

(Coom...tacto)

"La lealtad es el compromiso para defender lo que queremos y en lo que creemos."
Anónimo



S a b e m o s d e s a l u d

Gerente General

Piedad Cecilia Pineda Arbeláez

Comité Editorial

Piedad Cecilia Pineda Arbeláez

Gerente General

Pascual Estrada Garcés

Director Médico Nacional

Luis Fernando Otálvaro B.

Director Nacional de UPP

Blanca Inés Vélez G.

Directora Nacional de Salud Oral

Hernán Darío Rodríguez Ortiz

Director Nacional Coomeva
Emergencias Médicas

Queda prohibida la reproducción y la impresión total o parcial de los artículos en cualquier sistema electrónico sin permiso previo del editor, conforme a la ley, en los países signatarios de las convenciones panamericana e internacional del derecho de autor. El desarrollo de contenidos, entrevistas, afirmaciones y avisos de esta publicación obedecen exclusivamente a la política de comunicación médica del auspiciante y no necesariamente reflejan las opiniones o intereses de la casa editorial. Las firmas anunciantes se responsabilizan de la información que suministran en sus avisos.



Editor Médico

Sergio Beltrán López, M.D.
sergio.beltran@legis.com.co

Diagramación

Departamento de Diseño Legis S.A.

Corrección de Estilo

Lina Andrea Morales

Fotografías

© 2007 JupiterImages Corporation

EDITORIAL

Responsabilidad frente al cambio climático

La Organización Mundial de la Salud ha decidido conmemorar simultáneamente el 60 aniversario de su nacimiento y el Día Mundial de la Salud. El 7 de abril del 2008 dedicará su atención a los efectos del cambio climático sobre la salud de la población mundial. Dicha Organización retoma así uno de los propósitos establecidos en su nacimiento, el de vincular la salud y el bienestar a la paz y la seguridad globales. Los efectos del cambio atmosférico producido por la acción del hombre y sus comunidades sobre la tierra han pasado de ser un mero enunciado teórico para convertirse en una realidad cotidiana. Es evidente el desorden de las condiciones meteorológicas que han atropellado las previsiones relativamente recientes sobre los ciclos de frío y de calor. Aumenta el número de muertos por súbitas oleadas de extremos climáticos, varía la incidencia de las enfermedades transmitidas por vectores y se altera la distribución geográfica y estacional de los desastres naturales. Todo lo anterior incide con extrema crueldad sobre las poblaciones vulnerables -niños, ancianos, enfermos y la gente pobre y aislada-, pero toca también a megápolis y zonas costeras de países en desarrollo.

Este panorama resulta contradictorio con el momento de avance y desarrollo que viven la ciencia médica y sus dispositivos tecnológicos, porque condiciones de precariedad sanitaria que se creían superadas brotan repentinas por el efecto del cambio climático. Ningún país está a salvo de situaciones como la gripa aviar, los brotes de fiebre amarilla y el resurgimiento de la tuberculosis, combinada ahora con la infección letal del VIH. Colombia ha mejorado su estructura de salud en los años recientes, un mérito que poco se le reconoce a la Ley 100 de 1993. Una mayor población cuenta con más y mejores servicios, y con opciones benéficas en las medicinas prepagadas y en el POS. Sin embargo, de todos los habitantes de la tierra depende adoptar modos de vida que promulguen el uso eficiente de la tierra y del agua, y la reducción de la contaminación generada en los medios de transporte. El aumento de la actividad física puede protegernos contra los riesgos del sedentarismo. Sea esta la oportunidad para invitar a los médicos y profesionales de la salud de Coomeva Medicina Prepagada a ser pregoneros de un nuevo modo de vivir que por lo menos libre a las generaciones futuras del porvenir oscuro que se anuncia cada día.

