EL DIARIO MEDICO Salud hoy

Inauguraron Emergencia de la Maternidad más grande del país

En nuestros 23 años, compartiendo un mes trascendente. Pág. 3



97º Aniversario del Hospital Pasteur

Gobierno financia bombas de insulina y trasplantes



Vázquez: "La escencia de la juventud es la rebeldía..." Pág. 7

23 años juntos



SUSCRIPCIÓN
GRATUITA POR
INTERNET
www.eldiariomedico.com.uy

Hierbas y plantas medicinales: usos y riesgos



Desde la más remota antigüedad el hombre ha empleado los elementos que tenía a disposición en la naturaleza para mitigar sus males. Las vieias civilizaciones china e india utilizaron las hierbas y plantas para este propósito. Es necesario que el médico interrogue, conozca y advierta las eventuales interferencias de las más utilizadas con las medicaciones empleadas en la actualidad, cuva ignorancia puede acarrear graves daños.

EN LA ANTIGÜEDAD

Hipócrates (siglo IV aC) y su escuela dejaron escrituras que ilustran el uso que hacían de esos elementos.

Hipócrates no aconsejaba ingerir medicamentos, sino aplicarlos tópicamente. Su lista era variada:

- Medicamentos de naturaleza astringente y cáustica: el barro, el alumbre, o sal blanca; los preparados de arsénico, de cobre o hierro; el calcio, el sodio y el potasio.
- Purgantes o laxantes violentos: el ricino, el eléboro de raíz fétida y amarga; la coloquíntida, cucurbitácea muy eficaz. Y como laxantes suaves, el zumo acre del euforbio; el grano de Gnido; la col y el melón.

Vomitivos potentes: el hisopo y el eléboro blanco.

- Diuréticos: el ajo, el puerro, la cebolla, la calabaza, el hinojo y el perejil. Ningún amante debía probar estos productos en vísperas del amor.
- Las diarreas se cortaban con la corteza del granado y la semilla del roble. Y para sudar –o también como narcóticos-se empleaba el opio, la mandrágora, la belladona, la cicuta, el cannabis y el hyosciamus.

Dioscórides (siglo I dC) fue el primero que sistematizó la descripción y la imagen de las plantas utilizadas, identificando más de 500 especies.

Traducido y reproducido por los árabes, tanto de Oriente como de Occidente, fundamentalmente de Al Ándalus, sus escritos fueron conservados y trasmitidos.

Los árabes, particularmente en Al Ándalus conservaron, tradujeron y trasmitieron la obra de los griegos, haesa tradición se inscribe Maimónides (1135-1204), nacido en Córdoba y que vivió y falleció en El Cairo.

En América las antiguas civilizaciones: azteca, maya e incaica habían realizado también su propia experiencia en el conocimiento y trasmisión de las propiedades de las sustancias derivadas de

Hasta nosotros han llegado, por una parte, las tradiciones trasmitidas por los Kallawayas, continuadores de la vieja sabiduría andina, y por otra parte, los Curuzuyarás, continuadores de los indios guaraníes a través de las Misiones.

Con la llegada de los españoles a América se produjo un intercambio cultural que llevó a Europa elementos para supuestamente combatir algunas afecciones, particularmente la sífilis, a través de los sudoríficos. Nicolás Monardes (1493-1588) un médico estudioso español, que sin salir de España estudió las plantas que venían de América y se lo considera uno de los fundadores de la Farmacognosia, describió diversas plantas y sus usos medicinales como el sasafrás o jalapa, el guayaco o palo santo o cañafístola, la coca y el tabaco, y los árboles de los bálsamos de Perú o Tolueno. Llamó también la atención de las alteraciones que pueden producirse en la conservación de los productos para hacerlos ineficaces.

Rafael Schiaffino, en su Historia de la Medicina en el Uruguay, señala la actividad de las Misiones Guaraníticas, y la acción de los Curuzuyarás, (curuzuyarás, que en guaraní significa "portadores de la cruz", refiriéndose a indígenas guaraníes que reclutados por los jesuitas eran educados sobre el uso de hierbas medicinales autóctonas) y consigna: El mismo Dobrizhoffer, nos dice cuáles eran los remedios que preparaban los Curuzuyarás bajo la dirección de los Padres, declarando previamente "que nunca tenían más que una escasísima provisión de drogas". En los casos corrientes los más usuales eran el azufre, el alumbre, la sal, el tabaco, el azúcar, la pimienta, la enjundia de gallina, la grasa de tigre, de buey, de carnero etc., y pólvora. Apenas pasaba un día, agrega, sin que alguno nos pidiera una u otra de estas substancias. Fuera de estos simples tenían siempre prontas tres calabazas llenas de ungüentos compuestos, una de ellas con uno verde, hecho con sebo y veinte hierbas distintas y las cortezas de árboles famosos por sus virtudes medicinales.

De todos esos elementos Montenegro reconoce, describe, y dibuja las especies, refiriendo honestamente, aquellas en las que no tiene experiencia personal; en cambio enriquece las descripciones con los valiosos datos obtenidos en su práctica profesional, o en sí mismo, como al tratar de las epidemias del sitio de la Colonia, curadas con el Arazá o Guayaba, o la de su afección pulmonar radicalmente extirpada con el uso de la Algarrobilla

ciendo que llegaran hasta nosotros. En o Guayacán (Ybyrá ehé) ; a veces son estas un poco inverosímiles como aquel indio a quien pasó por encima una rueda de carreta con 170 arrobas, deshaciéndole cuantos huesos tenía en el pecho y que sanó en un mes con un cocimiento de Mboy Caá.

En esta región de Sudamérica los nativos guaraníes bebían la yerba mate (Ilex paraguayensis). Los antiguos pueblos guaraníes fueron los pioneros en consumir de diversas formas las hojas de yerba mate, bebiéndola con agua e incluso mascándolas.

Los mismos jesuitas elogiaron los efectos de la yerba, ya que daba un cierto vigor al que ingería la infusión, y calmaba la sed mejor que el agua pura. El padre Pedro de Montenegro (1663-1728), naturalista, declaró: "Socorrió Dios con esta medicina a esta pobre tierra por ser más conducente a ella que el chocolate, y vino a sus naturales habitadores así como lo es el cacao en el Oriente, porque estas tierras muy calientes y húmedas causan graves relajaciones de miembros, por la grave aspersión de los poros, y vemos que de ordinario se suda con exceso, y no es remedio el vino ni cosas cálidas para reprimirlo, y la verba sí, tomada en tiempo de calor con agua fría, como la usan los indios, y en tiempo frío o templado con agua caliente o templada...".

Otro tanto ha ocurrido con el cacao y el chocolate, en Mesoamérica, y con la coca en el altiplano peruano-boliviano.

Nuestros antepasados trajeron de Europa el conocimiento ancestral trasmitido de madres a hijas, y nuestros hombres de campo tuvieron que aprender y trasmitir esas mismas tradiciones en base a la experiencia con las personas y los animales.

ALGUNOS ANTECEDENTES EN URUGUAY

Roberto J Bouton (1877-1940), un médico que fue antes peón de estancia en Florida, y ejerció largos años en Santa Clara de Olimar (Treinta y Tres) nos legó la primera descripción sistemática de algunos árboles y plantas del Uruguay, asimismo sus aplicaciones como remedios. (La vida rural en el Uruguay, con ordenación de Lauro Ayestarán).

En 1969, en la colección Nuestra Tierra, la Q.F. Blanca R. Arrillaga de Maffei, oriunda de Artigas, publicó el volumen 31, donde realiza una descripción sistemática de algunas especies. En su introducción asegura que el libro más antiguo de Fitoterapia es el que escribió un emperador chino hace cuarenta y cinco siglos, donde describió más de 500 plantas, entre las que se encuentran el opio, el ruibarbo, el granado, y las indicaciones para su uso. Entre sus referencias, cita la obra de Bouton en su primera edición de 1961.

El antropólogo Gregorio Tabakian en 2016 realizó un interesante estudio de Etnomedicina y Etnobotánica en el departamento de Tacuarembó, identificando el conocimiento y uso de 63

productos fitosanitarios.

Siendo un grupo de sustancias elementales que se encuentran a disposición de las poblaciones más sencillas, es llamativo que en la enseñanza de la Medicina no se haya profundizado en el conocimiento de estas sustancias, predominando la aplicación de los productos de elaboración industrial que llevan consigo la marca del progreso así como también sus efectos negativos.

Tomemos por ejemplo dos sustancias que llevan más de 220 y 120 años, respectivamente: la digitalis lanata/digitalis purpúrea y el ácido acetil-salicílico.

Uno empleado para la insuficiencia cardíaca, como tónicardíaco, extraído de la planta de ese nombre, con la que produce la DIGITAL. Esto lo describió William Withering (1741-1799), cuando descubrió que un paciente suyo con debilidad cardíaca había mejorado tomando sustancias de una planta Dedalera (Digitalis purpurea) lo que describió en 1785: La dedalera y algunos de sus usos médicos (The Foxglove and some of its Medical Uses).

Otro extraído de la corteza del sauce: el salicilato. Sería Félix Hoffmann (1868-1946), un químico alemán, que trabajando para Bayer logró la síntesis de una forma menos tóxica del salicilato extraído de la corteza del sauce blanco, que denominó ácido acetil-salicílico. Al igual que con otras sustancias que hoy nos producen dudas por sus múltiples aplicaciones, esta sustancia que se conocía desde la Antigüedad pero había caído en el olvido, sirvió desde hace más de 120 años para aliviar la fiebre, el dolor, combatió la fiebre reumática que como decía Purriel (1901-1975), repitiendo al francés Bouillaud (1796-1881) "lame las articulaciones, pero muerde el corazón"; y es un antiagregante plaquetario que se emplea para la prevención del ACV.

ALGUNOS INCONVENIENTES

Diversos científicos se han preocupado y ocupado en advertir los inconvenientes del uso indiscriminado de estos productos fitosanitarios, que pueden interferir con la acción de fármacos que la persona esté utilizando por indicación médica. Entre ellos autores uruguayos, de la Universidad de Montevideo.

Advierten que algunas reacciones con HM (hierbas medicinales) pueden ser graves poniendo en riesgo la vida. Así sucede con las reacciones alérgicas idiosincrásicas a la equinácea, el fallo hepático fulminante vinculado al consumo de cimicífuga, el síndrome serotoninérgico cuando se utiliza hipérico con antidepresivos o tramadol, y el sangrado por interacción de ginseng o ginkgo con

La OMS ha señalado que el 80% de la población mundial utiliza HM para el abordaje de problemas primarios de salud y ha definido la Fitoterapia como la

Aquí estamos con nuestros 23 años, compartiendo un mes trascendente



Comenzamos con esta edición a recorrer nuestros 23 años de existencia ininterrumpida. Años que no han sido fácil para una publicación cuyo único sustento ha sido la solidaridad inmaterial de muchos, de innumerables amigos que la prestigian con sus informaciones y columnas de opinión, y de un equipo de familiares y compañeros de tarea que desde el comienzo han estado siempre al pie del cañón.

Todos honorarios.....o quizás no. Reciben en realidad como recompensa la satisfacción de sentirse sujetos, constructores y servidores del Estado en la defensa de LA SALUD, de una salud que todos consideramos un DERECHO inalienable de nuestro pueblo y no una mera mercancía al servicio de poderosas corporaciones.

Veintitrés años sirviendo a las instituciones sanitarias del país y a la difusión en el territorio nacional y en el Uruguay profundo de todas las actividades que realizan, actuando como vaso comunicante entre ellas y los millones de sus usuarios, que se distribuyen casi en forma igual entre el sector público y el privado

En los últimos años, sin censuras para nadie, hemos defendido sin cortapisas el Sistema Nacional Integrado de Salud, por considerarlo un instrumento revolucionario que al cambiar radicalmente el paradigma asistencial del Uruguay, ha universalizado el acceso a la atención sanitaria y que- navegando entre las debilidades y fortalezas propias de los cambios profundos - continua caminando con firmeza hacia el objetivo de una mayor calidad en servicios y gestión, para el logro final de una digna e igualitaria atención en salud para todos los uruguayos.

Como no nos duelen prendas reivindicamos nuestra coherencia para recordar que desde su creación como organismo descentralizado, venimos observando y acompañando la gestión de ASSE que últimamente, desde el cambio en la cabeza de una conducción que - fortaleciendo las raíces de sus predecesores - ha creado un Equipo que respondió sin gestos altisonantes, con realizaciones y con transparencia, a las críticas de quienes inicialmente no visualizaban los cambios que en la acción y en la gestión, se iban produciendo a lo ancho y largo del país.

En este mes el país está en el cruce de caminos en la que el

Comenzamos con esta edición a reporrer nuestros 23 años de existencia timos que lo que se ha hecho en salud y fundamentalmente en la salud pública es irreversible. Y en ésto, con los matices propios de quienes en una campaña electoral marcan diferencias, todos hoy parecen estar de acuerdo.

Es que, unánimemente se visualiza que ASSE cuenta con la mayor red asistencial del país, alcanzando a las localidades rurales más alejadas, llegando a los 250 mil uruguayos que viven en poblaciones menores de 5.000 habitantes. Y en el país, son más de 1 millón 400 mil sus usuarios. –

Todos en estos meses han recorrido el país y constatado que no hay localidad por pequeña que sea que no tenga una policlínica donde ASSE brinda atención en edificaciones recién construidas o recicladas a nuevo, que dignifican a los usuarios y a los Equipos de Salud.

Han revisado todos los índices y entre otros los que muestran que los de mortalidad infantil son de los más bajos del mundo y que estamos también en lugar de privilegio en cuanto a índices de morbimortalidad en embarazo adolescente.

Han verificado la atención que se brinda en la maternidad más grande del país Y EN LA CUAL EN EL PASADO AÑO NO SE REGISTRÓ NINGUNA MUERTE MATERNA, que es la del Pereira Rosell, ejemplo por sus logros en Latinoamerica, o han visitado los nuevos o viejos Hospitales Públicos que muestran en sus realidades estructurales, funcionales y asistenciales cual ha sido el destino de las inversiones realizadas y como se va logrando la necesaria complementación con el sector privado para no duplicar recursos y para nivelar definitivamente la atención en uno u otro sector.

No es esta una nota. Sólo un Editorial y como tal con límites de espacio ineludibles. Sentíamos el compromiso de realizarlo en este mes y año de tan trascedente decisión del soberano

El sistema de salud es de los uruguayos y somos los uruguayos quienes debemos defenderlo, apuntalarlo y perfeccionarlo, señalando las debilidades, pero actuando lealmente subrayando y no silenciando sus muchas fortalezas.

Para finalizar. Estamos seguros que cualquiera sea la decisión del soberano, quienes el 1o. de marzo tomen los destinos del país profundizarán el camino de una salud de todos y para todos a través de un SNIS y de un Seguro de Salud, perfeccionables como toda obra humana, pero que son hoy ejemplos en el mundo. 14.11.2019.

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

eldiario medico @eldiario medico.com. uy-eldiario medico 1 @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







Publicación científica nacional nacida en Florida, de INTERÉS DEPARTAMENTAL



viene de pág. 2

ciencia que estudia la utilización de sustancias de origen vegetal con finalidad terapéutica, para prevenir o atenuar un estado patológico.

Estos autores estudian la información disponible de varios fitoterápicos comercializados en Uruguay, que dividen en 4 clases: vasculares, sedantes, prostáticos y flebotróficos.

Estudian la MANZANILLA, EQUINÁCEA, GINKGO BILOBA, PASIFLORA, HIPÉRICO, GINSENG y JENGIBRE.

EQUINÁCEA: se aconseja no emplear en pacientes en tratamiento con radio y quimioterapia porque causa trombocitopenia que agrava la que producen los propios productos del tratamiento oncológico.

GINKGO BILOBA: disminuye los niveles de anticonvulsivantes por lo cual debe eliminarse en pacientes que padecen o están en tratamiento con estos fármacos. PASIFLORA: Se contraindica su uso durante el embarazo debido a que estimula la contractilidad uterina y puede inducir aborto o parto prematuro.

HIPÉRICO: puede agravar la situación de pacientes psiquiátricos que utilizan medicación antipsicótica, y también interfiere con la warfarina, produciendo hemorragias con repercusión hemodinámica en pacientes anticoagulados (por problemas de índole cardiovascular, valvulopatías, coronariopatías tratadas con angioplastia, ACV, etc.). También en pacientes en tratamiento por VIH o con Anticonceptivos Orales (ACOs).

GINSENG: Describen un caso de leucemia mieloide crónica, tratado con imatinib, que produjo hepatotoxicidad por consumo concurrente de esta hierba.

JENGIBRE: Riesgo de sangrado asociado con warfarina.

En nuestro país es frecuente que las personas consuman estas HM sin conocimiento del médico, sin haberlo manifestado, y pueden haber consecuencias negativas en el curso de su evolución.

El Ministerio de Salud Pública ha emitido el Decreto No. 403/016 que aprueba el Marco Regulatorio para Hierbas Medicinales, Especialidades Vegetales y Medicamentos Fitoterápicos. El estudio fue realizado por expertos del MSP y de la Facultad de Química, identificando 234 productos. Se describen las características que deben reunir, la identificación de los envases, las normas para su publicidad y la autorización del MSP.

Aparte de todo lo dicho, cabe mencionar que la expedición de los productos que se comercializan distan mucho unos de otros, por efectos de su elaboración: la concentración de la sustancia, y así se verifica en los efectos. Tomemos por caso el EPILOBIO. Además, se venden muchos de ellos en cualquier supermercado.

El Ministerio de Salud de Chile, en 2010 editó una publicación Medicamentos Herbarios Tradicionales: 103 especies vegetales, que puede consultarse en internet: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Libro%20MHT%202010.pdf

En lo que respecta a Uruguay, nos falta aún un cierto trecho por reconocer las virtudes y efectos nocivos de las hierbas medicinales, así como realizar un estudio exhaustivo de nuestra flora autóctona, empleada desde hace siglos por nuestros ancestros. Ojalá que esto se pueda hacer pronto, porque representa un respeto por la identidad cultural de nuestras raíces.

Desde luego, el uso de las HM generalmente disponibles en cualquier sitio del país, sirve para malestares menores, y tal vez en cierta forma actúan como placebo. De ninguna manera eliminan o sustituyen la medicina, especialmente para patologías severas médicas o quirúrgicas. Por eso, el conocimiento y la difusión de la información, tanto a médicos como a ciudadanos, es imprescindible y de urgente necesidad.

La Dra. Sonia Boudrandi, la primera mujer que fue Profesora de Clínica Quirúrgica, y Presidenta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y del Congreso Uruguayo de Cirugía, ingresó hace algunos meses como Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina. Hace algunas semanas dictó allí una conferencia, cuyo texto reproducimos, y que tituló:

Cambios en la cirugía en las últimas cuatro décadas

He elegido este tema porque considero importante trasmitir las vivencias de los cambios en la especialidad.

En las cuatro últimas décadas se han producido muchos adelantos científicos en la medicina, los que felizmente se han incorporado también en la cirugia.

Hemos pasado del cirujano netamente práctico; evolucionando permanentemente hacia la búsqueda del conocimiento y llegar a transformarnos en un cirujano científico.

Me voy a limitar a analizar algunos de los avances que a mi generación nos tocó vivir desde que tomamos contacto con la especialidad a fines de la década del 70.

AVANCES EN LA ETAPA DIAGNÓSTICA:

En esa época para ejercer nuestra profesión contamos con una técnica semiológica depurada, detallista y exhaustiva a la que asociábamos un razonamiento clínico basado en el conocimiento y en la experiencia.

Con ellos lográbamos elaborar un diagnóstico clínico que tratábamos de corroborar con la escasa paraclínica que disponíamos: análisis básicos de sangre y orina, a los que se habían incorporado recientemente el ionograma y la gasometría los que nos permitían manejar mejor el medio interno.

En Imagenología disponíamos de la radiología simple de los distintos sectores del organismo y los estudios contrastados del tubo digestivo, entre ellos la colecistocolangiografia para el diagnostico de la litiasis vesicular.

En el intraoperatorio se disponía únicamente de la colangiografia estática; la incorporación el arco en C al quirófano



nos permite realizar estudios intraoperatorios dinámicos, y asociar maniobras sobre la vía biliar principal con resolución integral de la patología litiasica.

La llegada al país de los fibroscopios flexibles (década del 70) y la introducción en nuestro medio de la endoscopia digestiva por parte del Dr. Enrique Sojo que se había especializado en el exterior, no solo permitía la visualización de las lesiones sino también que se comenzaron a realizar las primeras biopsias endoscópicas. Aproximadamente una década después se introduce la video endoscopia.

Se tardaría aún más de una década en contar con la colangiografia endoscópica retrograda.

Era el periodo del auge de la medicina nuclear con estudios centellograficos para estudiar a casi todos los órganos sólidos destacando: hígado, cerebro y tiroides.

El uso del centellograma tenia una amplia difusión en la patología tiroidea para determinar la funcionalidad de un nódulo si éste era frio tenia indicación de cirugia ante la sospecha de cáncer; posteriormente con el advenimiento de la ecografía comprobamos que la mayoría de estos nódulos fríos no eran más que quistes simple.

Hoy en día la centellografia tiroideo tiene indicaciones específicas en el hipertiroidismo, para evaluar si el mismo es producto de un nódulo funcionante o por la hiperfunción difusa de la glándula.

La centellografía es actualmente de uso corriente en la localización de la o las glándulas paratiroides en el hiperparatiroidismo primario, y en la recidiva y o persistencia del secundario E n el medio contábamos con la citología diagnóstica que la realizaban pocos pero destacados especialistas.

A fines del año 1979; en el Hospital Pasteur, el Dr. Nuchovich nos mostraba por primera vez una ecografía de la vía biliar, visualizando un cálculo en la vía biliar accesoria.

Muy lejos estábamos de las aplicaciones actuales de la ecografía.

El advenimiento de aparatos de alta resolución y el entrenamiento ecográfico no solo permiten hacer diagnósticos, sino que se ha desarrollado un área de tratamiento mini invasivo.

Las punciones eco guiadas; hoy en día son un arsenal terapéutico que evita muchas intervenciones y re intervenciones quirúrgicas.

Últimamente la incorporación del ecofast (ecografía rápida) es de gran utilidad en los servicios de urgencias.

La tomografía computada fue para nosotros un gran adelanto que se incorporó aproximadamente en la misma época, nos permitió mejorar en el diagnóstico y evaluar las extensiones lesionales de la enfermedades neoplasicas; transformándose también en una herramienta de gran valor en la urgencia.

Mastarde la incorporación de Tomógrafos de última generación que mejoraron la definición, la secuencia de los cortes y la reconstrucción de las imágenes que son hoy de invalorable ayuda.

