vive la muerte como un fracaso de la medicina y se considera a los médicos como responsables de tal fracaso.

Esto sucede, en parte, porque no existe ningún número de estudios que nos asegure de manera absoluta de que un individuo no vaya a sufrir una MS en algún momento de su vida, debido a su naturaleza inherentemente impredecible.

Sin embargo, un adecuado chequeo médico disminuye esta aterradora posibilidad de una manera significativa. Este screening o tamizaje comienza con una anamnesis exhaustiva con el objetivo de construir la historia clínica del deportista, incluyendo sus dolencias actuales, antecedentes personales y familiares, y hábitos de vida. Continúa con un examen físico específico, más la asociación de métodos complementarios cuyo uso dependerá de los hallazgos del examen.

El electrocardiograma (ECG) debe realizarse siempre. Como se recordará, existe un consenso internacional de expertos en cardiología y medicina del deporte reunidos en febrero de 2015 en la ciudad de Seattle (Estados Unidos), que actualizó los criterios de interpretación del ECG, separando hallazgos considerados normales, otros limítrofes y un tercer grupo de anormales.

Dentro de los primeros están los criterios de voltaje del QRS para HVI o HVD, bloqueo incompleto de rama derecha, repolarización precoz/elevación del ST, elevación del ST

seguida de inversión de la onda T en V1–V4 en deportista de raza negra, inversión de la onda T en V1–V3 en ≤ 16 años, bradicardia o arritmia sinusal, ritmo auricular ectópico o de la unión, y bloqueo AV de 1er grado y 2do grado tipo Mobitz I. Los deportistas con estos hallazgos, asintomáticos y sin historia familiar de cardiopatía hereditaria o MS, no requieren evaluación adicional.

Dentro de los hallazgos limítrofes se considera la desviación del eje eléctrico a la izquierda, desviación del eje eléctrico a la derecha, crecimiento de la AI, crecimiento de la AD, y bloqueo completo de rama derecha. En este caso los deportistas con estos hallazgos electrocardiográficos de forma aislada, asintomáticos y sin historia familiar de cardiopatía hereditaria o MS, no requieren más evaluaciones. Si en cambio, coexistiesen dos o más de estos hallazgos, requieren de evaluación adicional para descartar enfermedad cardiovascular asociada a MS.

Dentro de los hallazgos anormales se incluyen la inversión de la onda T, depresión del segmento ST, ondas Q patológicas, bloqueo completo de rama izquierda, $QRS \geq 140$ ms, onda epsilon, preexcitación ventricular, intervalo QT prolongado, patrón Brugada tipo I, bradicardia sinusal grave < 30 lpm, intervalo PR ≥ 400 ms, bloqueo AV de 2do grado tipo Mobitz II, bloqueo AV de 3er grado, ≥ 2 extrasístoles ventriculares, taquiarritmias auriculares y taquiarritmias ventriculares. En estos casos se debe negar el apto para la realización del deporte hasta definir el diagnóstico.

La Prueba Ergométrica Graduada de 12 derivaciones (PEG) es muy valiosa para el diagnóstico de cardiopatía isquémica

ocasionada por la arteriosclerosis y su efectividad se incrementa con la edad y la presencia de factores de riesgo cardiovasculares.

Si bien el uso en deportistas jóvenes es discutido, sin duda contribuye al diagnóstico de isquemia asociado al origen anómalo de las arterias coronarias o la presencia de puentes miocárdicos. También, ayuda en el diagnóstico de la taquicardia ventricular polimorfa catecolaminérgica, permite valorar la respuesta tensional al esfuerzo y es útil en aquellos deportistas con alteraciones en el ECG basal con el objeto de establecer su relación con el esfuerzo físico.

Es necesario que la PEG sea máxima, es decir, que la finalización de la prueba suponga el agotamiento muscular, independientemente de la frecuencia cardíaca alcanzada.

El Ecocardiograma transtorácico con Doppler cardíaco debería aplicarse al menos una vez en la vida del deportista. Sin embargo, utilizarlo en forma sistemática dentro de los estudios iniciales de un examen precompetitivo, sin datos positivos en los antecedentes familiares, personales y en el examen físico, y con un ECG de trazado normal, sería muy cuestionable.

No obstante, se debe utilizar sin dudar cuando en el examen físico y en ECG se detectan signos que manifiestan una razonable sospecha diagnóstica. En manos experimentadas, distinguir las modificaciones fisiológicas de un corazón de atleta de las alteraciones que se presentan en las miocardiopatías, ya sean hipertrófica, dilatada, arritmogénica o no compactada, sería su utilidad más importante. También es beneficioso en el diagnóstico de hipertrofia y fibrosis miocárdica secundaria al consumo de esteroides, origen anómalo de arterias coronarias, aneurismas de la raíz de la aorta asociado o no al síndrome de Marfan, valvulopatías y otras cardiopatías congénitas.

Por otra parte, aquellos deportistas que realizan actividades extenuantes, de larga duración, repetidos en el tiempo, que acumulan elevadas cargas de entrenamiento de alta intensidad, se asocian a mayor remodelamiento eléctrico y estructural, con la consecuente aparición de fibrilación auricular y fibrosis cardíaca. Por lo tanto, se sugiere que en estos deportistas el seguimiento ecocardiográfico sea frecuente.

Otros estudios costosos y de mayor complejidad tales como Resonancia Magnética Nuclear Cardíaca, Tomografía Computada Cardíaca, Cateterismo Cardíaco, así como las técnicas modernas ecocardiográficas o el estudio Holter, no deberían utilizarse como estudios de primer orden, sino que pueden ser empleados cuando en la evaluación inicial se detecte una patología que así lo requiera.

