AÑO XXIII . Nº 235 . FLORIDA . OCTUBRE 2020

EL DIARIO MEDICO
Salud hoy

HEMOCENTRO REGIONAL, UNA EXPERIENCIA ÚNICA EN EL SERVICIO PÚBLICO

Hemocentro 11 años

Información en págs. 13 y 14

DM

SUSCRIPCIÓN GRATUITA POR INTERNET
www.eldiariomedico.com.uy

UN PROYECTO DE LEY EN DEBATE

Eutanasia en el Uruguay

El diputado Dr. Ope Pasquet presentó meses atrás un proyecto de ley para despenalizar la eutanasia, que tanto el Código Penal como el Código de Ética Médica hasta el presente habían señalado como conductas punibles. Sin embargo hay una corriente de opinión importante –según una encuesta reciente – en el ámbito médico, para aceptar que bajo ciertas condiciones pueda autorizarse en casos de enfermedades terminales o sufrimientos insoportables y sin terapia posible. Se trata de un tema complejo, donde se enfrentan diferentes posturas filosóficas, religiosas, éticas y humanas, no obstante lo cual debe ser objeto de amplio debate y de legislación que actualice algo que es reclamado por algunas personas.

AC. DR. ANTONIO TURNES

Este aspecto de la legislación ha sido debatido todavía en ámbitos reducidos, y algunos colegas se han opuesto a considerarlo por considerar que en tiempos de pandemia no sería oportuno hacerlo. Pero es indudable que la consideración del tema no puede esquivarse y es necesario afrontarlo con información y lucidez, preservando el derecho de quienes tienen objeción de conciencia y preceptivamente están y estarán cerrados a toda consideración de esta naturaleza.

Otros colegas han opuesto la existencia, aún poco difundida a escala nacional, de los cuidados paliativos, que son una realidad en la mayor parte del mundo civilizado y en las principales instituciones del SNIS, al menos en el ámbito capitalino, como una solución al reclamo de muerte digna. Lo cual es una falacia de falsa oposición, como diría Carlos Vaz Ferreira.

El proyecto de ley se podrá ajustar y mejorarse en algunos detalles. Pero es indudable que no se puede seguir esquivando el bulto a esta altura de la civilización, en un país como el nuestro que se ha caracterizado por su defensa de los derechos de la persona en su más amplia acepción, su legislación de avanzada, y su liberalización de diversas prácticas que hasta hace pocos años se consideraban prohibidas, como la despenalización del aborto y el consumo de sustancias psicoactivas.

Para contribuir a esa necesaria reflexión, van aquí dos elementos: 1) la información sobre la encuesta realizada por Equipos Mori a pedido del Sindicato Médico del Uruguay y 2) la prédica del Cr. Fernando Sureda, difundida después de su muerte, por nuestro apreciado amigo el Cr. Omar Sueiro Pérez.

LA ENCUESTA

Una encuesta de Equipos Consultores encargada por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) arrojó que un 82% de los médicos está de acuerdo con permitir la eutanasia activa "en las condiciones propuestas", a raíz del proyecto de ley presentado en marzo por el diputado Ope Pasquet y la bancada de Ciudadanos.

El concepto refiere a la práctica en que el médico "da muerte" al paciente que así lo solicita por padecer una enfermedad terminal.

Un 58% de los encuestados se manifestó de acuerdo con el suicidio médicamente asistido en el que el paciente solicita a su médico que le proporcione los medios para acabar él mismo con su vida.

Pese a la alta aprobación de que se incorpore la eutanasia activa a la legislación, cuatro de cada cinco consultados consideraron necesario que el texto incluya la posibilidad de interponer objeción de conciencia, que implica que por sus propios valores o principios el médico puede negarse a llevar adelante él mismo la práctica solicitada por su paciente.

Tal opción está prevista, por ejemplo, en la ley que regula la interrupción voluntaria del embarazo.

Dos de cada tres médicos (68%) señalaron haber tenido algún paciente terminal y con "mucho dolor" en los últimos dos años. En ese caso, el 62% reconoció haber aplicado medicamentos para aliviar el dolor, incluso cuando ello pudiera haber acelerado la muerte.

La mitad de los encuestados, por otra parte, manifestó haber interrumpido, en esos casos, los tratamientos que prolongaran la vida. Casi uno de cada cinco (19%) confesó: "Lo ayudé a morir para evitar su sufrimiento".

Los segmentos que muestran menores niveles de aprobación de la eutanasia son personas "muy religiosas", identificadas como cristianos no católicos mayores de 55 años. En su caso un 35% se declaró predispuesto a practicar la eutanasia, 30% menos que aquellos que consideraron a la religión como "nada importante" en sus vidas.

El 82% de quienes se reconocieron de izquierda o centro izquierda están a favor de la eutanasia activa, 21% más que los autodeclarados de derecha o centroderecha.

El relevamiento se hizo entre el 31 de julio y el 1° de agosto a una muestra representativa de 417 profesionales, definida según edad y región de ejercicio.

El SMU había encargado en mayo una encuesta a Equipos Consultores, aplicada en esa instancia a la opinión pública -no limitada a profesionales de la salud-. También el 82% expresó estar de acuerdo con la eutanasia.

LA HISTORIA DE FERNANDO SUREDA

HONRAR LA VIDA

Víctima de una prolongada e incurable enfermedad degenerativa autoinmune, Fernando se erigió en la principal referencia en la lucha por la legalidad de la eutanasia. En lugar de lamentarse, permanecer y transcurrir, eligió: Honrar la Vida.

Por Omar Sueiro

Desde que nos conocimos en la década del 60, transitamos caminos laborales y familiares paralelos. Estudiamos en la Facultad de Ciencias Económicas y luego también coincidimos trabajando en la vieja FUNSA. En este medio siglo transitamos prácticamente las etapas de vida comunes y corrientes de dos laburantes pertenecientes a la clase media uruguaya: los estudios, la militancia, la profesión, la creación y el crecimiento de nuestras familias y, en determinado momento, la súbita e inesperada desaparición de una fuente de trabajo que pensábamos iba a perdurar toda nuestra vida activa. En 1991-92 se nos "movió violentamente el piso".

Acostumbrados a vivir casi un cuarto de siglo de seguridad laboral, debimos transitar un período de inestabilidad económica hasta conseguir un nuevo equilibrio profesional. Fernando finalmente accedió por concurso a la Gerencia General de la Asociación Uruguaya de Fútbol (AUF), que ocupó durante un dilatado período hasta llegar a la edad que le permitió retirarse con la intención de retomar el ejercicio libre de la profesión.

Pero llegó la enfermedad y así lo explicaba Fernando en una entrevista en el semanario Voces:

"Padezco ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica) desde aproximadamente febrero de 2016, siendo diagnosticado recién en febrero de 2018. El plazo de dos años transcurridos sin diagnóstico obedece a las grandes dificultades que existen en determinarlo. Particularmente en mi caso tuve tres diagnósticos erróneos en ese período (apnea del sueño, poli neuropatía periférica y canal estrecho lumbar). Actualmente a tres años y medio de los primeros síntomas, tengo invalidez absoluta de los miembros inferiores, invalidez que está lentamente subiendo por mis miembros superiores. Es decir, la pérdida o atrofia de la musculatura como consecuencia de la muerte de las neuronas motoras (del cerebelo y la médula espinal) hace que en sus etapas finales no se pueda beber, comer, hablar y respirar. Te transformás en un verdadero muñeco de trapo".

Descubierta la entidad de la enfermedad, no pudo ejercer su profesión, ni siquiera considerarse en disponibilidad para hacer al menos algunos trabajos menores que pudiera desarrollar en su domicilio.

Allí comenzó una nueva preocupación en Fernando Sureda: morir antes de cumplir 70 años. Si ello ocurría su señora esposa no podría acceder a la pensión de la Caja de Profesionales (CJPPU).

Fernando -que ejerció libremente la profesión en forma esporádica- no tenía aportes suficientes a la CJPPU para jubilarse por el sistema común, pero sí los tenía para acceder a la de edad avanzada, cuando cumpliera los 70 años, y luego -ya jubilado- su muerte generaría pensión. Pero si el fallecimiento ocurría antes de los 70, al no haber jubilación, no habría lugar para que su esposa percibiera la pensión complementaria generada por ejercicio liberal, situación esencialmente injusta e inhumana, actualmente sin posibilidad legal que permita remediarlo.

Felizmente Fernando pudo vivir para cumplir los 70 años y superar una preocupación producto de sus sentimientos familiares, pero su conciencia siguió adelante con sus desvelos por la suerte de aquellos a los que la vida pone en similares circunstancias a las que él estaba atravesando, fundamentalmente en lo sanitario, aunque también por la no remediada injusticia social señalada en el párrafo anterior.

LA PELEA DE FERNANDO SUREDA POR UNA VIDA DIGNA PARA TODOS

A medida que el tiempo transcurría y la enfermedad recrudecía, Fernando redobló su lucha y su compromiso social en pro de una vida digna que incluyera una muerte con el menor sufrimiento posible. Es decir que pese a estar irremisiblemente postrado en el ámbito cerrado de su casa familiar en Pinamar, Fernando eligió salir al exterior a pelear

sigue en pág. 4

Por una síntesis inteligente que asegure equidad en la estructura social

Una vez más nos encontramos en un cruce de caminos.

El Parlamento Uruguayo está discutiendo el Presupuesto Nacional, ley fundamental del Estado que, al delinear para el período, los proyectos de la administración y el proceso financiero de los próximos años, marcará en un mucho o en un poco, los destinos del país y de los distintos sectores que conforman la comunidad de la nación.

Se explican entonces las expectativas, inquietudes y movilizaciones que se manifiestan en los diversos ámbitos de actividad de quienes son los constructores y sostenes de la estructura social.

Ello es propio de un Estado Democrático en el cual la confrontación de ideas ha sido la base para la elaboración de la síntesis que marcará el rumbo del camino a recorrer en los próximos años.

También es cierto que muy pocas veces como ahora es fácil para el observador interesado en las discusiones parlamentarias, visualizar la confrontación dialéctica entre dos concepciones políticas de la organización social.

Para un observador desapasionado (aunque sea difícil separar la pasión de la política), esa confrontación tampoco debe extrañar.

Es que las últimas elecciones nacionales mostraron cuantitativamente –también como pocas veces --una paridad casi absoluta en el electorado, en cuanto a su apoyo a una u otra concepción.

Hacemos votos entonces para que, aceptando por todos esa realidad, se arribe sin dogmatismos, a una síntesis inteligente que asegure soluciones de equidad para las agudas problemáticas que afectan hoy al país y a los diversos sectores de su estructura social. 15.10.2020.

Prof. Elbio D. Álvarez Aguilar (DIRECTOR)

Hacia el porvenir partieron sombras

LIC. PSIC. SEBASTIÁN ALVAREZ MELGAR

Arranquemos con algo inquietante sin ser excepcional. Nos encontramos una vez más atravesando tiempos apocalípticos, terminales y catastróficos, aunque con la diferencia de ser tiempos más globalizados que cualquier otro tiempo histórico. La palabra parece estar carente de poder o agotada y todavía “alguien le dijo al emperador que andaba desnudo” casi a los gritos, como diría Hegel en una de sus envalentonadas poéticas: con “las flores pisoteadas al borde del camino”. Parafraseando a Benjamín, frente a un obturado relato del historicismo, la invitación es a abrir el tiempo histórico y desplegar sus ilimitadas posibilidades. Con la caída del velo entonces aparece la desconfianza y lo entendido como real se presenta de ropaje falaz. Ante esto cada cual busca atender su propio y seguro juego. La verdad entonces si bien se puede relativizar deja huérfana a la palabra y lo real carece de un destino anhelado. El recurso más primitivo ante esto es la fuga, en muchos casos hacia adelante con una conversión que cae en el Juicio de Dios y que dios me perdone de este correlato. El pasado entonces y el futuro se presentan minados de catástrofes y al final del laberinto casi siempre nos espera una monstruosa y repetida figurita. Pero contamos con la astucia de Teseo y el hilo que le ofrendó de manera amorosa Adriadna y esa madeja aferrada nos conduce aún a la otredad.

Ese retorno al otro nos permite creer en la potencia de las palabras aún no dichas más allá de toda certeza. Cuando el malestar cultural no es compartido termina arruinando a la propia Cultura y sin cultura la ventura padece. Para ser claro, evitemos pensar que el malestar lo deba cargar un semejante, así que esta vez tratemos de encontrar una salida creativa como seres humanos y más allá de toda crisis civilizatoria.

DIRECTOR RESPONSABLE Y COORDINADOR GRAL.:
Prof. Elbio D. Alvarez - Adj. Lic. Sebastián Alvarez Melgar
COORDINADOR MÉDICO Y DIRECCIÓN TÉCNICA:
Dr. Juan José Arén Frontera
ADMINISTRACIÓN Y EDICIÓN
PUMEES S.R.L. (Publicaciones Médicas Especializadas)
DOMICILIO
Dr. González 978 - C.P. 94000 - Florida
18 de Julio 1485 Piso 2 - Montevideo - Uruguay.
Telefax: 2408 3797 - Ancel 099 351 366
E-MAIL: elbioalvarez@eldiariomedico.com.uy

M.I.E. y M. 299108 - M.E.C. Exp. Nº 1105/98 (T. XI F. 184)
COLABORAN CON EL DIARIO MEDICO:
COLUMNISTAS INVITADOS
Ac. Dr. Antonio Turnes; Dr. Miguel Fernández Galeano;
Ac. Dr. Néstor Campos; Dr. Pablo Vázquez;
Dr. Enrique Soto; Dra. Silvia Melgar;
Dr. Gustavo Grecco; Dr. Homero Bagnulo;
Dr. Ramón Soto; Lic. Pablo Anzalone; Dr. Daniel Pazos;
Dr. Santiago Cedrés; Pof. Dra. Patricia Fierro Alanís;
Dr. Uruguay Russi; Dr. Jorge Venegas;

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

Ministerio de SALUD
asse salud
Publicación técnica de actualización permanente de INTERES MUNICIPAL (Res. 2531/02)
Montevideo de Todos
Publicación científica nacional nacida en Florida, de interés departamental (Res. 19486/2002)
FLORIDA Departamento Abierto

viene de pág. 2

por una vida digna para sus congéneres a través de todos los medios de difusión posibles, utilizando las relaciones que había cultivado en el ámbito deportivo, fundamentalmente entre los trabajadores del periodismo que habían recurrido a su generosidad informativa en su época de gerente de la AUF.

En este momento, en el que nosotros y la sociedad toda hemos perdido a Fernando, creemos que como mínimo, nuestra obligación es recordar algunas de sus exposiciones, opiniones vertidas en diferentes órganos de prensa, y también su denuncia sobre la disposición de la ley de la Caja Profesional que lo había desvelado hasta cumplir 70 años.

"Siendo un jubilado con tiempo, a partir del diagnóstico me dediqué a leer, ver películas, videos y testimonios que me llevaron a conocer paso por paso el desarrollo de la enfermedad.

Yo tenía más ventajas que el Sabalero a quien su propia "vieja puta y fría" (la muerte) lo tumbó sin avisar; yo conocía de antemano cuándo me tumbaría, es así que decidí intentar colocar sobre la mesa el tema de la despenalización de la eutanasia con la esperanza, esa traidora, de que llegado el momento en que sintiera que estaba perdiendo mi dignidad se me aplicaría.

Eutanasia significa «buena muerte» o «morir con dignidad». La frontera entre lo digno y lo indigno es obviamente definida subjetivamente por cada enfermo. En mi caso, no será cuando ya no me pueda peinar más, cuando ya no pueda lavarme los dientes, o cuando ya no pueda rascarme la nariz".

"No es digno morirse ahogado, ni hacer sufrir a tu familia, permitir que tu familia sufra tanto. Yo decidí que soy dueño de mi vida y entiendo que puedo decidir cuándo puedo terminar con ella", explicó.

"Yo quiero instalar el tema de la eutanasia a nivel de la sociedad, así como se instaló el de la ley del aborto, que se hable del tema porque hay más de veinte países que la permiten".

Voluntad anticipada

En Uruguay existe desde 2009 la Ley de Voluntad Anticipada, que garantiza el derecho de una persona a decidir que no quiere recibir tratamiento médico cuando está frente a una enfermedad terminal.

Sin embargo, la voluntad anticipada y la eutanasia no son lo mismo, ya que esta segunda atenta contra el juramento hipocrático que toman los médicos.

Si bien deben ayudar a las personas a tener una muerte digna, no pueden terminar con una vida. Para Gustavo Greco, presidente del Sindicato Médico del Uruguay, la eutanasia va en contra del juramento, pero "es un debate que se tiene que dar". Por su parte, Luis Gallo, diputado del Frente Amplio, explicó que lo que se ha desarrollado en el mundo son los cuidados paliativos y que está en contra de la eutanasia, pero que si llega un proyecto al Parlamento lo estudiará como es debido.

"En estos tiempos electorales he hablado con muchos políticos de distintos partidos y lo que todos me dijeron fue que no era el momento político adecuado para plantear el tema. Yo pienso exactamente lo contrario. ¡Qué mejor momento que el año electoral para saber uno por uno qué piensa el espectro político sobre el buen morir! Y cuando digo uno por uno, me refiero a los pensamientos personales y de sus partidos".

"En el mundo hay alrededor de 15 o 20 países y o Estados que tienen la eutanasia legalizada. En Sudamérica solamente Colombia, a partir del 2005. Uruguay siempre ha estado en la vanguardia en la promulgación de leyes que mejoraran el desarrollo de su sociedad".

"Ya en 1934 el código penal tenía la figura del homicidio piadoso y, últimamente, desde 2007 en adelante se aprobaron leyes relativas al Testamento Vital, derechos de los pacientes y cuidados paliativos. Estas leyes evitan el encarnizamiento terapéutico que alarga la vida de los pacientes. A mi entender por una interpretación indebida para el siglo XXI del juramento de Hipócrates. La frontera entre los cuidados paliativos y la eutanasia, a mi entender, es muy difusa. La diferencia entre la «sedación final» de los cuidados paliativos y la aplicación de la eutanasia son a veces horas o días. Más allá de lo anterior, muchas veces los médicos y el personal de la salud son obligados a actuar al borde de la ley, atendiendo razonables pedidos de familiares para acabar con el sufrimiento de seres queridos".

"En el caso particular de mi enfermedad tomo en cuenta que llegaría a la etapa final de la ELA sin dolor físico, traqueotomizado y gastromizado. En esas condiciones podría llegar a vivir años y mi sufrimiento se limitaría a observar dramáticamente el sufrimiento de mi impotente familia. Lo que acabo de describir no es vida, es una sobrevida de malísima calidad".

Según Galería, suplemento del semanario Búsqueda: "El caso de Sureda fue uno de los que inspiró al diputado colorado Ope Pasquet a redactar un proyecto de ley -firmado por él y otros cuatro representantes de Ciudadanos, el sector liderado por el canciller Ernesto Talvi- que legaliza la eutanasia y el suicidio asistido. Básicamente, el texto le quita cualquier sanción penal al médico que ayude a morir al paciente que padezca una enfermedad terminal y que, sin más vueltas, quiera dejar de vivir porque no soporta más sufrimiento".

Y más adelante: "Pasquet es colorado. Sureda se dice frenteamplista de toda la vida. Aun así dice que el diputado -con quien tiene una amistad de larga data- «es uno de los pocos políticos que resiste cualquier archivo». Y dice que cuando se contactó con él no tenía otra cosa en mente que morirse, ya que el ELA -la misma enfermedad que padeció el científico Stephen Hawkings- es una enfermedad degenerativa que apunta a un único e inevitable final, con el cuerpo dejando sin cesar de funcionar hasta que ya no se puede respirar".

"Sin embargo, y sin dejar de mirar con atención la eutanasia, el exdirectivo de la AUF se ha estado sometiendo a la medicina paliativa, con dos consultas a la semana por videoconferencia y la visita dos veces a la semana de una enfermera. «No es que ahora no me quiera morir, pero ahora considero la eutanasia como el último escalón. Tendría que ser una herramienta más para que el médico no se sienta culpable de hacerla»".

"Por último, les pido los periodistas que mantengan a la eutanasia como tema de debate y la introduzcan en las entrevistas, reportajes, opiniones que tengan con los futuros gobernantes de este país. Quiero insistir en la idea del debate sobre la eutanasia y no en su imposición como ley rápidamente. Pretendo debates horizontales, verticales y transversales que abarquen todos los estamentos de la sociedad".

"Si se pierde tiempo y dinero para que un pelotudo fundamentalista logre derogar la ley trans, no me asusta hacer un pre referéndum, un referéndum y un plebiscito al mejor estilo del Dr. Larrañaga. Quizá se demore más tiempo que el requerido para la aprobación de la interrupción voluntaria del embarazo y no me importa. Aconsejo a los interesados ver algunos videos en YouTube con testimonios desgarradores; entre ellos está el suicidio asistido de José Antonio Arrabal, español, que filma su propia muerte. También les recomiendo el de otro español que se filma envenenando a su esposa (con 32 años de esclerosis múltiple) quien le reclama «morir» a gritos. También, pero ahora en Netflix, no dejen de ver el capítulo 4 de la 2da. temporada de la serie «Salvados», llamado el «buen morir». Así como el paciente de ese episodio, deseo morir levantando una copa con mi mujer, mis hijos y mi nieto mayor, despidiéndonos con un «hasta pronto»".

