AÑO XXII . Nº 222 . FLORIDA . SETIEMBRE 2019

EL DIARIO MEDICO

Salud hoy

"Mirando el URUGUAY": 90.000 cirugías realizadas

Información en pág. 9

Donación de Diego Godín y su esposa al Pereira Rossell. Pág. 7

Crompomiso FEMI - SMU con los DD.HH.

Info en págs. 4 y 12

Coordinación de los H. de Tacuarembó y del Clínicas

Info en pág. 8

Desde Salto los logros de la Facultad de Medicina. Págs. 14, 15 y 16

22 años *juntos*

EDM

SUSCRIPCIÓN GRATUITA POR INTERNET
www.eldiariomedico.com.uy

IMPORTANCIA DE CONOCER LA LEY

Sobre la Ética Profesional

A menudo se habla de ética de las profesiones y en especial de la aplicable a la Medicina. Conviene repasar algunos aspectos que merecen conocerse y sobre los que vale detenerse a reflexionar.

AC. DR. ANTONIO TURNES

El vocablo Ética viene del griego "ethos", costumbre, es la parte de la filosofía que trata de las obligaciones del hombre, partiendo de verdades básicas tomadas de otras ciencias o ramas de la filosofía. En tanto que Bioética es la disciplina que desde un enfoque plural, pone en relación el conocimiento del mundo biológico con la formación de actitudes y políticas encaminadas a obtener el bien social. La Moral deriva del latín "moralis", siendo la acepción más común la de la ciencia que trata del bien en general y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia. A su vez, Deontología procede del griego "deontos" que significa deber y "logos" tratado; por tanto significa tratado de los deberes. Es el conjunto de principios y reglas éticas que deberían inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

LA ÉTICA MÉDICA RECONOCE ANTIGUOS ORÍGENES Y ES TRIBUTARIA DE UNA RICA EVOLUCIÓN

Desde el siglo V aC se conserva y trasmite el Juramento de Hipócrates. En el final del siglo XVIII el médico inglés Thomas Percival (1740-1804) elaboró un Código de ética médica, que publicó en 1803 bajo el título "Ética médica; o un Código de Institutos y Preceptos, adaptado a la conducta profesional de médicos y cirujanos. Este código sirvió de inspiración para que la profesión médica a mediados del siglo XIX adoptara un código institucional. Eso ocurrió con la American Medical Association que adoptó su primer Código de Ética en 1847, el que hasta la fecha ha merecido diversas actualizaciones.

LUEGO DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL fue adoptado el Código de Ética Médica de Núremberg, que recogió una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos, como resultado de los Juicios de Núremberg, como consecuencia de los tratos inhumanos a los prisioneros en campos de concentración y los experimentos a que fueron sometidos por los médicos nazis. La Asociación Médica Mundial adoptó en 1948 la Declaración de Ginebra, que es una versión moderna del Juramento Hipocrático; en 1949 aprobó en Londres el Código Internacional de Ética Médica, que ha recibido también numerosas actualizaciones. En 1964 la AMM aprobó la Declaración de Helsinki, un conjunto de Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, la que tuvo diversos ajustes, la última de las cuales en octubre de 2013.

LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA COMPRENDEN: 1) el de AUTONOMÍA: definiendo a la persona autónoma como la que es capaz de obrar, facultad de alcanzar razonablemente el alcance y significado de sus actuaciones y responder de sus consecuencias. Lo que implica la responsabilidad y representa un derecho tanto para el individuo sano como para el enfermo; 2) el de NO MALEFICENCIA, la traducción del viejo Primun non nocere, primero no hacer daño, que en la práctica se podría traducir como la obligación de no perjudicar innecesariamente a otros. 3) el de BENEFICENCIA: respetando la voluntad del paciente, deberemos determinar qué actuación es la que más le beneficia. 4) el de JUSTICIA: tratar a cada uno como corresponda a fin de disminuir desigualdades.

EN URUGUAY ESTOS PRINCIPIOS ESTÁN CONSAGRADOS EN DIVERSAS LEYES:

entre las cuales debemos citar la No. 18.335 de derechos de los pacientes y usuarios de servicios de salud, la No. 18.591 de creación del Colegio Médico del Uruguay y la No. 19.286 que aprobó el CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA que regula la actuación de los profesionales de la Medicina en el país.

En su Capítulo II, Declaración de Principios Éticos Fundamentales, se establece que:

Artículo 2º:

a) Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación de clase alguna, respetando integralmente los derechos humanos.

b) Es deber fundamental prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de la colectividad.

c) El médico debe ejercer inspirado por sentimientos humanitarios. Jamás actuará para generar torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes, ni para el exterminio del ser humano, ni para cooperar o encubrir atentados contra la integridad física o moral de sus semejantes.

d) El médico, en el marco de su actuación profesional debe promover las acciones necesarias para que el ser humano se desarrolle en un ambiente individual y socialmente sano. Para ello se basará en una formación profesional reconocida y se guiará por las normas y principios éticos establecidos en este Código.

e) El médico debe procurar siempre el más alto nivel de excelencia de conducta profesional.

Artículo 3º.- Es deber del médico, como profesional de la salud, seguir los siguientes principios y valores fundamentales:

a) Respetar la vida, la dignidad, la autonomía y la libertad de cada ser humano y procurar como fin el beneficio de su salud física, psíquica y social.

b) No utilizar el ejercicio profesional para manipular a las personas desde un punto de vista de los valores.

c) Posibilitar al paciente el encuentro con otro profesional idóneo si él no está en condiciones de ayudarle dentro de sus conocimientos específicos.

d) Hacer, como profesional de la salud y como miembro del Colegio Médico del Uruguay, todo lo que esté dentro de sus posibilidades para que las condiciones de atención sanitaria sean las más beneficiosas y no estigmatizantes para sus pacientes y para la salud del conjunto social sin discriminación alguna.

e) Respetar el derecho del paciente a guardar el secreto sobre aquellos datos que le pertenecen y ser un fiel custodio, junto con el equipo de salud, de todas las confidencias que se le brindan, las que no podrá revelar sin autorización expresa del paciente.

f) Mantenerse al día en los conocimientos que aseguren el mejor grado de competencia profesional en su servicio específico a la sociedad.

g) La búsqueda de lucro económico u otros beneficios nunca deberá ser la motivación determinante en su forma de ejercer la profesión.

Asimismo no deberá permitir que motivos de orden económico u otros intereses influyan en la recomendación profesional referida a sus pacientes, procurando también que la provisión de medios idóneos de diagnóstico y tratamiento sean éticamente adecuados.

h) Ser veraz en todos los momentos de su labor profesional, para que los pacientes y la sociedad tomen las decisiones que les competen.

i) Concertar y utilizar el progreso científico y tecnológico de la medicina de tal manera que el humanismo esencial de la profesión no resulte desvirtuado.

j) Valorar el trabajo de equipo tanto en su labor de servicio a la salud de sus pacientes como de la población en general.

RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL MÉDICO

El Capítulo III trata de la responsabilidad social del médico, determinando que "El médico sabe que el deterioro del ambiente humano repercute directamente en la salud de los miembros de la sociedad y por eso brindará sus conocimientos y su arte, cuando les sean demandados, para preservar y proteger la ecología y para salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras." Pero además le comete a denunciar el ejercicio ilegal de la medicina, prescribiendo que la asociación del médico con ese ejercicio constituye una falta ética. Al mismo tiempo determina que "la elección de la medicina como profesión implica asumir determinados riesgos en su salud individual. El médico actuará con entrega y dedicación profesional". Acto seguido define que "El médico debe procurar los mejores medios científicamente aceptados de diagnóstico y tratamiento para sus pacientes así como el rendimiento óptimo y equitativo de dichos recursos". Finalizando este capítulo con un artículo que define: "La colectividad médica velará por una adecuada educación médica continua de calidad reconocida, siendo deber del médico cumplir con ella. Este proceso educacional deberá incluir necesariamente la formación en ética médica".

El capítulo VI trata de la RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, DERECHOS DE LOS MÉDICOS, PROBLEMAS ÉTICOS ESPECÍFICOS, este dividido en varias secciones:

- Inicio de la vida humana.
- Final de la vida humana
- Trasplantes
- La tortura y los actos crueles, inhumanos o degradantes
- Asistencia a grupos específicos de pacientes
- Investigación científica con seres humanos

El capítulo VII define la Relación con colegas, con otros profesionales y con las instituciones, también dividido en secciones específicas:

- Relación con colegas
- Relación con otros profesionales
- Relación con las instituciones

El Capítulo VIII trata de disposiciones generales.

ELEMENTOS DE REFERENCIA

Para la mejor ilustración de nuestros lectores, brindamos algunos enlaces de interés para ampliar la información:

https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7911303.htm

El Manual de Ética Médica del Colegio Oficial de Médicos de España:

www.comteruel.org/documentos/ManualdeEtica.pdf

El Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial:

www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_es.pdf

Sin duda mantener estos documentos siempre presentes, constituirán una ayuda práctica para encarar el ejercicio cotidian

Actitud que honra a FEMI y al SMU

La Federación Médica del Interior y el Sindicato Médico del Uruguay han puesto en manos de la justicia de nuestro país 81 expedientes relacionados con investigaciones sobre violaciones a los derechos humanos y de la ética profesional que involucran a médicos que actuaron en el período de la dictadura cívico-militar, que habrían sido actores activos o pasivos en los tormentos padecidos por miles de uruguayos en época del terrorismo de estado.

La actitud de los dos gremios médicos de nuestro país, significa sin duda un fuerte mensaje hacia nuestra sociedad y hacia los representantes del Estado que, desde ahora, no están llamados solamente a digitalizar los voluminosos expedientes entregados, sino a profundizar las investigaciones tomando como base las informaciones contenidas en esos documentos.

Por mucho tiempo – demasiados quizás- esa documentación permaneció en un cofre fort del BROU sin que – aparentemente- hasta ahora - no fuera centro de atención de aquellos llamados a juzgar eventuales conductas de complicidad con el terrorismo de estado y con los tormentos sufridos por miles de compatriotas, no obstante haber estado siempre a disposición de las autoridades..

Tribunales de Ética juzgaron en su momento a varios galenos que violaron su Juramento Hipocráticos y con sus silencios amañaron torturas, violaciones y crímenes de lesa humanidad. Otros muchos quedaron en puntos suspensivos "por la no existencia de méritos suficientes". De los juzgados por los Tribunales de Ética y de los denunciados ante los mismos, creemos que ninguno fue juzgado por la justicia ni procesado y, que sepamos, sus causas no fueron tomadas por los organismos jurisdiccionales para llevar adelante una profundización de las investigaciones.

Serpaj (Servicio de Paz y Justicia), señaló en su momento que "hay dos juicios que la sociedad puede y debe emitir antes las violaciones de los derechos humanos y que esos juicios son éticos y jurídicos", señalando en uno de sus pronunciamientos que la sociedad comprende "cada vez más que la dictadura y las formas como se impuso y mantuvo, no son un problema de algún sector político, sino que afectó gravemente a la inmensa mayoría de la sociedad y de diversas formas".

Ahora 81 expedientes están en manos de la justicia con el contenido del trabajo cuidadoso del derecho de todos, que realizaron médicos integrantes de los distintos Tribunales y sus asesores. Y están ahí, para continuar investigando si las conductas de los médicos que figuran en esos expedientes, caen en los enunciados de muchas normas del derecho nacional e internacional y en especial, lo subrayamos rescatándola de nuestros recuerdos, la Regla 25.1 de las "reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos", adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas en Ginebra en 1955.

Por todo lo anterior, nuestro respetuoso saludo y felicitaciones a los actuales directivos del SMU y de FEMI por la decisión adoptada y en ellos nuestro recuerdo a los médicos que en momentos más difíciles que los actuales, cuando había que abrir muchas cabezas por las incomprensiones y desconocimiento de hechos que hoy nadie niega, actuaron sin vacilaciones llevando adelante juicios – sin duda para ellos muy difíciles y dolorosos- contra colegas que violaron principios éticos que hacen a la esencia de la profesión y del ser humano.

Lo asumido por FEMI y el SMU ayudará sin duda a desentrañar en parte – pese al tiempo transcurrido – la gravedad de hechos que aún permanecen impunes por los ocultamientos que sucedieron a los mismos, siendo una demostración de coherencia de los gremios médicos que comprenden el rol que juegan en la sociedad, asumiendo con responsabilidad una actitud que los honra por ser la forma más correcta de prestigiar a las instituciones de un estado de derecho y a las entidades que ellos representan.

Solo aguardamos ahora, que los organismos jurisdiccionales creados para el seguimiento de estos hechos, actúen en consecuencia aclarando lo aclarable del contenido de los expedientes entregados por aquellos y, si corresponde, juzgando lo juzgable. 15.09.2019.

Prof. Elbio D. Álvarez Aguilar (DIRECTOR).

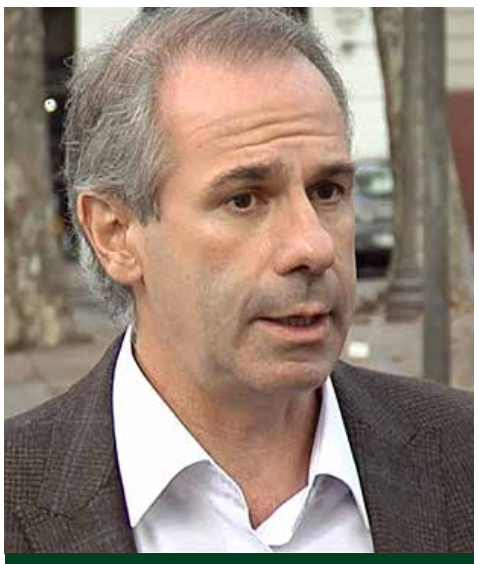
DIRECTOR RESPONSABLE Y COORDINADOR GRAL.:
Prof. Elbio D. Alvarez - Adj. Lic. Sebastián Alvarez Melgar
COORDINADOR MÉDICO Y DIRECCIÓN TÉCNICA:
Dr. Juan José Arén Frontera
ADMINISTRACIÓN Y EDICIÓN
PUMEES S.R.L. (Publicaciones Médicas Especializadas)
DOMICILIO
Dr. González 978 - C.P. 94000 - Florida
18 de Julio 1485 Piso 2 - Montevideo - Uruguay.
Telefax: 2408 3797 - 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)
COLABORAN CON EL DIARIO MEDICO:
COLUMNISTAS INVITADOS
Ac. Dr. Antonio Turnes; Dr. Miguel Fernández Galeano;
Ac. Dr. Néstor Campos; Dr. Pablo Vázquez;
Dr. Enrique Soto; Dra. Silvia Melgar;
Dr. Gustavo Grecco; Dr. Homero Bagnulo;
Dr. Ramón Soto; Lic. Pablo Anzalone; Dr. Daniel Pazos;
Dr. Santiago Cedrés; Pof. Dra. Patricia Fierro Alanís;
Dr. Uruguay Russi; Dr. Jorge Venegas;

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

Los médicos, los derechos humanos y su compromiso con la ética: pasado, presente y futuro



DR. GUSTAVO GRECCO
PRESIDENTE SMU

El 13 de setiembre de 2019, el Sindicato Médico del Uruguay en conjunto con la Federación Médica del Interior entregaron al Poder Judicial, 81 expedientes con información vinculada la actuación de médicos durante el período de la dictadura cívico militar, desde 1973 a 1984.

Con esta entrega se delega la custodia de esta valiosa documentación, que estará disponible para las actuaciones judiciales en AJProJuMi (Archivo Judicial de Expedientes Provenientes de la Justicia Militar) en el marco de un acuerdo con la Suprema Corte de Justicia.

Los expedientes referidos contienen información respecto a la actuación del Tribunal de Ética de la época, conformado especialmente por decisión de la 7° Convención Médica Nacional (1984) que analizó los casos de colegas denunciados por violaciones a los Derechos Humanos y participación en actos de tortura; también recoge el testimonio de colegas víctimas de torturas que realizaron en ese ámbito las denuncias; y de los médicos que pidieron voluntariamente ser juzgados por el Tribunal de Ética para deslindar responsabilidad.

La 7° Convención Médica Nacional fue presidida por el Dr. Carlos Gomez Haedo, con la secretaría de los Dres. Tabaré Caputti y Marcos Carámbula. Contó con el importante apoyo del Colegio de Abogados, presidido en aquel entonces por el Dr. Rodolfo Canabal. Destacamos entre sus conclusiones: "Condena específicamente la participación de médicos uruguayos en actos de tortura y apremios físicos y dispone la integración de un Tribunal Ético que los juzgue con la seriedad, objetividad y ecuanimidad que la hora del país reclama".

Como consecuencia de las actuaciones del Tribunal, cuatro colegas resultaron expulsados de los gremios, y muchos fueron sancionados.

El proceso fue largo, complejo, doloroso. Actuaron en conjunto el SMU y la FEMI. Las violaciones a los Derechos Humanos en el colectivo médico fueron analizadas en detalle en posteriores asambleas multitudinarias y prolongadas hasta la madrugada. Aún hoy se recuerdan algunas, particularmente la del cine Censa. Todo en un contexto político adverso, con la impunidad y el poder corporativo defendiendo lo indefendible

Vaya nuestro mayor respeto y admiración para los protagonistas de aquellos hechos, que asumieron con valor desde lo individual y sobre todo desde lo colectivo enviar un mensaje muy fuerte de ética a la sociedad.

Esta documentación, con los testimonios y actuaciones de todos estos hechos, nunca estuvo oculta. Sólo en resguardo en un cofre en el BROU bajo nuestra responsabilidad, particularmente preservando la privacidad de los datos referidos a las víctimas. Cada vez que la Justicia ha solicitado a nuestras instituciones la vista de algún expediente para actuaciones por causas en curso, se ha procedido entregando la misma como corresponde.

Transcurrido este tiempo, y existiendo en el Poder Judicial un ámbito específico para el archivo y digitalización de la documentación como es AJProJuMi (donde hay archivados 3000 expedientes referidos a 10000 víctimas), SMU y FEMI entendimos que era tiempo de delegar la custodia de tan valiosa información.

Para el SMU es importante resaltar nuestro compromiso permanente con la defensa de los DDHH; nuestra voluntad histórica de contribuir a la memoria, verdad y justicia; y nuestra eterna condena a cualquier participación en actos vinculados a torturas.

Pero hoy, mal mensaje daríamos a las generaciones jóvenes si todo este ejercicio de memoria no tuviera el profundo sentido de su impacto en el presente y en el futuro. Las violaciones a los DDHH por parte de médicos no son patrimonio de aquel nefasto período histórico, ni de nuestro país.

Debemos tener presente que en el mundo hechos tan o mas lamentables que aquellos ocurren. Que hay violaciones sistemáticas a los DDHH en muchos lugares en el mundo, y que esto es preocupación constante de las organizaciones médicas. La Asociación Médica Mundial, cuyo Consejo integra el SMU en representación de Uruguay, recibe constantemente denuncias de médicos que en algún lugar participan en hechos similares. Recordamos algunas declaraciones, que nuestro país suscribe: la Declaración de Tokio (1975, revisada en 2016) sobre Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas; la Declaración de Helsinki (2003) sobre la Responsabilidad de los Médicos en la Documentación y la Denuncia de Casos de Tortura o Trato Cruel, Inhumano o Degradante.

Sindicato Médico del Uruguay

MÉDICOS POR LA CALIDAD

Sindicato Médico del Uruguay

FEMI

Montevideo, 13 de septiembre de 2019

Sres. Ministros

de la Suprema Corte de Justicia

De su mayor consideración:

Por la presente, el **SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY** y la **FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR**, en cumplimiento de lo acordado oportunamente con Vuestra Corporación, entregan en este acto los expedientes correspondientes a las investigaciones realizadas en el año 1985 por las Comisiones de Ética Médica de ambas gremiales.

El detalle de los mencionados expedientes se encuentra enumerados en el inventario adjunto, que consta de 3 páginas.

Sin otro particular, saludan a Uds. muy atentamente,

Dr Gustavo Grecco
Presidente del SMU

Dra Patricia Nava
Presidenta de FEMI

Región este de Uruguay contará con un centro oncológico de referencia a partir de mayo de 2020

La construcción del edificio del futuro Centro Oncológico del Este, que avanza en la ciudad de San Carlos, en Maldonado, requiere más de 30 millones de pesos, inversión a la que se sumará el gasto en equipamiento. Ese hospital, que estará operativo en mayo de 2020, se sumará al existente en la especialidad en Tacuarembó para el norte del país y al Instituto Nacional del Cáncer, referencia nacional.

"Las obras se cumplen en tiempo y forma", dijo el presidente del directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Marcos Carámbula, en su visita del viernes 6, junto al ministro de Salud Pública (MSP), Jorge Basso, por las obras del Centro Oncológico del Este.

"Ya está hecho lo que se llama el bunker, donde van los aparatos para el tratamiento oncológico en radioterapia, acelerador lineal, toda la parte de imagenología, el resonador magnético", relató Carámbula a la Secretaría de Comunicación Institucional.

Está previsto que a mediados de mayo de 2020 esté finalizado el proyecto, según asumió la empresa constructora. La inversión inicial de infraestructura edilicia supera los 30 millones de pesos, aunque se prevé un importe mayor. A esto se sumará la compra de los equipamientos correspondientes.

De esa forma, Uruguay contará con el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), ubicado en Montevideo, pero de referencia nacional; con el servicio que funciona en el Hospital de Tacuarembó para toda la región norte del país, con este nuevo centro en el departamento de Maldonado para la zona este y con otro servicio cuyas obras están previstas en Colonia.

Carámbula consideró que será "un avance extraordinario", ya que hasta ahora la demanda del sector público se traslada en su mayoría al INCA. "En oncología, estamos trabajando en un convenio de complementación con los prestadores mutuales, de manera que no solo los pacientes del sector público, sino también los de los servicios mutuales, eviten trasladarse a la capital del país y se puedan atender en Maldonado", apuntó.

Directorio invistió en sus cargos a nuevas autoridades del Hospital de Treinta y Tres

El Directorio de ASSE, llegó este viernes 23 de agosto hasta la ciudad de Treinta y Tres, para investir en sus cargos a las nuevas autoridades del Hospital Local. La Licenciada Inés López Fernández coordinará el nuevo equipo de gestión y estará acompañada por el Dr. Marco Antonio Suárez y la Licenciada Ileana Medina.

El Presidente del organismo, Dr. Marcos Carámbula, tras la separación de sus cargos de las anteriores autoridades y dos médicos del Hospital, producto de una auditoría e investigación realizada por ASSE, indicó que la presencia del Directorio y otras autoridades institucionales en el Hospital, es brindar "el respaldo a este nuevo equipo" que asume sus respectivas responsabilidades.

En ese sentido, destacó la presencia del Directorio, la Gerencia General y la Asistencial, así como de las Direcciones Económicas, Administrativas y Financieras del organismo, de la Dirección de la Región Este, entre otras autoridades que estuvieron presentes en el encuentro mantenido. Al respecto, resaltó que "nos hemos reunido con el equipo y los responsables de las distintas áreas del Hospital".

Por otra parte, el jerarca hizo especial hincapié en que la llegada de las autoridades del organismo, se vincula especialmente con "asegurar la continuidad asistencial", ya que "nos debemos a los pacientes que se atienden a la salud pública", resaltó Carámbula.

Fiebre Amarilla: Historia, Salud, Arte y Ciencia de una Enfermedad Emergente

El Instituto Pasteur de Montevideo y el Hospital Maciel, junto al Museo Nacional de Artes Visuales, comenzaron un ciclo sobre Fiebre Amarilla, uniendo historia, arte, sociedad y ciencia de una enfermedad emergente. La propuesta comenzó el martes 27 de agosto, en el Patio del Brocal del centro asistencial de ASSE, y convocó a expertos, funcionarios y usuarios, quienes son activos participantes de las distintas iniciativas que se llevan adelante, bajo el lema "Actitud Maciel".

El Dr. Fabio Grill, Médico infectólogo del Hospital, resaltó que la actividad "va más allá de lo académico", ya que "mezcla cultura, sociedad, arte y ciencia", en el marco "del convenio de trabajo conjunto con el Instituto Pasteur de Montevideo, especialmente en microbiología y enfermedades infecciosas".

La propuesta, se encuentra enraizada a partir de una copia del cuadro original de Juan Manuel Blanes, "Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires", que refleja cómo impactó el brote de la enfermedad en el Río de la Plata, en el año 1870. En Buenos Aires, precisamente, falleció el 10% de la población por dicha causa.

En dicha obra, se resalta el dramatismo de la escena: un pequeño niño junto a su madre caída sin vida en el suelo de la habitación, los médicos asombrados y conmovidos en la puerta dirigen la mirada a la mujer y su hijo sin percatarse aún que tras la puerta en la semipenumbra de la habitación el padre de la criatura también yace muerto. La luz que se filtra desde la calle se derrama en el punto focal del cuadro que es una obra cúlmine de este autor. "Los dos médicos retratados en el cuadro, también fallecieron a causa de la enfermedad", comentó Grill.