Estas recomendaciones son una base fundamental para mejorar la calidad del cuidado de la salud cardiovascular de nuestros jóvenes, pero esto demanda una formación y una experiencia adecuada de todos los médicos involucrados.

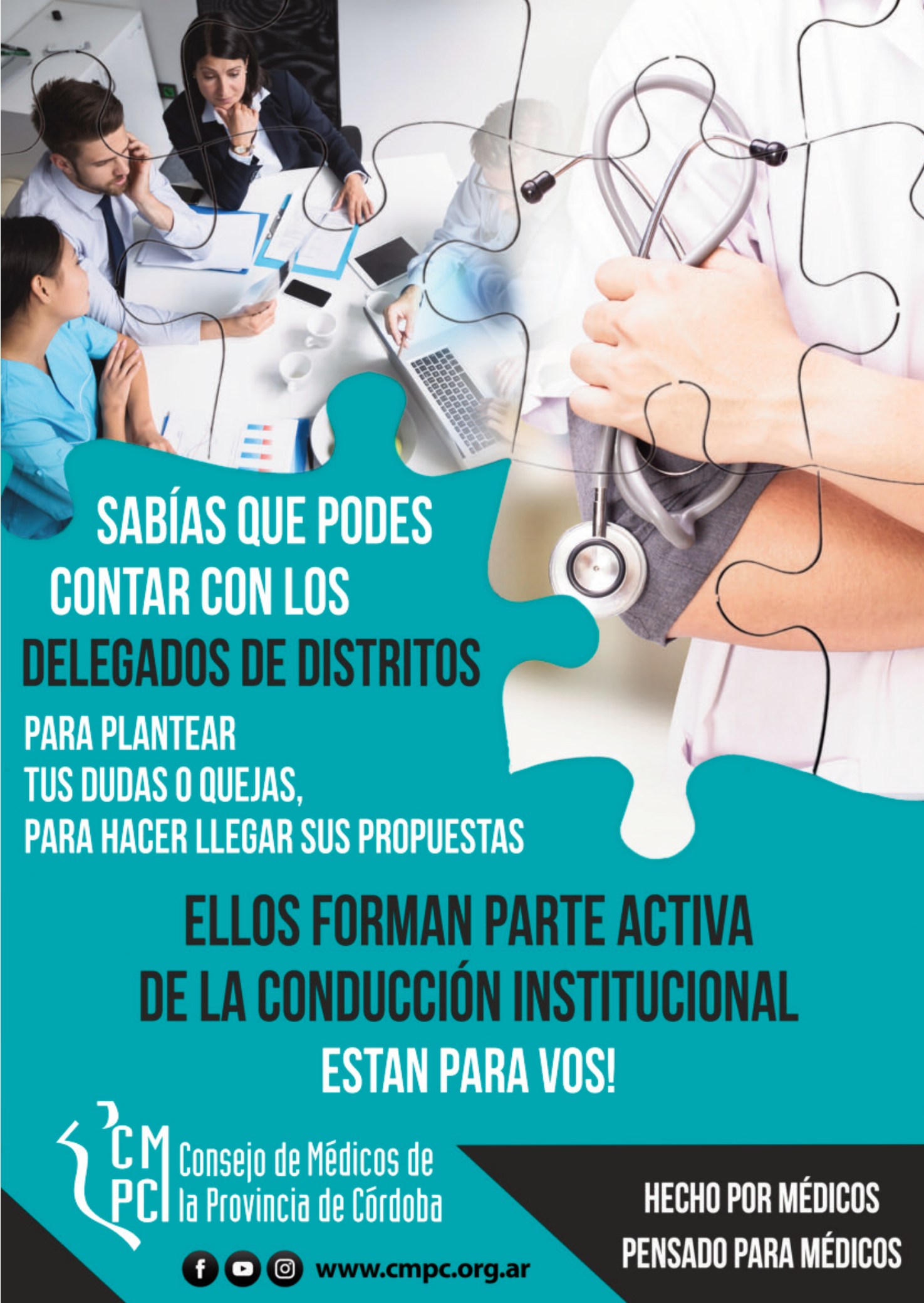
Es en este contexto, que la Agencia Córdoba Deportes implementó el Examen Médico para la Mediana y Alta Competencia (EMMAC) con la finalidad de estudiar el estado de salud integral y la aptitud de nuestros niños y jóvenes para la práctica deportiva.

Y en este mismo sentido, el CMPC ofrece el postgrado en Medicina del Deporte cuyo objetivo, entre otros específicos de la especialidad, es dotar de las herramientas y los conocimientos fundamentales en cardiología del deporte indispensables para desarrollar un tamizaje oportuno de las alteraciones cardiovasculares enumeradas previamente. Por esta legítima razón es que los médicos efectores del EMMAC deberán poseer el posgrado de Especialista en Medicina del Deporte dado que es el ámbito propio de incumbencia para desarrollar su labor profesional.

Convocatoria del Ministerio

EN BÚSQUEDA DE UNA HERRAMIENTA PREVENTIVA

El Consejo de Médicos, junto con la Sociedad de Medicina del Deporte de Córdoba (Sodemeco), la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) Filial Córdoba y la Sociedad de Cardiología de Córdoba (SAC) participó de una reunión convocada por la Secretaría de Salud de la Provincia, con el fin de elaborar en conjunto una herramienta preventiva que pueda aplicarse – como lo hace el EMMAC en el deporte federado – a todas las diferentes actividades físicas en todos los grupos etarios, discutiendo no solo el protocolo, sino además los diferentes métodos complementarios que sería necesario solicitar.