Y así, el tres de setiembre, con sus manos en las de su esposa, rodeado por sus hijos y sus nietos, Fernando se despidió con un "hasta pronto".

Aunque los lectores ya se habrán dado cuenta que Fernando sigue estando con nosotros.

"¡HONRAR LA VIDA!" - ELADIA BLÁZQUEZ

¡No!
Permanecer y transcurrir
no es perdurar, no es existir
ni honrar la vida.
Hay tantas maneras de no ser
tanta conciencia sin saber
adormecida…
Merecer la vida no es callar y consentir
tantas injusticias repetidas…
Es una virtud, es dignidad
y es la actitud de identidad
más difinida.
Eso de durar y transcurrir
no nos da derecho a presumir
porque no es lo mismo que vivir
¡honrar la vida!

¡No!
Permanecer y transcurrir
no siempre quiere sugerir
honrar la vida.
Hay tanta pequeña vanidad
en nuestra tonta humanidad
enceguecida.
Merecer la vida es erguirse vertical
más allá del mal, de las caídas…
Es igual que darle a la verdad
y a nuestra propia libertad
la bienvenida.
Eso de durar y transcurrir
no nos da derecho a presumir
porque no es lo mismo que vivir
¡honrar la vida!

I La ley N.° 17.993 de la CCJPPU, en sus Arts. 77 y 78, define el derecho a percibir jubilación por edad avanzada, las exigencias básicas son: no tener causal para una jubilación profesional común, un mínimo de aportes efectivos durante al menos 15 años de servicios y cumplir los 70 años de edad. Pero tiene limitaciones a la generación de pensión.

II "Eutanasiando a la ELA por Fernando Sureda", Semanario Voces, 04.08.2019.

"Un acto de amor por Piero Cardinal", Semanario Voces, 01.12.2019.

III "Fernando Sureda, «decidí que quiero una muerte digna»", Telenoche, 06.06.2019.

"¿Muerte digna o «atajo»? El debate existencial que siempre vuelve ahora se dirime en el Parlamento", El País, suplemento "Qué pasa", 21.03.2020.

LORENA TABORDA
CONTADORA

IVA - IRF - IASS - FONASA
Certificados de Ingresos
Liquidación de Sueldos
cra.lorenataborda@gmail.com
098 939 239

Homenaje al Dr. Francisco Soca en el Día del Patrimonio

En el marco del día del patrimonio 2020 se realizó en la ciudad de Canelones el acto en homenaje a la figura del Dr Francisco Soca, primer médico uruguayo.

En la oportunidad fue presentado un documental alusivo a la vida del recordado médico y el Prof. Mag Daniel Torena expuso sobre "El Prof. Dr Francisco Soca y Salud Pública en el interior, a fines del siglo XIX y comienzos del S XX ".

LA DRA. PATRICIA NAVA EN PALABRAS DE APERTURA.

Estuvieron presentes integrantes del Comité Ejecutivo de FEMI, encabezado por su presidente la Dra Patricia Nava, quien realizó las palabras de apertura del evento, que contó con la participación de autoridades nacionales y departamentales, gremiales médicas de FEMI e instituciones de asistencia médica del departamento; Ministro de Medio Ambiente Adrián Peña, Senador Luis Pintado, Intendente de Canelones Tabaré Costa, el Director General de Cultura Manuel Melendez, Coordinador del área de patrimonio Jorge Repetto, Presidente del Colegio Médico del Uruguay Dr. Blauco Rodríguez, Consejero cultural de la Embajada de Francia en el Uruguay Patrick Flot, Sra Inmaculada Cedrés Presidenta de la Sociedad de la Islas Canarias.

Estuvieron presentes además representantes de las Fuerzas Aéreas y Jefatura de Policía de Canelones, entre otras organizaciones que formaron parte de esta exitosa instancia cultural.

AGRADECIMIENTOS A COLABORADORES PERMANENTES

Destacamos la iniciativa y colaboración permanente, desde la gremial de FEMI a: Agrupación Médica de Pando, estando representada por su presidente Dr Marcelo Rodriguez y por el Dr Diego García, y la Gremial Médica de Canelones y su presidente Dr. Alejandro Pérez.

CIERRE DEL ACTO POR EL DR. DIEGO GARCÍA

El Dr Diego Garcia , integrante del Comité Ejecutivo de FEMI, dió cierre al acto, destacando en la figura del Dr. Francisco Soca, pasado, presente y futuro de la medicina del Uruguay, promotor de la descentralización del acceso a la salud y a quien en el dia del Patrimonio, los médicos del interior le rendimos su homenaje.

El acceso a la Historia Clínica Electrónica como Derecho Humano

El viernes 16 de octubre se llevará a cabo videoconferencia sobre "EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA NACIONAL (HCEN) COMO DERECHO HUMANO: ¿UN AVANCE CON GARANTÍAS?"

PROGRAMA: PRIMERA PARTE: EL PAPEL DE SALUD.UY Y EL ACCESO A LA HCEN

Manejo del Chat y Moderadores Generales: Integrantes de la CAB-FEMI, Dra. Gloria Mesones y Dr. Daniel Morelli. Integrante del Equipo Salud.uy, Lic. en Imagenología, Juan Pablo Lozano.

Hora 8:50-9:00: Introducción. Objetivos: Presidenta de FEMI Dra. Patricia Nava.

9:00 – 9:15: Presentación de Salud.uy e hitos de la iniciativa de salud digital nacional 2012-2020: Ex Integrante del Comité de Dirección Salud.uy, miembro de grupo asesor del Programa, Dr. Félix González.

9:15 – 9:30: Preguntas por chat de los participantes sobre Salud.uy

9:30 – 9:45: Presentación de HCEN

Responsable de Gestión del Cambio Salud.uy, Mag. Elisa Martínez

9:45-10:05: Preguntas por chat de los participantes sobre HCEN

10:05 – 10:25: Presentación de Mi HCD.

Integrante del Equipo Salud.uy Lic. en Imagenología, Juan Pablo Lozano.

10:25 – 11:25: Preguntas por chat de los participantes sobre Mi HCD y generales. Intervenciones de otros integrantes y asesores especializados según corresponda.

SEGUNDA PARTE: DDHH Y PRINCIPIOS ÉTICOS EN LA ERA DIGITAL

Coordinadoras y Moderadoras Generales: Integrante de la CAB-FEMI, Dra. Gloria Mesones y Responsable de Gestión de Cambio Salud.uy, Mg. Elisa Martínez.

Manejo del Chat: Integrante del Equipo Salud.uy Lic. en Imagenología Juan Pablo Lozano.

Hora 11:30-11:45: Los Derechos Humanos en la era digital: ¿Un inevitable deterioro? Comisión de Asesoramiento en Bioética de FEMI (CAB-FEMI), Prof. Dr. Oscar Cluzet.

Hora 11:45-12:00: Intimidad y privacidad en el acceso a la HCEN: consideraciones éticas y médico-legales: Asesor de la CAB-FEMI y Ac. Profesor de Medicina Legal de CLAEH y Universidad de Montevideo, Dr. Guido Berro.

Hora 12:00-12:15: Desafíos para un nuevo ecosistema en el Derecho Médico al influjo de las nuevas tecnologías. Prof. de Información Pública y Datos Personales de la Universidad de Montevideo y Abogado Asesor del Colegio Médico del Uruguay, Dr. Pablo Schiavi.

Hora 12:15-13:15: Coloquio Reactivo. Integrantes: Prof. de Derecho Penal de la Universidad de Montevideo y UDELAR, Dr. Pedro Montano. Dra. Jimena Hernández del Equipo de Secretaría General y Letrada de AGESIC. Dra. Claudia Damiano, Asesora Letrada de la Dirección General de la Salud (MSP). Médico Rural e Integrante de la Regional Norte del Colegio Médico del Uruguay, Dr. Ramón Soto. Integrante del Grupo Asesor de Salud.uy, Dr. Leandro Santos. Coordinador: Integrante de la CAB-FEMI, Dr. Luigi Cavalieri.

Hora 13:15-14:00: Participación por chat del Público Asistente. Conclusiones. Coordinador: Integrante de la CAB-FEMI, Dr. Ángel Valmaggia.

ORGANIZA: Comisión de Asesoramiento en Bioética de FEMI

Modalidad: videoconferencia por ZOOM y transmisión en directo por canal FEMI en You Tube de FEMI

Solicitar ID de ZOOM a secretaria@femi.com.uy

EN TORNO A LA REALIDAD EN COMETT

Nueva etapa en un largo proceso

En el largo proceso que FEMI viene cumpliendo en torno a este tema, que comprendió negociaciones diversas y presencia en territorio la Unidad de Negociación de la institución se reunió con el Subdirector Nacional de Trabajo , Sr. Santiago Torres .

En la entrevista se planteó la situación de los médicos de Comett con carencias de todo tipo , incertidumbre laboral y el no pago de sus haberes , algunos hace más de 8 meses.

Se le solicitó al MTSS que realice las gestiones correspondientes para proteger a los trabajadores médicos, tanto en el reconocimiento de adeudos como en su futura inserción laboral.

Esta historia comenzó hace largos meses y, en oportunidad de la presencia de integrantes del Ejecutivo en territorio, se realizó la siguiente información en el mes de setiembre.

17.09.2020 Movilización en Treinta y Tres por alarmante vulneración de derechos laborales.

Los primeros rayos de sol sobre la calle Lavalleja, en Treinta y Tres, empezaron a ponerle calor a lo que luego sería un "fogón humano".

"No a la explotación de médicos", rezaban los pasacalles con los que la Agremiación Médica de 33 y la Federación Médica del Interior embanderaron el reclamo por la alarmante situación que atraviesan los médicos de Comett.

"La verdad y la vergüenza nos interpelan como sociedad, no solamente como colegas, no solo como colectivo médico, sino cómo ciudadanos ante esta aberración sanitaria, ante la tremenda injusticia, ante el agravio y ante el avasallamiento de derechos laborales. Vamos a responder con lucha y denunciarlo donde suceda y cuando suceda, cómo lo hemos venido haciendo desde hace más de cuatro años tanto la Agremiación como FEMI en su conjunto para que no ocurra nunca más", dijo Osvaldo Bianchi, Secretario de FEMI, a los medios locales que dieron cuenta del acto.

La falta de insumos básicos, guardias médicas que no se cumplen, precariedad en la atención y en la contratación de profesionales es parte de lo que FEMI ya denunció ante el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Dirección Nacional de Trabajo (Dinatra).

El calor y el "fogón" terminaron de conformarlo las decenas de trabajadores que se agruparon sobre las 10:30 en la calle para escuchar y solidarizarse con la proclama que fue leída por uno de los 20 médicos extranjeros explotados.

Ahora públicamente, se solicitó un plan de pago de los adeudos que se arrastran desde el inicio del año 2020, así como la regularización de las condiciones de trabajo y pasaje a régimen de dependencia laboral.

"Estamos en épocas difíciles y se vienen situaciones aun más complejas, pero la unión del colectivo y el esfuerzo mancomunado hacia el objetivo de lograr trabajo digno en condiciones adecuadas, derecho de todas las personas, alcanzará para la mejora laboral, como lo ha alcanzado siempre el movimiento sindical", dijo Licenciada en Psicología Mónica Guerra, médica venezolana que sigue prestando servicios en Comett con el compromiso intacto, a pesar de los meses acumulados de adeudos.

EN SALTO

Reunión con autoridades universitarias y representantes de los estudiantes

El martes 13 FEMI se hizo presente en Salto con su Presidenta Dra. Patricia Nava, en la visita del Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Miguel Martínez.

En la oportunidad la Dra. Nava mantuvo reunión con autoridades universitarias locales y representantes de los estudiantes.

En la conferencia de prensa realizad la Presidenta de FEMI acompañó los planteamientos reclamando más presupuesto para la continuidad de la carrera de Medicina en el CENUR litoral norte.

Acuerdo entre FEMI y COMTA fortalece condiciones laborales

FEMI y los trabajadores médicos de Tacuarembó llegaron a un acuerdo con la Corporación Médica de Tacuarembó, Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales (COMTA-IAMPP), por el que se alcanzaron importantes avances en relación a las condiciones laborales y salariales.

Entre lo acordado, vale destacar la implementación de un cronograma de incorporaciones al régimen de relación de dependencia laboral de un mínimo de 13 médicos que en la actualidad se encuentran en régimen de arrendamiento de servicios, en función de las necesidades de asistencia.

Además, COMTA se hará cargo del pago de los honorarios de los profesionales no dependientes por los días de cuarentena o aislamiento relacionados al COVID-19 durante los que no puedan prestar servicio, en función del promedio de facturación de los seis meses anteriores.

También se mantendrán las medidas de priorización de los recursos como telemedicina, llamados telefónicos y mecanismos asistenciales alternativos mientras dure la situación de emergencia sanitaria para el trabajo en policlínicas, y se mantendrá el pago laudado y los viáticos para los casos de cuidados paliativos en domicilio.

Se estableció además el pago de viáticos por consultas a domicilio en el medio rural, manteniendo la implementación del convenio de complementación entre COMTA y ASSE.

Finalmente, COMTA se comprometió a dar cumplimiento al laudo FEMI.

De esta manera, y como FEMI lo ha hecho a lo largo de su historia, este acuerdo no solamente beneficia a los trabajadores, sino que también redundará en una mejor calidad de asistencia para los usuarios.

El Presupuesto Nacional y la firme posición de FEMI

En las últimas semanas, varios representantes del Comité Ejecutivo de la Federación Médica del Interior y asesores, mantuvieron reuniones con los integrantes de las diferentes bancadas parlamentarias en las que plantearon con firmeza la importancia de la asignación presupuestal para la Universidad de la República y su directa afectación a la situación de continuidad de la carrera médica en el interior (Regional Norte) y al desarrollo descentralizado en áreas de investigación.

Plantearon asimismo la necesidad de refuerzos presupuestales en distintas áreas que aseguraran una atención digna de la salud de la población y remuneraciones acordes al trascendente rol que cumplen en ésta y en todas las instancias, los equipos de salud de la actividad pública y privada.

Según lo informado desde el parlamento, el primer incremento será destinado a la Udelar para aumentar la calidad académica, la innovación y la integración de conocimiento a nivel nacional e internacional, así como para la expansión y el desarrollo de la Udelar en el territorio nacional, una de las principales reivindicaciones planteadas por FEMI.

Las notas gráficas documentan la intensa actividad cumplida durante el tratamiento en el Parlamento de la ley de Presupuesto Nacional.

FEMI en territorio

Contactos con los asociados, instituciones de diversas regiones e integrantes de Equipos de Salud de ASSE sobre necesidades presupuestales

Representantes de Femi recorrieron diversas localidades y ciudades del interior del país con la finalidad de mantener entrevistas directamente con sus asociados, con instituciones de diversas regiones y con integrantes de equipos de salud de ASSE, previamente a los contactos que mantendrían en el Parlamento en relación al Presupuesto Nacional y a la visión de la gremial sobre los diversos temas vinculados a la salud. Con el mismo objetivo mantuvieron reuniones con representantes de Udelar, estudiantes y decano de la Facultad de Medicina.

Las notas gráfica documentan aspectos de esas reuniones y visitas en todo el país.

asse
FEMI
LOS MÉDICOS DEL INTERIOR

asse
Centro Auxiliar Tala
FEMI
LOS MÉDICOS DEL INTERIOR

FEMI
LOS MÉDICOS DEL INTERIOR

FEMI
LOS MÉDICOS DEL INTERIOR

asse
FEMI
LOS MÉDICOS DEL INTERIOR

Representantes de FEMI y FODI se reunieron con Director del Área Salud Bucal de ASSE

Representantes de FEMI y FOD (Federación de Odontólogos del Interior) se reunieron con el director del área de salud Bucal de ASSE Dr. Néstor Graña.

En la reunión se analizaron los lineamientos y prioridades, especialmente la mejora del primer nivel de atención y de las condiciones laborales.

Estado de salud de los conductores

UNASEV, FEMI y el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandu, mantuvieron reunión conjunta con trabajadores del transporte en sus 3 sectores, y la cámara de transporte. Se presentó el proyecto de investigación sobre "El estado de salud de los conductores profesionales de las rutas nacionales".

Un proceso de construcción colectiva.

Con exposiciones de alta jerarquía se viene desarrollando el Primer Congreso Virtual del SMU

Semana tras semana se viene desarrollando el "1er. Congreso Virtual SMU: 100 años trabajando en las bases del futuro" con exposiciones que vienen colmando las máximas expectativas de todos los participantes.

Sobre este 1er. Congreso Virtual, había expresado el Presidente del SMU Dr. Gstavo Grecco previamente al comienzo del mismo: "La calidad de la práctica médica, el desarrollo profesional, la actividad gremial, la ética, la eutanasia, los problemas de género en medicina o la respuesta de nuestro país a la pandemia, son algunos de los temas que abordaremos en este Primer Congreso Virtual.

Entendemos que no se puede ejercer adecuadamente la medicina en su contexto social, político, económico y académico si no nos tomamos un necesario tiempo de debate, análisis y generación de propuestas de mejora. Como colectivo de profesionales así lo hemos hecho a lo largo de nuestros primeros 100 años de vida". "Los invitamos a participar en estas cinco semanas donde se presentarán conferencias, e interactuaremos entre moderadores y participantes, explotando al máximo las potencialidades que hoy nos brinda la tecnología".

Se inauguró el viernes 9 el laboratorio de simulación en el SMU

Este laboratorio polifuncional es único en el país y será utilizado por la unidad de DPMC para la formación continua de médicos y médicas. El SMU a lo largo de sus 100 años de vida ha sido una organización que ha velado por la defensa de los intereses de los médicos y médicas en sus más amplios aspectos, siendo la educación médica y el desarrollo profesional un tema central en estos 100 años.

El Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC) es parte fundamental en la mejora de la calidad asistencial.

El lanzamiento de la Unidad de DPMC, el 16 de abril de 2020 y del Laboratorio de Simulación polifuncional configuran dos hitos fundamentales en la historia del desarrollo profesional en medicina en Uruguay, un aporte sustancial a la profesión médica.

En las últimas décadas se han incrementado exponencialmente los avances científicos y tecnológicos en general y en el área salud en particular.

En este contexto resulta imprescindible la formación continua de todos los integrantes del equipo de salud pues la educación curricular de grado y postgrado no garantiza la competencia para los años de ejercicio de la profesión, siendo este un deber ético del profesional.

La importancia de la simulación clínica.

En las últimas dos décadas, la simulación clínica ha entrado en escena y su uso ha crecido de manera exponencial, se han realizado grandes avances en la inclusión de esta técnica en los diferentes programas educativos brindándole a la educación clínica una nueva herramienta.

Con este laboratorio que cuenta el SMU, proponemos educar, evaluar, investigar e integrar las distintas áreas del equipo de salud, facilitando el aprendizaje desde una práctica eficiente con foco en la seguridad del paciente y las necesidades percibidas por los profesionales.

El mismo permite generar escenarios repetitivos y de diferente complejidad, donde el estudiante o el profesional de la salud puede realizar un desarrollo práctico dentro de un ambiente controlado.

Equipamiento.

El laboratorio cuenta con los siguientes equipos:

• TruMonitor – plataforma que simula un dispositivo de monitoreo de pacientes en teléfono o tableta Apple o Android

y permite ajustar los signos vitales del paciente en tiempo real. Presenta resultados de laboratorio y crea escenarios médicos complejos para capacitación, exámenes o entrevistas.

• TruVent – plataforma de simulación de alta fidelidad que permite crear escenarios clínicos complejos en un paciente ventilado simulado. El instructor puede ajustar las características del paciente creando un motor respiratorio clínicamente preciso que mostrará las curvas apropiadas de presión, flujo y volumen en tiempo real.

• Vaussim – simulador avanzado de ultrasonido gracias a una red de sensores de alta fidelidad que permite al instructor crear, mediante un editor, un caso personalizado que cuente con imágenes reales de ultrasonido, videos y volúmenes tridimensionales. Garantiza un funcionamiento continuo durante el transporte y movimiento del paciente.

• Solución Audiovisual LearningSpace Essentials – permite ganar una visualización de 360° de su ambiente de simulación y seguir los resultados educativos. Los instructores podrán hacer anotaciones sobre el desempeño durante los escenarios y complementar la grabación con el registro de señales fisiológicas del simulador paciente.

• Gen II regional – anestesia ultrasound central line traininng model – son maniquíes de entrenamiento en ultrasonido.

