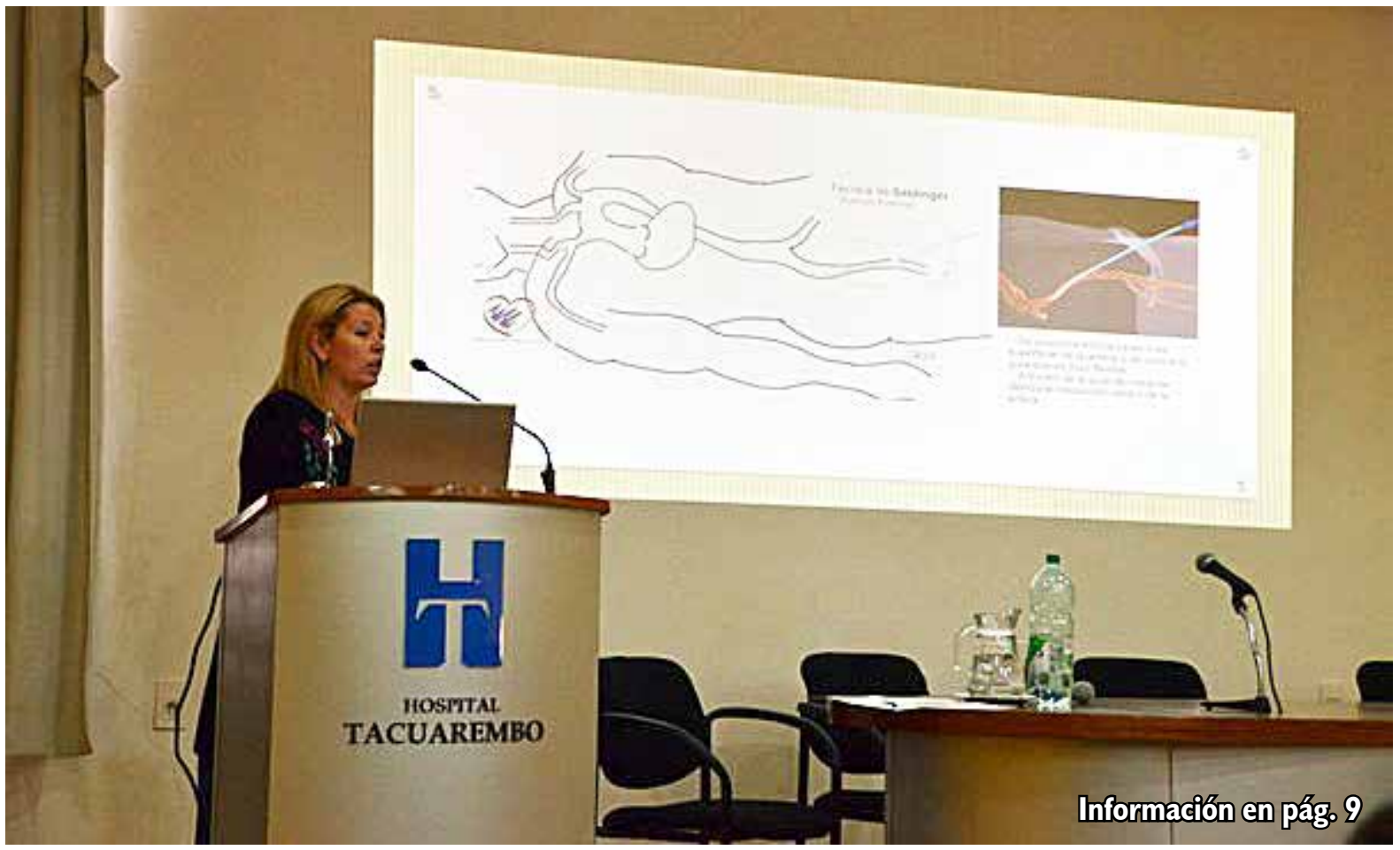
AÑO XXII . Nº 221 . FLORIDA . AGOSTO 2019

EL DIARIO MEDICO

Salud hoy

El angiógrafo más moderno del país en Tacuarembó



Información en pág. 9

Un importante problema de salud: Plaguicidas y cianobacterias
Pág. 2

Hospital de Ojos alcanzó las 90.000 cirugías.
Págs. 10 y 11

Reconocimiento a la esposa de Tabaré Vázquez

Info en pág. 3

Inauguraron resonador magnético en el Pereira

Info en pág. 5

22 años *juntos*

EDM

SUSCRIPCIÓN GRATUITA POR INTERNET
www.eldiariomedico.com.uy

UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD

Plaguicidas y cianobacterias

Cada año tenemos nuevas alarmas encendidas por la afectación del medio ambiente y su incidencia en la afectación de la salud de las personas y los animales. Buena parte de los efectos adversos provienen del uso indiscriminado de plaguicidas, tanto en nuestro territorio, como en los de los países vecinos, cuyas aguas se vierten a los cursos de agua que transcurren por el Uruguay.

AC. DR. ANTONIO TURNES

En octubre de 2014, la Prof. Dra. Mabel Burguer, ex Grado 5 de Toxicología en la Facultad de Medicina de UDELAR, brindó una conferencia en la Academia Nacional de Medicina, sobre Transgénicos y Agrotóxicos. En el verano 2019 tuvimos importantes avances de las cianobacterias sobre el Río de la Plata. Ambos elementos están estrechamente vinculados.

Entre otros conceptos, exponía la Prof. Dra. Mabel Burguer:

TRANSGÉNICOS Y AGROTÓXICOS

"¿Cuáles son las problemáticas que nos están generando los cultivos transgénicos? Esto es lo que deberíamos preguntarnos, si es que realmente están generando problemas. Sí, los están generando, sin dudas, por los insumos que los cultivos transgénicos llevan. Esos insumos son, justamente, las sustancias químicas, en este caso llamadas plaguicidas o plaguicidas agrícolas. El otro problema es el ingreso de la proteína transgénica al organismo humano. Hoy en día en el país no existe evidencia científica de qué ocurre si la proteína transgénica ingresa a nuestro organismo, pero en el extranjero hay trabajos que están demostrando algunas cosas.

El mundo de las sustancias químicas es inmanejable a esta altura. Desde la OMS se dice que en la actualidad se usan en forma cotidiana 120.000 sustancias químicas. Solamente del 15% al 20% se conocen los efectos en el ser humano; dato más que importante. Esas sustancias químicas son, para nosotros los médicos, los medicamentos, por supuesto, pero están todos los demás productos de uso doméstico, industrial, sanitarios y plaguicidas. Ustedes saben que los medicamentos pasan por diversas etapas dentro del laboratorio hasta que se llega al llamado ensayo clínico con personas a las que se les suministra dicho medicamento. Sin embargo, sabemos que luego que sale al mercado aparecen una serie de reacciones adversas. Por su parte, los plaguicidas salen al mercado exclusivamente con la evaluación de los laboratorios que los sintetizan y, en general, son multinacionales.

¿Qué es la transgénesis? Es la incorporación de genes foráneos —ya sean bacterias, virus, hongos o animales— en el embrión de una planta. La finalidad de hacer esa transgénesis, de obtener semillas con esa característica es convertirla en tolerante a sustancias químicas o condiciones ambientales. Las sustancias químicas son, justamente, los plaguicidas. Las condiciones ambientales para las cuales hoy hay transgénicos, son las que encontramos en zonas del planeta con grandes sequías, aquellas con temperaturas bajo cero, etcétera. Ya se están haciendo semillas transgénicas para contemplar condiciones ambientales.

El primer cultivo transgénico en el Uruguay se desarrolló en 1996: la llamada soja RR, Roundup Ready, que es el nombre comercial de glifosato, que es un herbicida. Esa soja RR es tolerante a ese herbicida exclusivamente. ¿Qué quiere decir tolerante? Que puedo utilizar en ese cultivo de soja toneladas de glifosato sin que a la soja la afecte.

Los herbicidas, por definición, son sustancias químicas que inhiben la síntesis de los aminoácidos de la planta, de todo lo que es verde. Aquí vemos el efecto de un herbicida. ¿Por qué se hace a la soja tolerante al glifosato? Para combatir las malas hierbas o todas las malezas que están en los cultivos alrededor de la soja.

En 2003 – 2004 se aprueba otro evento transgénico, que es el maíz MON 810 BP. En el caso de la soja, la tolerancia era a un herbicida, pero en el maíz es al Bacillus thuringiensis, el que mata los insectos. Por lo tanto, el maíz va a crecer más y mejor, con mayor rendimiento.

El Uruguay no tiene arroz ni trigo transgénicos, lo que sí sucede, por ejemplo, en Estados Unidos.

En la actualidad las malezas ya se hicieron resistentes al glifosato, por lo tanto, hay que agregar otros herbicidas. Lo mismo pasó con el Bacillus thuringiensis en el caso del maíz.

Comenzaremos a ver cómo puede repercutir en la salud el tema de los insumos de estos cultivos. El total de hectáreas dedicadas a cultivos en nuestro país, en la zafra de verano de 2012 – 2013, fue de 1.403.000, de las cuales fueron dedicadas a cultivos transgénicos 1.140.000. Quiere decir que el 81% de la tierra cultivable se dedicó a cultivos transgénicos.

Otro hecho fundamental y que está generando juicios por todos lados —no solo en nuestro país sino en todo el Cono Sur, Estados Unidos, Canadá, etcétera—, es la polinización cruzada. Si tengo un cultivo de soja transgénica y al lado hay otro no transgénica, este último es contaminado. Esto trae serios problemas con aquellos productores que no quieren tener cultivos transgénicos. También tiene su repercusión en la apicultura. Hoy en día el productor ya sabe que cuando pasa el avión, muchas de sus abejas pueden morir. Hay un trabajo elaborado por biólogos y químicos de nuestra Facultad de Ciencias sobre los Esteros de Farrapos, en el Río Negro, que es un área protegida. Los apicultores les pidieron que estudiaran sus abejas y se encontró en la cera de los panales residuos de plaguicidas. Además, en las abejas muertas se encontraron residuos de plaguicidas.

La contaminación de las fuentes de agua es algo muy serio en este momento en el país, y se debe al aumento importantísimo del uso de fertilizantes. ¿Por qué tenemos que fertilizar más nuestros campos para este tipo de cultivo? Porque se demostró que la soja extrae muchísimo más fosfato, potasio y nitrógeno de nuestros suelos que los cultivos convencionales. Si hay un exceso de fósforo en los fertilizantes se transformará en fosfato en el agua y es lo que produjo las floraciones algales y que repercutieron en la toma de agua del río Santa Lucía.

Con relación a los criterios de riesgos en el uso de las sustancias químicas debo decir que hay muchos, aunque en la lámina solamente incluí dos. El primero de todos es la toxicidad que puede tener una sustancia química cuando se sintetiza. Las de alta toxicidad comprobadas, por lo menos, a nivel de laboratorio, van a tener dificultad para ser comercializadas. El segundo criterio —y no menor— es el volumen de uso. Eso es lo que está pasando en el Uruguay y en todos los lugares que tienen cultivos transgénicos. El volumen de uso de plaguicidas ha aumentado en una forma increíble. Muchos dirán que eso obedece a que se plantan más hectáreas y si bien eso es cierto, no es la causa. Se usa más plaguicida por hectárea de lo que se utilizaba antes; se pasó de 2,5 o 3 litros a 6 y 8 litros. Los herbicidas ocupan el 75% de los plaguicidas que importa nuestro país. La importación de Clorpirifós, por ejemplo, que es un insecticida, se ha multiplicado por veinte.

Asimismo, la población expuesta a estos productos ha cambiado para mal. Antes, la población expuesta estaba conformada por el aplicador del plaguicida, pero hoy en día abarca a todos los seres humanos que viven cerca de un cultivo de soja o maíz transgénicos.

¿Cuál es el problema? Cuando pasa el avión o el mosquito —se le llama al aparato colocado en un tractor, que tiene dos brazos de veinte metros cada uno— descarga un volumen muchísimo mayor al que manejaba el aplicador con su mochila o con un pequeño tanque en su tractor.

La forma de uso es otro problema. La avioneta y el mosquito tienen lo que se llama una deriva del producto mucho mayor que con los cultivos convencionales. Por eso es que la población expuesta está conformada por la gente que vive en una zona de campaña totalmente rodeada por la soja. Habrán oído por la prensa que ha habido escuelas rurales que han sido fumigadas.

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS FRECUENTES

Los efectos crónicos de la mayoría de los plaguicidas son las dermopatías, ya sea la despigmentación, la hiperpigmentación y las úlceras; la neuropatía periférica, causada por órganos fosforados; la hiperreactividad respiratoria por la gran niebla que se genera cuando se aplican estos productos. Si esa reactividad aumenta termina siendo una patología que se ha aceptado en las últimas décadas, conocida como sensibilidad química múltiple. Asimismo, vale destacar que la neuropatía periférica causada por los organofosforados fue probada en 1989 en el Servicio de Toxicología en pacientes que nunca habían tenido una intoxicación aguda.

Los efectos crónicos o a largo plazo de los plaguicidas que se aceptan en la actualidad, por estudios epidemiológicos y de caso, son la carcinogénesis y la disrupción endócrina; hay plaguicidas que simulan nuestras hormonas, otras las inhiben y algunas provocan un desequilibrio.

Las alteraciones reproductivas ya están más que reconocidas. También se presentan alteraciones neuropsicológicas e inmunológicas; lo que hoy en día más se está estudiando es la genotoxicidad.

El tema plaguicidas y cáncer tiene mucha actualidad. Como se ve en la lámina, el que encabeza la lista es el fenoxiacético 2.4-D con el famoso cáncer a la sangre, tal como se le llama hoy. Las Atrazinas están imputadas a nivel de cáncer global. Están los órganos clorados, con las leucemias, linfomas, etcétera, y cáncer de mama. En el Servicio hicimos un trabajo estudiando los niveles de órganos clorados en la grasa peritumoral de los cánceres de mama en mujeres uruguayas, comparándolas con el grupo testigo de mujeres que tenían un tumor benigno. Los niveles de órganos clorados en el cáncer de mama eran más altos.

Con respecto al cáncer en la infancia, relacionado con los plaguicidas, cabe destacar que ya hay trabajos que relacionan la exposición ocupacional de los padres y la aparición de cáncer en la infancia. De ahí que vale el principio precautorio de que las mujeres no debieran trabajar en los viveros. Sin embargo, en el Uruguay he tenido oportunidad de visitar viveros, en los que había mujeres trabajando. Algunas han comentado que caen desmayadas.

Hoy se utiliza un fungicida en la soja

sigue en pág. 4

En el vecindario, finales lamentablemente anunciados

No nos alegra por cierto el tembladeral que sufren los pueblos de nuestros dos grandes vecinos. Para aquellos que observábamos el proceso que se venía desarrollando en el vecindario cercano, esto es una especie de final anunciado.

Somos conscientes que las cercanas y dolorosas incertidumbres pueden afectarnos como país, pero ello no nos impide mantener una ancha confianza en la madurez y responsabilidad de nuestro sistema político y en lo más inmediato, en la lucidez intelectual de quienes sustentan en este presente el timón de la conducción del Estado.

Confianza también en la reflexiva y calma actitud de nuestro pueblo que a lo largo de la historia ha aprendido que es en la acción y no en el quietismo y en la solidaridad y no en el egoísmo las que lo llevará a seguir conquistando más salud, más educación, más equidad, más justicia, más igualdad, más conocimiento, más autonomía, más construcciones, respaldando la línea de acción de quienes se diferenciaron radicalmente de las "soluciones" predicadas por fríos tecnócratas. Tecnócratas que han temido a los cambios o están comprometidos con los grandes centros de poder y los grandes intereses financieros y económicos de aquí, de allá y de más allá.

Profundizar lo logrado hasta el presente debería ser el buque de insignia de una gran política de Estado. Señalando sus debilidades y no silenciando sus fortalezas. Asumiendo por la administración los errores por no haber logrado todos los objetivos buscados y, de parte de los críticos, por no haber aportado en tiempo y forma las soluciones que tuvieran.

Búsqueda de una política de estado con coraje y con lealtades, trascendiendo intereses, tendiendo puentes, escuchando la multiplicidad de voces para el logro de una síntesis inteligente, levantando ideas fuerzas que sean comprensibles para todos, y para que sea el NOSOTROS y no el YO el constructor de los caminos.

Nosotros que sienta que las inequidades aún presentes serán superadas por las dignidades en las que se sustenten sus propias construcciones y un nosotros que sienta que un mañana es posible porque ha sido construido por la voluntad de todos.

Con esa actitud y con esa fortaleza sintamos, comprendamos y demostremos entonces por qué somos diferentes a nuestros vecinos y sepamos ver con inteligencia cuales son los caminos que ellos han seguido para no cometer el error de transitarlos. 14.08.2019

Elbio Diego Alvarez Aguilar (DIRECTOR)

Programa de Salud Bucal lleva el nombre María Auxiliadora Delgado

Al nombre del programa de Salud Bucal se le agregó María Auxiliadora Delgado, en homenaje a la esposa del presidente Tabaré Vázquez, quien fue la madrina del plan, anunció el jueves 15 la vicepresidenta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Marlene Sica. "Desde el directorio del organismo no encontramos mejor manera que honrar a su persona, trayectoria y objetivos que se planteaba", destacó.

Sica explicó, en un acto realizado en la sede de ASSE, que "el compromiso, la dedicación, la colaboración y el trabajo permanente de la mentora, quien presidió y llevó adelante desde 2005 la Comisión Honoraria Asesora que posteriormente dio lugar al Programa Nacional de Salud Bucal, la señora María Auxiliadora Delgado", hace que se le brinde el homenaje de incorporar su nombre al programa.

"Junto a la señora Delgado hubo una planificación y la intención de mostrar los logros y de comprometernos a trabajar aún más en forma unificada en una nueva institucionalidad que nos desafía a cumplir con ese objetivo", añadió la funcionaria en el lanzamiento de la Unidad de Educación, Prevención y Diagnóstico de Salud Escolar de ASSE, en Montevideo, en un acto presenciado por el presidente Tabaré Vázquez, entre otras autoridades.

"Desde el directorio de ASSE no encontramos otra mejor manera que honrar a su persona, su trayectoria y los objetivos que se planteaba inicialmente que nombrar, y es de absoluta justicia, al Programa de Salud Bucal con el nombre de María Auxiliadora Delgado (fallecida el 31 de julio), en reconocimiento explícito a su dedicación", afirmó, lo cual provocó el espontáneo aplauso de los presentes. "Tal como ella lo decía, quienes mejor explican de qué se trata el programa y qué perseguimos con los objetivos es escuchar a quienes, de primera mano, dicen y establecen cuál es la finalidad del programa", rememoró.

En un video emitido en el acto en ASSE, se reprodujeron declaraciones de Delgado, entre las que se incluyeron las siguientes: "Llevar adelante este programa, una constatación que hemos hecho en el recorrido por todo el país, muestra las carencias que tenemos los uruguayos en salud bucal. ¿Por qué en las escuelas? Porque estas y la familia son las bases de la formación de las personas". "Al alentar al niño, trabajando junto a él, estaremos ayudándolo a desarrollar hábitos saludables".

"Este programa de Salud Bucal es un entendimiento entre Gobierno nacional y actores de la sociedad civil. Debemos trabajar para el futuro y así trascender generaciones. Entendemos que es la forma como debe trabajar el Gobierno, dar oportunidades a quienes no las han tenido nunca".

DIRECTOR RESPONSABLE Y COORDINADOR GRAL.:
Prof. Elbio D. Alvarez - Adj. Lic. Sebastián Alvarez Melgar
COORDINADOR MÉDICO Y DIRECCIÓN TÉCNICA:
Dr. Juan José Arén Frontera
ADMINISTRACIÓN Y EDICIÓN
PUMEES S.R.L. (Publicaciones Médicas Especializadas)
DOMICILIO
Dr. González 978 - C.P. 94000 - Florida -
Uruguay. Telefax: 435 23833 - Ancel 099 351 366
E-MAIL: elbioalvarez@eldiariomedico.com.uy
M.I.E. y M. 299108 - M.E.C. Exp. Nº 1105/98 (T. XI F. 184)

COLUMNISTAS INVITADOS
Ac. Dr. Antonio Turnes; Dr. Miguel Fernández Galeano;
Dr. Fernando de Santiago; Dr. Federico Stipanicic;
Dr. Pablo Vázquez; Dr. Alvaro Margolis; Dr. Enrique Soto;
Dra. Silvia Melgar; Dr. Homero Bagnulo; Dr. Ramón Soto;
Lic. Pablo Anzalone; Ac. Dr. Néstor Campos;
Dr. Daniel Pazos; Dr. Enrique Dieste; Dr. Santiago Cedrés;
Pof. Dra. Patricia Fierro Alanís; Dr. Uruguay Russi;
Tecnóloga Anny Milai Melo; Dra. Gabriela Píriz Alvarez

DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN
Marcelo Cortazzo Seoane - 099 120 067 - 435 22069
FOTOGRAFÍA Y LOGÍSTICA
Diego Alvarez Melgar - 095 505 811
DISEÑO WEB Y ADJUNTO A DIRECCIÓN
Lic. Sebastián Alvarez Melgar - PUMEES S.R.L.
PRODUCCIÓN:
Teléfonos: 2408 37 97 - Ancel: 099 351 366
eldiariomedico@eldiariomedico.com.uy - eldiariomedico1@gmail.com
http://www.eldiariomedico.com.uy
Los artículos firmados son de exclusiva responsabilidad de sus autores. Se autoriza la reproducción total o parcial de lo publicado en esta edición mencionando la fuente

Ministerio de SALUD
assesalud
Publicación técnica de actualización permanente de INTERES
Montevideo de Todos
Publicación científica nacional nacida en Florida, de INTERÉS DEPARTAMENTAL
FLORIDA Departamento Abierto

viene de pág. 2

para matar los honguitos que crecen alrededor de la planta, Mancozeb. Su metabolito, etilentiourea, altera la síntesis de las hormonas tiroideas. La Regional Norte de la Universidad de la República hizo un estudio en el que aparecieron diagnósticos de hipotiroidismo subclínicos por laboratorio, siendo el Mancozeb el fungicida más usado.

Estos trabajos muestran que, al menos por lo que se sabe hasta el momento, no es el alimento transgénico el que nos afecta, sino los plaguicidas que se utilizan.

En Estados Unidos se habla de que la enfermedad celíaca y la intolerancia al gluten aumentan en forma muy alarmante. Al respecto, hay un trabajo de Samsel, de 2013, que lo asocia con el tema del glifosato. Como dijimos, éste atraviesa la membrana intestinal y circula por el organismo.

LAS CIANOBACTERIAS Y SUS EFECTOS

Un artículo reciente de investigadores de la Facultad de Ciencias, ante la evidencia de haberse visto cada vez con mayor impacto las cianobacterias en las costas del Río de la Plata en el pasado verano, entre otros elementos vinculan las cianotoxinas y salud. Dicen estos autores:

"Las floraciones de cianobacterias que cubren grandes extensiones de la costa del Río de la Plata tienen su origen principalmente en los grandes embalses de la cuenca del Río Negro (Rincón del Bonete, Baygorria y Palmar) y Río Uruguay (Salto Grande). Su presencia en las playas se vincula con veranos lluviosos, debido a que los altos caudales provocan que los embalses viertan el agua superficial donde se encuentran las floraciones al cauce del río. Las floraciones se transportan aguas abajo hasta llegar al río de la Plata donde continuaría su crecimiento. Dependiendo de la cantidad de agua dulce aportada al Río de la Plata, las floraciones pueden avanzar por la costa de Colonia, San José, Montevideo y Canelones. Como las cianobacterias pueden flotar gracias a vesículas de gas que contienen en las células, se acumulan en la superficie y son transportadas por la acción de viento. Esto produce grandes acumulaciones en las playas con importantes riesgos para la salud humana por contacto directo. Dependiendo del patrón de vientos predominante, pueden llegar a las costas de Maldonado y excepcionalmente a Rocha donde tienden a morir por el agua salada."