**SABÍAS QUE PODES
CONTAR CON LOS
DELEGADOS DE DISTRITOS**

**PARA PLANTEAR
TUS DUDAS O QUEJAS,
PARA HACER LLEGAR SUS PROPUESTAS**

**ELLOS FORMAN PARTE ACTIVA
DE LA CONDUCCIÓN INSTITUCIONAL
ESTAN PARA VOS!**

**CM
PC** Consejo de Médicos de
la Provincia de Córdoba

   www.cmpc.org.ar

**HECHO POR MÉDICOS
PENSADO PARA MÉDICOS**



CAMBIOS CLAVE EN LAS GUÍAS DE LOS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL

La modificación busca detectar riesgos antes de que aparezcan complicaciones

COMO SE SABE -A NIVEL SOCIEDADES-, LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL MUNDO, PERO MUCHAS VECES AVANZA DE FORMA SILENCIOSA. EN LA ARGENTINA, A FINES DE MAYO DE 2025, SE CONOCIÓ UNA NUEVA GUÍA ELABORADA POR LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA (FAC), LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA (SAC) Y LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (SAHA), QUE REDEFINE LOS CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, PROMOViendo UN ENFOQUE QUE PERMITA DETECTAR ANTES PARA PREVENIR DAÑO SILENCIOSO¹. POR SU PARTE, EL COLEGIO AMERICANO DE CARDIOLOGÍA Y LA ASOCIACIÓN AMERICANA DEL CORAZÓN, CON BASE EN EL ANÁLISIS DE EVIDENCIAS CIENTÍFICAS, ACTUALIZARON LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE 2017, PARA MEJORAR LA SALUD CARDIOVASCULAR². ETHICA DIGITAL INCLUYE EN ESTA EDICIÓN UNA APROXIMACIÓN A LOS DOS DOCUMENTOS.

EL DOCUMENTO NACIONAL

Los principales cambios en las guías de hipertensión arterial en Argentina, basados en el Consenso Argentino de Hipertensión Arterial 2025, se centran en redefinir los valores considerados "normales" para un diagnóstico y tratamiento más tempranos. Este consenso, elaborado por la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA), la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) y la Federación Argentina de Cardiología (FAC), busca unificar criterios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.

Los principales cambios y novedades que se incluyen son los siguientes:

■ Valores más estrictos para el diagnóstico: Se ha modificado el umbral de presión arterial para iniciar el tratamiento, con el objetivo de intervenir de forma más temprana y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares como infartos y ACV. *"El valor inicial en consultorio sigue siendo de 140/90 mmHg, pero el nuevo objetivo de tratamiento es menor a 130/80 mmHg en pacientes con riesgo cardiovascular elevado".*

1. Fuente Toda Noticias (TN)

2. Fuente: Revista Digital IntraMed, edición de septiembre 2025

■ **Redefinición de la presión arterial normal:** al igual que en algunas guías internacionales, se hace hincapié en que una presión arterial elevada, incluso si no alcanza los valores de hipertensión, ya requiere atención.

■ **Énfasis en el control fuera del consultorio:** Se promueve el uso del automonitoreo de la presión arterial y el monitoreo domiciliario, ya que las mediciones tomadas en casa reflejan mejor el estado habitual del paciente.■

Tratamiento combinado de inicio: se prioriza el inicio del tratamiento con una combinación de dos fármacos en una sola píldora para mejorar la adherencia del paciente y alcanzar el control de la presión arterial más rápidamente.

■ **Combinación de ejercicio aeróbico y de resistencia:** Se refuerza la recomendación de la actividad física como pilar del tratamiento no farmacológico, sugiriendo combinar ejercicios aeróbicos y de resistencia isométrica.

■ **Reducción del riesgo de deterioro cognitivo:** Las nuevas pautas recomiendan mantener la presión arterial sistólica por debajo de los 130 mmHg en adultos con hipertensión para prevenir el deterioro cognitivo leve y la demencia.

■ **Manejo en situaciones específicas (ejemplo: embarazo):** se actualizan las pautas para casos particulares, como el de las embarazadas, donde se desaconseja el uso de ciertos medicamentos para evitar complicaciones y se recomienda un seguimiento y monitoreo más rigurosos.

Se señalan como objetivos del consenso:

■ **Unificar criterios:** brindar una herramienta de referencia clara para todos los profesionales de la salud, incluyendo a los médicos de atención primaria.

■ **Optimizar el tratamiento:** Incorporar los últimos avances en estrategias de diagnóstico y tratamiento para mejorar el control de la presión arterial.

■ **Mejorar el impacto en la salud cardiovascular:** A través de la detección temprana y el tratamiento más eficaz, reducir la incidencia de eventos cardiovasculares.

Es fundamental, se señala, que cualquier cambio en el tratamiento sea consultado con un médico, ya que estas pautas son lineamientos generales que deben adaptarse a cada caso particular.

Esta actualización se basa en evidencia sólida de estudios internacionales como SPRINT y STEP, que mostraron que controlar mejor la presión arterial reduce de forma significativa el riesgo de infarto, ACV, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular. *“Apunta a identificar pacientes en riesgo antes de que aparezcan complicaciones visibles”,* señala.

Este nuevo enfoque implica que más personas serán consideradas en riesgo, pero no todas requerirán medicación. *“El foco está en los cambios en el estilo de vida, el control regular y un seguimiento activo”,* agrega. *“Detectar hipertensión antes permite prevenir daño silencioso en órganos vitales como el corazón, los riñones, el cerebro o la retina.”*

El valor del monitoreo en casa y el cuidado integral

La medición en reposo, realizada en consultorio, debe complementarse con un monitoreo ambulatorio o domiciliario”, indica Amarilla. También **se recomiendan estudios complementarios:**

- Análisis de sangre y orina.
- Electrocardiograma.
- Ecocardiograma.
- Fondo de ojo para detectar daño temprano en pacientes de riesgo.