• Espacio físico:

- dos salas de briefing/debriefing con capacidad para 10 y 12 personas, con pizarra
- auditorio con capacidad máxima para 16 personas en observatorio de cámara Gesell, con TV en circuito cerrado con cámara para trabajar en vivo o diferido y con acceso a Internet
- cámara Gesell multifuncion; con adaptación del espacio a consultorio clínico o área de reanimación/procedimientos
- depósito
- sala comando

La mitad de las médicas del sector privado sufrieron en sus empresas violencia de género asociada a la maternidad

El martes 13 se realizó una nueva reunión de la Comisión de Género del Grupo 15 del Consejo de Salarios. La convocatoria se da luego de una primera reunión donde la delegación empresarial cuestionó la pertinencia de continuar con esta comisión, actitud que fue rechazada de plano por el SMU.

El SMU planteó en la reunión pasada de esta comisión la implementación de licencia completa de las mujeres médicas para amamantar a sus hijos/as hasta los 6 meses y la licencia de las mujeres y varones para cuidar a familiares con patologías.

En dicha reunión las empresas minimizaron este reclamo de contar con días de licencia para atender las necesidades de sus hijos lactantes, así como que se contemplen licencias de médicos y médicas para el cuidado de los familiares y los derechos de los migrantes.

Paralelamente, en medio de este contexto, la Comisión de Género del SMU viene trabajando arduamente y realizó una encuesta* dirigida al colectivo médico sobre prácticas que incluyen violencia física o psicológica en la cotidianeidad del ejercicio de la profesión médica.

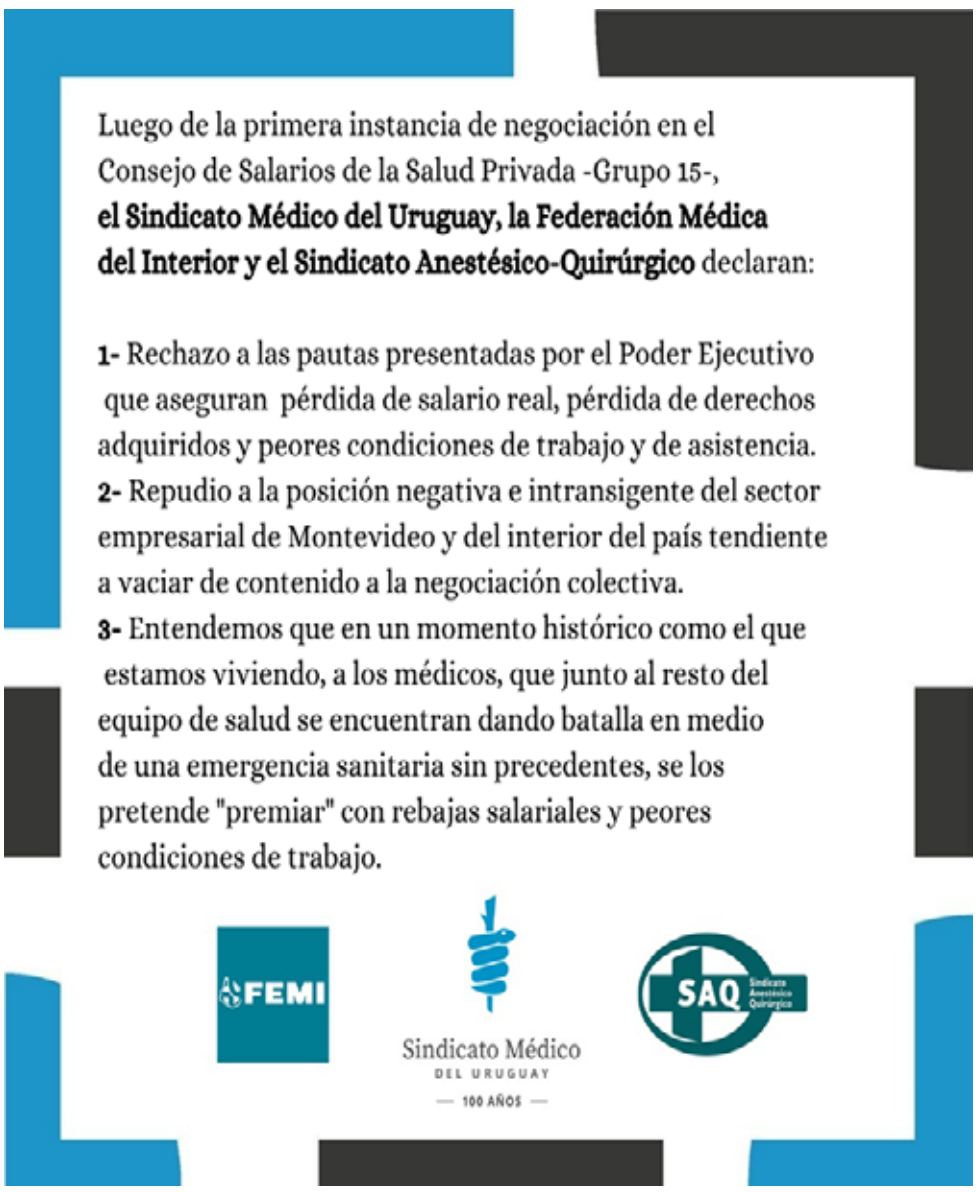
Los datos preliminares de la encuesta mostraron en el capítulo vinculado a maternidad que el 36% de las personas que completaron la misma han sufrido algún episodio de violencia de género asociada a la maternidad en su práctica médica. En el universo de mujeres médicas que ejercen su profesión en el sector privado, el número supera el 50%.

La Dra. Zaida Arteta, Secretaria Médica del SMU afirmó que estos números preocupan mucho al gremio. “De más de 800 respuestas que llevamos procesadas en la encuesta, la mitad de las médicas del sector privado denuncian haber sido víctimas de violencia solo por el hecho del ejercicio de la maternidad. Estos son hechos que atentan contra el desarrollo profesional pero sobre todo contra el desarrollo del niño en sus primeros meses de vida”.

Estos episodios pueden clasificarse en hechos como inducción a postergar la maternidad por miedo a consecuencias laborales y/o académicos; cuestionamiento sobre el éxito profesional y/o limitación de opciones de promoción interna por tener hijos/as o estar embarazada; no respeto de algunos de los derechos de embarazo o maternidad, o inducción a no utilizarlos (modificación de tarea o jornadas, licencia maternal, permisos por lactancia o enfermedad de hijos/as); despidos, no renovación de contrato, rebaja del salario o algún otro perjuicio.

Arteta insistió en que “tenemos un problema de enorme magnitud ya que no estamos hablando de situaciones puntuales, por esto es de gran importancia denunciar este hecho y que las empresas lo reconozcan”.

*Los datos completos de esta encuesta junto a una campaña de difusión para la visibilización de la violencia de género ejercida en la práctica de la profesión médica serán presentados en los próximos días.



Hemocentro Regional una experiencia única en el servicio público

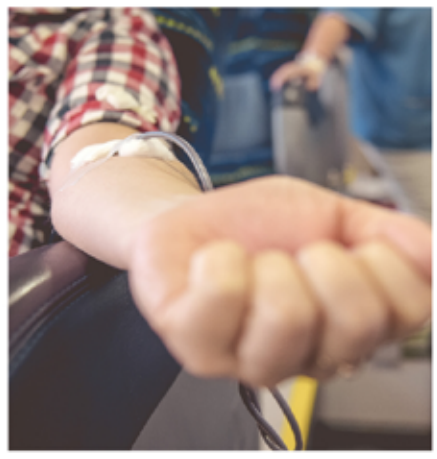
HEMOCENTRO **ONCE AÑOS**

Haciendo camino al andar

Once años han pasado desde el 20 de Octubre del 2009; desde allí el Hemocentro se ha transformado en Banco de Sangre Reserva del Uruguay. Este servicio público que pertenece a ASSE dependiente del SNS, ha obtenido la Certificación UNIT en Sistemas de Calidad de Gestión en todas las áreas, es el primer servicio público en conseguir la certificación internacional AENOR en su gestión, y además logra categoría ORO en el Premio Compromiso con la Gestión Pública del Instituto Nacional de Calidad, INACAL; es referencia internacional de Bancos de Sangre en materia de estrategias de comunicación y captación de donantes; estos reconocimientos adquieren mayor valor aún cuando son respaldados por resultados.

Hemocentro y el SARS - COVID 19

Desde que la propagación del SARS-COVID-19 se convirtió en pandemia, y comenzó a detectarse en Uruguay, la primer medida adoptada por las autoridades nacionales, fue el distanciamiento, evitar aglomeraciones, y solicitar a la población que no salga de sus hogares.



Esta medida difundida por todos los medios de comunicación, impacta directamente en la no muy fácil tarea de obtener donantes de sangre. Ante esta situación se toman medidas estratégicas potenciando las herramientas que ya estaban incorporadas dentro de la estructura institucional, las que se transforman en fortalezas diferenciales y permiten rápidamente emitir mensajes de tranquilidad a quienes vayan a donar, e invertir la carga negativa de la situación. El Hemocentro de Maldonado al igual que otros centros de medicina transfusional, afronta un nuevo escenario el que pone a prueba estructuras, sistemas y capacidades; si bien cada país adopta medidas distintas de acuerdo a sus realidades, en términos generales el “distanciamiento social” afecta directamente en la obtención del vital elemento. No hay servicio de sangre que no haya sido afectado por esta pandemia; el porcentaje de disminución de donantes varían entre 30% y en algunos casos hasta un 80%; esta situación compleja es insostenible si rápidamente no se toman medidas en esta nueva realidad.

Utilizando las herramientas

El Hemocentro desde el año 2015 utiliza una aplicación desarrollada para bancos de sangre que se integra al sistema de captación y fidelización; la reserva WEB multiplataforma es parte de él.

- Los donantes se pueden registrar eligiendo día y hora de su conveniencia; esto permite administrar horarios y cupos e impide formar aglomeraciones no deseadas.
- El sistema de contactabilidad convoca a grupos sanguíneos específicos, lo que permite administrar al donante, evitando convocar y no desgastar a aquéllos que no son necesarios.

La unidad de comunicaciones ha sido vital en esta crisis sanitaria por la rápida implementación y re direccionamiento del sistema y también generar distintas campañas.

- **#Salimos** por una buena razón, permite invertir sin contradecir, al #QuedateEnCasa. Posteriormente el posicionamiento de **#UruguayPuede**, (campaña con fuerte identificación nacional), capta la sensibilidad actual y transforma la solidaridad en causa que convoca y compromete a todos; decenas han sido las instituciones y empresas que identificadas con la consigna, generaron por primera vez en sus círculos de influencia jornadas de colectas externas de sangre con el Hemobus, logrando captar nuevos donantes.

En Maldonado se implementa la donación a domicilio, para aquellas personas que no quieran trasladarse; se elaboran una serie de acciones con el fin de garantizar la seguridad del procedimiento de donación, extremando las medidas de higiene y auto cuidado por parte de los profesionales actuantes, brindado confianza a los donantes.

Experiencia del Hemocentro Regional de Maldonado

AÑO NUEVO **VIDA NUEVA**

El Hemobus es un elemento visual estratégico para la concreción de jornadas de colectas externas, en centros de salud, instituciones, organizaciones públicas y particulares que lo necesiten. (estas jornadas al ser realizadas en una unidad móvil, cumplen las recomendaciones de OPS de dirigirlas a áreas de circulación no viral.)

La experiencia previa en el desarrollo de herramientas y estrategias, han resultado vitales durante la emergencia sanitaria para que el Hemocentro marque un precedente único, aumentando su captación de donantes en un 20% lo que permite el envío de sangre desplasmatizada y la asistencia a servicios extra región, a los que se ha respondido sin descuidar la región.

Nuevas herramientas

La incorporación de la primer Unidad Móvil de Aféresis, UMA; está en marcha y se obtiene gracias a la Cena de las Emociones evento benéfico realizado el pasado mes de febrero en Punta del Este donde la Fundación Hemovida fue receptora de la recaudación la que destina en parte obtener esta unidad; que posibilitará realizar los procedimientos de Aféresis a domicilio, colecta de sangre total, y desarrollar nuevas potencialidades.

Optimización de recursos

Con la infraestructura y la experiencia previa en promoción, el Hemocentro ya está trabajando como Banco de Leche Materna; con el apoyo de La Asistencial, Sanatorio Mautone y médicos de la especialidad, se ha conformado un poderoso grupo de trabajo que tiene como objetivo promover, educar sobre la alimentación a temprana edad, y obtener donantes que permitan brindar Leche Materna a quienes no tienen posibilidades de contar con ella.

Este proyecto ya en marcha, pretende desarrollar e implementar estrategias de concientización en la población sobre la importancia de la lactancia y su incidencia en la salud de los recién nacidos.

¿Banco de Leche en un Hemocentro?

En el año 2005, se firmó "La Carta Brasilia" documento que reúne el compromiso de varios países a tener al menos un Banco de Leche Materna; Brasil es el país con más Bancos de Leche en el mundo superando los doscientos; Uruguay cuenta con tres, Montevideo, Tacuarembó y Salto.

El compromiso firmado en Brasil llevó a la expansión de los BLM por el mundo donde Europa rápidamente los incorpora a sus Hemocentros, debido a la compatibilidad de las infraestructuras y sus procesos para realizarlos.

El Hemocentro, ya está trabajando; tiene las condiciones ideales para ser un elemento facilitador de sinergias, que permita la racionalización de los gastos públicos y sobretodo asegurar a los recién nacidos, lactantes y bebés, el acceso equitativo a la leche materna en el ámbito de las políticas de salud públicas.

Entre vientos y tormentas

Estos nuevos y complejos tiempos ponen a prueba las estructuras y capacidades de las instituciones; el componente de compromiso humano y la apuesta a la comunicación, han sido nuevamente para el Hemocentro una fortaleza diferencial en esta pandemia. Invertir la realidad mediante herramientas, estrategias y acciones, hoy permite al Hemocentro contar con stock suficiente para dar respuesta en todo el país y potenciar nuevos proyectos en busca de la optimización de recursos para dar una mejor accesibilidad a los servicios públicos.

¿El Hemocentro está preparado?

No lo sabremos hasta que esta tormenta viral amaine y permita un respiro para evaluarlo profundamente; mientras, se navega con rumbos ciertos; lo que si se sabe, es que gracias a los mástiles y velas construidas en estos once años se soporta la embestida de estos nuevos vientos, sostenido gracias a la voluntad del firme remar del brazo solidario.

COVID - 19:

Problemas en el paraíso

Desde el 31 de enero del 2020 día en que se produjeron los primeros casos de COVID-19 en España, la Comunidad Autónoma de Asturias fue un ejemplo respecto de la mayoría de las comunidades, tanto por el manejo de la pandemia como por los buenos resultados obtenidos con un número comparativo muy bajo de casos (6.352) y de fallecidos (360), los menores indicadores por 100.000 habitantes de toda España.

DR. MIGUEL FERNÁNDEZ GALEANO

Sin embargo, en las últimas dos semanas, la expansión del virus se ha acelerado en Asturias, que se había blindado como búnker anti-COVID-19. La tasa de incidencia de los últimos catorce días se eleva a 158 casos por 100.000 habitantes.

Con esos indicadores en los últimos días un portal español de noticias tituló: "Problemas en el "paraíso": el virus avanza en Asturias con incremento significativo de casos que preocupa a las autoridades sanitarias"

ASTURIAS: "HASTA AHORA TODO IBA BIEN"

El lunes 12 de octubre, Asturias alcanzó la cifra de 160 casos nuevos y una tasa de positividad del 5,34%. Con Avilés como municipio con mayor incidencia (199 casos por cada 100.000 habitantes en dos semanas), Gijón (173 por cada 100.000 habitantes), la mayor ciudad es la principal preocupación para el sistema sanitario.

Lejos parecen estar ahora los 25 días seguidos sin registrar casos en el mes de julio, pero también lejos se ve aún la dramática realidad que afrontan otras comunidades como Madrid o Navarra con guarismos de más de 500 casos de incidencia acumulada en 14 días.

La situación de Asturias, es un ejemplo más, antes en la región de las Américas tuvimos los casos de Paraguay y Costa Rica, o la situación de muchas provincias argentinas, donde en pocas semanas el estatus epidemiológico cambia drásticamente y se pasa de una transmisión comunitaria controlada, expresada en brotes comunitarios pequeños y aislados a una transmisión extendida, donde superado un umbral de casos no es posible poder dar seguimiento a los hilos y cadenas de contagios, las curvas de incidencia acumuladas de COVID-19 saturan la capacidad resolutiva de las unidades de cuidados críticos e inexorablemente aumenta significativamente la mortalidad.

Y POR CASA COMO ANDAMOS...

La epidemia en Uruguay se mantiene bajo una situación de relativo control. La curva epidémica continúa, con pequeñas fluctuaciones, sin mostrar en ningún momento un aumento exponencial del número de casos. Literalmente, en Uruguay no fue necesario aplanar la curva, en los hechos la curva fue "aplastada" y ello constituye un logro que el país ofrece al mundo como indicador de éxito en el combate a la pandemia transcurridos siete meses desde los primeros casos.

En las últimas semanas el aumento de los casos se produjo a expensas fundamentalmente de brotes aislados y "perlados" a nivel comunitario e intrafamiliar particularmente en Rivera y Montevideo, del 17 al 30 de setiembre, 59 y 93 casos en Rivera y Montevideo respectivamente.

En esos últimos de 14 días de setiembre el país tuvo una Incidencia Acumulada (IA14) de 6 casos por 100.000 habitantes. Montevideo una IA14 de 7 y Rivera 74 casos por 100.000 habitantes. Tener presente que en España se establece como indicador de riesgo una IA14 de 350 casos.

Se mantiene la realización de un alto número de test realizados y bajo porcentaje de positivos en el total (0.87%). Sigue siendo buena la capacidad de rastreo, testeo y aislamiento de los contactos positivos (seguimiento y monitoreo de hilos epidemiológicos). Hay, por lo tanto, evidencia de circulación comunitaria de muy baja intensidad.

El país ocupa a nivel mundial el lugar 152 en el número acumulado de casos y el lugar 125 en el número de fallecidos, una incidencia global de casos de 60.3 por 100.000 habitantes y una tasa de mortalidad de 1.4 por 100.000 habitantes, con una letalidad de 2.3% la que es francamente mayor en adultos mayores y en hombres.

La tasa de mortalidad (fallecidos por millón de habitantes) es significativamente inferior a la del resto de los países de América Latina, y tiene una tasa de letalidad intermedia en el comparativo regional. El indicador de letalidad tiene relativo valor comparativo, teniendo en cuenta la falta de conocimiento del número real de casos que se puede registrar en los diferentes países.

El número reproductivo (Rt) se mantuvo en cifras menores o cercanas a 1,

3. América de Sur: letalidad, mortalidad y capacidad de testeo

16 www.worldmeters.info/coronavirus/#countries 10 de octubre, consulta 02: 00 am.

País	Casos	Muertes	Letalidad	Población	Incidencia Millón	Muertes Millón	Número de test	Test/ Millón	Test/ Casos
Brasil (3)	5.057.190	149.692	3.0	212.685.960	23.746	703	17.900.000	84.059	3.5
Perú (6)	843.355	33.158	3.9	33.008.787	25.482	1002	4.027.591	121.692	4.8
Chile (12)	477.769	12.220	2.6	19.129.827	24.934	690	3.618.019	188.820	7.6
Colombia (5)	894.300	27.495	3.1	50.927.377	17.525	539	4.097.223	80.289	4.6
Argentina (8)	871.468	23.225	2.7	45.230.092	19.234	513	2.191.450	48.366	2.5
Ecuador (27)	145.848	12.175	8.3	17.664.430	8.233	687	461.758	26.065	3.2
Bolivia (28)	138.226	8.262	5.9	11.685.848	11.798	705	313.195	26.732	2.3
Venezuela (53)	81.696	684	0.8	28.428.814	2.875	24	1.979.251	69.659	24.2
Paraguay (65)	48.275	1045	2.2	7.139.655	6.746	146	302.657	42.292	6.3
Uruguay (152)	2.251	49	2.2	3. 474.759	647	14	259.772	74.710	115.4

(Cuadro 1 - Comparativo letalidad, mortalidad y capacidad de testeo en países de América del Sur).

buena parte del período desde el inicio de la pandemia, lo que explica, como ya dijimos, el literal aplastamiento de la curva de casos con un modelo de crecimiento no exponencial. Con pequeñas fluctuaciones a expensas de una serie brotes comunitarios, que han logrado ser controlados a partir de un eficaz y oportuno sistema de la vigilancia epidemiológica y el control de los nuevos casos.

En la mayoría de los casos los contactos han sido identificados (más del 80%), lo que permite poner en marcha la secuencia de rastreo, testeo y aislamiento de casos.

Al 10 de octubre el número total de test llegó a 246.766, 72.578 por millón de habitantes y a un alto número de 115.5 test en relación a los casos confirmados. Uruguay está entre los cuatro primeros países en lo referido a este indicador fundamental para garantizar el control de los contagios.

Hasta el presente, en ningún momento se registró sobrecarga de sistema de atención a la salud (las unidades de cuidados intensivos nunca superaron el 60% de su capacidad instalada prevista para atender la demanda por COVID-19).