"Las cianobacterias pueden producir una amplia gama de toxinas (cianotoxinas). Este es tal vez el mayor peligro asociado a los eventos de floraciones donde se acumulan miles de millones de células que liberan toxinas. Las toxinas que producen son nocivas para los animales y para el ser humano. Por esta razón, la potabilización de agua contaminada con cianobacterias requiere de la implementación de tratamientos costosos como la aplicación de carbono activado para su descontaminación.

Las cianotoxinas más frecuentes son hepatotoxinas (microcistinas) y neurotoxinas (saxitoxinas), que producen daños hepáticos y neuronales respectivamente. Los efectos son diversos y los más comunes incluyen trastornos hepáticos o gastrointestinales como vómitos, diarreas y cefaleas. También generan irritaciones de diverso tipo en la piel y en mucosas. Es frecuente que estos síntomas se confundan con otras enfermedades a la hora de realizar un diagnóstico ya que no son específicos. En casos extremos se puede llegar a la muerte, incluso en pocos días.

El efecto que puedan tener las cianotoxinas depende también del tipo de contacto que tenga el ser humano con las floraciones. El contacto directo con la piel es frecuente en las playas. En particular los bañistas son una población muy vulnerable porque se sumergen al agua, siendo los niños los más vulnerables por su bajo peso y porque juegan en la orilla del agua donde tienden a acumularse las cianobacterias. Las cianobacterias acumuladas en la orilla forman una "resaca verde" que se descompone liberando las toxinas y favoreciendo el crecimiento de otras bacterias, por lo que son sitios que se deben evitar. La ingesta del agua es una forma más directa y peligrosa de entrar en contacto con las cianotoxinas. Esto ocurre accidentalmente al nadar o jugando en el agua. Otra forma muy directa de exposición a las toxinas es por la aspiración del spray con gotas microscópicas de agua conteniendo cianotoxinas (por ejemplo, por las olas que rompen en la orilla de la playa, nadando o en embarcaciones) e ingresan al torrente sanguíneo sin pasar por los procesos digestivos. Nuevamente en este caso los niños son los más vulnerables."

La OMS y la FAO han elaborado conjuntamente el Código Internacional de Conducta para la Gestión de Plaguicidas. Este marco de carácter voluntario, cuya edición más reciente se publicó en 2014, guía a las autoridades gubernamentales de reglamentación, el sector privado, la sociedad civil y las demás partes interesadas sobre las mejores prácticas en el manejo de los plaguicidas durante su ciclo de vida, desde su producción a su eliminación.

Ref.: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pesticide-residues-in-food

A instancias del SMU fiscalía adopta medidas para incrementar seguridad en los equipos asistenciales

Una propuesta del sindicato llevada al Fiscal de Corte meses atrás, fue agregada a una instrucción sobre "Medidas cautelares en el Sistema Penal Acusatorio".

El Sindicato Médico junto a la Federación de Funcionarios de la Salud Pública (FFSP) y la Federación Médica del Interior (FEMI), vienen coordinando desde hace varios meses con Ministerio del Interior y Fiscalía la implementación de medidas para mejorar de seguridad dentro de los centros de salud.

En esta línea, en una reunión mantenida el pasado mes de febrero con el Fiscal de Corte, Dr. Jorge Díaz, donde participó además el asesor jurídico del SMU en materia penal, Dr. Jorge Barrera, los gremios solicitaron soluciones para las situaciones de riesgo potencial que tienen de sufrir agresiones durante la atención médica de pacientes internados que están siendo indagados por el Ministerio Público (Fiscalía)

En el período que transcurre desde la toma de la declaración y otras acciones legales hasta la formalización, la personas solo tenía guardia policial asignada en forma permanente las primeras 48 horas, luego hasta no quedar en carácter de formalizada, la dejaba de tener, lo que implicaba un riesgo para los trabajadores, los usuarios y el mismo paciente.

En aquel momento el fiscal de corte mencionó que se trabajaría en acordar un protocolo en el marco del nuevo Código del Proceso Penal (CPP) y sin vulnerar derechos, para garantizar la asignación de custodia policial en estas situaciones de riesgo. En el día de hoy, el SMU fue informado sobre la nueva instrucción de la Fiscalía donde se contempla esta situación.

Precisamente en el punto XI.II, "Medidas cautelares a solicitar en el transcurso de la investigación preliminar", la instrucción dice:

Merece especial atención la situación de aquellas personas que ingresan en algún centro asistencial de salud sin formalizar y se prevé su permanencia en el recinto hospitalario más allá de las 48 horas (art. 16 de la Constitución). Esta circunstancia dificulta la celebración de la audiencia de formalización y por ende, la resolución acerca de la solicitud de disponer medidas cautelares que pudiera solicitar el fiscal interviniente (art. 266.6 del CPP).

Sin perjuicio de la posibilidad de realizar la formalización en el propio recinto hospitalario y con ella el pedido de medidas cautelares (art. 221 del CPP) o solicitar la orden de detención del imputado que se efectivizan una vez dado de alta- los fiscales deben solicitar las medidas cautelares de prohibición de salir de determinado lugar que asigne

el centro hospitalario y la prohibición de comunicarse con determinadas personas siempre que no se afecte el derecho de defensa. Deben solicitar además, la correspondiente custodia policial a los efectos de asegurar el cumplimiento de la cautela dispuesta en estos casos.

El Dr. Jorge Barrera asesor en materia penal del SMU, trabajó junto a los demás sindicatos en viabilizar una propuesta de trabajo que pudiera generar un marco regulatorio apropiado.

El Presidente del SMU, Dr. Gustavo Grecco, se mostró muy satisfecho con la medida implementada ya que surge de una inquietud de los gremios y logra ser plasmada en un documento público tangible.

Grecco dijo a Ser Médico que "este tema no lo olvidamos, por el contrario, todos los días estamos trabajándolo con el objetivo claro de brindar la mayor seguridad a los trabajadores de la salud en cada una de las áreas asistenciales de los centros sanitarios donde se desempeñan».

Fue inaugurado el resonador magnético de ultima generación en el Pereira Rossell

Quedó inaugurado el martes 23 de julio, el nuevo Resonador Magnético de última generación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que continúa incorporando tecnología de punta que mejorará sustancialmente el Servicio de Imagenología y la atención en este Centro de Referencia Nacional. Con una inversión en obras y equipamiento de 38 millones de pesos, brindará cobertura a casi 300.000 niños usuarios de ASSE, así como a los adultos que lo requieran. "La Salud Pública sigue marcando el listón de calidad de la atención en Uruguay", señaló en la oportunidad el Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula.

Se trata de un Resonador Nuclear Magnético (1.5 Tesla) del CHPR, posee las más completas y modernas aplicaciones, que permitirán obtener imágenes rápidas y de muy alta calidad, contribuyendo a la mejora en la asistencia y al apoyo diagnóstico a la Red de ASSE.

La Dra. Victoria Lafluf, Directora General del Centro Hospitalario, manifestó que el equipamiento "permitirá continuar mejorando la calidad de la asistencia, tanto de los niños, niñas, adolescentes y mujeres", evitando además los traslados.

Agregó que el equipo, "forma parte de un plan de recambio y de incorporación de tecnología", y posibilitará la realización de "entre 300 y 400 resonancias mensuales, no solamente de usuarios del Hospital, sino de otros centros de la red asistencial de ASSE, tanto de pediatría como de adultos".

Indicó asimismo, que "hemos trabajado mucho en la mejora de las salas de espera -para mejorar la experiencia del usuario y su familia-, así como los consultorios", apuntando además a fortalecer "las condiciones de trabajo del equipo del Servicio de Imagenología".

En ese sentido, expresó que "es la forma que entendemos de trabajar", mejorando no solo la calidad en materia de infraestructura, equipamiento y tecnología, sino desde el punto de vista humano.

Por su parte, el Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula, resaltó que la incorporación es un hito "realmente muy importante", porque "es un equipo de última generación, de gran potencialidad, que convierte a este Centro de Imagenología en un Centro de Referencia Nacional, con una expectativa de mejora de la calidad en perspectiva de redes".

El jerarca resaltó que contar con este tipo de tecnología en la Salud Pública, posibilita realizar todos los estudios en el Hospital, generando un ahorro que puede volcarse en recursos humanos para el fortalecimiento del servicio; al tiempo que valoró al personal técnico del mismo. "Hay mucho por hacer, pero cada paso que damos, es afirmar el rol de la Salud Pública en el Sistema", dijo Carámbula.

Segundas Jornadas Internacionales de Cirugía Plástica en Pediatría

Se realizaron las Segundas Jornadas Internacionales de Cirugía Plástica en Pediatría, con la participación de profesionales uruguayos, de Argentina y Chile.

La Vicepresidenta de ASSE, Dra. Marlene Sica, resaltó en la mesa de apertura, la importancia de las jornadas, no solo desde el punto de vista del intercambio académico, sino también de experiencias, discusión y puesta al día de conocimientos, entre profesionales uruguayos y de otros países de la región.

La jerarca subrayó la trayectoria del Hospital Pereira Rossell en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), por múltiples motivos, entre ellos, la especificidad de algunos de sus servicios, como lo es precisamente la Unidad de Quemados y Cirugía Reconstructiva Pediátrica.

RESULTADOS CON ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Señaló que dicha Unidad, presenta muy buenos resultados asistenciales, con altos estándares de calidad; garantizando además la equidad, ya que no solo atiende a niños y adolescentes quemados y con otras patologías de ASSE, sino también del sector privado, a través del Fondo Nacional de Recursos.

Sica recordó que dicha Unidad, fue remodelada el pasado mes de mayo, incorporándose además moderno equipamiento, destacándose una bañera de última generación para el tratamiento de los pacientes; al tiempo que valoró la calificación de los profesionales que trabajan en el área.

DRA. BEATRIZ MANARO

En tanto, la Dra. Beatriz Manaro, Jefa de Servicio de UNIQUER, manifestó su satisfacción por el desarrollo de las Jornadas, que tienen carácter gratuito e involucran a profesionales de todo el Hospital Pereira Rossell; además de los invitados extranjeros.

Asimismo, evidenció su beneplácito, por el hecho que la Unidad está nominada para el Premio Nacional de Calidad, y "estamos presentándonos para ser Centro de Referencia Nacional", puntualizó.

Manaro enfatizó, asimismo, la importancia del reacondicionamiento realizado recientemente a la planta física y los equipos incorporados, que permiten a la Unidad contar con estándares de calidad y asistencia comparables a los mejores servicios internacionales en la materia.

ASSE presentó informe y desafíos sobre trabajo realizado en Género y Generaciones

La Vicepresidenta de ASSE, Dra. Marlene Sica, participó el viernes 9 de agosto, de la última sesión "Gestión 2015-2020" del Consejo Nacional de Género, convocada por el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social. Dicho Consejo se trata de un espacio interinstitucional de diseño y definición de líneas estratégicas en la materia; identificándose, a su vez, los próximos desafíos 2020-2025.

En la ocasión, Sica expuso un informe con las principales políticas llevadas adelante en ASSE, teniendo en cuenta que las temáticas de Género y Generaciones, son un eje transversal en el trabajo desarrollado por equipos del organismo.

Cabe destacar que el Consejo Nacional de Género (CNG), se creó en el año 2007 en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Presidido por el Instituto Nacional de las Mujeres, integra las voces de la Academia y la sociedad civil en sus diferentes expresiones.

Desde sus inicios define las políticas públicas de género y promueve su diseño, ejecución y evaluación, orientados al fortalecimiento de derechos de mujeres y hombres desde una perspectiva de género.

El Consejo Nacional de Género está integrado por los 12 Ministerios junto al Poder Judicial, las cámaras empresariales, Universidad de la República, Consejo de Intendentes, CNS, PIT-CNT, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, ANEP, BPS, Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, INEFOP, ASSE.

Resaltan reconstrucción del Hospital de Dolores con instalaciones más modernas y actualizadas

Tras al tornado de abril de 2016, el Hospital de Dolores "había quedado con su infraestructura muy deteriorada, al punto tal que hubo que trasladar pacientes y armar un plan de contingencia. Hoy nos encontramos con un Hospital remodelado, con toda la infraestructura en excelentes condiciones, e incluso se mejoró con instalaciones más modernas y actualizadas. Esos 46 millones de pesos que se invirtieron rindieron mucho", resaltó el Ministro de Salud, Dr. Jorge Basso. La reconstrucción del Hospital y la incorporación de nuevas áreas, como Fisioterapia y Hospital de Día, fueron realizados con fondos de ASSE.

Las declaraciones del jerarca fueron vertidas en una recorrida que realizó el lunes 22 de julio por las instalaciones del Hospital, junto a la Vicepresidente de ASSE, Dra. Marlene Sica, equipos de trabajo de ambos organismos, autoridades nacionales y departamentales.

Por su parte, la Directora (i) del Hospital, Dra. Lucía Nakle, recordó que tras al tornado, y a los efectos de ir habilitando los sectores, se realizaron obras en techos, eléctrica, cableado de telefonía y datos. En el caso de los techos, se utilizó hormigón pre-armado y se realizó un reacondicionamiento del equipamiento y mobiliario del sector. "En materia edilicia quedó optimizado", dijo, al tiempo que resaltó la inauguración de nuevas áreas, como Fisioterapia y el Hospital de Día para el tratamiento de pacientes oncológicos.

Asimismo, valoró las mejores condiciones en que quedaron las distintas instalaciones tras la remodelación, como por ejemplo la Emergencia, el sector de Internación y el Block Quirúrgico, así como de áreas como el Laboratorio y el Servicio de Radiología (RX, ecografías, y mamografía). Al respecto, señaló el avance obtenido con la incorporación de un mamógrafo digital donado por la Comisión Honoraria para la Lucha contra el Cáncer.

Mencionó también, que se efectuaron obras en Sala de Espera, Farmacia, Atención al Usuario y Afiliaciones.

Nakle indicó que, a mayo de 2019, el Hospital atiende a poco más de 11 mil usuarios. "El año pasado tuvimos 1500 consultas en Puerta de Emergencia y 21.700 en Policlínica. El 25% de las consultas en puerta son de Pediatría y el 75% de Adultos".

La Puerta de Emergencia, incluye tres boxes y una Unidad RCP, apartados de observación compuestos por dos camas y el área de internación con otras 10 camas de cuidados moderados para pacientes adultos distribuidas en habitaciones con equipamiento para dos pacientes, baño privado y aire acondicionado.

Señaló que el Centro es de adultos y cuenta con 24 camas polivalentes, con apartados de 2 camas y salas de 3, todas con baño privado y el confort necesario.

Actualmente, "se está tratando de mantener las condiciones, con arreglos en la fachada, pisos y pequeñas mejoras", todo lo cual redunda en beneficio de los usuarios.

Visítanos en FACEBOOK
El Diario Medico

Jornada de Farmacovigilancia en Tratamientos Antirretrovirales en Pacientes con VIH

Se desarrolló el miércoles 7 de agosto, una Jornada de Farmacovigilancia en Antirretrovirales, es decir, centrados en los tratamientos para pacientes con VIH. La actividad se desarrolló en el Salón de Actos del edificio central de ASSE en Montevideo, y fue transmitido a través del sistema de videoconferencia a profesionales y técnicos de todo el país.

La Vicepresidenta de ASSE, Dra. Marlene Sica, destacó la importancia de la instancia, fundamentalmente desde el punto de vista académico, con intercambio de experiencias, conocimientos y actualización en la temática.

Sostuvo que, para la institución, el tratamiento con antirretrovirales para los pacientes con VIH, "nos obliga y desafía a garantizar los estándares de calidad necesarios para la adquisición y realización de tratamientos".

Sica valoró, además, la conjunción en la jornada, de la Academia, el Ministerio de Salud y Laboratorios, así como de médicos infectólogos, internistas y de familia, respectivamente; químicos farmacéuticos, farmacólogos y licenciados en enfermería integrantes de los Comités de Seguridad del Paciente.

Por su parte, la Q.F. Mariela Méndez, del Área de Medicamentos, Farmacia y Prestaciones Especiales de la Gerencia Asistencial de ASSE, subrayó que se trató de una jornada de sensibilización, con base en las nuevas guías de tratamiento de infecciones por VIH del Ministerio de Salud.

Al respecto, destacó que, durante el transcurso de la actividad, expusieron representantes de dicha Cartera, de la Academia y de los Laboratorios, en este último caso, en lo que refiere a la seguridad de sus productos.

Méndez indicó que además se abordó la experiencia de descentralización del tratamiento del paciente con VIH en la Red de Atención Primaria Metropolitana en relación a la atención farmacéutica; así como la práctica llevada adelante en el Hospital Español y los datos del Centro de Atención de Enfermedades Infecto Contagiosas, vinculada a la adhesión o resistencias a los planes de tratamiento de los usuarios de ASSE.

MARCA UN ANTES Y UN DESPUÉS EN LA CIRUGÍA ENDOVASCULAR NEUROLÓGICA

Hospital de Tacuarembó inauguró el angiógrafo más moderno del país

Quedó en funcionamiento en el Hospital Regional de Tacuarembó, un angiógrafo digital de última generación, que se convirtió así en el más moderno del país. La Vicepresidenta de ASSE, Dra. Marlene Sica, resaltó que la incorporación de este equipo, "marca un antes y un después en el tratamiento endovascular a nivel neurológico", dado que posibilita la realización de procedimientos encefálicos cardíacos y vasculares periféricos, para el tratamiento de enfermedades del aparato vascular del cuello y del cerebro, como pueden ser, por ejemplo, aneurismas cerebrales y malformaciones arteriovenosas.

La puesta en funcionamiento del equipo, tuvo lugar el lunes 5 de agosto, en el marco de las Primeras Jornadas Internacionales de Patología Neurovascular llevadas adelante en el Hospital, cuyo Director es el Dr. Ciro Ferreira.

La Vicepresidente de ASSE, Dra. Marlene Sica, expresó que fue "un día muy significativo no solo para ASSE, sino para el Sistema Nacional Integrado de Salud y la población de Uruguay en general".

Resaltó que la puesta en funcionamiento del angiógrafo digital, por su característica dual, "permite no solo intervenciones endovasculares neurológicas", sino también "a nivel cardiovascular y vascular periférico", posibilitando acceder a procedimientos en donde la cirugía abierta no puede llegar. El costo del equipo supera los 700 mil dólares.

De esta manera, "se marca un antes y un después en la cirugía y tratamiento endovascular a nivel neurológico", y "sucede en el Hospital de Tacuarembó, a más de 400 kilómetros de Montevideo". Destacó que esto, además, "permite consolidar el equipo, la excelencia y la calidad de atención que brinda este Hospital".

Durante el transcurso de la jornada, se efectuaron procedimientos que fueron transmitidos en el mismo momento en el anfiteatro del centro asistencial. Al respecto, Marlene Sica subrayó que "se comenzó con dos pacientes, con un éxito absoluto".

La jerarca hizo énfasis, asimismo, en el reconocimiento que en la oportunidad se realizó a la Dra. Teresa Lin, neuroradióloga pionera en nuestro país, con una reconocida trayectoria. "Ella consolidó un equipo técnico en un momento en que era muy necesario para el Hospital", manifestó.

Hospital de Ojos alcanza las 90.000 cirugías, 60.000 de ellas por cataratas

A 12 años de la instalación del Hospital de Ojos José Martí, el centro alcanzará las 90.000 cirugías realizadas, de las cuales unas 60.000 fueron por cataratas. El hospital ofrece capacidad para la atención de todas las patologías de las alteraciones oculares y, además, atendió de forma ambulatoria a 700.000 usuarios. También incorporó 15 equipos de tecnología de vanguardia con una inversión que supera el millón de dólares.

DESDE EL 2007 A ACÁ

El Hospital de Ojos "nació en 2007, como un centro de cirugía de cataratas, y en el correr de los años incorporó equipos para estudios diagnósticos y tratamientos quirúrgicos avanzados", definió la directora del centro de salud, Sandra Medina, en diálogo con la Secretaría de Comunicación Institucional. Remarcó que, gracias al notorio progreso en la incorporación de tecnología, todas las etapas de la atención a las alteraciones de la vista son tratadas en este lugar, desde lo médico, preventivo, quirúrgico hasta la rehabilitación.

QUIENES PUEDEN ACCEDER A SUS SERVICIOS

Quienes acceden a esos servicios son los usuarios del prestador público, pero también jubilados y pensionistas del sector privado, que son atendidos a partir del convenio firmado entre el Banco de Previsión Social (BPS) y las mutualistas.

También acceden los trabajadores activos, a través del acuerdo existente con el PIT-CNT.

EN SETIEMBRE SE TOTALIZARÁ LA CIFRA DE 90 MIL CIRUGÍAS.

Cataratas,transplantes,cirugías refractivas y cross linking

En 12 años consultaron 700.000 usuarios en el hospital. A ellos se suman unas 15.000 consultas resolutivas en el interior del país y 9.000 controles a niños en escuelas a través del Programa de Salud Visual.

En setiembre se totalizará la cifra de 90.000 cirugías, 60.000 de ellas de cataratas. Las restantes corresponden a operaciones en córnea (trasplantes, cirugía refractiva y cross linking para el tratamiento del queratocono).

VITRECTOMÍAS, FOCORREFRACTIVAS, PRÓTESIS OCULARES

Para el segmento posterior del ojo se realizan vitrectomías y se colocan lentes intraoculares tóricos para quienes padecen astigmatismo, lo cual evita el posterior uso de lentes. También realizan cirugías focorrefractivas en jóvenes que no toleran los lentes o registran miopía elevada, y cuentan con un sistema de rehabilitación y prótesis oculares.

EL ÉXITO DE LOS PROCEDIMIENTOS

En cuanto al éxito de los procedimientos, Medina explicó que la cirugía de cataratas genera un muy buen pronóstico visual en el 99 % de los casos, cuando no hay otra patología asociada. En otras intervenciones del segmento posterior del ojo los resultados pueden ser distintos en función de otras afecciones, como por ejemplo la diabetes, que reduce los pronósticos visuales en pacientes con una retinopatía avanzada, complementó.

SE INCORPORARON 15 EQUIPOS DE TECNOLOGÍA AVANZADA FINANCIADOS POR ASSE Y OTRAS INSTITUCIONES

En estos años se incorporaron al hospital unos 15 equipos de tecnología avanzada, con el financiamiento de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el apoyo de instituciones con las que esta entidad mantiene convenios, lo que implicó una inversión superior a 1,1 millones de dólares. Estas mejoras permitieron que se pueda realizar unas 50 cirugías diarias, cerca de 1.000 por mes, mejorándose el promedio del centro.

Las primeras incorporaciones de equipos se destinaron al área de diagnóstico y tratamiento. Actualmente se apunta a renovar el equipamiento adquirido en 2007 para acompasar el avance tecnológico y a comprar equipos portátiles para cumplir con las acciones en el interior.

En breve se incorporará un microquerátomo que permite realizar un corte en la córnea y con ello un trasplante de córnea lamelar que evita el rechazo del receptor al donante.

40 OFTALMÓLOGOS URUGUAYOS Y CINCO TÉCNICOS DE LA BRIGADA CUBANA

Actualmente trabajan 40 oftalmólogos uruguayos y cinco de la brigada cubana que acompaña desde el inicio del proceso. Además, son varios los médicos del interior que comparten horas con el hospital. En paralelo se reciben médicos residentes desde el año 2009, habiendo pasado ya 40 en 10 años. La mayoría de ellos, una vez recibidos, concursa para acceder a un cargo en la institución.

ACCESO PÚBLICO A ATENCIÓN DE SALUD

Hospital de Ojos ofrece servicio gratuito de transporte en Montevideo a usuarios que llegan del interior del país

Los usuarios del Hospital de Ojos que llegan del interior de Uruguay a Montevideo pueden trasladarse en ómnibus gratuito desde la terminal de Tres Cruces hasta ese centro de salud ubicado en el norte de la ciudad. Además, quienes deban permanecer más de un día pueden alojarse junto a su acompañante en una de las 10 habitaciones con baño privado de la sala Tarará, donde también ambos reciben alimentación sin costo.