Una de las claves del cambio –se insiste– es que ya no se espera llegar a 140/90 mmHg para iniciar tratamiento si hay riesgo cardiovascular. **“Hoy se promueve actuar antes,** con medidas no farmacológicas, y sumar medicación si hace falta”, remarca el especialista. El mensaje es claro: *tratar antes, para no llegar tarde.*



Actividad física, alimentación y descanso: aliados clave

Desde la cardiología deportiva, Amarilla destaca el rol de la **prevención en personas jóvenes y activas**. “Es clave mantener actividad aeróbica y de fuerza, controlar el estrés, evitar sustancias que suben la presión como esteroides o suplementos no regulados, y hacer chequeos regulares si hay antecedentes familiares”.

También subraya el impacto del **descanso y el manejo del estrés**: “Dormir mal o vivir con estrés crónico eleva la presión por mecanismos hormonales. Hoy sabemos que meditar, respirar profundo o moverse más son parte real del tratamiento”.

En cuanto a la **alimentación**, sostiene que una dieta baja en sal y rica en vegetales, frutas y legumbres es una herramienta eficaz para sostener una presión saludable. “El abordaje debe ser integral, y eso incluye hábitos cotidianos que muchas veces se subestiman”, concluye.

EL DOCUMENTO DE INSTITUCIONES AMERICANAS

La nueva guía elaborada por el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón, que reemplaza la Guía de 2017, es coincidente en líneas generales con el Consenso Nacional, no solo en el objetivo crear un documento vivo y funcional que actualice los conocimientos actuales en el campo de la presión arterial alta, dirigida a todos los médicos de atención primaria y especialistas que tratan a pacientes con hipertensión.

El documento es el resultado de una minuciosa búsqueda bibliográfica desde diciembre de 2023 hasta junio de 2024 para identificar estudios clínicos, revisiones y otras evidencias realizada en humanos desde febrero de 2015, publicadas por MedLine, Embase y la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, entre otras.

MENSAJES CENTRALES DE LA NUEVA GUÍA

1. La hipertensión arterial es el factor más frecuente y modificable para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, el accidente cerebrovascular, la demencia, la enfermedad renal crónica y la mortalidad por cualquier causa. El objetivo general del tratamiento de la presión arterial es ahora de $>130/80$ mmHg para todos los adultos, con consideraciones adicionales para quienes requieren atención institucional, tienen una esperanza de vida limitada o están embarazadas.

2. Los médicos deben colaborar con las instituciones comunitarias y los sistemas de salud para implementar la detección de todos los adultos en sus comunidades e implementar recomendaciones basadas en guías sobre prevención y manejo de la presión arterial para mejorar las tasas de control de la presión arterial.

3. Se recomienda en todos los espacios posible impulsar la atención multidisciplinaria en equipos porque ha demostrado que es eficaz para evaluar y abordar el acceso de los pacientes a los medicamentos y otras barreras estructurales, a fin de satisfacer sus necesidades individuales y, por lo tanto, reducir las barreras para lograr el control de la hipertensión. Los miembros del equipo pueden incluir médicos, farmacéuticos, enfermeras, auxiliares médicos, dietistas, promotores de salud comunitarios y otros profesionales de la salud.

4. La presión arterial se clasifica según el siguiente marco: la presión arterial normal se define como <120 mm Hg sistólica y <80 mm Hg diastólica; la presión arterial elevada como 120 a 129 mm Hg sistólica y <80 mm Hg diastólica; la hipertensión en etapa 1 como 130 a 139 mm sistólica o 80 a 89 mm Hg diastólica; y la hipertensión en etapa 2 como 140 mm Hg sistólica o 90 mm Hg diastólica.

5. Para todos los adultos, recomienda encarecidamente realizar cambios en el estilo de vida, como mantener o alcanzar un peso saludable, seguir un patrón de alimentación saludable para el corazón (como DASH), reducir la ingesta de sodio, aumentar la ingesta en potasio en la dieta, adoptar un programa de actividad física moderada,

controlar el estrés y reducir el consumo de alcohol para prevenir o tratar la presión arterial elevada y la hiperpresión.

6. Se recomienda iniciar una terapia con medicamentos para reducir la presión arterial, además de intervenciones en el estilo de vida para todos los adultos con una presión promedio $>140/90$ mm Hg que tienen enfermedad cardiovascular clínica, accidente cerebrovascular previo, diabetes, enfermedad renal crónica o un mayor riesgo cardiovascular previsto a 10 años de $>7,6\%$, definido por la herramienta PREVENT.

7. En adultos con una presión arterial promedio $>130/80$ mm Hg y un riesgo de enfermedad cardiovascular a 10 años definido por PREVENT de $>7,5\%$, se recomienda iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial si la presión arterial permanece $>130/89$ mm Hg después de un ensayo inicial de modificación del estilo de vida de 3 a 6 meses.

8. Para todos los adultos con hipertensión en etapa 2, se prefiere iniciar una terapia farmacológica antihipertensiva con 2 agentes de primera línea de diferentes clases en una combinación de dosis fija de una sola píldora en lugar de 2 píldoras separadas para mejorar la adherencia y reducir el tiempo necesario para lograr el control de la presión arterial.

9. El monitoreo de la presión arterial en el hogar, combinado con interacciones frecuentes con miembros de equipos multidisciplinarios que utilizan protocolos estandarizados de medición y tratamiento, así como protocolos de medición en el hogar, es una herramienta integrada importante para mejorar el control de la presión arterial. Se debe evitar el uso de dispositivos sin brazaletes. Incluidos los relojes inteligentes, para mediciones precisas de la presión arterial hasta que estos dispositivos demuestren mayor precisión y fiabilidad.