A partir de dicho cuadro, se llevaron adelante varias oratorias: el Director del Museo de Artes Visuales, Enrique Aguerre, detalló los aspectos más relevantes de esta obra de Blanes; el Dr. Juan Gil, médico historiador, disertó sobre cómo llegó la fiebre amarilla al Río de la Plata; la Prof. Ana Ribeiro, de la Universidad Católica del Uruguay, expuso sobre la sociedad de la época; la Dra. Teresa Picón , responsable del área de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública, habló sobre la vacunación y el plan de contingencia sanitario; el Dr. Gonzalo Moratorio, biólogo del Instituto Pasteur y de la Facultad de Ciencias, se explayó sobre la contemporaneidad de la enfermedad y el Dr. Fabio Grill, sobre la fiebre amarilla desde el punto de vista clínico y la situación epidemiológica actual en la Región siendo en Brasil una enfermedad endémica.

Es decir, que se trata de una propuesta que conjuga "varias visiones y puntos de vista", agregándosele al cuadro un código QR, que re-direcciona a una página web específica, porque la iniciativa "va a estar rotando por el resto del país". De hecho, la próxima semana, se realizará una charla en la Escuela Juan Manuel Blanes, expresó Gril.

El médico valoró. asimismo, que la Iniciativa "se alentó desde la Dirección del Hospital Maciel, y encontramos eco en un grupo de científicos del Instituto Pasteur que además de lo académico tienen este tipo de inquietudes", dijo.

MEDICINA ESTATAL

Hospital Maciel incorporará resonador, tomógrafo y angiógrafo en emergencia

El Hospital Maciel, ubicado en el barrio Ciudad Vieja de Montevideo, transformará el servicio de emergencias e incorporará un resonador y un angiógrafo para complementar el tomógrafo en funcionamiento, a fin de evitar traslados de pacientes que padezcan accidentes cerebrovasculares (ACV). El objetivo es mejorar la atención en esos casos, así como la eficiencia de las neurocirugías, cirugías de tórax y vasculares.

Según explicó el director del Hospital Maciel, Álvaro Villar, el servicio de puerta de emergencia de ese nosocomio es considerado uno de los más importantes del sistema de salud público, ya que recibe gran cantidad de pacientes con patologías de variada complejidad. Allí funciona una guardia de neurocirugía, cirugía de tórax y vascular permanente, además de equipos quirúrgicos y médicos de guardia.

Este servicio, que también responde a ambulancias especializadas de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), incorporará equipamien-

sigue en pág. 7

viene de pág. 6

tos para transformar la emergencia. La primera etapa de la obra estará finalizada en los primeros meses de 2020. Las adquisiciones consisten en un resonador y un angiógrafo para instalar junto a la emergencia, de manera que en los tratamientos para ACV se eviten al máximo los traslados. Estos equipamientos complementarán al tomógrafo ya en uso.

Tras la puesta en funcionamiento de los nuevos equipos será posible realizar en la misma emergencia, en una sala denominada híbrida, intervenciones referidas a lesiones vasculares de aorta, abdominales o torácicas, así como tratamientos de lesiones vasculares en los miembros, ya sea por heridas o traumatismos.

Villar consideró que el angiográfo por instalar es uno de los mejores de América Latina y que permitirá tratamientos cerebrales o de cualquier arteria, así como controles de los pacientes operados. También informó que se construye un helipuerto para permitir la llegada de helicópteros directamente a la emergencia, el block quirúrgico y al centro de terapia intensiva.

En cuanto a la inversión para diagnósticos, la catalogó como muy importante. Recordó que la construcción del centro de imagenología y la incorporación del angiógrafo y el resonador implicaron un total de 70 millones de pesos. "Pensamos que en el año próximo el hospital tendrá una batería diagnóstica muy importante", valoró.

"Los equipos están en Montevideo, se instalarán en el hospital en los próximos meses y los pondremos en funcionamiento progresivamente entre este año y el próximo", concluyó.

MEJORA DE GESTIÓN

Villar destacó que el tomógrafo que está en uso en el Maciel realiza 1.800 tomografías por mes y es uno de los que registra mayor cantidad de estudios en el país. Detalló asimismo que todas las tomografías son realizadas en el centro hospitalario y, por lo tanto, no se requiere contratar servicios .

Informó que el costo por tomografía para el hospital es de 790 pesos,mientras que una tomografía de urgencia en un centro privado tendría un costo de entre 6.400 y 8.600 pesos.

DONACIÓN DE DIEGO GODIN Y SU ESPOSA SOFÍA HERRERA

Pereira Rossell recibió Ecógrafo de última generación

En el marco del Día Nacional Prevención de la Prematurez, que se conmemora el 9 de setiembre, el Centro Hospitalario Pereira Rossell, presentó sus logros y desafíos, así como la incorporación de un Ecógrafo de última generación, donado por el padrino del centro, Diego Godín, y su esposa Sofía Herrera. El nuevo equipamiento, es para uso de las áreas de Pediatría y Neonatalogía. Ecógrafos tan modernos, solo hay pocos en el mundo y cuesta cientos de miles de dólares.

El Director del Departamento de Neonatología del CHPR, Prof. Dr. Daniel Borbonet, subrayó que el ecógrafo recibido, será para uso de los niños de todo el país que así lo necesiten, ya que se trata del más moderno del Uruguay y está instalado en un Hospital público. A través del mismo, se podrán detectar patologías muy precozmente.

Destacó que se trata de "un sueño realizado", y agradeció a Diego Godín y a su esposa, Sofía Herrera, puesto que, gracias a su solidaridad, se pudo incorporar este equipamiento. Precisamente, el capitán de la selección uruguaya de fútbol, es el padrino del Hospital desde junio de 2018. Contrajo matrimonio el pasado mes de diciembre. La pareja solicitó a los invitados que, en lugar de regalos, se hicieran depósitos en cuentas bancarias, para donar lo recaudado al Servicio de Neonatología del Hospital.

Borbonet indicó que el ecógrafo, viene acompañado de "capacitación de recursos humanos, de remodelaciones edilicias, de mejoramiento de tecnología y del cambio de paradigma: el cuidado centrado en el recién nacido y su familia".

En ese sentido, destacó la importancia de los equipos de salud de los tres niveles de atención, en un trabajo en que "juntos debemos seguir avanzando", así como también con las Cátedras de la Facultad de Medicina.

"En 15 años, hemos llegado a disminuir un 60 % la mortalidad infantil en nuestro país"

Por otra parte, destacó que las tasas alcanzadas de "sobrevida infantil y neonatal nos pone a la par de los países de Europa (...) En 15 años, hemos llegado a disminuir un 60 % la mortalidad infantil en nuestro país", afirmó.

Agregó que "un 96% de las madres están controladas", si bien enfatizó que es necesario continuar trabajando en la captación precoz de la embarazada.

Participaron de la actividad, el Subsecretario de Salud, el Directorio de ASSE y autoridades de este Centro Hospitalario de referencia nacional.

Cabe destacar que el CTI Neonatal del Pereira Rossell, es el más grande del país y cuenta con unas cuarenta camas para bebés prematuros en cuidados intensivos e intermedios.

ATENCIÓN CARDIOLÓGICA DE ALTA COMPLEJIDAD

Tacuarembó: Preacuerdo para extender servicios del Instituto de Medicina Altamente Especializado del Centro Cardiovascular del Hospital de Clínicas

El Ministerio de Salud Pública, la Universidad de la República y ASSE firmaron el lunes 19 de agosto, un preacuerdo para extender al Hospital de Tacuarembó, los servicios del Instituto de Medicina Altamente Especializado del Centro Cardiovascular Universitario del Hospital de Clínicas.

El objetivo, es aumentar la capacidad de respuesta de la Red Pública de Salud en el campo de la atención cardiológica de alta complejidad, avanzando en accesibilidad, manteniendo estándares de calidad y mejorando equidad en las prestaciones brindadas a través del desarrollo de una extensión del Instituto de Medicina Altamente Especializado (IMAE) del Centro Cardiovascular Universitario del Hospital de Clínicas.

Con este preacuerdo, el Hospital de Tacuarembó, pasaría a ser el Primer Centro Cardiovascular Público en el Norte del País, ya que este paso es fundamental para el logro de dicho objetivo; dado que se cuenta con la infraestructura y equipamiento necesario. De hecho, el pasado lunes 5 de agosto, puso en funcionamiento un angiógrafo digital de última generación, que se convirtió así en el más moderno del país.

Es oportuno reseñar, que las enfermedades cardiovasculares tienen una alta prevalencia en nuestro país. En ese contexto, existen situaciones que requieren de un abordaje en la etapa aguda de la enfermedad, mediante resolución inmediata o en el más breve plazo. El tratamiento de estas situaciones mediante procedimientos invasivos se desarrolla en unidades asistenciales especializadas con apoyo crítico y que requieren de destrezas especializadas de los operadores.

Para atender esta situación, el Uruguay dispone de una red asistencial con prestadores públicos y privados, los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Los procedimientos realizados en los IMAE se encuentran bajo la cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

Los mismos se concentran en Montevideo y solamente uno pertenece al sector público: el Centro Cardiovascular ubicado en el Hospital de Clínicas. Esta realidad, puede favorecer la generación de demoras en el proceso de atención y eventualmente inequidades en el acceso al tratamiento frente a una misma necesidad de atención, y de ahí la importancia de la descentralización y de la implementación de estos servicios de alta complejidad al norte del Río Negro.

De esta manera, se fortalece una red asistencial que garantice la accesibilidad y oportunidad de la atención, en condiciones de equidad para todos los habitantes del país. Adquiere particular relevancia la necesidad de coordinar las acciones que conduzcan a un abordaje global, que en su primera etapa consolide una red asistencial pública como referencia y modelo para la resolución de uno de los principales problemas sanitarios.

El abordaje de esta problemática sanitaria exige la articulación de un conjunto de acciones orientadas a la prevención, promoción, resolución y rehabilitación de los pacientes que padecen estas patologías.

Firmaron este preacuerdo, el Ministro de Salud Pública, Dr. Jorge Basso, el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Miguel Martínez, el Presidente y Vicepresidenta de ASSE, Dres. Marcos Carámbula y Marlene Sica, respectivamente. Participaron además el Gerente General de ASSE, Dr. Alarico Rodríguez y el Director del Hospital de Tacuarembó, Dr. Ciro Ferreira, la Directora del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Dra. Graciela Ubach; entre otros actores.

"MIRANDO EL URUGUAY"

Hospital de Ojos celebró sus 90 mil cirugías

El Hospital de Ojos "José Martí" de ASSE, celebró sus 90 mil cirugías, con un importante evento que colmó de público el Auditorio Nacional del Sodre. Autoridades de gobierno, representantes de organizaciones de jubilados y pensionistas, trabajadores, funcionarios del centro oftalmológico, usuarios y familiares, participaron de una noche muy especial, que culminó con la actuación de la Orquesta Filarmónica.

La Vicepresidenta de la República, Lucía Topolansky, el Ministro de Trabajo, Ernesto Murro (Presidente del BPS cuando se creó el Hospital de Ojos), la Ministra de Educación y Cultura, María Julia Muñoz (Ministra de Salud en aquel momento), el Embajador de Cuba en Uruguay, Héctor Fraginals de la Torre, el Secretario General de ONAJPU, Daniel Baldassari, y Autoridades de ASSE, encabezadas por su Presidente, Marcos Carámbula, entre otras autoridades, se hicieron presentes en la actividad.

En la oportunidad, la Directora del Hospital, Sandra Medina, presentó los logros alcanzados y los desafíos del Centro Oftalmológico, a 12 años de su creación. En ese sentido, recordó la denominada "Operación Milagro" iniciada en 2005, con 2027 operaciones realizadas en Cuba.

En esa línea, resaltó que, en noviembre de 2007, abre sus puertas el Centro Oftalmológico, comenzando en febrero de 2008 con sus actividades quirúrgicas, para usuarios de ASSE de todo el territorio nacional; atendiéndose también a pacientes de prestadores privados y brindando asistencia además a través de convenios firmados con instituciones como el Banco de Previsión Social (BPS), la Central Obrera (PIT-CNT), Sanidad Policial y Militar, respectivamente, AEBU, ASCOTT, UTE, CHAFOSE y UdelaR.

ESTOS ACUERDOS, SE FUERON DANDO EN EL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

En 2009, empezó la capacitación de profesionales uruguayos y la formación de residentes y pasantes, hasta conformar un equipo con más de doscientos funcionarios y 22 brigadistas cubanos, 40 residentes en oftalmología, 50 pasantes de dicha licenciatura; siendo Centro Docente Asociado.

IMPACTO EN LA SALUD VISUAL DE LA POBLACIÓN URUGUAYA

El impacto en la salud visual es de alta relevancia. En estos doce años, 90 mil cirugías, de las cuales 60 mil fueron de cataratas. Asimismo, se han realizado 1 millón de consultas ambulatorias.

Asimismo, destacó el Programa de Salud Visual Escolar que se viene desarrollando desde 2017, con 857 escuelas visitadas en Montevideo y localidades del Interior, más de 13.300 niños controlados y 839 pares de lentes entregados.

Innovación Tecnológica - Centro de Referencia

Por otra parte, Medina destacó que la innovación tecnológica ha sido realmente trascendente, con la incorporación de equipamiento de última generación. De hecho, en los últimos ocho años, se sumaron unos 18 equipos, tanto para estudios diagnósticos como para procedimientos quirúrgicos. Este equipamiento, no solo está instalado en el Hospital, sino que algunos aparatos son portátiles, a los efectos de poder llevar la atención al Interior del país.

El contar con esta tecnología de avanzada, más los recursos humanos, ha convertido al Hospital en un Centro de Referencia Nacional; así como la calidad de atención brindada, centrada en el usuario, y que ha sido premiada por INACAL.

Como proyecto en camino y a la vez importante desafío, Medina refirió a la Red Nacional de Salud Visual, acompañando los procesos de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, regionalización y territorialización llevados adelante por ASSE.

"Hay cosas que se hacen o no se hacen": El Hospital de Ojos como ejemplo de solidaridad cubana y del apoyo de funcionarios, trabajadores y asociaciones de jubilados

El ahora Ministro de Trabajo, Ernesto Murro, era Presidente del BPS cuando se creó el Hospital de Ojos. "Hay cosas que en la vida se hacen o no se hacen", afirmó rotundamente. En aquel entonces, la inmensa mayoría de los uruguayos no podían acceder a las operaciones por su alto costo. Así nació la "Operación Milagro" y las intervenciones realizadas en Cuba.

El jerarca recordó que, en 2007, cuando se decidió crear el Hospital de Ojos, "nos dijeron cualquier cosa". Agregó que "todavía guardo los recortes" de editoriales de prensa y de las expresiones de algunos legisladores. "Decían que cómo íbamos a traer cubanos a operar al Uruguay. Decían que acá no había equipo para hacer estas cosas, que cuándo empezaran no iban a tener con qué operar".

Pero "decidimos hacer estas operaciones de ojos en el Hospital José Martí, y ayudar a su progreso. Se llegó a 110 localidades del Uruguay. A los 19 departamentos", subrayó.

Murro extendió su agradecimiento a quienes acompañaron dicho proceso: "A los trabajadores de la Salud Pública, a través de su Federación; al Pit-Cnt; a esa gente que fue capaz de no hacerle caso a los que criticaban, a los que nos decían mentirosos (...), a los que nos ponían palos en la rueda" (...) Y, sobre todo, a esos trabajadores públicos, médicos o no médicos. Y a la querida, invalorable, y que nunca podremos agradecer suficientemente solidaridad cubana. Sin ellos y sin las asociaciones de jubilados, no hubiera sido posible", resaltó.

Por otro lado, cabe acotar que, durante el transcurso del evento, se presentó el video "90 mil operaciones, 90 mil formas de volver a ver", que recoge el testimonio y la atención en el Hospital de Nilsa, quien estuvo presente en la celebración.

ATENCIÓN HUMANIZADA, BIENESTAR E INTEGRACIÓN

Hospital de Rivera: Inauguración de nuevo sector de internación de Salud Mental

El martes 20 de agosto, quedaron inauguradas las nuevas instalaciones del sector de internación de Salud Mental en el Hospital de Rivera, que permitirán así mejorar el confort, bienestar, integración y calidad asistencial a los usuarios. El área cuenta con 24 camas y dos apartados, enfermería, tisanería, consultorio para atención individualizada, comedor común, sistema de seguridad y calefacción central. Además, ofrece dos áreas verdes con una plaza central para la integración y recreación, para las cuales se contó con el apoyo de la Intendencia Departamental. Cabe destacar que el arte también está presente en la nueva ala, a través del mural digital "A orillas del Cuñapirú", del reconocido plástico Osmar Santos. Artistas y diseñadores embellecieron y realzaron los espacios.

Así lo señaló la Directora del Hospital, Dra. Florencia Eula Bertelli, quien recordó que "algunos meses atrás, inaugurábamos el sector de Policlínicas de Salud Mental para la atención ambulatoria", y "ahora se suma esta ala de hospitalización para usuarios internados; cambiando así totalmente las condiciones en las que se van a atender nuestros pacientes".

Indicó que la obra "se enmarca en el plan de implementación de la nueva ley de Salud Mental, que promueve un cambio en el modelo de atención", en el cual "se prioriza la prevención y la promoción, basándose en un modelo comunitario con un enfoque en los derechos humanos, la educación y la inclusión social".

Sostuvo que, con los sectores de policlínicas e internación, "nuestro Servicio de Salud Mental puede atender a todo el espectro de patologías mentales", y "somos de referencia en la Región Norte" de ASSE. En ese sentido, agregó que, asimismo, se presta atención a usuarios con adicciones y a aquellos que son derivados desde la vía judicial.

En el contexto de la nueva ley de Salud Mental, "se trabaja en atención y contención", enfocando al usuario en su integralidad, "mejorando su autonomía y favoreciendo su inclusión social". Es decir, "que puedan contar su historia sin sacar fragmentos, y puedan desarrollar su identidad".

En definitiva, se trata de "poder brindarles una atención humanizada, con bienestar físico y social: esa es nuestra prioridad", al tiempo que subrayó que las nuevas instalaciones representan un cambio asistencial sustantivo para los casi 900 pacientes que atiende el Servicio.

Para finalizar, la Directora del Hospital agradeció al artista Osmar Santos por su mural digital, a los funcionarios del Servicio de Salud Mental y a la jefa del mismo, la Dra. Carmen Montiel.

Cabe acotar que participaron de la actividad, la Vicepresidenta de ASSE, Dra. Marlene Sica, el Director en Representación de los Trabajadores, Lic. Pablo Cabrera, la Directora en Representación de los Usuarios, Sra. Natalia Pereyra, el Director de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Dr. Héctor Suárez y otras autoridades del organismo, el Intendente de Rivera, Cr. Richard Sander, actores sociales y referentes departamentales y locales, así como la comunidad y los propios usuarios.

La Presidenta de Femi y la Facultad de Medicina participaron de actividades realizadas en Salto y Paysandú (CENUR Litoral Norte)

Los días martes 3 y miércoles 4 de setiembre, la Presidenta de FEMI Dra. Patricia Nava acompañó al Decano de Facultad de Medicina, Dr. Miguel Martínez e integrantes del Consejo de dicha Facultad, en diferentes actividades realizadas en las sedes de Salto y Paysandú Cenur Litoral Norte, Universidad de la República. Asimismo la Presidenta de FEMI participó en la histórica sesión del Consejo de Facultad de Medicina efectuada en la sede de Paysandú, trasladando la habitual reunión de los jueves en Montevideo al departamento sanducero.

El martes 3 se realizó un acto de celebración para los médicos recién egresados, que pasan a integrar el colectivo médico con los desafíos, sueños y compromiso, que eso significa-

El objetivo central de esta visita fue consolidar la aspiración de establecer la carrera Doctor en Medicina completa en la región.

FEMI siempre ha impulsado esta iniciativa, reafirmada por los 30 años en que Facultad de Medicina está funcionando en la región así lo expresa en la Plataforma que presentara en las últimas elecciones Universitarias.

" Incluir en la agenda Institucional el proceso de descentralización de los Centros Universitarios Regionales (CENURES), ya consolidados, como EL CENUR LITORAL NORTE y EL CENUR ESTE y el en formación de la REGÏON NORESTE.

Debemos impulsar una descentralización creciente tendiendo a que la carrera completa pueda realizarse en el interior del país, concomitante con la profundización del Plan de Estudios 2008 con su metodología de enseñanza, inserción precoz en comunidad, aprendizaje de habilidades comunicacionales, reflexión bioética y humanización".

El Decano de la Facultad de Medicina de visita en FEMI

El Dr. Miguel Martínez fue recibido por la Presidenta Dra. Patria Nava y el Tesorero Dr. Daniel Ayala en la sede de FEMI, donde intercambiaron opiniones sobre el funcionamiento y actividades de la Facultad, siendo la descentralización universitaria uno de los temas prioritarios.

En la ocasión invitó a la Presidenta de FEMI Dra. Patricia Nava para que estuviera presente en las reuniones a realizarse el martes 3 y el miércoles 4 de setiembre en las sedes de Salto y Paysandú, Cenur Litoral Norte.

Ética Médica y Derechos Humanos

El caso Roslik, que quedaría registrado en la memoria colectiva como la última brutalidad de aquella dictadura en retirada, también supondría un antes y un después en la historia de FEMI, que reaccionando de inmediato le daría al país y al mundo una lección de ética.

Gregorio Martirena y Tabaré Caputi fueron los impulsores del juicio ético al cuerpo médico que había participado de aquella primera e infame autopsia.

Una comisión ad hoc planteó por unanimidad la expulsión del médico que participó durante las torturas y se había vuelto protagonista del primer y único caso de encubrimiento de la tortura mediante documentos médicos falsos.

La decisión fue ratificada sucesivamente por la asamblea anual de la Federación, por un Tribunal de Honor creado para estudiar el asunto y, más tarde, por la Comisión Nacional de Ética Médica. Al año siguiente FEMI también expulsaría de sus filas a 2 doctores por acciones y omisiones violatorias de la ética médica durante sus desempeños en cuarteles de San José y Flores, respectivamente.

A partir del caso Roslik, el popular Goyo Martirena (que todavía era presidente de FEMI) redoblaría su militancia en favor de los derechos humanos y alcanzaría con ella una insospechada proyección internacional para sí y para la Federación.

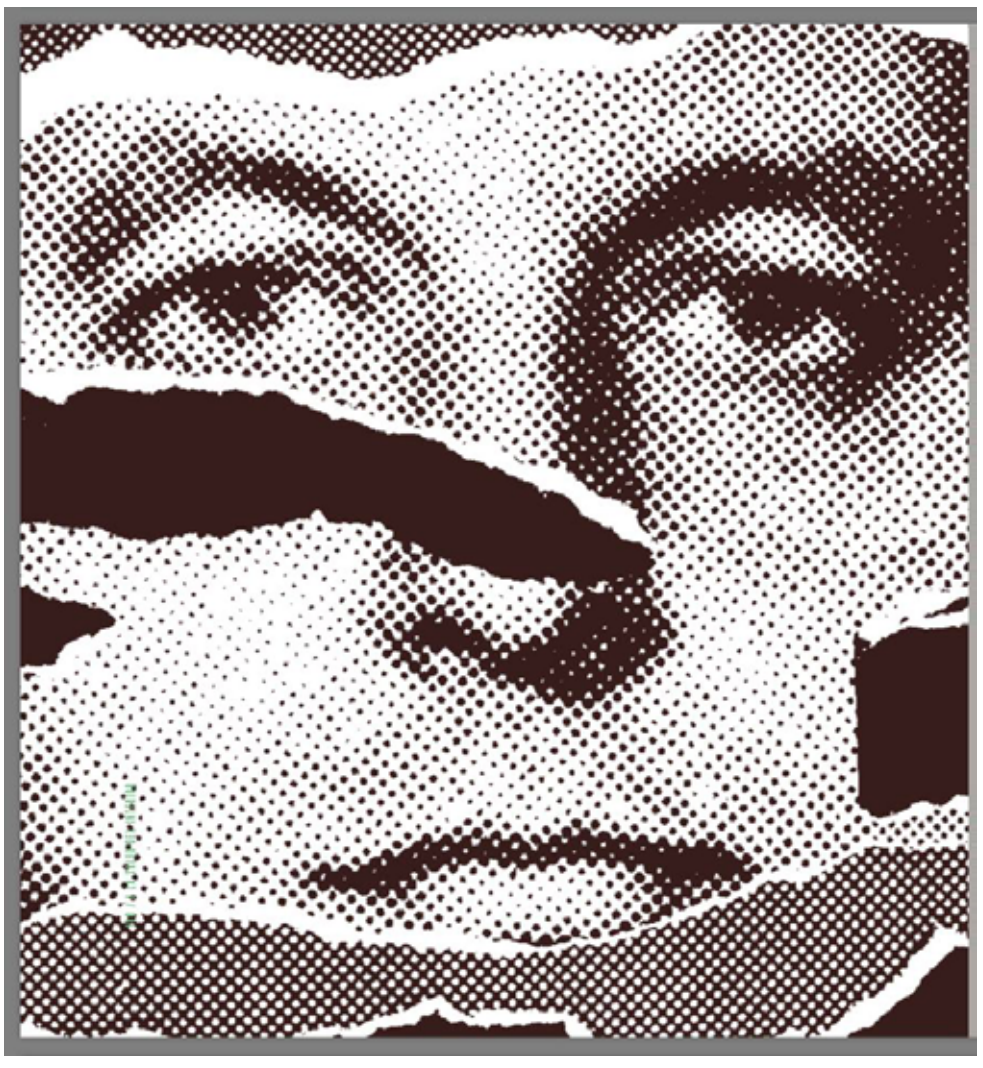
De Santiago de Chile a Londres, de Copenhague a Quito… de todas partes del mundo empezaron a llover las invitaciones para que Martirena expusiera sobre ética médica y el proceder ejemplar de FEMI.