Además de todos los servicios vinculados a la oftalmología, con equipamiento de tecnología adecuada y equipos profesionales actualizados, el Hospital de Ojos José Martí cuenta con servicios complementarios destinados en especial a quienes provienen del interior del país y deben permanecer unas horas o más de un día en Montevideo para realizarse algún procedimiento o tratamiento en el nosocomio ubicado en el Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.

Por un lado, el hospital ofrece un servicio de traslado a sus usuarios de ida y vuelta gratis desde la terminal de Tres Cruces. Quienes deben ser intervenidos, por ejemplo, luego se pueden quedar en la sala Tarará, ubicada dentro del predio, donde además de alojamiento se les brinda almuerzo y cena al paciente y a su acompañante, todo de modo gratuito. Hay allí capacidad para diez camas y baño privado.

La directora del hospital, Sandra Medina, informó que cuentan con un servicio de té y café muy popular entre las personas que concurren a atenderse.

"La gente lo conoce y está muy agradecida por esa atención, siempre pensado que, como centro de referencia nacional, tenemos muchos pacientes del interior del país", comentó.

"Sabemos que se levantan muy temprano y que a veces necesitan estar todo el día en el hospital, por eso, además de las dos pasadas de té y café, se les da alguna colación si es necesario", complementó.

Los usuarios que aguardan en la sala de espera pueden escuchar música funcional, lo cual se considera importante para amenizar la estadía de quienes padecen disminución de su capacidad de ver. Medina dijo que está comprobado que todos esos servicios mejoran la interrelación personal con los pares y que favorece el diálogo también con el especialista que luego los reciba.

A ello se suman las visitas que equipos de unos doce profesionales hacen al interior del país en procura de realizar consultas resolutivas, es decir, sin necesidad de intervención quirúrgica. Unas 15.000 personas pasaron por esa modalidad en varios departamentos hasta el presente.

El Hospital de Ojos José Martí lleva el nombre del héroe independentista y poeta de Cuba como homenaje a la Misión Milagro, un acuerdo de salud firmado en 2007 entre ese país y Uruguay que posibilitó la llegada desde la isla de especialistas en oftalmología y de equipos sanitarios para crear, dos años después, ese centro.

Asumió nueva Dirección en Hospital Vilardebó

El lunes 5 de agosto, asumió la nueva Dirección del Hospital Vilardebó, integrada por el Dr. Artigas Pouy y la Lic. en Enf. Sandra Pérez. El Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula, destacó "el valor de gente que se compromete y asume no en un lecho de rosas, sino al contrario, en un camino difícil", aludiendo a los nuevos desafíos del Hospital y la implementación de la Ley de Salud Mental.

El jerarca agradeció a ambos profesionales, porque "han tenido la voluntad de asumir la conducción en un momento difícil del Hospital" y "de la implementación y desarrollo de la Ley de Salud Mental".

En ese sentido, resaltó que el nuevo paradigma, apunta a "dejar de estigmatizar a los pacientes, porque antes que nada está su dignidad: es el compromiso que tenemos todos en la Salud Pública", aseveró.

Agregó que la nueva ley, "es una construcción colectiva y de derechos", en la cual "tenemos que avanzar".

Por su parte, el Director General entrante del Hospital, Dr. Artigas Pouy, afirmó que "dadas las circunstancias y el momento histórico, asumimos para generar un proyecto de futuro para el Hospital", que al mismo tiempo "vaya acompañando el cambio" impulsado por el cambio del modelo de atención en salud mental.

En tanto, la nueva Directora, Lic. en Enf. Sandra Pérez, subrayó que "hace 23 años que trabajo en esta institución", y "sabemos de los desafíos actuales". Enfatizó en que lo más importante es "fortalecer el Hospital" y "la dignidad de los pacientes".

Asimismo, consideró importante "empoderar el rol de la enfermería", para "mejorar prácticas y cuidados". Al respecto, consideró que "es a través del liderazgo colectivo, que podemos lograr cambios". Cabe acotar que, a este equipo de gestión, lo acompañará en la Subdirección, el Dr. Ruben Perazza.

HOMENAJE A LAS HERMANAS DEL HUERTO, LAS PRIMERAS ENFERMERAS DEL CENTRO ASISTENCIAL

Hospital Maciel inauguró Sala “Dr. Américo Ricaldoni”: Calidad y dignificación de la atención

El jueves 1º de agosto, quedó inaugurada en el Hospital Maciel, la Sala “Dr. Américo Ricaldoni”, dotada del más moderno equipamiento, para brindar mayor calidad, confort y dignidad a la atención de los pacientes. De esta manera, además, se rindió homenaje a las Hermanas del Huerto, las primeras enfermeras del centro asistencial, pioneras en lo hoy conocemos como “Actitud Maciel”.

Así lo explicó el Director del Hospital, Dr. Álvaro Villar, quien comentó que se trata de una Sala para cuidados moderados, con 8 camas, con la cual además “queremos homenajear a las Hermanas del Huerto, que han estado trabajando en el Hospital desde 1856”.

En ese sentido, agregó que “fueron las primeras enfermeras del Hospital, y dejaron una tradición de cuidado al paciente y de apoyo”, no solo desde lo técnico, sino también desde los aspectos “afectivo y espiritual”.

Expresó que precisamente esa impronta, “es lo que ahora llamamos Actitud Maciel, de respeto al otro y al paciente”; y “en la Sala nueva queremos lograr lo mismo”.

Asimismo, subrayó que “ASSE está llevando a cabo estos cambios, tratando que las condiciones de confort y de dignidad en las Salas de Internación sean las mejores”.

Por ese motivo, señaló que, al mismo tiempo, se inauguraron los nuevos vestuarios de funcionarios, teniendo en cuenta la máxima de “cuidar a quien cuida”, y que “el concepto de dignidad que tenemos con el paciente, lo tengamos también en el cuidado de todos nuestros trabajadores”, dijo Villar.

Participaron del evento, el Subsecretario del Ministerio de Salud, Dr. Jorge Quian, el Presidente del Directorio de ASSE, Dr. Marcos Carámbula y el Gerente General, Dr. Alarico Rodríguez, la Directora de la Región Sur, Dra. Virginia Longo, funcionarios del Hospital; así como representantes del ámbito político y religioso, entre otros.

Hospital de Mercedes: 125 años en el corazón de su pueblo

El Hospital de Mercedes celebró su 125º aniversario, con múltiples actividades, la participación del Directorio, la Gerencia General y otras autoridades de ASSE regionales y en territorio, y sobre todo con la comunidad, que ha sido la gran partícipe no solo del festejo, sino de todos estos años, apoyando y colaborando con el centro asistencial, dirigido actualmente por la Lic. Cecilia Acosta. "Es un símbolo de cómo entendemos el Derecho a la Salud, construido desde la ciudadanía", dijo el Dr. Marcos Carámbula, en alusión a la historia del Centro y el compromiso de la sociedad, relatado en la ocasión por el historiador Emilio Hourcade.

"Vivimos con mucha alegría la celebración de los 125 años del Hospital, que tiene una historia construida desde la sociedad. Fueron los vecinos quienes, en su momento, juntaron peso por peso en colectas para lograr el centro asistencial. Es un símbolo de cómo entendemos el Derecho a la Salud, construido desde la ciudadanía", expresó el Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula.

En el marco de los festejos, se realizó una actividad en la Casa de la Cultura, el historiador Emilio Hourcade relató los hitos sobresalientes del centro asistencial, y en el hall del Hospital, durante la tarde, se disfrutó de un espectáculo artístico y se compartió la tradicional torta con usuarios, funcionarios e integrantes de la comunidad.

El relato de Hourcade, sólido no solo históricamente sino también desde esa construcción colectiva que refleja el corazón de un pueblo, hizo referencia a que el mismo fue proyectado en el año 1885, e inaugurado el 18 de julio de 1894. Funcionó en la órbita del gobierno departamental hasta el año 1911, pasando luego a ser administrado por el gobierno nacional, con una estructura de pabellones.

Mercedes fue creciendo. Se necesitaba adecuar las instalaciones. Y así se fueron sucediendo distintas reformas. Pero en 1940 se da un paso trascendente: una comisión integrada por médicos y vecinos, lanza una colecta, junto con un manifiesto que apelaba a la solidaridad y al corazón de las gentes, por el presente y el futuro de la atención de salud de ellos mismos, sus familias y las futuras generaciones. La idea era adecuar aquel edificio y transformarlo en un Centro departamental de Salud Pública.

En octubre de 1941, se alcanzan los 100 mil pesos necesarios que cubrían la mitad de la remodelación edilicia. La otra mitad fue puesta por el Estado. Comienzan las obras para lograr ese objetivo, el día 15 de enero de 1945, siendo Director entonces el Dr. Zoilo A. Chelle.

El 18 de agosto de 1946, se deja inaugurado el moderno Hospital de Mercedes, con una importante ceremonia que contó con la participación del Presidente de la República, Juan José de Amézaga, el Ministro de Salud Pública, Tomás Berreta, el Ministro de Obras Públicas, Dr. Francisco Forteza, el Dr. Ricardo Braceras por la Comisión de Vecinos y el Director del Hospital, Dr. Zoilo A. Chelle: el Hospital lleva su nombre.

El festejo realizado el martes 30 de julio, evidenció como en estos 125 años, el Hospital de Mercedes está en el corazón de sus ciudadanos, quienes desde siempre, han apoyado al centro asistencial y lo siguen haciendo. Fue una celebración con espectáculo, en comunidad y con alegría.

EXPOSICIÓN DEL DR. MARCOS CARÁMBULA EN LÍNEA DE ENCUENTRO "SOMOS URUGUAY"

"La Salud Rindiendo Cuentas": Profundización de la Descentralización y la Regionalización

Hace 10 meses, este Directorio estuvo en la línea de encuentro de Somos Uruguay, presentando los ejes de acción prioritarios que llevaba adelante ASSE. En ese sentido, se ha avanzado en diferentes aspectos, que van desde la profesionalización de la gestión con llamados a Concurso y la Firma de Compromisos de Gestión, la profundización de la descentralización y la regionalización, el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, hasta la conformación del Sistema Nacional Integrado de Traslados ASSE - SAME 105. Al respecto, se destaca el llamado a licitación a empresas de traslados médicos especializados en el marco de la complementación dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), cuya adjudicación e implementación se realizará a partir de agosto 2019.

En cuanto a la Profesionalización de la Gestión, Carámbula destacó los llamados a Concursos de Oposición, Méritos y Presentación de Proyectos, para Direcciones de Hospitales, Gerencias y Direcciones Generales.

IMPORTANCIA DE LA FIRMA DE COMPROMISOS DE GESTIÓN

En ese aspecto, hizo énfasis además en la firma de Compromisos de Gestión y Evaluación anual de desempeño de todos los cargos de alta conducción que ganaron los concursos, a través del cumplimiento de objetivos, indicadores y metas.

Mencionó, además, los proyectos de investigación y desarrollo en áreas básicas, clínicas y sociosanitarias con diferentes Facultades e Institutos de la Universidad de la República; así como los programas de desarrollo profesional continuo y capacitación en servicio en diferentes áreas a nivel nacional, en lo que se denomina como Curso de Redes Integradas de Servicios de Salud.

PROFUNDIZACIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA REGIONALIZACIÓN

En cuanto a la descentralización y regionalización, indicó que, en 2018, re hizo una redefinición de base territorial de las regiones; mientras que ya desde 2019 y en lo que resta del período hasta 2020, se viene avanzando en la territorialización, procesos asistenciales integrales, mapas de coordinación y corredores asistenciales.

La territorialización, apunta a la asignación de población y territorio de responsabilidad a los equipos del Primer Nivel de Atención, para favorecer el cumplimiento de sus funciones esenciales.

CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE ATENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD

En tanto, a través de procesos asistenciales integrales, mapas de coordinación y corredores asistenciales, se apunta a resolver cómo, cuándo y dónde atender los problemas de salud, para asegurar prestaciones equitativas y de calidad a todos los usuarios.

Es así como se redefinió la base territorial de las Regiones desde la movilidad de las personas, en un trabajo en conjunto con la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) de Presidencia de la República, la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial del MVOTMA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

En esta línea, se destacan cuatro Regiones y Subregiones funcionales y flexibles, sin importar límites departamentales, organizando la atención con enfoque en Atención Primaria de la Salud en todo el país y en cercanía: servicios accesibles y resolutivos como puerta de entrada al sistema; equipos de salud responsables de la atención de la salud de la población de un territorio definido, que resuelve problemas más frecuentes y coordina la atención especializada cuando es necesaria; abordaje integral, longitudinal, con enfoque familiar y comunitario; trabajo intersectorial y participación social.

Asimismo, las Zonas Integradas de Gestión Sanitaria (ZIGS), agrupa varias áreas de salud de Primer Nivel entre sí mismas y con los Hospitales de segundo nivel. Desde allí, se coordinan las prestaciones de Tercer Nivel y de Referencia Nacional.

Carámbula subrayó además la mejora de los Procesos Asistenciales Integrados, en materia de Niñez, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental y Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

ÉTICA PÚBLICA, AUDITORÍA Y TRANSPARENCIA

El Presidente de ASSE, hizo énfasis, además, en la importancia de la creación de la Dirección Auditoría en 2018; la respuesta a 407 Pedidos Informes en el lapso 2015-2019; 27.557 Resoluciones del Directorio publicadas en el Portal de Transparencia y la reducción de observaciones del Tribunal de Cuentas.

Aludió a la firma de convenios con la Junta Nacional de Ética y Transparencia (JUTEP), IMPO y la Agencia de Compras y Contrataciones del Estado (ACCE); a la modificación legal del Art. 46 del Tocaf, que regula el conflicto de interés; y a que ASSE fue calificado como organismo de alto nivel de cumplimiento en transparencia activa por Agesic en 2018.

***COLUMNA DEL PRESIDENTE DEL SMU, DR. GUSTAVO GRECCO.**

99 años defendiendo derechos

Sindicato Médico del Uruguay

MÉDICOS POR LA CALIDAD

1920 fue un año clave en la historia del sindicalismo médico uruguayo. Parece tan lejano en el tiempo. Otro país, otra sociedad, otra medicina; todo tan distinto. Y sin embargo, todo tan parecido a la actualidad.

Contextualicemos: la medicina era ejercida en el ámbito público en los hospitales de caridad, particularmente en el Hospital Maciel fundado en 1788. También en el sistema de ayuda y socorro mutuo, que estaba en pleno auge y sigue hoy tan vigente y propio de nuestro país; la primera institución de este tipo fue la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos fundada en 1853. Los médicos comenzaban a formarse en nuestro país, en nuestra Facultad de Medicina, fundada en 1875. Los grandes profesores de la época, ya entrados en edad y formados en el exterior, eran ahora para ese entonces maestros y consultantes. Los médicos jóvenes se desempañaban en los ámbitos de guardia y de alta demanda laboral, cubriendo espacios, cada vez con más sobrecarga de trabajo.

Todo ello ocurría en una pésima situación laboral, y con magros salarios. Por añadidura, se competía con las intrusiones médicas: curanderos, boticarios y manosantas entre otros estaban a la orden del día.

Los médicos estaban agrupados en el Club Médico, asociación civil con fines sociales y culturales presidido por el Prof. Augusto Turenne. Pero esta asociación tenía impedida la actividad gremial. Eran 750, de los cuales 580 ejercían en Montevideo. Los problemas en el desempeño profesional eran agobiantes. Es a partir de esa organización que se realizaron las sucesivas asambleas y se redactaron los estatutos que culminaron con la Asamblea de Fundación del SMU el 11 de agosto de 1920. Allí el Dr. Turenne con sus encendidos discursos arengaba a los médicos a la agremiación para la defensa de sus derechos.

Es muy interesante recordar que en el mes de mayo de 1920 Turenne diseña y lleva adelante la primera encuesta médica nacional, para conocer las inquietudes y problemas del colectivo médico de la época. La pregunta central de dicha encuesta era la siguiente:

"¿Cree Usted necesaria la organización del Sindicato Médico como un medio eficaz para realizar las reivindicaciones del Cuerpo Médico?".

Curiosamente, esta misma pregunta nos la hacemos hoy; tiene tal fuerza como motor de conciencia gremial. Necesitamos cada vez más imperiosamente una organización sindical fuerte para defender nuestros derechos. Como en 1920…

Los médicos de la época habían tomado conciencia de que la defensa individual del médico ante patronos, empleadores, o el propio Estado, era altamente ineficaz. Exactamente, como hoy

Compartimos algunas de las respuestas y conclusiones de aquella primera encuesta. También, plena coincidencia de conceptos, 99 años después:

• Aumento de los honorarios profesionales y su ajuste al costo de vida. (Hacía 30 años que no se modificaban los honorarios de la profesión)

• Aumento de los sueldos de los médicos de las Sociedades de Socorros Mutuos.

• Aumento de los sueldos en los distintos servicios públicos que ocupan médicos.

• Relaciones entre las Comisiones Directivas de las Sociedades de Socorros Mutuos y los médicos que de ellas dependen.

• Aumento de los servicios hospitalarios, con una iniciativa de crear un gran "Hospital de Clínicas que el país precisa".

• Defensa contra el ejercicio ilegal de la medicina (contra curanderos, boticarios, flebótomos, "manosantas" y otros intrusos de la Medicina).

• Relaciones del cuerpo médico nacional y el Consejo Nacional de Higiene.

• Defensa contra los clientes indeseables.

• Defensa contra los enfermos pudientes que aprovechan del trabajo médico en las mutualidades.

El Sindicato Médico nace para defender al cuerpo médico nacional de todas estas amenazas. Pero también, y así lo recoge el primer Estatuto, para participar activamente en las políticas sanitarias del país:

a) La defensa de los intereses morales y materiales de sus afiliados y en general de todos los médicos del Uruguay. Declara el Sindicato Médico que ningún asunto médico de la República le será ajeno, donde esté en juego la moral profesional y los intereses materiales de los médicos. Se destaca, el papel de la profesión en la salud de la comunidad, no a nivel individual, sino colectivo, en el cuidado del nivel sanitario de la población, evidenciado por una preocupación constante en este sentido.

b) La solución decorosa y práctica de todas las cuestiones económicas y profesionales que tengan relación con el Cuerpo Médico.

c) El mejoramiento por medios legales del ejercicio profesional y la situación del médico y del estudiante de Medicina.

d) Coadyuvar a la ampliación de la cultura general y el perfeccionamiento de la preparación técnica de los médicos.

e) La obtención de las disposiciones legales que amparen al médico y a su familia en los casos de enfermedad, vejez o muerte, así como de los estudiantes afiliados.

f) Contribuir al permanente estudio y perfeccionamiento de las estructuras de salud del país. Esto lo ha realizado el SMU a lo largo de la historia, mediante estudios técnicos puestos al servicio de los afiliados y de los poderes públicos, y a través de jornadas de debate e intercambio que han sentado doctrina en materia de salud. El trabajo permanente sobre los Poderes Públicos, y sobre el Parlamento, ha determinado progresos significativos en la legislación que atiende a la salud.

g) El mejoramiento de las leyes y disposiciones referentes a la Asistencia e Higiene Pública y la medicina social.

h) La protección de sus afiliados contra las transgresiones a los preceptos de la moral profesional.

i) La defensa jurídica de sus afiliados en los casos previstos por el presente Estatuto. j) Utilizar su influencia moral y su poder material en beneficio de todos los perfeccionamientos de la legislación tendientes a robustecer la participación del médico en todas las manifestaciones de la solidaridad humana.

k) Fomentar actividades sociales, culturales y deportivas de sus afiliados.

l) La formación de un acervo patrimonial para cumplir con las finalidades sociales.

m) Estimular el desarrollo de la actividad gremial entre sus afiliados, propiciando la creación de organizaciones por lugar de trabajo o residencia, u otros criterios similares.

Hoy, 99 años después, encontramos enormes coincidencias entre aquellos problemas y los que nos aquejan en la actualidad. El desempeño profesional, las cuestiones salariales y las condiciones de trabajo, el vínculo en las empresas, dueños, gestores o el estado; la necesidad de participar activamente en el diseño de las políticas públicas en salud. Todo esto ya estaba escrito en 1920.

Hoy, 99 años después, nos rigen los mismos mandatos éticos. La misma necesidad de organizarnos en un Sindicato fuerte, solidario, con alta sensibilidad social. Un Sindicato que defienda los logros de un SNIS del cual fuimos protagonistas de su gestación, y del cual pretendemos ser agentes de su transformación. Un Sindicato que defiende la herramienta fundamental de la Negociación Colectiva por mecanismo imprescindible para alcanzar a través del diálogo tripartito las mejoras de las condiciones de trabajo que se materialicen en mejora de la calidad asistencial. Herramienta hoy amenazada por la coyuntura política nacional, regional e internacional, así como por actitudes que esperamos reviertan empresas y colegas que la cuestionan y golpean duro.

Este Sindicato, en vísperas a iniciar su segundo siglo de vida, mantendrá en alto sus banderas y principios, consciente que, al igual que en 1920, es la mejor respuesta para proteger al colectivo médico y a la atención de la salud de la sociedad.

La salud visual, auditiva y dental de los niños están aseguradas en Uruguay

El presidente Tabaré Vázquez participó del lanzamiento oficial de la Unidad de Educación, Prevención y Diagnóstico de Salud Escolar de ASSE, responsable desde ahora del cumplimiento de objetivos de los programas nacionales de Salud Bucal, de Salud Auditiva Escolar y Salud Visual Escolar. "La salud visual, auditiva y dental de los niños están aseguradas en Uruguay, y eso debemos valorarlo y demostrarlo", subrayó Jorge Quian.

"Mi ADN es ser médico de niños y ver que lo que hemos hecho en estos años por la salud infantil, vale la pena celebrarlo", destacó Quian, subsecretario de Salud Pública, en el lanzamiento de la Unidad de Educación, Prevención y Diagnóstico de Salud Escolar de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), creada por los artículos 281 a 284 de la Ley de Rendición de Cuentas n.º 19670 e integrada por los programas de Salud Bucal, Visual y Auditiva.

"La salud visual, auditiva y dental de nuestros niños y niñas están aseguradas en Uruguay y eso debemos valorarlo y demostrarlo a la población, porque hasta 2006-2007 eso era una cuestión de azar; el que tenia suerte la tenía y el que no, cargaba durante años con trastornos", enfatizó. "A seguir invirtiendo en nuestros niños, que son lo más valiosos", complementó, en la conferencia realizada este jueves 15 en la sede central de ASSE.

La unidad es dirigida por un director designado por ASSE y asesorado por una comisión integrada por una dupla de delegados de ese organismo, del Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública, de la Universidad de la República, elegidos por las facultades de Medicina y de Odontología, y del Ministerio de Salud Pública. Además, ASSE provee de recursos humanos, materiales y financieros necesarios.

Algunos de los cometidos de la comisión son coordinar y desarrollar planes de apoyo a las políticas educativas preventivas y asistenciales; asignar los recursos y ejecutar las acciones para cumplir los cometidos del Programa de Salud Bucal, el Programa de Salud Auditiva Escolar y el Programa de Salud Visual Escolar.

En el acto de este jueves, la vicepresidenta de ASSE, Marlene Sica, remarcó que la prevención, educación y asistencia son prioritarias en la salud, especialmente en la infantil. "Combatir la desigualdad e inequidad en el acceso a un derecho fundamental es la base de estos tres programas", argumentó.

"De forma de honrar la figura, trayectoria y desafíos que planteaba la señora María Auxiliadora Delgado (esposa del presidente Vázquez, fallecida el 31 de julio), el directorio de ASSE tomó la decisión de denominar al Programa de Salud Bucal con su nombre", comunicó Sica, hecho que fue celebrado con un fuerte aplauso por parte del público presente. "Tal como ella decía, no importa la distancia si el destino es una sonrisa", rememoró.