La RMN nos ha facilitado el manejo de la patología hepato-bilio-pancreática, en especial la colangioresonancia que ha sustituido a la colangio endoscópica retrograda como método diagnóstico, para ser esta última hoy en día solo de indicación terapéutica.

sigue en pág. 5

viene de pág. 4

El instituto CUDIM inaugurado en el año 2010, nos permite por medio de la tomografía por emisión de positrones (Petscan) el diagnostico de tumores y o su recidiva, así como extensión lesional con gran precisión.

La angiografía digital de gran utilidad en cirugía vascular, pero también en cirugia general para evaluar la integridad vascular en relación al compromiso tumoral loco regional.

No debemos olvidar los avances en anatomía patológica: los estudios citológicos, con punciones radio o eco guiadas, las biopsias histológicas, la inmunohistoquimica, que permiten realizar diagnósticos que condicionan el tratamiento médico preoperatorio y la cirugia. Así como los avances en el estudio sistematizado de las piezas quirúrgicas.

Avances en la técnica y en táctica quirúrgica:

La incorporación de la sutura mecánica y su evolución han permitido acortar los tiempos quirúrgicos, y disminuir el porcentaje de fallas de suturas tanto para cirugia abierta como en la laparoscopica del tubo digestivo.

Los avances tecnológicos en el desarrollo de los mecanismos de coagulación (electro bisturí, cavitron) con los mecanismos de sellados de vasos que incorporan también su sección, permiten realizar los procedimientos con ahorro de sangre y de tiempo.

Hoy estamos muy lejos de la utilización del tul de novia y de las primeras mallas rígidas para la reparación parietal que generaban múltiples complicaciones entre ellas rechazo e infecciones.

Las mallas, se han ido perfeccionando, donde cada vez son mas flexibles, su textura mas delicada y resistente; así como parcialmente reabsorbibles lo que permite extensas reparaciones parietales, con un descenso muy importante en el número de recidivas y eventraciones

Permanentemente se asiste a la mejora de la calidad de los hilos de sutura, de pinzas grapadoras y del instrumental quirúrgico en general tanto para cirugia abierta como para videocirugia.

El mejor conocimiento de la cirugia hepática, con la movilización del hígado, los clampeos de sus pedículos cambiaron la cirugia resectiva del mismo; así como radicalmente la cirugía de la hidatidosis hepática.

El surgimiento del trasplante de órganos primero en el extranjero y después su incorporación al medio, mejoró notablemente y desmistifico la cirugía hepática, fomentando el trabajo en equipos y estableciendo necesidades diferentes de funcionamiento e infraestructura de las salas de operaciones que beneficiaron al resto de la cirugia.

En la cirugia mamaria los adelantos son notables en el diagnóstico, la táctica y la técnica. Se paso de una cirugia mutilante como la Mastectomía Radical y la mastectomía radical modificada a la cirugia conservadora. De los grandes vaciamientos axilares al estudio del ganglio centinela. Del diagnostico de grandes masa tumorales al diagnostico en estadios precoces con masas no palpables que requieren técnicas de localización

para realizar su tratamiento quirúrgico. Logrando así excelentes resultados estéticos, con menor morbilidad, con un aumento de la vida libre de enfermedad y de la expectativa de vida.

Ni que hablar del desarrollo y la incorporación de la cirugia laparoscopica, hoy abordaje de elección para la vía biliar, y actualmente en pleno desarrollo la llamada cirugia laparoscopica de avanzada.

El futuro de toda la cirugia va hacia la video cirugia, campo que se va ampliando constantemente. Hoy en nuestro país hay cirujanos realizando cirugías resectivas de órganos sólidos, cirugia gástrica, de colon y recto en pacientes seleccionados.

Los cirujanos jóvenes son de la era tecnológica y seguramente van a poder resolver en un futuro todo por vía video cirugia

El desarrollo de la cirugía robótica en nuestro país es muy escasa y esta vinculada fundamentalmente a la urología.

Otro avance es la utilización de endoprotesis para corregir estenosis malignas o benignas en distintos órganos digestivos, como tratamiento paliativo y o previo a una cirugia de coordinación.

Debemos reconocer que el gran desarrollo alcanzado por la cirugia es factible no solo por lo anteriormente detallado sino gracias al desarrollo paralelo y muy importante de otras especialidades como anestesia, hemoterapia y CTI, que sin su soporte es imposible realizar muchas de las cirugías y menos aun las más las complejas.

El avance fundamentalmente se logra con el trabajo en equipo; constituido este por todos los actores que estén involucrados y comprometidos en el diagnostico y tratamiento del enfermo.

Hoy en día la profusión de conocimiento y los avances en cada tema nos llevan a organizar el trabajo por áreas temáticas. Lo cual permite profundizar en temas específicos, adquirir mayor experiencia, elaborar protocolos y centralizar los pacientes, lo que se ve reflejado en los resultados obtenidos (efecto centro y efecto volumen).

Los avances en los tratamientos oncológicos han permitido transforman pacientes, antes considerados terminales en pacientes portadores de una patología crónica con la cual se convive durante años.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Se paso del posgrado libre, a la residencia quirúrgica como único sistema para lograr la especialización en cirugia.

Comenzando con una residencia de 3 años, luego de reuniones de consenso entre las clínicas quirúrgicas y de arduas negociaciones de implementación se logra prolongarla primero a 4 años y finalmente a 5 años; lo que permite una formación mas adecuada.

La incorporación de cursos de metodología es un recurso fundamental frente a la profusión de trabajos científicos y la oferta de innovaciones.

Los mismos deben manejarse con criterios de selección, y donde lo último no siempre es lo mejor.

En la formación cuenta también la educación medica continua: cursos

organizados con el aval de la escuela de graduados, congresos, las reuniones semanales en la Sociedad de Cirugía del Uruguay con presentación y discusión de trabajos científicos. Así las jornadas y el congreso anual organizados por la sociedad.

En recursos humanos un cambio no menor, es la feminización de la medicina; como consecuencia lógica la incorporación de la mujer a la cirugia.

Si bien en las primeras etapas hubo resistencias, actualmente la mayoría de los pacientes no hacen cuestión al sexo a la hora de la selección del técnico, sino a su experiencia y al vínculo que pueda generar.

Desde el punto de vista técnico los resultados quirúrgicos son similares en ambos sexos.

SIMULACIÓN EN CIRUGIA.

Hasta no hace mucho la practica quirúrgica se desarrollaba directamente con el paciente; primero observando, luego ayudando y finalmente haciendo.

Excepción de ellos eran las prácticas en el Departamento Básico de Cirugia.

Desde la incorporación de la cirugia laparoscopica se han implementado laboratorios de simulación, unos muy rudimentarios digamos caseros y otros muy sofisticados.

Hoy se dictan cursos de entrenamiento en simuladores en el país y en el extranjero, permitiendo adquirir las habilidades en el manejo del instrumental, en la disección, resecciones y suturas.

Los equipos mas sofisticados permiten realizar la totalidad de la cirugía, con las complicaciones y el entrenamiento en su solución.

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE:

Cambios no menos importantes son los vinculados a la relación medico paciente.

Hemos pasado de un paciente y una familia pasiva a la se le explicaba someramente la necesidad de una cirugia y poco o nada de su enfermedad; donde el paciente salía del consultorio y algún familiar era el que se interiorizaba de la real magnitud de la enfermedad y su pronóstico.

Actualmente la situación es inversa, el paciente concurre a la consulta solo y muchas veces nos vemos enfrentados a situaciones complejas con etapas evolucionadas donde es imprescindible el apoyo familiar.

Hoy en día es imprescindible contar el consentimiento informado para la realización de cualquier procedimiento invasivo

Se pasó del "Dr. estoy en sus manos", o "Dr. haga lo que pueda", a una medicina con exigencias de medios y de resultados.

Esto nos obliga a un diálogo franco con el paciente y en cierta forma de hacerlo partícipe activamente de su tratamiento dándole a conocer las ventajas y desventajas del mismo, los riesgos y los beneficios a los que se expone; y darles nuestro consejo al respecto.

Cada vez más debemos transitar por ese camino, por los derechos del enfermo a estar correctamente informado y por nosotros mismos frente a una medicina judicializada.

Pero también debemos ser firmes en nuestras convicciones, actuando con honestidad, con la verdad basada en nuestra información y formación; hecho este muy valorado por los pacientes.

Medios de comunicación:

El desarrollo informático juega un rol muy importante en la divulgación y democratización del conocimiento, tanto para el equipo médico como para la población.

Muchos de los pacientes cuando llegan a la consulta, ya han pasado por una consulta virtual; ello puede facilitar la consulta en general, pero la falta de selección de lo que se publica y las dificultades de comprensión para alguien que no esta en el tema otras veces genera sus dificultades.

La divulgación en los medios de temas médicos es muy importante sobre todo frente a patologías que cuentan con posibilidades de prevención y de diagnostico precoz: ejemplos de ellas en cirugia son cáncer de mama, colon y la patología vascular.

Las telecomunicaciones son una excelente herramienta que nos permiten interconsultas al instante con la posibilidad de enviar imágenes, tanto a nivel nacional como internacional.

La historia electrónica tiene la gran ventaja de la letra legible, su accesibilidad; la visualización de paraclínica e interconsultas.

En un medio en que la consulta medica no privada estipula 10 m por paciente, es tiempo extra que se le resta al dialogo e interpone una barrera física entre el binomio.

Esta lucha contra el tiempo lleva a historias clínicas incompletas con sus connotaciones medico legales.

REFLEXIONES

Ante esta profusión de cambios caben algunas reflexiones:

Lo primero es el paciente, su diagnostico correcto y el tratamiento seleccionado para cada uno.

Que siempre es y será fundamental una excelente relación médico- paciente basada en el dialogo y el respeto mutuo.

Se debe rescatar la importancia de la clínica como pilar diagnostico con una semiología exhaustiva y una correcta interpretación de los hallazgos.

Utilizar los avances tecnológicos con criterio, porque los recursos son limitados.

La incorporación de las nuevas tecnologías, y técnicas quirúrgicas deben estar avaladas por protocolos de diagnóstico y terapéuticos optimizando los recursos.

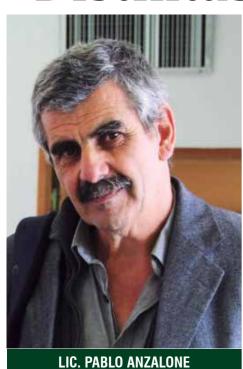
Fomentar el trabajo en equipos multidisciplinarios.

Educar a la población para realizar controles preventivos y de detección precoz de las enfermedades.

Habernos tocado vivir estos cambios es un privilegio de nuestras generaciones, no solo por los desafíos que generó al tener que adaptarnos e incorporar estos avances; sino porque hemos visto los efectos netamente favorables para nuestros pacientes en cuanto a morbilidad, mortalidad y sobrevida con buena calidad de vida que es lo más importante para el enfermo, su familia y para el equipo asistencial.

Saludamos calurosamente los 23 años de vida de EL DIARIO MEDICO, a su director Elbio Alvarez y al equipo que lo hace posible. Sostener una publicación mensual durante tantos años no es tarea fácil pero queremos decirles que ha sido muy fructífera. La salud de los uruguayos y uruguayas necesita de informaciones, reflexiones, debates, análisis, comunicación. En todos esos campos aporta EL DIARIO MEDICO.

Distintas miradas al futuro de la salud



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

Avanzar sobre lo construido en materia de salud en los últimos 15 años, requiere claridad en el rumbo y en las propuestas. No alcanza con enunciados genéricos, hay aspectos fundamentales que deben abordarse explícitamente. Trataremos de desarrollar algunos de ellos tomando argumentos que forman parte de un análisis que realizamos recientemente sobre las diferentes propuestas en salud de cara al balotaje (https://cuadernosdeltaller.com/2019/11/09/los-coaligados-y-la-salud-por-miguel-fernandez-galeano-y-pablo-anzalone/)

Una de esas cuestiones es el gasto en salud, cuyo punto central es la importancia del gasto público, tanto en lo que refiere a los fondos mancomunados en el FONASA como al incremento sustantivo del presupuesto de ASSE. En ambos casos hay aportes de rentas generales que impactan sobre el espacio fiscal y sobre los cuales resulta definitoria la voluntad política de garantizar el derecho a una salud de calidad para toda la población.

El gasto público en salud es decisivo para definir la equidad, calidad y sostenibilidad de los sistemas de salud. El compromiso con ese gasto público debe ser explícito en cualquier propuesta de avance y no puede estar sujeto a recortes significativos en aras de reducir el déficit fiscal. Si achicar el déficit fiscal pasa a ser la gran prioridad y el mecanismo elegido es el ajuste, las consecuencias serán recesivas para la economía y afectarán a grandes sectores de la sociedad. En particular la salud tendrá graves dificultades para sostener los logros y continuar avanzando.

Se habla de gastar meior v eso sin duda puede ser compartido por todo el mundo. Pero vale la pena preguntarse :

¿Es gastar mal el Hospital de Ojos, el Maciel, el de Tacuarembó, el Pereira, el INCA, la Emergencia del Pasteur, la red en todo el país, la incorporación de equipamientos de alto porte.?

¿Es gastar mal asegurar el pago de las cápitas a prestadores privados y público, implementar el pago por cumplimiento de metas asistenciales, o asegurar la mejora de la infraestructura sanitaria a través de la sobre cuota de inversión en el sector privado?

¿Es gastar mal, un completo plan universal de beneficios con la incorporación de medicación de alto costo como existe en pocos países del mundo?

¿Es gastar mal, tener las tasas de mortalidad infantil y materna más bajas de la historia y las menores en toda Latinoamérica?.

Podemos seguir en una larga lista de inversiones que cambiaron radicalmente la atención a la salud. Cabe destacar el alineamiento del SNIS con las mejores prácticas internacionales de salud pública. Está claro que si no continúan las inversiones el sector decaerá y los avances logrados se detendrán o retrocederán.

El SNIS levanta un Plan Integral de Prestaciones y la atención de salud como un derecho y no una mercancía. No incluye en sus principios la canasta mínima de prestaciones y el subsidio a la demanda. Son concepciones contrapuestas. Mientras una hace cuestión de la integralidad de las prestaciones obligatorias, en la idea de canasta mínima está el enorme riesgo de convertirla en un paquete básico, como ya se vio en otras experiencias. En esos procesos las prestaciones mínimas son garantizadas, pero todo el resto de las prestaciones integrales depende de los recursos económicos de cada persona, con una enorme desigualdad en el acceso y en los resultados sanitarios.

La idea del subsidio a la demanda reduce la salud a un problema de oferta y demanda, tiene implícita las relaciones de mercado y niega la condición fundamental del Seguro de Salud de brindar aseguramiento y cobertura a través de un Fondo Público Común. Claro que existe v debe existir siempre un aporte del Estado a esa financiación, y por eso los cuestionamientos al "déficit Fonasa" se equivocan en el enfoque. Son decisiones políticas de invertir en la salud de la

Ampliar la integralidad de la atención de salud es uno de los ejes principales. Mirando hacia el próximo período no puede omitirse la necesidad de avanzar en materia de salud bucal. Es un problema de salud pública, donde el acceso a la atención adecuada está fuertemente condicionado por el poder adquisitivo de las personas. Apoyados en las experiencias del Programa de Salud Bucal, la atención integral a participantes de programas sociales, la atención que se brinda hoy desde los efectores de salud, es preciso incluir la atención integral de salud bucal en las prestaciones obligatorias del SNIS.

La salud mental en sus distintas proble-

de centros de primer nivel de atención máticas requiere una priorización clara en el próximo período, que pasa por la implementación de la lev 19.529. No es posible desconocer este paso legislativo que surgió de una movilización amplia de diferentes colectivos. Aprobar un Plan Nacional de Salud Mental y desarrollar una Hoja de Ruta para su implementación es una responsabilidad compleja e ineludible.

La salud visual dió un gran salto en calidad con la atención en el Hospital de Ojos y los programas que permitieron atender a 700 mil personas, realizar más de 94 mil cirugías, asegurando un derecho postergado hasta ese momento. Mantener estos logros, darles continuidad, es un elemento clave desde el punto de vista sanitario y social, porque son los sectores de menos recursos los beneficiados.

La principal causa de enfermedad y muerte en el país son las Enfermedades No Transmisibles como cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, diabetes. Su abordaje integral pasa por un conjunto de políticas que enfatizan la prevención y promoción, como la implementada exitosamente contra el tabaquismo. En esa dirección es relevante llevar adelante un Plan Nacional de Alimentación y profundizar las acciones para reducción del sedentarismo. Las perspectivas demográficas y epidemiológicas del país y sus consecuencias para las políticas de salud exigen una visión de largo plazo. Pasan por la definición de prioridades sanitarias y planes específicos a través de Objetivos Sanitarios Nacionales. El envejecimiento saludable es un enorme desafío para nuestra sociedad y un elemento clave para la salud, incluyendo en ello la sustentabilidad de los servicios de salud. Prevenir la dependencia es posible y ello requiere acciones y dispositivos articulados entre el sistema de salud y el sistema de cuidados, con una perspectiva descentralizada y comunitaria. La creación del Sistema Nacional de Cuidados ha sido un gran paso inicial y es fundamental su continuidad pero el SNIS en su conjunto, tanto sus efectores públicos como privados, es un protagonista de primera línea de esa estrategia de salud y cuidados. Las alianzas con el entramado comunitario a nivel local, con los gobiernos locales, son imprescindibles para un accionar efectivo y eficiente. Todo lo que el país no invierta en esta materia, lo pagará luego en mayores costos de la atención de salud y en peores resultados sanitarios y de calidad de vida.

Un nudo crítico es para el SNIS es el aumento de la capacidad de resolver problemas en el primer nivel de atención. Ello implica equipos adecuados y mucha formación contínua de los mismos. Equipos de salud insertos en sus comunidades, que fomenten su participación activa, con adecuada planificación local. Disminuir tiempos de espera v dificultades para acceder a especialistas o realizar interconsultas en forma ágil



pasa por utilizar las nuevas posibilidades que brinda la tecnología, por promover una distribución geográfica adecuada del personal y por una descentralización territorial de la red de servicios. También la complementación interinstitucional es una herramienta importante para resolver carencias y brindar mejores servicios. El país se apresta a la universalización de la Historia Clínica Nacional en marzo de 2020 y existen múltiples emprendimientos como telemedicina y tele clínicas que permiten acercar la medicina de calidad a lo largo y lo ancho del país. La mayor resolutividad requiere articular todos estos planos de la labor, asumir compromisos entre los distintos actores y fijar metas concretas.

Debemos cuidar la accesibilidad de las personas a medicación y tratamientos ambulatorios. La reducción progresiva de los precios de tickets de medicamentos y tratamientos que se ha venido implementando, merece continuarse. El aumento del pago de bolsillo por parte de los usuarios debe evitarse, porque las experiencias de los años 90 muestran que dicho incremento fue un obstáculo para la atención oportuna y la continuidad asistencial.

La atención de urgencia y emergencia tuvo un gran avance con la ley 19.535, que asegura a todos los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que pueda atenderse, en casos de urgencia en el centro de salud más próximo independientemente de la cobertura de salud que tenga. Su implementación es reciente y exitosa, habrá que hacer un seguimiento para evitar el surgimiento de dificultades, y complementarla con nuevas medidas que vayan en el sentido de la rapidez y eficiencia de las respuestas.

Hacia el próximo período será importante desarrollar adecuadamente los Centros de Referencia, de forma de garantizar la calidad y la seguridad

viene de pág. 6

del paciente para los procedimientos y tratamientos de enfermedades poco frecuentes. De esta forma se favorerá la adecuada formación profesional y la obtención de mejores resultados.

Los derechos de los usuarios deben ser una preocupación permanente para el SNIS y ello implica su participación en la definición de prioridades, planes y objetivos, y un rol importante en la transparencia en las instituciones y el sistema.

Ninguna de estas transformaciones es

posible sin fortalecer el rol de rectoría del MSP y su capacidad de regulación del SNIS. Hay instrumentos claves para ello como los contratos de gestión, las metas asistenciales, los Objetivos Sanitarios Nacionales, los programas y guías clínicas, el fortalecimiento de los equipos técnicos del MSP. Consolidar el Sistema es fortalecer sus organismos territoriales, darles más relevancia y capacidad de acción sobre los problemas priorizados.

En las propuestas para el próximo período no puede omitirse un Plan Estratégico de Personal para el SNIS que incluya la cantidad y calidad de técnicos a formar, promover una buena distribución geográfica y revertir la falta de licenciadas en enfermería y otros perfiles técnicos. Es preciso adecuar los regímenes laborales a los requerimientos de trabajo en equipo, interdisciplina, formación continua, en un sector fuertemente feminizado. La mirada de género es imprescindible. No puede dejar de hablarse del multiempleo, ni de la salud de los trabajadores de la salud.

Uruguay debe definir una hoja de ruta para completar el Seguro Nacional de Salud integrando progresivamente a toda la población en el Fonasa. Los jóvenes hasta los 23 años son una población a integrar en los primeros pasos del próximo período.

Sobre estas cuestiones no pueden haber omisiones o medias tintas. Su subestimación solo puede abrir incertidumbres y retrocesos. La claridad en la estrategia y en el camino de implementación, construidas en consulta con los actores involucrados, es imprescindible para un nuevo impulso a las transformaciones de la salud.

23 años junto a los médicos del país

Con este número EL DIARIO MÉDICO está cumpliendo 23 años de aparición continua para acercar a los médicos del país las informaciones más relevantes de cuanto ocurre en el ancho campo de la Salud.

Han sido una trayectoria plena de goces y de disgustos, acompañando los avances registrados en materia de organización de servicios y de derechos que atañen tanto a los médicos como a los pacientes y usuarios de servicios de salud.

En sus páginas han encontrado eco todas las organizaciones profesionales que se han acercado buscando comunicar algo que consideraban de interés general. Y lo ha hecho con amplitud, con generosidad, sin escatimar esfuerzos para llegar cada mes a sus miles de lectores, que de generación en generación se han ido renovando.

Esta empresa familiar, sin fines de lucro, tiene como único propósito la difusión de noticias que permitan estar actualizado al médico en aspectos indispensables para estar al día con su actividad. El equipo que lo hace salir en cada oportunidad, no escatima en esfuerzo para renovarse en cada número, más allá de sus estados de salud o de las circunstancias económicas, generalmente adversas. Hay detrás una indeclinable vocación por contribuir a mantener unida la gran familia médica,

dentro y fuera de fronteras.

Por eso saludamos en este 23º aniversario al Director y al Equipo de EL DIARIO MÉDICO, porque conocemos cuanto amor y sacrificio ponen en cada edición, para que este medio de comunicación siga llegando a Ustedes, nuestros amables lectores. ¡¡¡Salud y FELICIDADES!!!

Antonio L. Turnes

Saludo del Dr. Uruguay Russi En este nuevo aniversario redoblamos el honor y compromiso de apoyar esta pu-

En este nuevo aniversario redoblamos el honor y compromiso de apoyar esta publicación, instrumento imprescindible de comunicación entre los equipos de salud. En momentos tan especiales donde estan en juego valores y códigos de respeto democrático, tener este órgano plural, independiente, comprometido, ético, es muy importante.