CONTENIDO

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	PÁG. 2
ACTUALIDAD	PÁG. 3
MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA	PÁGS. 4 Y 5
MUNDO MÉDICO	PÁG. 6
COOMEVA M.P. EN CIFRAS	PÁG. 7



Conceptos puntuales de salud oral

La necesidad de velar por el cuidado de la salud oral no es competencia exclusiva del área odontológica, ya que existen diversas patologías orales que se encuentran relacionadas con enfermedades que afectan la salud general. Así, a pesar de que se reconoce la importancia de las enfermedades orales en sí mismas, muchas veces los profesionales de la salud pasan por alto la importante relación de estas con la salud general, por esto son abordadas de manera independiente y se subestima el control odontológico.

Es necesario tener en cuenta que el mantener únicamente los dientes en buen estado no es sinónimo de salud oral, de acuerdo con el Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial de los Estados Unidos, la salud oral involucra también el estar libre de dolores orofaciales de tipo crónicos, así como también de cánceres orales y faríngeos (garganta), lesiones del tejido oral blando, defectos congénitos tales como labio y paladar hendido, y diversos trastornos que afectan los tejidos bucales, dentales y craneofaciales, los cuales se conocen colectivamente como el "complejo craneofacial".¹

Entendida de esta manera, la salud oral es un componente integral de la salud general que juega un papel importante en su mantenimiento. Los estudios han demostrado la fuerte influencia de condiciones crónicas de enfermedad periodontal y gingivitis con condiciones sistémicas de patología cardíaca coronaria e infarto, así como con un alto riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.²

También es importante el riesgo de las enfermedades periodontales y la caries en pacientes con entidades sistémicas tales como diabetes, enfermedades respiratorias y osteoporosis debido a la compleja población microbiana que se encuentra en la placa bacteriana, y su impacto sobre la fisiología general.² Se ha relacionado también la maloclusión como un factor de riesgo en la etiología de cefaleas en niños y adolescentes, al igual que con alteraciones en el habla, la respiración y problemas de oído.^{3,4,5} A nivel nacional, el panorama al respecto es complejo; estudios de salud bucal en 1998 demostraron que la historia



de caries en dientes permanentes es en promedio de 88,7% y la prevalencia de enfermedad periodontal estuvo en un 50,2% de la población.⁶

De esta forma, el conocimiento y abordaje de la alta ocurrencia de las patologías orales y las múltiples relaciones que tienen con el estado de salud general, permiten resaltar la importancia de promover en los pacientes la necesidad de un control odontológico rutinario como una forma de mejorar y mantener las condiciones de salud y la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. U.S. Department of Health and Human Services. *Oral health in America: a report of the surgeon general*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
2. Seymour GJ, Ford PJ, Cullinan MP, Leishman S, Yamazaki K. Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Clin Microbiol Infect* 2007;13(sup 4):3-10.
3. Lambourne C, Lampasso J, Buchanan WC Jr, Dunford R, McCall W. Malocclusion as a risk factor in the etiology of headaches in children and adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007;132(6):754-61.
4. McDonnell JP, Needleman HL, Charchut S, Allred EN, Roberson DW, Kenna MA, et al. The relationship between dental overbite and eustachian tube dysfunction. *Laryngoscope* 2001;111(2):310-6.
5. Emmerich A, Fonseca L, Elias AM, de Medeiros UV. The relationship between oral habits, oronasopharyngeal alterations, and malocclusion in preschool children in Vitória. *Espírito Santo, Brazil Cad Saude Publica* 2004;20(3):689-97.
6. Escobar G, Ortiz Ana, Mejía Luz. Caries dental en los menores de veinte años en Colombia: un problema de salud pública, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol 21 N° 2. Julio-diciembre 2003.