En la semana epidemiológica que transcurrió del 4 al 11 de octubre, el promedio de casos por día fue de 21.28, un valor de los más altos desde el inicio de la pandemia y superior al de la semana anterior lo que estaría confirmando la existencia de brotes comunitarios en Rivera y Montevideo que están activos, no obstante, lo cual la situación seguiría estando bajo relativo control. En las últimas semanas el número de casos activos estuvo en el rango de 250 a 300 casos.

1. Evolución epidemia en Uruguay (13 marzo al 11 de octubre)

4 Promedio de casos por día, desde el 13 de marzo : 10.71 (214 días)

Semana	Promedio/ día	Brote
1	21.42	Casamiento
2	21.71	
3	13.71	
4	15.14	Villa Debó
5	11.40	
6	14.60	Residencia
7	07.00	
8	07.42	
9	03.85	
10	05.00	
11	07.71	Rivera (1)
12	03.14	
13	00.43	
14	04.00	Treinta y Tres
15	07:53	
17	04.43	
18	09.57	IAMC
19	19.71	
20	13.42	
21	09.57	
22	12.42	Rivera (2)
23	12.42	MVD
24	08.28	
25	13.42	MVD -25/8
26	18.42	Rivera (3)
27	15.57	
28	13.00	
29	19:57	Montevideo
30		
31		
32		

Semana 30:
05 al 11 de octubre

Promedio casos por día : 21.28

Se trata del tercer promedio más alto de casos desde el inicio de la pandemia (semanas 1 y 2 : 21.71 y 21.42)

El número de casos activos también registra una de los valores más altos registrados hasta el momento : 302

(Cuadro 2. Evolución de la epidemia en Uruguay)

sigue en pág. 16

viene de pág. 15

Asimismo, desde el 13 de marzo de 2020 se registra un promedio global de 10.71 casos diarios, lo que confirma que a pesar de la ocurrencia de varios brotes en los siete meses transcurridos nunca se ha producido un crecimiento exponencial de casos.

Finalmente, para cerrar este resumen diagnóstico digamos que en lo que refiere a la Incidencia Acumulada de 14 días en los departamentos con mayor número de casos diarios, hasta el 11 de octubre se sigue estando muy lejos de los valores estimados de riesgo (Rivera IA14: 66 y Montevideo IA14: 9).

¿CUÁN CERCA ESTAMOS DE CONTAR CON UNA VACUNA?

Resulta indiscutible que el proceso de desarrollo de una vacuna lleva mucho tiempo porque requiere siempre de una evaluación científica rigurosa y permanente en todas las etapas. La presión para fabricar vacunas y suministros relacionados podría incluso llegar a eclipsar la disputa comercial por máscaras, respiradores y test diagnósticos.

Históricamente, los procesos para alcanzar la efectividad aceptable, producir y distribuir con acceso universal vacunas no son sencillos y requieren transitar una serie de fases, con exigencias y protocolos rigurosos que están perfectamente definidos tanto técnica como éticamente. No siempre se logra, el ejemplo paradigmático lo tenemos con la vacuna para prevenir el VIH, que llegó a convertirse en una enfermedad crónica como consecuencia de la eficacia terapéutica de los tratamientos antirretrovirales, antes de llegar a acceder a una vacuna eficaz.

La vacuna contra las paperas fue la que llegó más rápido a su distribución en el mercado global, sin embargo, necesito de más de 4 años. La vacuna contra el ébola demoró cinco años y medio y recién se acaba de aprobar en Europa. La de tuberculosis requirió de 13 años, la de rotavirus 15 años y la de varicela 28 años. En el último cuarto del siglo pasado, solo se desarrollaron siete vacunas nuevas, contra agentes patógenos para los que anteriormente no existía una vacuna eficaz. Aunque resulte sorprendente, es bueno tener presente, que en el mundo solo hay 24 vacunas para prevenir enfermedades transmisibles.

Para pensar en la perspectiva de una vacuna para prevenir la COVID-19, no resulta menor tener en consideración que en el caso del virus SARS-CoV-2 aún no se lo conoce suficientemente, ni se sabe con precisión siquiera cómo afecta íntimamente al sistema inmunológico.

Hay alrededor de 160 proyectos de desarrollo de vacunas COVID-19 en el mundo, que apuntan a crear una vacuna que pueda ser segura, efectiva y duradera. Nunca antes la ciencia puso en marcha tantos emprendimientos para prevenir un agente patógeno. No hay antecedentes de introducir nuevas vacunas rápidamente en medio de una pandemia. Las empresas farmacéuticas se han comprometido con un acceso amplio, equitativo y asequible, pero pensamos que, a la hora de la hora, la implementación va a resultar muy difícil.

Por su parte, es preciso tener presente que la fabricación y distribución de la vacuna puede constituir un desafío aún mayor que el reto científico de alcanzar una vacuna segura y eficaz. Hay problemas importantes para pensar y diseñar su distribución a nivel global:

• El primer problema es el nacionalismo que intenta priorizar la población de un país en lugar de usarlo primero en las poblaciones que están en mayor riesgo.

• El segundo problema es la producción a escala que dé cobertura a toda la población. Hay un conjunto de insumos críticos, frascos, tapones, etc., que deben estar disponibles en con la calidad y el número suficiente.

• El tercer problema es encontrar formas de distribución, particularmente en áreas del mundo donde la gente no puede financiar de bolsillo la vacuna y donde la dificultad de acceso de la población vulnerable es todavía mayor.

Las insuficientes existencias de cualquiera de los insumos críticos para el proceso de producción pueden retrasar significativamente los esfuerzos de garantizar vacunación universal a nivel global.

En ese contexto el gobierno de EE. UU ha puesto en marcha una iniciativa que denominó "Warp Speed" para acelerar el desarrollo de vacunas, con el objetivo de contar con 300 millones de dosis de vacunas seguras y efectivas para enero de 2021.

Acelerar el calendario de producción de vacunas significa tomar atajos, y esto en ciencias de la salud no siempre puede resultar aconsejable. Algunos, como permitir que los fabricantes de vacunas simplifiquen o acorten ciertos estudios en animales, o hacerlos en paralelo con las primeras pruebas en humanos. También se pueden emitir autorizaciones de uso de emergencia para una vacuna prometedora antes de completar todos los pasos de revisión exigibles, como se ha hecho para algunas pruebas de drogas para COVID-19.

La estrategia de enfocarse solo en los métodos más rápidos puede, al final, no producir vacunas experimentales exitosas. Con la financiación concentrada en el desarrollo rápido, pueden no llegar a considerarse las soluciones que necesariamente requieren más tiempo.

El proyecto de EE. UU seleccionó un conjunto de ocho vacunas: cuatro de ellas son vectores virales (desarrolladas por Johnson & Johnson, AstraZeneca, Merck y Vaxart), tres son genéticas (siendo desarrolladas por Pfizer y BioNTech, Moderna; e Inovio), y uno está basado en proteínas (desarrollado por Novavax).

Ninguna de estos proyectos del Programa "Warp Speed", se corresponde con vacunas a virus completo inactivado, que son aquellas sobre las que se tiene mayor experiencia y reúnen las garantías de seguridad, efectividad y éxito, pero que son asimismo las que requieren plazos de tiempo de desarrollo más prolongados.

De los proyectos que están en Fase III la única que utiliza la tecnología del virus SARS-CoV-2 completa e inactivada es la llamada CoronaVac, que es una vacuna experimental china aprobada por ANVISA para los ensayos clínicos en Brasil, realizada por el Instituto Butantan de São Paulo y con la participación de 9.000 voluntarios de varios estados brasileños.

En suma, tomando en cuenta todas las variables involucradas en la cadena de situaciones asociadas a la aprobación de una vacuna y a pesar de este despliegue científico- tecnológico único en la historia de la medicina, a pesar del desorbitante financiamiento aprobado para el desarrollo de estos proyectos, de las aceleraciones tecnológicas y normativas que se vienen habilitando por parte de los estados y por parte de la gobernanza sanitaria global, las posibilidades reales de contar efectivamente con una vacuna segura, eficaz, accesible y asequible están en un horizonte de mediano plazo y seguramente no se disponga de vacuna hasta el segundo semestre de 2021, o sea un año de aquí en más, en la mejor de las hipótesis.

EL ESCENARIO QUE TENEMOS POR DELANTE

La perspectiva de no disponer de una vacuna o un tratamiento efectivo hasta dentro de un año como mínimo, marca fuertemente el escenario que tenemos por delante.

Como quedo claro con la evolución reciente de la pandemia en Asturias y en otros lugares, la posibilidad de que el estatus sanitario que goza Uruguay cambie rápidamente es muy grande y la necesidad de fortalecer las medidas de prevención para evitarlo deben extremarse, con el esfuerzo y la colaboración de todos.

En sentido, estimamos que las prioridades en el control de epidemia deberían estar centradas en las siguientes medidas de prevención y control:

• Aumentar la capacidad de respuesta y brindar capacitación a los equipos locales en el seguimiento y “rastreo” de los casos positivos y sus contactos

• Atento seguimiento de los contactos (rastrear-testear-aislar) para controlar los brotes comunitarios e intrafamiliares en Rivera y Montevideo. Realizar el cálculo de las IA14 para visualizar crecimientos a tiempo

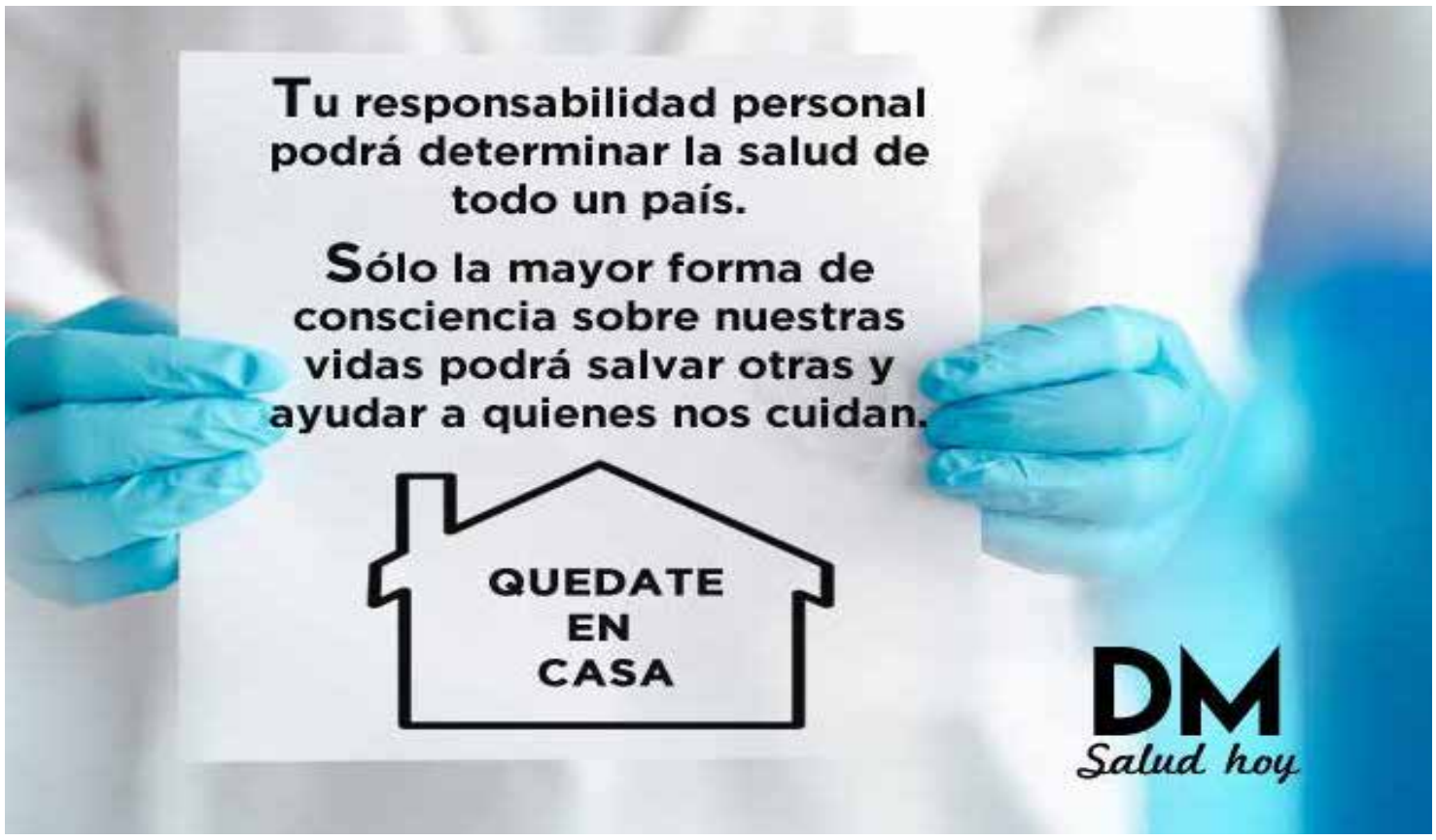
• Atenta vigilancia en todos los departamentos que tienen frontera con Brasil

• Monitoreo de las residencias de larga estadía para adultos mayores. Cuando estamos cerrando este artículo para el Diario Médico se confirma un brote en una Residencia de Montevideo con 17 casos positivos

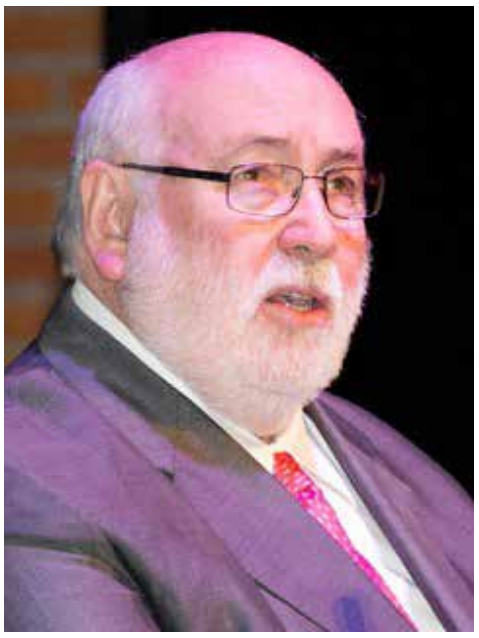
• Mantenimiento estricto de las medidas de prevención y control individuales y colectivas, especialmente en los lugares cerrados, poco ventilados, con permanencia y tiempos de exposición prolongados

• Intensificar la promoción del uso de mascarilla facial y del distanciamiento físico sostenido, incorporando la contextualización del riesgo de transmisión según el tipo de actividad, el entorno, medidas de protección, y el tiempo de exposición

El impacto logrado por desplegar estas medidas con la intensidad necesaria para alejarnos de este umbral epidémico es muy alto, permite evitar el crecimiento exponencial y por lo tanto prevenir la saturación de los servicios. Depende de todos, nada está logrado definitivamente, pero no es imposible evitar que el virus desborde nuestra capacidad de respuesta.



Historia del Hospital de Salto, Uruguay



AC. DR. NESTOR C. CAMPOS PIERRI
Integrante de la Academia Nacional de Medicina - Docente libre de la Escuela de Graduados de F.de Med. UDELAR - Ex Presidente Colegio Médico del Uruguay (2015 - 2018)

Aprovechando el día del Patrimonio que fue dedicado a la medicina y en especial al Dr. Manuel Quintela, como homenaje y agradecimiento de la ciudadanía a la riesgosa y extenuante labor de todo el equipo de atención a la salud frente a la pandemia de COVID 19, como no podía ser de otra manera voy hacer una pequeña crónica sobre la historia del Hospital de mi Departamento en el cual trabaje más de 45 años.

Ante nada quiero agradecer a ASSE y en especial a mi conterráneo Dr. Eduardo Henderson, gerente general de dicha Institución, quien me solicito que realizara la historia de cinco Hospitales del interior, con los cuales se confeccionaron pequeños videos de 5 minutos para la presentación virtual de los mismos ya que por la pandemia no era conveniente visitarlos.

Así en conjunto con el equipo de comunicaciones de ASSE, seleccionamos los Hospitales de Mercedes, Minas, Paysandú, Salto y Tacuarembó. Los videos pueden ser vistos en el You Tube de ASSE.

Antes de comenzar con este relato, deseo agradecer al investigador de historia salteña Alberto Eguiluz, quien me proporciono muy buena parte de este material.

En agosto de 1864, invitados por el Jefe Político Sr. Trillo, último delegado político del Gobierno del Sr. Berro, se reunieron un núcleo de caracterizados vecinos a los fines de fundar un Hospital en la Villa del Salto.

La comisión formada, nada pudieron éstas cristalizar, por estar el país convulsionado con la Guerra de la Cruzada y el General Flores, extendiendo sus líneas de combate a esta norteña Villa.

En esta fecha se establece, un hospital por cuenta del Gobierno Brasileño, ya que sus tropas estaban en la zona, en una barraca.

Una comisión ad-hoc consigue por intermedio del entonces Jefe Político Don Tomás Gomensoro del Gobierno de Flores, una legua de tierra para los fines de la construcción de un Hospital, pero éste no se construye, sino que se alquila una casa en la calle Real de propiedad de Don José Goncalvez Amorim, ubicada frente a la Plaza Nueva.

Diez años después, la Comisión existente presidida por Don Ramón Alberdi e integrada por los señores Don Luis Rache, Don Pedro García Salazar y Don Bartolomé Caballero, no había podido todavía, juntar fondos para poder construir el hospital.

En esa finca alquilada, los primeros médicos que prestaron desinteresadamente sus servicios profesionales en este establecimiento de Caridad, fueron los doctores Brugulat, Steriolo y Baldomero Cuenca, hasta hoy Salto, a olvidado a sus primeros médicos filantrópicos.

En el año 1883, asistió a una reunión de Comisión el Jefe Político coronel Don Teófilo Córdoba y mociono para que sin demora alguna se diese principio a la construcción del edificio

De inmediato se activaron los trabajos; el jefe cumplió su promesa y se allanaron todas las dificultades

El Arquitecto Degraux de Patty, a quién se le había encomendado los planos, la que fue aceptada, resolviéndose de que el día 9 de octubre de 1883 se colocara la piedra fundamental.

Se acordó, de que, como medio de arbitrar recursos se realizara la ceremonia con toda solemnidad y para cuyo efecto se invitara al pueblo, autoridades, se embanderara y se solicitase el concurso de la Banda de "Siamo Diversi".

Participo en dicha ceremonia, el Batallón de Cazadores con traje de gala, se realizó la ritual ceremonia de la colocación de la piedra fundamental, haciendo uso de la palabra el Presidente de la Comisión Don Teófilo Córdoba, el Dr. Luis Domínguez, Don Narciso Olarreaga y don Buenaventura Ferrer.

Se nombró para apadrinar la obra al Presidente de la República General Máximo Santos, y que la cuchara que se emplease para la colocación de la piedra fuera dedicada al Sr. Jefe Político Don Teófilo Córdoba.

No pudiendo asistir Santos, delegó la representatividad al Sr. Córdoba y su señora doña Eloisa A. de Córdoba.

Dos años más tarde, el día 1°de Mayo de 1885, tiene lugar la inauguración de este establecimiento de Caridad en un acto de verdadera fiesta popular.

Este Hospital albergó hasta el año 1894 de 20 a 30 enfermos y desde el 94 al 1911 más o menos de 60 a 100.

El Día 11 de Agosto de 1911 fue entregado a la Asistencia Pública Nacional esta casa de Beneficencia, levantada con el esfuerzo de toda la comunidad.

En este "vuelo de pájaro" sobre la larga historia del Hospital, no podemos dejar de señalar la generosidad de la benemérita dama salteña señora Catalina Harriague de Castagno hija de don Pascual Harriague, importante hombre de negocios de su época, propietario del Saladero la Caballada donde se exportaba tasajo y fue introductor de la cepa Tannat al país, siendo hoy un vino reconocido como la cepa representante de Uruguay en Latinoamérica. En nuestro país esta cepa se la conocía como uva Harriague prácticamente hasta la segunda mitad del siglo XX.

Comisión del Hospital de Caridad

De izquierda a derecha sentados: Don Francisco Pons, Don Fructuoso T. Leal, Don Asdrúbal E. Delgado, Don Narciso Olarreaga, Don Cosme Fernández, - De pie: Don Nicolás Solari, Don Constantino Piacenza, y Don Juan Duclós.

La tía Catalina, como era conocida, cariñosamente por los pobladores de Salto, realizo múltiples obras además del Hospital.

En el Hospital de Salto en la actualidad ocupa el total de una manzana céntrica, ediliciamente está formado por múltiples construcciones y reformas realizadas en diferentes periodos.

El Directorio de ASSE con fecha 15 de febrero 2012 aceptó la propuesta de la Comisión Honoraria del Patrimonio Histórico de Salto a fin de designar al Hospital Regional Norte de Salto con el nombre del recordado Dr. Carlos Forrisi, cirujano, introductor y aplicador de multiples tecnicas, con reconocimiento nacional e internacional; cumplió su carrera profesional, prácticamente en exclusividad, en el ámbito del Hospital Salto. Según nuestra informacion todavia estaria en el parlamento para su designacion, por lo cual sera uno de los cometivos acelerar ese proceso en honor a la figura que fue Carlos Forrissi.