Por muchos años mas II

ENCUENTRO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Vázquez: "La esencia de la juventud es la rebeldía, el deseo profundo de que exista justicia social en toda su extensión"

El presidente Tabaré Vázquez y el Consejo de Ministros recibió a una delegación de diez niños y adolescentes del INAU. En la oportunidad, dijo que los jóvenes deben controlar la gestión del actual Gobierno y que si no se cumplen los compromisos, tienen derecho de salir a protestar. "La esencia de la juventud es la rebeldía, el deseo profundo de que exista justicia social en toda su extensión", subrayó.

NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL CONSEJO DE MINISTROS

El Consejo de Ministros, encabezado por el presidente, Tabaré Vázquez, recibió, este lunes 11 en la Torre Ejecutiva, a una delegación de diez niños y adolescentes vinculados a los programas del Instituto del Niño y Adolescente (INAU) del Uruguay, a efectos de considerar la ley n.º 19785, su decreto reglamentario y los cometidos del Consejo Asesor y Consultivo del Directorio de ese organismo, integrado por 19 jóvenes de todo el país.

"En el Consejo de Ministros se consideró que había posiciones jurídicas que establecían que la ley y el reglamento ya estaban y que no era necesaria una nueva reglamentación. Sin embargo, para reforzar la posición que ustedes tienen, resolvimos por unanimidad que vamos hacer un reglamento de la ley, a efectos



de reforzar los planteos que nos hacen", expresó Vázquez ante el gabinete ministerial y los niños presentes, sentados en la propia mesa del Consejo en el piso 11.

La actividad se suma a la agenda que el INAU impulsó este año para celebrar los 30 años de la Convención de los Derechos del Niño, en la que priorizó la participación de niños y adolescentes.

Quiero pedirles que no nos saquen los ojos der encima y si no cumplimos lo que prometemos, salgan a protestar "Quiero pedirles que, más allá de la reunión y por lo que queda de este período de gobierno, no nos saquen los ojos de encima y, si no cumplimos lo que nos comprometemos a hacer, salgan a protestar. La esencia de la juventud es la rebeldía, el deseo profundo de que exista justicia social en toda su extensión, que no haya discriminación, que las políticas sean inclusivas, que se contemple a toda la población, como debe ser", subrayó el mandatario. Que esta reunión no sea

pour la galerie, para quedar bien

"Si no cumplimos con eso, hagan una crítica muy severa de este Gobierno, pero sígannos de cerca, que esta reunión no sea pour la galerie, para quedar bien, sino que realmente sea un paso trascendental para defender los derechos que tienen, que deben ser absolutamente respetados e inviolables. ¿Por qué? Porque si en el contexto de los derechos humanos no se contempla uno solo de ellos, el contexto en general cae", remarcó Tabaré Vázquez.

Por su parte, la ministra de Desarrollo Social, Marina Arismendi, remarcó que la promoción de la participación, la forma de sesionar, la integración, la duración del mandato y el carácter de cargo son elementos que estuvieron contemplados en la ley y que están en la reglamentación que hará el Consejo de Ministros.

Además, informó que, a petición del presidente Vázquez, el Consejo de Ministros autorizó a que el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay utilice la transmisión simultánea de radio y televisión para este miércoles 20, para informar sobre los 30 años de la Convención de los Derechos del Niño. Asimismo, asumió el compromiso de realizar una nueva reglamentación del funcionamiento del Consejo Asesor y Consultivo del Directorio.

97º Aniversario del Hospital Pasteur

y equipamiento en beneficio de 200.000 usuarios de región este de Montevideo

Cada año el Hospital Pasteur realiza más de 5.000 cirugías y recibe 50.000 consultas en asistencia externa y 54.000 de emergencia. Allí se atienden más de 200.000 personas de la región este de Montevideo. En los últimos años se invirtieron 25 millones de pesos en infraestructura y 10 millones en equipamiento. Cuenta con nueva emergencia, área de atención cardiológica, despacho de medicamentos y equipos de última generación.

El ministro de Salud Pública, Jorge Basso, y el presidente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Marcos Carámbula, presidieron el acto de celebración del 97.º aniversario del Hospital Pasteur, el miércoles 13 en la Torre de las Telecomunicaciones. También asistió el director del centro, Federico Martiarena.

EMERGENCIA TOTALMENTE CONSTRUIDA A NUEVO

Uno de los grandes avances que señalaron los jerarcas fue la emergencia, que se mudó y fue construida totalmente a nuevo. El antiguo espacio de ese servicio se destinó a la instalación de un laboratorio de ecocardiografía, al área de atención cardiológica, a la unidad de heridas y al nuevo despacho de farmacias para una mejor dispensación de medicamen-

Transformó su infraestructura tos, obras que están en proceso. De esta forma, se reducen los tiempos de espera, con más ventanillas y mejores condiciones de almacenamiento, aseguraron los funcionarios.

COMPRAS PARA MEJORAR EL EQUIPAMIENTO DEL BLOCK QUIRÚRGICO

Entre las adquisiciones, se destaca la compra de un tomógrafo, dos electrocardiógrafos, un cardiodesfibrilador, un espirómetro y dos carros de anestesia para mejorar las condiciones del block quirúrgico. Además hay un nuevo plan de renovación del equipamiento para atender la vida útil de los materiales. En este último tiempo, se invirtieron 25 millones de pesos en infraestructura y 10 millones de pesos en equipamiento.

En el hospital se atienden 200.000 usuarios, se realizan más de 5.000 cirugías por año, se atienden 50.000 consultas en asistencia externa y 54.000 en emergencia.

SE RECIBEN PACIENTES DE TODO EL ESTE DEL PAÍS

Allí no solo se reciben pacientes de su zona de influencia, sino también del este del país.

En el centro trabajan unos 2.800 funcionarios, entre públicos y contratados por empresas tercerizadas. Se aguarda que a fin de año el 70 % haya realizado algún tipo de capacitación. Asimismo, se avanza en la destercerización de los camilleros.







El Directorio y la Gerencia General de ASSE, hacen llegar su más cálido y afectuoso saludo a la Dirección y Equipo de trabajo de El Diario Médico en su 23º aniversario. Desde su fundación ha cumplido un rol trascendente informando con objetividad y aportando una mirada constructiva sobre uno de los temas más sensibles para toda la sociedad uruguaya como es la Salud.

Desde ASSE aprovechamos la oportunidad para agradecer al Diario Médico por haber reflejado en sus páginas los decisivos avances que ha tenido la Salud Pública en los últimos años.

Fraternal abrazo



Quedó inaugurada la nueva Emergencia de la Maternidad más grande del país en el Hospital Pereira Rossell

El jueves 7 de noviembre, quedó inaugurada la nueva Emergencia del Hospital de la Mujer del Centro Pereira Rossell. Es importante recordar que se trata de un Servicio de Referencia Nacional para la Atención Gineco-Obstétrica de Usuarias de toda la Red Asistencial de ASSE.

"EL LETRISTA HACE TIEMPO QUE SE VIENE ACORDANDO DE LAS MADRES DEL PEREIRA"

En la oportunidad, el Presidente del organismo, Dr. Marcos Carámbula, señaló que "el letrista hace tiempo que se viene acordando de las madres del Pereira" y que "el descenso récord en la tasa de mortalidad infantil y materna no son una casualidad".

UN ENORME ORGULLO POR VER QUE LAS MADRES DEL PEREIRA TIENEN UN LUGAR DIGNO DONDE ATENDERSE

Carámbula resaltó que se trata de la Maternidad más grande del país, e hizo hincapié en las modernas instalaciones y dotación de equipamiento: "realmente sentimos un enorme orgullo" y "las madres del Pereira tienen un lugar muy digno para atenderse".

LOGROS QUE NO SON CASUALIDAD





DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

El jerarca destacó además, el descenso de la mortalidad infantil, el abatimiento de la muerte materna y la disminución del embarazo adolescente; logros que "no son casualidad", sino que por el contrario, es el fruto de las políticas de salud llevadas adelante, tanto en materia de infraestructura, "con una planta física de primer nivel en el país" y equipamiento de última generación, como del compromiso del personal de salud multidisciplinario.

DRA. LAFLUF- ALEGRÍA POR ESTE NUEVO HITO DENTRO DEL PLAN DE GESTIÓN TRAZADO

Por su parte, la Directora General del Centro Hospitalario, Dra. Victoria Lafluf, manifestó su alegría por "este nuevo hito dentro del plan de gestión que nos hemos trazado", y destacó que es un Servicio de Referencia Nacional para la Atención Gineco-Obstétrica de Usuarias de toda la Red Asistencial de ASSE.

Agregó que se viene trabajando fuertemente en "mejorar la experiencia de los usuarios", incluyendo en sala de espera wifi, a través de un acuerdo con Antel, computadora de escritorio, cargadores de celulares, dispensadores de bebidas, entre otras cosas que permitan brindar un mayor confort, como lo es también la



introducción de colores alegres.

JUEGOS INCLUSIVOS Y ESPACIOS LÚDICOS

Asimismo, manifestó que se viene trabajando en espacios lúdicos, tanto interiores como exteriores. En ese sentido, dijo que días atrás, con el apoyo de la Fundación Pérez Scremini, se habilitaron juegos inclusivos.

Cabe destacar que participaron del evento, el Ministro de Salud y otras autoridades de la Cartera, el Representante de OPS/OMS en Uruguay, integrantes del Directorio de ASSE y Gerencias, las Directoras de los Hospitales de la Mujer y Pediátrico del Pereira Rossell, jefes de servicios y equipos de salud.





PREVENCIÓN

Gobierno avanza en estrategia de fortalecimiento de prácticas de alimentación saludable y actividad física

Autoridades sanitarias y educativas repasaron el trabajo realizado respecto a la promoción de hábitos saludables para revertir índices de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes y evitar enfermedades no transmisibles. Para ello, presentaron una estrategia de fortalecimiento de la alimentación saludable y la actividad física en entornos educativos, como medio para una transformación cultural.

ALIMENTANDO CONQUISTAS

La comisión de seguimiento de la ley n.º 19140, sobre alimentación saludable en centros educativos, realizó una jornada denominada "Alimentando conquistas", con el objetivo de difundir avances sobre la implementación de la normativa en los diferentes subsistemas, reflexionar sobre el proceso de implementación y presentar la estrategia de fortalecimiento de prácticas de alimentación saludable y actividad física en entornos educativos.

Esta estrategia, acordada entre instituciones educativas y sanitarias con el apoyo de Unicef y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluye siete puntos vinculados a la capacitación de la comunidad educativa en la Guía alimentaria para la población uruguaya, la Guía de la actividad física y la ley antes citada, y la incorporación de ambas guías a los planes de estudio.

Por otro lado, promueve el cultivo de alimentos, la cocina en el centro educativo, la oferta de alimentos saludables, los entornos físicamente activos y la disminución del sedentarismo.

MEJORAR HÁBITOS ALIMENTARIOS DE TODA LA **SOCIEDAD**

El ministro de Salud Pública, Jorge Basso, dijo que la prevención de enfermedades no transmisibles requiere mejorar hábitos alimentarios de toda la sociedad, con prioridad en las nuevas generaciones. "Esto implica un trabajo serio y profesional de todo el sistema educativo, para que las cantinas y lugares de ventas de alimentos ofrezcan alimentos saludables", indicó.

Repasó las características de la normativa vigente y auguró que cuando se implemente el etiquetado frontal de alimentos se facilitará la transformación. Dijo que, pese a que la ley no prevé sanciones, se podría disponer la fiscalización a través de una normativa las políticas sanitarias y educativas, el sociedades modernas", añadió.



complementaria. De todas formas, valoró que la mejor manera de revertir estos comportamientos es a través del autocontrol de las personas.

Además, señaló como prioritario el relevamiento en los centros de todo el país y el compromiso de las autoridades de los centros. También destacó labor de las nutricionistas del ministerio y del Consejo de Educación Inicial y Primaria.

A la importancia de transversal izar

ministro sumó una mención al rol de la Secretaría Nacional del Deporte, así como al de las intendencias y municipios, que aportan equipamiento y espacios para la promoción de la actividad física. Se refirió a las plazas de deportes y los más de 500 gimnasios al aire libre desplegados en todo el país. "Las encuestas demuestran que hay una actitud más activa en la población, superando la tendencia al sedentarismo, típico de las

Red Atención Primaria de Flores incorporó nueva ambulancia a su flota

La Red de Atención Primaria (RAP) de Flores, recibió el martes 5 de noviembre, una ambulancia 0 kilómetro para traslados comunes, que estará al servicio de todos los usuarios del departamento. Es el tercer móvil que recibe esta Red desde su creación en 2010, además de contar con una camioneta, en acuerdo con el Ministerio de Salud, que se utiliza especialmente en el medio rural.

Así lo explicó la Directora de la RAP, Lic. Sara Suárez, quien expresó que se trata de "un día muy importante", ya que "desde la creación en 2010 de la Red de Atención Primaria, es el tercer vehículo

0 km que recibimos".

En ese sentido, detalló que "en 2014 nos entregaron el primer móvil, que fue recambiado hace poco más de un año, y ahora recibimos esta tercera ambulan-





cia", que es relevante porque "cubrimos todos los traslados dentro del departamento, desde la zona rural a Trinidad; y también hacia otros lugares del país, apoyando al Segundo Nivel de Atención, el Hospital "Dr. Edison Camacho", con vehículos, choferes y horas de retén".

UNA CAMIONETA DESTINADA AL **MEDIO RURAL**

Agregó que "también contamos con una camioneta, en convenio con el Ministerio de Salud, destinada especialmente a Salud Rural". Con la misma,

"hacemos todo el trabajo de promoción v prevención: las rondas, programa Aduana, visitas domiciliarias, traslado de usuarios a consultas y realización de estudios y las altas del medio rural".

Subravó que esta nueva ambulancia "nos da muy buena movilidad y nos permite brindar un muy buen servicio en el departamento. Para nosotros es un crecimiento muy grande", afirmó; al tiempo que informó que la anterior ambulancia cubrirá la demanda de la localidad de Ismael Cortinas, ubicada a sesenta kilómetros de la capital departamental.

Nuevo Tomógrafo en Hospital de Minas mejora calidad de atención para usuarios de la Región Este

El Hospital de Minas, "Dr. Alfredo Vidal y Fuentes", inauguró el jueves 31 de octubre, su nuevo Tomógrafo, que permitirá duplicar la cantidad de estudios llegando a los 700 mensuales, cubriendo la demanda de los usuarios de los departamentos del este del país.

El moderno equipo, cuenta con 16 hileras, lo que permite mayor eficiencia, eficacia y calidad, así como un menor tiempo de exposición a la radiación para los pacientes y el equipo de salud. Posibilita además la realización de Angiografía de Tórax y tener demanda cero.

CARÁMBULA ANUNCIÓ QUE EL HOSPITAL CONTARÁ CON NUEVO BLOCK QUIRÚRGIC

Por otra parte, el Dr. Marcos Carámbula, anunció que el Hospital contará con nuevo Block Quirúrgico, que tendrá una inversión de 90 millones de pesos, aportados por la Comunidad y ASSE. La idea es que "la Salud Pública, que presta asistencia a la mitad de los uruguayos (...), brinde la mejor calidad de atención", afirmó el Presidente de ASSE.

EQUIPAMIENTO QUE ATIENDE A USUARIOS DE LAVALLEJA, MALDONADO, ROCHA, TREINTA Y TRES Y CERRO LARGO

El jerarca destacó las bondades del nuevo equipamiento, que atiende mediante convenio de complementación a usuarios de los departamentos de Lavalleja, Maldonado, Rocha, Treinta y Tres y Cerro Largo, y que apuntala el Servicio de Imagenología del Hospital, que realiza unos 2.400 estudios mensuales, con "un equipo técnico muy solvente".

ASSE-10 TOMÓGRAFOS; 5 EN MONTEVIDEO Y 5 EN EL INTERIOR

El Dr. Marcos Carámbula, resaltó que existen 10 tomógrafos en la Red de ASSE, de los cuales cinco se localizan en Montevideo y los restantes en el Interior del país. De hecho, recientemente fueron renovados por equipos de última generación, los pertenecientes a los Hospitales de Fray Bentos y Flores.

Por otra parte, el Presidente de ASSE

anunció que el Hospital contará con un nuevo Block Quirúrgico, que también tendrá visión regional, y que supondrá una inversión de 90 millones de pesos, aportados por la Comunidad a través del festival "Minas y Abril" y otras organizaciones y de ASSE.

LA IDEA ES QUE ASSE LE BRINDE A SUS 1.400.000USUARIOS (500 MIL DEL FONASA), LA MEJOR CALIDAD DE ATENCIÓN

En ese sentido, subrayó que la idea es que "la Salud Pública, que presta asistencia a la mitad de los uruguayos -con 1.400.00 usuarios, 500 mil a través del Fonasa- brinde la mejor calidad de atención", dijo.

En tanto, la Directora del Hospital, Dra. Carmen Estela, comentó que el tomógrafo con el que se contaba hasta el momento, databa del año 2011 y tenía dos hileras, destacando la sustantiva mejora que implica tener ahora un equipo con 16 hileras, porque "significa eficiencia, eficacia y calidad superior a la que teníamos".



Estela agregó que además de los Hospitales de la Región Este, se ha comenzado a atender la demanda de otros departamentos, y que el propósito es que se "puedan ir sumando" otros hospitales.

La moderna tecnología del nuevo tomógrafo, indicó que permitirá duplicar los estudios, además de disminuir el tiempo de exposición a la radiación tanto de los pacientes como del equipo

de salud.

Asimismo, posibilitará la realización de angiografía de tórax y tener demanda cero. El equipo funciona los 365 días del año, para urgencias, emergencias y tomografías coordinadas, y evita así el traslado de pacientes a prestadores privados. "Se lo debemos al Sistema Nacional Integrado de Salud y a ASSE", expresó la Directora.









UDELAR: Carrera completa de Medicina en el norte del país

El Consejo de Facultad de Medicina de la UDELAR, aprobó la realización de la carrera completa de Medicina en la región norte del país.

FEMI celebra este logro histórico el cual permitirá que estudiantes del Interior tengan una mayor accesibilidad de cursar la carrera , favoreciéndose además la radicación de profesionales de la salud en territorio

Felicitamos y destacamos el esfuerzo y compromiso de docentes de Salto, Paysandú contando con el apoyo del CENUR Litoral Norte y de la Facultad de Medicina en este tan anhelado proyecto.









TRANSFORMAR OPORTUNIDADES EN REALIDADES 23 años de siembra, cosechando 23 años de periodismo serio y veraz

Con enorme alegría compartimos el aniversario del Diario Médico.

El Comité Ejecutivo de FEMI saluda y felicita al Director del El Diario Médico Prof. Elbio Alvarez, por su importante publicación que llega a todo el colectivo médico del país, con un estilo de comunicación crítico, veraz y objetivo.

Resaltamos que se adecuó a las nuevas formas de comunicación, se aggiornó sin perder su impronta, del clásico papel a la era digital, pero siempre con un común denominador, estar al servicio de los médicos.

Informar, formar, permitir reflexionar, promocionar valores, son los atributos claves que todo medio de comunicación debe poseer y El Diario Médico los tiene y está siempre presente en los acontecimientos y propuestas de la realidad sanitaria de nuestro país.

De puertas abiertas, compartiendo nuestros eventos, difundiendo las actividades desarrolladas a lo largo y ancho del interior.

Espacio amigable que nos permitió expresar nuestra posición sea cual fuera, a veces crítica, otras conciliadora pero con el compromiso gremial de siempre.

Por todo ello, celebramos con alegría y auguramos a El Diario Médico y su equipo de comunicación, que continúen por el camino de los éxitos.

Comité Ejecutivo de FEMI





Sábado 16 y Domingo 17 de Noviembre.

Avanzado para Médicos

16 y 17 de Noviembre. Horario: 08:00 a 18:00 Hrs.

Cupos: 45 personas Costo: \$1.200

Básico Ampliado para Enfermería

16 de Noviembre: 1er Grupo 17 de Noviembre: 2do Grupo Horario: 08:00 a 14:30 Hrs. Cupos: 40 personas por grupo

LUGAR: Salón de Relaciones Públicas CTM, Salto Grande

Costo: \$600

INSCRIPCIONES

comiteemc@centromedico.com.uy / Teléfono: 473 31000 - 235











PRIMERA INFANCIA

Estado fortaleció cuidado y educación de niños con centros en barrio Tres Ombúes

que los niños del barrio Tres Ombúes de Montevideo puedan realizar toda su trayectoria educativa en la zona", dijo Julio Bango. Este jueves se inauguró una casa comunitaria de cuidados, que se sumó al CAIF Malala, abierto el año pasado, y al jardín de infantes que funciona en la escuela. También se edificará una UTU. En el barrio hay clubes de niños y de jóvenes que pertenecen al INAU.

SERVICIO "SONRISAS"

El Sistema de Cuidados inauguró, el jueves 7, en el barrio Tres Ombúes de Montevideo, una casa comunitaria, la tercera de la zona. Este servicio, denominado Sonrisas, está en la calle Miguel Coppetti entre Groenlandia y Alagoas. El lugar funciona entre las 08:00 y las 17:00 horas y atiende a 13 niños, cinco de ellos menores de un año.

"Las casas comunitarias son servicios para la primera infancia donde la oferta existente no cubre las necesidades de todas las familias", explicó el secretario de Cuidados, Julio Bango. Puntualizó que esta es la decimonovena casa de

"Estas inauguraciones harán posible cuidados inaugurada, a la que se sumarán otras cuatro más antes de terminar el año.

> La concreción fue posible tras el aporte de la asociación civil Sonrisas, que cedió un local y gestiona el servicio atendido por cuatro cuidadoras egresadas del Centro de Formación y Estudios (Cenfores) del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), una asistente de centro y una auxiliar de servicio.

CENTROS QUE HACEN LA DIFERENCIA EN CALIDAD

La presidenta del INAU, Marisa Lindner, dijo que para la vida cotidiana de los niños v sus familias la apertura de centros como este es un diferencial de

Explicó que las casas comunitarias son una innovación en el marco del Sistema de Cuidados, porque fomentan la participación de la comunidad. "El proyecto configura una posibilidad que, en primer lugar, da respuesta a niños pequeños que luego pueden ir a un centro de atención a la infancia y la familia (CAIF)", señaló.



URUGUAY CON LA MAYOR COBERTURA EN EDUCACIÓN

para niños de 0 a 3 años. Valoración de madres v padres

Según destacaron las autoridades, Uruguay es el país con mayor cobertura de educación y cuidados de la región para niños de entre 0 y 3 años y, tras edificar más CAIF y centros de Atención a la primera infancia (CAPI) y casas co-

munitarias de cuidados, en 2021 habrá 86.000 niños asistidos por estos servicios estatales.