Importancia clínica

Nutrición e hipertensión arterial

Es bien conocida la asociación existente entre ciertos esquemas dietarios y el desarrollo de trastornos de la presión arterial. Los institutos nacionales de salud de los Estados Unidos, junto con cuatro prestigiosos centros de investigación, revelaron en años anteriores el plan de alimentación DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) que ayuda a reducir los niveles de presión arterial en proporciones similares a las observadas con ciertos medicamentos. El plan se basa en un aumento en la cantidad ingerida de frutas, verduras y derivados lácteos de bajo contenido en grasa y en una reducción en la cantidad de sodio y grasas saturadas. **El plan DASH es rico en magnesio, potasio, calcio, proteínas y fibra. La interacción de todos estos nutrientes permite reducir la presión arterial.** La evidencia ha indicado que este plan es altamente benéfico para pacientes hipertensos y su uso es extensivo a cualquier persona dado que reduce el riesgo a mediano y largo plazo de presentar trastornos metabólicos y cardiovasculares. **Tabla 1**

Tabla 1. Condiciones generales para la prevención y manejo de la hipertensión arterial según el plan DASH

Características del plan DASH
Baja cantidad en grasas saturadas, colesterol y grasa total.
Alta cantidad de frutas, vegetales y productos lácteos de bajo contenido en grasa.
Consumo de cereales integrales, carnes de pollo y pavo, pescados y frutos secos.
Incluir alimentos ricos en magnesio, potasio, calcio, proteínas y fibra.
Reducir la ingesta de carnes rojas y productos con altos niveles de carbohidratos como los dulces y las bebidas azucaradas.

Adicionalmente se debe mantener un peso saludable, ser activo físicamente, dejar de fumar y beber alcohol con moderación. Los requerimientos nutricionales diarios para una dieta de 2.000 calorías se pueden observar en la **tabla 2**.

En promedio, la literatura plantea que con la implementación del plan DASH **la presión arterial sistólica cae 5,5 mm Hg y 3,0 mm Hg la diastólica** (incluyendo personas con presión arterial normal). En casos de hipertensión, se puede disminuir hasta un promedio de 11,4 mm Hg y 5,5 mm Hg, presiones sistólica

y diastólica respectivamente. **Estas reducciones son similares a las que se pueden alcanzar con un medicamento para la hipertensión.**

Tabla 2. Plan de alimentación DASH

Grupo alimentario	Porciones diarias	Tamaño de las porciones
Cereales/granos	6-8	<ul style="list-style-type: none"> • 1 tajada de pan • 1 onza de cereal seco • ½ taza de arroz, pasta o cereal cocinados
Vegetales	4-5	<ul style="list-style-type: none"> • 1 taza de vegetales crudos • ½ taza de vegetales cocinados • ½ taza de jugo de vegetales
Frutas	4-5	<ul style="list-style-type: none"> • 1 fruta mediana • ¼ taza de frutas secas • ½ taza de frutas frescas, congeladas o enlatadas
Lácteos libres o con bajo contenido de grasa	2-3	<ul style="list-style-type: none"> • 1 taza de leche o yogurt • 1½ onza de queso
Carnes, aves y pescado	6 o menos	<ul style="list-style-type: none"> • 1 onza de carne, aves o pescado cocidos • 1 huevo
Nueces, semillas y legumbres	4-5 a la semana	<ul style="list-style-type: none"> • 1/3 de taza o 1½ onza de nueces • 2 cucharadas de mantequilla de maní • 2 cucharadas o ½ onza de semillas • ½ taza de legumbres cocidas (frijoles secos y guisantes)
Grasas y aceites	2-3	<ul style="list-style-type: none"> • 1 cucharada de margarina • 1 cucharada de aceite vegetal • 1 cucharada de mayonesa • 2 cucharadas de aderezos para ensalada
Dulces y adiciones azucaradas	5 o menos por semana	<ul style="list-style-type: none"> • 1 cucharada de azúcar • 1 cucharada de jalea o mermelada • ½ taza de sorbete, gelatina • 1 taza de limonada

En conclusión, la dieta DASH es entonces una estrategia altamente recomendada por las más importantes sociedades científicas del mundo que se enfoca en la prevención y manejo de la hipertensión arterial a través de la utilización de alimentos integrales.