Desde 1989 es un Hospital docente, donde se imparte a estudiantes de Medicina la parte clínica de la educación y a partir de este año junto con Paysandú, se imparte todos los años de la carrera de Dr. en Medicina de la Facultad de la UDELAR, en el CENUR Litoral Norte.

Además, tiene posgrado en formación por la Escuela de Graduados en categoría de Residentes y postgrados convencionales.

Siendo actualmente un Hospital de tercer nivel con casi todas las especialidades, contando además de todos los servicios, de un Centro de Cuidado Intensivos Pediátrico y de Adultos.

Habiendo sido nominado como centro de referencia COVID 19 en esta pandemia con instalaciones especiales con dicho fin.

sigue en pág. 16

viene de pág. 15

Edificio Morgue y Depósitos, vista por calle Cervantes Año 1885

Placa recordatoria que se encuentra en la sala de espera de la Emergencia actual.

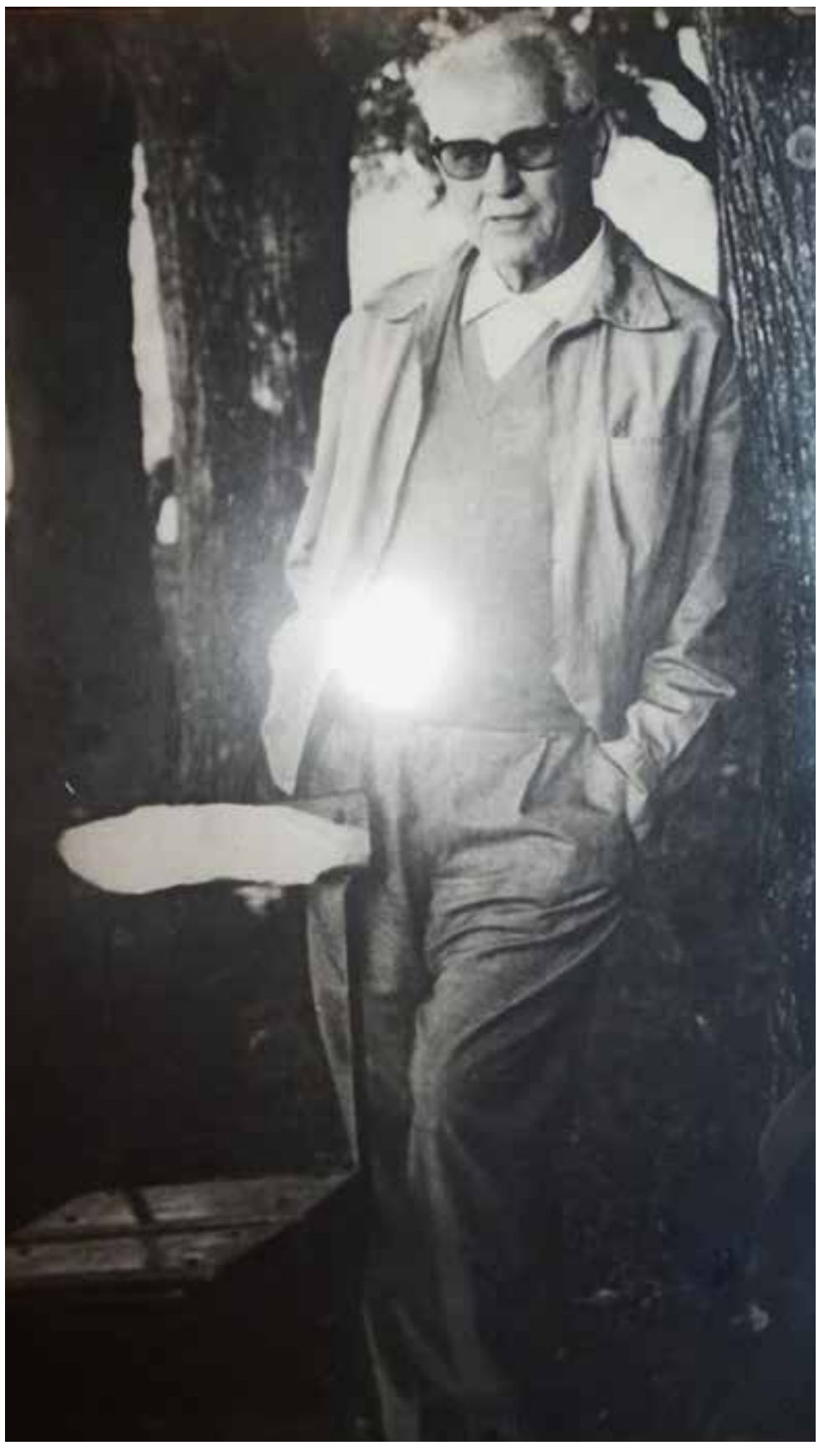
Dr. Apolon de Mirbeck
(1808 - 1871)

Primer médico de Salto.

Nacido en Luneville (Francia) en 1808. La tésis con que obtuvo el título de Médico fue Hidatidosis.

Su llegada al Uruguay, lo hizo como Médico de la escuadra francesa llegada al Río de la Plata al producirse la intervención de Francia (1838) en la Guerra Grande.

En 1845 ya se había afincado en Salto, en la calle Valentín (hoy calle Lavalleja) entre la calle Real (hoy calle Uruguay) y la calle Daymán (hoy calle Arigas).



Dr. Carlos Forrisi, cirujano, cuyo nombre fue propuesto y aprobado por el Poder Legislativo 2012. para denominar al Hospital de Salto.

Vista actual del viejo edificio del Hospital donde se encuentra la administración.

sigue en pág. 17

viene de pág. 16

Sector más moderno con Emergencia abajo, 1er piso Block quirúrgico y CTI adultos

Parte nueva con ingreso a Emergencia de Adultos

CTI Adultos.

Area COVID, ya que el Hospital Salto, fue nombrado centro de referencia para el norte

Centro de referencia público y privado para Salto y área de influencia.

La Telemedicina: ¿dónde están los límites?

Dr. Enrique Soto

"Gracias Doctor por comunicarse, pero… ¿cuándo lo puedo ver personalmente?"

De esta forma transcurre parte de uno de los diálogos más frecuentes en el desarrollo de las consultas telefónicas instrumentadas a partir de las medidas que fueron necesarias adoptar como consecuencia de la pandemia COVID-19.

Los términos y alcances de la Telemedicina han sido objeto de análisis y discusión en la búsqueda de la incorporación de los avances tecnológicos, en especial de los relacionados a las tecnologías de la comunicación en los espacios de la salud.

La Telemedicina ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la prestación de los servicios de salud, en donde la distancia es un factor fundamental, brindada por parte de profesionales sanitarios a través de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación necesarias para el diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación, evaluación y formación de profesionales sanitarios, con el objetivo de mejorar la salud de la población.

El Código de Ética Médica (ley 19.286 promulgada el 25 de setiembre de 2014) hace referencia a la Telemedicina en el artículo 24, el cual expresa. "El ejercicio clínico de la medicina requiere el vínculo directo con el paciente. La complementación de la asistencia médica a distancia a través de los medios de comunicación como Telemedicina, seguirá los principios de este Código".

Con posterioridad, el 2 de abril de 2020, se aprueba la ley 19.869, en donde se establecen los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la Telemedicina como prestación de los servicios de salud. En el artículo 4to. se otorga un plazo de noventa días para que el MSP dicte los protocolos de actuación para cada uno de los servicios de telemedicina.

Desde el MSP se han elaborado diversos protocolos de actuación, fundamentalmente dirigidos a la atención de los pacientes en el contexto de la pandemia.

Si bien la Telemedicina, en donde se incluye la consulta telefónica como una de sus modalidades, forma parte de los protocolos de actuación en relación a la atención médica con amplia difusión entre los prestadores, se debe reconocer que ha modificado la forma habitual de relacionamiento entre los pacientes y el equipo de salud.

Luego de siete meses de pandemia resulta necesario evaluar los procesos que han conducido a la implementación de la consulta telefónica en la práctica asistencial, determinar el grado de satisfacción tanto por parte de pacientes como de médicos y estimar los resultados desde el punto de vista asistencial

La Telemedicina fue concebida de manera complementaria a la consulta presencial y uno de sus principales atributos consiste en contribuir a la calidad asistencial, especialmente cuando es necesario salvar distancias que permitan resolver situaciones de manera oportuna. En la actualidad, como producto de la pandemia, su atributo más importante quizás no sea la distancia sino evitar la aglomeración de pacientes en las salas de espera.

La atención mediante esta modalidad requiere de la tecnología adecuada por parte de médicos y pacientes, así como, de la organización de los procesos, seguridad de los datos, capacitación de los profesionales, regulación, control y evaluación. Es posible percibir que estos pasos no se han cumplido en la dimensión de lo esperable en relación a la calidad asistencial. Se debe tener presente, según establece el Código de Ética Médica que la telemedicina no sustituye a la actividad médica presencial.

La principal causa de mortalidad en el mundo está constituída por las enfermedades no transmisibles, las cuales producen la muerte de cinco millones de personas en la región de las américas cada año, de las cuales un treinta y cinco por ciento se las considera muertes prematuras. El control médico presencial resulta esencial en la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

La importancia de la medicina presencial reside en la capacidad de interactuar de manera directa entre el médico y el paciente a partir del cual es posible un examen completo, la realización de estudios y brindar los apoyos necesarios que solo son posibles realizarlos mediante la proximidad.

En una reciente publicación (2 de octubre de 2020) de JAMA Network Open, se presenta una investigación original realizada por el Dr. G. Caleb Alexander, profesor de epidemiología y medicina de Bloomber School Public Health, en donde se compara la atención primaria en consultorio y vía telefónica en los Estados Unidos, durante los meses abril, mayo y junio de 2020 en relación al mismo período de los años 2018 y 2019, observando una reducción del 50% de los controles de presión arterial y de un 37% de colesterol, a partir del incremento de las consultas telefónicas. En las conclusiones de este informe es posible apreciar un descenso en el seguimiento y control de los factores de riesgo, especialmente de las enfermedades cardiovasculares

La advertencia sobre los riesgos de no regular de manera adecuada la telemedicina y la adopción de estándares, protocolos o normas orientadas a que esta herramienta contribuya de manera efectiva a la calidad asistencial, no implica dejar de reconocer los avances tecnológicos en el área sanitaria.

Desde la Telemedicina es posible contribuir a la calidad asistencial, para ello resulta imprescindible precisar el marco y la planificación de su implementación para obtener la máxima eficacia de esta herramienta sin descuidar los principios y los valores esenciales de la relación medico-paciente, los derechos de los usuarios y la necesaria continuidad de la consulta presencial.

Uruguay invierte 2,5 millones de dólares para garantizar 750.000 dosis contra COVID-19

Uruguay suscribirá el mecanismo COVAX de OMS/OPS para integrar la lista de países compradores de una vacuna validada por organismos contra la COVID-19. La inversión es de 2,5 millones de dólares, que surgen del Fondo Coronavirus y garantizan 750.000 dosis.

El Secretario de la Presidencia enumeró en ese sentido que existen más de once investigaciones y que algunas pasaron a la fase de estudio en humanos, pero que ninguna ha sido validada oficialmente aún.

Se informa que el acuerdo de suscripción implica el adelanto de un pago de 2,5 millones de dólares, que sale del Fondo Coronavirus, para reservar la prelación en el uso de las vacunas.

La población de riesgo será prioritaria en las 750 mil dosis reservadas. El acuerdo, al que adherirá la mayoría de los países de América Latina, permite hacer un pool en la compra con cada país y no tener que negociar con cada laboratorio en particular.

Según informó Delgado, el Fondo Coronavirus permitió duplicar la capacidad de los centros de cuidados intensivos (CTI) de todo el país y valoró que hasta el momento no haya sido necesario su uso.

MSP -SEMANA DE LA SALUD BUCAL 2020

La odontología y el maltrato de niños y adolescentes

La observación de NNA por parte del odontólogo y del personal auxiliar es valiosa a la hora de identificar situaciones que podrían ser significativas de maltrato y de esta forma intervenir de acuerdo a lo establecido por Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del SNIS.

OMS: DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto las niñas, niños y adolescentes (NNA) menores de 18 años, incluye todos los tipos de maltrato físico y psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad de esta población o ponen en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

El maltrato infantil es causa de sufrimiento para los niños, niñas y adolescentes (NNA) y las familias, lo que tiene consecuencias a largo plazo (además del sufrimiento en el presente).

La Campaña Mundial de Prevención de la Violencia tiene por objetivo fomentar la toma de conciencia sobre este problema, resaltando la función decisiva que desempeñar la salud pública para abordar sus causas y consecuencias, fomentando su prevención.

De esta forma la violencia y el maltrato se constituyen en uno de los problemas más importantes de salud pública; destacando que sus diferentes formas de expresión son una amenaza para la salud del individuo, especialmente grave para el desarrollo saludable de NNA.

LA ODONTOLOGÍA Y EL MALTRATO INFANTIL.

La oportunidad de observación, por parte del odontólogo y del personal auxiliar, es muy valiosa a la hora de identificar situaciones que podrían de significativas de maltrato para NNA.

Es obligación del odontólogo, durante el control odontológico de estos grupos, observar los signos que pueden ser indicadores de abuso infantil o de negligencia. De esta forma durante el examen clínico regional y el extra e intrabucal se puede detectar la presencia de:

- Arañazos en cara y cuello, contusiones, hematomas y equimosis en zonas como orejas y mejillas.
- Laceraciones en los labios, encías, lengua, tejidos blandos dentro de la boca causados por utensilios para comer o por la mamadera durante una alimentación forzada.
- Hematomas o cicatrices en las comisuras de la boca, que podrían ser causadas por diferentes elementos colocados para evitar que el niño llore.
- Quemaduras provocadas por alimentos hirvientes o de cigarrillos, no solo en cara, sino en manos.
- Lesiones en la zona de paladar blando o pilares anteriores del velo del paladar para que el niño tosa o vomite sangre, y así crear síntomas para que requiera atención médica, síndrome de Münchausen.
- Lesiones e infecciones asociadas con prácticas sexuales como chancros y sarpullidos transmitidas por la presencia de ITS del agresor. Al igual que rotura o desgarre del frenillo lingual y eritemas o petequias en la zona de unión de paladar duro y blando.
- Fracturas de los maxilares y lesiones en la articulación témporo mandibular, a veces evidentes en asimetrías por látero desviación mandibular.
- Lesiones por mordeduras en partes blandas de boca, labios y mejillas vinculadas con golpes recibidos.
- Traumatismos dentarios recientes o presencia de dientes con cambio de coloración dónde con la realización de la una radiografía necesaria para el tratamiento, puede determinar la existencia de traumatismos previos.

La presencia de múltiples lesiones cariosas, también puede ser considerada un signo de negligencia, por falta de controles en salud bucal, ausencia o discontinuidad de los tratamientos indicados y/o el cambio continuo de odontólogo al igual que de médico. Es así que estos pueden ser otros elementos a tener en cuenta frente a la sospecha de maltrato con presencia de los signos mencionados anteriormente.

EL ROL DEL ODONTÓLOGO Y PERSONAL AUXILIAR

De esta forma el rol del odontólogo y del personal auxiliar (higienista en odontología y asistente dental) adquiere singular importancia a la hora de la consulta de un NNA, observando elementos ajenos a atención odontológica especifica (está demasiado abrigado de acuerdo al clima reinante, mangas largas que pueden ocultar áreas del cuerpo con signo de lesiones etc.)

Frente a una situación de sospecha el odontólogo debe remitir al NNA al prestador de salud que corresponda, dónde el Equipo de Referencia los recibirá y tomará los recaudos necesarios, de acuerdo al “Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niños, niñas y adolescentes, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud”.

OPS y OIM firman acuerdo para mejorar la salud de 70 millones de migrantes en las Américas

Washington D.C., 9 de octubre de 2020 (OPS) – Más de 70 millones de migrantes internacionales que viven en la Región de las Américas serán beneficiados de un acuerdo conjunto firmado hoy por la doctora Carissa F. Etienne, Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el doctor António Vitorino, Director General de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Bajo este acuerdo, la OPS y la OIM se enfocarán en fortalecer y ampliar las intervenciones coordinadas para apoyar a los países de las Américas en el abordaje de salud y migración, sin dejar a nadie atrás. Asimismo, bajo este marco, se abogará por la inclusión de las necesidades específicas de la población migrante en las políticas de salud y de desarrollo en la Región, tanto en el contexto de la COVID-19 como más allá de la pandemia.

“Los migrantes son una de las poblaciones más vulnerables de nuestra Región, enfrentan enormes barreras a la

sigue en pág. 20

viene de pág. 19

hora de acceder a la atención de salud que necesitan", afirmó la Directora de la OPS. "La pandemia de la COVID-19 es un recordatorio claro de que nadie está seguro hasta que todos estén seguros, por lo que este acuerdo entre la OPS y la OIM nunca ha sido tan oportuno e importante", agregó Etienne.

MIGRACIÓN EN LAS AMÉRICAS

El número de migrantes internacionales en las Américas alcanzó los 70 millones en 2019. Desde 2015, esta corriente migratoria incluye a más de 5 millones venezolanos que ahora viven en otros países del mundo, en particular en Colombia, Chile y el Perú. Y desde 2018 ha surgido una nueva tendencia consistente en grandes grupos que migran desde América Central hacia México y los Estados Unidos.

Las desigualdades sociales y económicas, la inestabilidad política, y los conflictos y desastres naturales se encuentran entre los factores que impulsan la migración. Si bien muchos países de la Región son fuentes de emigración hacia países de altos ingresos en las Américas y Europa, América Latina y el Caribe también están experimentando un aumento en la migración extra-regional, como por ejemplo de migrantes de África y Asia. Esto supone una presión adicional sobre los sistemas de salud de muchos países que carecen de recursos.

"Esta iniciativa se ha creado precisamente para hacer frente a estos retos y ayudará a los socios a coordinar y armonizar las medidas para mejorar la salud de los migrantes", dijo el Director General de la OIM, Antonio Vitorino.

SALUD Y MIGRACIÓN

La pandemia de la COVID-19 ha impactado la prestación de servicios de salud en las Américas, donde se han registrado más de 17 millones de casos y más de 574.000 muertes por la COVID-19.

Si bien los migrantes se enfrentan a las mismas amenazas para la salud que cualquier otra persona, estas se ven agravadas por condiciones de vida inadecuadas y la falta de acceso a servicios básicos como el agua, el saneamiento y la nutrición.

Además, es más probable que se enfrenten a condiciones de trabajo y vivienda en situación de hacinamiento dentro de la economía informal, así como a barreras legales, lingüísticas y culturales, lo que presenta desafíos para esta población en la aplicación de medidas de salud pública durante la pandemia.

La separación de las redes de apoyo, las dificultades financieras y el acceso limitado a los suministros y medicamentos también amenazan la salud mental de los migrantes y empeoran condiciones preexistentes.

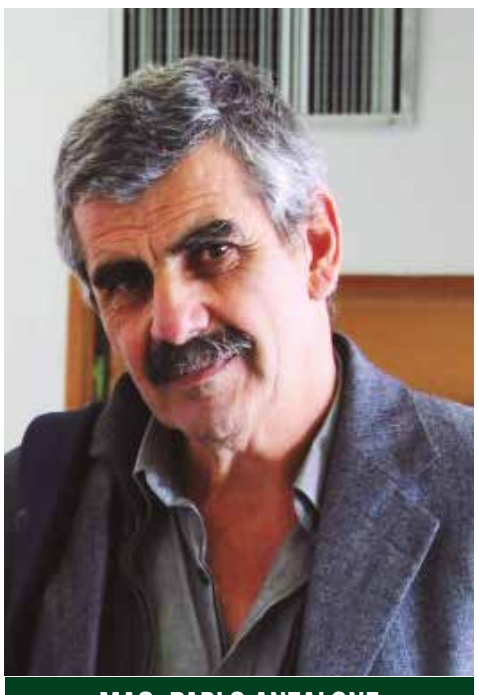
Más allá de la COVID-19, muchos migrantes de las Américas sufren una serie de enfermedades transmisibles y no transmisibles que requieren un reconocimiento y tratamiento urgentes. Es preciso abordar enfermedades como el paludismo, la tuberculosis, el VIH/sida, la diabetes y la hipertensión entre las poblaciones de migrantes.

El nuevo acuerdo busca mejorar el acceso a la salud de esta población y apoyar a los países en el abordaje de la salud fronteriza, incluso en la preparación y respuesta ante emergencias. Asimismo, tiene por objeto fortalecer la acción conjunta entre todos los sectores, incluyendo sectores de educación, bienestar social y protección, para diseñar mejores intervenciones en salud con una visión a corto, mediano y largo plazo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) trabaja con los países de las Américas para mejorar la salud y la calidad de vida de su población. Fundada en 1902, es la agencia internacional de salud pública más antigua del mundo. Funciona como la Oficina Regional de la OMS para las Américas y es la agencia especializada en salud del sistema Interamericano.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), creada en 1951, es el principal organismo de las Naciones Unidas en el ámbito de la migración y trabaja en estrecha colaboración con asociados gubernamentales, intergubernamentales y no gubernamentales. La OIM trabaja para ayudar a garantizar la gestión ordenada y humana de la migración, promover la cooperación internacional en cuestiones de migración, ayudar en la búsqueda de soluciones prácticas a los problemas de la migración y prestar asistencia humanitaria a los migrantes que la necesiten, incluidos los refugiados y los desplazados internos.