Al tomar la palabra, madres y padres residentes en el barrio manifestaron que necesitaban tiempo para trabajar, pero que también era muy importante la decisión de con quién dejar a sus hijos, por lo que valoraron esta inauguración como una oportunidad.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Día Mundial de Diabetes 2019

Mundial de la Diabetes la Cátedra de Endocrinología y Metabolismoe del Hospital de Clínicas, realizó una jornada de prevención de factores de riesgo asociados a la diabetes.

Nuevamente la Cátedra de Endocrinología y Metabolismo organizó una jornada con actividades por el Día Mundial de la Diabetes 2019. Los participantes realizaron un "circuito saludable" que constó de varias "estaciones" en las cuales se realizó: toma de peso, talla y presión arterial, cuestionario para valorar riesgo de diabetes, hemoglucotest, consejos nutricionales, oftalmológicos v de podología.

El compromiso de todos los integrantes de la cátedra se expresa en estas jornadas de integración al medio, brindándoles a nuestros usuarios instancias de evaluación e información para destacar

El jueves 14 de noviembre en el Día y la difusión de prácticas saludables.

La Diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina producida. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos

La diabetes de tipo 1 (juvenil o de inicio en la infancia), se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), la importancia de los controles médicos sed (polidipsia), hambre constante



(polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio, pudiendfo aparecer estos síntomas de forma súbita.

La diabetes de tipo 2 o de inicio en la edad adulta, se debe a la utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

La diabetes gestacional se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto ellas como sus hijos corren mayor riesgo de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro.



DESCENTRALIZACIÓN

Hemobús recoge cada día unas 80 donaciones de sangre en la región este del país

El Hemocentro de Maldonado dispone de un hemobús que recorre la región este del país en busca de donantes de sangre. Sale cuatro días por semana a distintas localidades y ciudades y recolecta en cada jornada como mínimo 70 u 80 donaciones.

El vehículo supuso –como lo informó El Diario Médico el día de su presentación hace ya unos 6 años - una inversión de 350.000 dólares, cuenta con todas las comodidades, y se acerca a las comunidades y reduce gastos y tiempo a quien tiene la voluntad de donar.

ÚNICA UNIDAD MÓVIL CON ESE FIN OUE EXISTE EN EL PAÍS

El hemobús es la única unidad móvil con este fin que existe en el país y la única con esas características en América Latina. Fue diseñada por un equipo especializado y se adquirió y acondicionó en Caxias, Brasil. Se planificó con una distribución similar a la del hemocentro, con un espacio administrativo en planta baja, mientras que en planta alta dispone de un área para atender al donante, con dos consultorios, seis sillones de donación y un espacio de recuperación.

APOYO DE LA FUNDACIÓN HEMOVIDA

El proyecto, que ya tiene seis años de funcionamiento, implicó una inversión de 350.000 dólares y fue posible gracias al apoyo de la Fundación Hemovida, en representación de la comunidad, y de la propia comunidad. El dinero se obtuvo con campañas de correcaminatas, maratones, cenas solidarias y a través de las cajas de los supermercados con la donación de la gente.

PARA DAR A TODOS SIMILARES POSIBILIDADES

"Nos parecía injusto que aquel donante que no tenía la posibilidad de acudir al hemocentro, como puede ser una persona de Melo, no tuviera un lugar donde fuera bien atendido y contara

con las comodidades como si estuviera en el hemocentro, con la misma calidad de atención. Eso lo hemos logrado con el hemobús", aseguró el director del Hemocentro de Maldonado, Jorge Curbelo.

Este ómnibus sale tres o cuatro días por semana a recorrer las distintas localidades de la región este del país. En cada jornada regresa con al menos 70 u 80 donantes.

AHORRO DE TIEMPO Y DINERO

"Cuando vamos a Aceguá o a Río Branco nos dicen: 'No sabe lo que nos significa a nosotros esto en lo que es ahorro de tiempo y dinero. No tenemos que trasladarnos a las capitales departamentales para efectuar la donación de sangre'", relató el hematólogo, quien recordó que antes de contar con este vehículo las personas debían ir a Melo.

CONDICIONES PARA SER DONANTE

Para ser donante la persona debe tener entre 18 y 65 años, no tomar ninguna medicación crónica ni tener una patología de este tipo. Las personas diabéticas insulinodependientes, hipertensas que no estén tratadas o epilépticas, por ejemplo, no pueden donar. "Lo importante es tener la voluntad de donar y acercarse a un centro asistencial o a un banco de sangre. El médico hemoterapeuta que esté a cargo realizará la entrevista y definirá si la persona es apta o no para la donación", puntualizó.

Para poder mejorar la captación de donantes, el equipo del Hemocentro desarrolló campañas de comunicación y educación. Una de las acciones es acercar el proyecto a los escolares, informarlos acerca de la importancia de donar. Luego se organizan jornadas y son



los niños quienes consiguen donantes.

CONVENIO CON INTENDENCIAS Y EJEMPLO EN AMÉRICA LATINA

Otra medida surge de un convenio con las intendencias para la licencia para conducir, al que varias ya se sumaron. De esta forma, se asegura que la persona done su sangre y reciba información sobre seguridad vial, ya que los siniestros de tránsito son una de las principales causas que derivan en la necesidad de una transfusión. Este proyecto es observado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para impulsarlo como ejemplo en América Latina.





Hospital de Flores cuenta con Tomógrafo de última generación

Desde el pasado 18 de octubre, el Hospital de Flores cuenta con un nuevo Tomógrafo de última generación, con gran nitidez v precisión imagenológica, al servicio de los usuarios de ASSE no solo de ese departamento sino también de la región, y pensando además en la atención que pueda brindarse a usuarios del sector privado a través de acuerdos de complementación. La inversión total, entre el sector remodelado para su ubicación y el equipo, asciende a los 11 millones de pesos.

Así lo destacó en la oportunidad el Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula, quien indicó que este nuevo equipo viene a suplantar al que venía funcionando, que databa del año 2008, y que implicó "un gran esfuerzo de la comunidad en aquel momento".

CARÁMBULA: VALORACIÓN DEL EOUIPO HUMANO DEL HOSPITAL. ESTÁ A EN CURSO LA AMPLIACIÓN **DE LA EMERGENCIA**

El jerarca valoró, asimismo, más allá de la planta física y el tomógrafo, "el equipo humano" del Hospital, que "nos

permite asegurar calidad y continuidad en el servicio".

Subrayó que el equipamiento brindará cobertura a usuarios de ASSE de la región, pero que al mismo tiempo "este avance en la Salud Pública es para compartir en complementación con el sector mutual", y señaló que en el Interior del país existen cinco de estos equipos en unidades de ASSE.

Por otra parte, Carámbula manifestó que está presupuestado y en curso, el llamado para la ampliación de la Emergencia del Hospital.

UN HITO MÁS EN EL DESARROLLO DE ASSE Y DEL HOSPITAL EXPRESÓ LA DIRECTORA

En tanto, la Directora del centro asistencial, Q.F. Elena Soba, aseveró que esta incorporación es "un hito más en el proceso de desarrollo de ASSE en el departamento y en particular del Hospital".

En ese sentido, dijo que el tomógrafo "nos pone a la vanguardia en imagenología", y bregó porque esta tecnología, a través de la complementación, "esté al alcance de toda la población".



Aseveró asimismo que siendo Flores un departamento de tránsito y por ende de siniestralidad vial, el contar con esta posibilidad diagnóstica de avanzada, permitirá mejorar la calidad de atención. Al respecto, manifestó que el 75% de las tomografías realizadas son coordinadas y el 25% son de urgencia.

Desde el 2008, se realizaron un total de 37.189 tomografías, correspondientes a 24.318 pacientes, de los cuales un 35% han sido de Flores y un 65% de la Región.









Hospital de Paysandú inauguró modernas Salas de Cirugía de Mujeres

Con una inversión de 18.000.000 pesos, quedaron inauguradas el viernes 18 de octubre, las obras de remodelación de la Sala de Internación de Cirugía de Mujeres en el Hospital de Paysandú, con la colaboración de la Intendencia Departamental. La reforma abarca 250 metros cuadrados. Las viejas salas colectivas de internación, se convirtieron en 6 modernas salas con 2 camas cada una, baño privado y accesible, y televisión por cable. Además, cuenta con nuevas instalaciones sanitarias, acondicionamiento térmico, lumínico, eléctrico, red internet y suministro de oxígeno por cañería.

"PONERNOS EN EL LUGAR DEL QUE SUFRE Y TENER, SALAS PARA UNA ATENCIÓN DIGNA"

"Nosotros debemos ponernos en el lugar del otro, del que sufre; y tener salas con esta dignidad, comodidad, cercanía e infraestructura, realmente nos alegra muchísimo", afirmó el Presidente de

Con una inversión de 18.000.000 peos, quedaron inauguradas el viernes 18 e octubre, las obras de remodelación e la Sala de Internación de Cirugía de fujeres en el Hospital de Paysandú, on la colaboración de la Intendencia

ESTÁN POR COMENZAR LAS OBRAS DEL NUEVO BLOCK OUIRÚRGICO

Marcos Carámbula resaltó, además, que se están por comenzar las obras del nuevo Block Quirúrgico; así como la ampliación y remodelación del CTI, "que tiene muy buen equipo desde el punto de vista técnico y debemos darle la infraestructura correspondiente", afirmó. Mencionó también la importancia de las obras en el sector de Pediatría y de la instalación de un Hemocentro en Paysandú.

"Queremos que la Salud Pública marque el listón de calidad de la asistencia en el Sistema Nacional Integrado: la mitad de los pobladores se atienden en ASSE", subrayó.



"UN SUEÑO QUE TENÍAMOS PENDIENTE" DIJO LA DIRECTORA

Por su parte, la Directora del Hospital, Dra. Ángela Almeida, expresó que estas salas son "un sueño que teníamos pendiente, que son las que se merecen los usuarios, y que logramos concretar gracias al impulso que nos brinda la Intendencia con su aporte año a año, y al convencimiento del Directorio de ASSE de que era una necesidad para Paysandú". La Directora extendió además su agradecimiento a todos los funcionarios, quienes "se pusieron todo al hombro" mientras se realizaba la reforma y se debía prestar atención en otras áreas.

"MOTIVO DE SATISFACCIÓN PARA

TODA LA GENTE DE PAYSANDÚ" AFIRMÓ EL INTENDENTE

En tanto, el Intendente de Paysandú, Dr. Guillermo Caraballo, enfatizó que la inauguración es "motivo de satisfacción para toda la gente de Paysandú, sea o no usuaria de ASSE". Hizo especial hincapié en el "cambio radical" en la planta física y equipamiento.

Asimismo, abogó por "reivindicar la inversión en infraestructura pública que realiza el Estado en su conjunto. El Estado Nacional a través de ASSE y con un apoyo importante de la Intendencia: qué mejor destino puede tener lo la donación de parte de lo recaudado por concepto de multas de tránsito", dijo Caraballo.











Uruguay es uno de los países con menos abortos en el mundo

Ante algunas consideraciones que realizó un diputado electo sobre la interrupción voluntaria del embarazo, el Dr. Leonel Briozzo, jefe del Departamento Médico Obstétrico del Hospital Pereira Rossell, destacó la crueldad y la ignorancia que rodean esas afirmaciones y señaló que Uruguay es uno de los países con menos abortos en el mundo.

MUCHOS AÑOS ATRÁS LAS MUJERES LLEGABAN AL HOSPITAL PARA MORIR POR ABORTOS HECHOS EN CONDICIONES DE RIESGO

Las declaraciones de Briozzo, fueron efectuadas tras la inauguración de la nueva Emergencia del Hospital de la Mujer. Luego de indicar que accedió a su cargo por concurso, recordó que hace muchos años, "las mujeres venían a este Hospital para morirse por abortos hechos en condiciones de riesgo".

Reflexionó en ese sentido, "todo lo que ha cambiado hoy", ya que "Uruguay es el país con la menor mortalidad materna de toda América y con una tasa de aborto muy baja".

"NO ME PREOCUPA TANTO LA IGNORANCIA SINO LA CRUELDAD CON LA QUE SE HABLA"

En cuanto a las consideraciones efectuadas por el diputado electo, resaltó que le causaron "estupor", y agregó que "no me preocupa tanto la ignorancia, porque cuando uno es ignorante, con un poco de conocimiento, la ignorancia se puede pasar, pero la crueldad con la que habla de situaciones que evidentemente desconoce me dio una profunda repugnancia", afirmó.

Entendió, además, que cuando se tienen cargos electivos "hay que llamarse a responsabilidad" acerca de "lo que se dice", y "no hablar de cosas de las que no se tiene ni la más remota idea, y sobre todo con la crueldad con lo que lo hace", dado que "la muerte por aborto era la principal causa de muerte materna" en nuestro país.

"QUÉ QUIERE...QUIERE QUE URUGUAY TENGA DE VUELTA EPIDEMIA DE ABORTOS"

Al respecto, agregó: la pregunta es, ¿qué quiere?, ¿qué vuelvan a morir mujeres por aborto, quiere que Uruguay de vuelta tenga epidemia de aborto, que aumente la mortalidad infantil, porque parece en la irresponsabilidad de sus declaraciones que eso es lo que quiere".

Por otra parte, Briozzo enfatizó que "desde la Facultad de Medicina que yo represento, como profesor titular de la Clínica Ginecotocológica A que se encuentra en este Hospital, y como Jefe del Departamento de Maternidad, en realidad no hay ningún tipo de temor en que se revisen estas leyes", porque las mismas "han sido buenas para las mujeres, la infancia y la sociedad".



REVISAR ESTE TIPO DE LEYES SERÍA UN PELIGRO PARA LA SALUD Y LA FELICIDAD PÚBLICA

Al respecto, agregó que "revisar este tipo de leyes, sería realmente un peligro para la salud y la felicidad pública". En ese sentido, expresó que "lo que se debe hacer siempre es mejorar: su aplicación, universalizar los métodos anticonceptivos, avanzar en la educación sexual y reproductiva, pero de ninguna manera ir para atrás en estas leyes". Además, esto "no es potestad ni de un futuro presidente o un candidato a diputado, sino que es voluntad del cuerpo legislativo todo y de la población".

Indicó, además, que "la cifra de abor-

tos, han tenido desde el año 2013 hasta ahora un leve incremento, debido a que se están registrando más, y prácticamente se está estabilizando en unas 8 mil interrupciones voluntarias del embarazo por año". Esta cifra "nos coloca entre los cuatro o cinco países con la menor cifra de abortos en el mundo", y mencionó países como "Holanda, Bélgica y los Países Escandinavos", en los cuales "estas políticas vienen desarrollándose hace cuarenta o cincuenta años". Hizo hincapié en que esto "se debe a que en Uruguay hay educación en salud sexual y reproductiva, anticoncepción universal y gratuita, y hay servicios seguros de la atención sexual y reproductiva", dijo.

Convenio entre ANEP, CODICEN y MIDES capacita a 795 docentes en temáticas de derechos humanos

En lo que va del año se han capacitado un total de 795 personas vinculadas a la educación. Estas acciones se realizan en el marco de la Ley N° 19.122 de acciones afirmativas para personas afrodescendientes y la Ley Integral para personas Trans (N° 19.684), que establecen entre sus objetivos la mejora del acceso a la educación para estas poblaciones.

La Dirección Nacional de Promoción Sociocultural del MIDES lleva a cabo desde marzo un plan de capacitaciones en todo el país, dirigidas a docentes, personal de dirección, plantel administrativo y comunidad educativa en general.

El convenio interinstitucional ANEP-CODICEN-MIDES establece la implementación de acciones afirmativas con énfasis hacia la población de estudiantes afrodescendientes y estudiantes trans, a través del Sistema de Protección de Trayectorias y el derecho a la educación.

En esta línea de trabajo, se comenzó el proceso de sensibilización dirigido en primera instancia a la inspección de primaria y enseñanza media básica, para continuar hasta el mes de noviembre con la capacitación de docentes y personas vinculadas a la educación.

Se destaca que esta línea de intervención en centros educativos están priorizadas tanto en el Plan Nacional de Diversidad Sexual como en el Plan Nacional de Equidad Racial y Afrodescendencia.

EVALUACIÓN DOCENTE

Para muchas de las personas que asistieron, los talleres resultaron aplicables a la realidad de los centros educativos, afirmando que las situaciones de discriminación por temas étnico-raciales y de diversidad sexual forman parte del día a día de docentes y estudiantes. En este sentido se destacó la necesidad de tener conocimiento sobre conceptos y normativa vigente, como elementos básicos para enfrentar este tipo de conflictos.

Las convocatorias para participar de las capacitaciones sobre Derechos Humanos las realiza ANEP-CODICEN a través de sus oficinas territoriales.



Usuarios de Casa de Gardel cuentan con el robot japonés PARO, que ayudará a su rehabilitación

Los pacientes del Centro de Rehabilitación, Educación Física e Integración Social para Personas con Discapacidad "Casa de Gardel" de ASSE, cuentan desde hace unos días con PARO, un robot japonés altamente tecnológico con apariencia de foca que funciona como acompañante terapéutico para niños - y en este caso también adultos- que facilita la rehabilitación.

El robot fue entregado por parte del Embajador de Japón en Uruguay, Tatsuhiro Shindo e integrantes de la delegación diplomática, y Takanori Shibata, Profesor del National Institute of Advanced Industrial Science and Technology de Japón y creador de PARO.

BENEFICIOS TERAPÉUTICOS DEL ROBOT PARO DONADO POR JAPÓN

La Dra. Marianna Gilardoni, Directora del Instituto Nacional de Reumatología, del cual depende el Centro de Rehabilitación, Educación Física e Integración Social para Personas con Discapacidad "Casa de Gardel", destacó los beneficios terapéuticos del robot-foca bebé PARO, para coadyuvar a la rehabilitación de las personas con discapacidad, ya que dada su alta tecnología, posibilita poder interactuar con los pacientes.

Destacó que el robot "puede despertar emociones, y no solo eso, sino que niños y adultos con -por ejemplo-, patologías de la voz, le pueden cantar; se pueden realizar ejercicios manuales a través de caricias, peinado".

Es decir que, a través de emociones, PARO se transforma en un "estímulo para seguir adelante con la rehabilitación", afirmó Gilardoni, quien destacó los buenos resultados de este dispositivo "bien amigable" en pacientes de Japón y Estados Unidos.









Para 2020 el Hospital de Ojos hará cirugías en varios puntos del país

En estos casi doce años, el Hospital de Ojos «José Martí» ha desarrollado una importante labor en materia oftalmológica, ya que realizó más de 92 mil cirugías, y asistió a más de un millón de personas. El centro atiende a personas de todos los estratos sociales, y llega a todos los rincones del país.

La directora del hospital Sandra Medina destacó en Informativo Carve del mediodía la calidad de los profesionales que trabajan en el centro, muchos de los cuales recorren el país realizando pesquisas. El hospital además ofrece servicio de transporte en Montevideo a usuarios que llegan del interior del país.

Medina contó que el objetivo para el próximo año es ampliar los centros de asistencia, con el objetivo de poder operar de forma autónoma en varios departamentos.

El Hospital de Ojos cuesta no equipo tecnológico de última generación. La última adquisición fue microqueratomo, aparato que permite realizar un trasplante lamelar, con la posibilidad de, con una córnea donante, poder darle solución a dos usuarios receptores.

Fuente-Informativo Carve

Cierre y Planificación del Curso de Formador de Formadores en Seguridad para los Centros de Salud de ASSE

En el Salón de Actos de ASSE, se llevó a cabo la Jornada de Cierre y Planificación del Curso de Formador de Formadores en Seguridad para los Centros de Salud de ASSE, junto al Ministerio del Interior, el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación de Funcionarios de Salud Pública.

Durante el plenario, se realizó la presentación de diagnóstico, propuestas de trabajo y elaboración de Protocolos. El Adjunto a la Presidencia del Directorio de ASSE, Dr. Miguel Fernández Galeano, hizo hincapié en la importancia de "la participación, el involucramiento y la capacitación para transformar la realidad: la cultura de la seguridad se construye y la reducción de riesgos se planifica", afirmó.

La misma tuvo lugar el 1 de noviembre y se enmarcó dentro de las actividades previstas para darle continuidad a la Primera Edición del Curso de Formador de Formadores en Seguridad para los Centros de Salud.

La capacitación se inició con una actividad presencial en la semana del 19 al 23 de agosto de 2019, y a través de la Plataforma online ASSECapacita con la participación de funcionarios designados de cuatro Unidades Ejecutoras (RAP Metropolitana, Hospital Pasteur, Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología y ASSE 068 Central), contando con la coordinación de la Dirección de Desarrollo Humano de ASSE.

En una primera instancia, se realizó

una devolución a los participantes de los aspectos y temáticas tratadas previamente y se formaron grupos de trabajo, con el objetivo de concretar tres Protocolos de Seguridad, los cuales se seguirán elaborando en la Plataforma de Capacitación: Protocolo de Incendio, Protocolo ante Situaciones de Violencia y Protocolo de Gestión.

PLENARIO DE PRESENTACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS DE TRABAJO

Se desarrolló posteriormente, el Plenario de Presentación, Diagnóstico y Propuestas de Trabajo, del que participaron por el Ministerio del Interior -Dirección Nacional, el Jefe de la Unidad Táctica de Negociadores de la Guardia Republicana, Capitán (CP) Washington Pereyra y Mauricio Rodríguez; los Referentes de los Equipos de Gestión de las Unidades Ejecutoras de ASSE participantes; representantes de la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP), su Presidente, Sr. Martín Pereira y por el Sindicato Médico del Uruguay, su Presidente, Dr. Gustavo Grecco.

Por ASSE, participó el Adjunto a la Presidencia del Directorio, Dr. Miguel



Fernández Galeano, la Directora de Desarrollo Humano, Lic. Analía Barbieri, y en representación del Vocal del organismo, Virginia Maurno.

Los organizadores, evaluaron de forma positiva la Jornada y la evolución de todos los participantes, a quienes agradecieron en la oportunidad. En ese sentido, valoraron el esfuerzo, dedicación y labor llevada adelante por los tutores e instructores. Asimismo, resaltaron el apoyo de todos los actores clave en darle seguimiento a la actividad, con el objetivo de fortalecer el rol de los formadores, y brindar herramientas para

que puedan replicar en las Unidades Ejecutoras, generando el concepto de "Construcción de Seguridad" para cada Centro de Salud de ASSE.

La Dirección de Desarrollo Humano de la Gerencia de Recursos Humanos de ASSE, continua de esta forma con la promoción de una estrategia de formación de los funcionarios, desde la perspectiva de capacitación -acción, por la cual el proceso de aprendizaje de los trabajadores constituye una polea de transmisión para las transformaciones necesarias y el desarrollo de buenas prácticas en la gestión institucional.