REFERENCIAS

NIH. *Your guide to lowering your blood pressure with DASH*. 2006:64.



Diabetes mellitus y medicina

La diabetes mellitus tipo 2 representa entre el 90 y 95% de todos los casos diagnosticados, se trata de una enfermedad evolutiva caracterizada por diferentes grados de resistencia periférica a la insulina y disfunción progresiva de las células beta.^{1,3} Comprende un conjunto de entidades clínicas que tienen en común la elevación anormal de la glucemia asociada a mediano y largo plazo a complicaciones micro y macrovasculares. Se estima que aproximadamente un 7% de la población sufre de diabetes, generando altísimos costos para los sistemas de salud.¹ Diversas investigaciones, como el estudio UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*), han demostrado que el control de la DM es capaz de reducir la incidencia de complicaciones. Esto indica que el manejo de la hiperglucemia debe contemplarse como parte del abordaje integral de los factores de riesgo cardiovascular que presentan estos pacientes.²

El diagnóstico clínico de la DM se basa en la capacidad predictiva de determinados puntos de corte de la glucemia sobre la aparición de las complicaciones.^{1,3} Organizaciones científicas como la American Diabetes Association han determinado que si en la prueba de glucosa sérica en ayunas se detecta un nivel de glucosa entre 100 y 125 mg/dl significa que la persona presenta una diabetes latente o “prediabetes”. Por otra parte, si los niveles se encuentran en 126 mg/dl o más, se hace diagnóstico de diabetes.^{1,3} Se han definido una serie de metas que los pacientes deben cumplir con el fin de reducir la incidencia de las complicaciones de la enfermedad. **Tabla 1** El tratamiento de la diabetes tipo 1 consiste en la administración de insulina, ya sea mediante inyecciones o con una bomba de insulina, mientras que la de tipo 2 es muy variable en función de las características del paciente y de la evolución de la enfermedad. El primer paso propuesto por diferentes guías de manejo incluye las modificaciones de los estilos de vida. **Figura 1** En algunas ocasiones estas modificaciones no son suficientes para reducir el nivel de glucosa en la sangre y llevarlo al nivel normal, por lo cual se hace necesario iniciar esquema farmacológico. En el caso del paciente diabético tipo 2, es importante resaltar que la elección de los medicamentos debe basarse en las características individuales de cada paciente.^{1,3} Entre los medicamentos más utilizados para el manejo de la DM tipo 2 se encuentran:^{1,3}

Tabla 1. Condiciones de seguimiento del paciente con diabetes

Condición	Descripción
Control de la glucosa	<ul style="list-style-type: none"> La evidencia recomienda que por cada punto que se disminuye en el porcentaje de la HbA1C se reduce un 40% el riesgo de sufrir complicaciones microvasculares (enfermedades oculares, renales y de los nervios).
Control de la presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> El control de la presión arterial reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares entre un 33 y 50% en las personas con diabetes, así como también reduce el de sufrir complicaciones microvasculares en aproximadamente un 33%. En general, cada reducción de 10 mm Hg en la presión arterial sistólica disminuye en un 12% el riesgo de sufrir cualquier complicación relacionada con la diabetes.
Control de los lípidos en la sangre	<ul style="list-style-type: none"> Un mejor control del colesterol o lípidos en la sangre (por ejemplo, HDL, LDL y triglicéridos) puede reducir las complicaciones cardiovasculares entre un 20 y 50%.
Medidas preventivas para el cuidado de la retina, riñones y extremidades inferiores	<ul style="list-style-type: none"> La detección y el tratamiento de la enfermedad ocular en personas con diabetes mediante la terapia con láser puede reducir el desarrollo de una pérdida grave de la visión entre un 50 y 60%. Los programas integrales para el cuidado de los pies pueden disminuir las tasas de amputación entre un 45 y 85%. La detección y el tratamiento temprano de la enfermedad renal en personas con diabetes mediante la disminución de la presión arterial puede reducir el deterioro de la función renal entre un 30 y 70%. El tratamiento con inhibidores de la ECA y bloqueadores de los receptores de angiotensina es más eficaz para aminorar el deterioro de la función renal que el tratamiento con otras drogas para disminuir la presión arterial.