10. La hipertensión grave en personas no embarazadas, definida como presión arterial $>180/120$ mm Hg, sin evidencia de daño agudo en órganos diana, debe evaluarse y tratarse de forma ambulatoria con inicio, reinicio o intensificación de medicamentos hipertensivos orales de manera oportuna.

NOVEDADES CIENTÍFICAS

LA OPS ADVIERTE SOBRE UN BROTE DE FIEBRE AMARILLA EN EL CONTINENTE



El martes 14 de octubre, el Gobierno nacional informó que reforzaba la vigilancia y la prevención frente al brote de fiebre amarilla en la región de las Américas, advertencia realizada por la Organización Panamericana de la Salud a comienzos de año. Como sabemos, esta enfermedad tiene una alta mortalidad, de alrededor del 50%.

Se señaló que el país mantiene una situación epidemiológica estable y sin circulación del virus desde 2009 y que en las próximas semanas se enviarán 44.600 dosis a las zonas de riesgo para fortalecer la prevención, la vigilancia y la preparación del sistema de salud.

Sin embargo, en agosto, el Ministerio de Salud de la Nación resolvió dejar de aplicar gratuitamente la vacuna

contra la fiebre amarilla en zonas no endémicas, con el siguiente argumento: “La salud pública debe proteger a quienes más lo necesitan, no ser un subsidio a quienes viajan al exterior”.

“Quienes viajen al exterior por turismo podrán vacunarse en los centros privados habilitados pagando por la misma. Esta medida busca garantizar un uso responsable y eficiente de los recursos públicos, priorizando las necesidades sanitarias reales de la población argentina”, dio a conocer la cartera sanitaria a través de un comunicado. Y agregó: “Los recursos existen y se están orientando hacia una mejor atención a los pacientes, la mejora de las instalaciones y una remuneración más justa para el personal de salud”.

ALERTA

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó un aumento de la actividad viral de fiebre amarilla durante 2025, con brotes registrados principalmente en Brasil y Colombia, y casos aislados en Bolivia, detalló el propio Ministerio de Salud de la Nación en su comunicado de octubre. “En Brasil se notificaron epizootias, es decir el brote de esta enfermedad en animales, en los estados de Minas Gerais y San Pablo, mientras que en Bolivia se registró un caso humano en el departamento de Tarija, cercano a la frontera con Argentina”, amplió.

De todas formas, aclaró que nuestro país no presenta epizootias confirmadas ni casos humanos. “Ante este escenario el país ha reforzado la vigilancia activa de primates y mosquitos en coordinación con los servicios provinciales y los laboratorios de la Red Nacional de Diagnóstico que cuentan con capacidad para la detección molecular de fiebre amarilla y el seguimiento de eventos adversos asociados a la vacunación”, apuntó. “En lo que va del año se han estudiado 142 casos sospechosos en humanos y 5 epizootias cuyos resultados fueron negativos”, añadió.

Finalmente, el Ministerio anunció que prevé enviar 44.600 nuevas dosis a las zonas con riesgo de circulación viral que incluyen a las provincias de Formosa, Misiones, Corrientes y departamentos específicos de Jujuy, Salta y Chaco. “Este nuevo envío se suma a las 425.100 vacunas distribuidas por el Gobierno nacional durante 2025 y su

objetivo es fortalecer la estrategia de inmunización que, en estas zonas, forma parte del Calendario Nacional de Vacunación y que contempla la aplicación de una dosis a los 18 meses y un refuerzo a los 11 años”, destacó.

Adrián Díaz, investigador del Instituto de Virología de la Universidad Nacional de Córdoba en la Facultad de Ciencias Médicas, explicó a través de un audio difundido por UNCINCIENCIA que el virus de la fiebre amarilla está muy relacionado con el virus del dengue “tanto por una historia evolutiva como también por el mismo modo de transmisión. También es un virus transmitido por mosquitos”.

“En la actualidad, la fiebre amarilla se distribuye en dos continentes: el continente africano, donde temporariamente y esporádicamente se presentan algunos brotes urbanos, y en nuestro continente, en América del Sur, presenta casi todos los años actividad en ambientes selváticos, del sistema amazónico, en los países de Venezuela, Colombia, Perú, Bolivia y, principalmente, Brasil”, describe Díaz. “Argentina no presenta actividad endémica de este virus, ni siquiera en ambientes silvestres como tampoco en ambientes urbanos”, completó.

Sobre la vacuna existente consideró que es “muy eficiente”. “Está desarrollada por el descubrimiento de una cepa atenuada”, continuó. Y prosiguió: “Gracias a esta vacunación, la fiebre amarilla ya no es un problema global y sólo representa un problema ocasionalmente en América del Sur y en algunos pueblos del continente africano”.





El uso indebido de los **ANTIBIÓTICOS** es un gran riesgo para la salud



Tomar antibióticos cuando no se necesitan acelera la aparición de resistencias a estos medicamentos, **que es una de las principales amenazas para la salud mundial.**



Las infecciones por patógenos resistentes a los antibióticos **aumentan la duración de las hospitalizaciones, los costos del tratamiento y la mortalidad.**



El uso inadecuado de los antibióticos hace que las bacterias se vuelvan resistentes, y que los tratamientos actuales dejen de funcionar.