Con la inauguración de la remodelada Sede Central, culmina COMEF el Master Plan de Obras 5

Con la presencia del Ministro de Salud Publica Dr. Jorge Basso, del Dr. Yamandú Fernández representante de FEPREMI autoridades nacionales y departamentales se desarrolló con una emotiva ceremonia la inauguración de las obras de remodelación total del Policlínico Central de la Cooperativa Médica e Florida.

Esto forma parte de una reestructura edilicia y tecnológica planificada que

la institución viene realizando desde hace 7 años y que comenzara con las obras del nuevo Sanatorio y del, CTI del mismo, culminando con la mencionada inauguración de su, Sede Central. Con estas obras, Comef finaliza su denominado Master Plan de Obras 5 que ha sido recibido con beneplácito por la comunidad de usuarios por lo que implican en el mejoramiento de la calidad de atención de la institución.













Remodelación total de la Policlínica de Capilla del Sauce

En el marco de los 35 años de la Cooperativa Médica de Florida (COMEF IAMPP) quedaron inauguradas las obras de remodelación total de la policlínica de Capilla del Sauce. Estuvieron presentes

integrantes del Consejo Directivo, autoridades de la Comisión Representativa de Afiliados, comisiones que trabajan en Desarrollo de Proyectos de Obras, y vecinos de la localidad.









EDUCACIÓN - CON UNA INVERSIÓN SUPERIOR A 39 MILLONES DE PESOS

Se inauguró liceo en Juanicó, Canelones

El liceo de Juanicó, tras ser renovado completamente, pasará a denominarse José Luis Massera. A la institución concurren 202 estudiantes de ciclo básico. Cuenta con 5 aulas, laboratorios de ciencias y tecnológico, mediateca, sala multipropósito y espacios exteriores. Trabajan 47 funcionarios, entre docentes, de gestión y de servicio. La reestructura implicó una inversión de más de 39 millones de pesos.

El consejero de Educación Secundaria Javier Landoni recordó el estado de abandono desde 2000 del anterior edificio y destacó las posibilidades de la obra inaugurada, que "brindará mejores condiciones para que los jóvenes puedan estudiar". Este se añade, dijo, los 45 liceos construidos durante esta administración y más de 5.000 intervenciones de mantenimiento edilicio.

SE INAUGURA EL LOCAL Y NUEVA PROPUESTA EDUCATIVA

Con la renovación del local también se inaugura una propuesta educativa, "porque este es un liceo de tiempo completo, donde existen resultados muy buenos, con una promoción superior al 95 %".

La inversión supera los 39 millones de pesos para la renovación completa del local.

42 LICEOS INAUGURADOS CON IMPLEMENTACIÓN DE TIEMPO COMPLETO O EXTENDIDO

Es el liceo número 42 que se inaugura con la implementación de una propuesta de tiempo completo o extendido.

Landoni señaló que esta inauguración es una rendición de cuentas porque permite evaluar la gestión de los nuevos edificios, lo que demuestra que en Uruguay existen propuestas de tiempo completo y extendido muy buenas, que implican una extensión pedagógica en la cual se brindan talleres, actividades extracurriculares y comedores.

Subrayó la mejora en más de 10 puntos porcentuales de la promoción en toda la enseñanza secundaria, incluido bachillerato. "La realidad demuestra que la educación pública se fortalece y es una certeza que este tipo de propuestas deben seguir prosperando en Uruguay",

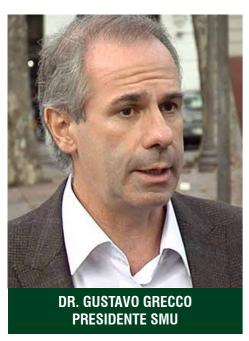


expresó.

EN LOS PRÓXIMOS AÑOS, 63 NUEVOS LICEOS EN LUGARES DONDE NO EXISTÍAN PROPUESTAS EDUCATIVAS Finalmente, anunció que los próximos años se culminarán 63 nuevos liceos que comienzan a construirse en los lugares más desfavorecidos, donde no existían propuestas educativas.

Y EL MUNDO SE MOVIÓ...

Asamblea de la Asociación Médica Mundial



Se realizó en Tiflis, Georgia, la 70º Asamblea Anual de la Asociación Médica Mundial (AMM). En el marco de la definición política de inserción y protagonismo en las organizaciones médicas internacionales, desde el SMU participamos activamente de la misma junto al Dr. Nicolás de Paula, integrante de la Comisión de Asuntos Internacionales.

Recordamos que la AMM, fundada en 1947, y que el SMU integra desde 1959, representa a más de 10.000.000 de médicos de 120 países, y allí se discute la práctica médica profesional con una visión global, con especial énfasis en los temas éticos.

1) Esta Asamblea se caracterizó por centrar sus actividades en la discusión de la Declaración sobre la Eutanasia y Suicidio con Ayuda Médica, que ha sido trabajada desde su Comisión de Ética durante años. El debate, que ha involucrado prácticamente a todos los países del mundo con fuertes posicionamientos, fue guiado por el convencimiento general de la necesidad de flexibilizar la posición de condena ética a quienes, en aquellos países donde es legal, participan en eutanasia y suicidio con ayuda médica. Es necesario que la sociedad hable con franqueza sobre el bien morir, fortalecer los cuidados paliativos, respete derechos y dignidad de las personas, aborde con amplitud y sin prejuicios la eutanasia y el suicidio con ayuda médica.

El texto del documento aprobado por 110 votos a favor y 10 en contra es el

Declaración adoptada por la 70º Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, Octubre 2019

"La AMM reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica.

Para fines de esta declaración, la eutanasia se define como el médico que administra deliberadamente una substancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de éste. El suicidio

con ayuda médica se refiere a los casos en que, por petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, el médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su vida al prescribir o proporcionar sustancias médicas cuya finalidad es causar la muerte.

Ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo.

Por separado, el médico que respeta el derecho básico del paciente a rechazar el tratamiento médico no actúa de manera contraria a la ética al renunciar o retener la atención no deseada, incluso si el respeto de dicho deseo resulta en la muerte del paciente".

Esta declaración sustituye a la anterior: Declaración adoptada por la 39º Asamblea Médica Mundial Madrid, España, Octubre 1987 y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005, y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, Abril 2015; y cancelada y archivada por la 70º Asamblea General de la AMM, Tiflis, octubre 2019

"La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad".

Lo trascendental en el nuevo texto es que fue eliminado el concepto de que la eutanasia es "contraria a la ética". A pesar de la firme oposición de algunos países, que argumentaron fuertemente para dejar esa frase, por abrumadora mayoría se entendió que la sociedad, la medicina y la ética cambian con el tiempo, y que es necesario adaptar posiciones y texto ajustado a los tiempos que corren, para así habilitar espacios de discusión en cada país. En y desde el ámbito médico, que cada uno resuelva según su idiosincrasia, valores, creencias o religión, abordando el tema desde una agenda de derechos en el marco de una discusión que trasciende a la medicina y comprende a toda la sociedad.

Un aspecto para destacar es que el debate en la AMM es estrictamente sobre la ética médica, no desde los derechos de la persona, lo cual hace que la visión sea sesgada por el rol específico del profesional médico. Y este sólo es uno más en un complejo entramado social.

El inicio de la declaración jerarquizar el respeto a la vida, haciendo referencian a la declaración de Ginebra, nuestro Juramento Hipocrático moderno, que data de 1948 y modificada por última vez en Chicago en 2017. La última modificación hace referencia expresa, en su párrafo 4, al derecho del paciente: "RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes". Por tanto, ese rico debate, entre respeto a la vida y autonomía/derechos del paciente es el centro de la cuestión



ética; y desde la comunidad médica internacional se entiende que es necesario dar sin prejuzgar ni condenar como antiético a quien promueve la discusión o fundamenta su posición a favor de la eutanasia y el suicidio con ayuda médica.

Entendemos que estos elementos aportados desde la Asamblea de Tiflis son un rico insumo para la discusión que se ha instalado en nuestro país.

2) Desde Uruguay propusimos a la AMM discutir el posicionamiento político sobre las muertes maternas que ocurren en el mundo por aborto en condiciones inseguras. De acuerdo a cifras de Naciones Unidas, 214.000.000 de mujeres en el mundo no acceden a métodos anticonceptivos. Ocurren 24.000.000 de abortos por año.

Mueren 60 mujeres por día por esta causa. Con una particularidad: mueren en el tercer mundo, donde las legislaciones más restrictivas respecto a la interrupción voluntaria del embarazo determinan esta cruel inequidad. La experiencia de Uruguay desde 2012, pero mucho antes desde las políticas públicas en Salud Sexual y Reproductiva llevadas adelante con el liderazgo de Iniciativas Sanitarias, son un ejemplo de cómo respetando derechos de la mujer se reduce el daño, evitando así miles de muertes de mujeres jóvenes. La comunicad médica internacional no puede mirar para el costado, pues no tiene ningún pronunciamiento al respecto, y proponemos trabajara liderando este tema.

- 3) Participamos activamente en el trabajo en comisión de Ética abordando un documento de condena a los médicos que participan en actos de tortura, maltrato o violaciones a los DDHH.
- 4) Asimismo, participamos en una reunión de trabajo de Confemel, preparando la próxima Asamblea Ordinaria que tendrá lugar entre el 20 y el 22 de noviembre en Salta, Argentina.
- 5) Asumió la presidencia por el período 2019 - 2020 el Dr. Miguel Roberto Jorge, psiquiatra brasileño de larga trayectoria en AMM, amigo de Uruguay. Fue elegido como presidente para el período 2020/ 2021 el Dr. David Barbe de EEUU, con quien mantuvimos un fructífero intercambio.

Creemos que es fundamental la inserción internacional del SMU, a nivel regional y mundial. Una organización como la AMM, donde se definen los lineamientos generales de la práctica médica mundial, particularmente en los aspectos éticos, amerita la participación activa de nuestro país con un rol protagónico en todos los temas.



El Sindicato Médico del Uruguay envía un cálido saludo a El Diario Médico en su vigésimo tercer aniversario de ediciones.

DONACIÓN DEL GOBIERNO DE CHINA

Teatros de todo el país reciben equipos técnicos que les permitirán mejoras sustanciales

El MEC, la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI) y el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Embajada de la República Popular China, realizaron el acto de entrega y recepción de la donación de equipos técnicos para teatros de todo el país, provista por el gobierno de la República Popular China.

El evento contó con la participación del prosecretario de la Presidencia de la República y presidente de la AUCI, Juan Andrés Roballo; del embajador de China en Uruguay, Wang Gang; de la ministra de Educación y Cultura, María Julia Muñoz; y la presidenta del Congreso de Intendentes, Adriana Peña.

EL EQUIPAMIENTO SUMA CASI 3 MILLONES DE DÓLARES

El equipamiento suma casi 3 millones de dólares que permitirán mejorar sistemas de audio y monitoreo, luminarias y consolas de iluminación y sonido en tea-

tros de Montevideo y del interior del país. Los equipos de iluminación donados incluyen algunos que nunca se utilizaron

en el medio, por lo que habrá capacitaciones para su uso. Las salas serán totalmente iluminadas con tecnología led, así como con luminarias móviles y de iluminación abierta led de color.

LOS TEATROS BENEFICIADOS EN **TODO EL PAÍS**

Los teatros que han sido beneficiados con la donación son: Teatro Solís de Montevideo. Teatro 28 de Febrero de Soriano. Teatro Politeama de Canelones, Teatro Artigas de Trinidad, Teatro Municipal 15 de febrero de Rivera, Teatro Español de Durazno, Teatros de Río Negro, Cine Teatro Municipal de Treinta y Tres, Teatro de Artigas, Teatro Macció de San José, Teatros Florencio Sánchez de Paysandú, Teatro Unión de San Carlos – Maldonado,



de Tacuarembó, Teatro 25 de agosto de Florida, Teatros de Colonia, Teatro Larrañaga de Salto, Teatro Lavalleja de Minas y Teatro 25 de mayo de Rocha.

Espacio Lorca de Montevideo, Teatro vínculo entre Uruguay y China como una en cualquier rincón del país".

asociación estratégica "que nos ha dado muchas alegrías".

Y agregó "para nosotros la cultura es un derecho humano esencial que debe La ministra Muñoz hizo referencia al nutrir y estar al alcance de todas y todos

PERÍODO 2015-2019

Sistema Nacional de Cuidados alcanza a 80.000 familias y demandó una inversión de 771 millones de dólares

"Aquellos compromisos que el presi- si quiere llevar a su hijo a un servicio de dente Tabaré Vázquez asumió el 1.º de marzo de 2015 se cumplieron para el Sistema Nacional de Cuidados", aseguró el secretario, Julio Bango, al realizar la rendición de cuentas 2015-2019. Al respecto, añadió que la inversión acumulada en el quinquenio es de 771 millones de dólares y alcanza a 80.000 familias. "El Sistema de Cuidados está cambiando la vida de las personas", señaló.

En la actividad realizada el lunes 4 en Torre Ejecutiva, Bango indicó que el gasto anual en 2019 asciende a 206 millones de dólares, lo que representa el 0.36 % del producto interno bruto (PIB), y que en 2020 se añadirán 68 millones de dólares para las obras de los centros de atención a la infancia y la familia (CAIF) y jardines de ANEP, para niños de hasta 3 años. "Llegaremos a 274 millones de dólares", enfatizó.

LA MAYOR INVERSIÓN EN PRIMERA INFANCIA EN LA HISTORIA DEL PAÍS

Bango informó que en este quinquenio se realizó la mayor inversión en primera infancia de la historia del país para lograr el objetivo de que en 2020 la oferta de servicios para niños de hasta 3 años sea universal. "No habrá ninguna familia que

cuidado de 3 años, no lo pueda hacer", anunció Bango.

En la oportunidad, añadió que se superará el 60 % de la cobertura de los niños de hasta 2 años y el 50 % de la de los de 1 año, con un gradual incremento del horario de atención, de 4 a 8 horas. "Es importante, porque logra la autonomía económica de las madres", remarcó.

EL SISTEMA DE CUIDADOS ALCANZA A 80 MIL FAMILIAS. **UNAS 1.300** HARÁN USO DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA EN CASA

El jerarca informó que el Sistema Nacional de Cuidados alcanza a 80.000 familias. Añadió que más de 4.000 personas están formadas para atender a personas con discapacidad y otras 3.000 para cuidar a niños y que, al finalizar el período de gobierno, unas 1.300 personas harán uso del servicio de teleasistencia en casa.

"El Sistema de Cuidados está cambiando la vida de las personas", subrayó Julio Bango, quien comunicó que más de 300 centros de residencia de ancianos se encuentran habilitados o en proceso de habilitación en todo el país, cuando antes de 2015 eran solo 18.



Sitema de Cuidados

QUE LA GENTE CONOZCA LOS DERECHOS PARA DEMANDAR LOS SERVICIOS QUE URUGUAY **TIENE**

"El desafío es que la gente conozca mejor sus derechos y pueda ir demandando estos servicios que Uruguay tiene, por ejemplo, para avanzar en su universalización. El camino en primera infancia ya es importante, pero se debe avanzar en los derechos para personas con dependencia severa o mayores", acotó.

Bango subrayó que Uruguay es el país de la región con mayor cobertura en educación y cuidados para niños de hasta 3 años y la oferta alcanzará en 2021 a 86.000 niños, a fin de garantizar la cobertura total. Esa cantidad significa un crecimiento del 53 % en la atención de ese grupo etario, ya que en 2015 abarcaba a 57.500.

Asimismo, comunicó que en el quinquenio se construyeron 79 CAIF, se ampliaron 96 y se inauguraron dos centros de atención a la primera infancia (CAPI). Añadió que están abiertas las licitaciones de los centros que serán inaugurados en 2020, como, por ejemplo, 44 jardines de infantes mediante participación público-privada (PPP) y 61 CAIF (42 por PPP).

Gobierno financia trasplantes renales pediátricos, bombas de insulina, cardiodesfribiladores e implantes cocleares

las nuevas prestaciones que el Fondo Nacional de Recursos (FNR) comenzó a financiar y las que amplía en cobertura. Se incorporaron los trasplantes renales pediátricos y las bombas de insulina para menores de 15 años y se extendió la cobertura en la implantación de cardiodesfibriladores internos e implantes cocleares. El monto anual de inversión ronda los 4,5 millones de dólares.

El ministro de Salud Pública, Jorge Basso, presidió el acto por la ampliación del financiamiento de prestaciones del Fondo Nacional de Recursos (FNR) y la incorporación de otras. Junto a él estuvieron presentes el representante del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Martín Vallcorba, y la directora general del FNR, Alicia Ferreira.

LOS TRASPLANTES RENALES **EN LOS NIÑOS ERAN PROCEDIMIENTOS QUE NO SE CONCRETABAN EN EL PAÍS**

Las autoridades informaron que los trasplantes renales eran procedimientos que no se concretaban en el país, lo que implicaba que, hasta ahora, el único tratamiento para los niños era la diálisis.

SE ESTIMA LA FINANCIACIÓN DE 5 CIRUGÍAS POR AÑO

El convenio firmado entre el Instituto de Nefrología y Urología y la Asociación

• • • • • • • • • • • • • • •

El Ministerio de Salud Pública anunció Española, con el financiamiento del fondo, abrió el acceso a este procedimiento. Actualmente se realizan diálisis a unos 25 niños. Se estima que se financiará la cirugía de cinco por año, en función la compatibilidad del órgano donado.

EL EQUIPO ES EL MÁS MODERNO **EXISTENTE**

La bomba de insulina es un tratamiento solicitado por las asociaciones de pacientes diabéticos. La cobertura se estima en 25 a 30 casos por año. El equipo que se otorga es el más moderno existente, con un instrumental que asegura utilidad por hasta 10 años. El fondo, además de hacerse cargo del costo de la bomba, asume los montos correspondientes a los insumos en forma mensual.

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LA MEJORA DE LA SALUD DE LOS NIÑOS

La evidencia científica demuestra que la salud de los niños mejora, sobre todo en los casos de quienes padecen una diabetes delicada que hacen frecuentes hipoglicemias. Como contrapartida se requiere de contención por parte de una familia o tutor que acompañe el procedimiento, porque implica la calibración del aparato y un aprendizaje para que funcione. La empresa proveedora está registrando las bombas; se estima que en 15 días comienzan a otorgarse.

Por otra parte, los pacientes que pa-



decen trastornos graves de su ritmo cardíaco accedían a un cardiodesfibrilador.

Con este tipo de insumos se previene la muerte súbita. En 2018 se financiaron 121 implantes, ahora se incorporan los pacientes con alto riesgo. Se estima que en un año se respaldará a 300 personas. Además de los dispositivos, se incluyen los controles.

EL IMPLANTE COCLEAR COMPRENDERÁ A TODOS QUIENES PADEZCAN UNA HIPOACUSIA **SEVERA GRAVE**

Finalmente, la ampliación de la cobertura del implante coclear, que hasta ahora se destinaba a niños de siete años, ahora involucra un plan integral de atención que comprende a todo quien padezca una hipoacusia severa grave. Además de incorporar el dispositivo, se incluye la cirugía y la rehabilitación para niños

y adultos que nunca antes escucharon y necesiten aprender a hacerlo para que el implante cumpla su función. Por año, se estima en 65 pacientes beneficiados.

MEJOR ADMINISTRACIÓN Y **MAYORES RECURSOS. NUEVOS MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO** PARA LOS ONCOLÓGICOS

El ministro explicó que la administración de los recursos del fondo permitió un aumento en la inversión. "Es la mejora de la calidad del gasto la que permite seguir incorporando estas prestaciones, que implican intensas negociaciones con actores que, en algunos casos son exclusivos y en otros casos, son grupos corporativos", señaló Basso. Confirmó que las autoridades trabajan en la incorporación de nuevos medicamentos de alto precio a la brevedad, con prioridad para los oncológicos.

PERÍODO 2005-2020

Gobierno creó más de 200 centros de atención y cuidados para la primera infancia en 15 años



"En 15 años se crearon más de 200 centros de atención y cuidado a la infancia", afirmó el director de la Secretaría Ejecutiva de Primera Infancia del INAU, Jorge Ferrando, al detallar lo realizado entre 2005-2020. Agregó que en la órbita del INAU había en 2005 unos 280 centros que atendían a 26.000 niños y que actualmente son 520 centros que reciben a más de 61.500 niños de hasta tres años.









- 22 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva del interior del país, constituyen el Sistema FEPREMI de Asistencia.
- Incrementar la eficiencia y efectividad de nuestras instituciones y del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay, en forma sustentable, viable, a corto y largo plazo.
- El sistema FEPREMI llega a todo el país con medicina de calidad
- 850 mil personas nos confían su salud



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

ESTRATEGIAS BREVES PARA CAMBIOS DE CONDUCTA

Pacientes angustiados en atención primaria

Las intervenciones conductuales breves ofrecidas al paciente angustiado que consulta en atención primaria pueden disminuir temporariamente su malestar

Una mujer de mediana edad, divorciada desde hace muchos años, acude a su médico generalista para una visita de control con artritis, aumento de peso y migrañas intermitentes. Se la ve estresada y cansada. En la anamnesis refiere tensión, fatiga, trastornos del sueño y preocupación. La paciente cuida a su madre, con la que convive y que sufre enfermedad de Alzheimer, y se está adaptando a que la familia de su hija (esposo y tres niños pequeños) se haya mudado con ella debido a desempleo.

INTRODUCCIÓN

Muchos pacientes angustiados consultan en atención primaria. Intervenciones conductuales breves ofrecidas allí pueden disminuir la angustia de manera momentánea y brindar asimismo beneficios más prolongados, que ayuden a los pacientes a lograr objetivos personalmente significativos, reducir la angustia y mejorar los resultados físicos. A la vez, los profesionales sanitarios también pueden mejorar sus relaciones con los pacientes y experimentar satisfacción en su tarea.

En este artículo se presenta un enfoque para que los no especialistas empleen con los pacientes angustiados, estén tomando medicamentos psiquiátricos o no.

La mayor parte de la evidencia para intervenciones conductuales proviene de estudios en pacientes con depresión, ansiedad y otros trastornos psiquiátricos confirmados. Los autores utilizan los principios de resolución de problemas, planificación de objetivos y otras estrategias de las terapias conductivas conductuales (TCC) y proporcionan ejemplos que se pueden emplear en atención primaria.

¿A QUÉ LLAMAMOS ANGUSTIA?

La angustia incluye una gama de emociones negativas, como tristeza, depresión, ansiedad o preocupación. Los pacientes pueden comunicar su angustia en una variedad de maneras verbales y no verbales:

- Manifestaciones sobre sentimientos de depresión, ansiedad o preocupación
- •Síntomas somáticos como fatiga o trastornos del sueño
- Expresión de preocupación o emociones angustiantes acerca de situaciones como pérdidas, divorcios, preocupaciones económicas, problemas de salud o trauma
- Conductas como el llanto, incapacidad para mantenerse quieto, irritabilidad o no parecer el mismo de siempre.