Puertas adentro del país, el episodio fue determinante para que se ventilaran casos similares, y contribuyó a la formación de la Comisión Nacional de Ética Médica, que junto a la Federación integraron también el Sindicato Médico y el Colegio de Abogados.

La 7° Convención Médica Nacional condenó específicamente la participación de médicos uruguayos en actos de tortura y apremios físicos y dispuso la integración de un Tribunal Ético para que los juzgara con la seriedad, objetividad y ecuanimidad.

Los doctores Robert Long, Uruguay Russi y Doelio Ricca representaban a FEMI en la Comisión Nacional de Ética Médica. «Nos reuníamos cada quince días en el Colegio de Abogados, en un cuarto piso de 18 de Julio y Julio Herrera, a las nueve de la noche. Teníamos a la vista centenares de expedientes y denuncias de torturas en los cuarteles, y así estábamos hasta pasadas las doce. Fue una etapa terrible», recuerda Long.

De las actuaciones del Tribunal, cuatro colegas resultaron expulsados de los gremios, y muchos fueron sancionados



"La trayectoria de Roslik fue un canto a la vida, a la justicia y a la verdad y su muerte fue para la FEMI y para la profesión médica de todo el mundo, el primer hecho ético resuelto en un tribunal " GOYO MARTIRENA

Fuente: Libro 50 años a la Salud del Interior FEMI

Autor: Marcelo Figueredo

Separata SMU, entrevista a Dr Martirena

FEMI y SMU entregaron a la Suprema Corte de Justicia expedientes de tribunales de ética médica sobre violación de DD.HH. ocurridos en dictadura

En la tarde del viernes 13 de setiembre, la Presidenta de FEMI Dra Patricia Nava junto con el Presidente del SMU Dr. Gustavo Grecco entregaron la custodia 81 archivos a la SJC que se encontraban resguardados en un cofre fort en el Banco de La República.

Mas de 80 archivos se entregaron en la sede de AJPROJUMI (Archivo Judicial de expedientes Provenientes de la Justicia Militar) del Poder Judicial, conteniendo expedientes de la Comisión de Ética Médica Nacional sobre la participación de médicos en hechos de violación a derechos humanos ocurridos en dictadura.

Dichos expedientes estuvieron siempre en conocimiento y disposición de la Justicia, y actualmente están dadas las condiciones para que la justicia resguarde los documentos y los digitalice. Quedando la información disponible para que pueda

continuar contribuyendo a esclarecer algún episodio del período de la dictadura.

Estuvo presente el Dr. Uruguay Russi, quien integró la Comisión de Ética Médica Nacional por FEMI - integrada por delegados de FEMI, SMU y del Colegio de Abogados del Uruguay - en la cual se recibían y trataban las denuncias realizada por las víctimas, otorgándose el derecho al médico acusado de defenderse. Dicha Comisión determinó la expulsión de 4 médicos del gremio FEMI, otros recibieron sanciones por faltas éticas demostradas. Determinando la imposibilidad de trabajar en las instituciones de asistencia médica.

Muchos quisieron mirar para el costado, pero los gremios médicos impulsaron la investigación, enorgulleciendo al Sindicato y a la FEMI de ese momento y de hoy, que comparten esto con la población en un acto de verdad y justicia.

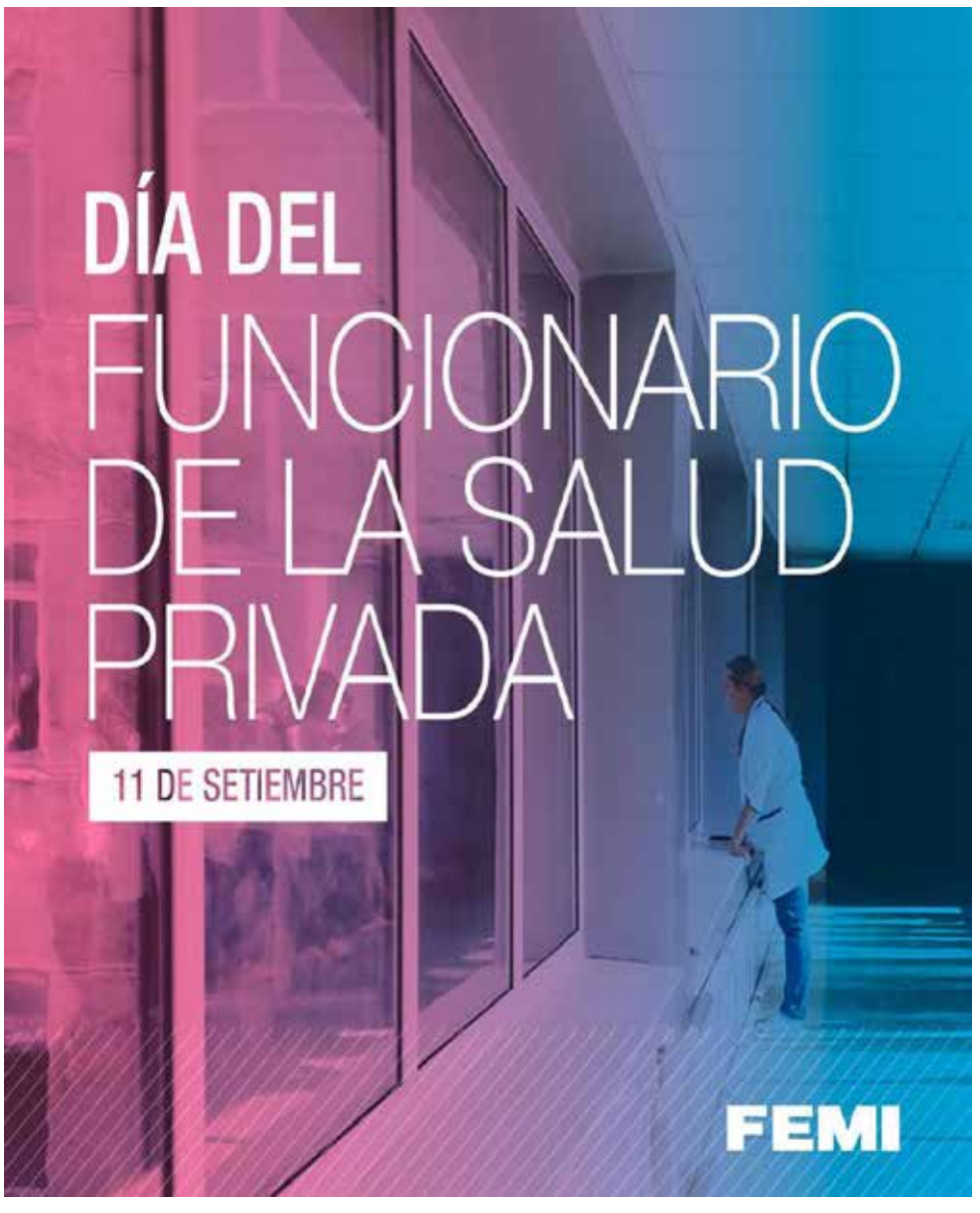
Delegación de FEMI presente en Consejo de Salarios del Grupo 15

El 2 de Setiembre, concurrió al Consejo de Salarios del Grupo 15, la Unidad de Negociación de FEMI integrada por Osvaldo Bianchi, Alicia Queiro y Virginia Cancela.

Se trataron temas vinculados a Fondo de Educación Medica Continua , planteando por parte de FEMI la necesidad operativa de mantener el mecanismo actual de depósito mensual de FEPREMI en cuenta de FEMI hasta la conformación de un fideicomiso para tal fin.

Se firmó finalmente el ACTA que recoge el Convenio de ADECUACION DE LOS ACTOS QUIRURGICOS, que habíamos firmado en la Comisión de 120 días entre FEMI y FEPREMI.

A partir de ahora rige en forma obligatoria para todas las Instituciones de FEPREMI.



Basta de violencia!

FEMI rechaza y repudia los hechos de violencia hacia un equipo de salud de emergencia médica móvil UCM, ocurrido en el día de hoy, mientras realizaban actividades asistenciales en Las Piedras.

Solidarizándonos con los integrantes del equipo de salud frente a lamentable situación vivida.

Junto con el SMU, la FUS y la FFSP, estamos trabajando juntos en búsqueda de soluciones frente a situaciones de violencia hacia los equipos de salud, las cuales vienen aumentando y agravándose en los últimos tiempos.

El flagelo de la violencia ha llegado a todos los ámbitos sociales, y en la salud con el agravante que la misma altera el adecuado proceso asistencial.

Y no paramos de preguntar: quién cuida del cuidador?

Conferencia de Invierno en Oncología, 10ª edición

En el marco de la décima edición de la Conferencia de Invierno en Oncología, el ministro de Salud Pública, Jorge Basso, realizó una exposición denominada “Enfermedades crónicas no transmisibles: el cáncer como paradigma”, en la que se centró en las principales políticas públicas y avances terapéuticos para el control del cáncer.

Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte en el mundo y están aumentando, especialmente en los países de menores ingresos. El consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas representa una alta y creciente parte de la carga mundial de las ENT.

Basso desarrolló un análisis de la incidencia de los diversos cánceres en Uruguay, así como del porcentaje de muertes precoces atribuido a cada uno. La conclusión es clara: es posible reducir la mortalidad a través de estrategias de prevención.

De hecho, hasta la mitad de los cánceres se pueden prevenir mediante la reducción de los principales factores de riesgo, y aproximadamente el 30% de los casos de cáncer se pueden curar si se detectan temprana y adecuadamente.

Basso culminó su participación con el detalle de todos los pasos que Uruguay ha venido dando en esa línea en los últimos 15 años –y en especial en los últimos 5– a partir de la definición de los Objetivos Sanitarios Nacionales.

Posteriormente, el economista Mauricio Cárdenas, ex ministro de Finanzas de Colombia, fue el encargado de presentar los resultados del Grupo de Trabajo convocado por Bloomberg Philanthropies en 2018 e integrado por expertos en finanzas, salud y desarrollo de todo el mundo, entre quienes figura el Presidente de la República, Tabaré Vázquez.

Ese trabajo está centrado en el uso eficaz de los impuestos selectivos al consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas, como mecanismo para disminuir consumos y mejorar la recaudación. De acuerdo a este informe, el aumento de los impuestos selectivos al consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas es una poderosa herramienta para reducir el consumo y salvar vidas.

A manera de conclusión, el grupo de trabajo recomienda:

• Aumentar los impuestos al tabaco y al alcohol de forma rápida, sustancial y sostenida a lo largo del tiempo.

• Experimentar políticas fiscales dirigidas a reducir el consumo de azúcar (en particular, bebidas azucaradas).

• Mejorar la administración y el cumplimiento de los impuestos selectivos al consumo para mejorar la salud de las personas y –paralelamente– aumentar la recaudación fiscal.

DESCENTRALIZANDO MEJOR DISTRIBUIMOS.

Los 30 años de la Facultad de Medicina en Salto 1989-2019

Este año se cumplen los primeros 30, de la instalación de parte de los cursos de la carrera de Medicina en Salto.

En 1988, un año antes habían comenzado en Paysandú y vaya acá nuestro reconocimiento a un gran cirujano Jorge Burgel, quien fue gran impulsor de los mismo y su primer coordinador.

Casi al final de ese 1988, un grupo de estudiantes, quienes fueron los precursores, los impulsores, hablaron con las autoridades de la Facultad de la época bajo la dirección del decano Pablo Carlevaro, para que en el próximo año 1989 se abrieran los cursos en otra sede de la región en Salto.

Ellos eran: Héctor Ricardo Acosta, Sandra Coppa, Alejandra Spinelli, Juan Pablo Cesio, Ana Lis Mazzarino, Ana Fagúndez, Dina Prinzo, Adriana Fernández, Julio Costanzo, Mauricio Gervasoni, Gisella Olguín, Andrea Dantaz, Luján García. Comenzaron 13 estudiantes.

Posteriormente, se agregaron Nicolas Tolosa, Natalia Martinez, y después Maria Noel Parodi y Sergio Rodriguez.

Este grupo de estudiantes, los primeros trece precursores, que eran en su inmensa mayoría de Salto y Paysandú, se comunicaron conmigo para ver qué posibilidad había de realizar los cursos en nuestra ciudad. Nosotros no estábamos convencidos si realimente eran necesarios los mismos ya que había desocupación medica en el país. Me convencieron fácilmente diciéndome, nosotros nos vamos a recibir si estudiamos aca en nuestra región o en Montevideo.

Al poco tiempo nos visita una delegación integrada por el Decano Pablo Carlevaro, el vice Decano Eduardo Touya y el consejero Victoriano Rodríguez Devecci.

Comenzarían los cursos de 5to. Año CICLIPA I, del plan 1968, en marzo de 1989. Me proponen para que realice la Coordinación de los mismos.

Bajo el impulso de los estudiantes ya habíamos tenido reuniones con varios médicos radicados en Salto que estaban interesados en colaborar con la formación de médicos en esta sede, si bien recuerdo a casi todos, en nombrarlos podría llevar a la injusticia de olvidarme de algunos, asi mismo y en homenaje a su entrega citare a algunos y solicito mis disculpas si me olvido de alguien cuando empezamos la experiencia en 1989.

En Medicina y especialidades: Jose Muse, Daniel Machiavello, Aníbal Gómez Pereira,

Eduardo Preve, Arturo Altuna, Carlos Schoeder, Eduardo Andrade,

En Cirugía y Especialidades: Alfredo Abelleira, Bernabe Bentancur, Ricardo Revetria, Antonio Veroli, Miguel Villar, Carlos Pigurina, Carlos Altuna, Walter Silveira, Sergio Benquet.

En Pediatría: Dra. Silvia Bueno,

En laboratorio: Arrambide, Medico Bioquímico.

Posteriormente se consiguió presupuesto y se fue agregando los médicos especialistas dependiendo del CICLIPA (Ciclo CLInico PAtológico), por llamado a aspirantes, formándose un staff de docentes locales.

Mesa que presidió la Inauguración de los Cursos Facultad de Medicina en Salto, 1989
De izquierda a derecha de la foto: Esc. Enrique Cesio (integrante de la Directiva de la Regional Norte Universidad); Dr. Julio Miguez Barón, (Director General de Secretaria M.S.P.); Esc. Eduardo Malaquina, (Intendente Municipal de Salto); Prof. Dr. Pablo Carlevaro (Decano Facultad Medicina de la UDELAR); Prof. Dr. Eduardo Navarrete, (Director Depto. Educación Médica, Fac. de Med.); Dr. Nestor Campos, Coordinador de los Cursos Facultad de Med., en Salto; Dr. Juan Pablo Cesio, delegado de los estudiantes precursores que ingresaban.

Tuvimos en los primeros tiempos apoyo de clínicas y docentes de la capital. Nuestros estudiantes iban a rendir los exámenes clínicos en Montevideo o venían docentes a la región. Era una manera de demostrar que estos estudiantes podían rendir frente a cualquier tribunal.

Otro valor agregado, era que nuestro Hospital, el Hospital Regional Norte Salto, se transformaba en docente, que como sabemos mejora la calidad asistencial ya que la docencia exige, discusión de casos, ateneos multidisciplinarios y actualización del conocimiento, todo ello mejora la asistencia.

En el acto inaugural, en el edificio del Seminario de la Diócesis de Salto que era arrendado por la UDELAR (hoy ocupado por la Universidad Católica), hablo entre otros el Prof. Carlevaro y recuerdo muy bien que dijo iba a brindar por la locura, ya que se comenzaría sin presupuesto para ello.

Cuando festejamos los 25 años que concurrió el Decano Carlevaro, recordamos ese brindis y todos le dijimos que gracias a esa locura la inmensa mayoría de los médicos que están trabajando en el norte son productos de ella.

Es necesario a veces reflexionar, la Universidad, este caso nuestra Facultad, su fin no es que los jóvenes estudien y tenga una manera de ganarse la vida, si no que la misma sirva para resolver los problemas de la gente, en nuestro caso la asistencia médica.

Está demostrado que las universidades se han desarrollado primero en las capitales de los países y fue necesario descentralizarla por ese motivo, para que los profesionales se radiquen en donde los precisan la población. Esto ha pasado en todos los países y el nuestro no iba hacer la excepción. Esta temática la analizamos en 2014 en la 9a. Convención Medica Nacional y es discusión la hicimos justamente en Salto.

En todos estos años el polo Paysandú-Salto, formo la mayoría de los médicos que ejercen en el norte de nuestro país, indudablemente para mejor DISTRIBUIR hay que DESCENTRALIZAR, si es asi lo que queremos que haya recursos para atender a nuestra gente debemos ir evolucionando para poder llegar a desarrollar toda la carrera de medicina en el hoy CENUR LITORAL NOROESTE, y en eso debe ir nuestro esfuerzo.

Nuestro actual Decano Prof. Miguel Martínez, en su reciente en su visita al CENUR Litoral Norte asi lo manifestó como uno de sus propósitos a realizar.

En estos años y a través de las UDAS (Unidades docentes asistenciales) se pudo ir formando a través de las Residencias varias especialidades, como asi mismo a través de cátedras tutoriales realizar la carrera docente a través de concursos de grado 2 y posteriormente de grado 3, en un todo basado en el reglamento docente de nuestra Facultad.

En la financiación de las residencias colaboro la mutualista local de FEPREMI, la Sociedad Medica Quirúrgica de Salto,

sigue en pág. 15

El tesón y la fuerza de un grupo de estudiantes

Veinte años de la instalación de los cursos de Medicina en Salto

Los estudiantes que comenzaron los cursos en Salto

Dr. Walter Silveira

"Un gran impulso hacia la descentralización universitaria"

Cuando se cumplieron los 20 años se publicó la foto de los egresados del primer grupo

viene de pág. 14

IAMPP.

Hay déficit de algunas espacialidades en el país, y eso se agudiza cuanto más nos alejamos del rio Santa Lucia y del arroyo Carrasco, solo pretendemos que nuestra gente se asista de las patologías frecuentes o tiempo dependientes cerca de sus domicilios.

Hoy felizmente la región ya tiene un Centro de Hemodinamia en Salto, lo que permite salvar musculo cardiaco de los habitantes del litoral norte.

Señalamos, además, que bajo el impulso y la dirección de la Prof. Pilar Serra, de Endocrinología, así como docentes locales, este año 2019, se entregaron los primeros certificados de la diplomatura en diabetes con una duración de dos años curriculares, única institución pública terciaria que la está realizando en la sede Salto del CENUR Litoral Norte.

Quiero recordar también a los Decanos que han dado su apoyo a estos emprendimientos, Carlevaro, Touya, Calegari, Schelotto.

Con el apoyo de Schelotto, y dado que había comenzado un plan nuevo de la carrera de Doctor en Medicina, intentamos poder implantar en el 2010 todos los cursos, pero lamentablemente no pudimos, ya que había muchos vientos en contra, a pesar del fuerte apoyo de la comunidad y las fuerzas vivas de nuestro departamento.

Hoy, tenemos una situación mucho mejor, hay muchos grupos de ciencias básicas que son necesarias para la formación del médico que están radicadas en la región como bioquímicos, biofísicos, genetistas, psicólogos, etc.

Esta nota, es para recordar cómo hace 30 años, empezó la instalación de los cursos de parte de la Facultad de Medicina en el norte, lo que se ha hecho, lo que se piensa hacer y un reconocimiento a los primeros estudiantes, "los precursores", así como el apoyo de las autoridades universitarias y a toda la medicina salteña.

La última visita de Carlevaro a Salto cuando se graduó la generación 25 (2014). (El padre de Carlevaro era salteño).

En los 25 años de los primeros cursos de la Facultad de Medicina

Con fuerte reclamo de la instalación completa de la carrera en la región se cumplió la graduación de los nuevos médicos

CON LA MISMA CONFIANZA Y

PAGINA WEB

Recorte de prensa de Salto del 14 de agosto de 2014

El acto social del 14 agosto 2014, el ex Decano Prof. Schelotto, parado adelante, Carlevaro sentado Y el Decano Interino Prof. Julio Vignolo parado atrás con Docentes locales

Entrega del título de Diplomatura en Diabetologia, realizado en Salto, para Profesionales de la salud de la región, 2019.

Visítanos en FACEBOOK

El Diario Medico

Cambio

Salto, martes 10 de setiembre de 2019

Consolidación de la carrera en la región

En poco tiempo se podrá cursar carrera de Medicina completa en Salto y Paysandú

Graciela Carreño y Miguel Martínez.

TRABAJO EN CONJUNTO

30 AÑOS DE TRABAJO

Hacia dónde vamos la carrera completa de medicina en el CENUR litoral norte Salto- Paysandú (diario cambio, salto, 10 de septiembre 2019)

Otra más y van 30 generaciones de médicos recibidos en Salto

Todos los años el 31 de julio termina una generación nueva de médicos de la Facultad de Medicina de la UDELAR, el 3 de septiembre de este año, en un emotivo acto se hizo entrega de los titulo a los nuevos médicos que se recibieron en la sede Salto del CEN tro Universitario Regional Litoral Norte.

Estaban presente la directora del Centro Universitario Litoral Norte Mgter. Graciela Carreño, el director de la Sede Salto Ing. Agr. Pancracio Canepa, los coordinadores Drs. Eduardo Andrade y Roberto Varela, el Decano de la Facultad de Medicina de la UDELAR, Prof. Dr. Miguel Martínez, el asistente académico del mismo Prof. Dr. Ricardo Roca, así como un consejero estudiantil. En representación del Consejo Nacional del Colegio Médico del Uruguay Prof. Agreg. Diana Domenech quien les dio la bienvenida a la profesión.

La sala de la Directiva del CENUR colmada de familiares y amigos de los recién graduados, le dio el calor necesario a esta ceremonia.

Mgst. Carreño, Decano Martínez, Consejera Nacional Colegio Médico Domenech, Coordinadores Varela y haciendo uso de la palabra Andrade

Los egresados son: Jonatan Marchetti, Valentina Vargas, Angelina Grassi, Keril Gianoni, Macarena Soto, Agustín Martínez, Érica Rodríguez, Mirtha da Costa, Lucia Techera y Giargina Pizarro.

AC. DR. NESTOR CAMPOS PIERRI
Académico Correspondiente Academia Nacional de Medicina - Presidente Colegio Médico del Uruguay (2015-2018) - Ex Coordinador de la Facultad de Medicina Sede Salto

ASSE está construyendo nueva Policlínica en Barrio 18 de Mayo de Las Piedras

El Ministro de Salud y el Directorio de ASSE, visitaron el lunes 16 de setiembre, las obras de construcción de la nueva Policlínica que el organismo está construyendo en el populoso Barrio 18 de Mayo de la ciudad de las Piedras, departamento de Canelones.

El Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula, informó que las nuevas instalaciones quedarán prontas en diciembre de este año; al tiempo que anunció la ampliación de la Emergencia del Hospital de Las Piedras, para lo cual ya se realizó el correspondiente llamado a licitación. Asimismo, el jerarca valoró el trabajo que ASSE viene desarrollando en el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, firmándose también en la misma jornada un convenio de complementación con el prestador privado CRAMI, para las localidades de Rincón del Colorado y Canelón Chico, a los efectos de lograr mayor accesibilidad a las prestaciones sanitarias para los usuarios de ambas instituciones.

Con respecto a la Policlínica 18 de Mayo, Carámbula destacó que la misma contará con amplias instalaciones y estará enclavada en un lugar estratégico, sobre la vieja ruta 5, al lado de El Dorado, Vista Linda, San Francisco y San Isidro.

El jerarca resaltó que el Municipio 18 de Mayo, viene creciendo en infraestructura, y que la Policlínica fortalecerá la atención de salud en la zona, dando así un salto de calidad y cumpliendo una necesidad sentida de la comunidad.

Agregó que la idea es que la Policlínica funcione todos los días de la semana, hasta las 10 de la noche. Esto permitirá resolver la mayoría de los problemas de salud en territorio, descongestionando así el servicio de Emergencia del Hospital de Las Piedras, la cual tiene una alta demanda.

En ese sentido, anunció que ya se encuentra en curso un llamado a licitación para la ampliación de dicha Emergencia, para el cual se presentaron varias

empresas, y se encuentra en etapa de adjudicación. Comentó que el servicio contará con entrada independiente, buena accesibilidad y conexión con el área de internación.

Por otra parte, valoró el convenio firmado con CRAMI, para las localidades de Rincón del Colorado y Canelón Chico, destinado al fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y la accesibilidad de los usuarios a las prestaciones, como subrayó se viene haciendo en los distintos lugares del país, como política estratégica del organismo.

SALUD MENTAL

ASSE y prestadores privados firmaron acuerdo de complementación para la atención de salud mental en Maldonado

"Los dispositivos de medio camino, hospitales de día y hogares protegidos realizados por ASSE permiten concretar experiencias para internaciones breves y de mediana estadía", sostuvo el ministro de Salud Pública, Jorge Basso, tras el acuerdo de complementación público privada sobre salud mental entre prestadores públicos y privados. "Se avanza en el cambio en cuanto al abordaje de la patología de salud mental", aseguró.