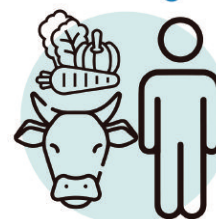
Vos podés ayudar a reducir la resistencia a los antibióticos



Seguí siempre las recomendaciones de un profesional de la salud antes de tomarlos



Las infecciones por patógenos resistentes a los antibióticos **puede afectar a cualquier persona de cualquier edad en cualquier país.**



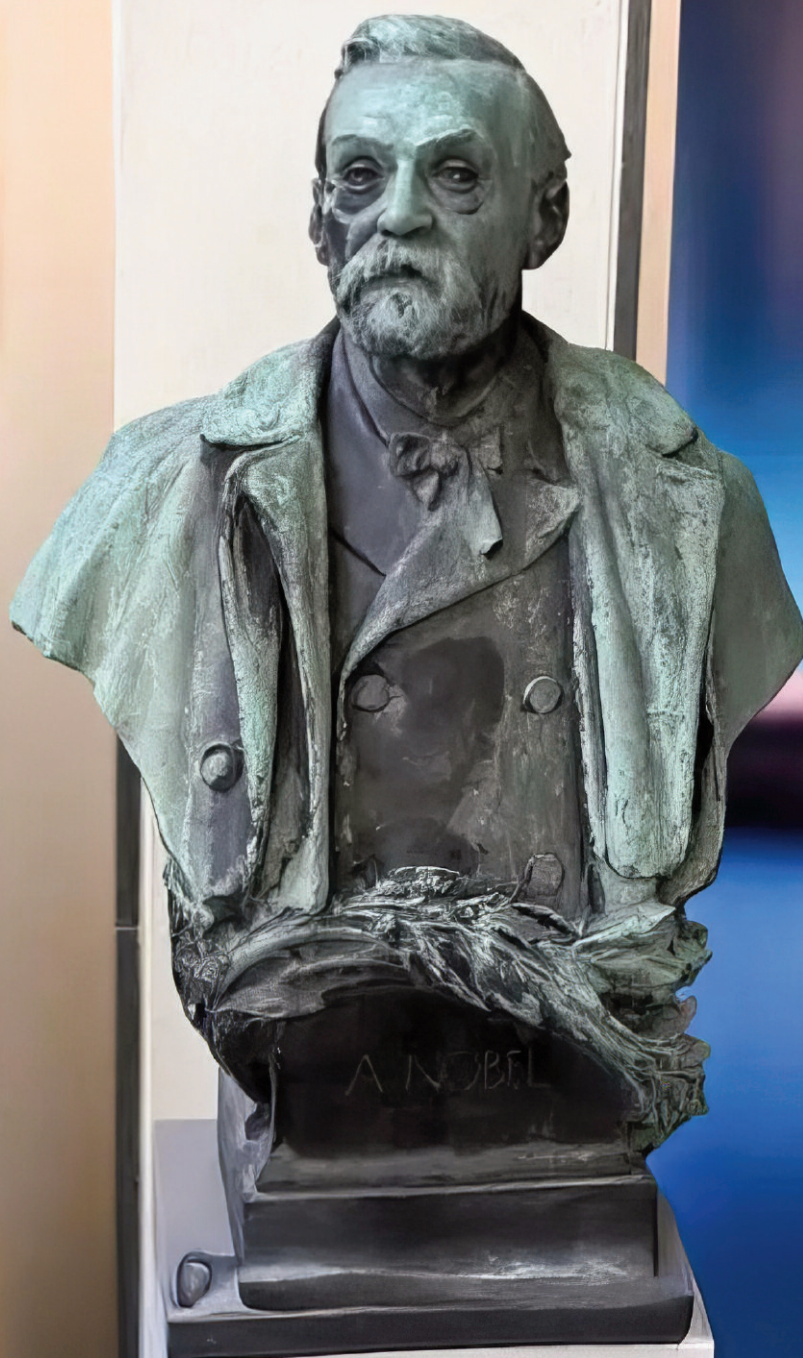
Son las propias bacterias, y no las personas o los animales, las que adquieren resistencias a los antibióticos.



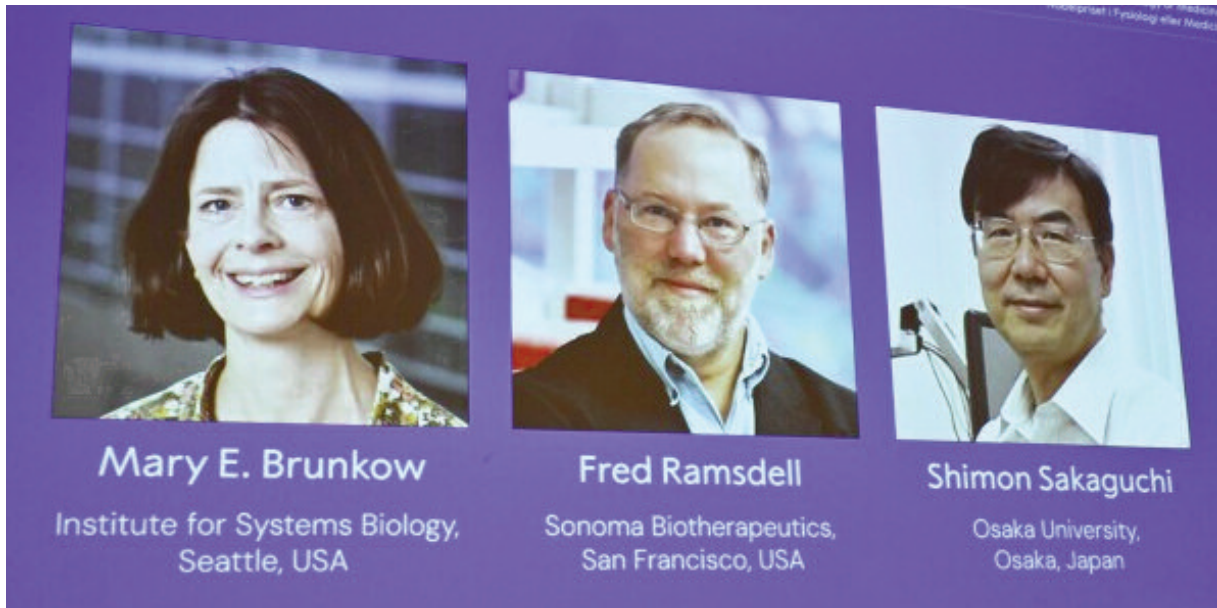
Debido a estas resistencias, **las infecciones comunes no podrán tratarse.**