Los síntomas de depresión o ansiedad pueden reunir los criterios para un diagnóstico psiquiátrico o no, pero son molestos o interfieren con el funcionamiento del paciente.

CAUSAS DE LA ANGUSTIA

Episodios estresantes como una enfermedad prolongada, estrés laboral, problemas de relaciones o trauma pueden causar angustia, así como procesos psicológicos y biológicos.

La angustia se puede manifestar como depresión mayor, síntomas de depresión subclínicos o trastorno de ansiedad. Puede ser apropiado pesquisar para depresión y trastornos de ansiedad en pacientes que consultan con angustia, pero se deben investigar también otras

Se puede prevenir así el sobrediagnóstico de depresión o trastornos de ansiedad y el sobretratamiento, ya sea con medicación o con intervenciones conductuales intensivas, cuando en cambio una gama de intervenciones y cambios de conducta pueden ser eficaces.

¿CÓMO ABORDAR A UN PACIENTE ANGUSTIADO?

Las guías del National Institute for Health and Care Excellence para trastornos mentales frecuentes recomiendan un enfoque centrado en el paciente, en el que el personal sanitario se centra en lo que el paciente cree sobre su sufrimiento, sus preocupaciones y prioridades y desarrolla un plan de acción basado sobre las preferencias del paciente.

Este enfoque se asocia con aumento de la satisfacción y bienestar del paciente, según una revisión sistemática de 40 estudios.

ANIME A LOS PACIENTES A QUE HABLEN SOBRE SU ANGUSTIA

Los pacientes quizás se sientan incómodos al conversar sobre su angustia con el médico debido al concepto de que las visitas de atención primaria se deben dedicar a problemas físicos.

Invite explícitamente a los pacientes a informar sobre su angustia y preocupaciones empleando una breve encuesta en la sala de espera, preguntas o temas acerca de lo que querrían preguntar, posters en el consultorio y recordatorios para que escriban sus preocupaciones antes de entrar a la consulta. Varios estudios señalaron la utilidad de estos métodos

Algunos médicos emplean una herramienta de pesquisa, como el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), que puede proporcionar información útil sobre la angustia, los pensamientos suicidas y la respuesta al tratamiento.

Confiar demasiado en los puntajes de las pesquisas puede hacer que se sobreestime la intensidad de la angustia del paciente o se la subestime si el paciente niega estar angustiado, pero identifica situaciones conflictivas en su vida. Las herramientas de pesquisa pueden servir para iniciar una conversación que final-



mente permita al paciente hablar sobre sus preocupaciones y prioridades.

RECONOZCA LA EXISTENCIA DE ANGUSTIA

Si observa que su paciente está angustiado, ya sea porque él así lo expresa o por pistas no verbales o resultados de pesquisa, comuníquele que usted percibe su angustia y quisiera ayudarlo.

FIJE UNA AGENDA

Estime cuál será la duración de la consulta y repase los temas que tratarán, entre ellos los aportes del paciente. Esto puede ayudar al paciente a decidir cuán detallado (o sucinto) será al hablar de los temas que le preocupan y puede evitar la necesidad de interrumpir o finalizar abruptamente una conversación.

IDENTIFIQUE LAS PRIORIDADES DEL PACIENTE

Interrogue al paciente sobre sus percepciones. Formule una o más preguntas como:

• "Cuáles son las preocupaciones más importantes que pueden causar que usted se sienta angustiado [emplee las palabras que usa el paciente para angustia]"

Usted puede agregar sus observaciones, preguntando de manera tentativa, "mencionó que permanece despierto hasta tarde mirando TV; no dormir lo suficiente puede generar depresión. ¿Podría ser esto parte de lo que le ocurre?"

Puede elegir efectuar la pesquisa en este momento, de ser factible, para depresión, ansiedad, dolor o preocupaciones sociales, tales como la vivienda. Intente identificar un pequeño número de prioridades. Esto puede ayudar a los pacientes a centrarse en un solo problema a la vez, de modo que se sienta menos agobiado y más motivado para desarrollar y llevar a cabo un plan de acción

Para orientar la conversación hacia los pasos siguientes, resuma brevemente lo

hablado, como:

- "Parece que sus principales preocupaciones son la dificultad para dormir debido al dolor y los desacuerdos con su marido.
- ¿Qué le parece si hablamos un poco sobre el dolor y las estrategias que lo pueden ayudar a dormir un poco mejor, y después vemos qué ideas nos surgen para la relación con su marido?"

¿Qué intervenciones conductuales se pueden emplear para responder a la angustia durante la visita?

> Resolución de problemas y determinación de objetivos

En intervenciones breves para resolver problemas o determinar objetivos, los profesionales dialogan sobre las preocupaciones de los pacientes y los ayudan a desarrollar planes de acción concretos y personalizados. Revisiones sistemáticas y metanálisis de tratamientos cognitivos conductuales refieren que ayudar al paciente a determinar un objetivo y un plan de acción personalmente importante puede disminuir la angustia.

Si usted identificó una cuestión específica, podría preguntar sobre ella, por ejemplo, "Usted mencionó estrés debido a que discute más con su marido—qué pequeños cambios que podría hacer para mejorar su relación?" Ayude al paciente a desarrollar un plan muy específico sobre su conducta a futuro.

> Cambio de conducta

En lugar de (o además de) un plan de conducta personalizado para un problema específico, se pueden proponer diversos tipos de cambios de conducta que beneficien los estados de ánimo del paciente.

La terapia cognitiva conductual incorpora una variedad de intervenciones breves que impactan sobre el estado de ánimo y el funcionamiento, tales como estrategias de relajación y efectuar diariamente actividades más valoradas y disfrutables, entre ellas interacciones

INFORMACIONES GENERALES



sigue en pág. 26

sociales.

Otros cambios de conducta son aumentar la actividad física, mejorar el sueño, mejorar la alimentación y reducir el consumo de alcohol.

> ¿Cómo ayudar a los pacientes a navegar a través de los cambios?

El cambio de conducta puede ser dificil, especialmente cuando los pacientes se sienten desanimados, agobiados o preocupados.

Es importante lograr un equilibrio entre creer en su paciente y empoderarlo y empatizar con las dificultades y los contratiempos que se pueden presentar.

Las estrategias básicas de terapia cognitiva conductual que ayudan a empoderar a los pacientes para cambiar de conducta son:

- Fundamentar porqué la conducta elegida ayuda a mejorar los estados de ánimo de los pacientes
- Solicitar al paciente que elija un pequeño cambio que sienta que puede comenzar a implementar de inmediato y fije un objetivo específico (por ej, caminar durante 15 minutos durante la hora de su almuerzo tres veces por semana, o leer a su hijo/a durante 10 minutos antes de acostarlo). Mencione el fundamento también para esto, tal como, "Todos tenemos más éxito cuando elegimos conductas que nos sentimos capaces de llevar a cabo"
 - Animar a los pacientes a controlar su

progreso documentando lo que hacen. El cambio de conducta es más frecuente cuando los pacientes pueden monitorear el progreso hacia su objetivo.

• Explicar al paciente que usted cree que puede cambiar y que lo interrogará sobre este objetivo en la próxima visita probablemente fortalezca su relación y motive al paciente para continuar.

Reconozca que a veces surgen obstáculos inesperados y que es aceptable que el paciente ajuste su plan o incluso lo vuelva a comenzar si esto sucede. Por ejemplo, "Quizás en algunos momentos no podrá cumplir su objetivo de caminar tres veces por semana, como cuando llueve. No permita que eso lo deprima y recuerde que cada nueva semana es una oportunidad para tener éxito."

Subraye que desea que su paciente regrese y le cuente cómo le fue, incluso si no ha podido cumplir con el plan.

Un punto clave en la resolución de problemas es que, aunque el plan de acción no salga como se planeó, usted y el paciente tendrán nueva información sobre el problema y sobre cómo afrontarlo.

Después de desarrollar un plan, revise sucintamente el proceso de centrarse en una prioridad y desarrollar un plan de acción. Señale que el paciente puede seguir un proceso similar por su cuenta para otros problemas u objetivos.

Al ayudarle a entender por qué y cómo cambiar su conducta está contribuyendo a empoderarlo para que continúe mejorando más allá de lo que pueden dialogar durante sus encuentros.

Esta práctica de aprender el fundamento y el proceso para efectuar cambios de conducta es parte integral de las intervenciones de la terapia cognitiva conductual.

¿Qué cubrir en las visitas de seguimiento?

Revise el objetivo y el plan del paciente, y fije otra vez una agenda.

Celebre sus éxitos, incluso los éxitos parciales.

Empatice con las dificultades que surgieron. Algunos pacientes quizás regresen sin haber intentado o completado sus planes de acción. Al igual que en la conversación inicial, puede ser útil empatizar, sin juzgar, con las preocupaciones o los obstáculos que quizás causen que el paciente se sienta ambivalente acerca de cambiar su conducta.

Quizás sea necesario ajustar el plan de acción si era demasiado ambicioso o si el paciente aún no está listo para hacer el cambio.

¿A QUIÉN Y CUÁNDO DERIVAR?

Los estudios examinados que proporcionan evidencia para la resolución de problemas y el cambio de conducta incluyeron pacientes en ámbitos ambulatorios (salud mental o clínica, incluida atención primaria) o la población general, sin tendencias suicidas, ni peligro de lesionar a otros, y sin ser psicóticos. De aquí que estas estrategias probablemente no serían suficientes para pacientes con angustia grave o en peligro o que no se quieren involucrar en un diálogo y planeamiento de acciones con usted.

Evalúe si estos pacientes están en peligro o son peligrosos y derive a servicios especializados.

Algunos pacientes experimentan angustia, depresión o ansiedad crónicas. Si su paciente no mejoró o empeoró, a pesar de haber implementado el plan de acción desarrollado con usted, puede ser útil que consulte a un psiquiatra o psicólogo para tratar cuestiones psicosociales o impactos de trauma de larga data. Analice con estos pacientes las opciones para la derivación.

Considere las preferencias del paciente como parte del proceso de derivación. Un metanálisis de 34 estudios, con 68612 pacientes mostró tres veces mayor preferencia para la psicoterapia que para la medicación entre adultos en busca de tratamiento para diversos trastornos psiquiátricos.

Objetivo: Dr. Ricardo Ferrei-Fuente IntraMed Debido a que usted prestó atención a las preocupaciones y prioridades de su paciente, este escuchará con mejor disposición las derivaciones que usted recomiende. Autor: Gum AM, Epstein-Lubow GP, Gaudiano BA Fuente: BMJ 2019; 366:I5360 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.I5360 Brief behaviour change strategies for distressed patients in primary care. Resumen y comentario-Fuente Intra Med

IMPRESCINDIBLE NUEVO LIBRO DE LA ANTROPÓLOGA PATRICIAAGUIRRE

Una historia social de la comida

Un libro fascinante que amplía la perspectiva médica y ofrece un universo de explicaciones que nos permiten comprender los fenómenos clínicos que vemos a diario

SINOPSIS

UNA HISTORIA SOCIAL DE LA COMIDA hace un recorrido histórico para señalar la opacidad de la comida como producto y productora de relaciones sociales, mostrando cómo, en esa oscuridad, reside su fuerza para reproducir material y simbólicamente la sociedad misma (por eso el cuidado que todos los regímenes políticos han puesto en controlarla). Se desarrollan en estas páginas los tres grandes cambios que sufrió la alimentación humana en el tiempo largo de la especie, cada uno señalado por un producto que lo caracteriza: 1) el omnivorismo que con la ingesta de carne modeló nuestra biología; 2) la domesticación de plantas y animales que con lácteos y cereales permitió acumular y distribuir inequitativamente, apareciendo la alta y baja cocina (y con ellas los cuerpos de clase); 3) el tercer gran cambio: la cocina industrial mundial, con el azúcar como alimento trazador, que junto a grasas y sal serán los componentes obligados de los alimentos conservados, coloreados, saborizados, que forman el paraíso (de abundancia y estabilidad) y el infierno (de inequidad y contaminación) de la comida actual. Porque estamos devorando el planeta, se impone un nuevo cambio

estructural en la alimentación: sobre el final del libro se comparten tendencias, alternativas y propuestas.

Patricia Aguirre es Doctora en Ciencias Antropológicas. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Se desempeña como antropóloga del Departamento de Nutrición en la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Ambiente. Es profesora del Curso de Posgrado en Antropología Alimentaria IDAES y de Antropología y Políticas Alimentarias de FLACSO y además en el Seminario de Antropología Alimentaria y Pobreza. Carrera de Antropología. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.

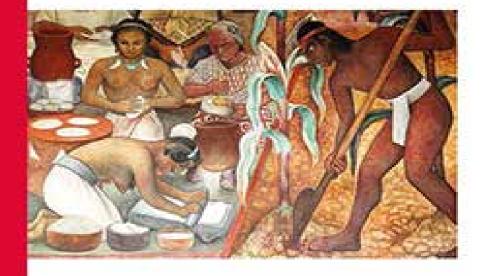
UNA LECTURA TRANSFORMADORA

Cuando un médico lee este nuevo y extraordinario libro de la antropóloga Patricia Aguirre siente una revelación. Como en una epifanía, muchos de los temas con los que se enfrenta alcanzan una iluminación que ni siquiera imaginaba. La medicina aborda problemas cotidianos con explicaciones próximas sin tomar en cuenta las causas remotas ni la historia que esos fenómenos tienen en el largo tiempo de la especie. La alimentación es hoy la fuente de casi todas las enfermedades crónicas más prevalentes: obesidad, diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, etc. Pero, ¿cuál es la historia de esos trastornos? ¿Dónde

L Lugar

PATRICIA AGUIRRE

Una historia social de la comida







viene de pág. 29

nace nuestra vulnerabilidad? ¿Cuáles son las razones sociales y biológicas que explican su explosión epidemiológica y nuestro fracaso terapéutico? ¿Cómo comprenderlos evitando la simplificación de culpabilizar a la víctima?

Patrica Aguirre narra de un modo apasionante la historia social de la comensalidad v la vincula con las etapas de aquello que nos hizo humanos. Organizada desde la perspectivas de las distintas transiciones nutricionales de la especie, la obra articula lo biológico con lo social como determinantes de la alimentación, sus modalidades, sus componentes y sus aspectos rituales y ceremoniales. El libro ofrece la posibilidad de pensar de otra manera, de abrirnos a la convergencia de saberes y ampliar las herramientas que nos permiten pensar lo cotidiano con otros recursos. No se trata, tal como aclara la autora, de una simple superposición de puntos de vista sino, por el contrario, de una verdadera reformulación epistemològica del objeto de estudio: la comida y la humanidad.

Hay una ingenuidad estructural en el abordaje de los problemas desadaptativos del presente. Una idea reduccionista que se limita a describir sin explicar, a exigir sin comprender y a corregir variables sin tomar en cuenta los motivos de sus desvíos. Dice Aguirre al respecto:

"Los intentos de cambiar la conducta individual a traves de la educacion han fallado sistematicamente, al no considerar el ambiente social. Para justificar esto de dirigirse a los efectos en lugar de a las causas, acusan a los pacientes de adoptar conductas irracionales, de tener tendencias adictivas, etc. Deberiamos considerar que la salud futura es solo una entre tantas variables que hacen elegible una acción, y no la más atractiva. Al contrario, durante décadas los medios masivos transmitieron el mensaie de la industria, instando a premiarnos hoy con una hamburguesa, golosina o gaseosa (artificial-colorea-dasaborizada) en lugar de cualquier comida saludable. Justamente su éxito radica en que no levantan la salud sino el placer. Las personas no se preocupan solo por su salud y aunque esten informados de los riesgos, no hacen solo lo saludable (trabajan 14 horas al dia, fuman, escalan montanas, charlan con amigos toda la noche, etc.). La teoría de la elección racional predice que la gente es racional y tratará de sacar el máximo beneficio dentro de las constricciones de sus circunstancias (como ingresos, tiempo y otros recursos). Si gueremos cambiar las conductas, hay que cambiar los costos (medidos en dinero, tiempo u oportunidad)."

El recorrido que nos propone Patrica Aguirre nos lleva desde los homínidos primitivos al hombre contemporáneo a través de las configuraciones sociales y las adaptaciones biológicas alrededor del concepto de "comensalidad". Lo que somos está fuertemente vinculado a los modos en que la comida como aglutinante social nos ha configurado como especie. Desde la encefalización a la bidpedestación, desde las hambrunas a la opulencia, desde la desnutrición a la obesidad, desde el saber milenario acerca de lo que es bueno y lo que es malo para comer hasta la "gastro-anomia" del presente.

"Se ha hablado de la influencia del estilo de vida, pero..., ¿cómo puede reducirse a un problema individual, cuando el estilo de vida es el producto de la estructura social (económica y simbólica) y es compartido por millones? Porque la eleccion de ciertas conductas individuales se realiza dentro del sistema de derechos que ofrece el medio social. El estilo de vida es producto de la historia de esa sociedad, al reducirlo a conductas individuales, despreciando las caracteristicas del medio social, se está convirtiendo a las víctimas en culpables de su propio padecimiento y desresponsabilizando a la sociedad. A pesar de todas las evidencias empíricas, se insiste en divorciar el comportamiento individual de su base social, como si cada individuo fuese un Robinson Crusoe en su isla, separado de la dinámica que lo rodea."

"Una historia social de la comida" es

un de esos libros que señalan un punto de inflexión en la vida de un lector. Ningún médico saldrá de él sin transformar algunas de sus ideas. Lo que el lector se llevará de estas páginas va a modificar no solo sus conceptos acerca de cosas que creía conocer, sino que su práctica profesional concreta se verá enriquecida. Se encontrará con las respuestas a las preguntas que se hace a diario, pero también con los interrogantes que nunca se ha formulado. La experiencia de la lectura es intensa y reveladora, uno vuelve a menudo a sus propias anotaciones. Como todos los grandes libros, hay una segunda lectura que comienza al levantar la vista del texto y que nos sacude de la inercia y la resignación terapéutica. Tal vez, como me ha sucedio a mí, mientras usted lo lea, también se dirá: ¿por qué nadie me ha enseñado ésto antes? Además, es imposible resistirse al embrujo de la inteligencia y a la profundidad del pensamiento como hecho estético y como fuente de placer. Este libro es urgente e imprescindible. Patricia Aguirre nos ofrece la oportunidad de ser mejores y distintos. De pensar por fuera del estereotipo con herramientas y categorías que nunca nos revelaron. Nadie debería resignar esta infrecuente posibilidad en tiempos de fuegos de artificio, de imposturas intelectuales y de cínica posverdad. ¡No se lo pierda!

Daniel Flichtentrei

Más alimentos ultraprocesados, menos salud cardíaca

Las medidas de salud del corazón disminuyen a medida que aumenta el consumo de alimentos ultraprocesados.

Aspectos destacados de investigación:

- Los estadounidenses obtienen más del 50% de sus calorías diarias de alimentos ultraprocesados.
- Las medidas de salud del corazón disminuyen a medida que aumenta el consumo de alimentos ultraprocesados. DALLAS

Los alimentos ultraprocesados, que representan más de la mitad de las calorías diarias promedio de un estadounidense, están vinculados a medidas más bajas de salud cardiovascular, según una investigación preliminar que se presentará en las Sesiones Científicas 2019 de la American Heart Association en Filadelfia. Las Sesiones Científicas de la Asociación son un intercambio mundial anual de los últimos avances en ciencia cardiovascular para investigadores y clínicos. Investigadores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. descubrieron que por cada aumento del 5% en las calorías de los alimentos ultraprocesados que comía una persona, había una disminución correspondiente en la salud cardiovascular general.

Los adultos que comieron aproximadamente el 70% de sus calorías de alimentos ultraprocesados tenían la mitad de probabilidades de tener una salud cardiovascular "ideal", según lo definido por Life's Simple 7® de American Heart Association, en comparación con las personas que comieron el 40% o menos de sus alimentos. calorías de alimentos ultraprocesados.

Los alimentos se clasificaron en grupos por el alcance y el propósito del procesamiento industrial al que se someten. Los alimentos ultraprocesados están hechos en su totalidad o principalmente de sustancias extraídas de los alimentos, como grasas, almidones, grasas hidrogenadas, azúcar agregada, almidón modificado y otros compuestos e incluyen aditivos cosméticos como sabores artificiales, colorantes o emulsionantes.

Los ejemplos incluyen refrescos, bocadillos salados envasados, galletas, pasteles, carnes procesadas, nuggets de pollo, sopas instantáneas en polvo y envasadas y muchos artículos comercializados a menudo como "alimentos de conveniencia".

"Las dietas saludables juegan un papel importante en el mantenimiento de un corazón y vasos sanguíneos sanos", dijo Zefeng Zhang, M.D., Ph.D., epidemiólogo de los CDC. "Comer alimentos ultraprocesados a menudo desplaza alimentos más saludables que son ricos en nutrientes, como frutas, verduras, granos integrales y proteínas magras, que están fuertemente vinculados a la buena salud del corazón. Además, los alimentos ultraprocesados suelen tener un alto contenido de sal, azúcares añadidos, grasas saturadas y otras sustancias asociadas con el aumento del riesgo de enfermedades del corazón".

Utilizando datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) recopilada entre 2011 y 2016, los investigadores de los CDC revisaron los resultados de 13.446 adultos, de 20



años de edad y mayores, que completaron un retiro dietético de 24 horas y respondieron preguntas sobre su salud cardiovascular.

La salud cardiovascular se define en el Score Simple 7 de la Asociación Americana del Corazón como medidas de niveles saludables de presión arterial, colesterol y glucosa en sangre, evitar los productos de tabaco, buena nutrición, peso corporal saludable y actividad física adecuada.

"Este estudio subraya la importancia de desarrollar una dieta más saludable mediante la eliminación de alimentos como bebidas endulzadas con azúcar, galletas, pasteles y otros alimentos procesados", dijo Donna Arnett, Ph.D., ex presidenta de la American Heart Association y decana de Colegio de Salud Pública de la Universidad de Kentucky en Lexington.

"Hay cosas que puedes hacer todos los días para mejorar tu salud solo un poco. Por ejemplo, en lugar de agarrar esa barra de pan blanco, tome una barra de pan que sea integral o pan de trigo. Intente reemplazar una hamburguesa con pescado una o dos veces por semana. Hacer pequeños cambios puede contribuir a mejorar la salud del corazón".

Los coautores son Sandra Jackson, Ph.D.; Euridice Martinez, Ph.D.; Cathleen Gillespie, M.S.; y Quanhe Yang, Ph.D. Las divulgaciones de los autores están en el resumen.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. financiaron el estudio. Fuente: AHA Scientific Sessions 2109 Too much ultra-processed foods linked to lower heart health

DEBERÍA SER UNA PRIORIDAD PARA LA SALUD PÚBLICA

La soledad aumenta la mortalidad en pacientes cardíacos

Riesgo significativamente mayor de mortalidad por todas las causas entre pacientes coronarios que reportan sentirse solos

INTRODUCCIÓN

Investigaciones anteriores han señalado la importancia de las relaciones sociales para la salud, ya que la soledad y la falta de apoyo social se asocian con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad isquémicas.