Primer nivel de atención: una discusión fermental de estrategias sanitarias



MAG. PABLO ANZALONE

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

El rol del Primer Nivel de Atención es uno de los nudos estratégicos de cualquier política de salud y de todo sistema de salud. También del SNIS. El 23 de julio pasado la Red de Municipios y Comunidades Saludables realizó un Taller Abierto sobre Primer Nivel de Atención. Aportaron a este intercambio las exposiciones de Giovanni Escalante representante de la OPS/OMS en Uruguay, Analice Berón Directora de División Salud de la Intendencia de Montevideo, Gabriela Lamique Directora de la RAP Metropolitana, Jorge Bentancur fundador de la Org. De Usuarios de la Salud del Cerro y Jacqueline Ponzo presidenta de la Confederación Latinoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. Moderaron el taller Adriana Robaina de ONAJPU y Gerardo Falco médico de familia integrante del grupo de MCS en el Municipio A. Además de este abanico de exposiciones, se discutió en cinco subgrupos y luego en plenaria con una participación muy activa de los asistentes.

Va aquí una síntesis de esos planteamientos e intercambios, como contribución a debates tan necesarios para el avance del SNIS (y su defensa ante todo intento de retroceso). La Red MCS está iniciando ahora una sistematización y evaluación de las experiencias realizadas en 2020 y estos talleres han sido una de las lineas de acción conjunta mas interesantes. En momentos en que el país se confinaba y muchas actividades u organizaciones se detenían, la Red MCS llevó adelante 16 Talleres Abiertos sobre temas relevantes con amplia convocatoria y participación de personas de distintos colectivos, instituciones y regiones del país.

Giovanni Escalante inició su planteo fundamentando que la mejor manera de construir sistemas de salud basados en APS es mediante el ejercicio del derecho a la salud, a traves de la participación plena de todos los actores de la comunidad. Está comprobado en el mundo que el mejor modelo es el que se adapta a las necesidades y demandas de la población, para desarrollar sistemas basados en la APS. Entonces el primer elemento a relevar es la participación social incluyendo la cogestión por parte de la comunidad. ¿En qué medida las redes de servicios de salud tienen mecanismos de cogestión por la via de involucrar la comunidad en la gestión integral de los servicios? .Hemos visto experiencias muy ricas de participación de la población, en la cogestión, no solo en las demandas, sino tambien en la planificación, la implementación y la evaluación sobre la marcha de los servicios,

Desarrolló luego un segundo concepto preguntándose en que medida es bueno seguir usando un término que se identifica con atención simple, básica. Citando a David Tejada Rivero uno de los primeros promotores de la APS señaló en su momento que en la traducción del término se perdió un aspecto relevante: los cuidados esenciales de salud. Hablamos de cuidados esenciales de la salud. El imperativo categorico es promover la salud y los cuidados a las personas. No solo la atención a la enfermedad. En la actualidad marcada por la pandemia no debemos ver solo la atencion a los pacientes con Covid, sino como asegurar los cuidados esenciales y velar por la salud. Al mismo tiempo ¿Cómo prevenir el Covid? ¿ cómo a traves de cambios de conductas, se puede incidir en los escenarios futuros?. Hay que mirar la prevención para que los servicios de la salud puedan responder adecuadamente. Ya no es solo atender la enfermedad, sino debemos cambiar el chip y promover la salud. No es una cuestion retorica sino algo esencial para procurar la supervivencia de la humanidad. La promoción de la salud nos hablaba de los escenarios de relación entre las personas para transformar nuestra realidad. A modo de ejemplos concretos : ¿podremos gestionar bien los residuos sólidos, reciclar la basura en mejores condiciones, lograr una mejor calidad del aire? ¿Podremos desarrollar programas de alimentación saludable donde se evite el consumo de productos ultraprocesados con altos niveles de sodio, grasas y azúcares.? ¿Cómo promoveremos espacios saludables en el trabajo, o en los municipios?

Hay un paradigma centrado en que los servicios de salud atiendan a los usuarios , con un PNA como puerta de entrada. Pero este paradigma piensa en los dispositivos fijos de atención. La policlinica es un elemento fundamental del PNA. Las personas pueden ir allí para atender las patologías de menor complejidad. Sin embargo las experiencias que he visitado en Uruguay son muy ricas, hay un trabajo construido durante décadas. Cabe preguntarse ¿Como se puede sistematizar esas experiencias para considerar PNA no solo los espacios fíjos sino todos los lugares de interacción en la comunidad?. Por ej. con programas claves para involucrar otros protagonistas. El escenario donde solo está la policlinica para recibir a los

sigue en pág. 23

viene de pág. 22

pacientes es un modelo que ya se agotó.

Más aún ahora con el desafío de la Telesalud. No solo la telemedicina, donde un médico atiende por un mecanismo remoto, para facilitar una conexión entre menor complejidad y mayor complejidad. La telesalud tiene también otras aplicaciones: campañas, tele-educación, capacitación al personal de salud y a la propia comunidad.

Por último el representante de OPS en Uruguay planteó una reflexión: ¿en qué medida vamos a hacer realmente que el nivel que traccione la atención a la salud y proteja a la población sea el PNA?. Destacó experiencias muy interesantes donde los usuarios están identificados desde el territorio, con mapeo georeferenciado de toda la población, ubicando donde están las gestantes, las personas con factores de riesgos, creando mecanismos claros para defender sus intereses.

Analice Berón desarrolló la trayectoria que ha tenido la IM en la APS y en el PNA. La experiencia de la IM y sus aportes en este plano, lo que hoy se conoce el SAS Servicio de Atención a la Salud fue creado como Unidades Sanitarias de Desarrollo en 1968. En 1985 se realiza un convenio entre IM y el MSP pero es en el 90 cuando estos servicios se amplían con 10 nuevas policlinicas. El modelo de atención llevado adelante por el SAS ha sido un precursor del promovido por el SNIS. Actualmente la IM tiene 20 policlinicas polivalentes. En setiembre se inaugurará una nueva policlínica en el Complejo Crece, un nuevo centro SACUDE Salud Cultura y Deporte, en la zona de Flor de Maroñas del Municipio F. Ese modelo SACUDE ha sido una experiencia exitosa en el Barrio Municipal del Municipio D. Destacó también la atención odontológica integral (21 sillones) y la labor de un policlinico móvil en el municipio A.

Hizo énfasis asimismo en el diseño e instrumentación del Primer Plan de Salud de Montevideo. Entendiendo la salud como un derecho, que implica la satisfacción de las necesidades humanas, con vistas a un desarrollo humano cada vez mas pleno, con mayor calidad de vida. A eso apunta el Plan de Salud, integrando las politicas que lleva adelante la IM en sus distintos departamentos. Este Plan fue aprobado por el intendente en diciembre de 2019 para que cada uno de los dptos de la IM, incorpore una mirada de salud en sus acciones.

Gabriela Lamique señaló que Uruguay tiene un Sistema de Salud cuyos pilares fundamentales son la territorialidad, la longitudinalidad, la integralidad y la accesibilidad. El PNA es la puerta de entrada y genera una atención longitudinal. La RAP Metropolitana es una de las unidades ejecutoras mas complejas de la Red de ASSE. Atiende al 30% de los usuarios de ASSE, 419 mil usuarios. Tiene catorce centros de salud, 6 de ellos con puerta de urgencia y 76 policlinicas. Lamique reafirmó que un objetivo fundamental de esta gestión es avanzar en la territorializacion, en un proceso que la RAP ya viene trabajando desde hace años. Esos territorios de salud son compartidos con aliados estratégicos, como la IM con sus 20 centros y tambien el BPS con sus 4 centros. En ese proceso de territorialización se vienen definiendo las areas de responsabilidad, las zonas mínimas de responsabilidad, después las áreas de salud, y luego un tercer plano que es la subregión donde ya hay servicios de segundo y tercer nivel. Y por último la región metropolitana, que es una de las cuatro regiones de todo ASSE. La territorialización es una manera de marcar la cancha, para ver los jugadores, identificar los usuarios y adscribirlos a un efector en el territorio. Un punto fundamental, razón de ser del PNA es la planificación local en salud. Esta será una de las líneas estratégicas, pero ademas con un enfoque de participación. Esa planificación participativa será un gran desafío para funcionarios y usuarios, y para todos los actores desde la intersectorialidad.

Lamique compartió las afirmaciones de Escalante de que el PNA no son solo los centros de atención.Jerarquizó las actividades de prevención y promoción, el diagnóstico de las enfermedades agudas y también los determinantes de los problemas crónicos. Mencionó que la RAP metropolitana tiene atención domiciliaria, atención individual y grupal. La priorización de los problemas y los factores protectores, es necesaria para elaborar los planes y luego hacer el seguimiento. Esto nos enriquece a los gestores de todos los niveles y tambien a los usuarios. La planificación local y la territorialización son fundamentales para la coordinación de la atención y asegurar la continuidad asistencial. "Ojala los hospitales nos pregunten por los planes locales de salud para poder encarar su propia labor" afirmó. El equipo de referencia del PNA debe poder tener contacto con la atención especializada en el territorio, con un plan de cuidados conjunto.

Analizando las perspectivas, propuso tomar la pandemia como una oportunidad, que puso en evidencia debilidades y fortalezas, planteando un gran reto para los sistemas de salud. Uno de estas crisis tiene que aprender, concluyó.

Jorge Bentancur caracterizó la realidad actual del zonal 17 del Municipio A con 206 mil habitantes y 70 asentamientos. Historió que alli están los dos primeros barrios de Montevideo, la Villa del Cerro y Pueblo Victoria. Recordó que las calles tenían nombre de país menos la llamada "Dr Viacaba" en homenaje a un médico que atendía solidariamente en la zona. Había mutualistas, sociedades de ayuda mutua, organizaciones fuertes aunque en determinado momento empezó a cambiar, "entró el negocio en la salud". En los inicios del barrio vino un botánico que recogió mas de 100 plantas medicinales del arroyo Pantanoso. Hoy tenemos un Pantanoso totalmente contaminado.

Se refirió al proceso de cómo se convirtieron de Comisión de Salud del Consejo Vecinal, en una Organización de Usuarios . Antes de ese momento en el sistema de salud no había un usuario activo como rol reconocido. En la asamblea fundacional realizada en 2005 con mas de 100 vecinos se decidió recorrer las subzonas, los barrios de la zona, preguntando ¿qué mas hay que hacer?. Invitaron al centro de salud y otros actores locales. Se fue haciendo un mapa de lo que había en cada barrio y lo que debería haber para tener salud. Luego se puso en común lo recogido y con ese material se convocó una segunda asamblea y se fijaron prioridades.

Una gran prioridad fueron los niños desnutridos y en respuesta se hizo primero una Coordinación de Infancia y luego la Red de Primera Infancia. La principal riqueza de un pais son sus niños. Nacen solo 40 mil niños todos los años y 43% nacen en hogares pobres. La organización de usuarios del Cerro ha luchado mucho para lograr mas centros de atención a la primera infancia. Les costó mucho, muchísimo y sigue costando. 30% de los niños no tienen donde ir. Para los niños y sus padres es fundamental que puedan acceder a una atención digna tengan o no dinero. Esperan que la clase politica en lugar de malgastar 120 millones de dólares en una cárcel modelo, inviertan en que los niños tengan todas las posibilidades desde que nacen. Sabiendo que si nacen sin esas posibilidades es difícil que puedan recuperarse.

La segunda prioridad definida por los usuarios fueron las adicciones. Ahi surgió "Mi Cerro Sin Drogas". En su lanzamiento participaron 700 vecinos, trabajando en talleres de 20 personas a lo largo de todo el día. Participaron escuelas, liceos, grupos de adultos mayores. Fue un lanzamiento de impacto. Hubo un triangular de fubol femenino de Cerro, Rampla y Progreso. "Mi Cerro Sin Drogas" hizo actividades en 4 escuelas, los mismos niños hicieron una obra de teatro y la representaron en el teatro Florencio sanchez. Más de 15 personas de MCSD recibieron una capacitación amplia. Se hizo una recorrida casa a casa en Cerro Norte. Se creó el Centro de Escucha "Pablo Barrios" adecuando un local de la IM por presupuesto participativo. Se hizo un manual para talleres, autorizado por el MEC. Fueron dos veces convocados a encuentros nacionales para mostrar la experiencia realizada. Siguen entrando personas nuevas a los grupos de adictos y se reunen también los familiares organizados.

Entre las iniciativas de educación de la Organización de Usuarios se capacitaron mas de 100 personas como agentes comunitarios de salud.. Se realizan Campamentos "A tu Salud" todos los años convocando a las personas de la zona a intercambiar sobre sus experiencias en la materia . Entre los temas urgentes abordaron problemas como el Dengue, y salieron con un mosquito gigante financiado por la Div. Salud, con volantes fotocopiados, en el desfile inaugural de carnaval y luego por los corsos barriales. Todos estos son procesos en los cuales los usuarios hacen planes junto con los otros actores del territorio, con una mirada intersectorial.

Jacqueline Ponzo retomó la preocupación de Giovanni Escalante por la confusión que generan algunos nombres. Llamó a tomar nota de esas confusiones: se asocia el PNA como sinónimo de prevención y promoción. Sin duda es un lugar de excelencia para hacer eso pero es mucho mas . Se asocia prevención y promoción con una charla en la escuela o sala de espera y aunque pueda incluirlas está lejos de limitarse a esas actividades. Otra confusión es identificar el PNA con atención básica, mínima, cosa que no es, todo lo contrario. O PNA como la planta baja de los sanatorios donde se hace atención ambulatoria. O se piensa PNA como policlinicas periféricas, pero lo central de un sistema de salud no son los servicios sino las personas. Y las policlínicas no son para nada periféricas. Otra confusión es considerarlo como atención de baja complejidad, identificando complejidad como tecnología dura, aparatos complejos o caros, específicos para ciertos diagnosticos, que abarcan problemas focalizados. En realidad la alta complejidad de los problemas que abordamos en el PNA, implica trabajar integralmente cuestiones como el tabaquismo, la obesidad, la violencia doméstica, ahora el Covid, o las pluripatologías que tienen los pacientes, junto a las familias reconstituidas o monoparentales, que deben afrontar la crianza. Por eso se resiste a usar el término PNA con esas connotaciones. Una expresión mas adecuada es la Atención a la Salud en el Ambito Comunitario. Atención en un sentido amplio, incluyendo prevención y promoción pero también asistencia en todos sus pasos, diagnostico, tratamiento, recuperación, rehabilitación. Es una atención en todas sus dimensiones en la que los problemas de salud están en etapas iniciales con la incertidumbre que ello implica. En realidad en ese ámbito comunitario no solo damos esa atención a la salud sino que tenemos la posibilidad de cuidar a la salud, no solo desde los equipos de salud sino también desde la comunidad. Cuando decimos el ámbito comunitario no nos referimos solo a los centros de salud, sino tambien al domicilio de las personas y a multiples espacios comunitarios, o instituciones diversas con las cuales se interactua permanentemente. Los servicios basados en la APS son necesarios para ese Espacio de Cuidado de Salud en el Ambito Comunitario. Contamos para evaluarlos con la operacionalización de Barbara Starfield de Alma Ata con los atributos: accesibilidad, integralidad, atención a lo largo de la vida, atención coordinada o continua en el sector salud, con enfoque familiar, orientación comunitaria e idoneidad cultural. Los equipos de salud deben contar con permanencia y diversidad de acuerdo a las necesidades del territorio, Deben ser ámbitos de formación de excelencia para el personal de salud. Este es un nuevo modelo médico, que se está formando, con equipos de salud y usuarios de salud comprometidos con esta perspectiva. Es territorial, es un modelo clinico comunitario, es multimedio para la comunicación con la población y planetario para cuidar el planeta. Es un modelo que se desarrolla dentro del SNIS.

Trabajo en subgrupos e intercambios en la plenaria

Luego de las exposiciones iniciales se constituyeron cinco sub- grupos que abordaron cuestiones relativas a las siguientes interrogantes: ¿Cuales son las fortalezas y cuales son las debilidades del PNA ?¿Cómo incrementar la capacidad de resolución del PNA? ¿Se ven articulaciones, complementación, prioridades coordinadas entre las policlinicas ? ¿Cómo mejorar la accesibilidad de las personas? ¿ Que tipo de vinculo tiene el PNA con las organizaciones sociales?. ¿Cuales son las dificultades en la relación entre PNA y los demás niveles de atención?.

Los informes de la labor en subgrupos y la discusión en la plenaria, los chat del taller, los formularios de evaluación posteriores aportaron una gran riqueza a la consideración de todos estos temas. Vale la pena desarrollarlos con mas tiempo y espacio en otro artículo .

36 años de COMEF

Pocos meses antes del retorno a la democracia, nace el primero de octubre de 1984 COMEF.

El nacimiento e la Cooperativa Médica de Florida-COMEF, estuvo ´precedido de un difícil proceso de amalgamar dos instituciones de fuerte arraigo en el departamento como lo eran la Asociación Médica Departamental (Amedef), fundada en 1971 por un grupo de médicos jugados a la asistencia colectiva, y la Asociación Italiana, una mutualista tradicional fundada el 1 de setiembre de 1881 por inmigrantes italianos.

El 1º. De octubre de este 2020 en el que COMEF - IAMPP cumple 36 años de su creación, la institución continúa cuidando la salud del departamento con el mismo profesionalismo del lejano 1984.

Esta realidad ha sido posible, señalan sus directivos, “gracias a nuestros usuarios y nuestro personal de salud”, comprometidos profundamente con la salud de todos con actitudes acordes a la particularidad de sus respectivos roles.

Nueva Policlínica en Barrio 19 de Abril - Acción conjunta de IMM, ASSSE y BID

En el marco del Programa de Mejoramiento de Barrios del Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MVOT), el miércoles 7 de octubre quedó reinaugurada la Policlínica en el barrio 19 de Abril. Participaron de la actividad, el Subsecretario del MVOT, Tabaré Hackenbruch Legnani y el Vicepresidente de ASSE, Marcelo Sosa.

POLICLÍNICA QUE TRASCIENDE LOS GOBIERNOS.

El Subsecretario del MVOT, destacó que se trata de una política interinstitucional y de Estado, que trasciende los gobiernos y que implica un trabajo en conjunto en este caso con ASSE, Intendencia y Municipio, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo.

Subrayó que “es necesario dejar de ver el árbol y ver el bosque”, trabajando “juntos”, con “responsabilidad social” y “codo a codo”.

UNA POLICLÍNICA CON MUCHA HISTORIA

Por su parte, el Vicepresidente de ASSE, Marcelo Sosa, sostuvo que es una Policlínica “con mucha historia en la comunidad, donde los vecinos han trabajo mucho”. Agregó que contará con atención de medicina general, pediatría, a la mujer y próximamente odontológica, que beneficiará a unos 4 mil afiliados de ASSE del barrio 19 de Abril y sus alrededores.

Afirmó que se trata de una obra “muy importante para el barrio”, una “joya” que posibilitará mejorar la atención de la salud en esta Policlínica dependiente de la Red de Atención Primaria Metropolitana.

EN MEMORIA DE LILIÁN MORALES, VECINA QUE EN 1976

impulsó la creación de la Policlínica

En tanto, el delegado de la Federación de Funcionarios de Salud Pública, Javier Acosta, expresó que “nace una esperanza” y valoró el concepto de salud de cercanía.

En la oportunidad, se rindió homenaje a la memoria de Lilián Morales, vecina que impulsó la inauguración de la Policlínica en 1976. Su hija recordó que en ese entonces, era “un rancho de chapa”, que trabajaban “médicos solidarios” y los vecinos hacían las veces de asistentes.

COOMEF-IAMPP Inauguró Policlínica en Mendoza Chica

Dentro del marco de mejoras que COMEF –IAMPP viene realizando en las localidades del interior del departamento, el 30de setiembre inauguró su nueva policlínica en Mendoza Chico

Se hicieron presente autoridades de la Comisión Directiva, representantes de la Comisión Representativa de Afiliados, Comisión de Obras de COMEF , Médicos de la policlínica y funcionarios de la misma.

El único orador fue el Presidente de la Comisión Directiva Dr. José Pedro González destacando la importancia de estar presente en cada rincón del interior del departamento.

También destaco adelantos en materia de tecnología como el nuevo Acelerador Lineal de ONCOSUR el cual permitirá tratamientos de altísima precisión en radioterapia oncológica siendo el mismo uno de los mejores en el país.

Acto seguido se homenajeó por su labor y dedicación al servicio de la localidad de Mendoza Chico a Reina Fontes y Mirna Cora, ex funcionarias como así también al Dr. Néstor Pereira el cual además de dedicar toda su vida como médico en la localidad fue también reconocido por la participación en la fundación de lo que hoy es COMEF.