E L

N O B



PREMIO NOBEL DE MEDICINA 2025



LA REAL ACADEMIA SUECA DE LAS CIENCIAS OTORGÓ EL PREMIO NOBEL DE MEDICINA 2025 A LOS ESTADOUNIDENSES MARY E. BRUNKOW Y FRED RAMSDELL Y AL JAPONÉS SHIMON SAKAGUCHI, POR SUS DESCUBRIMIENTOS FUNDAMENTALES SOBRE LA TOLERANCIA INMUNOLÓGICA PERIFÉRICA. EL COMUNICADO DE LA ACADEMIA DESTACA SU APOORTE CON LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CÉLULAS RESPONSABLES QUE PERMITEN EVITAR QUE LAS CÉLULAS MAMARIAS ATAQUE A LOS PROPIOS TEJIDOS Y DAÑEN AL ORGANISMO: LAS CÉLULAS T REGULATORIAS. PARA COMPRENDER SU IMPORTANCIA, ETHICA DIGITAL ACUDIÓ A DOS MIRADAS SOBRE EL NUEVO PREMIO. EL **DR. CARLOS MUIÑO**, PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA DE NUESTRO CONSEJO DE MÉDICOS, NOS TRAE LA OPINIÓN DE LOS IMPORTANTES APORTES DE LOS INVESTIGADORES PREMIADOS.

“El Premio Nobel de Fisiología y Medicina 2025 reconoce avances en materia de Inmunología”

Dr. Juan Carlos Muiño

El fundamento del Premio Nobel de Fisiología y Medicina 2025, a los investigadores estadounidenses Brunkow y Ramsdell y al japonés Sakaguchi está basado en sus hallazgos en materia de células “T” reguladoras.

Es preciso destacar que desde 1901, el premio Nobel de Medicina ha sido otorgado por trabajos de inmunología, en 24 oportunidades. En este caso, la explicación de la Academia sueca fue la siguiente: “Se demostró que la

transferencia retroviral de Foxp3 convertía los linfocitos T CD4 + en linfocitos T reguladores (T reg)”.

De forma independiente, más tarde, el grupo de Ramsdell mostró que no había linfocitos Treg en los ratones casposos, pero que los ratones que sobre-expresaban Foxp3 mostraban una mayor abundancia de linfocitos Treg. Además, se demostró que los ratones FOXP3 – tenían un fenotipo similar a los ratones casposos. Todos estos resultados develaron el mecanismo de la tolerancia inmunitaria periférica

que ha acabado con el Premio Nobel de 2025 para inmunitaria periférica otorgado a dichos investigadores.

En el acto de presentación de los laureados, Olle Kämpe, presidente del Comité Nobel señaló: “Sus descubrimientos han sido decisivos para nuestra comprensión de cómo funciona el sistema inmunológico y por qué no todos desarrollamos enfermedades autoinmunes”.

LOS GALARDONADOS

Mary E. Brunkow nació en 1961 y es Ph.D. de la Universidad de Princeton, (Princeton, EE. UU.). Actualmente, es gerente Senior de Programas en el Instituto de Biología de Sistemas (Seattle, EE. UU.). Cabe destacar que Princeton es cuna de nobeles: antes de ella, hubo 80 galardonados; en especial, en Física y Economía. Por su parte, Fred Ramsdell nació en 1960 y es Ph.D. por la Universidad de California (Los Ángeles, EE. UU.). Es asesor científico en Sonoma Biotherapeutics (San Francisco, EE. UU.). En tanto, Shimon Sakaguchi nació en 1951 y es M.D. (1976) y Ph.D. (1983) de la Universidad de Kioto, Japón. Es Profesor Distinguido en el Centro de Investigación de la Frontera de la Inmunología, Universidad de Osaka, Japón.

SUS DESCUBRIMIENTOS

Shimon Sakaguchi se destacó por romper el paradigma de la tolerancia central tímica. Cuestionó esta corriente en 1995, cuando presentó su primer descubrimiento clave. En ese momento, muchos investigadores estaban convencidos de que la tolerancia inmune solo se desarrolló debido a que las células inmunes potencialmente dañinas se eliminaron en el timo, a través de un proceso llamado “tolerancia central”.

Sakaguchi demostró que el sistema inmunológico es más complejo y descubrió una clase previamente desconocida de células inmunes, que protegen al cuerpo de enfermedades autoinmunes. Las denominó “t reguladoras”.

Mary Brunkow y Fred Ramsdell hicieron el otro descubrimiento clave en 2001, cuando presentaron la explicación de por qué una cepa específica de ratón era particularmente vulnerable a las enfermedades autoinmunes. Habían hallado que los ratones tienen una mutación en un gen al que llamaron “Foxp3” unido al

cromosoma X. También demostraron que las mutaciones en el equivalente humano de este gen causan una enfermedad autoinmune grave, llamada “IPEX”.

Dos años después, Shimon Sakaguchi pudo vincular estos descubrimientos y demostró que el gen Foxp3 gobierna el desarrollo de las células que identificó en 1995. Estas células, ahora conocidas como “T reguladoras”, monitorean otras células inmunes y aseguran que nuestro sistema inmunológico tolere nuestros propios tejidos.