Existen numerosas definiciones teóricas de la soledad, pero la mayoría de los investigadores en el campo coinciden en tres elementos:

- 1. La soledad es el resultado de deficiencias percibidas en las relaciones sociales de una persona.
- 2. Es una experiencia subjetiva y no es lo mismo que el aislamiento social.
 - 3. Es desagradable y angustiante.

Una revisión sistemática concluyó que las malas relaciones sociales se asociaron con un aumento del 29% en el riesgo de enfermedad coronaria y un aumento del 32% en el riesgo de accidente cerebrovascular, y un estudio reciente vincula la soledad con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular incidente del 27%.

Del mismo modo, la falta de apoyo social parece jugar un papel en la progresión de la enfermedad cardiovascular.

Un metaanálisis encontró que el pobre apoyo social afectó negativamente la morbilidad cardíaca y por todas las causas.

Vivir solo está relacionado con la soledad, pero vivir solo no equivale a sentirse solo.

Sin embargo, vivir solo también se ha relacionado con un mayor riesgo de mortalidad y eventos cardíacos, pero la evidencia no es consistente. no vivir solo después de 32 años de seguimiento

RESUMEN OBJETIVO

Explorar si vivir solo y la soledad:

- 1) Están asociados con malos resultados informados por el paciente al alta hospitalaria
- 2) Predecir eventos cardíacos y mortalidad 1 año después del alta hospitalaria en mujeres y hombres con cardiopatía isquémica, arritmia, insuficiencia cardíaca o válvula cardíaca enfermedad.

MÉTODOS

Una encuesta nacional transversal que incluye pacientes con enfermedad cardíaca conocida al alta hospitalaria combinada con datos del registro nacional al inicio del estudio y un año de seguimiento.

La soledad se evaluó mediante una pregunta autoinformada, y la información sobre la convivencia estaba disponible en los registros nacionales.

Los resultados clínicos fueron eventos



cardíacos a 1 año (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, paro cardíaco, taquicardia ventricular / fibrilación) y mortalidad por todas las causas de los registros nacionales.

Resultados

Un total de 13.443 pacientes (53%) con cardiopatía isquémica, arritmia, insuficiencia cardíaca o valvulopatía completaron la encuesta. De estos, el 70% eran hombres, y la edad media era de 66,1 entre las mujeres y 64,9 entre los hombres.

- En todos los diagnósticos cardíacos, la soledad se asoció con resultados
- significativamente más pobres informados por los pacientes en hombres y muieres.
- La soledad predijo la mortalidad por todas las causas entre mujeres y hombres (HR 2.92 (IC 95% 1.55 a 5.49) y HR 2.14 (IC 95% 1.43 a 3.22), respectivamente).
- Vivir solo predijo eventos cardíacos solo en hombres (HR 1.39 (IC 95%: 1.05 a 1.85)).

CONCLUSIONES

- Se encontró una fuerte asociación entre la soledad y los malos resultados informados por los pacientes y la mortalidad a 1 año tanto en hombres como en mujeres en los diagnósticos cardíacos.
- Los resultados sugieren que la soledad debería ser una prioridad para las iniciativas de salud pública, y también debería incluirse en la evaluación del riesgo clínico en pacientes cardíacos.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que las mujeres y los hombres que se sienten solos informan una salud mental y física, una calidad de vida significativamente más pobres y tienen más probabilidades de informar síntomas de ansiedad y depresión. Tanto en las mujeres como en los hombres, vivir solo se asoció con un menor riesgo de síntomas de ansiedad.

Después del ajuste por posibles factores de confusión, la soledad se asoció con un riesgo significativamente mayor de mortalidad por todas las causas entre mujeres y hombres. Solo entre los hombres, vivir solo predijo un mayor riesgo de eventos cardíacos.

INTERPRETACIÓN

Los resultados actuales muestran que la soledad se asocia significativamente con los malos resultados. Esto resalta los posibles efectos perjudiciales para la salud asociados con la soledad según lo experimentado y reportado por el paciente.

Los hallazgos del valor predictivo de la soledad en la mortalidad en este estudio están en línea con investigaciones previas en enfermedades cardiovasculares, y la soledad influye significativamente en el pronóstico.

Al observar estimaciones no ajustadas de eventos cardíacos y mortalidad, hubo diferencias de riesgo significativas entre los que se sentían solos en comparación con los que no, y los que vivían solos en comparación con los que vivían con otros, tanto entre hombres como mujeres. Después del ajuste, quedan algunas diferencias significativas.

Los factores de riesgo conductual y la comorbilidad, por lo tanto, no parecen explicar la asociación entre la soledad y la morbilidad y la mortalidad.

Esto indica que la vía conductual no puede, en este estudio, explicar completamente la asociación. Los factores de riesgo convencionales se encontraron en otro estudio para explicar la mayor parte del riesgo de infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular.

Además, un gran estudio de cohorte encontró que el exceso de mortalidad entre las personas solitarias se atribuye tanto al estilo de vida poco saludable como a las condiciones socioeconómicas y a la disminución de la capacidad mental y al bienestar.

En el presente estudio, la medida

subjetiva de la soledad fue un predictor mucho más fuerte de los resultados informados por el paciente (PRO) y la mortalidad en comparación con la medida objetiva de vivir solo.

Las diferentes definiciones y medidas de soledad y convivencia pueden dificultar la comparación directa de los resultados entre los estudios. Sin embargo, el hecho de que el sentimiento subjetivo de soledad esté asociado con malos resultados de salud está bien establecido, mientras que los hallazgos de los efectos de salud asociados con vivir solo apunta en diferentes direcciones.

Estudios anteriores muestran un mayor riesgo de mortalidad entre pacientes que viven solos, pero en un estudio este es solo el caso entre pacientes más jóvenes. Sin embargo, otro estudio no encuentra ninguna asociación significativa con el riesgo de mortalidad o reingreso.

Esto también es evidente en el hallazgo de que tanto los hombres como las mujeres que viven solos tienen un menor riesgo de síntomas de ansiedad en comparación con los que viven con alguien. Puede haber aspectos positivos y negativos de las relaciones cercanas.

Las relaciones sociales estresantes están asociadas con un mayor riesgo de enfermedad isquémica incidente y pueden aumentar la mortalidad. Del mismo modo, en una población de edad avanzada existe un mayor riesgo de vivir con un cónyuge o pareja enferma, lo que puede causar preocupación y ansiedad. Estos son factores que los pacientes que viven solos no enfrentarían en la misma medida que los que viven con alguien y podrían ayudar a explicar a quién reportan una mejor salud mental.

La soledad fue un fuerte predictor de malos resultados de salud tanto en hombres como en mujeres, pero vivir solo fue un predictor de eventos cardíacos en los hombres. Estudios anteriores encontraron que las mujeres tienen redes más grandes que los hombres y que estar separadas, divorciadas o solteras tiene un mayor impacto en las redes sociales de los hombres en comparación con las de las mujeres.

Debido al diseño de este estudio, no es posible sacar conclusiones sobre los mecanismos causales. Existe la posibilidad de una causalidad inversa, ya que se desconoce si la soledad o la enfermedad fueron primero. Además, la sensación de soledad puede cambiar dentro del primer año después del alta hospitalaria.

Sin embargo, los hallazgos están en línea con investigaciones previas que sugieren que la soledad está asociada con cambios en la función cardiovascular, neuroendócrina e inmune, así como con elecciones de estilo de vida poco saludables que pueden afectar los resultados negativos para la salud.



viene de pág. 30

GENERALIZABILIDAD

Este es un estudio nacional danés y pueden existir diferencias internacionales en el tratamiento, así como en la cultura y el comportamiento social. La tasa de respuesta fue del 53%, lo cual no es inesperado en una población de pacientes gravemente enfermos. Sin embargo, esto puede generar inquietudes con respecto a la representatividad.

La proporción de pacientes en cada grupo de diagnóstico es comparable entre respondedores y no respondedores y tienen características sociodemográficas y clínicas similares. Sin embargo, se detectó una mayor tasa de mortalidad entre los no respondedores.

TRASCENDENCIA

Hay indicios de que la carga de la soledad y el aislamiento social está aumentando. Además, cada vez más pruebas apuntan a que su influencia en los malos resultados de salud es equivalente al riesgo asociado con la obesidad severa. Por lo tanto, las iniciativas de salud pública deberían apuntar a reducir la soledad.

MENSAJES CLAVE

¿Qué se sabe sobre este tema?

- La soledad y el escaso apoyo social se han relacionado tanto con el desarrollo de cardiopatía isquémica como con la mortalidad cardiovascular.
- La soledad afecta los resultados de salud a través de vías conductuales, psicológicas y biológicas.

¿Qué podría agregar este estudio?

- Al alta hospitalaria, la soledad se asocia con una mala salud mental y física informada por el paciente y es un fuerte predictor de mortalidad después de 1 año en hombres y mujeres en todos los diagnósticos cardíacos.
 - Una medida subjetiva de la soledad

es un predictor más fuerte de malos resultados que la medida objetiva de vivir solo.

¿Cómo podría afectar esto en la práctica clínica?

La soledad debe incluirse en la evaluación del riesgo clínico de pacientes cardíacos.

Autor: Anne Vinggaard Christensen1, Knud Juel2, Ola Ekholm2, Lars Thrysøe3, Charlotte Brun Thorup, et al. Fuente: BMJ http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315460 Significantly increased risk of all-cause mortality among cardiac patients feeling lonely Fuente IntraMed

¿CÓMO VIVE UN MÉDICO LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD PROPIA?

Crónica de un enfermo médico

Un conmovedor relato de la experiencia de un médico que enfrenta la experiencia de vivir el rol de paciente

Como cualquier ser humano, todos los médicos fueron, son o serán pacientes, por lo menos una vez en la vida. Dado que existen noventa mil médicos matriculados en la Argentina, y si se tiene en cuenta que la enfermedad de un miembro de la familia repercute de un modo u otro sobre sus allegados, la salud de los médicos en su conjunto no es un problema menor, puesto que son ellos quienes deben estar en las mejores condiciones físicas y mentales para tratar, y si es posible curar, al resto de las personas. Existen diversos mitos alrededor de los médicos enfermos: por una parte se les asigna un cierto grado de inmunidad que los preserva de enfermarse y también que si sufren alguna alteración de su salud, tendrían la capacidad para superar el problema por el sólo hecho de ejercer la profesión. Otro mito es que son muy malos pacientes, extremadamente sensibles e incapaces de tolerar los mismos síntomas que podría soportar bastante bien el resto de las personas. Lo cierto es que algunas ventajas los asisten por los habituales contactos entre colegas, los turnos se les conceden más rápido que a los demás y los informes de los estudios demoran menos. Si la enfermedad que los afecta es grave y requiere internación, muchos rehúsan a asistirse en centros donde son conocidos para evitar que sus colegas los vean desnudos o en condiciones relativamente minusválidas, en tanto otros prefieren sitios que les son familiares porque imaginan que se les otorgará ciertas prerrogativas con respecto a los demás pacientes. Esto último no deja de generar conflictos cuando los médicos enfermos se autoasignan atribuciones que no les corresponde o pretenden tratos diferenciales que no se les puede complacer sin afectar el servicio.

Un colega que trabajaba junto conmigo en el Policlínico Ferroviario Central hoy desactivado, me refería con pedido de reserva, las vicisitudes que debió sortear para que le trataran su afección, a pesar de estar convencido de su "buen comportamiento". Trataré de trascribir sus palabras expresadas en forma con-



fidencial en la cafetería donde solíamos conversar sobre temas hospitalarios, y lo haré con la mayor fidelidad posible:

"A pesar de mi condición de oncólogo habituado a ver operaciones grandes, o tal vez exacerbada esta condición por ese particular atributo, tuve desde siempre terror a las intervenciones que otra persona pudiera llevar a cabo sobre mi cuerpo e hice consciente mi pusilanimidad frente al casi seguro dolor posoperatorio en caso de tener que ser operado alguna vez. Por otra parte, sov de los tantos médicos que sienten que el supuesto poder conferido a nosotros para manejar las enfermedades ajenas nos otorga cierta inmunidad al organismo propio por obra y gracia de una magia irracional, que como tal carece de todo sustento lógico".

"Pero por fortuna cuando llegó el momento de asumir la realidad, reconocí que soy igual que cualquier otra persona en cuanto a la susceptibilidad para enfermarme, v por ello consideré la conveniencia de someterme a los mismos controles periódicos que la mayoría de los mortales, aunque gozara de un estado de salud aparente: que la presión arterial, que la cámara gama para el corazón, que los análisis de sangre, que la colonoscopia, que el examen de la próstata y todas las otras investigaciones que llevan al descubrimiento de cosas malas para ser tratadas antes que se manifiesten por síntomas, y algunas que no siendo tan graves generan igualmente ansiedades

hasta que no se descubre su naturaleza, pero que para conseguir definirlas, a veces se deben invadir o penetrar los tejidos para hacer biopsias".

"Por desidia prefería ignorar qué fenómenos raros pudieran estar ocurriendo dentro de mi cuerpo sin saberlo. Además la edad madura a que por suerte había llegado, determinaron que considerara ya oportuno confiarme a un clínico conocido para que me controlara. En el chequeo incluyó la determinación del antígeno prostático específico conocido como PSA. Los valores no fueron muy altos, pero sí lo suficientemente elevados como para encender la alarma y acortar los intervalos entre controles, en comparación con los que se llevan a cabo en personas aparentemente sanas. Indecible era la ansiedad cuando se aproximaba la fecha y durante el tiempo que mediaba entre la extracción de la muestra de sangre y la recepción del resultado del análisis. Finalmente en uno de ellos hubo franco incremento de los valores con respecto a los de referencia considerados normales, por lo cual dos urólogos de prestigio estimaron que ya era oportuno realizar una biopsia de la próstata".

"Por esa época se venían acentuando mis rituales precedentes a situaciones de riesgo, con la ilusa pretensión de torcer el destino a mi favor: consistían en poner la pierna derecha por arriba o por delante de la izquierda, usar corbata o ropa interior con algún detalle en color

rojo y unas pocas otras brujerías que por ese entonces quería creer que me servirían de ayuda".

"Finalmente me realizaron la biopsia de la próstata, enseguida de haber pasado un inquieto fin de semana en Mar del Plata con amigos. Pocos días después me encontraba atendiendo pacientes durante una de mis habituales sesiones de consultorio, cuando me llamó el patólogo para informarme que se trataba de un cáncer. En ese momento estaba entrevistando a una paciente que en agradecimiento por el buen resultado del tratamiento que yo le había prescripto, me trajo una planta ornamental que definió como "el árbol de la vida", junto con un pedestal para apoyar la maceta. El nombre de la planta me produjo sensación desagradable, tal vez paradojal, pero sólo era debido al momento desafortunado en que recibí el regalo. Además, para reforzar el rechazo por un probable mal augurio, el pedestal me evocó un implemento común en velatorios y cementerios. Cuando mi mujer lo vio tuvo sensaciones parecidas; como consecuencia y de común acuerdo, nos deshicimos del pedestal. La planta tuvo un destino parecido, porque como si comprendiera el significado malicioso que sin razón alguna le había atribuido, terminó muriéndose de a poco a pesar de la buena luz que recibía y el adecuado riego y fertilizantes que se le prodigaban".

"Con el diagnóstico de tumor maligno se me indicaron estudios para encarar el tratamiento, y entre ellos una tomografía computada de abdomen. Temblé cuando mi amigo el radiólogo me contó que había descubierto un tumor en el polo inferior del riñón izquierdo, hallazgo incidental del que nunca se había tenido noticias hasta el momento. Dos especialistas coincidieron en postergar la solución de la formación renal. En cambio me ofrecieron uno de tres tratamientos posibles para el cáncer de próstata a realizar de inmediato, de los cuales elegí la implantación de semillas radiactivas mediante agujas gruesas insertadas en la pelvis".

"Para todo esto, estaba yo entrando en un cuadro depresivo, por sentirme huésped de dos tumores en sitios dis-

sigue en pág. 31

viene de pág. 30

tintos y ver como que un paredón me tapaba el horizonte haciendo las veces de próximo final de la vida, para lo cual no estaba todavía preparado. Lloraba mucho y quería que mi mujer estuviera siempre a mi lado, lo cual no iba a mejorar mi situación pero sí empeorar la de ella, al sustraerla de su trabajo docente en la universidad, que llevaba a cabo con dedicación apasionada. Entretanto, sobrellevé la situación gracias a la ayuda de un querido psicoterapeuta que concurría a mi domicilio, a los psicofármacos que me prescribió para que pudiera dormir, y a la elaboración como coautor de un capítulo del libro que un colega estaba editando con otros médicos de prestigio internacional.

"Finalmente llegaron de Europa las semillas radiactivas después de una espera prolongada y me internaron para ser colocadas bajo anestesia general. La recuperación fue lenta y dolorosa. Recién cuando el posoperatorio se fue superando, volví a mi urólogo a fin de fijar fecha para la operación del tumor renal. Se sorprendió cuando le expuse mi intención, porque según me explicó, las pautas terapéuticas logradas por consenso de especialistas, prescribían esperar mientras se procedía al control evolutivo semestral mediante ecografías de riñón. En ese sentido mis comentarios a otros urólogos demostraron que al respecto las opiniones estaban divididas. En cambio los oncólogos consultados eran todos coincidentemente partidarios de operar y mi primo médico que vive en Chicago y padecía algo similar, se hizo extirpar el riñón porque consideraba que un tumor debía estar en el laboratorio de anatomía patológica y no en cambio en el cuerpo de su portador. Él se operó, tuvo complicaciones y el tumor fue benigno, lo cual encima enredaba más mis pensamientos y favorecía mi indecisión".

"Por mi comentada pusilanimidad, acepté el temperamento expectante e inicié la saga de controles semestrales por estudios de imágenes del tumor renal. Éste medía tanto en ecografía como en tomografía 17 x 22 mm al comienzo y su diámetro crecía alrededor de 1 mm por semestre. Cada control era un martirio que se iniciaba casi un mes antes. Las ecografías eran en días viernes a la mañana y con el informe, si no había crecimiento llamativo tomaba un café con mi mujer en el bar de la esquina y llamaba a mis hijos y amigos para pasarles aliviado las novedades".

'Mantuve muchos años mi rutina de controles semestrales. Mi urólogo sostenía que aunque el tumor del polo renal inferior fuera maligno, convendría esperar hasta que superara los tres centímetros de diámetro, porque hasta entonces la diseminación es infrecuente, y además las técnicas quirúrgicas y los instrumentos se actualizan rápidamente y las operaciones se hacen cada vez menos invasivas y más eficaces. Acepté ese temperamento, porque además favorecía mi aversión a someterme a una operación. También escuché de alguien que la lentitud de crecimiento podría ser compatible con tumor benigno".

"Al cabo de 7 años del hallazgo, el tumor tenía ya 30 mm., la frontera arbitraria y convencional entre la expectación y la cirugía. Mi urólogo amigo me invitó a disfrutar de mis vacaciones de verano y yo a cambio, lo invité a que me prometiera que en abril me iba a operar. En marzo, el diámetro era de 32 mm. La que sigue fue mi conversación en su consultorio:

-¿Cuándo me vas a operar, Marcelo?

-Conviene esperar amigo, pero quedate tranquilo que no voy a permitir que el nódulo llegue a 35 mm.

-Entonces ¿cuál es el criterio de esperar, y además antes el límite era 30 mm y ahora lo aumentás a 35?

-El criterio es el mismo que sostuve hasta ahora: la poca probabilidad de metástasis y el progreso esperable de técnicas y equipos.

-¿No habrá Marcelo alguna razón oculta que piadosamente omitís y encima me cambiás el tamaño crítico?

-No mi viejo, si me pidieras la cirugía no tendría razones para negarme, porque mucho importa la voluntad del paciente.

- Te contesto a la brevedad Marcelo.

"Tres días después volví a su consultorio con la decisión tomada de ser operado. Marcelo nos comunicó a mi mujer y a mí que no sería él el cirujano sino Fernando, experto en cirugía laparoscópica poco invasiva. De este modo se evitaría la gran incisión clásica para operar el riñón. Marcelo sin embargo ofreció estar presente durante la operación, pero no para participar en las maniobras sino para pensar v compartir decisiones durante el acto quirúrgico".

"La intervención se llevaría a cabo en un prestigioso hospital privado donde el cirujano contaba con el equipamiento al que estaba acostumbrado y los colaboradores habituales. Como persona, Fernando me pareció simpático, contenedor, medido y con la juventud que invariablemente los médicos mayores asociamos a la destreza manual para realizar procedimientos relativamente novedosos. Es decir que todo estaba en su lugar: cirujano joven para mover las manos y poner la cabeza, cirujano de más edad para apoyar el razonamiento del más joven si hiciera falta, y centro médico con dotación adecuada.

"Ese mismo día pedí los turnos para examen cardiológico, prueba de esfuerzo, análisis y valoración del riesgo quirúrgico. A las 48 hs. estaba completado el estudio preoperatorio y una compleja tomografía, cuyo resultado me sería comunicado al cabo de dos días. Los estudios generales dieron bien, pero la tomografía puso en evidencia que en lugar de un solo tumor renal, tenía tres de tamaño parecido. Eso reforzaba la indicación de cirugía, pero como debido a las múltiples lesiones no era posible extirpar sólo una parte del riñón, debía removerse todo el órgano".

"De mi parte, como la decisión estaba tomada, quería que se me operara cuanto antes. El cirujano me extendió la orden de internación con la cual debía concurrir al hospital a las seis de la mañana y presentarme en la oficina de admisión, para que la intervención quirúrgica pudiera llevarse a cabo a las ocho. La noche previa dormí bien sin necesidad de sedante alguno. Al hospital

me acompaño mi esposa, que estaba más nerviosa que vo. Me llamaron por mi apellido, por lo cual me acerqué a un mostrador con mi documento de identidad. Respondí algunas preguntas sobre filiación, domicilio y teléfono. Se me entregó un formulario impreso con algunos espacios en blanco para rellenar y me indicaron que firmara al pie. Era el consentimiento médico-terapéutico informado, que en realidad según indican las normas, debería haber leido un médico en mi presencia, explicar los términos y escribir en los espacios vacíos de qué operación se trataba y cuáles eran los riesgos que implicaba, porque el formulario que me presentaron era genérico. Pensé que estaba mal que ese documento lo ofreciera un empleado administrativo que no podría contestar las inquietudes que al leerlo pudiera expresar un paciente cualquiera. Lo firmé sin leer, primero porque era condición ineludible para la internación, y además porque con seguridad no encontraría ningún médico a esa hora dispuesto a brindar aclaraciones a las posibles preguntas que podría formularle".