basada en la evidencia



Metformina: fármaco de elección ya que reduce la producción hepática de glucosa y aumenta la captación de glucosa en la célula muscular (nivel de evidencia A). Disminuye la HbA1c en un 1,5-2%, sin producir aumento de peso ni hipoglucemias. Mejora las cifras de la presión arterial, los triglicéridos y las lipoproteínas de baja densidad (LDL).

Glitazonas: mejoran la sensibilidad periférica de la insulina en el músculo y el tejido graso (rosiglitazona y pioglitazona). Consiguen descensos de la HbA1c del 1-1,6%. Están indicadas en monoterapia o asociadas a sulfonilureas o metformina, pero no están autorizadas en asociación con la insulina. Recientemente han sido involucradas con serios problemas de origen sistémico.

Inhibidores de las alfa-glucosidasas: interfieren con la absorción de los hidratos de carbono complejos y permiten un mejor control de las glucemias posprandiales, pero presentan mala tolerancia digestiva y menos potencia (0,5-1%) que las sulfonilureas o la metformina. Algunas guías consideran que debería reservarse para terapia combinada (nivel de evidencia C).

Sulfonilureas: estimulan la liberación de insulina por las células beta pancreáticas, actuando sobre los canales K⁺-ATP. La glibenclamida es la sulfonilurea más potente (reduce la HbA1c entre 1,5 y 2 puntos), aunque con mayor riesgo de hipoglucemias. La glimepirida y la glicacida completan el grupo de sulfonilureas.

Glinidas (repaglinida y nateglinida): con un mecanismo de acción similar al de las sulfonilureas, aunque con un inicio de acción y eliminación más rápido.

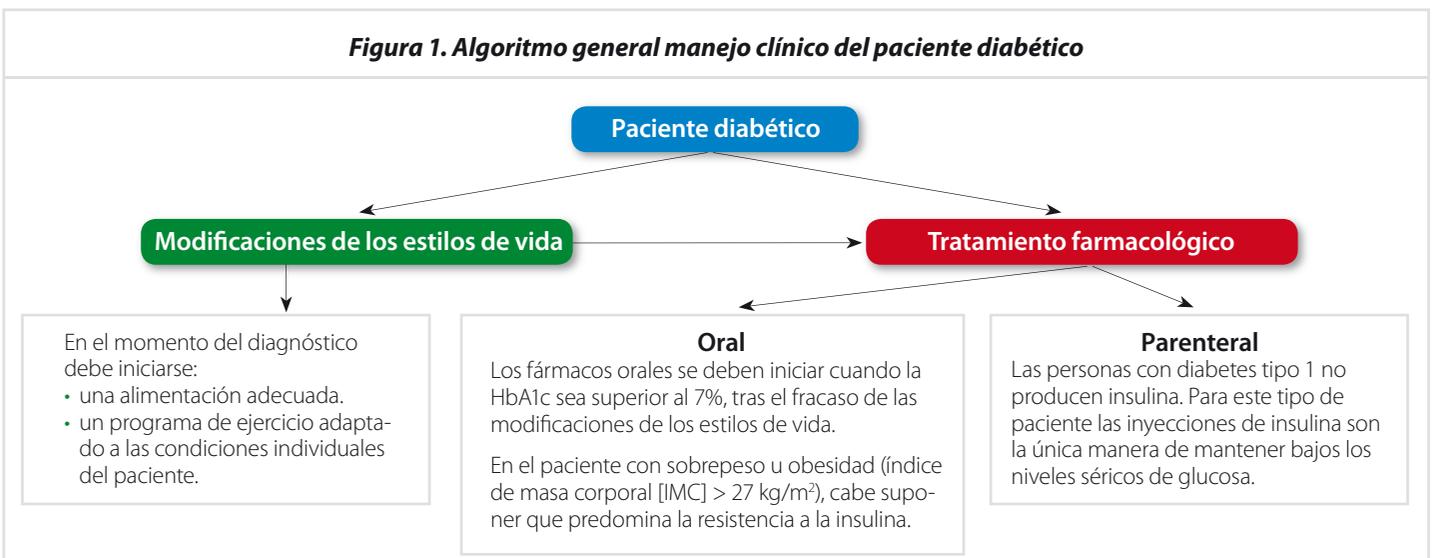
El manejo de los pacientes con esquemas de dos o más medicamentos es utilizado con alguna frecuencia.