"Continuamos promoviendo un sistema de salud cada vez más integrado", sostuvo el ministro de Salud Pública, Jorge Basso, tras la firma, este viernes 6 en Maldonado, de un acuerdo de complementación público privada sobre salud mental, en la que también participaron el subsecretario, Jorge Quian; el presidente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Marcos Carámbula; la vicepresidenta de ese organismo, Marlene Sica, y representantes de prestadores privados.

Añadió que los prestadores de salud de todo el país deben articular sus políticas de gestión en forma conjunta para brindar a los usuarios prestaciones de calidad, utilizando racionalmente los recursos económicos que la población aporta.

"Ese es el desafío de la gobernanza del sistema de salud uruguayo, que logró ampliar la cobertura y la canasta de prestaciones tanto en procedimientos como en medicamentos", subrayó.

Hizo referencia al nuevo paradigma de salud mental, a través del cual se generan alternativas a la internación prolongada de pacientes. "Está demostrado que hay muchos pacientes con algún tipo específico de trastorno sicológico o siquiátrico que pueden utilizar estructuras alternativas a la internación prolongada", explicó.

Los emprendimientos realizados por ASSE en el departamento de Maldonado (dispositivos de medio camino, hospitales de día, hogares protegidos) permiten concretar experiencias para internaciones breves y de mediana estadía, que están abiertas a convenios de complementación con prestadores de salud privados.

Basso destacó la creación del servicio de salud mental del hospital de San Carlos, que funciona desde hace 8 meses tras una inversión en equipamiento e infraestructura de 30 millones de pesos, y un plan de trabajo que permitirá incorporar el hospital de día, con un equipo de atención especializado que permitirá que los pacientes puedan realizar diferentes talleres y así facilitar su reinserción en la sociedad.

Destacó especialmente la articulación en la gestión entre prestadores públicos y privados que permite mejorar la calidad de atención de los pacientes. En este sentido, hizo referencia a que, de las 16 camas con la que cuenta el centro, tres están vinculadas a prestadores privadores y que además aportan servicios como por ejemplo en el área de imageneología.

"Se están dando los primeros pasos en cuanto al cambio en el abordaje de la patología de salud mental y que son una "hoja de ruta" para seguir avanzando en el territorio nacional", puntualizó.

En el marco de la política de gobierno de cercanía promovida por el presidente de la República, autoridades del Ministerio de Salud Pública y ASSE recorrieron las instalaciones del hospital de San Carlos y las obras de construcción del Centro de Radioterapia Regional; también participaron de la inauguración de la policlínica en el barrio Hipódromo. Participaron, además, en la reunión con las direcciones departamentales de salud.

Unos 430.000 niños de todo el país recibirán recetario de meriendas saludables e imán con nuevo rotulado de alimentos

• Para familiarizarse con lo que será el nuevo rotulado de alimentos, obligatorio en 2020, se entregará a todos los niños de escuelas públicas y privadas del país, un imán con el octógono que advierte presencia de exceso de grasas y azúcares en productos, acompañado de un recetario de meriendas saludables. Se estima que la información llegue al hogar a través de los niños para impactar de forma similar a la política antitabaco.

En Uruguay, uno de cada 10 niños en la primera infancia presenta sobrepeso u obesidad, cifra se eleva a uno de cada tres en la la adolescencia. En este marco, el Ministerio de Salud Pública (MSP) viene realizando una Campaña de Alimentación Saludable, acompañado del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF).

Este jueves 12 se lanzó la segunda etapa, que consiste en la distribuición de un librillo con propuestas para la elaboración de meriendas que cumplan con las necesidades nutricionales, en el marco de la Ley No. 19.140, a todos los alumnos de escuelas públicas y privadas del país, unos 430.000.

El recetario estará acompañado por un imán con la imagen del rotulado frontal que, a partir del próximo año, aparecerá en los alimentos envasados. El objetivo es la familiarización de la población con los octógonos que advertirán sobre exceso de grasas, grasas saturadas, azúcar y sal, como forma de orientar las opciones de compra de alimentos y contribuir a mejorar la salud de toda la población.

La actividad, que se realizó en las instalaciones de la escuela no. 94 "José Roger Ballet" en el centro de Montevideo, fue presidida por el ministro Jorge Basso, junto a la directora general de Primaria, Irupé Buzzetti y el representante de la OPS en Uruguay, Giovanni Escalante. Basso aseguró que el gobierno está preocupado por la calidad de la alimentación de los uruguayos, teniendo en cuenta la abundancia de consumo de golosinas y bebidas azucaradas que se registra. En este contexto entiende fundamental dar pasos en el tema en forma articulada.

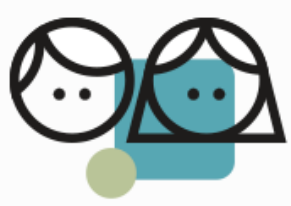
"En un país que produce muchas frutas y verduras, el 90 % no consume las cinco

porciones diarias que recomienda la Organización Mundial de la Salud", explicó. Basso insistió en que la alimentación saludable no es aburrida y que una fruta es un postre o una merienda. "Tenemos que lograr que las personas identifiquen los productos que tienen excesos de azúcares, grasas y sal, y eviten su consumo. No hay alimentos prohibidos, pero el exceso en la ingesta diaria inexorablemente lleva a la enfermedad", recalcó.

Buzzetti recordó que Primaria tiene el mayor comedor del país con nutricionistas trabajando en la mejor alimentación de los niños, en alusión a su propuesta de comedor que funciona en muchos de los centros del país, sobre todo en los de tiempo completo y extendido, así como en escuelas rurales. Explicó que en los centros de educación pública ya no hay cantinas y que en los casos en que se venden alimentos siempre son saludables.

La jerarca entiende oportuno llevar a los hogares las recomendaciones a través de los escolares, teniendo en cuenta que en su momento se abordó el tema del tabaquismo y dio sus frutos positivos, ya que eran los niños quienes hablaban con su familia sobre los daños que ocasionaba fumar, además de desarrollar nuevas generaciones libres del consumo de tabaco.

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

Quedaron inauguradas las nuevas instalaciones de la Policlínica Maracaná Sur

A pocos metros de la Ruta 1, en el viejo Camino Cibils y cubriendo una zona de influencia que abarca los barrios Paso de la Arena, el Cerro y Las Torres, se inauguraron junto a la Comunidad, las flamantes instalaciones de la Policlínica Maracaná Sur. Perteneciente a la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana de ASSE, fue construida a través del Programa de Mejoramiento de Barrios del MVOTMA. Las nuevas instalaciones incluyen admisión, enfermería, farmacia, cuatro consultorios, laboratorio, salón multiuso y sala de funcionarios.

Los servicios prestados en las nuevas instalaciones, fueron destacados por la Coordinadora de la Región Oeste de la RAP Metropolitana, Lic. Judith Navas, quien resaltó que, con la ampliación edilicia, se pasaron de 78 a 350m², con "una estructura de calidad".

Asimismo, enfatizó que funcionará como un soporte territorial para la zona, ya que contará con servicios que aún no tienen otras Policlínicas. Valoró también el salón multiuso, en donde se podrán realizar "talleres de prevención", es decir, que se trata de "construir salud con la comunidad en su conjunto".

Subrayó que desde ASSE, se apunta a brindar "servicios de calidad", en los cuales el equipo de salud trabaje en forma digna y se atiendan a los usuarios de la misma manera. La Policlínica, tiene un área de referencia de unos 8 mil usuarios.

Por su parte, el Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula, señaló la importancia de contar con prestaciones de Medicina Familiar, Programa de Salud Mental y atención odontológica, fortaleciendo el Primer Nivel de Atención.

Además, extendió un especial saludo a los vecinos de la zona y a los trabajadores de la Policlínica, quienes "se encuentran en la primera línea de atención y sostienen la Salud Pública". En ese sentido, resaltó "el enorme valor" de la relación de cercanía, de diálogo, respeto y escucha.

El jerarca hizo especial hincapié en "la construcción colectiva de la salud", junto a los vecinos organizados: "El derecho a la salud se conquista y se defiende", manifestó.

En tanto, la Directora de la Red de Atención Primaria Metropolitana, Dra. Ana Noble, resaltó que la reinauguración de la Policlínica, "es un logro más en la mejora de la calidad de atención", con "una infraestructura cálida que permite al equipo de salud desempeñar la tarea de atención como corresponde".

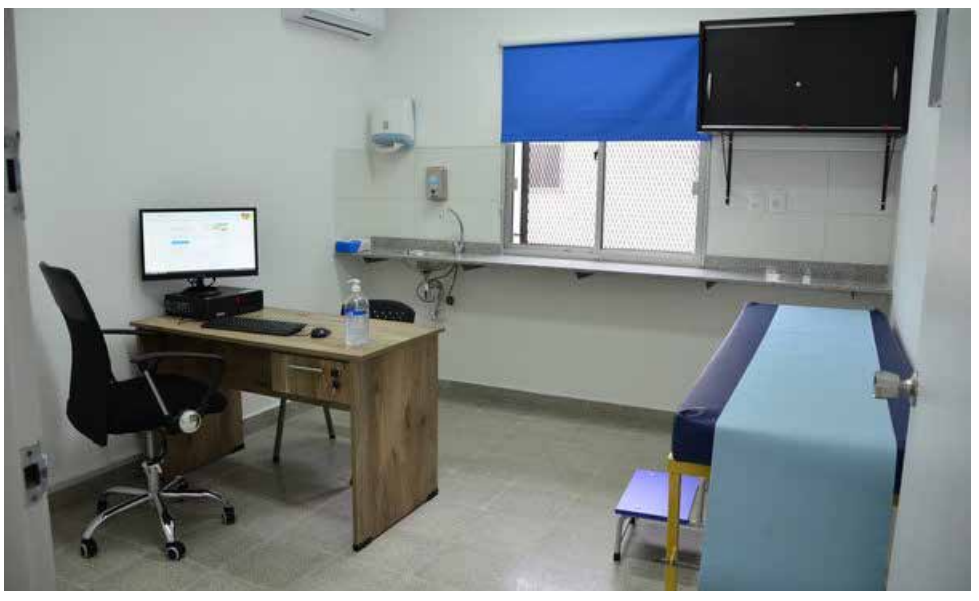
La Coordinadora Programa de Mejoramiento de Barrios del MVOTMA, Cecilia Cairo, afirmó que "lo más importante de las políticas de Estado, es que los distintos organismos trabajen en pos de la integralidad, que es la síntesis verdadera de lo que se debe proponer a la ciudadanía", y subrayó que la historia de la Policlínica Maracaná Sur así lo demuestra: por la participación legitimada de los vecinos y su empoderamiento del centro asistencial.

Destacó que "es una construcción de ida y vuelta con ASSE", como lo fue la Policlínica Barrio Estadio en Pando, y próximamente la 19 de Abril, "que va a ser bellísima".

Durante la inauguración, fue transmitido un video que recoge la historia y las vivencias de la Policlínica, que fue galardonada por el Ministerio de Salud Pública en Buenas Prácticas en el Primer Nivel de Atención.

Precisamente la historia del centro asistencial, fue relatada muy emotivamente por una vecina, Olga Acosta, quien refirió que "la vieja Policlínica se fundó en 1999", y "fue trabajada por todos los vecinos", incluso "los niños".

Valoró que "esta Policlínica tiene una rica historia", que "nunca fue robada", y que funciona un taller de salud mental y de manualidades. Ahora, la idea es generar "otros talleres para nuestros adolescentes y jóvenes". De hecho, el Salón Comunal será compartido entre la Comunidad, el equipo de la Policlínica y de otras instituciones.



Llamado a Concurso para cumplir funciones de Encargado de Dirección de Centro Hospitalario / Hospital de ASSE

La Administración de los Servicios de Salud del Estado, llama a Concurso de Antecedentes, Méritos y Presentación de Proyecto para cumplir funciones de Encargado de Dirección de Centro Hospitalario - Hospital de ASSE de las siguientes Unidades Ejecutoras:

- Centro Departamental de Treinta y Tres
- Centro Departamental de Artigas
- Centro Departamental de Florida
- Centro Departamental de Colonia

El período de inscripción inicia el próximo lunes 16 de setiembre y se extenderá hasta el 1º de octubre de 2019 inclusive.

La Salud en el 2050

LIC. PABLO ANZALONE

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

La presentación de la Estrategia de Desarrollo 2050 por parte de la OPP y su publicación en un libro de 300 páginas es un hecho destacable para las politicas públicas. Trabajaron para esta estrategia muchos técnicos de distintas áreas,en un ejercicio de prospectiva, que necesariamente implica analizar también el pasado y el presente. Imaginar un futuro deseable para el país dentro de 30 años nos obliga a pensar para donde queremos ir como sociedad y cómo hacerlo. A pocos días de las elecciones nacionales donde se definirá el rumbo por los próximos 5 años, está bueno mirar lejos.

Claro que si en 2020-2025 se aplica un shock de recortes y ajustes que tirarán por tierra muchos derechos sociales alcanzados, el panorama será mucho más difícil. Ya lo vivieron los argentinos con su último gobierno. Si abatir el déficit fiscal será la principal preocupación, sufriremos los efectos en muchas áreas, incluyendo sin duda el terreno de la salud. Como ya vimos en el pasado el hilo es cortado por lo más fino y los sectores de menos recursos son siempre los más perjudicados en estas políticas de ajuste. Por otro lado si la ciudadanía respaldara la continuidad de los modelos de crecimiento con redistribución, será necesaria una nueva ola de transformaciones en la salud. Defender los avances realizados significa comprometerse a profundizar la reforma, resolviendo sus pendientes, corrigiendo las debilidades, y apostando a más con un modelo integral de abordaje.

En cualquier escenario es válido el pensamiento prospectivo y la reflexión a largo plazo.

Junto con Alvaro Díaz Berenguer y Daniel Olesker, y un equipo más amplio coordinado por Wilson Benia, participamos en la elaboración de los aspectos de salud de la Estrategia de Desarrollo 2050 y nos proponemos hacer una breve referencia de algunas de sus reflexiones.

En el escenario sanitario hacia 2050 un aspecto importante es lo demográfico. En las hipótesis más plausibles el porcentaje de la población de 65 y mas años pasaría de 14,1% en 2016 a 22,9% en 2050. Al aumentar la edad también se incrementarán las enfermedades no transmisibles ENT asociadas con ella, como el cáncer, las enfermedades cardíacas, renales y encefálicas de causa vascular y las respiratorias crónicas. La enfermedad cerebrovascular aguda tiene el 90% de sus casos en mayores de 45 años, por lo que se estima que puede pasar de 5580 casos en 2012 a 8256 en 2050. La enfermedad de Alzheimer podría pasar de 54 mil casos en 2010 a 112 mil en 2050. Y algo similar puede esperarse en las demás ENT.

Claro que la edad no es el único determinante y lo que suceda depende también de otros factores.

Es radicalmente distinto pensar en una población que llega a la vejez en condiciones saludables y por lo tanto a lo largo del ciclo de vida ha podido proteger su salud, al panorama donde las ENT, los accidentes y los suicidios siguen siendo ampliamente prevalentes.

En el informe de OPP se destacan tres factores a tener en cuenta: los determinantes socioculturales de la salud, el desarrollo de la primera infancia y la adolescencia y la transformación del modelo de atención.

En materia de determinantes socio culturales de la salud hay tendencias preocupantes y también esfuerzos de políticas públicas para revertirlas, en algunos casos con éxito. En la literatura internacional se identifica la mala alimentación, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la contaminación ambiental como factores clave. En Uruguay 64,9 % de la población presenta sobrepeso u obesidad, 36,6 % tiene hipertensión y 21,5% colesterol elevado.

El incremento drástico del consumo de productos ultraprocesados con altos niveles de sodio, azúcares y grasas está en la base de la epidemia de obesidad. El etiquetado obligatorio por excesos aprobado por decreto (y en trámite como ley), es una oportunidad para generar un cambio de hábitos. La experiencia chilena es muy auspiciosa en ese sentido. Habrá que hacerlo cumplir firmemente y desarrollar otras medidas como la regulación de la publicidad de alimentos para evitar sus efectos engañosos y en particular sobre la infancia. También la aplicación de tasas a esos productos volcando esos recursos a promover la alimentación saludable es una medida necesaria.

Tanto el sistema de salud como el sistema educativo tienen un rol importante de educación y promoción en salud hacia la sociedad y el tema alimentario es clave.

También en relación con el sedentarismo hay tendencias contradictorias. Por un lado continúa un estilo de vida sedentario con peores indicadores en los sectores de menos recursos, las mujeres y los habitantes del interior y los barrios periféricos. Por otro aumentó la cantidad de espacios públicos integradores, de gimnasios al aire libre y de estímulos al uso de la bicicleta.

En el tabaquismo Uruguay llevó adelante una politica fuerte, con gran liderazgo del Poder Ejecutivo, que ha tenido resultados positivos, sobre todo en jóvenes.

Respecto al consumo problemático de alcohol no han habido todavía medidas fuertes y solo existen algunas iniciativas puntuales. En relación con el tránsito, en cambio, existen campañas de impacto para abatir el consumo de alcohol en conductores, un elemento asociado a los accidentes graves y las muertes por esa causa.

Las políticas que se implementen en relación con estos determinantes serán fundamentales para la gravedad de los problemas de salud que enfrentaremos.

El desarrollo en la primera infancia, infancia y adolescencia son relevantes para alcanzar un envejecimiento saludable, porque la vida es un ciclo y cada etapa influye sobre las siguientes también en materia de salud. Uruguay viene de un escenario de grave vulneración de derechos infantiles y juveniles a comienzos del siglo XXI, cuando más de 50% de los niños estaban en condición de pobreza. Eso se traducía en bajo peso al nacer, prematurez, desnutrición crónica, retraso de talla en relación con la edad, anemia y problemas para el desarrollo.

Las politicas hacia la infancia en los últimos 15 años permitieron bajar la mortalidad infantil a 6,5 por mil en 2018, la cifra mas baja de nuestra historia y una de las mejores de América Latina. La pobreza infantil bajó a 17% de la población en esta franja etaria. El país tiene hoy condiciones para plantearse objetivos ambiciosos en materia de protección social como la erradicación total de la pobreza infantil.

Los cambios en el modelo de atención para promover una estrategia de APS renovada pasan por varios ejes. La descentralizacion territorial del sistema de salud, dice el documento de OPP, debe asegurar la ascripción de la población a equipos de salud con enfoque familiar y comunitario. Es muy importante aumentar la capacidad de resolución del primer nivel de atención mediante integración adecuada, formación contínua e interacción eficiente con los demás niveles.

La integralidad del abordaje de la salud requiere fortalecer la promoción de salud y también la rehabilitación. La integración plena de las prestaciones de salud bucal al Plan Integral de Atención de Salud, en los contratos de gestión y en las metas asistenciales, es una deuda social y sanitaria que debe saldarse en el próximo período.

La Estrategia de Desarrollo 2050 considera relevante consolidar una mayor participación y empoderamiento de los usuarios como colectivos y como personas. Incluyendo para eso la planificación participativa sobre problemas priorizados en la base territorial, ampliando las rendiciones públicas de cuentas, humanizando el trato, promoviendo el respeto a los derechos de los usuarios, optimizando el vínculo entre los equipos de salud y las comunidades.

Una rectoría del MSP fortalecida y la consolidación del SNIS son ejes imprescindibles para poder abordar la nueva ola de transformaciones en el sector.

El envejecimiento saludable es un desafío central para el sistema de salud y para el país, que está obligado a ajustar sus diseños y sus políticas, profundizando sus articulaciones con el sistema de cuidados y con todos los actores territoriales. La estrategia de Municipios y Comunidades Saludables es una herramienta poderosa para construir redes territoriales que superen la mera atención a demanda frente a la enfermedad. Hay muchos ejemplos exitosos de los cuales aprender, replicar y profundizar en ese rumbo.

LIBRES E IGUALES

La Intendencia de Montevideo presenta el Mes de la Diversidad

Setiembre tiene el objetivo de reconocer y fomentar el respeto por los derechos de las comunidades LGBTIQ (lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex y queer). Las propuestas sociales, culturales y artísticas que tienen lugar en Montevideo y en todo el país promueven el reconocimiento, el respeto y la celebración de la diversidad.

En la presentación de este mes participaron el intendente de Montevideo, Christian Di Candia; la directora del Departamento de Desarrolo Social, Fabiana Goyeneche; el director de la Secretaría de la Diversidad, Andrés Scagliola; la directora de la Secretaría de Equidad Étnico Racial y Poblaciones Migrantes, Elizabeth Suárez; y el director del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Uruguay, Juan José Meré.

Di Candia defendió que las políticas deben transformar la vida de las personas.

"Eso es lo que tenemos que hacer todos los días, porque para eso trabajamos: para que las personas vivan mejor. La ciudad no es su infraestructura, sino su gente; eso debe ser asumido por las instituciones".

Goyeneche explicó que desde la Intendencia de Montevideo se desarrollan políticas públicas "porque trabajamos por la convivencia, buscando garantizar los derechos de las personas; incorporando las perspectivas de género y de diversidad sexual, que es la manera de lograr que la comunidad LGTBI acceda a esos derechos, porque aún hoy sufren cotidianamente discriminaciones".

Scagliola hizo un recuento de las etapas vividas desde que la IM decidió establecer al mes de setiembre como de la Diversidad -en el año 2008- analizando los avances desde que asumió la actual administración de gobierno departamental; culminó presentando uno de los audiovisuales de la campaña 2019.

Elizabeth Suárez presentó los proyectos seleccionados del Fondo Marielle, que facilitará la apertura de espacios de intercambio entre colectivos sociales.

ACTIVIDADES DEL MES DE LA DIVERSIDAD

En Montevideo las actividades son organizadas desde el año 2008 por nuestra Secretaría de la Diversidad con el objetivo de visibilizar a las personas LGBTIQ.

Este año, la campaña del Mes de la Diversidad se suma a la iniciativa global Free and equal (Libres e iguales) de Naciones Unidas, por los derechos de las personas LGBTIQ en el mundo.

En ese sentido, bajo la consigna "Libres e iguales en la ciudad" nuestro Departamento de Desarrollo Social convocó a presentar propuestas dirigidas a organizaciones sociales, instituciones y personas.

El cronograma de actividades para este mes será el siguiente:

FERIA DE LA CÁMARA DE COMERCIO Y NEGOCIOS LGBT URUGUAY

Los días 9, 10, 11 y 12 de setiembre se realizará esta feria en el edificio de la Intendencia.

CENTRO CULTURAL JULIA ARÉVALO

El miércoles 11 de setiembre se realizará la actividad Mi barrio celebra, de 13.30 a 17.30, organizada por el municipio A, con apoyo de nuestra Secretaría de la Diversidad.

CONVERSATORIO SOBRE VIVIENDA DIVERSA

El viernes 13 de setiembre se llevará a cabo un conversatorio para la creación de la Cooperativa de Vivienda Diversa desde la hora 17 en la sala de Teatro en el Aula, piso 2 del edificio anexo de la Intendencia (Soriano 1426).

ACTIVIDAD EN EL PARQUE DE LA AMISTAD

El sábado 14 de setiembre se realizará un conversatorio sobre la intersección diversidad sexual y de género, y discapacidad. Además habrá una movida circense con visitantes del parque, de 14 a 17 horas.

MUESTRA FOTOGRÁFICA Y

ACTIVIDAD EN EL FLORENCIO

El lunes 16 de setiembre se inaugurará la muestra fotográfica Marikitas en el Centro Cultural Florencio Sánchez (Grecia 3281).

Además, el domingo 22 de setiembre se realizará una varieté de circo LGBTIQ.

MES DE LA DIVERSIDAD EN LA PLAZA SEREGNI

El domingo 22 de setiembre se realizará la actividad Spring Pride desde la hora 18.

MARCHA

El viernes 27 de setiembre, a la hora 19 comenzará la Marcha por la Diversidad, que recorrerá 18 de Julio desde la plaza Independencia hasta la explanada de la Universidad.

RANKING MUNDIAL: CAPITAL URUGUAYA ESTÁ SEXTA

Montevideo es la ciudad con mejor satisfacción turística de América Latina

Un estudio divulgado en Finlandia muestra que Montevideo es la ciudad de América Latina que genera mayor satisfacción entre sus visitantes y se ubica sexta a nivel mundial.

El informe fue presentado por Esencan Terzibasoglu, asesora de la Federación Mundial de Ciudades Turísticas (WTCF), en el congreso Helsinki Fragant Hills Tourism Summit 2019, que se desarrolló del 2 al 4 de setiembre de 2019.

La cumbre contó con la participación de Elizabeth Villalba, directora de la División Turismo de la Intendencia de Montevideo. La capital uruguaya integra la WTCF desde el año 2016.

Una de las investigaciones expuestas por la WTCF hace referencia a la satisfacción de los visitantes en los destinos.

Se trata de un informe anual, declarado "un importante logro de investigación académica para la Federación Mundial de Ciudades Turísticas", donde fueron seleccionadas 100 ciudades para evaluar el desarrollo del turismo urbano.

Este informe, presentado ante 500 representantes de aproximadamente 100 ciudades, ubicó a Montevideo en el puesto seis de satisfacción de los visitantes.