El viernes 9 visitó COMEF el Ministro de Salud Pública y su equipo

Cerrando su gira por el país en la mañana del viernes 9 visitó COMEF el Ministro de Salud Pública Dr. Daniel Salinas acompañado por su equipo.

El mismo realizó un recorrido por las aéreas asistenciales del Sanatorio de #COMEF, luego de la misma hubo una instancia de diálogo en la Sala de Conferencia del mismo Sanatorio con el Presidente del Consejo Directivo , integrantes del mismo y Direcciones Técnicas.

COMEF en el Día Internacional de las Personas Mayores

COMEF celebró el Día Internacional de las Personas Mayores, haciendo conocer objetivos concretos para este año, a través de una temática que pretende:

- Informar a los participantes sobre los objetivos estratégicos en el Decenio del Envejecimiento Saludable.
- Sensibilizar sobre las necesidades especiales de salud de las personas mayores y sus contribuciones a su propia salud y al funcionamiento de las sociedades en las que viven.
- Aumentar la conciencia y la apreciación del papel del personal sanitario en el mantenimiento y la mejora de la salud de las personas mayores, con especial atención a la profesión de enfermería.
- Presentar propuestas para reducir las disparidades de salud entre las personas mayores en los países desarrollados y en vías de desarrollo, de manera que “nadie se quede atrás”.
- Aumentar la comprensión del impacto de la COVID-19 en las personas mayores y su impacto en las políticas, la planificación y las actitudes del cuidado de la salud.

Se proyectan mejoras en el Hospital de Paso de los Toros impuestas por la realidad de la Planta de UPM 2

Según informó el martes 6 el Presidente de ASSE, Dr. Leonardo Cipriani, se mejorará la capacidad del Block Quirúrgico y se aumentarán los recursos humanos en el Hospital de Paso de los Toros, departamento de Tacuarembó. La planta de UPM 2, conlleva precisamente la necesidad de las mejoras anunciadas para el Hospital de Paso de los Toros, con cuyo equipo de Dirección el Presidente de ASSE mantuvo una reunión de trabajo.

En la oportunidad Cipriani informó que se potenciará la atención de la Salud Mental, aspecto en el que ASSE financia a las Unidades Docentes Asistenciales (UDAs) de la Facultad de Medicina y se fortalecerá la Psiquiatría.

El objetivo es estimular la formación de nuevos profesionales en territorio, como política de Estado pensada a mediano y largo plazo, señalándose que se tenderá también a fortalecer la Medicina Familiar y Comunitaria.

En lo relacionado con salarios, se informó que habrá una mejora salarial en el sector no médico más sumergido

Premio Nobel de Química 2020 para las creadoras de la técnica CRISPR/Cas9

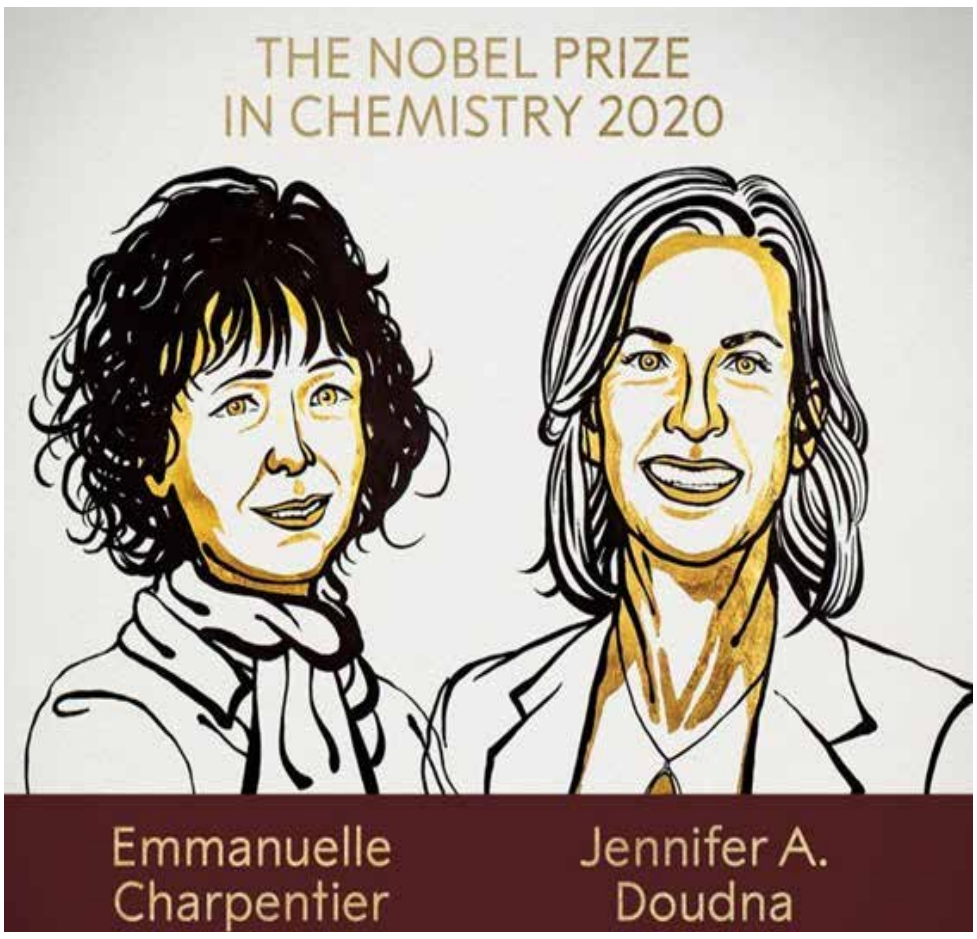
El hallazgo de las tijeras genéticas permite modificar el ADN de animales, plantas y microorganismos con una precisión extremadamente alta

El Premio Nobel de Química 2020 ha recaído en las investigadores Emmanuelle Charpentier y Jennifer A. Doudna "por el desarrollo de un método para la edición del genoma", lo que se conoce como la tecnología CRISPR / Cas9.

El hallazgo de las tijeras genéticas permite modificar el ADN de animales, plantas y microorganismos con una precisión extremadamente alta. Esta tecnología ha tenido un impacto revolucionario en la comunidad científica ya que está contribuyendo a nuevas terapias contra el cáncer y apunta a la curación de enfermedades hereditarias en un futuro próximo.

"Hay un poder enorme en esta herramienta genética, que nos afecta a todos. No solo ha revolucionado la ciencia básica, sino que también ha dado lugar a cultivos innovadores y dará lugar a nuevos tratamientos médicos innovadores", ha explicado Claes Gustafsson, presidente del Comité Nobel de Química.

Emmanuelle Charpentier es actualmente la directora de Instituto Max Planck de Biología de la Infección en Berlín y Jennifer A. Doudna es la principal investigadora en los Institutos Gladstone y profesor en la Universidad de California



en San Francisco.

Un descubrimiento inesperado

Durante los estudios de Charpentier sobre Streptococcus pyogenes, descubrió una molécula previamente desconocida, el ARNtracr. Su trabajo mostró que el ARNtracr es parte del antiguo sistema inmunológico de las bacterias, CRISPR / Cas, que desarma los virus al escindir su ADN.

Charpentier publicó su descubrimiento en 2011. El mismo año, inició una colaboración con Doudna, una bioquímica experimentada con un vasto conocimiento del ARN. Juntas, lograron recrear las tijeras genéticas de las bacterias en un tubo de ensayo y simplificaron los componentes moleculares de las tijeras para que fueran más fáciles de usar.

En un experimento que hizo época, reprogramaron las tijeras genéticas. En su forma natural, las tijeras reconocen el ADN de los virus, pero Charpentier y Doudna demostraron que podían controlarse para poder cortar cualquier molécula de ADN en un sitio predeterminado. Donde se corta el ADN, es fácil reescribir el código de la vida.

Desde que Charpentier y Doudna descubrieron las tijeras genéticas CRISPR / Cas9 en 2012, su uso se ha disparado. Esta herramienta ha contribuido a muchos descubrimientos importantes en la investigación básica, y los investigadores de plantas han podido desarrollar cultivos que resisten el moho, las plagas y la sequía.

Fuente: GacetaMedica

“Ante todo, no hagas daño”

Marsh acerca a los lectores el día a día de su especialidad, una montaña rusa de emociones, descubriéndonos cuantos misterios sigue custodiando el cerebro y los múltiples riesgos, limitaciones, dudas y conflictos morales

«La idea de que mi aspirador quirúrgico avance a través del pensamiento en sí, de la emoción y la razón, de que los recuerdos, los sueños y las reflexiones puedan formar parte de esa gelatina, resulta demasiado extraña como para plantearla siquiera.»

Henry Marsh tiene posiblemente la profesión más delicada y fascinante que existe. Henry Marsh es neurocirujano, uno de los mejores del mundo. Esto significa que se ve obligado a hurgar en el cerebro de las personas. Con unas pinzas bipolares coagula los vasos sanguíneos que recorren su superficie, hace una incisión con un bisturí pequeño, introduce una fina cánula conectada a un aspirador quirúrgico y, con la ayuda de un microscopio, se abre camino por la sustancia blanca en busca del tumor.

De su pericia y su pulso depende en muchas ocasiones que un paciente recupere la visión o acabe en una silla de ruedas. Hay días en los que salva vidas, pero también hay jornadas nefastas en las que un pequeño error o una cadena de infortunios lo hacen sentirse el ser más triste y solo sobre la faz de la Tierra.

En “Ante todo, no hagas daño” —título extraído del principio supremo de la medicina, atribuido a Hipócrates de Cos en torno al 460 a.C.—, Marsh acerca a los lectores el día a día de su especialidad, una montaña rusa de emociones, descubriéndonos cuantos misterios sigue custodiando el cerebro y los múltiples riesgos, limitaciones, dudas y conflictos morales a los que se enfrentan los neurocirujanos en la mesa de operaciones.

Con una honestidad sorprendente, el autor desmonta en esta obra la ilusión colectiva de que la neurocirugía es un arte de microprecisión tirando a infalible en manos de unos profesionales serenos, objetivos y de pulso perfecto. Pero también se dan cita en el libro la recompensa tras una intervención técnicamente brillante y humanamente insuperable, la compasión hacia el enfermo y los peculiares vínculos que se crean entre éste y su médico, así como el gozo derivado de poder comunicar la más feliz de las noticias a los familiares. Y, por supuesto, la generosa dosis de humor negro que exige la práctica de su profesión, sin la cual difícilmente se podría soportar una disciplina capaz de llevar al equipo médico a conocer el cielo y el infierno con escasas horas de diferencia.

UNA VIDA TAN FASCINANTE COMO ATERRADORA

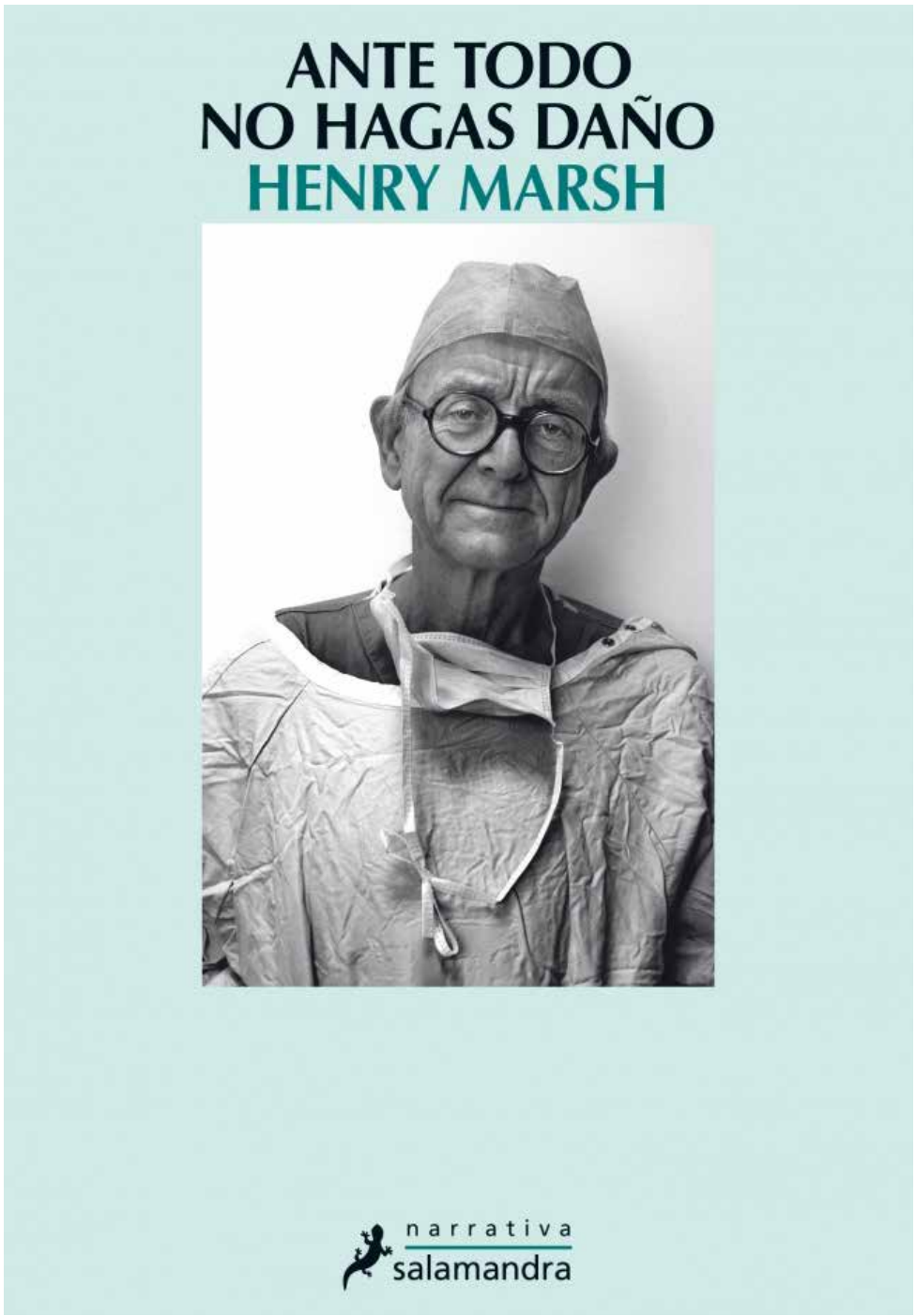
Escogido Mejor Libro del Año por el Financial Times y The Economist, y finalista del Guardian First Book Award y del Costa Book Award, Ante todo, no hagas daño es un conmovedor y aterrador testimonio en primera persona de los triunfos y los fracasos que se dan a diario en los hospitales, al tiempo que una mirada experta a ese enigma inconmensurable que da cobijo a nuestras células grises.

Muchas cosas han cambiado desde que Henry Marsh estudió Medicina, y él mismo presta testimonio sobre cuánto se ha avanzado desde un punto de vista científico y tecnológico a la hora de trazar el mapa del cerebro, pero lo que hay en juego sigue siendo exactamente lo mismo: la posibilidad de llevar una vida digna y con salud. Por descontado, tampoco han variado las sensaciones a flor de piel que experimentan tanto los pacientes y sus familiares, como los equipos médicos.

Al final de su larga y exitosa carrera como uno de los neurocirujanos británicos más sobresalientes, Marsh recuenta —a cerebro abierto, si tal broma nos es permitida— multitud de casos profesionales —que acaban siendo también personales—, muchos de ellos capaces de llevar al lector hasta las lágrimas, sean éstas de desconsuelo o alegría. En su consulta, enfrentándose a dilemas hamletianos o a la delicada obligación de comunicar malas noticias, o delante de la mesa de operaciones, donde se le exige la máxima concentración y el más firme de los pulsos, Marsh sintetiza su tan fascinante como compleja y maravillosa trayectoria médica en unas páginas que rebosan tacto y sabiduría, llenas de verdades dolorosas y de momentos de dicha.

EL AUTOR

Henry Marsh (Oxford, 1950) estudió Medicina en el Royal Free Hospital de Londres, se convirtió en miembro del Colegio Real de Cirujanos en 1984 y, desde 1987, ejerce de especialista en neurocirugía en el ala Atkinson Morley del St. George’s Hospital de Londres. Ha sido protagonista de dos documentales: Your Life in Their Hands, ganador del premio Royal Television Society Gold Medal, y The English Surgeon, merecedor de un premio Emmy. Está casado con la antropóloga y escritora Kate Fox.



Un libro conmovedor y descarnado
Sinopsis sobre “Ante todo, no hagas daño”
Título original: Do No Harm
ISBN: 978-84-9838-720-9
Número de páginas: 352
Tipo de edición: Rústica con solapas
Sello editorial: Salamandra
Colección: Narrativa

EXTRACTOS DEL LIBRO
CAPÍTULO 11 “EPENDIMOMA”

Con los años, había llegado a conocer bien a Helen y a tenerle mucho aprecio. Quizá ése fue un error por mi parte. Era siempre encantadora y llevaba su enfermedad con una entereza considerable, aunque a veces me preguntaba si no sería simplemente poco realista con respecto a sus posibilidades. Aunque no siempre es malo negarse a aceptar algo así.

La familia sentía devoción por ella y, pese a que me transmitían su más efusivo agradecimiento siempre que los veía, me miraban con tanta intensidad, con una mezcla tan grande de esperanza y desesperación, que sus ojos parecían disparar clavos para inmovilizarme contra la pared. [...]

Helen llegó finalmente de madrugada, aunque cuando entré a trabajar por la mañana nadie sabía en qué sala la habían ingresado y acudí a la reunión matutina sin haber podido verla aún. Una vez allí, le pedí al residente de guardia que proyectara el escáner de la paciente. Ofrecí un breve resumen de la historia clínica de Helen.

—¿Por qué creéis que voy a operar en un caso incurable como éste? —pregunté a los internos en prácticas. Nadie se ofreció voluntario para responder, de modo que les hablé de la familia y de que les era imposible aceptar que no pudiera hacerse nada más.

Cuando se trata de un cáncer que progresa lentamente y recidiva una y otra vez, puede resultar muy difícil saber cuándo parar. Los pacientes y sus familias se vuelven incapaces de aceptar la realidad, y empiezan a pensar que los tratamientos pueden alargarse eternamente, que el fin no llegará nunca, que la muerte puede postergarse para siempre.

Se aferran a la vida. Les expliqué a los internos en prácticas allí reunidos que había tenido un problema similar unos años atrás con un niño de tres años, hijo único y fruto de un tratamiento de fecundación in vitro.

Lo había operado de un ependimoma maligno y todo salió bien. Luego le administraron radioterapia. Cuando el tumor recurrió, como hacen siempre los ependimomas, dos años más tarde, volví a intervenirlo, y poco después hubo otra recidiva, en lo profundo del cerebro. Me negué a operarlo de nuevo, me pareció que no tenía sentido. La conversación con sus padres fue terrible: se negaron a aceptar lo que les dije y encontraron un neurocirujano en otro sitio que llevó a cabo tres cirugías más a lo largo del año siguiente, y aun así el niño murió. Los padres trataron entonces de demandarme por negligencia. Fue una de las razones por las que abandoné la neurocirugía pediátrica. El amor, les recordé a mis discípulos, puede ser muy egoísta.

—¿Es por eso por lo que vas a operar en este caso? ¿Porque te preocupa que te demanden? —quiso saber alguien. En realidad no me preocupaba que me pusieran una demanda, pero sí que estuviera siendo un cobarde, o quizá sólo un tanto perezoso.

Tal vez iba a operar porque no me veía

sigue en pág. 28

viene de pág. 27

con ánimos de enfrentarme a la familia para decirles que, lamentablemente, había llegado el momento de que Helen muriese.

CAPÍTULO 18. "CARCINOMA"

Mi hermana y yo acudíamos mañana y tarde para cuidar de ella. Al principio, yo la ayudaba a llegar hasta el cuarto de baño, donde mi hermana la lavaba, pero al cabo de muy poco ya no pudo recorrer ni siquiera aquella corta distancia, de modo que la cogía en brazos para dejarla en la silla con orinal que habíamos tomado prestada de la residencia para enfermos desahuciados del barrio.

Mientras la limpiaba, era maravilloso observar cómo mi hermana le explicaba con cariño y delicadeza los uidados de enfermería más simples y necesarios. Al fin y al cabo, ambos hemos visto morir a mucha gente, y yo había trabajado también años atrás como enfermero geriátrico.

Creo que a los dos nos parecía una tarea sencilla y natural, pese a la intensidad de nuestras emociones. No estábamos angustiados, pues los tres sabíamos que iba a morir, pero supongo que lo que sentíamos era sencillamente un amor intenso, un amor sin segundas intenciones, sin la vanidad y el interés de los que tan a menudo es expresión ese sentimiento.

—Es extraordinario sentirse rodeada de tanto cariño —declaró dos días antes de morir— . Doy gracias por la suerte que tengo. Y tenía razón, por supuesto. Dudo que ninguno de nosotros llegue a disfrutar —si es que ésa palabra puede usarse en estos casos— de una muerte tan perfecta cuando nos llegue la hora. Una muerte bastante rápida en tu propia casa, tras una vida larga, atendida por tus propios hijos, rodeada por la familia y sin el más mínimo dolor. Unos días antes de que muriera, casi por casualidad, toda la familia —hijos, nietos y hasta dos bisnietos, así como dos de sus más antiguas amigas— nos reunimos en la casa familiar.