Finalmente, el estudio UKPDS estableció que tres años después del diagnóstico, más de la mitad de los pacientes con dieta no alcanzaba las metas y requería de más de un hipoglucemiante y, a los nueve años de seguimiento, el 75% de los pacientes requería terapia múltiple para mantener la HbA1c < 7%.² Dadas estas cifras, las recomendaciones para el paciente diabético presentadas por la evidencia consisten en seguir una dieta baja en calorías, actividad física y que el ajuste terapéutico deba tener como objetivo alcanzar los valores de HbA1c recomendados en un período máximo de 6-12 meses.¹⁻³

REFERENCIAS

1. Association AD. Diabetes prevention. Alexandria, VA: American Diabetes Association; 2008 [updated 2008; cited 2008 February 23, 2008]; available from: <http://www.diabetes.org>
2. Sociedad Española de Medicina Interna. Protocolos riesgo cardiovascular; 2004, p. 173.
3. Manley HJ. Disease progression and the application of evidence-based treatment guidelines diagnose it early; a case for screening and appropriate management. *J Manag Care Pharm* 2007;13(9 Suppl D):S6-12.

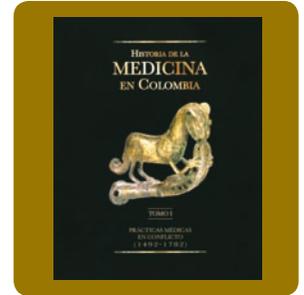
Figura 1. Algoritmo general manejo clínico del paciente diabético





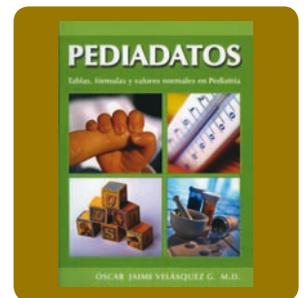
“Historia de la medicina en Colombia” Emilio Quevedo Vélez

La compañía farmacéutica Tecnoquímicas presenta esta serie de libros que busca recopilar toda la información posible acerca de la medicina en Colombia desde 1492 hasta la actualidad. Una obra de alto contenido científico y literario que en su primer tomo “Prácticas médicas en conflicto” describe el momento en que dos mundos se encuentran con el descubrimiento de América y se cierra con la expresión de la ilustración española en la medicina colombiana, y el manejo de la epidemia de viruela en Santa Fé de Bogotá en 1782. La colección completa se publicará entre el 2008 y el 2011.



“Pediadatos” Óscar Jaime Velásquez Gaviria

Esta publicación, en su segunda edición, contiene tablas, fórmulas y valores de referencias, necesarias para la práctica clínica cotidiana frente al paciente pediátrico. Se aborda una amplia gama temática que incluye desde los parámetros necesarios para la realización de la historia clínica, hasta temas puntuales de especialidades como hematología, reumatología y neurología; organizado en cuatro secciones. También cuenta con datos de referencia para crecimiento y desarrollo, según la Organización Mundial de la Salud. Sin duda, se trata de un elemento que nunca puede faltar en cualquier consultorio médico.