En tanto, la directora del Programa de Salud Bucal, Laura Miller, recordó que este, que señaló como una política pública solidaria, comenzó el 28 de junio de 2005, tras la llegada al gobierno de Vázquez en su primer mandato, y que, a 2018, alcanzó la atención en 870 escuelas, 171 urbanas y 679 rurales, y 63.313 escolares, cada uno con su propia historia clínica electrónica.

"El impacto que tienen las acciones del programa se traduce en la democratización de la sonrisa", mencionó la funcionaria, quien demostró el agradecimiento de todos los integrantes a la figura de Delgado, "pilar fundamental en la historia de Salud Bucal".

La directora Hospital de Ojos, Sandra Medina, además repasó que el programa de Salud Visual Escolar se presentó el 24 de abril de 2017 en el Consejo de Ministros realizado en la sede del Club Progreso de Montevideo con dos actividades en escuelas públicas del barrio La Teja. A la fecha se lleva controladas alumnos de escuelas de 13 departamentos.

"Alegría, expectativa y esperanza es lo habitual que encontramos en los niños desde los cinco años de edad, y recetar lentes en el momento lleva a que seamos mucho más resolutivos para que se lo entreguemos gratuitamente después", destacó.

FEPREMI EN CIFRAS

850000
Afiliados

3500
Médicos dependientes

14000
funcionarios no médicos dependientes

35
Sanatorios en todo el país

21
CTI de adultos

7
CTI neonatológicos y de niños

10
IMAES de hemodiálisis en el interior

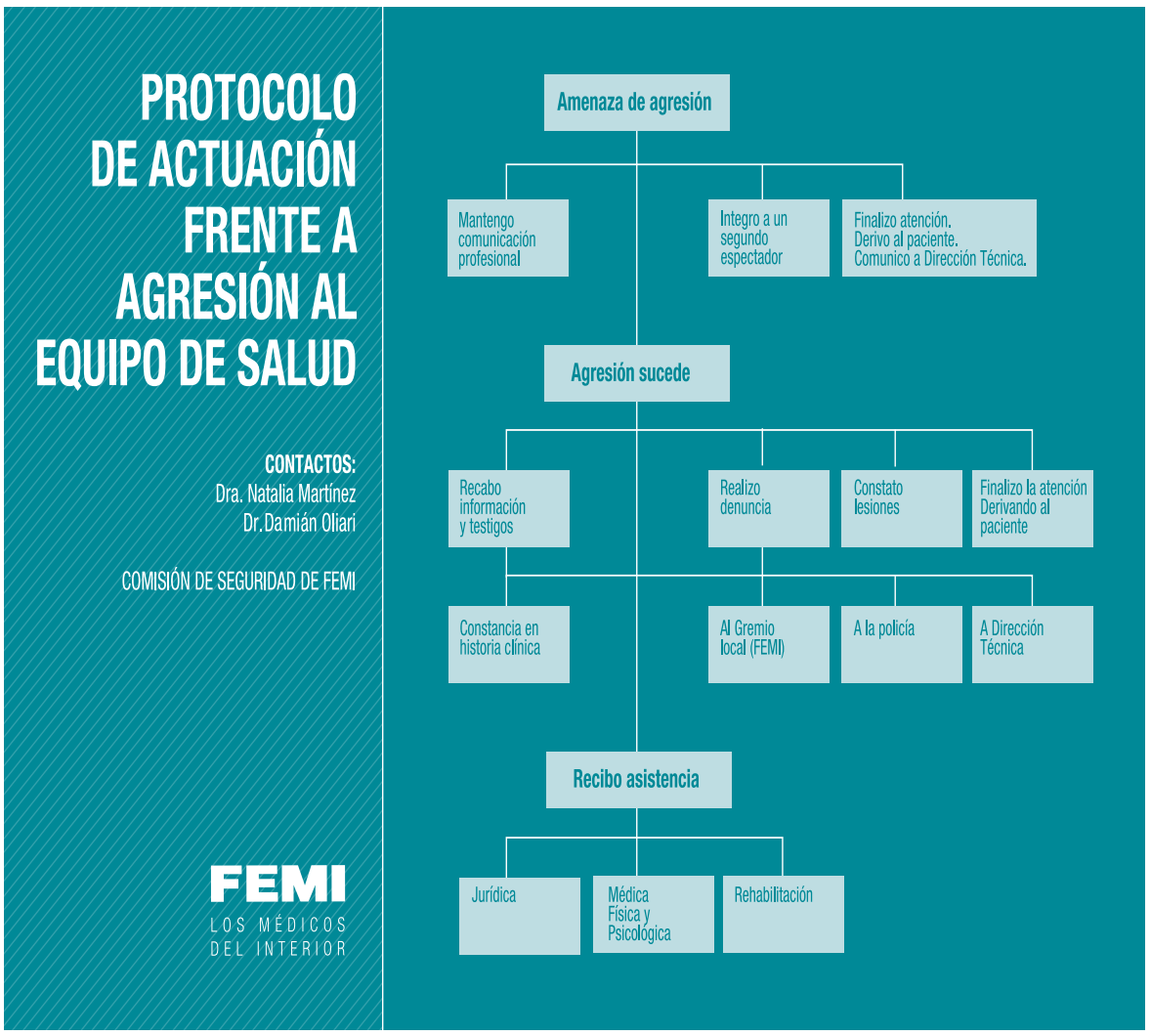
500
millones de dólares en infraestructura instalada

Seguridad de los equipos asistenciales

Jornada organizada por la Red de Sindicatos de Trabajadores de Emergencias Móviles y la FUS sobre Seguridad de los equipos asistenciales. Promoviendo y fortaleciendo propuestas de seguridad en la vía pública, con la participación de los principales actores del sistema.

FEMI presente,su Presidenta Dra Patricia Nava expone protocolo de Seguridad de FEMI.

Participan además representantes de Ministerio del Interior, SMU, FFSP, FUS, Cámara de Emergencias Móviles, SAME 105, REM.



Este material fue elaborado por el Comité Ejecutivo y la Comisión de Seguridad de FEMI

Reunión con el Director Nacional de Trabajo

La FEMI presente y participando activamente en reunión con el Director Nacional de Trabajo, Sr. Jorge Mesa, en DINATRA. A la misma concurrieron, FEMI y SMU, para manifestar su apoyo y defensa a la negociación colectiva. Se logró el compromiso de las autoridades presentes, de citar de manera formal al Consejo de Salarios sector privado, en forma urgente.

FEMI y el SMU en la Suprema Corte de Justicia

La Presidenta de FEMI Dra. Patricia Nava y el Presidente del SMU Dr. Gustavo Grecco , junto a los asesores letrados correspondientes, concurrieron a una reunión con el Secretario Letrado Dr. Gustavo Nicastro, integrante de la Secretaría Letrada de la Suprema Corte de Justicia.

Entre otros temas se remarcó la intención de continuar trabajando en la implementación de entrega de los expedientes vinculados a violaciones de los Derechos Humanos, en la última Dictadura Militar, en custodia de ambos gremios.

FEMI y ASSE en Salto trabajando buscando soluciones

El Sindicato Médico de Salto, la Unidad de negociación de FEMI y la Unidad de negociación de ASSE se reunieron en la sede del SMS-FEMI, tratando la situación de médicos de puerta de emergencia de adultos y la de sala de Internacion de medicina del Hospital Regional de Salto. También se reunieron con la dirección del Hospital y sub dirección Regional de ASSE. Se resolvió conformar mesa de trabajo local, para evaluar dichas situaciones, y las acciones a implementar, con el fin de mejorar las condiciones laborales, la asistencia a los usuarios y optimizar recursos.

Semana de la Lactancia Materna: Una buena oportunidad para recordar el Banco de Leche Humana del Pereira Rossell

La Semana de la Lactancia Materna, es una buena oportunidad para recordar que el Hospital Pereira Rossell cuenta con un Banco de Leche Humana, que cubre las demandas de todo el país y anualmente alimenta un promedio de 2700 niños gracias a la solidaridad de 650 madres.

Es así como el 1º de agosto, el Banco de Leche Humana del Hospital de la Mujer, llevó adelante un encuentro de madres donantes y madres de bebés receptores, además de disfrutar de un espectáculo y una merienda compartida.

La actividad, se realizó bajo la siguiente consigna: "Hoy es un buen día para dejarse atrapar por la esperanza y el optimismo, y llenar el corazón de alegría".

El Banco, bajo la Dirección de la Dra. Lilián Carroscia, tiene como propósito, apoyar a las madres en la lactancia y alimentación de los recién nacidos que por indicación médica lo requieran, y que su mamá no tenga volumen suficiente.

Es importante destacar que el Hospital de la Mujer del Pereira Rossell, lleva 16 años en un proceso continuo de apoyo a las familias del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a través de la entrega de la leche humana pasteurizada a todos los Servicios de Cuidados Intensivos Neonatales del sur del Río Negro, tanto del subsector público como privado.

En el mismo, se efectúa un proceso que implica la recolección domiciliaria y transporte, respetando la cadena de frío, almacenamiento, pre pasteurización, descongelado, estudios físicos y químicos, pasteurización, estudio microbiológico, almacenamiento y distribución.

Por otro lado, es oportuno señalar que el equipo de salud del Hospital, apoya a las mujeres en el proceso de inicio y prolongación de la lactancia, en el marco del proceso de humanización del parto y el nacimiento, que se fortalece cuando una mujer logra amamantar a su hijo/a, acompañada de su familia.

Cabe acotar, que se encuentra además en funcionamiento, La Línea Mamá, 095.64.62.62, de Apoyo a la Lactancia, que funciona las 24 horas, los 365 días del año. Es de carácter nacional, y también se puede acceder desde Movistar a través del *6262.

Fortalecimiento del Modelo Comunitario en Salud Mental

En el marco del Programa de Cooperación Técnica con La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Fundación Manantial, se llevó adelante el jueves 1º de agosto, la segunda consultoría denominado "Líderes para la transformación y el cambio: Fortalecimiento del Modelo Comunitario en Salud Mental en ASSE", en el contexto del Plan Nacional del Ministerio de Salud y la implementación de la Ley Nº 19.529, con una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial.

El propósito general del encuentro, fue continuar con el fortalecimiento del Modelo Comunitario en Salud Mental, incluyendo la transformación y revisión de los procesos de atención en la Red de Salud de ASSE, en el marco de la implementación de Ley de Salud Mental No. 19.529.

Como objetivos específicos, se destacan la profundización en los desafíos y las oportunidades para su implementación en ASSE, considerando las necesidades de los usuarios y la realidad de las unidades asistenciales, los programas de formación de recursos humanos y las alianzas interinstitucionales; así como la promoción de líderes para la transformación y el cambio hacia la atención integral en salud.

De la mesa de apertura del evento, participaron el Dr. Ariel Montalbán, Responsable del Área Programática de Atención a Salud Mental del MSP; el Dr. Héctor Suárez, Director de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE; el Dr. Mauricio Gómez, Consultor Internacional, Chile (OPS/OMS); Psic. Clínico Miguel Castejón, Director de Desarrollo de Proyectos y Cooperación de la Fundación Manantial de España, con la cual ASSE firmó oportunamente un acuerdo.

DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y REDES ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD

El Dr. Mauricio Gómez, señaló que "estamos trabajando mano a mano con el Ministerio, ASSE y el consultor de la Fundación Manantial, para la implementación de la Ley de Salud Mental en Uruguay".

Indicó que su experiencia como consultor, se relaciona con los procesos de desinstitucionalización de hospitales psiquiátricos y la conformación de redes alternativas de atención en la comunidad para personas con problemas de salud mental.

Subrayó que "los nuevos documentos del Ministerio de Salud, ordenan la nueva red de dispositivos", lo que catalogó como un gran avance en el Plan Nacional que mandata la Ley Nº 19.529, desde la intersectorialidad", expresó.

PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA E INTERSECTORIAL: LÍDERES PARA LA TRANSFORMACIÓN Y EL CAMBIO

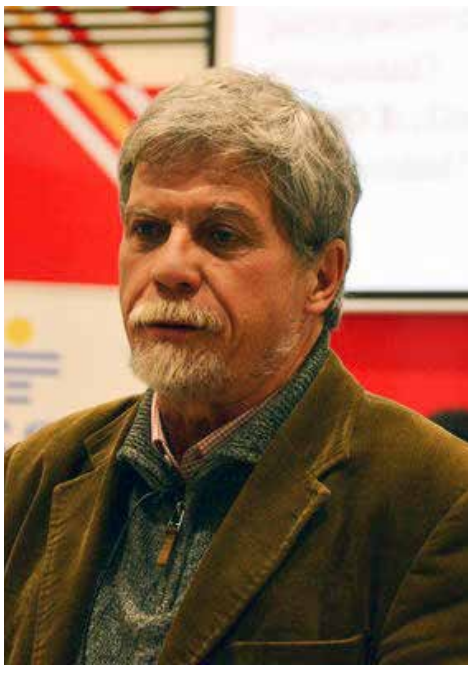
En tanto, la Dra. Magdalena García, Adjunta a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, resaltó que "se trata de la segunda consultoría ampliada, con lo que llamamos los líderes del cambio".

En ese sentido, mencionó que participaron de la actividad "equipos de gestión de los distintos centros de salud de ASSE de toda la Región Sur: hay directores, psicólogos, psicólogos de área" y "también instituciones que trabajan con nosotros en forma coordinada".

En ese sentido, comentó que asistieron representantes de la Intendencia de Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social, Institución de Derechos Humanos, Facultad de Psicología, Cátedra de Psicología Médica, por ejemplo.

Al respecto, aseveró que está presente "la interdisciplina y la intersectorialidad representada", con alrededor de cien personas presentes en la actividad, con el compromiso de "llevar adelante, entre todos, el modelo comunitario de atención".

Expresó que "sobre todo, trabajamos en cómo poder implementar estos dispositivos en este período de transición entre el asilo y la hospitalización monovalente, a la internación en salas de psiquiatría de los hospitales generales, la asistencia en centros de rehabilitación, hospitales de día y dispositivos alternativos; y en la comunidad a través de los equipos de salud general y especializados", dijo.



Municipio saludable en el oeste de Montevideo

MAG. PABLO ANZALONE

www.pabloanzalone.blogspot.com
www.cuadernosdeltaller.com
Licenciado en Ciencias
de la Educación
Magister en Sociología

Según OPS "un municipio empieza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y sus ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes".

Eso es lo que está pasando en el Municipio A de Montevideo.

El pasado 2 de agosto en el Club Defensa Agraria de Paso de la Arena se realizó la jornada CONVIVENCIA PARTICIPACIÓN SALUD, un paso importante dentro de la estrategia Municipios Saludables para la zona.

En la apertura de parte del Alcalde Gabriel Otero se destacó la labor de equipo en la preparación de la jornada y la riqueza del accionar de los diversos colectivos. También hicieron uso de la palabra Wilson Benia en representación de OPS, Analice Berón de la División Salud de la IMM y Jorge Basso Ministro de Salud Pública.

Durante toda la jornada funcionó una Feria de Salud con stands de distintos colectivos que trabajan en el territorio.

Estuvieron presentes y aportaron su experiencia Colectivos como el Parque Deportivo y Recreativo "7 Hectáreas" de la zona de Casabó sobre Puntas de Sayago. Este proyecto surge a partir de 2005 con un diagnóstico que ubica necesidades en materia de salud y convivencia. Se logró la cesión de terrenos por parte del Min de Transporte y la IMM. Es un espacio de cogestión, con vecinos, instituciones locales y nacionales. Entre sus objetivos está la cohesión social y la integración barrial mediante un proyecto social y cultural con gestión participativa. Se entiende la recreación y la convivencia integrada como parte de la salud. Le dan mucha importancia a la cogestión. Hay responsabilidades diferentes pero compartidas y distintas formas de participación. La transparencia es un criterio fundamental. En el Plenario están incluidos escuelas, liceos, y otros actores. Fruto de su labor se ha ido creando una infraestructura mayor como la cancha multipropósito y se está construyendo un salón comunal. Hay una diversidad de usos del Parque y muchas instituciones que desarrollan sus actividades allí. La idea es incluir a los grupos locales en la planificación. En una proyección del parque a futuro, piensan tener una parte de huerta, ampliar los juegos infantiles, el arbolado. Por ej. para el día del niño 30 de agosto, cada barrio celebrará en su entorno y todos los barrios se juntan en el Parque para festejarlo juntos.

El Parque Tecnológico Industrial del Cerro expuso su visión ideológica,como proyecto del gobierno departamental anclado en el gobierno municipal, que combina acciones de desarrollo productivo, innovación tecnológica, educación y salud comunitaria. Tienen desde un laboratorio de robótica muy avanzado a huertas que realizan talleres y cursos todo el año.

El Equipo de Equidad y Género del Municipio A, integrado por las Comunas Mujer, equipos sociales de los CCZ, hace 4 años que promueve múltiples actividades como Foros Cine por zona, talleres sobre acoso sexual laboral, correcaminatas contra la violencia de género, creación de una Plaza de la Equidad. La idea fuerza fue ir rompiendo preconceptos, reflexionando sobre resistencias. "¿Qué tiene que ver esto con la salud? La salud debe pensarse desde la integralidad de la persona. Las condiciones económicas y sociales, los espacios públicos, la convivencia son fundamentales para la salud".

La "Comunidad 6 de diciembre" está integrada por vecinas y técnicas de la policlínica de ASSE, el CAIF de la zona, la ONG Giralunas, el Municipio A,el SOCAT y otros actores de este barrio, que fue uno de los mayores asentamientos hoy regularizado. La creación de la policlínica, el CAIF, el espacio público recreativo, apuntan a contruir una visión del barrio. La escuela 236 tiene un taller agrario para niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Recibe 80 estudiantes entre 6 y 18 años. Toma contenidos agrarios como parte de las actividades educativas y de promoción de la salud. En el Parque de Actividades Agropecuarias PAGRO se hace una muestra de cultivo del maíz. Gira Lunas brinda talleres de danza y percusión para los vecinos de todas las edades. También se organizaron salidas comunitarias al Jardín Botánico, al Solís y otros centros de interés.

Una experiencia muy relevante social y sanitariamente es la Inter-red de Adultos Mayores del Municipio A. Dicha interred nuclea las Redes de Adultos Mayores de las zonas 14, 17 y 18 (La Teja, Cerro y Paso de la Arena). Se formó en

2014 como espacio de coordinación de las tres redes zonales. Estiman en 264 mil adultos mayores en Montevideo de los cuales 34 mil viven en el municipio A. Alrededor de 3 mil concurren a las Redes de Adultos Mayores del municipio. Desarrollan actividades de recreación y disfrute, paseos, gimnasia, caminatas por la Semana del Corazon, contra la violencia hacia la mujer,talleres, coros, cursos, danza, instancias de prevención de enfermedades, alfabetización digital, lecturas en las escuelas, fiestas, bailes, carnaval y un abanico muy amplio de otras actividades. Como eventos de intercambio intergeneracional van a escuelas,y con el Plan Ibirapita los niños vienen a las instancias de los adultos mayores. "Nosotros pasamos nuestros saberes y ellos los suyos". Participan de la REDAM Red de Adultos Mayores de Uruguay, hacen intercambios con experiencias a nivel de todo el país. Participan en el Consejo Asesor de la Secretaría de Adultos Mayores de la Intendencia. "Estas actividades contribuyen a nuestra calidad de vida". Los denominadores comunes son la circulación de información, de recursos y de saberes. "Tenemos nuestros espacios de reflexión que se organizan para reivindicar nuestros derechos, participando en los Cabildos, en el Consejo Asesor, en el Sistema de Cuidados y muchas cosas mas".

"Rebajamos el consumo de medicamentos, nos sentimos mucho mejor, y hay un impacto en el ámbito familiar, que apoyan nuestras actividades".

En un sentido similar un grupo de vecinas de los barrios Cadorna y Tres Ombues refirieron las actividades que realizan que van desde talleres literarios, bailes, meriendas compartidas y reparto de ropas en el barrio hasta actuaciones organizadas colectivamente, y una presentación de los grupos de adultos mayores del municipio en la Sala Zitarrosa. "Salimos mucho, repartimos ropa y compartimos bolsas con verduras con el barrio".

Otras experiencias vecinales fueron relatadas por sus protagonistas: en el barrio llamado "La Isla" (que quedó separado del resto de La Teja por la Ruta 1 y los accesos a Montevideo), un grupo de vecinos se nuclean y organizan para lograr mejoras barriales: mejor transporte, generación de espacios recreativos intergeneracionales. Logran mejorar el transporte local y que se firme un convenio con la Fundación Celeste y el Municipio para generar una plaza y una cancha con polideportivo. En el barrio La Boyada se creó un grupo de vecinas autodenominado "Juntas Podemos" que promovieron una huerta comunitaria, talleres sobre reciclaje y otros temas vinculandose al PTI. "En el Oeste tenemos un saber : el trabajo en red de los vecinos".

El Centro Educativo Agrario Rincón del Cerro de la UTU estuvo presente con su directora y varios de sus alumnos, presentando la experiencia de producción de MEN Microorganismos Eficientes Nativos. Los MEN son una forma de control biológico, un funguicida y plaguicida sin químicos, con una acción pro biotica, fortaleciendo en forma natural la alimentación de los animales. Es una forma de producir alimentos organicos naturales. Se utiliza también para baños, pisos, pozos negros. Son el resultado de la investigación-acción de niños y maestros de las escuelas de Casavalle, una de las zonas mas estigmatizadas del país, retomados ahora en Rincón del Cerro.

El Cabildo de los Niños es una convocatoria a un espacio participativo de niñas y niños para pensar la ciudad desde su mirada. Muchas veces se habla sobre los niños pero pocas veces se los escucha, se promueve su reflexión y opinión. En este proyecto se invitó a las instituciones que trabajan con los niños y cuatro de ellas se comprometieron con el Municipio. Como resultado 150 niños participaron de la gestación del proyecto, con una construcción conjunta y promovieron la reflexión sobre el espacio urbano. Se recogieron propuestas, que fueron luego analizadas por los equipos técnicos para ver su viabilidad. Hoy están en la última etapa para definir los proyectos y ver los recursos para su

sigue en pág. 22

viene de pág. 21

implementación.

Adolescentes de la zona presentaron el proyecto "Jovenes con Voz, Vos" que promueve las Habilidades para la Vida según los lineamientos de OMS en ese plano. Han creado distintos grupos de adolescentes que elaboran proyectos para su barrio dentro de la zona.

Las policlínicas de la IMM y de ASSE son una red fuerte en el primer nivel de atención. La IMM desde los años 90 y ASSE desde 2005 desarrollaron una estrategia de APS con experiencias innovadoras. En el Encuentro la Policlinica Pajas Blancas de ASSE relató como, a lo largo de 30 años, la comunidad se organizó para lograr un local para la policlínica y desarrollar diversos programas con fuerte énfasis en la prevención y promoción de salud. La policlinica Parque Bellán de la IMM transmitió la experiencia de implementar regulamente dos veces por semana una actividad de ejercicio aeróbico, baile y por último un espacio de meditación y relax con un grupo de adultos mayores de la zona.