Juntos, crearon una nueva rama de la inmunología: el campo de la tolerancia periférica, que ya ha dado lugar a nuevos tratamientos para cánceres y enfermedades autoinmunes, y tiene implicaciones para los trasplantes de órganos. Varios de estos tratamientos ahora están en ensayos clínicos.

Ramsdell y su equipo identificaron la proteína P3 (FOXP3) en ratones y en niños con síndrome IPEX. Además, determinaron que FOXP3 juega un papel crucial en el desarrollo de células T reguladoras.

La inducción o administración de células T positivas para Foxp3 ha conducido, en estudios con animales, a reducciones marcadas en la gravedad de la enfermedad autoinmune, así como en modelos de diabetes, esclerosis múltiple, asma, dermatitis atópica crónica recalcitrante, enfermedad inflamatoria intestinal, tiroiditis y enfermedad renal y uveítis de causa autoinmune. Los ensayos en humanos con células T reguladoras para tratar la enfermedad de injerto contra huésped también han demostrado eficacia. Todos estos descubrimientos tienen una fuerte base de investigación y de traslación a la medicina clínica que está cambiando los paradigmas de tratamientos en las enfermedades de causa inmunológicas, trasplantes, genéticas, tumorales, así como también metabólicas, lo que abre un nuevo capítulo apasionante desde la experimentación en la biología hacia la medicina clínica práctica.

A partir de estos hallazgos, se espera que sea posible tratar o curar enfermedades autoinmunes, así como proporcionar tratamientos más eficaces contra el cáncer y prevenir complicaciones graves tras los trasplantes de células madre.

También se aguarda que contribuyan al desarrollo de terapéutica anti remodelación en enfermedades crónicas, como asma y dermatitis atópicas y corregir y restituir la homeostasis del sistema endocrino en diabetes, tiroiditis, adrenoleucodistrofia y fallas de fertilidad.

MÁS PINCELES MÉDICOS EXPONEN EN NUESTRO CONSEJO



Dr. Daniel Camps

EL JUEVES 23 DE OCTUBRE, CON LA ORGANIZACIÓN DE LA COMISIÓN DE ACTIVIDADES SOCIALES Y CULTURALES DEL CONSEJO DE MÉDICOS, SE INAUGURÓ LA EXPOSICIÓN PICTÓRICA DE LOS DOCTORES HÉCTOR GABRIEL EYNARD Y DANIEL CAMPS, ACTIVIDAD EN LA QUE TAMBIÉN HUBO UN SHOW DE TANGO POR EL CIERRE DEL TALLER DE ESA DANZA QUE SE BRINDA EN EL CONSEJO.



Dr. Héctor Gabriel Eynard

Elogio de lo Abstracto



El Dr. Camps (71), recibido de médico en 1976 y especialista en gastroenterología, comenzó a pintar hace aproximadamente diez años, anteriormente se dedicaba a la escultura.

Casado y padre de dos hijos (Juan Manuel y Diego) está actualmente jubilado de la medicina, después de 45 años de ejercicio profesional, lo que le permite dedicar más tiempo al arte. Afirma que le gusta ver sus obras finalizadas y que lo inspiran las imágenes que puede representar a través de la pintura.

Aplica la técnica de acrílico con espátula y su pintura es abstracta; en su recorrido, estudió con el maestro Benjamín Krivoruk. En el Consejo se hará una exposición de seis cuadros de pintura abstracta.

Las Nostalgias de Eynard



El Dr. Eynard (71), médico egresado en 1979 y especialista en Cirugía, está actualmente retirado del quirófano, pero continúa con su tarea docente. “El arte siempre fue un complemento de mi actividad quirúrgica”, cuenta y revela que “la pintura y el taller han sido fundamentales en momentos difíciles”.

Viudo, padre de dos hijos (María Victoria y Gabriel) y abuelo de dos nietos, afirma que encuentra inspiración en imágenes de películas, fotos, recuerdos, entre otras fuentes. “No tengo un eje temático: paso del retrato, algo parecido al surrealismo, a lo figurativo sin ajustarme al realismo”, explica.

“Siempre dibujé. Desde 2003, me dediqué a la pintura bajo la tutela de Antonio Monteiro y la guía de mi esposa, profesora de Arte”, informa. Asevera que no tiene formación artística académica, pero sí en taller, actualmente con el pintor Fabio Egea, y la técnica que aplica es acrílico sobre tela. Su muestra en el Consejo se llama precisamente “Nostalgias”.



FIDEICOMISO SOLIDARIO
DE AYUDA PROFESIONAL

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

- Porque de 18.723 médicos **más de 12.000** colegas ya están **ADHERIDOS**
- Porque acompañamos hace **25 AÑOS** a todos los colegas
- Porque te defendemos **PENAL y CIVILMENTE**
- Porque tenemos profesionales **EXPERTOS EN MALA PRAXIS**
- Porque no excluimos a colegas **COMO EN OTROS SEGUROS**
- Porque cubrimos a quienes trabajan en **PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**
- Porque tenemos la cuota **MÁS BAJA** y las coberturas **MÁS ALTAS**
- Porque acompañamos a los colegas **QUE RECIÉN COMIENZAN**
- Porque hemos atendido **MÁS DE 1.200 JUICIOS**
- Porque tenemos **SUBSIDIOS QUE NINGÚN SEGURO OTORGA**

*Somos mucho más
que un seguro*

- (+54) 351 4262550
- contacto@fisap.com.ar
- Santa Rosa 922 4° Piso • B° Alberdi • Córdoba
- fisap.cordoba
- FISAP

www.fisap.com.ar