“Compendio médico” Alexander Ramos

Una herramienta de información médica que busca ser implementado en el diario del profesional de la salud. Contiene información útil para casos de urgencia, o en dudas que se presenten durante una consulta externa, así como para recordar un dato dentro de una ronda hospitalaria. Incluye una útil tabla de medicamentos con su clasificación teratogénica. Indispensable al momento de buscar información relevante sobre anestesia, cardiología, cirugía, endocrinología, hematología, infectología, neumología, obstetricia y ginecología, oncología, ortopedia, psiquiatría, Reumatología, urología e información general.

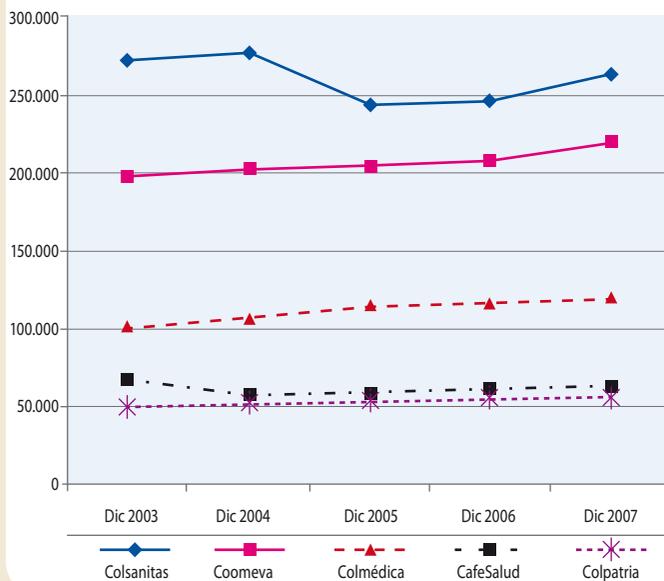


Eventos



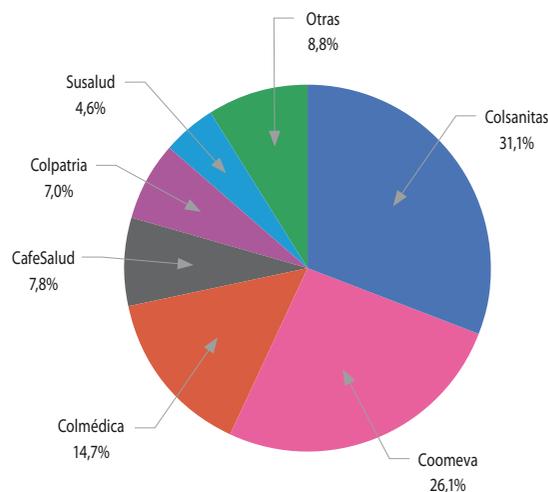
- **XVI Curso Internacional de Cirugía Estética**
 2-5 de abril, Bogotá - Informes: SCCP, seccional central
 Línea gratuita nacional 01 8000 111340 - Fax: (57-1) 621 5132
www.cirugiaplastica.org.co
- **Simposio Internacional de Resonancia Magnética**
 18 - 19 de Abril, Cartagena - Informes: Cedimed Tel: (57-4) 444 0019 ext.157
 comunicaciones@cedimed.com. Comunicaciones Efectivas - Tel: (57-4)
 339 1800 - simposioresonanciamagnetica@comunicacioneseffectivas.com
www.cedimed.com.co
- **XVII Congreso Internacional del Dolor**
 10-12 de abril, Bogotá - Informes: ACED, calle 134 No 13-83 Of: 715
 Tels.: (1) 6271897 - 6271645. dolor@cable.net.co - www.dolor.org.co
- **XXXIV Congreso Nacional de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial**
 22-25 de mayo, Medellín - Informes: ACORL, calle 123 #7-07 Bogotá.
 Tels.: 6194809 - 6194702 - 6194773 • Fax: 2131436 - acorl@acorl.org.co
www.acorl.org.co