Para Villalba es un enorme orgullo, ya que surge de un pormenorizado estudio que toma la información de los principales monitores del mundo en la materia.

El informe tomó datos publicados por Euromonitor en 2018, Unesco, Organización Mundial del Turismo, Organización Mundial de la Salud, Asociación Internacional de Congresos y Convenciones, Asociación Mundial de Hoteles, así como organizaciones y medios de turismo.

El director del departamento Desarrollo Económico, Óscar Curutchet, destacó que "todas las actividades vinculadas al turismo generan una cadena de valor que produce un ingreso muy importante para Uruguay. Además, como otras pocas actividades económicas, da lugar a una distribución igualitaria y empleo para hombres y mujeres por igual".

Además destacó que "esta noticia de que Montevideo esté ubicada como la principal ciudad de América Latina y sexta en el ranking mundial de satifacción de los visitantes abre una gran oportunidad para seguir fortaleciendo la gobernanza público-privada, mejorar los servicios turísticos que presta la ciudad y poner en relieve lo que significa el turismo en cuanto actividad económica y generadora de divisas para el país".

Curutchet sostuvo: "Es importante poner esta realidad en la agenda pública. Estamos trabajando en conjunto con los operadores privados en un plan estratégico, definido por la División Turismo. Se establecieron determinados hitos que se van a concretar en meses venideros y en los próximos años, referidos a sostenibilidad económica, accesibilidad, marketing digital, inteligencia turística, incorporación de la herramienta del Big Data y la gobernanza público-privada, como ejes fundamentales para el desarrollo turístico de la ciudad".

Equipo del Hospital Pasteur reconocido internacionalmente por su trabajo y logros por una Unidad de Cuidados Intensivos sin Delirium

El equipo del CTI del Hospital Pasteur, coordinado por la Dra. Patricia Mesa, ha sido

reconocido en varias oportunidades, en Congresos Internacionales, por ejemplo, en Estados Unidos y en el Cono Sur, así como en Uruguay, por su trabajo, logros e investigación en materia de Delirium, o Síndrome Confusional Agudo.

Se trata de un grave trastorno neuropsiquiátrico de origen orgánico, caracterizado por signos y síntomas, que presentan una enfermedad de base. Constituye la manifestación más frecuente de disfunción aguda del sistema nervioso central (SNC), presentándose hasta en el 80% de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Así lo explicó la Dra. Mesa, quien en agosto de 2019, participó como única representante de Uruguay en el Global Council on Brain Health (Consejo Global de Salud Cerebral), realizado en Estados Unidos; tras varios años de trayectoria junto a su equipo, en el desarrollo de trabajos de investigación sobre el Delirium. Incluso en 2017, les significó el primer premio en el Congreso Americano de Delirium, compitiendo con trabajos de más de cuarenta universidades del mundo de altísimo prestigio. Ese mismo año, publicaron en una revista brasileña, el primer trabajo denominado "Delirium en una Unidad Lationamericana: Estudio de cohorte prospectivo de pacientes en ventilación mecánica", lo que impulsó aún más su interés en la profundización de la investigación.

Mesa indicó que el Delirium "es un síndrome caracterizado por signos y síntomas de características neuropsiquiátricas, pero no es una patología psiquiátrica, sino que presenta una enfermedad de base", aclaró.

Además manifestó, que este síndrome confusional, "es de altísima incidencia en el paciente grave, llegando a tener 80% de los pacientes en ventilación mecánica". Agregó también, que "produce problemas al paciente, provocando altas complicaciones como remoción de los tubos, catéteres; así como neumonías espirativas, prolongación de estadías en UCI y hospitalaria, y aumento de la mortalidad".

Detalló que existen "varias herramientas para su diagnóstico", y que el Delirium "expresa la disfunción del cerebro ante cualquier situación graves, como por ejemplo, sepsis, traumas y cirugías". Es decir, "que alerta de que algo no está bien", y el equipo debe estudiar "cuál es el trastorno subyacente que lo desarrolla". Por ende, "el tratamiento del Delirium, es el de la enfermedad de base". Manifestó asimismo, que "comparte el mismo modelo fisiopatológico con el deterioro cognitivo y la demencia", aseveró.

Pereira Rossell cuenta con nuevo espacio recreativo para los niños y sus familias

En el marco de un convenio entre la Intendencia de Montevideo y el Instituto Nacional de Rehabilitación - Ministerio del Interior-, quedó inaugurado el viernes 16 de agosto, un remozado espacio recreativo con estaciones saludables y juegos infantiles. La iniciativa contó con el apoyo de la Asociación Civil de Voluntarios de Ayuda a la Salud y al Centro Hospitalario y la Asociación de Apoyo al Servicio Ortopedia Pediátrica y Cruzada Obra "Dr. Caritat". En este sentido, la Directora del CHPR, Dra. Victoria Lafluf, expresó que este parque pretende "mejorar la experiencia de los niños y las familias cuando están en el Hospital". Cabe destacar que participó de la actividad, la Vicepresidenta de ASSE, Dra. Marlene Sica. El acondicionamiento fue hecho por personas privadas de libertad, a quienes se realizó al momento de la inauguración un reconocimiento por su tarea.

La Directora del Centro Hospitalario, manifestó que se vienen haciendo más amigables los espacios de salas de espera, así como los patios internos y los espacios libres de recreación.

Al respecto, consideró que el parque inaugurado, "mejora el proceso de tratamiento, la vivencia y la alegría del niño en el proceso que tiene que transcurrir", así como también mientras espera su consulta con el médico.

Ubicada en el sector de Ortopedia, la tarea conllevó la total refacción de la plaza y el entorno existente y de los juegos que allí estaban a los que se sumaron tres estaciones saludables nuevas.

También se realizó el acondicionamiento de los juegos ya existentes, losa de hormigón para la colocación de piso de goma, limpieza del entorno y la colocación de troncos curados para impedir el pasaje de vehículos, vereda de hormigón y pintura en paredes para el lucimiento de dibujos infantiles.

Inauguración de Policlínica en Barrio Hipódromo de Maldonado

A medio camino entre San Carlos y Maldonado, en el predio donde estaba el viejo Hipódromo, hoy hay un barrio donde viven unos 4.000 vecinos. A partir del viernes 6 de setiembre, cuenta con una nueva Policlínica con todos los servicios del Primer Nivel de Atención. Participaron de la inauguración, la Vicepresidenta de la República, el Ministro de Salud y Directorio de ASSE. Se trata de un logro alcanzado junto a los vecinos organizados, quienes asistieron a la ceremonia, demostrando su alegría por contar con estas nuevas instalaciones.

El Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula, destacó la importancia de continuar fortaleciendo el Primer Nivel de Atención, y se mostró gratamente satisfecho con la infraestructura y servicios que se brindarán en la Policlínica, que se encuentra ubicada "en el corazón del barrio", expresó.

En tanto, la Dra. Sandra Alberti, Directora de la Red de Atención Primaria de Maldonado, valoró que la Policlínica, más allá de los beneficios para la atención de la salud de los usuarios, representa "el compromiso de toda la comunidad", ya que se trata de un "espacio querido y valorado por los vecinos".

Asimismo, destacó la donación del terreno por parte de la Intendencia Departamental, y que el proyecto "se discutió con los vecinos, los arquitectos de ASSE", es decir, que fue un proceso "muy participativo", lo cual "habla del empoderamiento de la comunidad", manifestó.

El barrio está compuesto "por personas trabajadoras que necesitan tener un servicio acá: están a 6 km de Maldonado y de San Carlos", y su construcción con tres contenedores ensamblados "quedó muy bonita".

Agregó que se brindarán todas las prestaciones del Primer Nivel de Atención, entre ellas "medicina familiar y comunitaria, licenciados en psicología, obstera - partera, odontólogos, vacunaciones y extracciones en laboratorio", dijo.

Además, resaltó que se trabaja mucho con la comunidad, en centros Caif, escuelas, y en la asistencia a adolescentes; así como también se mantiene un estrecho vínculo con el Hogar de Ancianos de la zona.

Primera Infancia: Jornada de información y sensibilización en el Pereira Rossell

El viernes 13 de setiembre, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y ASSE, llevaron adelante una jornada de sensibilización e información sobre los derechos de embarazadas, madres, padres, referentes adultos, y niñas y niños menores de 4 años. La oportunidad fue propicia para difundir las nuevas iniciativas y brindar información sobre los diferentes servicios y políticas que se implementan en todo el país para lograr igualdad de oportunidades desde el comienzo de la vida.

En ese contexto, se realizaron múltiples actividades, que contaron con la participación de la Ministra Marina Arismendi, el Presidente y la Vicepresidenta de ASSE, Marcos Carámbula y Marlene Sica, respectivamente; así como de la Directora General del Centro Hospitalario, Victoria Lafluf, la Directora del Hospital de la Mujer, Mara Castro y la Directora del Hospital Pediátrico, Natalia Cristoforone.

Es oportuno tener presente, que la Primera Infancia es una etapa clave para el desarrollo y el bienestar de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. En los primeros años de vida se constituye una parte importante del desarrollo intelectual, emocional, físico, inmunológico y social. Es aquí donde se establecen los pilares del aprendizaje futuro, de la educación formal y de las competencias sociales.

Las condiciones de alimentación y cuidado, la disponibilidad de servicios de salud y educación de calidad son fundamentales para garantizar trayectorias de vida exitosas. Es la etapa más significativa en la formación de las personas y clave para el progreso de los países.

Uruguay ha avanzado mucho en los últimos años. En este sentido, la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) 2010-2030, marcó los lineamientos generales para una visión de mediano plazo. En cada quinquenio se han elaborado planes y programas que permitieron disminuir la pobreza, mejorarlos indicadores de salud y nutrición infantil, reducir la mortalidad, e incrementar y diversificar la oferta de centros de educación y cuidados en la primera infancia.

JORNADA DE INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN EN EL PEREIRA ROSSELL

La Vicepresidenta de ASSE, Dra. Marlene Sica, destacó la importancia de la jornada, para mostrar el trabajo en conjunto realizado con el Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay Crece Contigo y otros organismos, "en la maternidad más importante del país"; pero que también en todo el territorio nacional.

En ese sentido, destacó el trabajo realizado para lograr la captación precoz y seguimiento del embarazo, así como también del puerperio, la lactancia materna, controles y despistaje de patologías que debe tener el niño, fundamentalmente, en su primer año de vida; más allá de los controles en otras edades. Al respecto, Sica valoró la importancia del contacto y la comunicación con los equipos de salud.

Asimismo, hizo hincapié en el Centro de Teleultrasonografía que funciona en el Hospital de la Mujer del Pereira Rossell, que subrayó se encuentra "consolidado" y permite "una llegada a territorio en tiempo real", permitiendo "mejorar la calidad de atención" y evitar traslados; además de facilitar la capacitación de los equipos en territorio.

Cabe acotar que, en dicho Centro, se analizan las imágenes tomadas por el policlínico móvil de Uruguay Crece Contigo que recorre el país, realizando controles y ecografías a mujeres embarazadas.

Se trata de un sistema basado en telemedicina, que aporta tecnología y recursos humanos para mejorar el acceso a estos estudios de control prenatal a las usuarias de ASSE de todo el país.

El objetivo de esta iniciativa, desplegada a través de la Unidad Docente Asistencial de la Maternidad del Centro Hospitalario, es mejorar la calidad de los controles obstétricos de las usuarias de ASSE, independientemente de su lugar de residencia; así como facilitar, además, el diagnóstico de patologías (por ejemplo, malformaciones congénitas), en el sitio donde se genera la demanda.

De esta manera, se le facilita a la usuaria, la accesibilidad a la realización del estudio, aún en las zonas más alejadas del país, y en los barrios periféricos a través del móvil de Uruguay Crece Contigo (UCC).

Dicho estudio se realiza entonces, por parte de recursos humanos altamente calificados y con elevada experiencia, sin la necesidad de desplazarse hacia otro centro asistencial. En particular, este sistema es especialmente relevante en cuanto al acceso a las ecografías de alta complejidad: translucencia nucal, ecografía estructural, y ecodoppler fetal.

La implementación de este Centro de Teleultrasonografía", se pudo llevar adelante gracias al trabajo en sinergia del Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de los Servicios de Salud el Estado (ASSE) con el apoyo del Programa Salud.uy de Agesic, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), Unidad Docente Asistencial (UDA) Prenatal - Facultad de Medicina de la UdelaR, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Programa Uruguay Crece Contigo (UCC) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

CAIF para hijos de trabajadores del Centro Hospitalario

Las autoridades visitaron asimismo, el CAIF ubicado en el predio del Centro Hospitalario. El mismo fue inaugurado en el marco del Sistema Nacional de Cuidados. Concurren unos cien hijos, de edades entre cero y tres años, de trabajadores de la institución. Por tal motivo, la jornada de cuidados comienza a la hora 05:45 y culmina a la 18:45, tiempo extendido en el que cumplen tareas una treintena de educadoras.

En el lugar, se desarrolló una actividad del Instituto Nacional de Alimentación (INDA/MIDES), con las niñas y niños que asisten a dicho centro.

"BIENVENIDO BEBÉ"

Por otra parte, se hizo entrega de ayuda técnica a una paciente del Hospital, por parte del equipo del Centro Nacional de Ayudas Técnicas y Tecnológicas (CENATT) del Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS/MIDES).

Asimismo, se presentó la estrategia "Bienvenido bebé". Se trata de un pequeño apoyo económico, durante el primer año de vida, a todos los niños y niñas que nacen en la maternidad pública; en el caso del Pereira, la más grande del país.

En ese sentido, equipos técnicos del MIDES trabajan en coordinación con los equipos de Salud para atender a las familias "al pie de cama", en el propio hospital, para garantizar que los recién nacidos puedan ejercer sus derechos desde el comienzo de la vida.

Asimismo, se efectuó la presentación de un emprendimiento textil, apoyado por la marca social "Provas" del MIDES, que diseñó una colección para bebés prematuros. También, en la Oficina Territorial del MIDES en el CHPR, se procedió a la inauguración de una bebeteca y se firmó un convenio con Fundación Itaú, que realizará una donación de libros destinados a la primera infancia. Posteriormente, las emprendedoras de la marca social ProVas, realizaron una donaciónde libros de la "Colección Espinaca".

Como cierre de la actividad, la narradora Niré Collazo, leyó algunos de los cuentos a niñas y niños del CAIF que funciona dentro del CHPR.

Cabe acotar que estas actividades, se desarrollaron en el marco de las giras periódicas que realizan las autoridades del Ministerio de Desarrollo Social en todo el país.

CONVENIO ASSE – MVOTMA- OPP – OPS/OMS

ASSE Construyendo Nueva Regionalización con Apoyo de la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial

Fueron presentados los avances alcanzados en el marco del convenio interinstitucional sobre el proceso de Regionalización de ASSE y su impacto sobre el cambio de modelo de atención, que se viene desarrollando desde 2018 en acuerdo con la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial (DINOT) del MVOTMA, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) de Presidencia de la República y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

La exposición tuvo lugar en Tacuarembó el lunes 19 de agosto, con la participación del Ministro de Salud, Dr. Jorge Basso, la Ministra de Vivienda, Arq. Eneida de León, el Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula, La Vicepresidenta, Dra. Marlene Sica, el Gerente General, Dr. Alarico Rodríguez, el Director de la DINOT, Arq. José Fleitas, entre otros. Las autoridades fueron contestes, al subrayar la importancia de la complementariedad y trabajo interinstitucional en objetivos como el planteado.

Los resultados del estudio "Fortaleciendo la Regionalización de ASSE en diálogo con el Sistema Urbano Nacional", fueron presentados en la oportunidad por la Directora de Redes y Procesos Asistenciales de ASSE, Lic. Estela Harispe, y la Arq. Verónica Pastore del MVOTMA - DINOT.

Este minucioso trabajo, brindó las bases del sistema de información territorial para el proceso de profundización de la descentralización de ASSE, con un estudio sobre cómo funciona el sistema de ciudades, siendo esta una información muy útil para el diseño de toda la política pública.

Con este estudio, se pusieron entonces en común, esfuerzos y miradas interinstitucionales que habilitan transformaciones y la profundización de la regionalización y descentralización con miradas territoriales, trabajando así en sinergia en un modelo de atención y de gestión sostenible con adecuados resultados sanitarios y mayor satisfacción para los usuarios y para los trabajadores de la salud.

En este sentido, es importante conocer la dinámica poblacional en cada territorio, dado que aporta un valor sustantivo en la definición de las áreas geográficas que deben complementar los servicios de salud, de manera tal de asegurar niveles de resolutividad deseables, permitiendo así a ASSE, repensar la base territorial de sus regiones y subregiones.

Al respecto, es oportuno subrayar que la dimensión y extensión organizacional de ASSE, requiere de este tipo de diseño, para favorecer la continuidad de la atención, cuando los usuarios requieren prestaciones de diferentes centros asistenciales de la Red institucional.

EDUCACIÓN SECUNDARIA Y SUPERIOR

Educación pública acordó cinco ejes de trabajo para mejorar la calidad y la cantidad de liceales promovidos a la universidad

Cinco iniciativas coordinadas entre la Administración Nacional de Educación Pública (Anep) y la Universidad de la República (UdelaR) para la mejora en el pasaje de estudiantes desde la educación media a la educación terciaria fueron confirmadas por las autoridades de ambos organismos este lunes 9. El objetivo es promover un seguimiento por alumno para facilitar el acceso a la universidad.

El convenio firmado este lunes 9 en la sala de conferencias del Consejo Directivo Central de la ANEP, el presidente de ese órgano, Wilson Netto, y el rector de la UdelaR, Rodrigo Arim, compromete a la formulaciónde cinco ejes de trabajo para facilitar las transiciones de una institución educativa a otra.

Ambas instituciones crearán un observatorio de trayectorias estudiantiles, coordinarán la administración desde el egreso de la formación media superior al ingreso a la educación terciaria pública,

establecerán programas de acompañamiento a estudiantes con materias previas o condicionamientos especiales que ingresan a la universidad, articularán los contenidos académico-curricular, así como la oferta educativa en territorio y, además, ambos cooperarán en el desarrollo de la enseñanza de las matemáticas y las ciencias.

Netto, enfatizó que la firma de este acuerdo es la finalización de un un trabajo que tiene varios meses, y que "se trata de un esfuerzo por el seguimiento de trayectorias educativas".

Arim destacó el vínculo entre las instituciones "basado en una larga tradición, todavía tenemos que construir un verdadero espacio donde las transiciones no impliquen saltos cualitativos importantes para el estudiante, que no sean traumáticos para los estudiantes".

ASSE INVIRTIÓ 30 MILLONES DE PESOS EN SERVICIO DE FISIATRÍA

Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología inauguró Servicio de Rehabilitación y Medicina Física

El ministro de Salud Pública, Jorge Basso, y el presidente de ASSE, Marcos Carámbula, inauguraron oficialmente el 5 de setiembre las renovadas instalaciones del Servicio de Medicina de Rehabilitación y Medicina Física del INOT.

Carámbula destacó la transformación en las condiciones del servicio de fisiatría, con una inversión de 30 millones de pesos.

El Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología (INOT) cuenta con una amplia planta física y equipamiento de última generación. "Apuntamos a que este departamento sea referencia en materia de calidad de la atención", afirmó el Presidente del organismo, Dr. Marcos Carámbula.

El jerarca destacó la transformación en las condiciones del servicio de fisiatría, así como al equipo de recursos humanos que posee.

"Inicialmente, la planta física era muy pequeña, pero ahora se abre un área de primera línea con un excelente equipamiento, que permite desarrollar toda la actividad del departamento, que es fundamental, sobre todo, en lo que hace a la rehabilitación y el seguimiento de cada patología", resaltó Carámbula, quien consideró que se trata de otro hito importante para el INOT.

En tanto, el Jefe del Servicio, Dr. Federico Legnani, destacó las modernas instalaciones, que redundarán en una mejora asistencial y de rehabilitación para los pacientes, así como en la calidad del trabajo brindado.

Subrayó además que, están funcionando en el único centro de referencia público en traumatología.

En ese sentido, mencionó que en el Servicio se atienden fundamentalmente a los pacientes que fueron operados a causa de fracturas, con prótesis de caderas y de rodilla, que son derivados para para su rehabilitación. Asimismo, se asisten pacientes crónicos, con patologías dolorosas de columna, que si bien no son pacientes del área traumatológica, se colabora en su rehabilitación.

Indicó que "el campo de la rehabilitación física es muy amplio e implica todas las esferas del ser humano"; al tiempo que resaltó la trascendencia de la misma, en la continuidad y la atención integral de los pacientes.

Participaron de la actividad también la Vicepresidenta de ASSE, Dra. Marlene Sica, el Vocal, Esc. Julio Martínez, el Gerente General, Dr. Alarico Rodríguez; la Directora de la Región Sur, Dr. Virginia Longo, el Directora del Programa de Discapacidad y Rehabilitación del Ministerio de Salud Pública, Dr. Juan Lacuague la Directora interina del Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología (INOT), Lic. Lilián Aristimuño, funcionarios y usuarios, entre otros.

Experto Colombiano asegura que carga impositiva al tabaco, alcohol y bebidas azucaradas permite evitar muertes prematuras

Durante la 10ª edición de las Conferencias de invierno de oncología, este sábado 31, el exministro de Finanzas de Colombia, Mauricio Cárdenas, consideró que incrementar un 50 % los impuestos al tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas, permitiría evitar 50 millones de muertes prematuras. Destacó las políticas antitabaco de Uruguay, así como la regulación del cigarrillo electrónico y el etiquetado de alimentos.

"No hay forma más efectiva que luchar contra las enfermedades no trasmisibles que a través de la carga impositiva", aseguró Mauricio Cárdenas, tras finalizar la presentación del documento "Políticas Fiscales para salvar vidas: consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas", elaborado por el Grupo de Trabajo sobre política fiscal para la salud, entre cuyos integrantes se encuentra el Presidente Tabaré Vázquez.

Subir el impuesto al consumo de ciertos productos que generan esas enfermedades es la principal recomendación, dijo Cárdenas. "Son el instrumento", enfatizó.

Al respecto, consideró que la propuesta debe ser incrementar en un 50 % el impuesto al tabaco, a las bebidas azucaradas y a los licores, y que debe ser una política mundial . "Esto permitiría evitar 50 millones de muertes prematuras en las próximas cinco décadas", aseguró.

Con respecto a las políticas aplicadas por Uruguay, Cárdenas destacó los avances logrados hasta el momento para reducir el consumo de tabaquismo, a través de las medidas que el país viene aplicando en los últimos años.

En América Latina hay países que están más avanzados que otros, pero en todos los casos los impuestos deben incrementarse aún más, reiteró. "Es impresionante lo que se hizo en Uruguay en los últimos años, pero se debe continuar trabajando", sostuvo.

De las políticas implementadas en Uruguay, Cárdenas destacó la ley que

establece los requisitos y obligaciones en materia de etiquetado de los alimentos, así como la prohibición del uso de cigarrillos electrónicos. "Se está creando una imagen falsa al respecto y deben ser prohibidos o gravados con los mismos impuestos que los cigarrillos tradicionales", puntualizó.

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

Cigarrillos electrónicos: nuevas formas de fumar, nuevas enfermedades

EEUU investiga nuevas enfermedades ligadas al vapeo con cigarrillos electrónicos y España pide limitar su publicidad para evitar que la evidencia de su daño a largo plazo llegue cuando su uso ya se haya generalizado.

Hace tan sólo unos días que Philip Morris y Altria se disparaban en bolsa al calor de los rumores sobre una posible fusión de los dos gigantes del tabaco. La operación sería la respuesta directa de las tabaqueras a la caída de las ventas de un 4,5% que se está produciendo en el mercado del tabaco tradicional y la necesidad de reenfocarse y concentrar esfuerzos en los nuevos productos del tabaco, los cigarrillos electrónicos (en los que Altria es líder a través de su participación en Juul) y los nuevos dispositivos sin combustión tipo iQos (en manos de Philip Morris), cuyas ventas, en paralelo a la caída del tabaco tradicional, crecen al 8%.

El plan podría, con todo, atragantársele a las tabaqueras antes de llegar siquiera a culminarlo. Y es que, coincidiendo casi en el tiempo con los tambores de fusión, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos anunciaron que habían comenzado una amplia investigación sobre la posible relación entre el uso de los cigarrillos electrónicos y la aparición de enfermedades pulmonares graves y desconocidas. Laura G. Ibañes

3 septiembre, 2019 – DIARIO MÉDICO (España)

SEGUINOS EN TWITTER
@DMUruguay3

Obesidad y vida sexual

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 obesidad es una enfermedad determinada tanto por trastornos médicos como psicológicos. La vida sedentaria y demandante que vivimos no colabora con en el desarrollo de niveles de salud adecuados. La obesidad no siempre fue valorada negativamente, en otras épocas sirvió para cuidar al organismo de las inclemencias del tiempo, o protegía de las hambrunas, fue símbolo de poderío económico y social, también fue sinónimo de atractivo sexual y de fertilidad. En la actualidad existe una clara discriminación –implícita y muchas veces explícita-, hacia las personas con sobrepeso y obesidad.