"Me acompañaron a un sector con recintos pequeños donde sólo cabía una cama angosta y una silla para acompañante. Allí debí guitarme toda la ropa de calle y reemplazarla sólo por un camisolín. Una enfermera adusta me preguntó antecedentes clínicos y registró mi presión arterial, frecuencia de pulso y temperatura axilar. Como el tiempo trascurría y va se había superado con creces la hora programada para el comienzo de la operación, llamé a la misma enfermera para preguntarle si había algún inconveniente que explicara el retraso. Me respondió de mala gana que el quirófano estaba ocupado con una urgencia. Media hora más tarde me transfirieron de la cama a una camilla dura y angosta y mientras me despedía de mi mujer me retiraron de la habitación. Yo estaba tranquilo, aunque el desplazarse pasivamente por los pasillos mirando el techo, v ver trascurrir los tubos fluorescentes en sentido contrario al movimiento de mi camilla, fue una experiencia que recuerdo en forma vívida hasta el día de hoy por lo inusual de las imágenes. Se abrieron las puertas de la planta de quirófanos con lo cual pasé a manos de otra enfermera que se presentó con su nombre. Me explicó que la sala de operaciones aun no estaba preparada, por lo cual me trasladarían a un espacio de estacionamiento transitorio. Allí permanecí casi una hora. Mi cabeza se apoyaba en una barra de hierro que oficiaba de cabecera de la camilla, tenía frío, no voces, carros cuyas ruedas chirriaban y Academia Argentina de Cirugía

su contenido hacía ruido de metales al entrechocarse por el movimiento. Alguien pasó cerca y le pedí por favor que llamara a cualquiera que me relevara de esta situación sumamente incómoda y angustiosa. Entonces se acercó mi cirujano, acompañado de otra persona que dijo ser el anestesista, a quien respondí algunas preguntas sobre alergia y que se supone que integran la denominada visita preanestésica de rigor que en este caso fue apenas un simulacro de lo que debía ser. Al poco rato me pasaron a la mesa de operaciones y rápidamente me dormí."

"Fue un posperatorio muy doloroso complicado con una infección pulmonar, la cual hice tratar por un especialista que entró de contrabando a mi pedido, porque el de la planta hospitalaria no había concurrido después de un día de haber sido llamado. Durante mi internación recibí solamente dos veces la visita de mi simpático pero ausente cirujano. Todos los días en cambio, me veían los residentes. Cada uno me preguntaba lo mismo que otro había preguntado el día anterior. Por suerte, mi amigo Marcelo concurría casi a diario. Aunque dejó claro que su presencia era social, yo intuí que vigilaba que todo se mantuviera en su cauce."

El relato de mi colega fue apasionante. Yo sufría junto con él por las vicisitudes padecidas y hasta me hacía la idea de estar en su pellejo pidiendo ayuda, y al mismo tiempo vestido de blanco ofreciéndosela. En un momento y ya en la etapa en que me refería su egreso del hospital, lo cual omito para no prolongar la crónica, me dijo que pensara, atendiendo a mi condición de profesor universitario, el modo de insertar en cada materia clínica vinculada a la asistencia a pacientes, módulos o capítulos relacionados con empatía, comunicación, humanismo y todos aquellos temas que ayudan a los pacientes a superar el trance de la enfermedad, como complemento imprescindible de la medicación y otros recursos terapéuticos.

Tomé la idea y me puse a buscar médicos docentes, que además de la teoría tuvieran experiencia práctica sobre buen comportamiento y se encontraran dispuestos a enseñar con vocación y esmero a los estudiantes, con el convencimiento de que estos aspectos asistenciales son absolutamente necesarios para recuperar la salud perdida. Trascurrieron ya varios años de búsqueda infructuosa, porque no pude completar el plantel de docentes con todos aquellos que tuvieran los atributos requeridos.

Autor: Profesor Dr. Carlos Spector, Cirujano torácico, Decano de la Facultad podía moverme porque si lo hacía po- de Ciencias de la Salud de UCES, Profesor día caer hacia un costado. Escuchaba Consulto Titular de UBA, Emérito de la



Atención de mujeres con antecedentes de trauma sexual

A nivel mundial, aproximadamente el 30% de las mujeres informan violencia de pareja (física, sexual o ambas) y el 7,2% se enfrentan a la violencia sexual entre compañeros en su vida

Lo que necesita saber

- Las intervenciones de terapia cognitivo-conductual centradas en el trauma en la fase aguda después de la agresión sexual pueden potencialmente prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático.
- Algunas personas dudan en revelar un historial de trauma sexual y pueden evitar la atención médica de rutina por temor a la retraumatización.
- Algunos grupos recomiendan evaluar rutinariamente a las mujeres en busca de antecedentes de trauma sexual, pero puede individualizar esto y preguntar si surgen preocupaciones específicas durante la consulta.
- Ejercite una sensibilidad adicional durante el examen y explique los pasos para que el paciente sepa qué esperar y pueda solicitar aplazar el examen en cualquier momento.
- El examen pélvico anual se puede evitar en personas que expresan ansiedad o malestar; Una revisión exhaustiva de los síntomas puede ser suficiente en estos pacientes si no tienen síntomas relacionados.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, aproximadamente el 30% de las mujeres informan violencia de pareja (física, sexual o ambas) (intervalo de confianza del 95% del 27,8% al 32,2%) y aproximadamente el 7,2% (intervalo de confianza del 95% del 5,3% al 9,1%) de las mujeres se enfrentan a -la violencia sexual entre compañeros en su vida.1 La violencia sexual en los hombres está menos estudiada.

En los Estados Unidos, la Encuesta Nacional de Violencia Sexual y de Pareja determinó una prevalencia de violencia sexual por contacto (incluyendo penetración forzada y caricias) de 36.3% (intervalo de confianza del 95% 35.3% a 37.2%) entre las mujeres y 17.1% (95% intervalo de confianza 16.3% a 17.9%) entre hombres.2

Las experiencias de violencia sexual afectan negativamente el bienestar físico y psicológico a largo plazo de una persona, así como su interacción con el sistema de salud.

La mayoría de las pautas se centran en el tratamiento en el contexto agudo inmediatamente después de la agresión sexual, y rara vez abordan la atención a largo plazo. El siguiente recuadro enumera aspectos clave de la atención médica aguda para personas que han experimentado violencia sexual.

Resumen de la atención aguda para personas que han sufrido agresión sexual

Acceso a centros de referencia de agresión sexual o un examinador forense de agresión sexual, si es posible

Historial de asalto: ubicación, posicionamiento, tiempo, mecanismos de lesión, coerción utilizada, formas de



penetración, eyaculación.

- Examen físico
- o Evaluación de la piel "de arriba a abajo".
- o examen anogenital como lo indica el historial de asalto.
- Anticoncepción de emergencia si un posible embarazo no es deseado
- o Anticoncepción de progestágeno solo dentro de las 120 horas, 72 horas idealmente para aumentar la eficiencia.
- Prueba de infección de transmisión sexual (ITS)
- o Cultivo de gonorrea y clamidia/ prueba de ácido nucleico
 - o cultura Trichomonas
 - o Sífilis, VIH, serologías de hepatitis B
 - Profilaxis de ITS
- o Profilaxis posterior a la exposición al VIH (los datos sobre la efectividad de otras formas de profilaxis de ITS son limitados)
 - Salud mental
 - o validación del paciente
- o Proporcionar afirmación de que el paciente no tiene la culpa
- o Detección de trastorno de estrés agudo y signos tempranos de trastorno de estrés postraumático.

o Consulte al trabajador social o al consejero de crisis para la planificación de la seguridad y el tratamiento psicológico.

En esta Actualización clínica, discutimos la atención a largo plazo para personas con antecedentes de trauma sexual. Esto cubre la atención médica brindada meses o años después de que su experiencia o experiencias de violencia sexual hayan pasado. Resumimos las necesidades médicas y de salud mental a largo plazo en personas que han experimentado violencia sexual y brindamos recomendaciones para que los médicos optimicen su atención.

La prevalencia de la violencia sexual es mayor entre las mujeres; por lo tanto, nos centramos en las mujeres y discutimos brevemente consideraciones específicas en hombres, personas transgénero y niños.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS A LARGO PLAZO EN LA SALUD DE LA VIOLENCIA SEXUAL?

SALUD MENTAL

Las personas con antecedentes de

trauma sexual tienen un mayor riesgo de enfermedades crónicas de salud mental, incluido el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión, la ansiedad y los trastornos por abuso de sustancias.678 La violencia sexual es uno de los predictores más fuertes de desarrollo de trastorno de estrés postraumático en comparación con otras formas de trauma.910

Una revisión sistemática reciente bien realizada (39 estudios, más de 88 000 participantes) informó una prevalencia de por vida de trastorno de estrés postraumático después del asalto sexual del 36% (intervalo de confianza del 95% del 31% al 41%).11

Puede persistir durante muchos años, incluso con tratamiento.1213 Las personas pueden experimentar recuerdos intrusivos del trauma, flashbacks o pesadillas, episodios disociativos, evitar situaciones asociadas con el trauma, estado de ánimo deprimido, irritabilidad, insomnio o ansiedad.14

SALUD FÍSICA

La mayoría de las investigaciones sobre los efectos a largo plazo de la violencia sexual en la salud se centran en las secuelas psiquiátricas; sin embargo, los datos sugieren una mayor prevalencia de resultados negativos para la salud física también.

Un estudio transversal de más de 16.000 hombres y mujeres en los Estados Unidos mostró tasas más altas de asma, diabetes, síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza, trastornos del sueño y dolor crónico en personas que habían experimentado violencia sexual y de pareja en comparación con las personas. sin tal historia6. Los síntomas ginecológicos son más comunes.

En un estudio transversal (730 mujeres alemanas), aquellas con antecedentes de violencia sexual de por vida tuvieron una mayor prevalencia de dismenorrea, infecciones vaginales, infecciones del tracto urinario, dolor pélvico crónico y ciclos menstruales irregulares.

Un estudio pequeño (191 mujeres estadounidenses), las mujeres que habían sido objeto de agresión sexual y / o violencia de pareja íntima eran más propensas a informar dispareunia, menorragia y antecedentes de una o más infecciones

de transmisión sexual en comparación con las mujeres sin ese historial.16

Debido al diseño transversal de la investigación actual, poco se puede decir sobre la causalidad de la relación entre la violencia sexual y los resultados de salud física a largo plazo. Algunos afirman que puede estar relacionado con mecanismos de afrontamiento dañinos y/o una respuesta neurofisiológica al estrés crónico.

¿QUÉ MEDIDAS SE PUEDEN TOMAR EN EL CONTEXTO AGUDO PARA MEJORAR LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO?

Hay suficiente literatura disponible solo para la prevención del TEPT con intervenciones en el entorno agudo después de una agresión sexual. Las revisiones sistemáticas Cochrane de intervenciones psicológicas agudas después de un evento traumático han estudiado tanto "informes psicológicos" de una sola sesión, que implican una oportunidad única para la discusión y el procesamiento emocional del evento, como intervenciones breves de varias sesiones, incluida la terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia cognitiva conductual centrada en el trauma y desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular.1819

Estas revisiones no encontraron evidencia de la eficacia de ninguna intervención psicológica para prevenir el desarrollo de TEPT.19

Recomendamos la detección del trastorno de estrés agudo dentro de un mes de la agresión sexual para identificar a las personas que se beneficiarían de la TCC centrada en el trauma. El trastorno de estrés agudo es distinto del TEPT solo en que los síntomas han durado menos de un mes.

Las herramientas de detección validadas incluyen el Cuestionario de reacción de estrés agudo de Stanford o el Informe de autoescala de síntomas postraumáticos.2021 El tratamiento con TCC centrada en el trauma dentro de los tres meses posteriores a la experiencia traumática ha demostrado ser eficaz para reducir los síntomas de estrés traumático en personas que presentan trastorno de estrés agudo.

Una revisión sistemática Cochrane de intervenciones farmacológicas para prevenir el TEPT encontró evidencia de calidad moderada para el uso de hidrocortisona (razón de riesgo 0.17; intervalo de confianza del 95% 0.05 a -0.56; valor de P = 0.004 y número necesario para tratar = 7-13) (cuatro asignados al azar ensayos controlados, 165 personas) .24 Todavía no se ha convertido en un estándar de atención en los departamentos de emergencias psiquiátricas.25

La prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) es importante en el contexto agudo. Haga una prueba de ITS y considere ofrecer profilaxis post-exposición para el VIH.26

¿Cómo influye un historial de trauma

sigue en pág. 33

INFORMACIONES GENERALES



viene de pág. 32

sexual en las experiencias de atención médica de una persona?

Las experiencias de violencia sexual tienen el potencial de influir en la atención médica de una persona a largo plazo. En un pequeño estudio transversal (61 personas), más del 90% de las mujeres que habían sufrido abuso sexual infantil temían los exámenes médicos como resultado de su abuso y el 64% de los encuestados informaron que este miedo les hizo evitar la rutina. asistencia sanitaria.27

En estudios de control de casos de tamaño moderado se ha observado la evitación de la atención preventiva, como mamografías y frotis cervicales, en personas con antecedentes de trauma sexual.

Cómo un historial de trauma sexual puede influir en la salud y la atención médica de una persona

Cuando las personas utilizan los servicios, pueden informar más experiencias negativas relacionadas con su atención médica. Las personas con antecedentes de trauma informan una mayor incomodidad durante el examen pélvico.303132

Un estudio de casos y controles de 85 mujeres alemanas encontró que un mayor porcentaje de mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil informó que una visita a su ginecólogo sería una fuente de tensión psicológica, y más de la mitad de los participantes dijeron que sus experiencias de abuso continuaron influyendo en su atención ginecológica.33

La disociación, en la cual una persona se desprende de su entorno físico y a menudo no responde a hablar o tocar, es una reacción común a la ansiedad aumentada que las personas con antecedentes de trauma pueden experimentar durante un examen ginecológico.

¿Deberíamos preguntar a la gente de manera rutinaria sobre la historia de la violencia sexual?

Algunos profesionales recomiendan exámenes de rutina para identificar a las personas que pueden haber experimentado violencia sexual para comprender mejor sus necesidades de salud y brindar apoyo adicional si es necesario.

El Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología recomienda que los obstetras-ginecólogos evalúen de manera rutinaria a todas las mujeres en busca de antecedentes de agresión sexual.36 Sin embargo, hay poca evidencia que demuestre que el cribado de rutina en realidad mejora los resultados para las mujeres que han experimentado un trauma o lo desean.

Entre el 6% y el 27% de las mujeres con antecedentes de violencia sexual lo revelaron en el entorno sanitario, según una revisión sistemática (23 estudios originales, con un rango de participantes de 103 a 2181) .37

Más de la mitad de las mujeres (más de 3.000 participantes) que no revelaron su historial a un proveedor, declararon que no creían que fuera relevante para su atención.38 De hecho, en nuestra experiencia, muchas personas no desean hablar sobre sus experiencias de trauma sexual con cada proveedor médico.

Dada la ausencia de evidencia clara, la decisión de realizar un cribado debe ser individualizada y probablemente dependerá de la función específica del proveedor, el área de experiencia y la competencia percibida para responder a la respuesta afirmativa de una persona al cribado.

Como alternativa, puede preguntar sobre un historial de agresión sexual cuando surgen preocupaciones específicas, como ansiedad inusual durante la entrevista o el examen físico, o reacciones emocionales al hablar sobre el historial ginecológico.

¿CÓMO PUEDEN LOS PROFESIONALES MÉDICOS BRINDAR ATENCIÓN SENSIBLE A LAS PERSONAS CON ANTECEDENTES DE TRAUMA SEXUAL?

La atención informada sobre el trauma implica la prestación de servicios de manera que reconozca y responda a las necesidades únicas de las personas que han experimentado un trauma. El recuadro describe el enfoque de la Clínica EMPOWER que hemos establecido en nuestra práctica como un modelo particular de atención informada por trauma.

El modelo de Clínica EMPOWER

- La Clínica EMPOWER para personas que han experimentado tráfico sexual y violencia sexual, ubicada en Nueva York, brinda atención a largo plazo informada por trauma para personas con antecedentes de trauma sexual.39
- El modelo EMPOWER consiste en un obstetra / ginecólogo y un psiquiatra de ubicación conjunta que trabajan en estrecha colaboración y coordinan la atención con los administradores de casos de las organizaciones de servicios sociales de referencia, para abordar de manera integral las necesidades de una persona.
- El modelo de atención integrada (obstetra / ginecólogo y psiquiatra) está diseñado para garantizar que se satisfagan plenamente las necesidades médicas y de salud mental de los pacientes.
- Los proveedores tienen capacitación y experiencia en trauma y cuentan con las herramientas necesarias para brindar atención sensible a esta población.

EMPOWER para agentes de salud

- Permitir a los pacientes la oportunidad de discutir directamente su historia de trauma sexual y cómo puede afectar su salud y experiencias:
- Evaluar las historias clínicas y los síntomas de los pacientes en el contexto de la violencia sexual que han experimentado.
- Trabajar en colaboración con pacientes para brindar atención médica que sea sensible a sus necesidades únicas.

Es posible que no sepa de antemano si una persona tiene antecedentes de trauma. Esfuércese por crear un ambiente acogedor y seguro para que los pacientes se sientan seguros de revelar un historial de violencia sexual si así lo desean. Considere cómo el historial de trauma de una persona podría estar relacionado con sus síntomas de presentación. Pregunte sobre su historial médico e interacciones con el sistema de salud.

Los adultos que han sufrido abuso sexual durante la infancia reportan constantemente sentimientos de vulnerabilidad y falta de control como determinantes importantes de las experiencias negativas de atención médica, según una

revisión sistemática de estudios sobre las perspectivas de los pacientes.40

Reconozca el papel de la persona en la toma de decisiones sobre su salud y modifique prácticas cuando sea necesario para satisfacer las necesidades individuales.

Proporcione una descripción general de los pasos de la visita, incluidos los aspectos específicos del examen físico. Aliéntelos a sentirse lo más controlados posible y pregúnteles qué podría hacerlos sentir más cómodos.41 Preste especial atención a la modestia y la comodidad del paciente. Esto también puede ayudar a evitar la retraumatización. El recuadro 3 cubre sugerencias sobre cómo abordar el examen en estos pacientes.

Consejos para el examen físico y ginecológico en personas con antecedentes de trauma sexual40

- Ejercer sensibilidad adicional durante el examen. Tocar a una persona como parte de un examen físico o ginecológico puede sentirse más invasivo y potencialmente desencadenante para algunos pacientes.
- Enfatice la agencia y el control de la persona sobre su cuerpo a lo largo del examen físico. Infórmeles con anticipación que pueden solicitar detener el proceso en cualquier momento. Esto puede ayudar a aliviar el estrés relacionado con el examen.
- Explique los pasos del examen antes de realizarlos para que la persona sepa qué esperar y usted tenga su permiso.
- Exponga solo el área necesaria del cuerpo a la vez durante el examen.
- Algunas personas pueden tener dificultades particulares con un examen con espéculo. Es importante no forzar este aspecto del examen. Intenta enseñar a la persona a relajar voluntariamente sus músculos perineales. Puede tocar suavemente la pierna de la persona, seguida del perineo, y finalmente los labios mayores, pidiéndole que preste atención a cómo responden sus músculos perineales al tacto y luego practique relajándolos voluntariamente. Proceda con el examen una vez que la persona sienta que puede hacerlo con éxito y pueda tolerar el examen.
- Evite los comportamientos que pueden desencadenar, como separar las piernas del paciente o usar un lenguaje que pueda haber sido usado durante su abuso (por ejemplo, "simplemente reláiese". "esto no va a doler").
- Considere omitir o diferir ciertos componentes del examen físico si no es particularmente relevante para la principal preocupación del paciente.
- Suspenda el examen si una persona se disocia. Además de las cuestiones legales y éticas de realizar un examen invasivo mientras la persona está efectivamente inconsciente, continuar el examen podría retraumatizarla.

Según la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de EE. UU., actualmente no hay datos suficientes para concluir si los beneficios de un examen pélvico anual superan los riesgos asociados en mujeres asintomáticas.42

Dada la mayor probabilidad de incomodidad y retraumatización para las mujeres con antecedentes de trauma sexual, la cuestión de la necesidad de un examen anual es especialmente relevante. Una revisión exhaustiva puede ser suficiente en personas que describen molestias o ansiedad severas con un examen pélvico. Puede diferir el examen pélvico si es asintomática.

Cómo brindar atención a las necesidades de salud mental de los pacientes

Pregunte sobre el estado de salud mental de un paciente (por ejemplo, preguntándole si ha tenido pensamientos, sentimientos o comportamientos negativos que interfieren con su vida diaria) y / o use herramientas de detección estandarizadas para la depresión43 para identificar problemas comunes de salud mental, incluyendo TEPT, depresión, ansiedad, trastornos por abuso de sustancias e ideación suicida.

Discuta la derivación a los servicios de salud mental apropiados cuando se identifique un trastorno psiquiátrico. La ubicación conjunta de los servicios de atención primaria y de salud mental puede mejorar el acceso para esta población.44 Una combinación de intervenciones psicológicas y / o farmacológicas puede ser apropiada para el TEPT, teniendo en cuenta las preferencias de la persona.45

Otras poblaciones de pacientes

Los hombres que sufren violencia sexual experimentan efectos similares en la salud a largo plazo que las mujeres y pueden tener necesidades médicas específicas.

Los hombres a menudo son menos propensos a revelar un historial de violencia sexual, en parte debido a reacciones más negativas cuando lo hacen. 46 Es importante ser consciente de los prejuicios de género con respecto a la victimización sexual y reconocer que los hombres también pueden experimentar abuso.

Algunos estudios señalan peores resultados entre hombres y niños que han sido víctimas de violencia sexual. En un pequeño estudio transversal de adultos que habían sufrido agresión sexual, los hombres informaron mayor angustia en 8 de cada 10 escalas de una medida clínica estandarizada de síntomas de trauma en comparación con las mujeres.47 Los problemas psicológicos adicionales a largo plazo pueden ser más comunes entre los hombres, incluyendo la confusión sexual.

Las personas transgénero que se han enfrentado a la violencia sexual con frecuencia experimentan discriminación en el entorno médico, mayores barreras para la atención y una mayor prevalencia de problemas de salud mental.4950 Una revisión exhaustiva (20 estudios, casi 3000 personas transgénero) informó que aproximadamente la mitad había experimentado alguna forma de actividad sexual no deseada.51

Las personas que han sufrido abuso sexual en la infancia también pueden tener necesidades de atención médica únicas. Varias revisiones informan una mayor probabilidad de revictimización de adultos (nueva experiencia de violencia sexual después de que una experiencia previa haya finalizado) en personas que han sufrido abuso sexual infantil.525354 - Autor: Veronica Ades, Brian Goddard, Savannah Pearson Ayala, Judy A Greene Fuente: BMJ 2019; 367 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.l5825 Caring for long term health needs in women with a history of sexual trauma -FUENTE INTRA MED