Evolución del número de afiliados a las mayores empresas de medicina prepagada en Colombia 2003-2007



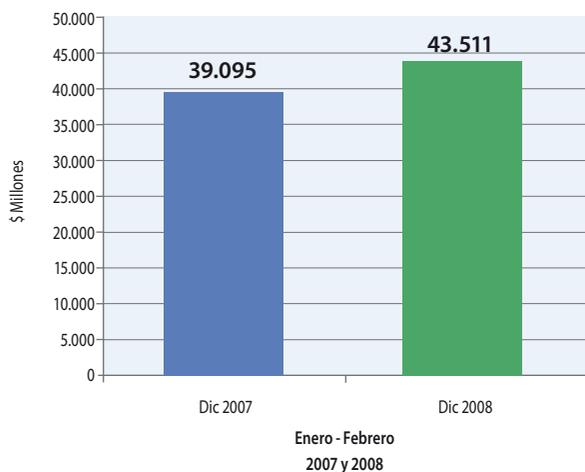
Fuente: informes Supersalud y Acemi

Afiliados a empresas de Medicina Prepagada Diciembre 2006



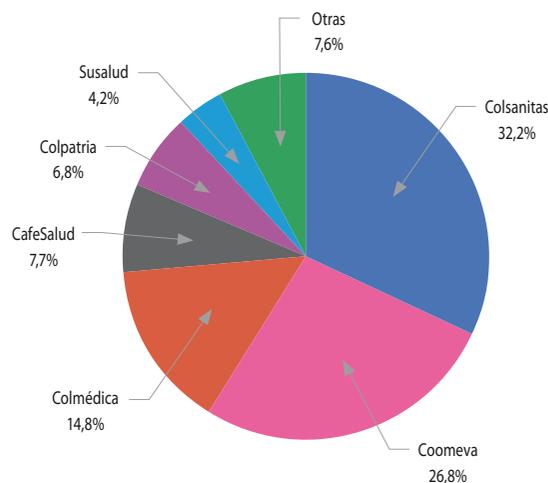
Fuente: Informes Acemi

Valor de las transferencias (pesos corrientes)



Fuente: informes contables

Afiliados a empresas de Medicina Prepagada Diciembre 2007



Fuente: Informes Acemi

Índices de remisión quirúrgica 2008

A remisión quirúrgica	2006	2007	2008
Dermatólogo	8,3%	8,0%	8,4%
Ginecólogo	17,0%	14,5%	14,1%
Oftalmólogo	11,2%	9,3%	11,4%
Otorrinaringólogo	20,1%	21,8%	23,8%
Ortopedista	31,4%	29,1%	31,5%
A laboratorio clínico	84,6%	90,5%	89,6%
A laboratorio radiológico	40,8%	41,4%	45,6%

Fuente: SIAS - Corvú

Los índices de remisión corresponden al porcentaje de consultas que generaron un procedimiento quirúrgico o una ayuda diagnóstica de laboratorio clínico o radiológico.

Nuevos Productos



Valsartán MK 160 mg

Presentación: Caja x 10 cápsulas
Registro Sanitario No. INVIMA 2002M-0001673

Indicaciones

Tratamiento de la hipertensión arterial.

Nimodipino MK 30 mg

Presentación: Caja x 20 tabletas cubiertas
Registro Sanitario No. INVIMA 2007M-0007207

Indicaciones

Prevención y tratamiento de las deficiencias neurológicas isquémicas secundarias a vasoespasmio cerebral como consecuencia de hemorragia cerebral subaracnoidea.

Para mayor información comuníquese a la línea gratuita 01 8000 523339 ó a la Dirección Científica de Tectoquímicas (2) 882 55 55.


Tectoquímicas



MEDICAMENTOS TOTALMENTE CONFIABLES