La Organización Mundial de la Salud define a la obesidad y al sobrepeso como "una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud." Plantea como forma de medida el índice de masa corporal (IMC), "el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de su talla en metros". Se considera sobrepeso a quienes poseen un IMC de 25 hasta 29´9, y obesidad sobrepasa los 30 puntos de IMC. La obesidad es un problema más serio que el sobrepeso ya que su salud corre un riesgo importante.

Es fundamental para reducir la masa corporal la buena alimentación y el ejercicio físico. Pero el tratamiento no es tan sencillo como ceñirse a una dieta e ir al gimnasio. Es necesaria la mirada interdisciplinaria para dar cabal cuenta de la problemática, la misma implica riesgos importantes como comorbilidad, estigma social y repercusiones psicológicas. El equipo de abordaje debe integrar especialistas como el médico internista, el nutricionista, el endocrinólogo, el psiquiatra y psicólogo para poder lograr una mirada amplia y acabada de la temática y dar una respuesta satisfactoria al consultante.

El sobrepeso y la obesidad no sólo representan un problema estético, sino que también duplican el riesgo de padecer disfunciones sexuales: las personas obesas son 25 veces más propensas a reportar problemas sexuales que aquellas que tienen un peso normal. La etiología de las mismas es multifactorial. Las causas orgánicas son alteraciones hormonales (obesidad como principal causa de hipogonadismo adquirido en el hombre), vasculares (disfunción endotelial, alteraciones circulatorias) y neurogénicas (obesidad y diabetes con impacto en microangiopatías, polineuropatía)

Dentro del alto índice de comorbilidad con psicopatologías encontramos ansiedad, adicciones, depresión, trastorno de la conducta alimentaria y grandes montos de estrés, acompañado de baja autoestima y dificultades en el desempeño sexual. Esto repercute en las relaciones interpersonales del obeso generando diferentes grados de dificultades.

Quienes padecen de obesidad también padecen de la mirada estigmatizante de la sociedad. El obeso no se ajusta a lo esperado y ello nunca se vive con indiferencia. Si bien este estigma puede ser motor del cambio, siempre deja huellas tanto en el cuerpo como en el psiquismo.

Como mencionamos, las personas obesas suelen tener altos niveles de estrés siendo este uno de los grandes inhibidores del deseo sexual. En personas con trastornos depresivos también ocurre lo mismo, no hay disposición para el acto sexual. Esto conlleva a que la persona obesa se aleje del erotismo, la seducción, la conquista, el placer corporal y se refugie tras sustitutos, como la alimentación, la compulsión, la voracidad, adicciones, viviendo la vida con ansiedad, irritabilidad, depresión, sentimientos de soledad, frustración.

La obesidad también puede ser vivida como una excusa para evitar los encuentros íntimos. El miedo a experimentar una frustración sexual lleva a que se permitan engordar o al fracaso sistemático para adelgazar. Por lo tanto, entre todas las dificultades que la obesidad trae, se le agrega que el sujeto obeso muchas veces pierde el contacto con un aspecto de la vida muy enriquecedor como es la vida sexual, empobreciéndose la calidad de vida. Incorporar la mirada del sexólogo clínico al equipo tratante ayuda a recuperar la motivación fundamental para la vida y el tratamiento del obeso.

La vivencia de la sexualidad del ser humano está atravesada por factores socioculturales y personales que generan respuestas de rechazo hacia su propia sexualidad. Muchas veces los obesos sufren de una imagen corporal distorsionada. La imagen corporal implica la representación que se tiene del tamaño del cuerpo, la forma y su contorno, sumado al sentimiento que se obtiene de sus características. Los estereotipos de belleza determinan la imagen corporal. Los obesos muchas veces se sienten juzgados, que no calzan en el estereotipo de atractivo sexual, esto los lleva a tener una imagen corporal negativa. Vivenciar su cuerpo desde esta mirada culpabilizante que la sociedad imprime, genera altos niveles de estrés, preocupación, ansiedad, llegando a desarrollar miedos, vergüenza, retraimiento, e incluso depresión. El concepto de calidad

de vida implica la percepción que un individuo tiene sobre su propia salud y lo que interpreta sobre la satisfacción en relación a su propia vida. Por esto mismo es fundamental recobrar la salud para lograr recuperar un aspecto central de la salud como lo es la salud sexual que implica el respeto, la aceptación, la confianza hacia uno mismo, lo que lleva al encuentro sano con un otro.

El tamaño del cuerpo no es un impedimento para la actividad sexual. Si bien existen grados de obesidad en que los varones no llegan a verse los genitales, existen posiciones que favorecen, como que el varón se coloque por debajo –en prácticas heterosexuales-.

El tratamiento implica un proceso integral, no es solo lograr un peso adecuado, que sería ceñirnos al síntoma, sino tratar aquello que sostiene a la obesidad, lo que está de base, con la finalidad de descubrir el sentido que tiene en la vida del paciente. Dicha tarea es un proceso que implica revisar la autoestima, la imagen corporal, la satisfacción sexual, el nivel de estrés, la motivación, la capacidad de hacerse cargo y el insight del paciente, los recursos y fortalezas para afrontar el tratamiento. Así como reducción de pensamientos negativos hacia su persona, trabajo sobre la culpa reforzando la responsabilidad y el control sobre su propio cuerpo.

Es fundamental tratar la ansiedad y depresión en los pacientes obesos para un buen pronóstico. Primero aprender a hacer frente al estrés enseñando técnicas de relajación. A su vez trabajar aspectos que tienen que ver con el control de los impulsos, la planificación, el sentido del tratamiento, la motivación, la frustración. Así como realizar una reestructración del tiempo y actividades.

Desde el punto de vista del psicoanálisis la obesidad sería exteriorización de la neurosis, asociada a la depresión, la culpa y la ansiedad. Es necesario aclarar que no existe una personalidad obesa que dé cuenta de todas las personas obesas. Así como tampoco se puede decir que todas las personas obesas presentan un problema emocional tras su obesidad.

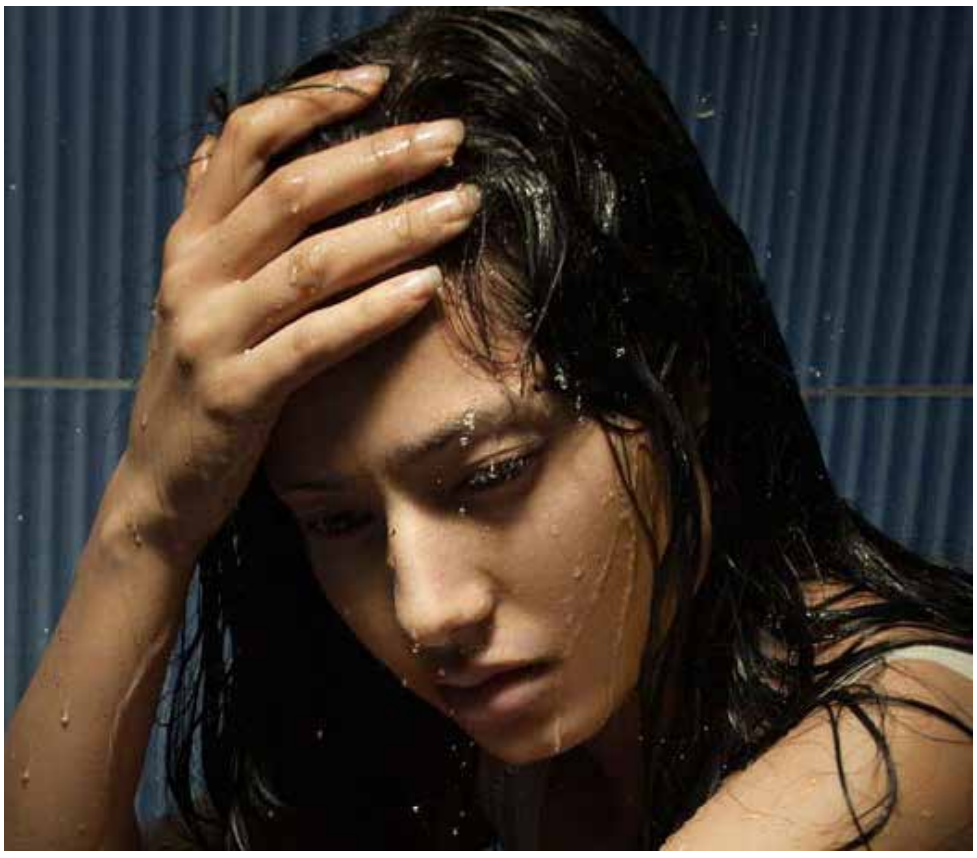
La obesidad podría significar una forma compensatoria de adaptarse a una realidad estresante y frustrante, a través de la cual el individuo logra cierto bienestar y adaptación a la misma. En tal sentido la ingesta alimentaria en exceso significa una defensa contra la ansiedad o la depresión. Son personas que tienden a un consumo mayor cuando presentan preocupaciones, tensión emocional. No expresan tales emociones y tienden a deprimirse. La obesidad como síntoma constituye un conflicto psíquico no resuelto, una reacción de compromiso ante un afecto no tolerado. Un yo débil que no puede hacer frente y echar mano a los recursos adaptativos de forma adecuada.

Incluir la sexualidad del paciente obeso es un aspecto importante del tratamiento ya que en la misma se encuentra la capacidad de tomar contacto con el placer a través del cuerpo, y con los sentidos. Al contactar con los sentidos y con ejercicios de respiración, relajación, se ayuda a dominar la ansiedad que muchas veces es motor de la ingesta incontrolada de alimentos. A través de la psicoeducación tratarán miedos, inseguridades, prejuicios, favoreciendo la apertura, la distención y el disfrute, devolviéndole al paciente la capacidad de tomar contacto con un área de la vida que llevada con salud es sumamente enriquecedora.

UN NUEVO DIAGNÓSTICO CADA VEZ MÁS FRECUENTE

Síndrome de hiperemesis canabinoide

Representa hasta el 6% de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias con vómitos recurrentes



LO QUE NECESITA SABER

• El síndrome de hiperemesis cannabinoide es un nuevo diagnóstico que representa hasta el 6% de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias con vómitos recurrentes en un estudio retrospectivo.

• Las personas que experimentan el síndrome de hiperemesis cannabinoide toman duchas o baños de forma compulsiva para aliviar los síntomas.

• La única terapia a largo plazo conocida para el síndrome de hiperemesis cannabinoide es el cese del cannabis.

Viñeta clínica

• Un paciente de 26 años asiste al departamento de emergencias con un historial de cuatro semanas de dolor abdominal difuso y náuseas, junto con vómitos cada 30 minutos.

• Los resultados de las pruebas de laboratorio muestran un nivel de sodio de 124 mmol / L (rango de referencia 135-145) y un nivel de creatinina de 348 µmol / L (62-106).

• Durante los últimos seis años ha buscado atención médica varias veces para episodios similares, pero no se realizó un diagnóstico preciso, a pesar de múltiples investigaciones (que incluyen ecografía abdominal y tomografía computarizada y endoscopias superiores e inferiores).

• Admite fumar cannabis unas 4-6 veces al día durante 13 años. Sus síntomas solo se alivian tomando duchas y baños calientes, que toma de 10 a 15 veces al día.

• Después de la rehidratación y la normalización de la función renal, se le da de alta con un seguimiento psiquiátrico para apoyar la abstinencia del cannabis. Tres años después del cese del consumo de cannabis, no informa ningún síntoma.

¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE HIPEREMESIS CANNABINOIDE?

El síndrome de hiperemesis cannabinoide (CHS) se describió por primera vez en 20041 y asocia náuseas y vómitos cíclicos con dolor abdominal en consumidores habituales de cannabis (definido, en la revisión sistemática más completa sobre CHS, como al menos uso semanal de cannabis2).

Por lo general, los pacientes informan sobre la ducha o el baño de forma compulsiva para aliviar los síntomas (que se encuentran en el 90-100% de los casos notificados y se ha propuesto como criterio de diagnóstico) .123

Se han propuesto diferentes mecanismos para explicar cómo, en ciertos individuos, las propiedades antieméticas establecidas del cannabis se anulan y se desarrolla el CHS.24

Se han identificado aproximadamente 100 cannabinoides, 5 y cada uno contribuye potencialmente de manera diferente a los mecanismos de la enfermedad.4 Una hipótesis sugiere que la estimulación de los receptores cannabinoides entéricos 1 (CB1) inhibe la motilidad gástrica e intestinal 6, posiblemente induce vómitos relacionados con CHS7. Sin embargo, en una serie de casos, 3 solo el 30% de los pacientes que padecían CHS había retraso del vaciado gástrico en la escintigrafía.

Otra hipótesis reside en la estimulación de los receptores vasculares CB1 que inducen vasodilatación esplácnica.8 Como se encontró en la cirrosis tardía, la congestión mesentérica podría contribuir a los síntomas.8

La exposición al agua caliente redistribuye el flujo sanguíneo a la piel y luego podría explicar el alivio de los síntomas. En estudios observacionales y en animales, también se sugiere que el cannabis altera el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, lo que afecta a la homeostasis de la digestión y la termorregulación, 4 similar al síndrome de vómitos cíclicos3 resultando en niveles excesivos de metabolitos pro-eméticos de cannabis, puede explicar las diferencias en las presentaciones clínicas entre los usuarios de cannabis.2

El tipo de cannabis a menudo no se especifica en las publicaciones. Sin embargo, un estudio observacional, que incluyó a 2567 pacientes que acudieron a un servicio de urgencias académicas con afecciones relacionadas con el cannabis, sugirió que la CHS era más común en las personas expuestas al cannabis inhalable.9

¿QUÉ TAN COMÚN ES?

La evidencia de un estudio retrospectivo de los EE. UU. que incluyó 1.571 pacientes mostró que la CHS afecta a hasta el 6% de los pacientes que consultan por vómitos recurrentes en los servicios de urgencias3.

Extrapolando esos resultados a la población de los Estados Unidos, se estima que 2.1-3.3 millones de personas pueden sufrir CHS anualmente.10 En Colorado, que legalizó el cannabis en 2009, las visitas a los servicios de emergencia por vómitos cíclicos después de la legalización, se duplicó.

Un estimado de 182 millones de personas en todo el mundo eran consumidores de cannabis en 2013, aumentando a 192 millones en 2016,1213, por lo que el CHS puede representar un diagnóstico importante a considerar en cualquier consulta de pacientes con vómitos recurrentes.

¿POR QUÉ NO SE DIAGNOSTICA?

En la mayoría de los casos, el diagnóstico se retrasa.2141516 En una serie de casos que incluye ocho pacientes, 14 el número promedio de visitas al servicio de urgencias antes del diagnóstico fue de 7.1. En una revisión sistemática basada en datos individuales de 211 pacientes, el retraso medio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 4,1 años.2

La literatura sobre CHS es limitada, lo que impide que muchos médicos la reconozcan.151617 Por ejemplo, en un estudio retrospectivo que examina los registros de 494 pacientes que visitaron dos departamentos de emergencia por vómitos o vómitos cíclicos, se mencionó un registro del consumo de cannabis en solo el 19,4% de los casos, y la característica de alivio de los síntomas por exposición al agua caliente nunca se documentó.16

Finalmente, el cannabis es bien conocido por sus propiedades antieméticas18 (por ejemplo, en pacientes tratados con quimioterapia), y cualquier emesis relacionada con su uso puede parecer contraintuitiva, lo que reduce aún más la identificación de CHS.

¿POR QUÉ IMPORTA?

El diagnóstico tardío prolonga el sufrimiento y es la causa de múltiples admisiones hospitalarias e investigaciones costosas innecesarias, como imágenes radiológicas, endoscopías e incluso laparoscopías exploratorias2151619.

La CHS puede presagiar complicaciones graves, como insuficiencia renal aguda, 20 trastornos de electrolitos, escaldaduras en la piel 121 o seudoobstrucción intestinal.22

Las muertes causadas por CHS, probablemente asociadas con la y deshidratación y alteración de los electrolitos, también se han reportado.23

Además de las afecciones relacionadas con la salud, el CHS y el consiguiente uso de agua caliente se han asociado con facturas y desperdicios elevados de agua.24

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico se basa en la historia clínica. Una revisión sistemática realizada por Sorensen et al.2 identificó las principales características de los pacientes con CHS (recuadro 1). La mayoría eran consumidores regulares de cannabis que presentaban náuseas y vómitos cíclicos severos.

Recuadro 1

Características principales de los pacientes con síndrome de hiperemesis cannabinoide (adaptado de Sorensen et al2)

• Náuseas y vómitos intensos que se repiten en un patrón cíclico durante meses (100%)

• Dolor abdominal (85.1%)

• Al menos consumo semanal de cannabis (97,4%).

• Historial de consumo regular de cannabis durante> 1 año (74.8%)

• Resolución de síntomas tras el cese del cannabis (96,8%).

• Duchas de agua caliente o baños con alivio de los síntomas (92.3%)

• Edad <50 años al momento de la evaluación (100%)

Los porcentajes expresan la frecuencia de las características encontradas en la revisión sistemática de Sorensen et al. (Máximo n = 227) 2

La detección de drogas en la orina puede ser útil en pacientes con vómitos recurrentes inexplicables, especialmente si no informan sobre el uso de cannabis.

No es necesaria ninguna otra investigación paraclínica para establecer el diagnóstico de CHS, pero se requieren análisis de electrolitos y función renal para evaluar cualquier complicación, especialmente en casos de vómitos severos.

Cualquier anomalía en el examen clínico o en los análisis de sangre (por ejemplo, en los exámenes de la función hepatobiliar) debe llevar a una investigación adicional.

El síndrome de vómitos cíclicos se debe considerar en personas que no consumen cannabis o en pacientes que no experimentan alivio después de dejar de fumar cannabis, especialmente si el vómito es agudo y la duración de los síntomas es inferior a una semana25.

UN FACTOR POCO CONSIDERADO

Duración del sueño e infarto de miocardio

La corta duración del sueño como un factor de riesgo potencialmente causal

ANTECEDENTES

Los estudios de observación sugieren asociaciones entre la duración extrema del sueño y el infarto de miocardio (IM), pero la contribución causal del sueño al IM y su potencial para mitigar la predisposición genética a la enfermedad coronaria no está clara.

Objetivos

Este estudio buscó investigar las asociaciones entre la duración del sueño y el IM incidente, teniendo en cuenta los efectos conjuntos con otros rasgos del sueño y el riesgo genético de la enfermedad de las arterias coronarias, y evaluar la causalidad utilizando la aleatorización mendeliana (MR).

MÉTODOS

En 461.347 participantes del Biobanco del Reino Unido (UKB) libres de enfermedades cardiovasculares relevantes, los autores estimaron los cocientes de riesgo ajustados (HR) multivariables para el infarto de miocardio (5,128 casos incidentes) a través de informes habituales cortos (<6 h) y largos (> 9 h) duración del sueño, y examinó los efectos conjuntos con los rasgos de alteración del sueño y una puntuación de riesgo genético de la enfermedad de las arterias coronarias.

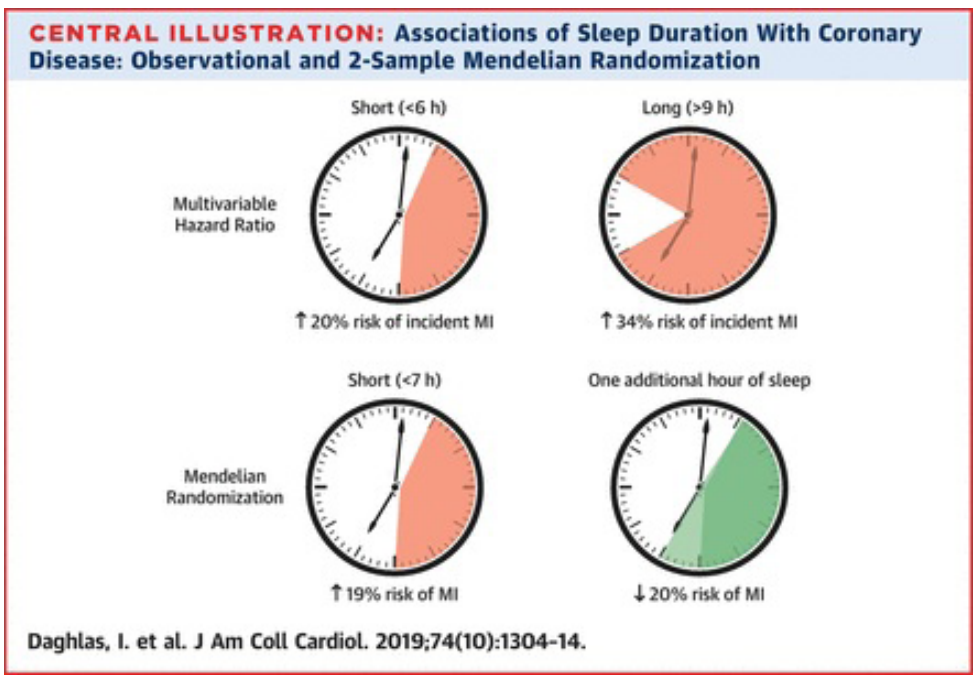
Los autores realizaron MR de 2 muestras para la duración del sueño corto (24 polimorfismos de un solo nucleótido) y continuo (71 polimorfismos de un solo nucleótido) con MI (n = 43,676 casos / 128,199 controles), y resultados replicados en UKB (n = 12,111 / 325,421).

RESULTADOS

En comparación con dormir de 6 a 9 h / noche, los que dormían poco tenían un 20% más de riesgo ajustado de incidentes MI (HR: 1,20; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,07 a 1,33), y los que dormían mucho tenían un 34% mayor riesgo (HR: 1,34; IC del 95%: 1,13 a 1,58).

Las asociaciones eran independientes de otros rasgos del sueño. La duración saludable del sueño mitigó el riesgo de infarto de miocardio incluso entre individuos con alta responsabilidad genética (HR: 0,82; IC del 95%: 0,68 a 0,998).

La RM fue compatible con un efecto causal de la corta duración del sueño sobre el infarto de miocardio en CARDIoGRAMplusC4D (replicación y metaanálisis de la enfermedad coronaria del genoma y el metanálisis más el consorcio de genética de la enfermedad de la arteria coronaria) (HR: 1.19; IC 95%: 1.09 a 1.29) y UKB (HR : 1.21; IC 95%: 1.08 a 1.37).



CONCLUSIONES

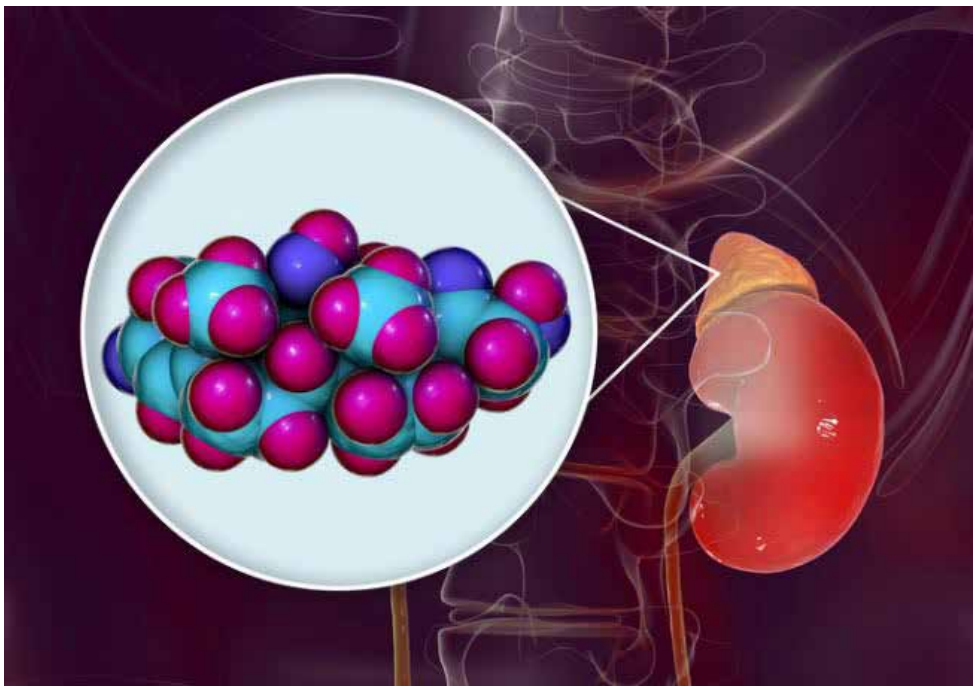
- Los análisis prospectivos observacionales y de MR apoyan la corta duración del sueño como un factor de riesgo potencialmente causal de IM.
- La investigación de la extensión del sueño para prevenir el infarto de miocardio puede estar justificada.

Autor: Iyas Daghlas, Hassan S. Dashti, Jacqueline Lane, Krishna G. Aragam, Martin K. Rutter, Richa Saxena and Céline Vetter Fuente: Journal of the American College of Cardiology, Volume 74, Issue 10, September 2019 DOI: 10.1016/j.jacc.2019.07.022 Sleep Duration and Myocardial Infarction-Fuente IntraMed

CLÍNICA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO | 15 SEP 19

Insuficiencia suprarrenal aguda

Es un episodio potencialmente mortal que sigue ocurriendo a pesar de las intervenciones preventivas. Se necesitan nuevas soluciones para este problema



INTRODUCCIÓN

La supervivencia de los pacientes con insuficiencia suprarrenal aguda, también llamada crisis addisoniana, se prolongó a partir de 1950 mediante el tratamiento de reemplazo con glucocorticoides. Sin embargo, muchos pacientes aún sufren episodios de insuficiencia suprarrenal aguda, que son urgencias potencialmente mortales. Estos episodios parecen estar en aumento a pesar de las estrategias preventivas.