La Organización de Usuarios de Salud del Cerro es uno de los movimientos más activos que se inició en una asamblea de usuarios el 30 de abril de 2005. En aquella asamblea participaron mas de 100 personas y resolvieron convocar a las comisiones de salud de los Consejos Vecinales, para conformar un movimiento nacional de usuarios. También se resolvió hacer asambleas por barrio en el Cerro, que luego se implementaron en 9 barrios de la zona. Acordaron también formar un grupo promotor que sigue funcionando semanalmente. Se fijaron el mandato de construir un diagnostico participativo y un Plan de Acción, que se denomina "Salud Derecho de todos y todas". A partir de ese diagnóstico surgieron dos prioridades: la Primera Infancia y las Adicciones. La primera prioridad se tradujo en la creación de la Red de Primera Infancia, que trabaja activamente. De la segunda surge "Mi Cerro Sin Drogas", que es una organización autónoma que funciona en el local del Movimiento De Usuarios. El 3er martes de cada mes se realiza una reunión donde participa el Centro Coordinado del Cerro de ASSE y varias policlinicas de la IMM. Participan en la Mesa de Salud Mental abordando los problemas de violencia, suicidio y la implementación de la ley de salud mental. Trabajan en esa misma linea con "Entramando" un dispositivo de inclusión socio productiva para personas con sufrimiento psíquico y vecinos de la zona, premiado en el llamado del MSP-OPS 2018 a "Buenas Prácticas en Capacidad Resolutiva" . El "Campamento a Tu Salud", todos los años es un encuentro intergeneracional de intercambio sobre temas de salud , con vecinos del barrio. Participan en el Policlinico Odontológico del Cerro y en el Policlinico Móvil de la zona. Todos los años realizan la "Caminata por la vida" como prevención comunitaria del suicidio, con la participación del area social del ccz 17. Año a año llevan adelante también la caminata por la Semana del Corazón. Hay un conjunto de valores involucrados en estas acciones. Se proponen promover el derecho a la vida, y al buen vivir. No alcanza con el bienestar económico. Promueven la participación comunitaria en sus múltiples formas, y la autoestima, reafirmando la idea fuerza de que "Somos sujeto de derechos". Consideran que la integración social es creadora de salud. Trabajan con la estrategia de Red de Redes. "Hace 40 años Alma Ata propuso una nueva estrategia, pero nos está costando mucho realizar el cambio cultural necesario para su implementación".

La Sociedad de Fomento y Defensa Agraria agrupa a los productores de la zona oeste, donde se produce gran parte de las frutas y verduras que abastecen a Montevideo. Realizan cursos para la aplicación de distintos productos fitosanitarios. Participan y colaboran en actividades de escuelas de la zona con el objetivo de la transmisión cultural sobre saberes y tradiciones en la producción de alimentos. Manifiestan su preocupación con la contaminación ambiental y el crecimiento de la comida chatarra. Explicitan su apoyo a las estrategias de alimentación saludable que están en marcha en el país.

En materia de atención a la infancia expuso también un dispositivo en en psicomotricidad y desarrollo, apoyado por el municipio, que funciona en una policlinica de la IM. El objetivo principal es el desarrollo de niñas y niños a través del juego como herramienta fundamental. También hacen talleres con las familias. Hoy realizan evaluaciones del desarrollo que permiten una respuesta rápida ante las demoras que sigue habiendo para este tipo de prestaciones.

En el campo de la salud la Universidad de la República tiene en esta zona la experiencia de APEX que apunta al primer nivel con estrategia de APS. Apex tiene una larga historia en salud comunitaria. Desde sus orígenes en el Cerro aborda hoy a todo el municipio como un programa integral, que toma todas las tareas de la UDELAR en sus diversas disciplinas, enseñanza, investigación y extensión. Tiene que ver con la interdisciplina que exige reconocimiento de lo que no sabemos. Reivindican el dialogo de saberes, entre el saber académico y el saber popular, que debe ser incorporado para generar un conocimiento pertinente. Las líneas de desarrollo en investigación priorizan la infancia. Remarcan su preocupación por el exceso de uso de medicamentos en la infancia. Cuestionan la identificación de las personas con las patologías que opera como estigma. Apex integra la Red Latinoamericana de Salud Mental, lo que permite intercambiar experiencias pensando en la nueva ley, que exige el cierre de las colonias y sanatorios monovalentes. Apex promueve huertas comunitarias y Terapias Asistidas con animales, trabajando desde la salud y no desde la enfermedad. En el Cerro de Montevideo se va a crear próximamente un Centro de Día en el marco del Sistema Nacional de Cuidados y Apex ha sido invitada a ser la responsable de la investigación para poder visualizar aciertos, errores y colaborar con la política pública de cuidados.

Uno de los pasos en la estrategia de Municipios Saludables es una plataforma digital en la pagina web del Municipio, que se propone como instrumento para recoger las distintas experiencias y promover los intercambios y aprendizajes. De esta forma se podrán organizar instancias, seminarios, cursos con otros actores en todo el territorio nacional.

En el cierre de la actividad la Concejal Municipal Mirta Villasante, reafirmó la decisión de continuar con la estrategia de Municipios Saludables, previendo próximas acciones y un evento conjunto sobre fin de año. Todas estas iniciativas tienen sueños para seguir construyendo juntos, jerarquizan los espacios de encuentro, de celebración de la vida y ponen el énfasis en lograr una mejor calidad de vida.

La estrategia de Municipios Saludables concibe la salud como una construcción social basada en las comunidades. El enfoque territorial es imprescindible para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. La combinación de esfuerzos y políticas entre los actores nacionales y locales permite lograr diagnósticos y acciones con mayor impacto. El sistema de salud debe asumir activamente un rol en esta estrategia, coordinando con el sistema educativo, el sistema de cuidados, de protección social, convivencia, de defensa de ambientes saludables, con la creación de más espacios públicos, apropiados ampliamente por toda la comunidad. Las comunidades son protagonistas de esta estrategia de OPS, que el MSP ha impulsado para nuestro país como parte de la APS renovada. Su desarrollo es uno de los grandes desafíos del SNIS en su conjunto.

Rimini Protokoll por primera vez en MontevideoEscuchar

Se pueden reservar las entradas para participar en forma gratuita del espectáculo "Remote Montevideo", de la compañía teatral alemana Rimini Protokoll.

La actividad es organizada por el Departamento de Cultura de la Intendencia de Montevidedoy se realizará todos los días -excepto domingos- entre el jueves 15 de agosto y el martes 3 de setiembre a partir de la hora 11.

Se trata de un recorrido que se realizará caminando por distintos espacios de la ciudad, con una duración aproximada de 2 horas.

El espectáculo es una experiencia de intervención urbana que se podrá disfrutar en grupos reducidos distribuidos en 17 funciones.

La entrada será gratuita y podrán participar personas a partir de los 18 años de edad.

Se recomienda llevar calzado y vestimenta cómoda y no concurrir con bolsos o mochilas.

Las reservas se podrán realizar al correo electrónico: remotemontevideo@gmail.com, indicando el día en el que se concurrirá a la función y dejando un número de contacto; podrán solicitarse hasta dos entradas

Tasa de suicidios se mantiene estable, pero preocupa

En el mundo entero aumentó la tasa de suicidios: en los últimos 45 años subió un 60%. Uruguay no es la excepción. Si bien los números se mantienen estables, la situación preocupa, y así se manifestó en el acto realizado el 17 de julio, bajo la consigna "La primera ayuda podés ser vos". En la oportunidad, se reafirmó la importancia de la Línea Vida: 0800 0767 desde teléfono fijo y *0767 desde celular, gestionada por equipos especializados de ASSE y dirigida a toda la población: funciona las 24 horas, los 365 días del año.

Así lo expresó el Responsable del Programa Nacional de Salud Mental del MSP, Dr. Ariel Montalbán, quien resaltó que, si bien las cifras se mantienen estables desde el año 2016, realmente preocupan, porque "es un tema muy enraizado en la sociedad uruguaya, y que obedece a múltiples causas".

En ese sentido, es importante acotar que la tasa de suicidios en nuestro país, históricamente ha registrado altos indicadores, con un pico en el año 2002. En 2018, la tasa se ubicó en 20,25 por cada 100.000 habitantes. "Esto significa que hubo 710 uruguayos fallecidos por esta causa", expresó Montalbán. El 76,76 % de los casos implican a hombres. En el último año, dijo que la cifra "disminuyó en los menores de 29 años, pero se incrementó en los mayores de 40 años, principalmente a partir de los 70 años".

Subrayó que "Uruguay sigue las recomendaciones internacionales" en lo que hace a la prevención del suicidio", y que "existe una estrategia nacional" para bajar los casos de autoeliminación. Agregó la importancia de "enfocar planes en poblaciones vulnerables", con una perspectiva también "descentralizada de la salud", en cuyo ámbito mencionó se ha trabajado, y se continúa haciéndolo, a través de diferentes abordajes.

Línea Vida

En tanto, el Dr. Juan Triaca, Adjunto al Área de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, manifestó que a un año de implementada la Línea Vida, "se han atendido poco más de 2.600 llamadas", y valoró la calidad de los equipos que la integran.

De estas llamadas, unas 400 fueron catalogadas de alto riesgo, lo que implicó la acción inmediata del personal que atendió la comunicación y requirió la derivación al 911 o al Sistema de Atención Médica de Emergencia 105. El 60 % de las llamadas fueron efectuadas por mujeres, en su mayoría personas de entre 20 y 40 años.

Agregó que la mayoría de las llamadas fueron realizadas por mujeres de entre 20 y 40 añs, y que los días donde más se registran las consultas "son los jueves y viernes, después del mediodía y en la tarde -tardecita".

Manifestó que, en las llamadas, se refleja que no es que la persona quiera morir, sino que "no quiere seguir viviendo de esa manera", y desde la Línea Vida, se apunta a "construir alternativas", enfatizó Triaca.

En el evento realizad el miércoles 17 de julio, Día Nacional de Prevención del Suicidio, en el Impo, participaron el Ministro de Salud, la Ministra de Cultura, la Vicepresidenta de ASSE y el Representante de OPS/OMS en Uruguay; así como expertos en la temática, quienes afirmaron que esta problemática es prevenible y pueden colaborar especialmente familiares, amigos, compañeros o quienes brinden servicios cotidianos a la persona en cuestión. "La primera ayuda podés ser vos" es la consigna de este año. Además, se insistió en que ningún tratamiento excluye a los principales recursos de proximidad, como los vínculos afectivos.

"La primera ayuda podés ser vos": Hablar de suicidio no mata

Bajo la consigna "La primera ayuda podés ser vos", se llevó adelante una campaña intergeneracional en la que participaron varios colectivos de jóvenes y adultos conjuntamente, que presentaron sus respectivos trabajos o intervenciones.

"Escuadrón anti suicidio", se llamó el proyecto ganador, llevado adelante por el Club de Niños Rambla Francia del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y el Grupo de Adultos Mayores Centro de Salud Ciudad Vieja de la Red de Atención Primaria de ASSE.

Bajo el lema "Hablar de suicidio no mata", oportunamente realizaron una intervención urbana en la Plaza Matriz, para la difusión del tema suicidio, entregando material informativo con datos importantes a tener en cuenta y algunos "tips" que orientan a identificar signos de alerta.

Cabe destacar que una vez culminada la actividad oficial, se realizó una "movida" en la explanada de la Intendencia, a los efectos de informar, concienciar y sensibilizar sobre esta temática que compromete a toda la sociedad uruguaya.

sigue en pág. 24

viene de pág. 23

¿QuÉ HACER Y QUE NO HACER ante la posible conducta suicida de un familiar o allegado?*

QuÉ HACER

Haga Algo Ahora:

Tome las señales de alerta en serio y pregúntele a la persona si está pensando en el suicidio y si tiene algún plan. Busque urgentemente ayuda si la necesita llamando a la línea telefónica que corresponda o lleve a la persona al Servicio de Urgencias más próximo.

Hablar Sobre el Suicidio

Hablar sobre el suicidio no va a provocar la idea de realizarlo, por lo contrario, puede animarle a hablar sobre sus sentimientos. La posibilidad de que pueda tener un plan detallado indica mayor riesgo. No se comprometa a guardarlo como un secreto desde el momento en el que la seguridad física de la persona es su principal preocupación.

Aceptar su propia Reacción:

Usted puede sentir miedo o preferir ignorar la situación. Si le está costando dominarse, solicite la ayuda de alguien de confianza.

Mantenerse Cerca, Estar Ahí Por Él o por Ella:

Pase algún tiempo con esa persona, anímele a hablar de cómo se está sintiendo, identifique a quien podría pedir apoyo, y anime a la persona para que acepte tener apoyo también más adelante.

Aceptar lo que le está Diciendo:

Mantenga una comunicación directa, abierta y honesta con esta persona. Permita que la persona exprese sus sentimientos y exprese su preocupación sin juzgarlo. Diga cosas como "Aquí estoy para ayudarte", "Hablemos" y "Estoy aquí por ti".

Adoptar Medidas de Seguridad

Pregúntese hasta qué punto la persona está pensando en suicidarse. Si usted está claramente preocupado no deje sola a esa persona. Retire cualquier medio disponible para el suicidio, incluyendo armas, cuerdas, cinturones, medicinas, alcohol y otras drogas, incluyendo el acceso a cualquier vehículo.

Decidir Qué Hacer:

Comenten de modo conjunto qué decisión tomar. Usted podría necesitar contar con más ayuda (compañeros, padres, amigos cercanos u otras personas) para convencer a la persona para buscar ayuda profesional. Solo compartiendo esa información puede usted asegurarse que la persona tenga la ayuda y apoyo que necesita.

Animar a la Persona a Obtener Apoyo:

- Médicos de Centros de Salud del 1er Nivel de Atención y Urgencias.
- Espacios adolescentes de los Centros de Salud.
- Redes Sociales Comunitarias.
- Orientadores escolares, Educadores, Adscriptos.
- Servicios religiosos.
- Servicios de ayuda tanto on line como telefónica.

Pedir un Compromiso:

Pídale a la persona que se comprometa a no callar su malestar y preocupación y a hablar con alguien si vuelven las ideas de suicidio. Esto facilitará que busque ayuda.

Cuidarse a Sí Mismo:

Es difícil y emocionalmente agotador apoyar a alguien que piensa en suicidarse, no lo haga usted solo. Encuentre a alguien con quien hablar, tal vez amigos, familiares o un profesional sanitario.

Mantenerse Involucrado:

Los pensamientos de suicidio no desaparecen fácilmente. La continua preocupación de la familia y amigos es muy importante para la recuperación de la persona. Manténgase atento o atenta a la evolución de la persona.

QuÉ NO HACER

No Rehuir los Problemas:

No deje a la persona sola si cree que su vida está en riesgo inmediato.

No Banalizar, Ni Desafiar:

No trate con ligereza cualquier amenaza, sobre todo si la persona empieza a bromear con eso. NO minimice la situación o la intensidad de las emociones y del malestar. Retar a que lo haga no va a ayudarle. No le diga cosas como "A qué no eres capaz... Si lo haces, hazlo bien"

No Utilizar Gritos o Reprimendas:

No actúe de modo excesivo o lo culpe por estar mal. ¡No vaya a ser otra petición de ayuda! Muchas veces lo que necesitan es motivación y eso no se consigue con un buen grito.

No Temer Preguntar:

No le de miedo preguntar a la persona por qué está tan triste y tan deprimida ni si se quiere hacer daño a sí misma.

Violencia Basada en Género y Generaciones: Puesta a punto de protocolo y capacitación para referentes de todo el país

El viernes 26 de julio, referentes de ASSE de todo el país en la temática de Violencia Basada en Género y Generaciones, mantuvieron una jornada de trabajo destinada a la puesta a punto en materia de capacitación, presentándose las modificaciones realizadas al Protocolo Institucional existente.

En ese sentido, Sandra Sande, Dra. En Ciencias Sociales, Lic. en Trabajo Social y Sociología e integrante del Equipo Coordinador de Referencia de Violencia Basada en Género y Generaciones de ASSE, indicó que se reeditó el Protocolo Institucional, con agregados del Manual Clínico SNIS/MSP y de guías del Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV).

El objetivo es "facilitar la capacitación" de los referentes en territorio, y a su vez, que ellos repliquen en cada uno de los servicios de sus respectivos centros asistenciales. Al respecto, consideró de suma relevancia la sensibilización en la temática, y que el Protocolo es una herramienta que ayuda a los equipos a saber cómo actuar en situaciones, por ejemplo, de traslados o denuncias; pero además con ejes centrales en la prevención, detección, atención, seguimiento y revertir, en lo posible, el daño psicológico.

Sande resaltó que ASSE fue una institución pionera en abordar la problemática de violencia con la perspectiva de género y generaciones, y que además del Protocolo Institucional, se han elaborado fichas técnicas sobre las siguientes temáticas: Género y Generaciones, Violencia Sexual, Contención Emocional en el Abuso Sexual y Valor del Testimonio de Niños.

Es oportuno señalar que en la actividad, desarrollada en el Salón de Actos de ASSE central, participaron la Vicepresidenta del organismo, Dra. Marlene Sica, la Directora de Gestión de Riesgo y Evaluación de la Calidad, Lic. Virginia Garófalo, integrantes del Equipo Coordinador y referentes de todo el país.

SEMBLANZAS

Dr. Italo Mogni (1945-2019)

DR. GUSTAVO FERNANDEZ

Corría el año 1945 culminaba uno de los conflictos bélicos más grandes de la historia de la humanidad, el mundo cambiaría. En Montevideo el 20 de setiembre de ese año nacía quien se proyectara como una de las personalidades más influyentes de la FEMI, Italo Mogni. Sus padres provenientes de Rocha, radicados transitoriamente en la capital del país, por razones de estudio y trabajo pero conservando intacto el amor por su suelo natal transferido también a su hijo, él cual orgulloso lució a lo largo de su fructífera vida.

Su nombre completo Italo Alberico Mogni Serra, estudió medicina promoción 1972 , se especializó en pediatría, Al poco tiempo se trasladaría al este del país, la tierra de sus ancestros, departamento de Rocha, ejerciendo la medicina en el pueblo 19 de abril, policlínica de salud pública a la cual le tomó un gran cariño, generando en la población respeto y admiración hacia su persona. También supo atender en el hospital de Rocha y es uno de los co-fundadores de Comero, asistencial médica privada de Rocha la cual presidió en varias oportunidades. Se casó y formó familia con Victoria con la cual tuvo dos hijas Victoria y Analí, disfrutó de sus 4 nietas y sobrinos.

Su vida no se limitaba tan sólo a la medicina, fue un activo actor social, presidió el Club Social, fue fundador de un club de básquetbol que curiosamente en el primer año de su formación salieron campeones. En forma honoraria daba clases en el hospital local a enfermeras y médicos más jóvenes, centrando su docencia en el respeto, profesionalismo en el cuidado del paciente, la dedicación en procura de alcanzar los mejores resultados para quién se asiste.

Fue por 5 períodos Presidente de la Federación Médica del Interior, lo que habla de las cualidades de líder, visionario e innovador. Impulso la compra del Sanatorio Americano, consiente de la existencia de patologías de alto costo y baja prevalencia, que debían ser tratadas en un centro de alta complejidad con equipo multidisciplinario capacitado, experiente y eficiente, unificando los recursos económico financiero y recursos humanos especializados de FEMI, transformándose en un centro de referencia para el paciente mutualizado del interior y brindando servicio también al subsector público.

El Dr. Ítalo Mogni homenajeando a Mary Zabalkin de Roslik cuyo esposo era socio de La Asociación Médica de Río Negro - FEMI

Vivió tiempos difíciles durante la dictadura cívico militar en nuestro país, como dirigente gremial nunca se apartó de sus principios en esos tiempos oscuros, con corresponsabilidad y sin miedo se reunía secretamente en diferentes localidades del interior, con otros dirigentes sin perder el objetivo: mejorar la asistencia a la salud, el bienestar del médico y su ámbito de trabajo.

El 19 de abril de 1999, dio un encendido discurso en el Palacio Legislativo, como Presidente de FEMI, en homenaje al Dr. Vladimir Roslik a 15 años de su muerte a manos de la tortura de la dictadura, resaltando la valentía de su señora e hijos y del Tribunal de Etica de la Federacion Medica del Interior que investigó y denunció los hechos, dictando un veredicto histórico, severo contra todos los involucrados.

Su salud también fue minada, no así su espíritu, en 1993 se le extirpa un riñón producto de una grave enfermedad y años más tarde sufrió de accidentes vasculares cerebrales que lo recluyeron físicamente a una silla de ruedas, Lejos estos acontecimientos de ser una barrera, el Dr Italo Mogni lo transformó en un nuevo desafío. Siempre enfrentó los conflictos con una sonrisa inteligente y calma. Esa bonhomía que trasmitía sincera y empática, hacía del conflicto y el caos una oportunidad, lo hizo en su vida de dirigente gremial, en su vida profesional y al decir de su esposa Victoria también en lo personal y familiar. Transformaba una tormenta emocional en un bálsamo reflexivo, obteniendo siempre algo positivo.

Italo dejó en todos los que lo conocimos, una fuente inagotable de consulta, un deseo de superación continuo, un batallador incansable, un no renunciar nunca, no importa lo difícil que se pueda presentar el futuro.

Vaya un sentido homenaje a ese gran ser humano, médico vocacional, esposo y padre ejemplar, al referente social, al estadista gremial que marcó rumbos exitosos de la Federación Médica del Interior, ejemplo y guía para quienes hemos transitado y transitarán la senda por la lucha de las condiciones laborales y un salario digno para los médicos del interior, sin descuidar la inclusión social, amor por lo que se hace, para quien se hace y porque se hace, sin egoísmos ni soberbia.

Dr. Italo Mogni un servidor público multidimensional digno de imitar. El 10 de junio del presente año, fallece, dejando una prolífera obra.

Semblanza de un grande.

ITALO Gracias, gracias y gracias

Empaquetado neutro: una nueva victoria de Uruguay en la lucha contra el tabaquismo

Empaquetado neutro en las cajillas de cigarrillos comenzará a regir en enero 2020, tras fallo de Justicia a favor del Gobierno

"Un hito más en la salud pública del Uruguay que da el ejemplo a otros países del mundo. Va a producir efectos concretos en la salud de la población" sostuvó el Representante de OPS/OMS en Uruguay, Giovanni Escalante. En enero de 2020 todos los productos de tabaco que se comercialicen en el país tendrán una única presentación, tal cual fue establecido por la ley y el decreto reglamentario.

El ministro de Salud Pública, Jorge Basso recordó que en 2017 el Poder Ejecutivo promulgó un proyecto de ley vinculado al empaquetado genérico o neutro de los productos de tabaco, el cual fue reglamentado en 2018 y, posteriormente, sometido a una acción de amparo por parte de dos empresas tabacaleras, Monte Paz y La Republicana.

"La Justicia, en esta instancia, falló a favor del proyecto de ley", indicó el jerarca (ver sentencia). A partir de enero de 2020 los productos de tabaco tendrán una presentación única, tal cual lo recomendado por el Convenio marco, que Uruguay cumple de forma estricta, agregó.

En este sentido, indicó que los productos que se comercialicen en todo el país serán presentados de una única manera, con una leyenda sanitaria que ocupe el 80 % de todas las caras del envase, con una sola presentación por marca y con un mismo color. Las características y el color de la letra están establecidas en el decreto reglamentario.

"Esta fallo es una demostración más de la consistencia de las políticas antitabaco que desarrolla el país", sostuvo. "La Justicia avala la pertinencia de este convenio respecto a la forma de presentación de los productos de tabaco", reiteró.

Dijo además que el Gobierno continúa trabajando para disminuir la prevalencia del consumo de tabaco y desestimularlo entre la población. Recordó que es el principal origen de problemas sanitarios del país, vinculado a las enfermedades no trasmisibles. "Prevenir y promover hábitos saludables son las principales preocupaciones de la política pública en materia de salud", subrayó.

Nueva publicación sobre experiencias del Plan de fortalecimiento de capacidad en tema drogas

Montevideo, 26 de julio de 2019.- La Junta Nacional de Drogas (JND), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay (OPS/OMS), presentaron este viernes 26 en la Torre Ejecutiva la publicación Vos Podés, reseña y evaluación del Plan de fortalecimiento de capacidades en el tema drogas para comunidades educativas.

El Plan de fortalecimiento de capacidades, se trata de una campaña de prevención y sensibilización que hace foco en 10 habilidades para la vida a través de talleres de transferencia metodológica de herramientas para el abordaje de la prevención en la comunidad educativa, coordinada por la Junta Nacional de Drogas, la Administración Nacional de Educación Pública y la Organización Panamericana de la Salud.

La actividad contó con la presencia del Secretario General de la Junta Nacional de Drogas (JND), Diego Olivera, la Inspectora Regional del Consejo de Educación Inicial y Primaria, Maestra Rosa Lezué, y el Representante de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud Uruguay (OPS/OMS), Giovanni Escalante. "El trabajo que ha hecho la Junta Nacional de Drogas, en alianza con diversas instituciones, es un ejemplo a nivel internacional, de cómo se debe abordar la problemática del consumo de drogas", añadió.