DEFINICIONES DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL AGUDA

No existe una definición aceptada universalmente de la insuficiencia suprarrenal aguda. En general, las alteraciones fisiológicas agudas en pacientes que se sabe que sufren de insuficiencia suprarrenal se denominan crisis suprarrenales sobre la base de la evaluación clínica.

ADULTOS

La insuficiencia suprarrenal aguda en un adulto se define como un deterioro agudo en el estado de salud asociado con hipotensión absoluta (presión sistólica <100 mm Hg) o hipotensión relativa (presión sistólica ≥20 mm Hg inferiores a la habitual, con características que se resuelven en 1 a 2 horas tras la administración parenteral de un glucocorticoide (es decir, resolución notable de la hipotensión en 1 hora y mejoría de los síntomas en 2 horas).

NIÑOS

Puesto que identificar la hipotensión en lactantes y niños pequeños durante una urgencia puede ser difícil, la insuficiencia suprarrenal aguda en este grupo etario se define como el deterioro agudo de la salud asociado con una alteración hemodinámica aguda (hipotensión o taquicardia sinusal en relación con los datos normales para la edad) o una importante alteración electrolítica (hiponatremia, hiperpotasiemia o hipoglucemia no atribuibles a otra enfermedad). Tras la administración parenteral de glucocorticoides, los síntomas se resuelven considerablemente.

CLÍNICA

Los signos y síntomas simultáneos en pacientes de cualquier edad son:

- síntomas abdominales agudos
- confusión, aturdimiento o ambos
- hiponatremia
- hiperpotasiemia
- hipoglucemia
- fiebre

Cuando la hipotensión atribuida a insuficiencia suprarrenal aguda no responde o responde poco a la administración de glucocorticoides, se debe considerar la coexistencia de otras enfermedades asociadas con hipotensión, como sepsis.

Las crisis addisonianas son la manifestación más grave de la insuficiencia suprarrenal, pero comparten síntomas con estados más leves de esta, tales como anorexia, náuseas, vómitos, fatiga, mareos posturales, dolor abdominal, dolor de los miembros, dolor de espalda y alteración de la consciencia.

Las alteraciones bioquímicas en ambos son hiponatremia, hiperpotasiemia (en la insuficiencia suprarrenal primaria [enfermedad de Addison e hiperplasia suprarrenal congénita]) e hipoglucemia (más frecuente en niños que en adultos).

No obstante, la enfermedad aguda en un paciente que anteriormente recibió el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria sin evidencia de compromiso hemodinámico o hipotensión (o en niños pequeños, demora en el relleno capilar o taquicardia como otras manifestaciones físicas) se debe considerar fisiológicamente distinta de la crisis suprarrenal y clasificarla como insuficiencia

sigue en pág. 32

viene de pág. 31

suprarrenal sintomática, precursora de la crisis suprarrenal o crisis suprarrenal inminente.

Síntomas importantes en ausencia de hipotensión probablemente indican insuficiencia suprarrenal aguda incipiente. El tratamiento con hidrocortisona y líquidos intravenosos (IV) puede evitar el desarrollo de una verdadera crisis suprarrenal.

CARACTERÍSTICAS FISIOPATOLÓGICAS

Las crisis suprarrenales se producen por deficiencia absoluta o relativa de cortisol, un glucocorticoide endógeno y por ende hay insuficiente actividad glucocorticoide tisular para mantener la homeostasis.

El cortisol tiene una semivida en la circulación de 90 minutos; por consiguiente los tejidos se vuelven deficientes varias horas después de la privación del mismo. El cortisol tiene efectos altamente pleiotrópicos.

Las consecuencias fisiológicas de la deficiencia de cortisol son amplias y comienzan con la pérdida de la acción supresora de los glucocorticoides endógenos sobre las citocinas inflamatorias, que aumenta rápidamente las concentraciones de citocinas. Esto a su vez causa fiebre, malestar, anorexia y dolor corporal.

Por consiguiente, la deficiencia de cortisol genera poblaciones de células inmunitarias alteradas (neutropenia, eosinofilia, linfocitosis); pérdida de la acción sinérgica del cortisol con las catecolaminas sobre la reactividad vascular, que conduce a vasodilatación e hipotensión; efectos hepáticos sobre el metabolismo intermedio, con reducción de la gluconeogénesis, hipoglucemia o ambas y reducción de loas ácidos grasos libres y los aminoácidos en la circulación.

A nivel celular, la pérdida cortisol deprime la acción de la proteína activadora 1 (AP-1) y el factor nuclear κB (NF-κB), generando la activación libre de genes que producen proteínas inflamatorias, ya que se pierde la inhibición normal del cortisol de la fijación de NF-κB al receptor de glucocorticoides.

Además, la deficiencia de mineralocorticoides, que es prominente en la insuficiencia suprarrenal primaria, pero no en la secundaria, puede empeorar las crisis suprarrenales a través de la pérdida de sodio y agua y la retención de potasio.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Cada año el 6 - 8% de los pacientes con insuficiencia suprarrenal sufren una crisis suprarrenal. Estas crisis son infrecuentes en pacientes con insuficiencia suprarrenal debida a tratamiento prolongado con glucocorticoides, a pesar de un grado variable de supresión suprarrenal.

La susceptibilidad a las crisis addisonianas varía entre los pacientes con insuficiencia suprarrenal. Los factores de riesgo son ancianidad, antecedentes de crisis anteriores, presencia de síndromes poliglandulares autoinmunes, diabetes mellitus tipo 1 y trastornos no endocrinos coexistentes, como asma y enfermedad cardíaca.

Además, factores desconocidos pueden potenciar el riesgo de crisis suprarrenal, ya que algunos pacientes tienen numerosos episodios, mientras que otros tienen pocos o ningún episodio. La asociación entre la crisis addisoniana y la astenia crónica característica de la insuficiencia suprarrenal es aceptable, pero no demostrada. Sin embargo, un estudio prospectivo multicéntrico reciente con datos de 110 pacientes con insuficiencia suprarrenal primaria mostró una asociación positiva entre episodios de crisis suprarrenal incipiente y mala calidad de vida.

Se sugirió, sobre la base de datos epidemiológicos, que las tasas crecientes de insuficiencia suprarrenal aguda pueden ser debidas a tratamientos con dosis bajas de glucocorticoides de corta acción (hidrocortisona o acetato de cortisona) en pacientes con insuficiencia suprarrenal.

MORTALIDAD

La crisis addisoniana contribuye a la mortalidad entre los pacientes con insuficiencia suprarrenal; la tasa de muerte puede llegar al 6% de los episodios de crisis. Estos pueden contribuir al aumento de la mortalidad atribuida a enfermedades infecciosas entre pacientes con insuficiencia suprarrenal.

Se han producido crisis suprarrenales mortales en pacientes sin diagnóstico anterior de insuficiencia suprarrenal, aunque quizás se hayan pasado por alto los síntomas antes del episodio mortal.

Acontecimientos que precipitan la crisis suprarrenal aguda

Las infecciones con frecuencia precipitan las crisis addisonianas. La gastroenteritis también es un factor precipitante y puede ser peligrosa, ya que los vómitos y la diarrea alteran la absorción de la medicación y también pueden empeorar la deshidratación. Pero los síntomas abdominales de la crisis suprarrenal pueden llevar al diagnóstico equivocado de gastroenteritis.

Otros estados fisiopatológicos pueden precipitar la insuficiencia suprarrenal aguda si el cuerpo no puede aumentar el cortisol endógeno y si la cantidad de tratamiento de reemplazo no se aumenta. Entre estos trastornos se encuentran las lesiones graves y la cirugía mayor, pero también situaciones que generalmente se asocian con la necesidad de aumentos leves de cortisol (el ejercicio y el malestar emocional) han precipitado crisis en hasta el 10% de los episodios.

Se notificaron episodios de insuficiencia suprarrenal aguda asociados con la liberación de citocinas de fase aguda y otras sustancias tras procedimientos médicos relativamente poco importantes, como vacunaciones e infusión de ácido zoledrónico.

Algunos tipos de inmunoterapia o quimioterapia pueden precipitar crisis suprarrenales. Por ejemplo, el tratamiento de inhibición de puntos de control inmunitario, que se emplea para tratar el melanoma y algunos otros tumores malignos, puede causar insuficiencia suprarrenal (riesgo <1%) Si esto sucede es necesario el rápido reemplazo con glucocorticoides.

La falta de cumplimiento con el reemplazo de glucocorticoides también puede precipitar la insuficiencia suprarrenal aguda. Se debe educar a los pacientes sobre los peligros de omitir o suspender dosis, en especial en el perioperatorio o durante el tratamiento prolongado con glucocorticoides para otras enfermedades en las que la dosis diaria es mayor que la dosis de reemplazo (3 a 5 mg de prednisona o su equivalente por día), ya que la interrupción repentina del tratamiento con glucocorticoides puede actuar como un precipitante. Asimismo el cese abrupto del tratamiento por indicación médica puede ser causa de insuficiencia suprarrenal aguda.

La tirotoxicosis coexistente no diagnosticada o el inicio del tratamiento con tiroxina en un paciente con insuficiencia suprarrenal no diagnosticada pueden precipitar la insuficiencia suprarrenal aguda.

Además los inductores del citocromo P-450 3A4 (CYP3A4) como avasimibe, carbamazepina, rifampicina, difenilhidantoína y hierba de San Juan, pueden aumentar el metabolismo de la hidrocortisona, lo que hace necesario el aumento de la dosis de glucocorticoides en pacientes que están recibiendo tratamiento debido a insuficiencia suprarrenal. También puede inducir una crisis addisoniana en pacientes con insuficiencia suprarrenal no diagnosticada.

En cambio, los inhibidores de CYP3A4 como voriconazol, jugo de pomelo, itraconazol, ketoconazol, claritromicina, lopinavir, nefazodona, posaconazola, ritonavir, saquinavir, telaprevir, telitromicina y conivaptan pueden inhibir el metabolismo de la hidrocortisona, aumentando los valores del cortisol y aumentando así el efecto supresor suprarrenal del tratamiento en marcha con glucocorticoides, pero el riesgo de insuficiencia suprarrenal aguda puede aumentar una vez suspendido el fármaco.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la insuficiencia suprarrenal aguda es eficaz si se lo administra rápidamente, antes que la hipotensión prolongada genere efectos irremediables.

Consiste en la pronta administración de hidrocortisona IV, en un bolo de 100 mg, seguido por 200 mg cada 24 horas, administrado como infusión continua o como bolos IV o intramusculares (50 mg cada 6 horas, con dosis ulteriores adaptadas a la respuesta clínica del paciente).

Si no se dispone de hidrocortisona, se puede emplear otro glucocorticoide parenteral, como dexametasona (4 mg cada 24 hs), metilprednisolona (40 mg cada 24 hs), prednisolona (25 mg como bolo, seguidos de dos dosis de 25 mg, para un total de 75 mg en las primeras 24 hs; posteriormente, 50 mg cada 24 hs).

En niños, la hidrocortisona se debe administrar como un bolo parenteral de 50 mg por m2 de superficie corporal, seguido por 50 a 100 mg por m2 cada 24 hs (como infusión IV continua o como bolos IV o intramusculares cada 6 hs). La hidrocortisona (cortisol) es el fármaco preferido para el tratamiento de la insuficiencia suprarrenal aguda.

Las dosis sugeridas para prednisolona y dexametasona se basan sobre su potencia glucocorticoidea en relación con la hidrocortisona, según las guías actuales para la insuficiencia suprarrenal primaria.

La fludrocortisona no es necesaria si las dosis de hidrocortisona son mayores de 50 mg administrados cada 24 hs. En los pacientes con insuficiencia suprarrenal primaria, el tratamiento con fludrocortisona habitualmente se reanuda una vez resuelta la crisis addisoniana y ante la posibilidad de reemplazo con hidrocortisona por vía oral.

Durante una crisis en el adulto se debe administrar solución fisiológica (1000 ml en la primera hora), con cristaloides (por ej. cloruro de sodio isotónico al 0,9%) dado según las guías estándar y ajustado según el estado circulatorio del paciente, su peso y los trastornos coexistentes.

Se administra glucosa al 5% en solución fisiológica para la hipoglucemia (cuando la glucemia es menor de 3,9 mmol por litro (70 mg por decilitro).

En niños se administra un bolo de solución fisiológica a razón de 20 ml por kilo de peso, con dosis repetidas hasta 60 ml por kilo durante la primera hora. Si hay hipoglucemia, se administra glucosa a 0,5 - 1 g por kilo.

Algunas pocas veces los pacientes tienen insuficiencia suprarrenal y diabetes insípida. Los líquidos se deben administrar con precaución en los pacientes con diabetes insípida, estén o no recibiendo tratamiento, ya que el exceso de agua libre puede causar hiponatremia y demasiado poca puede causar hipernatremia. El emparejamiento cuidadoso de la diuresis y la infusión de solución fisiológica mantiene la isonatremia.

Es necesario investigar y tratar la enfermedad precipitante en todos los pacientes con insuficiencia suprarrenal aguda. La persistencia del shock a pesar del tratamiento de la crisis sugiere otra causa de hipotensión.

Tras el tratamiento de la insuficiencia suprarrenal aguda se debe disminuir progresivamente la dosis de hidrocortisona, en general durante 3 días, hasta llegar a la dosis habitual de mantenimiento del paciente. Se evaluarán las causas precipitantes prevenibles y se explicarán al paciente las estrategias preventivas, entre ellas la autoadministración de hidrocortisona parenteral

ÁMBITO DE ATENCIÓN

La prevención de la insuficiencia suprarrenal aguda depende de profesionales sanitarios atentos e informados (ambulancia, enfermería, médicos) y de la eficacia de la educación del paciente de modo que, de ser necesario, él pueda iniciar el aumento paulatino de la dosis de glucocorticoide.

Casos clínicos y estudios sistemáticos de la rapidez de la asistencia médica mostraron una gama de posibles retrasos y dificultades que pueden afectar la incidencia y el resultado de la insuficiencia suprarrenal aguda. Algunos factores, como la demora en la llegada de la ambulancia, pueden ser inevitables pero es importante ocuparse de ellos.

Asegurar que las ambulancias tengan

sigue en pág. 33

viene de pág. 32

hidrocortisona inyectable puede ser muy útil para el tratamiento.

La evidencia reciente de conocimientos escasos sobre la insuficiencia suprarrenal y la crisis addisoniana entre algunos médicos subraya la importancia de la educación permanente.

El análisis hospitalario de episodios en los que el tiempo de respuesta es fundamental en el tratamiento de pacientes con insuficiencia suprarrenal, especialmente el tiempo que se tarda en administrar hidrocortisona IV, se puede emplear como punto de partida y garantía de calidad. Las auditorías del tratamiento en el hospital (ingreso a la unidad de cuidados intensivos, empleo de asistencia respiratoria, secuelas adversas y mortalidad) pueden contribuir a asegurar resultados adecuados.

En el hospital, el empleo de un sistema de alarma para indicar insuficiencia suprarrenal podría incentivar la administración del tratamiento de reemplazo de glucocorticoides y de dosis apropiadas de los mismos para procedimientos quirúrgicos.

Factores de los pacientes

Loa pacientes con insuficiencia suprarrenal se muestran con frecuencia insatisfechos con la atención médica, debido a horarios exigentes para el reemplazo de glucocorticoides, retraso en el diagnóstico inicial, disminución del bienestar postratamiento (en hasta el 40% de los pacientes) ansiedad relacionada con la crisis addisoniana.

La alteración funcional en pacientes con insuficiencia suprarrenal, manifestada por fatiga, disminución de la participación laboral debida a partes de enfermo y discapacidad, puede estar relacionada con el tratamiento de reemplazo decorticoides no circadiano o personalizado.

Además hay una gran variación interindividual en la farmacocinética de la hidrocortisona, y el tratamiento con hidrocortisona afecta la la salud mental y física a través de la alteración del metabolismo del triptófano.

Prevención

Las principales estrategias preventivas de la insuficiencia suprarrenal aguda son:

-indicaciones personalizadas para la administración complementaria de glucocorticoides para el estrés fisiológico,

- empleo de hidrocortisona parenteral, preferentemente en el domicilio, cuando no es posible tomar glucocorticoides por vía oral y

-provisión de dispositivos, como una pulsera o un collar que advierta a quienes atienden al paciente sobre el riesgo de insuficiencia suprarrenal aguda cuando los pacientes no se pueden comunicar verbalmente.

La dosis de glucocorticoides orales para el estrés, cuyo objetivo es replicar la respuesta del cortisol al estrés, es el doble o el triple de la dosis de reemplazo, según la intensidad del estrés (por ej, dosis doble para la fiebre <38,5°C y dosis triple para la fiebre ≥38,5°C), hasta la mejoría de la enfermedad).

Las dosis se basan sobre la imitación de la respuesta fisiológica a la enfermedad, pero la farmacocinética de la hidrocortisona oral es muy variable y los pacientes con metabolismo rápido pueden tener menor respuesta a dosis modestas que los que tienen metabolismo más lento.

Dosis mayores por vía parenteral pueden ser necesarias en casos de estrés intenso como la cirugía mayor y quizás alcancen la secreción suprarrenal máxima (aproximadamente 200 mg de hidrocortisona cada 24 horas [8,5 veces más que la producción normal]).

En pacientes con vómitos o diarrea se recomienda hidrocortisona parenteral (100 mg en adultos). Se debe enseñar a los pacientes y sus familiares a aplicar una inyección intramuscular de hidrocortisona y se los debe proveer con ampollas, agujas y jeringas. Cuando no se emplea el tratamiento para el estrés, el paciente puede progresar a la crisis addisoniana. La administración parenteral de hidrocortisona domiciliaria puede prevenirla.

La administración subcutánea de hidrocortisona en pacientes no obesos es una alternativa a la vía intramuscular que quizás sea más aceptable para los pacientes y que tiene efectos similares.

El artículo menciona algunas medidas que aumentan la comunicación, como una “tarjeta de corticoides” o su equivalente. Su empleo puede crecer a través de la educación de los pacientes.

A pesar de los esfuerzos para estimular a los pacientes a manejar su tratamiento con glucocorticoides a fin de prevenir la insuficiencia suprarrenal aguda, solo algunos pacientes lo logran eficazmente. Los programas de educación intensiva de los pacientes no son exitosos.

Reducción de la incidencia de insuficiencia suprarrenal aguda

La mayor aplicación de estrategias preventivas podría disminuir la incidencia de insuficiencia suprarrenal aguda, el rápido tratamiento domiciliario y en los servicios de salud podría reducir su gravedad y secuelas.

La inyección pre emergencia de hidrocortisona intramuscular o subcutánea puede evitar muchos episodios de insuficiencia suprarrenal aguda.

Enfoques a futuro

Se ha recomendado una jeringa precargada con hidrocortisona, similar al autoinyector de epinefrina, pero aún no está disponible. Se podrían Idear otros productos u otras vías para la administración de hidrocortisona, que sean de uso más sencillo para que los pacientes los empleen en emergencias, como un spray o polvo intranasal o inhalable.

Por último, otros sistemas para el reemplazo de hormona suprarrenal, como una “corteza suprarrenal bioartificial,” son atractivos. Para estos fines se podrían emplear células suprarrenales alogénicas o xenogénicas en un envase implantado como una cápsula de alginato.

Otro método, en el que las células podrían evitar el sistema inmunitario del paciente podría ser factible. De ser exitosas, estas propuestas mejorarán la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia suprarrenal y eliminarán las crisis. Autor: Rushworth LR, Torpy DJ, Falhammar H N Engl J Med 2019; 381:852-61

Resumen y comentario objetivo: Dr. Ricardo Ferreira

Exploración de los ojos

NOTA-Esta es una versión para el público en general

Una persona con síntomas oculares debe consultar a un médico. Sin embargo, algunos trastornos oculares presentan pocos síntomas o ninguno en su etapa inicial; por esta razón, los ojos deben ser revisados con regularidad (cada 1 o 2 años, y con mayor frecuencia en los casos en que exista alguna enfermedad ocular) por parte de un oftalmólogo o un optometrista. Un oftalmólogo es un médico especialista en la evaluación y el tratamiento (quirúrgico y no quirúrgico) de los trastornos oculares. Un optometrista es un profesional de la salud especializado en el diagnóstico y el tratamiento de problemas visuales o refractivos (errores refractivos).

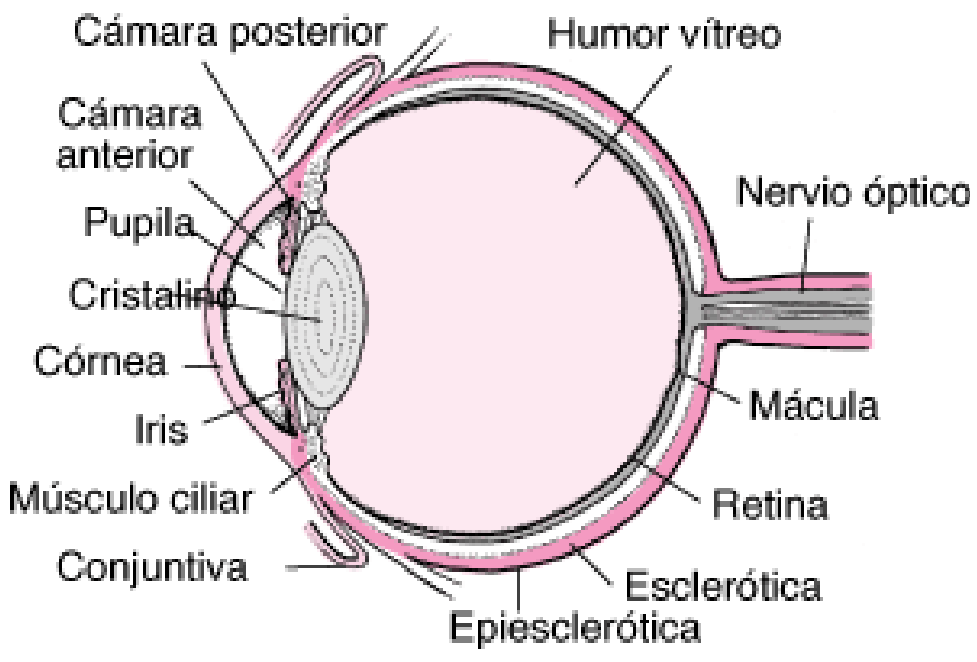
El diagnóstico de los trastornos oculares, en un principio, se basa en los síntomas, el aspecto de los ojos y el resultado de la exploración.

La persona con problemas oculares o de la visión describe la localización y la duración de los síntomas; posteriormente, el oftalmólogo procede a la exploración de los ojos, de la zona alrededor de ellos y posiblemente de otras partes del cuerpo, en función del trastorno que se sospeche. La exploración ocular suele incluir la refracción, la prueba de campo visual, la oftalmoscopia (inspección del fondo del ojo), la exploración con lámpara de hendidura y la tonometría. Al pedir a la persona que dirija la mirada en todas las direcciones, el médico puede determinar si los nervios craneales que inervan los músculos encargados del movimiento ocular (denominados músculos extraoculares) funcionan bien.

REFRACCIÓN (GRADUACIÓN)

La refracción es el procedimiento que se utiliza en la exploración ocular para evaluar los errores de enfoque. Los problemas de la agudeza visual debidos a defectos de refracción, tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia, se diagnostican mediante la graduación. Habitualmente, la agudeza visual se mide con una escala que compara la capacidad visual de una persona a una distancia de 6 m con la de alguien con una visión perfecta. De este modo, una persona con una vista de 6/6 ve objetos que se encuentran a 6 m de distancia con la misma claridad que una persona con la vista normal a esa misma distancia; en cambio, una persona que tiene una vista de 6/60 solo ve a 6 m lo que una persona con vista perfecta puede ver a 60 m.

La agudeza visual se mide mediante la tabla de Snellen (tabla ocular), una tarjeta grande o una caja iluminada que muestra hileras de letras que van disminuyendo de tamaño. La tabla ocular se lee a una distancia estándar (preestablecida), y la agudeza visual viene



determinada por el tamaño de la hilera de letras que la persona es capaz de leer. Para las personas que no saben leer, se ha modificado la tabla y se utiliza la letra E mayúscula rotada de forma aleatoria; se pide a la persona que diga hacia dónde mira la E. Si una persona no puede leer nada de la tabla, el médico puede pedirle que cuente los dedos que le enseña o que diga si el médico está moviendo la mano. También se determina la visión cercana pidiendo a la persona que lea una tabla estándar para probar la visión de cerca, o una noticia de periódico, a una distancia de unos 35 cm.

La graduación automática se realiza con un dispositivo que determina el error de refracción de los ojos midiendo el cambio de la luz cuando esta entra en el ojo. La persona se sienta frente al autorrefractómetro y desde el dispositivo se le envía un rayo de luz para medir la respuesta del ojo; la máquina procesa esta información para calcular la graduación de las gafas necesaria para corregir el error de refracción. La medición requiere solo unos segundos.

El foróptero es el dispositivo que suele

sigue en pág. 34

viene de pág. 33

utilizarse, junto con la tabla de Snellen, para averiguar cuál es la mejor graduación para una persona que necesita gafas o lentes de contacto. Tiene una completa gama de lentes correctoras, lo que permite que la persona compare los distintos niveles de corrección mientras visualiza el gráfico. Generalmente, el oftalmólogo usa el foróptero para refinar la información obtenida a partir del autorrefractómetro, antes de prescribir las lentes.

PRUEBAS DEL CAMPO VISUAL

El campo visual es la totalidad del área de visión abarcada por cada ojo, incluidos los laterales (visión periférica). El campo visual forma parte de la exploración oftalmológica sistemática. También puede realizarse con más detalle si la persona advierte cambios concretos en la visión, por ejemplo si siempre choca con objetos en el mismo lado. La forma más simple de explorar la visión periférica es que el médico se ponga frente al paciente y mueva un dedo u otro objeto pequeño (como por ejemplo una cerilla) hasta el centro del campo visual desde arriba, abajo, la izquierda y la derecha. El paciente avisa al médico cuando detecta el movimiento del dedo. Para que el resultado de la prueba sea válido, la persona debe fijar la vista en la cara del médico (y no debe estar intentando detectar el dedo). El ojo que no sea sometido a la prueba en ese momento se mantiene cerrado.

El campo visual puede cuantificarse con más detalle con una pantalla tangente o con un perímetro de Goldmann. Al someterse a estas pruebas, la persona mira fijamente al centro de una pantalla negra o al centro de un dispositivo esférico de color blanco (parecido a una pequeña antena parabólica). Entonces, partiendo de diferentes puntos de la pantalla o de la esfera, se mueve lentamente un objeto o una luz desde la periferia hacia el centro del campo visual. La persona indica cuándo ve la luz por el «rabillo del ojo». El médico coloca marcas en la pantalla o en el perímetro para indicar en qué parte del campo visual el paciente ve el estímulo luminoso, lo que permite reconocer los puntos ciegos. Los campos visuales también pueden medirse utilizando una perimetría automatizada computarizada. En esta prueba, la persona mira fijamente al centro de un cuenco grande poco profundo y presiona un pulsador cuando ve un destello de luz.

La rejilla de Amsler se utiliza para explorar el área central de la visión. Consiste en una cartulina negra cubierta por una rejilla blanca y un punto blanco en el centro. La persona percibe cierta distorsión de las líneas que componen la rejilla al mirar fijamente al punto blanco. Se analiza cada ojo a la distancia normal de lectura y con gafas, si la persona las utiliza de forma habitual. Si una persona no puede ver una zona de la rejilla, es posible que exista un punto ciego anómalo. Más allá de la rejilla de Amsler, es normal que exista una pequeña mancha ciega en la zona donde el nervio óptico sale del ojo; sin embargo, las personas no son conscientes de ella. Ver líneas onduladas o la falta de un área (que no sea el punto ciego normal) sugiere un posible problema macular. La prueba es muy sencilla y puede realizarse en casa; resulta útil para controlar la degeneración macular.

PRUEBAS DE LA VISIÓN DEL COLOR

Pueden utilizarse diversas pruebas para detectar una reducción de la capacidad de percibir ciertos colores (daltonismo). Las cartas de Ishihara, la prueba con más frecuencia utilizada, están formadas por dibujos de pequeños círculos de colores colocados sobre un fondo blanco de modo que formen un gran círculo. En el conjunto de puntos coloreados se ocultan números o símbolos de diferentes colores. Los puntos están colocados de tal manera que las personas con una visión normal del color ven dibujado un número en concreto; las personas con daltonismo pueden ver otro número o ninguno, en función del tipo de daltonismo que tengan.

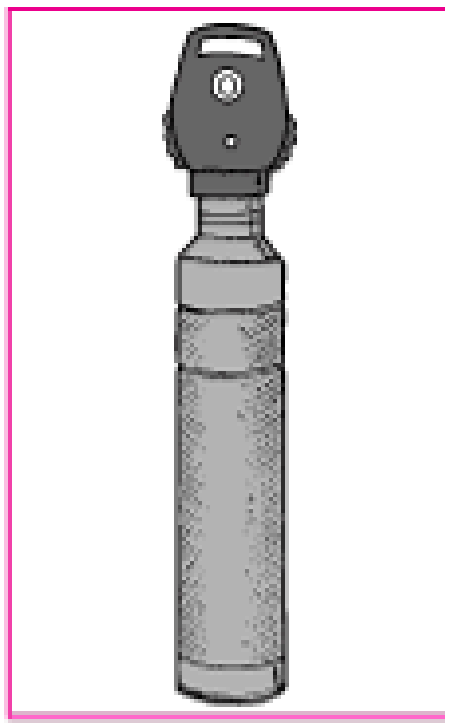
OFTALMOSCOPIA

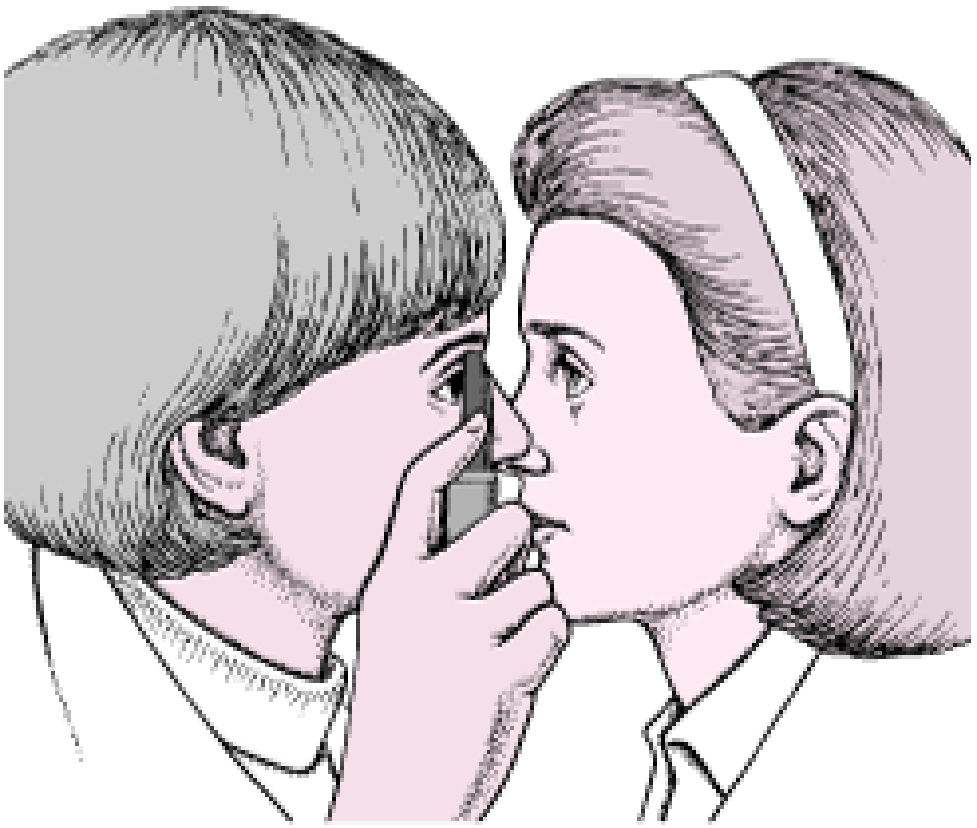
Un oftalmoscopio directo es un dispositivo portátil similar a una pequeña linterna con lentes de aumento. Mediante el oftalmoscopio, el médico puede dirigir un foco luminoso hacia el ojo para explorar la córnea, el cristalino, el humor vítreo (la sustancia gelatinosa que llena la parte de detrás del ojo) y las venas y arterias de la retina. La persona mira al frente mientras el rayo de luz se dirige al interior del ojo. A menudo se emplean gotas para dilatar la pupila, de modo que el médico pueda verla más fácilmente. La oftalmoscopia es indolora, pero si se usan gotas para dilatar las pupilas, la vista se vuelve borrosa temporalmente y aumenta la sensibilidad a la luz durante algunas horas.¿Qué es un oftalmoscopio? Un oftalmoscopio es un instrumento que permite al médico explorar la parte interior del ojo. El instrumento cuenta con un espejo angulado, varias lentes y una fuente de luz. Con este aparato, el médico puede ver la retina, el nervio óptico, las venas y arterias retinianas, y ciertas anomalías que afectan al humor vítreo (la sustancia gelatinosa situada en el interior del ojo).

La oftalmoscopia forma parte de cualquier exploración oftalmológica periódica. No solo se utiliza para detectar cambios en la retina debidos a enfermedades oculares, sino también para detectar alteraciones en los ojos producidas por ciertas enfermedades que afectan a otras partes del organismo.

Por ejemplo, se usa para detectar los cambios que se producen en los vasos sanguíneos de la retina en las personas que tienen hipertensión arterial, arterioesclerosis o diabetes mellitus. La oftalmoscopia puede utilizarse para diagnosticar la presión intracraneal elevada, ya que en estos casos la papila óptica pierde su forma habitual, se hincha y parece como si algo la empujara hacia fuera (papiledema). También puede utilizarse para observar tumores en la retina, así como para diagnosticar la degeneración macular.

Los oftalmólogos y los optometristas también emplean un instrumento llamado oftalmoscopio indirecto. En la oftalmoscopia indirecta, el médico se coloca un dispositivo binocular en la cabeza y sitúa una lente manual frente al ojo del paciente para enfocar la imagen en el interior del ojo. Este método proporciona información tridimensional y permite una mejor visualización de objetos que tengan profundidad, incluyendo una retina desprendida. También permite utilizar una fuente de luz más intensa, lo que resulta especialmente importante si el interior del ojo está turbio (por ejemplo, en caso de cataratas). El oftalmoscopio indirecto permite una exploración del ojo más amplia que el oftalmoscopio directo, con lo cual el médico puede explorar un área mayor de la retina.





Exploración oftalmoscópica

EXPLORACIÓN CON LÁMPARA DE HENDIDURA

¿Qué es una lámpara de hendidura?

Una lámpara de hendidura es un instrumento que permite al médico explorar todo el ojo a gran aumento y medir la profundidad. La lámpara de hendidura enfoca una luz brillante hacia el interior del ojo.

La lámpara de hendidura consiste en un microscopio binocular, montado sobre una mesa, que emite una luz brillante que permite al médico explorar la totalidad del ojo a gran aumento. Tiene un mejor sistema óptico que el oftalmoscopio directo, permite magnificar la imagen y proporciona una visión tridimensional, por lo que puede medirse la profundidad. Una lámpara de hendidura es el mejor instrumento para explorar los párpados, los tejidos y la piel alrededor de los ojos, el iris, la superficie del ojo (incluyendo la córnea y la conjuntiva) y el humor acuoso (el líquido de la parte frontal del ojo entre la córnea y el iris). A menudo se usan colirios para dilatar las pupilas y así el médico puede explorar con mayor facilidad los ojos, incluidos el cristalino, el humor vítreo, la retina y el nervio óptico. En ocasiones, en las personas con glaucoma o que puedan tenerlo, se coloca o se sostiene frente al ojo una lente adicional que permite explorar el ángulo que forman el iris y la parte frontal del ojo (cara interna de la córnea). Esta exploración se denomina gonioscopia.

sigue en pág. 35

viene de pág. 34

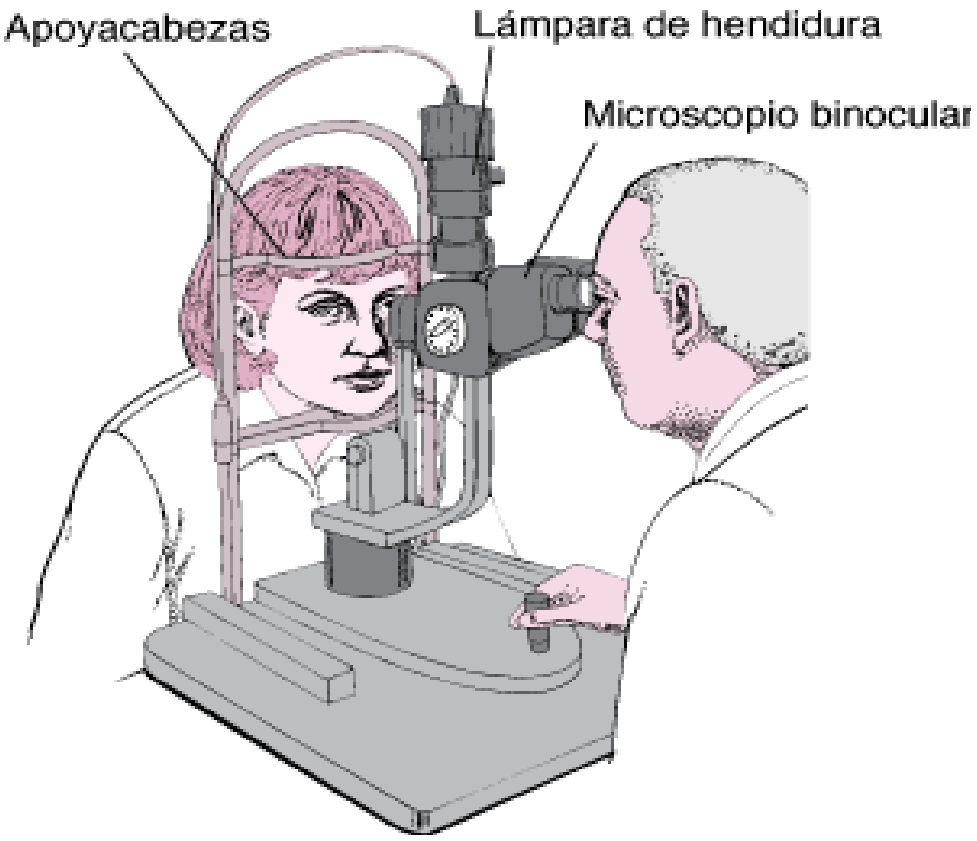
TONOMETRÍA

Con la tonometría se mide la presión en el interior del ojo. La presión intraocular normal se sitúa entre 8 y 21 mm de mercurio (mm Hg); se mide para detectar ciertos tipos de glaucoma y controlar su tratamiento.

El tonómetro sin contacto con la córnea (tonómetro de soplo de aire o tonómetro de no contacto) se utiliza para detectar una presión elevada en el ojo. Aunque este dispositivo no es muy preciso, resulta útil para identificar individuos que necesiten hacerse más pruebas. Se dirige a la córnea un leve soplo de aire que obliga a parpadear, pero sin resultar molesto. El soplo de aire aplana la córnea, y el dispositivo mide el tiempo (en milésimas de segundo) en que esto se produce. Se tarda menos tiempo en aplanar la córnea de un ojo con una presión normal que la de un ojo con una presión alta.

Existen instrumentos manuales, portátiles, que también se utilizan para la tonometría. Se administran gotas para anestesiar los ojos, luego se coloca suavemente el instrumento sobre la córnea y se obtiene la medición de la presión. Estos tonómetros portátiles pueden utilizarse en la consulta de urgencias o en el consultorio médico para detectar rápidamente un aumento de la presión en el ojo.

La tonometría por aplanamiento es un método más exacto. El tonómetro por aplanamiento suele fijarse a la lámpara de hendidura. Después de anestesiar el ojo con un colirio, el médico observa el ojo a través de la lámpara de hendidura al tiempo que mueve suavemente el instrumento hasta apoyarlo sobre la córnea. La cantidad de presión que se requiere para aplanar la córnea es directamente proporcional a la presión intraocular. Por Leila M. Kazaeni , MD, Loma Linda University School of Medicine



UNA REFLEXIÓN SOBRE LA ARQUITECTURA DE LA ASISTENCIA SANITARIA | 08 SEP 19

Medicina brutalista

Un enfoque inquebrantable en la utilidad y el cumplimiento normativo es la causa de muchas de las "monstruosidades" de la medicina contemporánea

Este es un resumen objetivo del artículo original publicado en The British Medical Journal. El contenido merece ser leído por los colegas habla hispana por la relevancia de las cuestiones que plantea.

La moda actual en medicina es etiquetar las cosas como "basadas en evidencia" o "no basadas en evidencia". Utilizamos estas etiquetas para describir tratamientos, pruebas de diagnóstico, políticas de salud pública e incluso personas. Sin embargo, esta cosmovisión dicotómica no logra captar los matices del panorama médico.

El uso de evidencia para impulsar la toma de decisiones médicas debe ser elogiado, pero siempre habrá más para proporcionar una atención médica adecuada que leer estadísticas en una revista o seguir algoritmos clínicos. La abreviatura que usamos para transmitir esta realidad es "el arte de la medicina". Creo que una mejor analogía sería "la arquitectura de la medicina". Después de todo, la atención médica adecuada tiene una estructura construida alrededor de un propósito claro: mejorar la salud de el paciente. Es ingeniería con estilo.

Al mismo tiempo, un enfoque inquebrantable en la utilidad y el cumplimiento normativo es la causa de muchas de las "monstruosidades" de la medicina contemporánea: la proliferación de guías clínicas rígidas pero contradictorias; aplicaciones contundentes de punto de atención; y sistemas de registros médicos electrónicos generalmente descritos como un obstáculo en lugar de como una herramienta. Cada una de estas innovaciones de ingeniería prometió a la medicina una nueva base basada en la evidencia, pero en su lugar se han introducido sin tener en cuenta a las antiguas tradiciones que nuestra comunidad aprecia. Esta contradicción en la práctica médica actual, su enfoque simultáneo y la miopía, es una reminiscencia del movimiento de arquitectura brutalista.

El brutalismo fue un fenómeno arquitectónico global de moda que alcanzó su punto máximo en los años 60 y 70, pero las estructuras de vanguardia fueron rápidamente rechazadas como pesadillas socialistas feas. El brutalismo valoraba el diseño utilitario descarado. Intentó aclarar los elementos de su construcción, proyectando durabilidad sobre inteligencia. Sin embargo, este estilo arquitectónico era tanto una declaración como una función. La geometría concreta y simple reinó, incluso cuando estructuras más delicadas podrían haber hecho el truco.

Para un estilo tan decidido a ser práctico, a menudo se hizo a su manera, haciendo que los usuarios de tales estructuras se sintieran incómodos y desagradables. A pesar de la impopularidad actual del estilo, muchos monumentos brutalistas todavía existen hoy como edificios gubernamentales y universitarios, ya que la necesidad fiscal ha asegurado su supervivencia.

ÉNFASIS EN LA UTILIDAD

El estilo arquitectónico brutalista es una analogía apropiada para la agenda moderna de la salud. En un rechazo vigoroso del "arte de la medicina", hemos puesto un énfasis especial en la utilidad.

El médico de hoy debe usar intervenciones para producir resultados, claros y simples. Esta nueva cepa utilitaria cree que la evidencia es la materia prima, y los hospitales y clínicas se construirán a partir de esta base en santuarios resistentes contra las enfermedades. Mi definición de medicina brutalista es "medicina tan intencionalmente funcional que erige sus propias barreras".

Un elemento de este modo brutalista en medicina es la guía clínica. La proliferación de pautas clínicas promete "poner en práctica" la literatura de investigación, convirtiéndola de un ejercicio intelectual en un caparazón resistente para el médico vulnerable. Las pequeñas tendencias se convierten en una guía universal, retorcidas para aplicar a situaciones dispares. Como una losa geométrica de concreto, las pautas clínicas al principio parecen evitar los peligros de nuestro medio ambiente. Sin embargo, con demasiada frecuencia están diseñadas de forma aislada, tan centradaos en ser decisivas que no pueden integrarse en su entorno clínico.

Todos tenemos historias de protocolos de sepsis o de apoplejía que se aplican de manera fortuita, por ejemplo, produciendo resultados absurdos y a veces peligrosos. La necesidad de cumplir con los objetivos de tratamiento rápido, la facilidad de los conjuntos de pedidos automatizados y una dependencia excesiva en las métricas podría llevar a un médico a administrar un bolo de líquido a un paciente que tiene edema pulmonar y no neumonía. Los medicamentos que destruyen los coágulos pueden administrarse a un paciente durante una "alerta de accidente cerebrovascular" al que se le habría encontrado un trastorno de conversión si nuestro sistema hablara del "tiempo de la historia clínica" de la manera en que enfatiza el tiempo "de la aguja a la aguja".

El "punto de atención" se ha convertido en otro de los frentes de batalla de la medicina brutalista. Los académicos y los empresarios están convencidos de que las aplicaciones, las ecuaciones y la heurística de cabecera salvarán a los médicos de sí mismos.

El cuestionario de depresión PHQ-9 es una de las miradas icónicas de esta forma de medicina brutalista. En lugar de preguntar a los pacientes cómo se sienten, simplemente podemos ad-

sigue en pág. 36

viene de pág. 35

ministrar estas encuestas. Sospecho que los números y las cajas del PHQ-9 algún día se verán fuera de lugar en la medicina como lo hacen las geometrías grises en muchos de los vecindarios de hoy. Las aplicaciones específicas de la tarea pueden ser el camino más rápido entre los síntomas y el tratamiento, pero fortalecer la comprensión, la comodidad y la autoeficacia del paciente requieren una ruta más complicada.

Quizás los hitos brutalistas más notables de la medicina son los sistemas electrónicos de registros médicos. Muchos sistemas de registros médicos torpes están en uso en todo el mundo, pero el sistema dominante de mantenimiento de registros para 200 millones de estadounidenses es Epic, lo que lo convierte en uno de los principales hitos de los EE.

Epic ha logrado la ubicuidad y la prosperidad a través de su impulso ilimitado hacia la utilidad y el cumplimiento. Cada vez que la atención médica se enfrenta a un dilema de documentación, Epic está ahí. Desde documentar la presión arterial de un paciente hasta informar los resultados de la autopsia, Epic puede hacerlo. La vida probatoria del paciente vive en este gigantesco software. Epic se queda corto conectándose a nuestra infraestructura existente y creando una usabilidad agradable. El equivalente arquitectónico es la gran pero disfuncional ciudad de Brasilia.

A medida que los médicos sucumben al agotamiento, pasan cada vez más tiempo en la pesadilla regulatoria en que se ha convertido la medicina contemporánea, con Epic asumiendo el control.

Tenemos la tarea no solo de hacer más sino de documentar más. Esta responsabilidad proviene de muchos ángulos. El reembolso depende de ello. El "estándar de atención" requiere cada vez más pruebas de entrada y salida. Los administradores bien intencionados y los investigadores de salud pública nos "empujan" hacia lo "correcto", como lo demuestran algunos ensayos clínicos o estudios de casos. Pero el beneficio para pacientes individuales no siempre es evidente.

LECCIONES DEL BRUTALISMO

No quiero sonar demasiado sardónico. Me encanta la arquitectura brutalista: los edificios son insistentes, poderosos y confiables. Cariñosamente, reflejan la forma desagradable en que las personas envejecen, acumulando grietas estructurales y nuevos usos con el tiempo.

Pero los defectos del brutalismo también deben ser reconocidos. Estos edificios pueden interponerse en el camino. Colgar una imagen o volver a pintar cuando su pared está hecha de concreto no es exactamente un acto intuitivo. Calentar y enfriar estos edificios puede requerir algo de física hábil.

Si, como médicos, vamos a ser arquitectos de una atención útil y confiable, debemos prestar atención a las lecciones de este movimiento. Nuestros sistemas no deben estar solos. No deben definirse únicamente como "basadas en evidencia" o "estandarizadas". Como lo muestra Epic, nuestras herramientas no serán nuestro refugio, no importa cuán completas estén.

Muchos de los instrumentos, reglamentos y prácticas de la medicina están diseñados actualmente como monumentos para sí mismos.

Al mismo tiempo, podemos desear adoptar el deseo del brutalismo de ignorar los adornos innecesarios. Tanto la asistencia sanitaria como la arquitectura usan florituras pretenciosas como distracciones deslumbrantes. Reflexionemos sobre si las imágenes de alta resolución, la genómica de precisión o los protocolos de detección inquebrantables realmente están mejorando a los pacientes.

La medicina no es una comunidad planificada ni una ciudad de monumentos. Creo que hay sabiduría dentro del caos de la clínica u hospital. El poder de la medicina basada en la evidencia es su aislamiento de una intervención, que promete aclarar algún principio universal. Pero muchas soluciones en medicina son emergentes y locales, no diseñadas y universales. La expresión de alivio en la cara de un paciente nunca se rendirá a una métrica, ni el bienestar de mi comunidad. Si los resultados en sí mismos nunca pueden definirse completamente, las herramientas y estructuras de la medicina también deben incorporar la indulgencia.

Comencemos a imaginar cómo podría ser una arquitectura postmoderna en medicina. La activista urbana Jane Jacobs describió los "ojos en la calle": los leales residentes que mantienen un vecindario seguro y habitable. En medicina, nuestros ojos en la calle son los pacientes, que mantienen una conciencia natural de los valores más significativos para ellos. La medicina basada en la evidencia es una buena materia prima y no debe desecharse. Pero estoy seguro de que la utopía de la medicina basada en la evidencia no se parece al panorama sanitario actual.

Autor: Benjamin Mazer, residente de patología, Yale-New Haven Hospital and Yale School of Medicine, New Haven, CT, USA. Fuente: BMJ 2017; 359 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.j5676 Brutalist medicine: a reflection on the architecture of healthcare