En dicha actividad, se hicieron también presente, docentes y alumnos que relataron su experiencia como parte del Plan de fortalecimiento de capacidades. La Profesora Yisela Araújo, docente del Liceo 2, de Melo, Cerro Largo, destacó la celeridad por parte de la Junta Nacional de Drogas, ante la solicitud del centro educativo, de capacitación y atención por parte del plan.

"Durante la adolescencia aparecen los episodios de consumo abusivo de alcohol, asociados fundamentalmente a las salidas del fin de semana, así como el consumo de otras sustancias psicoactivas, que pueden interferir en el desempeño educativo, es un tema que nos preocupa", manifestó el Secretario General de la Junta Nacional de Drogas, Diego Olivera. "Nosotros asesoramos, capacitamos y damos herramientas didácticas para abordar esta problemática, y brindamos el protocolo de actuación en los casos que aparecen problemas específicos. Ha sido una iniciativa que fundamentalmente responde a la necesidad que los docentes nos han hecho sentir, de contar con herramientas para abordar situaciones de consumo problemático durante la adolescencia, así como la prevención", concluyó Olivera.

Educación Sexual y Sexología

DR. SANTIAGO CEDRÉS

Prof. Adj. Medicina Interna Sexólogo clínico. Miembro de la Academia AISM Presidente Sociedad Uruguaya de Sexología
santiagocedres@yahoo.com
Tweeter @santiago_cedres

"La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir estas dimensiones no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales." (Organización Mundial de la Salud, 2008).

De la definición de la O.M.S. se desprende que la sexualidad es inherente a los seres humanos, que nos acompaña durante toda nuestra vida y que por tanto, no es un aspecto de la vida que aparezca en determinado período del desarrollo y concluya en otro dejándonos desprovistos de la misma. Quienes ofician como educadores desde el comienzo de la vida del niño son quienes están a su cuidado. Los padres, o quienes cumplan ese rol, se convierten en educadores permanentes, lo hacen tanto a través de sus palabras como de los silencios, de las conductas que manifiestan frente al niño, la atención que les brindan, así como las manifestaciones de afecto que demuestran en la convivencia cotidiana.

¿Pero dónde surge la información con que contamos? ¿Dónde aprendimos?

Al ser un componente de la vida cotidiana, a diario participamos y opinamos de todo lo relacionado a la sexualidad. En ocasiones con dudas, en otras con mucha convicción, el hecho es que no nos pasa inadvertido las veces que hacemos referencia a la misma. Estos conocimientos con que contamos los vamos acumulando a lo largo de nuestro pasaje por la vida ya desde pequeños, tomamos información tanto de lo que nos dicen como de aquellas cosas que vemos y oímos. En dicha conformación influyen tanto mensajes de nuestra familia como de la comunidad, de las instituciones educativas, los medios de comunicación, etc. A estos mensajes los asimilamos y vamos resignificándolos con el pasar del tiempo, haciendo modificaciones de acuerdo a nuestra experiencia y a nuestros vínculos.

Muchas veces este pool de información que nos configuramos (y nos configuran) son los responsables de que vivamos nuestra sexualidad de forma limitada, siendo parte de ese conjunto aquellos mitos y tabúes que se escapan a una mirada crítica. Tales modelos de sexualidad son promovidos por estereotipos sociales que benefician a algunos sectores tanto como los perjudican. Si hacemos el ejercicio de replantearnos el origen de algunos mandatos, tales como la división de roles según el género, nos percatamos de que muchos de ellos no sabemos ni cómo llegaron a nosotros. Pero allí están, como guardianes subyacentes que condicionan nuestras conductas.

Cada cultura genera y promueve mandatos que responden a intereses particulares de determinados sectores de poder. Los mismos no son estáticos, sino que varían con el tiempo y con las corrientes ideológicas que imperan en cada momento histórico. De esta forma y conforme pasa el tiempo, dichos mandatos se adaptan y reconfiguran acorde a los cambios sociales, económicos, religiosos, etc., legitimando de esta manera nuevas lógicas de sentido o rediseñando los paradigmas existentes en torno al tema.

La sexualidad está atravesada por los discursos, las prácticas y los significados que a ella le damos. Al observar la interacción entre estos factores, vemos que no siempre llegan a coincidir. Nuestro discurso plantea una conducta, la práctica puede –o no- ir en la misma dirección, y la significación que nos configuremos puede ir en la misma línea o –en ocasiones- diferir de aquellos. Ejemplificación de esto es cuando a nuestros niños los educamos con el pilar de la sinceridad, pero en reiteradas oportunidades nos mostramos ante ellos mismos faltando a la verdad. En pequeñas acciones cotidianas, aparentemente inocentes, trampeamos toda nuestra teoría acerca de la sinceridad. Un claro ejemplo –quizá inocente pero frecuente y cotidiano- es cuando alguien nos llama por teléfono y mandamos al niño a responder que no estamos, para evitar una situación no deseada. Ante los ojos de ese niño, el discurso es la sinceridad pero la práctica es que "se puede mentir". Y la significación que emana de esta situación es que queda permitida la mentira bajo determinadas circunstancias.

Si un hecho tan cotidiano como el ejemplificado, puede abarcar un tema tan complejo cómo la "institución de la mentira a nivel social", pensemos cuanto mayor es la complejidad y diversidad de lógicas que atraviesan a la temática de la sexualidad, es comprensible entonces que surjan tantas dudas entorno a cómo manejar este tema frente a nuestros niños.

Muchas veces no sabemos como comportarnos ante determinadas preguntas o manifestaciones de los hijos: qué postura tomar y cómo abordar la temática de la sexualidad, son inquietudes frecuentes. Qué hacer y qué no hacer… lo importante es hablar y comportarse con naturalidad como lo hacemos con otros temas y otras inquietudes que surgen.

Desde los primeros cuidados hacia el bebé estamos brindándole información que marcará su postura acerca de la sexualidad. La importancia del esquema corporal, que hace al conocernos y conocer el mundo, es fundamental para poder integrar todo el cuerpo, para sentirlo como propio. Se construye a través de las sensaciones que el niño percibe de sí (el tacto, la respiración, el tono muscular), como también las sensaciones recibidas del mundo exterior (la forma de los objetos, el tamaño, los colores). Por ejemplo durante el momento del bañito, debemos tratar las diferentes partes del cuerpo de la misma manera. Cuerpo y sexualidad van unidos. Nuestro cuerpo es donde se manifiesta la sexualidad por lo tanto no podemos pensarlo desprovisto de ella. Este binomio se va construyendo, atravesado por las condiciones socio-históricas de cada una y cada uno.

La curiosidad es un atributo muy positivo de la vida de los seres humanos ya que es un móvil que nos permite aprender y crecer. Por lo tanto es fundamental alentar la curiosidad que los niños sienten acerca de los diferentes aspectos de la vida. Debemos tomar sus preguntas como curiosidad general, somos los adultos los que le ponemos el calificativo de "sexual". De esta forma las respuestas deben ser lo más clara posible, sin palabras abstractas que no puedan entender, sin metáforas, llamando a las cosas por su nombre y dando la cantidad de información acorde a su pregunta, ni más ni menos. Es el niño quien sabe cuando es suficiente y cuando está listo para más información, de esta manera cuando incorpore ese aprendizaje estará pronto para saber más y vendrá con nuevas preguntas específicas de sexualidad y de otros temas ya que el niño no discrimina. Si percibe incomodidad de nuestra parte, el niño evitará determinados temas, aquellos que nos generen malestar. Si acude con nuevas interrogantes podremos calificar de positiva dicha labor.

Cada sexo es educado de manera diferente. Desde el clásico rosado y celeste para la vestimenta, los diferentes juegos, la forma de moverse, los niños van incorporando una manera particular de ser mujer o ser varón, de sentir la realidad, dejando de lado lo que tiene que ver con el otro sexo, renunciando de esta forma a una parte de sí mismos. A las niñas se las educa para que sean delicadas, coquetas y jueguen a las muñecas, mientras que a los varones se los alienta para que sean caballeros y logren destrezas físicas. A esta distinción se le suma que el modelo masculino es socialmente más valorado, pudiendo generar dificultades en cuanto al desempeño para ambos sexos: las mujeres pueden sentirse inseguras en tareas destinadas socialmente para varones, por ejemplo determinados cargos de poder; así como también en los espacios de "mujeres" los varones se sienten ajenos y aportan sin apropiarse de los mismos, ejemplo de esto podría ser cuando lavan la cocina de su casa sintiendo haber colaborado con su compañera, considerando ésta una tarea que no les pertenece. Como vemos, en estas distinciones, perdemos todos. Es fundamental brindar a niñas y niños iguales posibilidades de estructurar la realidad, sin especificar tareas como propias de cada sexo, de esta forma ampliamos el espectro de oportunidades y habilidades.

Otro punto importante es delimitar lo público de lo privado. De esta manera el niño aprende a distinguir aquellas cosas que son posibles en privado y cuales pueden realizarse en otros ámbitos. Muchas veces se le prohíben determinadas conductas y no se explica el ámbito donde si puede realizarlas, creando confusión al respecto. Aquí también debemos actuar sin mostrar nerviosismo, de modo natural, explicitando las conductas y reglas sociales que hacen a la convivencia. Ser claros al manifestar que existen lugares o situaciones que habilitan determinadas conductas y no otras. Además favoreciendo un contexto donde poder compartir inquietudes acerca de la sexualidad ayuda a que la/el niña/o se sienta más seguro para poder hacer frente ante cualquier situación.

A través de la sexualidad comunicamos afectos. Habilitamos la posibilidad de optar y de respetar la libertad en sus diversas manifestaciones. Los valores sociales, así como los mitos y tabúes, prejuicios y criterios de normalidad están presentes en nuestra sexualidad. Por eso la necesidad de revisar nuestra postura frente a la misma y de educar favoreciendo una postura crítica constructiva. Es en el trabajo sobre uno mismo, revisando nuestros mandatos, que llegamos al autoconocimiento y nos permitimos reconocer nuestros deseos y respetarlos, así como los del otro/a. De esta manera y en un clima de igualdad se hace posible negociar con ese otro/a respetando los Derechos Sexuales y Reproductivos y así vivir una sexualidad plena y saludable.

OPS insta a implementar leyes para proteger la maternidad y apoyar a las mujeres a amamantar en el lugar de trabajo

Las madres que trabajan deben tener una licencia de maternidad remunerada de al menos 14 semanas, según la OIT. Once países cumplen esta recomendación -tres de ellos otorgan 18 semanas- en las Américas, donde la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses es menor al 40%

Washington, D.C., 31 de julio de 2019 (OPS/OMS)- La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda a los países de América Latina y el Caribe implementar leyes que garanticen que las trabajadoras puedan contar con el tiempo y el apoyo que necesitan para amamantar. Esto incluye una licencia de maternidad que sea suficiente y esté remunerada y, al reincorporarse al trabajo, suficientes pausas para amamantar.

Este llamado se hace con ocasión de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, que se celebra todos los años del 1 al 7 de agosto. El lema de este año de la OPS es "Protejamos la lactancia en el lugar de trabajo" y los objetivos son crear conciencia sobrela necesidad de apoyar a los progenitores y fomentar un entorno favorable donde las madres puedan amamantar en condiciones óptimas.

Para garantizar que las madres que trabajan gocen de la protección adecuada, la OPS insta a los países a implementar el Convenio 183 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Recomendación sobre la protección de la maternidad (R191) del año 2000, y a consagrarlos en las leyes nacionales. Esto significa que a las mujeres se les debe dar al menos 14 semanas de licencia de maternidad remunerada y que los gobiernos deben intentar extender esta licencia a por lo menos 18 semanas.

Estos instrumentos también establecen que, al reincorporarse al trabajo, las madres deben tener dos pausas de 30 minutos al día para amamantar, y que debe haber un espacio para amamantar en el lugar de trabajo o cerca de este.

"La maternidad es un momento de especial vulnerabilidad para las mujeres que trabajan y sus familias", señaló el doctor Anselm Hennis, Director del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la OPS. "Es vital que las mujeres estén protegidas por la ley durante el embarazo y la lactancia para que dispongan del tiempo adecuado para dar a luz, recuperarsey amamantar a sus hijos".

El doctor Hennis hizo hincapié en que la licencia de maternidad con goce de sueldo lleva a un período de lactancia más largo y a mejor estado de salud y bienestar tanto para la madre como para el niño. Las mujeres a las que solo se les da una licencia de maternidad corta (de seis semanas o menos) son cuatro veces más propensas a no amamantar o a dejar de amamantar más temprano.

En la Región de las Américas, solo tres países dan a las mujeres una licencia de maternidad remunerada de 18 semanas o más, y otros ocho países dan a las mujeres al menos 14 semanas. En cuanto a las pausas para amamantar, 18 países de la Región ofrecen a las madres esta opción cuando regresan al lugar de trabajo.

"Muchos países de la Región cuentan, en sus leyes laborales, con disposiciones sobre la maternidad y la lactancia

materna para las madres que trabajan, pero pocas de estas disposiciones son lo suficientemente ambiciosas como para asegurar que las mujeres y los niños reciban el apoyo adecuado", informó el doctor Rubén Grajeda, Asesor Regional sobre Nutrición y Determinantes Sociales de la Salud de la OPS. "Este tema tiene que ver fundamentalmente con la igualdad, ya que las mujeres que no están protegidas se enfrentan a un dilema muy difícil: la estabilidad económica o la salud de su hijo."

Además de instar a los gobiernos a implementar leyes para la protección de la maternidad en el lugar de trabajo, la OPS también recomienda otras medidas para proteger, promover y apoyar el derecho a lactancia materna. Entre estas recomendaciones se incluye la adopción y el seguimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la implantación de la iniciativa "Hospitales amigos del niño".

Lactancia materna en las Américas

En la Región de las Américas, el 54% de los bebés son amamantados en la primera hora de vida y el 38% reciben lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad como recomienda la OMS. Sin embargo, los datos varían significativamente de un país a otro: la lactancia materna de inicio temprano (en la primera hora de vida) va desde el 38,1% en la República Dominicana hasta el 76,5% en Uruguay. La lactancia materna exclusiva durante seis meses varía del 2,8% en Suriname al 68,4% en Perú.

Beneficios de la lactancia para los niños y las madres

La lactancia materna tiene una gran variedad de beneficios tanto para la madre como para el niño. En los niños pequeños, cubre todas sus necesidades nutricionales e inmunológicas. Protege contra las enfermedades y la muerte por diarrea e infecciones respiratorias, y reduce el riesgo de alineamiento de los dientesy defectos en la mordida, obesidad y diabetes. La lactancia materna también contribuye al desarrollo cognitivo: los bebés que son amamantados tienen en promedio un coeficiente intelectual 2,6 puntos mayor que los bebés que no son amamantados.

Las mujeres que amamantan a sus bebés también obtienen una serie de beneficios, incluido un menor riesgo de cáncer de mama y de ovarios, embarazos más espaciados y menor riesgo de diabetes y obesidad. Se estima que la lactancia materna universal podría evitar 823.000 defunciones anuales en niños menores de 5 años y 20.000 defunciones de mujeres por cáncer de mama.

SEGUINOS EN TWITTER
@DMUruguay3

Muestra fotográfica retrata diversidad étnica de la sociedad uruguaya

La Secretaría de Derechos Humanos (SDH) de Presidencia presentó el jueves 8 de agosto la muestra Todos y todas somos, fuimos, seremos migrantes o descendientes de migrantes. La exposición se realiza en la entrada de la Torre Ejecutiva y presenta 20 retratos que dan cuenta de la diversidad étnica que compone la sociedad uruguaya. Las fotografías fueron realizadas por Carlos Lebrato.

Uruguay es un país que se construyó a partir de la población africana que llegó a nuestro país víctima de la trata transatlántica de esclavos, la migración económica y política de miles de personas principalmente de Europa, Asia occidental y más recientemente del resto de América Latina, además de los remanentes poblacionales del etnocidio cometido contra las primeras naciones que habitaron este territorio.

Con esta muestra, la Secretaria de los Derechos Humanos de Presidencia reúne un compendio de historias familiares que dan cuenta de la diversidad étnica que compone la actual sociedad uruguaya.

También muestran el valor en sí mismo de la diversidad, la convivencia, la democracia, los derechos humanos como pilares de la sociedad que queremos construir y la imperiosa necesidad de la otredad, es decir, reconocer la existencia de otros/as en alteridad para construir nuestra propia identidad.

Participaron de la actividad el director de la Ofician de Planeamiento y Presupuestos (OPP), Álvaro García, Nelson Villarreal y el secretario de Derechos Humanos de Presidencia, Nelson Villarreal y representantes de los partidos políticos del país.

ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS

Toxicidad aguda por sustancias psicoactivas

La mayoría de los casos de toxicidad aguda asociada con el consumo de drogas ilícitas, habitualmente con síntomas psiquiátricos o simpaticomiméticos, obedece al uso de cocaína y cannabis

INTRODUCCIÓN

Se estima que casi la cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea ha consumido drogas ilícitas con fines recreativos en algún momento de sus vidas. Las drogas usadas con mayor frecuencia son el cannabis, la cocaína, las anfetaminas y la 3,4 metilendioximetanfetamina (MDMA). Sin embargo, los niveles de consumo difieren considerablemente de un país a otro. Se dispone de poca información acerca de la toxicidad aguda (TA) o las internaciones asociadas con el uso de drogas ilícitas; la situación es más compleja aún en el contexto de la aparición de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) en los últimos años.

Estas NSP habitualmente son análogos o derivados de las sustancias controladas, producidos con la finalidad de lograr los mismos efectos que sus precursores, pero evitar las regulaciones vigentes. En Europa, el número de NSP ha aumentado considerablemente en la última década; en 2014 se identificaron 101 NSP por primera vez. Por lo general, las NSP no se detectan con los inmunoensayos convencionales, utilizados para conocer el consumo de las drogas ilícitas convencionales, y es posible que se asocien con TA grave y complicaciones clínicas, incluida la muerte.

Los sistemas de monitorización de las situaciones de urgencia médica, vinculadas con el consumo de las drogas ilícitas, en general, y de las NSP, en particular, podrían ayudar a conocer mejor los riesgos vinculados con su uso, evitar las urgencias clínicas y mejorar el tratamiento de los pacientes con TA.

El objetivo del presente estudio fue describir la TA asociada con el uso recreativo de drogas ilícitas que motivó consultas de urgencia en una sala de guardia (SG) de Suiza, en el transcurso de un año, respecto del trabajo similar en el año previo. Se tuvieron en cuenta las características demográficas de los pacientes, los hallazgos clínicos, las drogas utilizadas y la evolución a corto plazo. En el estudio se aplicó cromatografía líquida con espectrometría de masas (CL/EM) para la detección específica de NSP. El centro participante forma parte de la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN), un proyecto de 2 años destinado a la recolección sistemática de los datos de los pacientes que consultan a SG de diferentes centros centinela de Europa por TA por NSP.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes internados en la SG del University Hospital de Basilea (un centro de atención primaria y un centro terciario de derivación), por presentar síntomas de TA secundaria al consumo recreativo de drogas ilícitas, entre octubre de 2014 y septiembre de 2015.

Los casos se identificaron en intervalos mensuales, en tanto que los datos se recogieron mediante un algoritmo sistemático. El procedimiento permitió detectar todos los casos de "abuso", "intoxicación" o términos relacionados, como también una amplia lista de drogas de uso ilícito. Solo se incluyeron los pacientes con TA asociada con el uso recreativo de un compuesto psicotrópico y no con finalidad médica u ocupacional o con intención autolesiva.

Las drogas consumidas se identificaron a partir de la referencia de los pacientes o los testigos, la opinión de los profesionales y la confirmación analítica. Los datos se recogieron de manera estandarizada, en el contexto del proyecto Euro-DEN. Fueron excluidos los pacientes con intoxicación etílica sola, con síntomas de abstinencia y aquellos con complicaciones secundarias vinculadas con el consumo crónico de drogas ilícitas.

Se tuvieron en cuenta las características demográficas de los pacientes (edad, sexo, hora y día de la asistencia en la SG), las drogas consumidas, los efectos clínicos y la evolución clínica. Entre las variables clínicas se consideraron el puntaje en la Glasgow Coma Scale (GCS), la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal, los resultados bioquímicos y los hallazgos en el electrocardiograma.

La hipertermia se definió en presencia de un valor de temperatura corporal > 39° C, en tanto que la hipertensión y la hipotensión arterial sistólica se establecieron en los pacientes con valores > 180 y < 90 mm Hg, respectivamente. También se evaluó la presencia de alucinaciones y psicosis. La gravedad de la intoxicación aguda se determinó con el Poison Severity Score, que pudo ser leve (transitoria y con remisión espontánea de los síntomas), moderada (síntomas graves o prolongados) o grave (asociada con síntomas graves o que ponen en riesgo la vida).

Se utilizó el inmunoensayo CEDIA para la detección de barbitúricos, anfetaminas (incluso MDMA), benzodiazepinas, cocaína, cannabis, metadona y heroína; los inmunoensayos DRI se utilizaron para la detección de antidepresivos tricíclicos y opiáceos. Los niveles de etanol en sangre se conocieron por ensayo enzimático. Mediante CL/EM se valoró la presencia de más de 770 drogas. Los niveles de gamma-hidroxibutirato (GHB) se conocieron mediante ensayo enzimático.

RESULTADOS

Las alteraciones clínicas más comunes fueron taquicardia, ansiedad, náuseas o vómitos y agitación

Durante el período se estudio se registraron 50 624 consultas de urgencia, 210 de se atribuyeron directamente a TA asociada con el consumo de drogas ilícitas. La edad promedio de los pacientes fue de 33 años; el 73% era de sexo masculino. La mayoría de los pacientes llegó a la SG en horas de la noche y los fines de semana; el 52% fue trasladado a la SG en ambulancia.

Según la referencia de los pacientes, la cocaína y el cannabis fueron las dos drogas consumidas con mayor frecuencia; solo se detectaron 2 casos de TA por drogas relativamente nuevas: un paciente presentó intoxicación grave (GCS de 3 puntos e hipertensión arterial) en asociación con el uso de parametoximetanfetamina (PMMA) en combinación con otras drogas (MDMA, metadona y benzodiazepinas) y otro sujeto con intoxicación leve (14 puntos en la GCS y mareos), en relación con el consumo de 2,5 dimetoxi-4-propilfenetilamina (2C-P). En ambos casos, la etiología fue referida por el propio paciente y no se realizó confirmación analítica.

Diez pacientes (5%) refirieron haber consumido una droga sin saber cuál era. En otros 10 casos no se dispuso de información acerca de los agentes empleados, mientras que 3 sujetos (1%) negaron el consumo de drogas ilícitas; estos últimos se incluyeron porque los profesionales consideraron que los síntomas eran secundarios al consumo de drogas ilícitas o en función de los resultados de las pruebas analíticas. El 70% y 24% de los pacientes refirieron haber consumido una única droga o sustancias múltiples, respectivamente. El 48% de los casos consumió alcohol simultáneamente.

Para el 65% de los casos en total se dispuso de la confirmación analítica (inmunoensayo en 136 casos y CL/EM adicional en 78 pacientes). Las drogas detectadas más comúnmente fueron el cannabis y la cocaína, seguidas en frecuencia por los opiáceos (con exclusión de la metadona) y las benzodiazepinas; en el 34% de los pacientes, el estudio analítico reveló más de una droga.

Las alteraciones clínicas más comunes fueron la taquicardia (28%), la ansiedad (23%), las náuseas o los vómitos (18%) y la agitación (17% de los casos). El 49% de los pacientes (n = 102) presentó alteración de la conciencia (GCS < 15 puntos); 43 de ellos estaban inconscientes (GCS < 8) al momento de llegar al hospital o en el contexto de la consulta profesional previa.

El 22% de los pacientes (46 de 210) presentó síntomas de intoxicación grave; 2 sujetos fallecieron (consumo de MDMA en un caso y de heroína en el otro). En 28 de los 46 casos de intoxicación grave se comprobó intoxicación etílica grave simultánea. Las complicaciones graves incluyeron 2 casos de infarto agudo de miocardio, ambos en asociación con el uso de cocaína, y en uno de ellos, también, en relación con el uso de metanfetamina. Se registraron convulsiones en 13 pacientes y psicosis en 6 sujetos. La mayoría de los pacientes (76%) fue dada de alta luego de permanecer menos de 24 horas en la SG; 17 sujetos se fueron del hospital por decisión propia o antes de ser evaluados por el profesional.

Veinte sujetos (10%) debieron ser internados en la unidad de cuidados intensivos; 9 pacientes (4%) fueron internados en sala general y 4 (2%), derivados a un centro de internación psiquiátrica.

El 72% de los casos (n = 152) recibió tratamiento con oxígeno e hidratación por vía intravenosa; en 7 pacientes (3%) se debió realizar intubación traqueal. Cincuenta sujetos fueron tratados con fármacos sedantes (benzodiazepinas, antipsicóticos, propofol o ketamina), en tanto que 18 sujetos recibieron antídotos

sigue en pág. 32

viene de pág. 31

(naloxona, flumazenil o biperideno).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se describieron las manifestaciones clínicas asociadas con la intoxicación aguda por el uso de drogas ilícitas. La cocaína y el cannabis fueron las drogas involucradas con mayor frecuencia, a juzgar por la referencia de los pacientes y la confirmación analítica; solo 2 casos se atribuyeron al consumo de NSP (2C-P y PMMA).

En la mayoría de los pacientes, los síntomas fueron leves; sin embargo, se produjeron 2 decesos, vinculados con el uso de MDMA y heroína, y 2 infartos agudos de miocardio. La mayoría de los pacientes presentó alteraciones psiquiátricas o síntomas simpaticomiméticos y en casi la totalidad de los casos de intoxicación grave se comprobó el consumo simultáneo de alcohol.

En comparación con los resultados de otro estudio realizado por el mismo centro en el año previo (octubre de 2013 a septiembre de 2014), el número de casos fue similar; las drogas más comúnmente involucradas también fueron el cannabis y la cocaína. En ambos trabajos se informó que 2 pacientes presentaron intoxicación aguda secundaria al consumo de NSP, aunque las NSP fueron diferentes. De hecho, en el estudio anterior, se vincularon con la exposición a pentanona (delirio parasitario) y a 2,5-dimetoxi-4-bromofeniletilamina (2C-B; alucinaciones). Sin embargo, las 4 NSP encontradas en los 2 estudios fueron feniletilaminas, una amplia familia de alcaloides monoaminas, en la que también se incluyen las anfetaminas, la metanfetamina y el MDMA.

El PMMA en general se vende como MDMA o en combinación con MDMA en pastillas de éxtasis; se asocia con hipertermia grave. En el presente estudio, el paciente con intoxicación aguda por PMMA fue un hombre de 42 años que utilizó la píldora "Superman XTC", con MDMA y PMMA, en combinación con metadona y diazepam. El paciente presentó taquicardia, hipertensión arterial y un puntaje en la GCS de 3 antes de la llegada al hospital.

El 2C-P es una feniletilamina, una amplia familia de alucinógenos. En el presente trabajo se evaluó un paciente de 22 años con mareos, luego del consumo de alcohol y 2C-P. Debido a la ingesta simultánea de alcohol, los síntomas no se atribuyeron exclusivamente a la ingesta de 2C-P.

Al igual que en el estudio previo, las manifestaciones clínicas fueron esencialmente psiquiátricas y simpaticomiméticas; en ambos trabajos, los cuadros graves se produjeron en pacientes que ingirieron, simultáneamente, alcohol, de modo que la gravedad del trastorno puede ser atribuida al alcohol y no directamente al uso de drogas ilícitas. Además, 13 sujetos que consumieron alcohol y presentaron intoxicación grave también refirieron la ingesta de otros depresores del sistema nervioso central (benzodiazepinas, opioides, GHB); solo 7 pacientes consumieron, también, cocaína.

Respecto del estudio en el año previo, se registró un mayor número de casos vinculados con la ingesta de heroína (30 en comparación de 15) y la disminución de aquellos ocasionados por LSD (2 respecto de 11). En los 16 centros de Europa, las drogas involucradas con mayor frecuencia fueron la heroína, la cocaína y el cannabis; las NSP solo fueron responsables de una minoría de casos, un fenómeno que parece sugerir la disminución del consumo o menor riesgo de TA en asociación con estas drogas.

En general, el tratamiento consiste en medidas generales, ya que para la mayoría de las drogas ilícitas no se dispone de antídotos específicos (naloxona en el caso de intoxicación por opiáceos y flumazenil para la intoxicación con benzodiazepinas). La naloxona revierte rápidamente los síntomas de la intoxicación por opioides y puede salvar la vida del paciente. Sin embargo, en personas que utilizan simultáneamente opioides y cocaína, el tratamiento con naloxona puede ocasionar arritmias fatales.

La hipertermia grave es un trastorno habitual en la intoxicación por MDMA; en este caso, se indican benzodiazepinas, con la finalidad de suprimir la hiperactividad simpática.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los casos de toxicidad aguda se relacionaron con el consumo de drogas ilícitas, habitualmente con síntomas psiquiátricos o simpaticomiméticos, obedece al uso de cocaína y cannabis. Al igual que en el estudio del año previo, la TA vinculada con el consumo de nuevas sustancias psicoactivas no fue frecuente.

Autor: Liakoni E, Dolder P, Rentsch K, Liechti M -SIIC- Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Uso de cannabis y riesgo de psicosis

El consumo de cannabis se asocia con el riesgo de psicosis; la relación depende de la dosis. Si bien la vinculación causal no pudo confirmarse, la evidencia disponible justifica plenamente la implementación de estrategias de prevención

INTRODUCCIÓN

Según las estimaciones de la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), el 3.9% de la población adulta de todo el mundo utiliza cannabis, un porcentaje superior al referido para las restantes drogas de uso ilícito consideradas en conjunto. El uso de cannabis está estrictamente prohibido en algunos países, mientras que en otros se lo considera relativamente inocuo.

Sin embargo, diversos estudios refirieron que el uso de cannabis podría inducir psicosis aguda y agravar los síntomas psicóticos. En tres metanálisis, el uso de cannabis duplicó el riesgo de aparición de trastornos psicóticos, respecto de los sujetos que no consumían esta sustancia.

Incluso así, la magnitud de la asociación sigue sin conocerse con exactitud. En este contexto, el objetivo de la presente revisión sistemática fue analizar la vinculación entre el nivel de consumo de cannabis, como variable continua, y la psicosis.

PACIENTES Y MÉTODOS

La estrategia de búsqueda siguió las pautas Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA). Los artículos publicados hasta 2013 se identificaron en PubMed, Embase y PsychINFO. Solo se consideraron artículos revisados por pares, publicados en cualquier idioma.

Se incluyeron estudios de cohorte y transversales en los cuales el uso de cannabis se refirió en forma de dosis (frecuencia/cantidad) antes del inicio de la psicosis, y en los cuales las variables relacionadas con psicosis se determinaron con mediciones clínicas validadas.

En cambio, se excluyeron los estudios realizados con pacientes que presentaron trastornos mentales antes del uso de cannabis o con riesgo muy alto, las investigaciones que analizaron la comorbilidad entre el abuso de sustancias y la psicosis.

Los trabajos en los cuales se consideraron mediciones neuropsicológicas o trastorno esquizoide de la personalidad, y no psicosis, como criterio principal de valoración, las investigaciones en las cuales no se refirió el uso de cannabis en tres niveles como mínimo (sin uso, respecto de 2 o más niveles), y los trabajos en los cuales solo se analizó el efecto del cannabis sobre la edad de inicio de la psicosis.

Se tuvieron en cuenta el año y el país en el que se realizó el trabajo, el diseño de la investigación, las variables de exposición, la evolución vinculada con la psicosis, el tamaño de la muestra de pacientes y controles por nivel de exposición y los riesgos relativos u odds ratios (OR).

Mediante metanálisis se generaron estimaciones únicas para el tamaño del efecto del cannabis como factor de riesgo de psicosis; la heterogeneidad entre los trabajos se determinó con el estadístico Q de Cochran y el estadístico I2.

Debido a la heterogeneidad alta entre los estudios (I2 > 50%) se aplicaron modelos de efectos aleatorios de DerSimonian and Laird. El sesgo de publicación se analizó con pruebas de Egger y de Begg. Se realizó metanálisis de los datos puntuales individuales, generados con un método de simulación a partir de la sumatoria de datos de los artículos originales.

RESULTADOS

Se identificaron 571 citas, 18 de las cuales fueron aptas para la revisión sistemática y 10 para el metanálisis, con 66 816 pacientes en total.

Se comprobó un aumento en el riesgo de las variables vinculadas con la psicosis en relación con los niveles más altos de exposición a cannabis en todos los trabajos.

Se comprobó heterogeneidad importante entre los estudios (I2 = 82%).

La estimación global para el coeficiente b en el modelo de regresión logística fue de 1.36 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1.04 a 1.68), valor equivalente a un OR de 3.9 (IC 95%: 2.84 a 5.34) para el riesgo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, entre los sujetos con mayor exposición al cannabis, respecto de los que no utilizaban cannabis.

La expresión lineal del riesgo permitió estimar los OR para diferentes niveles de exposición. De esta forma, la mediana del OR para cualquier categoría de exposición fue de 1.97 (IC 95%: 1.68 a 2.31), en tanto que para el grupo de exposición más alta fue de 3.40 (IC 95%: 2.55 a 4.54). Los análisis de sensibilidad en función del método o la variable de medición mostraron resultados similares

sigue en pág. 33

viene de pág. 32

para cada categoría de consumo.

El OR global para los estudios transversales fue de 3.99 (IC 95%: 2.5 a 6.37), mientras que para los estudios de cohorte fue de 3.83 (IC 95%: 2.34 a 6.29). Al considerar la variable de evolución, el OR global para la presencia de síntomas psicóticos fue de 3.59 (IC 95%: 2.42 a 5.32) y para el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno psicótico fue de 5.07 (IC 95%: 3.62 a 7.09).

La metarregresión por el año del estudio no fue significativa (p = 0.53), de modo que la heterogeneidad no fue atribuible a este factor. No se encontró sesgo importante de publicación (prueba de Egger, p = 0.79; prueba de Begg, p = 0.86).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente metanálisis con todos los datos disponibles publicados confirman una asociación positiva entre la magnitud de consumo de cannabis y el riesgo de psicosis; aunque el tamaño del efecto difirió de un estudio a otro, la dirección de la vinculación fue homogénea en todas las investigaciones.

El análisis global reveló un aumento de alrededor de 4 veces en el riesgo para los consumidores importantes y de aproximadamente 2 veces para los sujetos con una exposición promedio, en comparación con el no uso de cannabis.

La asociación se mantuvo de manera independiente del diseño del estudio (de cohorte o transversal) o la variable analizada (definición amplia de psicosis o diagnóstico de un trastorno psicótico específico).

Se identificaron dos tipos de ensayos en los cuales se investigó la asociación entre el uso de cannabis y la psicosis.

1. Los del primer tipo analizaron la correlación entre el nivel de consumo de cannabis y las variables categóricas de evolución (presencia o ausencia de psicosis, sujetos con síntomas psicóticos por encima de un determinado nivel de gravedad).

2. Los del segundo tipo de estudios se consideraron variables continuas, por ejemplo, los puntajes de distintas pruebas para la medición de la psicosis.

En ellos también se observó una mayor sintomatología psicótica en relación con el consumo más importante de cannabis; estos artículos, sin embargo, no pudieron ser evaluados en conjunto porque se detectó heterogeneidad importante.

Se sabe que el riesgo para la salud, en el contexto del uso de drogas ilícitas, depende del patrón de uso, tal como ocurre con el consumo de alcohol.

No obstante, a diferencia de este caso, en el cual la biología subyacente en la toxicidad por alcohol ha sido bien estudiada, los mecanismos involucrados en la fisiopatogenia de la psicosis asociada con cannabis siguen casi sin conocerse.

Asimismo, a diferencia del alcohol, para el cual se han sugerido "dosis seguras" y límites legales, no existe información suficiente para sugerir una "dosis segura" de cannabis. Las estimaciones obtenidas en el presente estudio apuntan, no obstante, a una relación lineal entre el riesgo y el nivel de consumo.

El tamaño de la muestra, la estimación del efecto global mediante el uso de todos los niveles de exposición, y no solo mediante la comparación entre la ausencia de exposición y el consumo de cannabis, y la expresión del riesgo de psicosis en forma lineal, con la posibilidad de estimar el riesgo relativo de psicosis en sujetos con distintos niveles de exposición, fueron ventajas importantes del presente trabajo.

En cambio, la aplicación de variables "blandas" de valoración (experiencias psicóticas) y "duras" (diagnóstico o internación por un trastorno psicótico y la falta de datos acerca del intervalo entre el uso regular de cannabis y el inicio de la enfermedad) fueron limitaciones relativas para tener en cuenta.

Incluso así, los hallazgos sugieren que el riesgo asociado con el uso de cannabis no se limita al corto plazo; más bien avalan una relación continua con las experiencias psicóticas y la esquizofrenia.

Por otra parte, se sabe que la utilización de cannabis de potencia alta y el inicio precoz del consumo son factores importantes de riesgo de psicosis; estos factores, sin embargo, no pudieron ser evaluados en el presente análisis y se requieren más investigaciones para establecer conclusiones definitivas al respecto.

Se analizaron conjuntamente estudios con mediciones diferentes de exposición, por ejemplo, frecuencia o duración del consumo de cannabis y diagnóstico clínico de uso, abuso o dependencia. En todos los trabajos se observó aumento del riesgo en relación con la mayor exposición, de manera independiente del método utilizado.

• En conclusión, el estudio aporta estimaciones precisas del tamaño del efecto del uso de cannabis como factor de riesgo de psicosis. En términos de salud pública, los programas de prevención deben estar destinados no solo al uso de cannabis en general, sino también a minimizar la exposición.

• Las investigaciones futuras serán de gran ayuda para comprender los mecanismos biológicos que participan en la vinculación asociada e identificar aquellos patrones de uso relacionados con riesgo más alto de las variables vinculadas con la psicosis, especialmente en los grupos susceptibles.

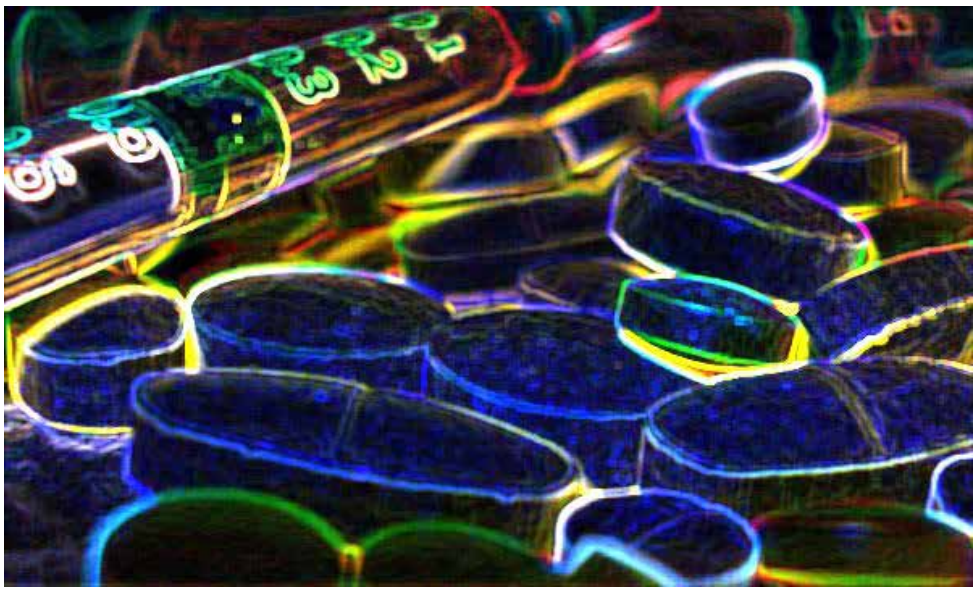
• Autor: Marconi A, Di Forti M, Vassos E y colaboradores Schizophrenia Bulletin 42(5):1262-1269, Sep 2016

SIIC- Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Y LO CREEN INOFENSIVO

Éxtasis: cada vez más adolescentes lo consumen

Datos estadísticos advierten que muchos jóvenes no creen que sea una droga adictiva, ni que cause daños en la salud. Infobae.com habló con un médico, un ex consumidor y un psicólogo sobre sus efecto reales.



Según datos de la Secretaría de Programación para la Prevención de las Adicciones (Sedronar) basados en un relevamiento realizado con estudiantes secundarios el año pasado, el 7% de los alumnos de 12 a 17 años recibió oferta directa de éxtasis.

Además, el 29,6 % de los estudiantes del nivel medio cree que probar una o dos veces esa droga no tiene riesgos para la salud o son muy leves e incluso un 10,7% sostiene que hacerlo frecuentemente tampoco trae aparejados daños.

"Muchas veces, su empleo se produce para seguir disfrutando de las fiestas y no registrar los signos de alarma y agotamiento que emite el organismo", explica la doctora Norma Vallejo, subsecretaria de Prevención y Asistencia del Sedronar a Infobae.com.

La especialista explica que el éxtasis forma parte de las denominadas "drogas de diseño", que son sustancias psicoactivas de origen sintético fabricadas por el hombre o creadas a partir de modificaciones de su estructura química en laboratorios clandestinos.

"Tengo que reconocer que el nombre de la pastilla es tentador, pero lo que más me atrajo es lo que escuché sobre sus efectos", señala Sebastián, que probó éxtasis a los 20 años. "Quería probar si era verdad todo lo que decían y la primera vez tomé en una disco, con amigos. Experimenté una sensibilidad muy fuerte, una sensación de amor y de conexión con todo el mundo", relata.

Según Pablo Nacthigall, psicólogo, "muchos jóvenes no saben como acceder a estados de de mayor relajación y autoestima, que trasciendan su cotidianeidad y optan por consumir éxtasis como una vía rápida hacia un estado emocional intenso. En el fondo, es una búsqueda de forma inadecuada para vivenciar estados de conciencia no ordinarios, que en vez de entrenarse para lograrlos por vía natural, terminan haciéndolo artificialmente por un químico. Y, lamentablemente, puede generar una adicción, con todos los efectos colaterales que eso trae aparejado".

Nachtigall subraya además que el problema principal entonces es que ese estado emocional inducido por una sustancia no lleva a ningún tipo de aprendizaje ni crecimiento, ya que el joven, luego de pasado los efectos, vuelve a sentir las mismas represiones que tenía antes. Por lo tanto, es probable que vuelva a consumir la pastilla "para entrar sin escalas a ese estado".

Sebastián coincide con la opinión del psicólogo consultado por Infobae.com y agrega: "Te deja en ese estado de 'amor con todo el mundo', pero cuando se termina el efecto vuelven todas las barreras". Hoy pasaron siete años de que Sebastián probara éxtasis y ya no consume. Con cierta distancia sobre el tema, señala: "Ahora los chicos toman muchísimas pastillas en una noche porque cuando empezás a tomar, necesitás más para lograr la misma experiencia y eso me parece realmente peligroso".

RIESGOS MUY REALES

El contenido promedio de una dosis única (sólo una pastilla de éxtasis) está entre los 75 y los 100 miligramos de 3-4 metilendioximetaanfetamina (MDMA). Sus primeros efectos se registran entre los 30 y los 45 minutos, el pico de acción se produce en una o dos horas, pero sus efectos persisten de cuatro a seis horas luego de su administración.

"Al tomar esta droga se busca aumento

sigue en pág. 34

viene de pág. 33

de la energía, sensación de bienestar, disminución del sueño y del apetito, resistencia al ejercicio y una mayor sociabilidad, lo que la ubica en el grupo denominado drogas empatógenas", señala Norma Vallejo.

Pero la especialista advierte que estos efectos, vienen acompañados de algunas manifestaciones químicas como el aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, arritmias cardíacas, alteraciones visuales, aumento del diámetro pupilar, alteraciones de la percepción temporal y táctil, bruxismo (castañeteo y/o fricción de dientes), irritabilidad, ansiedad, sudoración aumentada, aumento de la temperatura corporal, sequedad de las mucosas, lesión hepática y muscular con fallo renal.

Además, todo esto se agrava por la presencia de un componente químico denominado metabolito (MDA), que tiene una acción selectiva neurotóxica asociada a complicaciones orgánicas graves. Por otra parte, con el uso crónico producen manifestaciones neurológicas severas del tipo enfermedad de Parkinson.

"Todo consumidor de sustancias, independientemente del tipo de droga que utiliza, piensa 'que lo puede manejar' y sin embargo no es así para nada. En particular, el éxtasis, por tratarse de una droga derivada de las anfetaminas, produce una grave dependencia psíquica y física.

Además, en un episodio agudo -dependiendo de la dosis ingerida y de los antecedentes clínicos de la persona- pueden aparecer complicaciones muy graves como el infarto de miocardio, hemorragia cerebral, insuficiencia renal y eventualmente la muerte. Por eso, de ninguna manera, el consumo de éxtasis 'es manejable'", concluye Vallejo. Por Mariela Bernardi Infobae.com –fUENTE iNTRAmED

UNA GUÍA PARA LA PRÁCTICA | 11 AGO 19

Retención urinaria por obstrucción prostática benigna

Revisión sistemática y un metaanálisis sobre el manejo de esta patología masculina tan pevaalente en hombres mayores

INTRODUCCIÓN

La retención urinaria (RU) es la incapacidad de un paciente para vaciar total o parcialmente la vejiga mediante la micción voluntaria. La RU puede ser aguda o crónica. La RU aguda (RUA) se define como la vejiga dolorosa, palpable o percusiva, cuando el paciente no puede orinar. La RU crónica (RUC) se define como la vejiga no dolorosa, que permanece palpable o percutible después de que el paciente ha orinado.

El término implica un volumen de orina residual posmiccional (ORPM) significativo (cifra mínima de 300 ml).

Sin embargo, las definiciones exactas de RUA y RUC siguen siendo controvertidas. La incidencia exacta de la RU en la población general sigue sin estar clara, con diversas estimaciones entre 2,2 y 6,8 eventos/1.000 pacientes años. Se considera que la obstrucción prostática benigna (ÔPB) es la causa más frecuente de RU en los hombres.

En los pacientes con RUA se han probado varios antagonistas de los receptores adrenérgicos α1 (bloqueantes α1), con el fin de aumentar las tasas de prueba de micción sin sonda exitosa (PMSS), incluyendo la alfuzosina, la tamsulosina y la silodosina, la mayoría de los cuales ha mostrado ser más eficaces que placebo.

En el estudio ALFAUR, el ensayo clínico más grande realizado hasta la fecha, se evaluó el papel de 10 mg de alfuzosina, 1 vez/día, 2–3 días antes de la PMSS y mostró que la alfuzosina casi duplicó la tasa exitosa de PMSS.

Dado que la mayoría de los pacientes con una PMSS exitosa no han tenido una recaída de la RUA a corto plazo, la administración de un bloqueante α1 antes de retirar la sonda se considera un tratamiento valioso. Se ha reportado que >80% de los pacientes que no recibieron ningún tratamiento después de un episodio de RUA fueron sometidos a cirugía dentro de los 5 años.

Como resultado, la intervención farmacológica debe considerarse no solo como una ayuda para aumentar la posibilidad de éxito de la PMSS, sino también como un medio para reducir el riesgo de recurrencia de la RUA a largo plazo, la recurrencia de la RUA podría llevar a futuras intervenciones.

Los datos de 5 estudios que evaluaron el uso a largo plazo de bloqueantes α1 revelaron que los pacientes tuvieron menor riesgo de RUA recurrente. El uso de inhibidores de la 5 α reductasa (5-ARI, de sus siglas en inglés)) como terapia de combinación con los bloqueantes α1 en el tratamiento de la RUA sigue siendo controvertido.

Otra opción terapéutica para la RUA es la cirugía prostática de urgencia, pero tiene mayor riesgo de complicaciones intraoperatorias y/o postoperatorias y mortalidad que la cirugía electiva. Por lo tanto, la cirugía electiva es el tratamiento de elección para la mayoría de los hombres en los que la PMSS ha fallado.

El incremento de la morbilidad perioperatoria también se asocia con la presencia de un catéter urinario permanente en casos operados después del fracaso de la PMSS.

El tratamiento de la RU secundaria a una OPB varía muchísimo. Las revisiones sistemáticas relevantes son escasas. La guía Non neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms, de la European Association of Urology (EAU) reconoce que actualmente no hay evidencia importante y un base científica creciente, lo que muestra la necesidad de conocer más sobre las opciones terapéuticas.

OBJETIVO

Abordar las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los beneficios de los tratamientos para la RU (aguda o crónica) en adultos con OPB?

2. ¿Cuáles son los daños de los tratamientos para la RU (aguda o crónica) en adultos con OPB?

La evidencia considerada en este estudio proviene de ensayos controlados aleatorizados (ECA), cuasi ECA (QRCT), y estudios comparativos prospectivos. Se excluyeron otros estudios (como los no comparativos) y series de casos. Se investigaron las comparaciones de intervención versus comparador.

> Intervención:

Cualquier tratamiento farmacológico o no farmacológico incluido en las guías de la EAU en varones con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) no neurogénicos (2018), como se define a continuación:

1.Tratamiento farmacológico (monoterapia o terapia combinada): bloqueantes α1, 5-ARI, inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5-I), extractos de plantas (fitoterapia).

2. Tratamiento no farmacológico: cualquier tipo de intervención instrumental (tratamiento quirúrgico, como la resección uretral de la próstata, que incluye la cateterización suprapúbica o uretral, independientemente de la duración anterior a la PMSS.

3. Cualquier combinación de los anteriores tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

> Comparador

1. No hay tratamiento.

2. Tratamiento placebo o simulado.

3. Cualquier tratamiento farmacológico o no farmacológico.

Los principales resultados de beneficios fueron los siguientes:

1. Tasa de PMSS exitosa.

2. Tasa de recurrencia de la RU (aguda o crónica) después de una PMSS exitosa.

Los resultados del daño primario fueron los siguientes:

1. Daños del tratamiento para la RU (aguda o crónica) incluyendo cualquier efecto adverso (muerte, complicaciones del tratamiento farmacológico o no farmacológico). Las complicaciones quirúrgicas ocurridas hasta 1 mes después de la operación, las cuales fueron específicamente calificadas de acuerdo al sistema de clasificación de Clavien modificado.

LOS RESULTADOS SECUNDARIOS INCLUYERON LO SIGUIENTE:

1. Flujo máximo (Qmax), International Prostate Symptom Score (IPSS) incluida la calificación de calidad de vida [QoL], ORPM; valores absolutos y cambios desde la línea de base en cada punto de tiempo de seguimiento.

2. Medidas específicas para la evaluación del tratamiento no farmacológico (duración de la operación, duración de la irrigación vesical, cateterización postoperatoria y, duración de la hospitalización).

DISCUSIÓN

La evidencia para el manejo de pacientes con RU causada por una OPB, con tratamientos farmacológicos o no farmacológicos es limitada. La certeza a la evidencia (CaE) para la mayoría de los resultados fue baja o muy baja.

Todos los bloqueantes α1 selectivos (alfuzosina, tamsulosina y silodosina) parecen ser superiores al placebo en términos de tasas de PMSS exitosa después de un período corto de cateterización.

Por el contrario, no se halló ningún beneficio con el uso del bloqueante α1 no selectivo doxazosina, mientras que el agregado de sildenafilo a la tamsulosina no brindó ningún beneficio adicional en comparación con la monoterapia con tamsulosina. Sin embargo, estos estudios tienen poca potencia; la CaE es muy baja y por lo tanto no se pueden sacar conclusiones definitivas para estas comparaciones.

Los resultados agrupados indican que la monoterapia con alfuzosina y

sigue en pág. 35

viene de pág. 34

tamsulosina proporciona tasas de PMSS significativamente más elevadas que el placebo, con escasos efectos adversos. Similares tasas de PMSS exitosa se logró con alfuzosina o tamsulosina. Los tratamientos no farmacológicos han sido evaluados mediante estudios aleatorizados y controlados y estudios comparativos prospectivos, solamente en forma esporádica

Según los autores de esos estudios, la resección transmural bipolar de la próstata y la termoterapia transuretral de microondas han sido probadas en comparación con la resección transmural monopolar de la próstata, comprobándose que tienen una eficacia y seguridad comparables para el manejo de los pacientes con RU, pero los autores alertan que esta conclusión debe ser interpretada con cautela.

La cateterización suprapúbica parece salvaguardar contra algunas de las posibles complicaciones de la cateterización uretral, como la infección del tracto urinario y la estenosis uretral, permitiendo evaluar el vaciado espontáneo y evitando la cateterización después de un intento fallido.

Aunque se a sugerido que la cateterización suprapúbica podría estar asociada con menores tasas de infección del tracto urinario y formación de estenosis uretral, menos incomodidad para el paciente y un manejo más fácil, una revisión sistemática de Cochrane no logró demostrar menor riesgo de infecciones urinarias sintomáticas.

Después de un primer episodio de RUA, de preferencia se recomienda el tratamiento mediante un período de cateterización de 3 días y no de 7 días, además del bloqueante α1, ya que la mayor duración de la permanencia del catéter aumenta las tasas de complicación, sin un aumento significativo del éxito de la PMSS.

En el caso de un retraso en la cirugía, antes de la resección transuretral de la próstata, en vez de la cateterización permanente es preferible un corto periodo de autocateterización intermitente pues podría ser beneficioso para maximizar la recuperación de la función de la vejiga, ya que se asocia con menos complicaciones infecciosas. Una revisión sistemática sobre el manejo de la RUA, incluyendo las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, recomienda. el uso de bloqueantes α 1 antes de la PMSS, desalentando el manejo de la emergencia operatoria.

La punción suprapúbica en vez de la sonda permanente fue discutible y la duración del cateterismo fue controvertida, pero <3 días pareció ser una opción segura para evitar complicaciones relacionadas con el cateterismo.

A pesar de que la resección transuretral de la próstata siguió siendo el patrón oro, surgió un nuevo manejo operatorio utilizando técnicas láser. Sin embargo, las conclusiones fueron limitadas debido a la CaE baja.

En otra revisión sistemática, se evaluaron la efectividad y la efectividad comparativa de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la RUC. Se incluyó un total de 11 estudios (aleatorizados y controlados y estudios prospectivos de cohorte) con pacientes con RUC cuyos resultados fueron analizados por etiología: poblaciones con condiciones obstructivas, no obstructivas y mixtas/causas desconocidas.

Evidencia de baja calidad sugirió que la resección transuretral de la próstata y la termoterapia transuretral de microondas lograron mejorías similares en las tasas de PMSS exitosa, luego de 6 meses de tratamiento. La evidencia fue insuficiente para sacar conclusiones sobre otros resultados. Tampoco hay evidencia suficiente para decidir si un tratamiento para la RUC por causas obstructivas es mejor que otro.

La evidencia sobre los daños fue inconsistente en todas las intervenciones, y no se detectaron diferencias entre los grupos de tratamiento; sin embargo, los estudios no tuvieron el suficiente poder como para detectar diferencias en los daños entre los grupos. Se necesitan más estudios de pacientes con RUC.

Una revisión sistemática de Cochrane evaluó la efectividad de los bloqueantes α1 en la reanudación exitosa de la micción después de retirar la sonda uretral, tras un episodio de RUA en hombres. Se incluyeron 9 estudios aleatorizados y controlados con una CaE moderada para sugerir que las tasas exitosas de PMSS favorecieron a los bloqueantes α1 sobre el placebo. La incidencia de RUA recurrente fue menor en los grupos tratados con bloqueantes α1. La CaE fue moderada favoreciendo a la alfuzosina, tamsulosina y silodosina, pero no a la doxazosina. De los estudios que mencionan efectos adversos, no hubo suficiente información para detectar diferencias estadísticamente significativas entre grupos y la CaE fue baja En general, las tasas de efectos adversos fueron bajas para el placebo y los bloqueantes α1.

RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.

Los estudios futuros deben considerar las siguientes recomendaciones:

1. En esta revisión sistemática, y basados en los criterios de inclusión, no se evaluaron varias opciones terapéuticas no farmacológicos contemporáneas incluidas en las guias de la EAU sobre el manejo de los STUI masculino no neurogénicos. Por ejemplo, no se detectaron estudios no comparativos de evaluación del láser de holmio, Greenlight o tulio. Esto representa una brecha significativa en la literatura. Tal falta de evidencia debe ser abordada por estudios futuros desde la subpoblación de pacientes con RU, que es única.

2. Hacer estudios adicionales sobre la RUC, así como sobre los 5-ARI administrados después de la PMSS exitosa, ya que éstos y no los bloqueantes α1 han demostrado reducir las tasas de RUA.

3. La RU anterior es un factor de riesgo bien establecido para la repetición de episodios de RUA. Los datos más antiguos indicaron que solo el 16% de los pacientes que presentaban RU habían permanecido sin sonda durante 5 años.

Según las guías de la EAU para el manejo de los STUI masculino no neurogénico, el tratamiento quirúrgico suele ser necesario cuando los pacientes han experimentado, entre otros, RU recurrente o refractaria o, incontinencia por rebosamiento (indicación absoluta de operación, necesidad de cirugía).

Sin embargo, se consideran necesarios futuros estudios para identificar de manera confiable a los pacientes que podrían responder al tratamiento médico prolongado y que deben ser programados para cirugía inmediata o electiva.

4. Manejo óptimo del tratamiento para pacientes frágiles con comorbilidades significativas a largo plazo.

5. La heterogeneidad observada de las definiciones de la PMSS exitosa entre los estudios no solo tiene un impacto importante en la evaluación de los resultados terapéuticos sino que también permite adoptar una definición universalmente aceptada de PMSS exitosa, necesaria para futuros estudios.

6. Se debe desarrollar CaE para la RU por OPB, siguiendo la Iniciativa COMET (Core Outcome Measures in Effectiveness Trials). Los estudios futuros deben tener la potencia adecuada o seguir principios y recomendaciones establecidos por CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials).

CONCLUSIONES

• La evidencia para el manejo de los pacientes con RU/OPB con tratamientos farmacológicos o no farmacológicos es limitada. La CaE es generalmente baja.

• Hay cierta evidencia de que el uso de bloqueantes α1 (alfuzosina y tamsulosina) pueden mejorar la resolución de la RU/OPB.

Como la mayoría los tratamientos no farmacológicos no han sido evaluados en pacientes con RU/OPB, la evidencia no es concluyente sobre sus beneficios y daños. Autor: Markos Karavitakis, Iason Kyriazis , Muhammad Imran Omar y col. EUR URO-8261 May 2019 Volume 75, Issue 5, Resumen y comentario objetivo: Dra. Marta Papponetti

Tratamiento de la infección por Helicobacter pylori

La presente guía proporciona recomendaciones actualizadas sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori

La infección por Helicobacter pylori es una infección frecuente asociada con úlcera péptica, cáncer gástrico y otros trastornos gastrointestinales.

El objetivo de la presente investigación fue proporcionar recomendaciones actualizadas en el tratamiento de la infección por H. pylori.

EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI Y GRUPOS DE MAYOR RIESGO

Generalmente, la infección por H. pylori se adquiere durante la niñez. El nivel socioeconómico bajo, el mayor número de hermanos, así como tener un familiar infectado predisponen a adquirir esta infección. Durante la niñez los índices de infección son similares en ambos sexos.

La incidencia y la prevalencia de la infección por H. pylori son mayores en personas nacidas fuera de América del Norte que en los nacidos en esa parte del mundo, y dentro de América del Norte, la prevalencia de la infección es mayor en ciertos grupos raciales y étnicos, en personas con desventajas sociales y en los inmigrantes.

INDICACIONES PARA LA PRUEBA Y EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI

La prueba de infección por H. pylori está indicada en todos los pacientes con úlcera péptica (UP) activa, antecedente de UP, linfoma de tejido linfoide asociado con la mucosa gástrica (MALT, por su sigla en inglés) o antecedente de resección endoscópica de cáncer gástrico temprano (CGT); en caso de dar positivo, se debe realizar el tratamiento de la infección.

En los pacientes con dispepsia no investigada, menores de 60 años y sin rasgos de alarma se debe realizar la prueba de infección por H. pylori.

Los pacientes con dispepsia funcional (DF) deben ser sometidos a prueba y tratamiento de la infección por H. pylori, ya que algunos estudios indican que esto podría ser beneficioso. Se recomienda recolectar biopsias de la mucosa gástrica de apariencia normal para realizar la prueba de infección por H. pylori cuando se realice la endoscopia en pacientes con dispepsia.

Si el individuo presente síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), no es necesario efectuar la prueba de infección por H. pylori.

Se sugiere realizar la prueba de infección por H. pylori al comenzar el tratamiento con bajas dosis de ácido acetilsalicílico (AAS) y con antiinflamatorios no esteroides (AINE) ya que la erradicación de esta bacteria disminuiría el riesgo de hemorragia de úlcera.

En los pacientes en los que no se explica la deficiencia de hierro o la anemia por deficiencia de hierro, a pesar de una evaluación apropiada, está recomendada la prueba de infección por H. pylori.

Los adultos con púrpura trombocitopénica idiopática también deben someterse a la prueba de infección por H. pylori.

La infección por H. pylori estaría asociada con otros trastornos, pero actualmente no hay otras recomendaciones formales.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN BASADO EN LA EVIDENCIA

No existiría un tratamiento que garan-

sigue en pág. 36

viene de pág. 35

tice la cura de la infección por H. pylori en el 100% de los pacientes.

La terapia triple con claritromicina durante 15 días continúa siendo el tratamiento de primera elección en regiones donde la resistencia de H. pylori a la claritromicina es baja. Sin embargo, esta terapia se debe evitar en regiones donde la resistencia a la claritromicina excede el 15% y en pacientes expuestos previamente a macrólidos.

La terapia cuádruple con bismuto por 10 a 14 días es el tratamiento de primera elección en regiones donde la resistencia a la claritromicina es alta, en pacientes expuestos previamente a macrólidos o en los alérgicos a la penicilina.

La terapia concomitante se debe indicar por 10 a 14 días; esta se considera también el tratamiento de primera elección en América del Norte ya que tendría la misma eficacia y tolerabilidad que la terapia triple con claritromicina.

El abordaje secuencial sería una alternativa a la terapia triple con claritromicina.

La terapia híbrida es un tratamiento prometedor ya que ha provocado tasas altas de curación. Tendría la misma eficacia y tolerabilidad que la terapia triple con claritromicina.

La terapia triple con levofloxacina durante 10 a 14 días parecería ser una alternativa al abordaje triple con claritromicina. Las opciones disponibles más prometedoras serían la terapia secuencial con fluoroquinolonas por 10 a 14 días y el tratamiento cuádruple por 7 a 10 días.

FACTORES QUE PREDICEN LA ERRADICACIÓN EFICAZ DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI

Existen factores del hospedero y otros de la bacteria que influyen sobre la erradicación de H. pylori. Los determinantes principales de la erradicación eficaz son la elección del régimen, la adhesión del paciente a un tratamiento con fármacos múltiples, con efectos adversos frecuentes, y la sensibilidad de la cepa de H. pylori a la combinación de antibióticos administrada.

Resistencia antibiótica de H. pylori en América del Norte

La resistencia de H. pylori a los antibióticos estaría relacionada con el uso de los antibióticos por parte de la comunidad. Los escasos datos disponibles de América del Norte indican que existirían tasas de resistencia alarmantes a numerosos antibióticos utilizados actualmente contra H. pylori. Métodos para evaluar la resistencia antibiótica de H. pylori y cuándo realizar la prueba

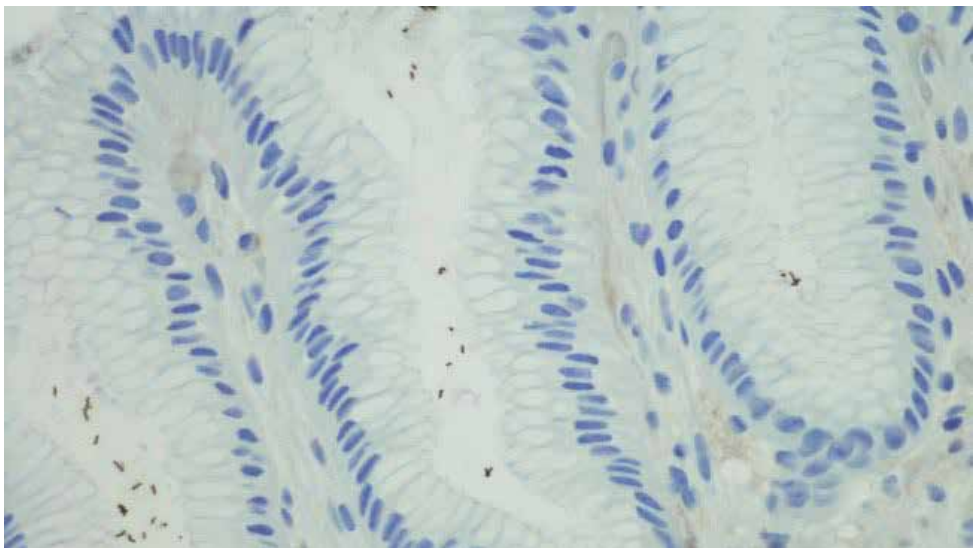
La prueba de resistencia antibiótica para H. pylori puede realizarse en cultivos aislados de biopsias gástricas. Sin embargo, esta prueba no está disponible en la mayoría de los centros médicos de América del Norte. Los métodos moleculares son una alternativa simple y rápida, pero su uso no está aprobado en EE.UU.

Cuando la resistencia a la claritromicina es frecuente y si fracasó el tratamiento de segunda elección, se recomienda la prueba de resistencia a la claritromicina antes de prescribir la terapia triple con dicho fármaco.

Prueba de la eficacia del tratamiento después de la terapia de erradicación de H. pylori

Si se ha identificado y tratado la infección por H. pylori, es necesario comprobar la erradicación. La prueba de aliento con urea, la de antígeno fecal y los estudios endoscópicos tienen especificidad y sensibilidad alta para detectar la infección persistente por H. pylori.

Estas pruebas deben realizarse al menos 4 semanas después de completar la terapia antibiótica y después de que el



tratamiento con inhibidores de la bomba de protones ha sido interrumpido por 1 a 2 semanas.

TERAPIAS DE SALVAMENTO

La elección del mejor régimen de salvamento depende de los datos de resistencia antimicrobiana y la exposición previa del paciente a los antibióticos.

La claritromicina, las fluoroquinolonas y la rifabutina no deberían volver a utilizarse de manera empírica. Sin embargo, la amoxicilina y la tetraciclina podrían ser reutilizadas.

La terapia cuádruple con bismuto o el régimen de salvamento con levofloxacina serían las opciones de tratamiento preferidas si el paciente recibió un abordaje de primera elección con claritromicina.

Los regímenes de salvamento con claritromicina o levofloxacina están indicados si el paciente recibió terapia cuádruple con bismuto de primera elección.

La terapia cuádruple con bismuto por 14 días, el régimen triple con levofloxacina por 14 días, la terapia concomitante por 10 a 14 días, el régimen triple con rifabutina por 10 días y la terapia dual de dosis altas con amoxicilina por 14 días son considerados por los autores del presente estudios como abordajes de salvamento. Por otro lado, la terapia triple con claritromicina debe evitarse como régimen de salvamento.

No se recomiendan como terapias de salvamento el tratamiento secuencial, la terapia híbrida ni los regímenes que contengan furazolidona.

PRUEBA DE ALERGIA A LA PENICILINA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR H. PYLORI

Los pacientes en los que la terapia de primera elección no es eficaz pueden ser sometidos a prueba de alergia a la penicilina y, después de excluir una alergia verdadera, se pueden prescribir de forma segura regímenes de salvamento que contengan amoxicilina.

Algunos estudios indican que la mayoría de los pacientes con antecedentes de alergia a la penicilina no tendrían hipersensibilidad verdadera a este fármaco. Autor: Chey W, Leontiadis G, Moss S y colaboradores American Journal of Gastroenterology 112(2):212-239, Feb 2017

SIIC- Sociedad Iberoamericana de Información Científica

OBESIDAD Y DIETA PODRÍAN SER RESPONSABLES | 05 AGO 19

Disminución de enfermedades cardíacas y muertes por ACV se estancan

Las tasas de mortalidad por accidente cardíaco y ACV casi han dejado de disminuir en muchos países de altos ingresos, e incluso están aumentando en algunos países

UNIVERSIDAD DE MELBOURNE

Según una nueva investigación, las tasas de mortalidad por accidentes cardíacos y accidentes cerebrovasculares casi han dejado de disminuir en muchos países de altos ingresos, incluida Australia, e incluso están aumentando en algunos países.

Los investigadores de la Universidad de Melbourne han analizado las tendencias en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, que consiste principalmente en enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, en 23 países de altos ingresos desde el año 2000.

Encontraron que las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares para las personas de entre 35 y 74 años apenas están disminuyendo, o están aumentando, en 12 de los 23 países.

En los EE. UU. y para las mujeres canadienses, las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares han aumentado en el último año, mientras que en Australia, el Reino Unido y Nueva Zelanda las disminuciones anuales de muertes por enfermedades cardiovasculares son ahora solo del 20 al 50 por ciento de lo que estaban en los años 2000

El experto de la Universidad de Melbourne en la carga mundial de la enfermedad, Alan López, dijo que la investigación sugiere que la obesidad, o al menos una dieta pobre, puede haber sido un contribuyente significativo a la desaceleración en la disminución de las muertes por enfermedades cardiovasculares.

"Cada uno de estos países tiene niveles muy altos de obesidad. En Australia, cerca de un tercio de los adultos son obesos", dijo el profesor López.

"Estos aumentos en los niveles de obesidad significan que una parte significativa de la población ha estado expuesta a los riesgos de enfermedades cardiovasculares asociados con el sobrepeso durante varias décadas".

Sin embargo, la obesidad es solo uno de los muchos factores de riesgo para la mortalidad por enfermedades cardiovasculares; otros incluyen fumar, presión arterial alta, colesterol alto y la diabetes.

Los investigadores encontraron que los niveles de obesidad son bajos en Italia y Francia, donde la desaceleración de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los últimos años se encuentra entre los más notables de todos los países.

El investigador y coautor de la Universidad de Melbourne, Tim Adair, dijo que la investigación muestra que el efecto de las intervenciones exitosas de salud pública sobre la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los últimos 50 años está disminuyendo.

"Para combatir esto, se necesita una inversión significativa en medidas preventivas de salud, particularmente aquellas destinadas a aumentar la actividad física, mejorar la dieta y reducir la obesidad", dijo el Dr. Adair. "No abordar estos problemas podría confirmar el final de la disminución a largo plazo de las muertes por enfermedades cardiovasculares y amenazar las ganancias futuras en la esperanza de vida".

CONCLUSIONES

Una desaceleración significativa en la disminución de la mortalidad por ECV ahora es evidente en los países de altos ingresos con diversos entornos epidemiológicos.

Los niveles altos y crecientes de obesidad, las ganancias potenciales limitadas en el futuro al reducir aún más la baja prevalencia del tabaquismo, especialmente en los países de habla inglesa, y las persistentes desigualdades en el riesgo de mortalidad plantean desafíos importantes para las políticas públicas para promover una mejor salud cardiovascular.

Autor: Alan D Lopez, Tim Adair Fuente: International Journal of Epidemiology, dyz143, https://doi.org/10.1093/ije/dyz143 Is the long-term decline in cardiovascular-disease mortality in high-income countries over? Evidence from national vital statistics