Representamos sin saberlo lo que acabó convirtiéndose en un velatorio improvisado antes de su muerte, para el regocijo de mi madre. Mientras yacía moribunda en el piso de arriba, nos sentamos a la mesa del comedor a rememorar su vida y a brindar por su recuerdo, pese a que no había fallecido aún, y comimos la cena que había preparado mi prometida, Kate.

Sólo hacía unos meses que había conocido a Kate, para gran alegría de mi madre tras el traumático final de mi primer matrimonio. Kate se había sorprendido un poco al encontrarse cocinando para diecisiete en lugar de para cinco personas, como le había pedido yo con cierta vacilación unas horas antes.

Cada día me parecía que sería el último, pero todas las mañanas, cuando llegaba a verla, mi madre me decía:

—Sigo aquí.

En cierta ocasión, cuando le di un beso de buenas noches y le dije que la vería por la mañana, me contestó con una sonrisa:

—Viva o muerta.

Mi familia estaba representando una escena antiquísima que supongo que rara vez se ve en el mundo moderno, pues ahora la gente muere en hospitales o residencias impersonales, al cuidado de afectuosos profesionales cuya expresión de afecto —como la mía en el trabajo— se esfumará de su rostro en cuanto se dé la vuelta, como la sonrisa de un recepcionista de hotel.

CRÍTICAS Y COMENTARIOS

«La neurociencia ha encontrado a su Boswell en Henry Marsh. Dolorosamente honesto sobre los errores que pueden "arruinar" un cerebro, exquisitamente sintonizado con el vínculo tenso y efímero entre médico y paciente, hilarantemente ansioso con la gestión hospitalaria, Marsh nos sumerge en el arte más difícil de la medicina y nos levanta el ánimo. Un logro soberbio.» Ian McEwan

«Increíblemente absorbente... Una visión tan sincera que asombra.» Bill Bryson

«Cuando un libro arranca así: "A menudo me veo obligado a hurgar en el cerebro y eso es algo que detesto hacer", uno no puede dejarlo, debe proseguir, ¿verdad? Confío plenamente en las habilidades de aquellos que practican la neurocirugía y tiendo a olvidarme del elemento humano, aquello que implica fracasos, malentendidos, errores, suerte y mala suerte, pero también de la vida diaria que los médicos llevan fuera de su profesión. Ante todo, no hagas daño, de Henry Marsh, revela todo esto en medio de situaciones de vida o muerte, y éste es, por sí solo, un motivo para leerlo: una honestidad auténtica en un lugar inesperado. Pero hay muchos más.» Karl Ove Knausgaard, Financial Times

«El doctor Marsh revisa su vocación de una forma extraordinariamente íntima, compasiva y a ratos aterradora.» Michiko Kakutani, The New York Times

«Unas memorias deslumbrantes y emotivas [...]. Es su desarmante franqueza lo que convierte este libro en una lectura cautivadora... Fascinante.» Gavin Francis, The Guardian

«Ante todo, no hagas daño es un conjunto de elegantes reflexiones tras una larga carrera. Algunas de las historias son tan emotivas que pueden llevarnos a las lágrimas [...]. En el fondo, éste es un libro acerca de la sabiduría y la experiencia.» Nicholas Blincoe, The Telegraph

«Si, como cirujano, Marsh es un décima parte de lo bueno que es como escritor, le dejaría abrirme el cráneo en cualquier momento.» Leyla Sanai, Independent on Sunday

«Tan fascinante y absorbente como las mejores películas sobre médicos, pero con el añadido de ser una historia real. Este conmovedor repaso de lo que significa ser neurocirujano te mantendrá con el corazón en un puño.» Sandra Parsons, Daily Mail

«Soberbio... Tremendamente emotivo.» William Leith, The Spectator «Marsh nos ofrece una mirada reflexiva y profundamente personal y fascinante a la élite de la neurocirugía, dando cuenta tanto de sus asombrosos éxitos como de sus aleccionadores fracasos.» Publishers Weekly

«¿Por qué nadie había escrito hasta ahora un libro así? [...] ¿Por qué no ha habido más doctores que hayan narrado sus experiencias, especialmente en obras de una belleza tan prosaica? Sobre sangre y dudas, errores y decisiones [...].» Euan Ferguson, The Observer

«Las memorias de Henry Marsh son de una honestidad asombrosa... Su franqueza nos revela un carácter reflexivo que halló una ruta nada convencional en su carrera... Treinta años después, le sigue estimulando su trabajo, parte Sherlock Holmes a la hora de diagnosticar, parte hombre de acción frente a la mesa de operaciones. A ratos se muestra entusiasta, y compartimos su emoción al ponernos en la piel de un cirujano, dejándonos guiar por la topografía oculta del cerebro.» Ben Felsenburg, The Mail on Sunday

«Son contados los neurocirujanos que pueden sacar pecho. La cirugía cardíaca... Eso sí que es un área a vida o muerte, una labor de fontanería verdaderamente dramática y que puede desembocar en curaciones reales. Por el contrario, la cirugía cerebral conlleva en ocasiones un grado tan alto de discapacidad que la muerte puede ser preferible a la calidad de vida resultante. Nosotros, los neurocirujanos, llevamos a cabo cosas maravillosas, pero también terribles.»

«En estos tiempos de expectativas y consumismo crecientes, la gente debe saber y entender que la medicina es peligrosa e impredecible: necesitan que se les aleccione sobre ello. Si desean que los traten como a niños, poniéndose en manos de médicos a los que convierten en dioses, allá ellos, pero luego no pueden venir quejándose. Los pacientes deben aceptar que las cosas pueden salir mal y responder a esta realidad como personas adultas.»

«Pasar por el quirófano no es como llevar el coche al taller: los desenlaces de una operación son muchas veces inciertos. Y los pacientes tienen derecho a sentir ansiedad; yo sigo poniéndome tenso antes de una operación.»

El abordaje nutricional, un aspecto clave en COVID-19

Los especialistas recuerdan que la disfagia, la desnutrición y la sarcopenia son muy comunes en pacientes con esta infección

La gestión nutricional en la situación de pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 ha exigido también nuevos enfoques. Un grupo de expertas han analizado recientemente las claves frente a la Covid-19 en el primer webinar organizado por la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (Senpe).

El webinar fue moderado por Lluisa Bordejé Laguna, del Hospital Universitario Germans Trias I Pujol (Barcelona) y vicepresidenta de la SENPE, y contó también con la participación del presidente de la sociedad, Miguel León Sanz, jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital 12 de Octubre, que cerró el encuentro virtual.

Básico para la recuperación del paciente

Clara Vaquerizo Alonso, médico intensivista y de UCI del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), se centró en el "Abordaje del paciente crítico con nutrición enteral, cómo se ha trabajado y se plantea trabajar". En su intervención, reflejó cómo se han tratado los pacientes COVID-19 durante estos meses de pandemia desde un punto de vista nutricional. Vaquerizo recordó que este ha constituido el mayor reto en la historia del intensivismo, en línea con una de las afirmaciones lanzadas por la moderadora.

Vaquerizo insistió en que "dentro de las medidas multidisciplinares, el tratamiento nutricional es fundamental para la recuperación de los pacientes".

La especialista explicó cómo y cuándo instaurar la nutrición enteral en estos pacientes, aportando las claves para hacerlo en cada una de las fases definidas (inestabilidad, aguda, estable, recuperación y postextubación).

Asimismo, también incidió en las complicaciones gastrointestinales (alteraciones metabólicas y del sistema inmune, hiperglucemia, resistencia a la insulina…) de los pacientes COVID-19, así como en los problemas en las UCIs durante los meses de marzo a mayo (escasez de bombas de nutrición, por riesgo de infección y aumento de trabajo fue más difícil seguir los protocolos de nutrición y monitorización, personal poco entrenado, entre otros).

Asimismo, comentó la existencia un espacio colaborativo multidisciplinar, iniciativa Comisión Europea-Sociedad Europea de Medicina Intensiva, para dotar de un mejor funcionamiento las UCIs expandidas para que se puedan tratar mejor a los pacientes y evitar caer en las situaciones dadas en los meses iniciales de pandemia.

En este sentido, concluyó que "la colaboración internacional en la investigación es fundamental para generar evidencia de alta calidad con el fin de mejorar el pronóstico de los pacientes".

Seguimiento y alta de los pacientes

Por su parte, Cristina de la Cuerda, médico adjunto de la Unidad de Nutrición HGU Gregorio Marañón y Secretaria General de ESPEN, desarrolló se centró en el modo en el que se aborda el seguimiento y el alta de los pacientes.

La especialista detalló lo que se ha

sigue en pág. 29

viene de pág. 28

hecho en plantas COVID-19 a nivel nutricional (dietas de alto contenido energético y proteico, distribución de nutrición enteral y parenteral o suplementos nutricionales orales cuando fue necesario) y explicó los problemas a los que se enfrentaron los pacientes salidos de las UCIs (algunos pasaron muchos días en ellas).

Citó textualmente que "la disfagia, la desnutrición y la sarcopenia son muy comunes en pacientes por COVID-19".

Asimismo, aportó los datos más relevantes del reciente Estudio NutriCOVer (datos sin publicar aún) en el que participaron 268 pacientes hospitalizados, con una media de 70 años, que sufrieron una pérdida de peso de más del 75 por ciento durante su hospitalización, con una media de más de 9 kilos por persona.

La especialista destacó que para los pacientes que han recibido el alta después de su ingreso por la COVID-19 el tratamiento nutricional y el ejercicio físico favorecen su rehabilitación, y añadió que una continuidad asistencial a nivel nutricional es fundamental,

De igual modo, subrayó que la telemedicina puede ser una herramienta muy útil durante esta pandemia y posteriormente y recordó que utilizar tests sencillos de cribado nutricional, sarcopenia y disfagia puede facilitar la práctica clínica en atención primaria y especializada.

La experiencia en el Hospital Ifema

En la primera ponencia de la tarde, Ainhoa Aranguren Oyarzabal, jefe de División de Planificación, Compras y Proyectos Farmacéuticos del Servicio Madrileño de Salud, detalló su labor como responsable de del servicio de farmacia del Hospital de campaña de IFEMA, que funcionó entre el 21 de marzo y 1 de mayo al que se derivaron pacientes COVID-19 en situación no crítica para dar apoyo asistencial a los hospitales de Madrid.

La experta plasmó lo excepcional de la situación desde tres puntos de vista: organizativo, normativo y cooperativo y destacó cuatro retos planteados y conseguidos por parte de una plantilla de profesionales multidisciplinares:

• El primer reto, en su opinión, fue la adquisición de la medicación: para cubrir las necesidades de todos los pacientes, incluida la medicación específica. En este punto, destacó la creación de una Guía Farmacoterapéutica consensuada entre el servicio de farmacia y los equipos médicos y la creación de un programa de gestión de farmacia para ganar en eficiencia siempre velando por la seguridad.

• El segundo reto fue la dispensación de la medicación: la clave fue la organización del stock de medicamentos para conseguir una dispensación eficiente y adecuada a cada tipo de paciente. El logro más destacado fue conseguir en tiempo récord (a 31 de marzo) los 25 botiquines requeridos para todas las camas, también las 8 de UCI de Ifema.

• El tercer reto fue la seguridad en la prescripción. Se fomentó la prescripción electrónica y por protocolo (35 protocolos: 7 de hospitalización + 28 para UCI) para facilitar la dispensación y conseguir la validación farmacéutica de los tratamientos del 100 por cien de las camas. Un trabajo multidisciplinar desplegado por farmacéuticos, médicos y enfermería.

• El cuarto reto fue el cese de la actividad y cierre del servicio de farmacia, que consistió en hacer inventario, unificar la medicación, poner en cuarentena la que lo requería parar distribuirla posteriormente a los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

En sus conclusiones, Aranguren destacó cómo se trabajó el abordaje de la nutrición enteral y parenteral, la creación de la Guía farmacoterapéutica "de campaña" así como aspectos diferenciadores de la labor realizada como la adaptación a la urgencia de la situación, a las instalaciones y recursos humanos dados y la incertidumbre bajo la que desarrollaron su trabajo durante los 42 días en que IFEMA fue un hospital y no un recinto ferial.

"Los aspectos exitosos fueron el enfoque en los retos y en los objetivos inmediatos, sin perder la visión en la seguridad", concluyó Aranguren.

Chalazión

Un chalazión es una inflamación del párpado causada por un conducto bloqueado en una de las glándulas que producen un líquido que lubrica el ojo. ¿Por qué ocurre? ¿Cómo se trata?

Es una protuberancia pequeña en el párpado causada por un bloqueo de una pequeña glándula sebácea.

CAUSAS

Un chalazión es causado por un conducto bloqueado en una de las glándulas de meibomio. Estas glándulas están localizadas en el párpado directamente por detrás de las pestañas. Producen un líquido delgado y aceitoso que lubrica el ojo.

SÍNTOMAS

Un chalazión a menudo se desarrolla tras un orzuelo interno (también llamado divieso). El párpado casi siempre se vuelve sensible, enrojecido, hinchado y caliente. Algunas veces, la glándula bloqueada que causa el orzuelo no drena aunque el enrojecimiento y la inflamación desaparezcan. La glándula formará un nódulo firme en el párpado que no es sensible. Esto se llama chalazión.

PRUEBAS Y EXÁMENES

Un examen del párpado confirma el diagnóstico.

En raras ocasiones, el cáncer de piel del párpado puede asemejarse a un chalazión. Si esto se sospecha, usted puede necesitar una biopsia.

TRATAMIENTO

Un chalazión a menudo se cura sin tratamiento al cabo de un mes más o menos.

• El tratamiento primario es la aplicación de compresas calientes sobre el párpado durante 10 a 15 minutos por lo menos cuatro veces al día. Use agua tibia (a una temperatura que le permita dejar la mano en el agua cómodamente). Esto puede suavizar los aceites endurecidos que obstruyen el conducto, y llevar al drenaje y la cicatrización.

• NO presione ni apriete el chalazión.

Si el chalazión continúa creciendo, es posible que sea necesario extirparlo con cirugía. Esto casi siempre se realiza desde la parte inferior del párpado para evitar una cicatriz en la piel.

La inyección de esteroides es otra opción de tratamiento.

EXPECTATIVAS (PRONÓSTICO)

El chalazión casi siempre se cura solo. Los resultados con tratamiento son excelentes en la mayoría de los casos.

POSIBLES COMPLICACIONES

En raras ocasiones, un chalazión sanará por sí solo, pero puede dejar una cicatriz en el párpado. Este problema es más común después de una cirugía para extirpar el chalazión, pero aún es infrecuente. Usted puede perder algunas pestañas o le puede quedar una pequeña muesca en el borde del párpado. La complicación más común es una reaparición del problema.

CUÁNDO CONTACTAR A UN PROFESIONAL MÉDICO

Consulte con el médico si las protuberancias del párpado continúan creciendo a pesar del tratamiento o tiene un área con pérdida de las pestañas.

PREVENCIÓN

Frotar suavemente el borde del párpado a la altura de la línea de las pestañas todas las noches puede ayudar a prevenir los chalaziones o los orzuelos. Use toallas de limpieza para los ojos o champú para bebés diluido.

Aplique un ungüento antibiótico recetado por su proveedor después de frotar los párpados. Puede también aplicar diariamente compresas tibias sobre el párpado.

NOMBRES ALTERNATIVOS

Lipogranuloma de la glándula de Meibomio

REFERENCIAS

Neff AG, Chahal HS, Carter KD. Benign eyelid lesions. In: Yanoff M, Duker JS, eds. Ophthalmology. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 12.7.

Yanoff M, Cameron JD. Diseases of the visual system. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 423.

Versión en inglés revisada por: Audrey Tai, DO, MS, Assistant Clinical Professor (Voluntary), University of California - Irvine, Irvine, CA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

AUTORES: ÁNGELES MONTILLA GARCÍA

Control of opioid analgesia and tolerance by sigma-1 receptors studies on nociceptive and inflammatory joint pain

RESUMEN

Los receptores sigma-1 son una diana farmacológica prometedora para el tratamiento del dolor (Sánchez-Fernández et al., 2017). Entre los antagonistas selectivos sigma-1, el que ha sido caracterizado con mayor profundidad es el S1RA (Vela et al., 2015). Este fármaco ha sido evaluado en estudios de fase II para el dolor neuropático, con resultados prometedores (Bruna et al., 2018). Además, diversos estudios preclínicos muestran que la inhibición del receptor sigma-1 incrementa la analgesia opioide (Sánchez-Fernández et al., 2017; Zamanillo et al., 2013), y de hecho, otra indicación potencial para el uso clínico del S1RA en pacientes humanos es como adyuvante a la analgesia opioide (Vela et al., 2015). En esta Tesis Doctoral nos centramos en el estudio de la modulación de la analgesia opioide por los receptores sigma-1.

Inicialmente estudiamos esta modulación en modelos de dolor nociceptivo producido tanto por estímulos mecánicos como térmicos en el ratón. Encontramos que la administración local de los agonistas opioides μ morfina, oxicodona y buprenorfina producía efectos antinociceptivos locales frente a un estímulo térmico (placa caliente unilateral a 55 ºC) pero no mecánico (presión plantar con 450 g). La inhibición del receptor sigma-1, tanto en ratones desprovistos de este receptor como por su antagonismo farmacológico mediante el S1RA, indujo un gran incremento de la analgesia opioide periférica frente al estímulo mecánico pero no frente al estímulo térmico. Mediante ensayos inmunohistoquímicos, encontramos que el receptor sigma-1 se encuentra presente a niveles muy elevados en las neuronas C no peptidéricas (IB4+) de los ganglios de las raíces dorsales espinales (donde se encuentran los somas de las neuronas aferentes primarias), mientras que las neuronas C peptidérgicas (TRPV1+) presentaban unos niveles de receptores sigma-1 más reducidos. La eliminación de las neuronas C peptidérgicas mediante la administración in vivo de resiniferatoxina, un superagonista TRPV1, no alteró ni el dolor por el estímulo mecánico ni los efectos del antagonismo sigma-1 en la analgesia opioide periférica frente a este tipo de estimulación dolorosa. Sin embargo, el tratamiento con esta toxina inhibió las respuestas dolorosas frente al estímulo térmico, así como el efecto analgésico de la administración local de morfina frente a este tipo de estímulo. Por lo tanto, la analgesia opioide periférica frente al estímulo nociceptivo mecánico está inhibida de manera tónica por la actividad de los receptores sigma-1, mientras que la analgesia opioide periférica frente al estímulo nociceptivo térmico (la cual es producida en neuronas C peptidérigicas) no es modulable por este receptor.

Además, estudiamos la modulación de la analgesia opioide por los receptores sigma-1 durante el dolor patológico, en concreto en un modelo murino de inflamación articular dolorosa. Exploramos no sólo los efectos de esta interacción en la alodinia mecánica (la medida estándar de dolor crónico en estudios preclínicos), sino que también estudiamos los efectos de la modulación de la analgesia opioide por el receptor sigma-1 en la alteración funcional inducida por el dolor articular. En concreto, focalizamos nuestros esfuerzos en la fuerza de agarre como indicador de la interferencia del dolor en la función física. Este parámetro se usa rutinariamente en las consultas de reumatología, y sus variaciones correlacionan no sólo con la progresión de la patología articular, sino también con el dolor percibido por el paciente (Fraser et al., 1999; Overend et al., 1999). Sin embargo, la vinculación entre el dolor y la fuerza de agarre está muy poco estudiada en el roedor, por lo que hicimos una caracterización profunda de este parámetro en animales con inflamación articular, previa al estudio del papel del receptor sigma-1 en el dolor inflamatorio.

Los animales con inflamación articular en los tobillos inducida por la administración periarticular de adyuvante completo de Freund (CFA, por sus siglas en inglés), mostraron un masivo infiltrado inmunitario a nivel periarticular y alteraciones en la membrana sinovial, junto con alodinia mecánica (medida mediante filamentos de von Frey) y una abrupta disminución en la fuerza de agarre. La alodinia mecánica fue mucho más duradera que las alteraciones en la fuerza de agarre, por lo que no es la responsable de la disminución funcional. De hecho, cuando las alteraciones sinoviales inducidas por la inflamación desaparecieron, los animales recuperaron valores de fuerza de agarre normales mientras que mantuvieron una marcada alodinia mecánica. Tanto la alodinia mecánica como la disminución en la fuerza de agarre fueron revertidas por analgésicos de grupos farmacológicos diferentes. Estos incluyen los fármacos opioides oxicodona y tramadol, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) ibuprofeno y celecoxib, así como el paracetamol, indicando que tanto la alodinia mecánica como la disminución en la fuerza de agarre responden al tratamiento analgésico, y consecuentemente se deben a las alteraciones sensoriales propias del proceso inflamatorio. Tanto la administración de rojo rutenio (un antagonista TRP), como de resiniferatoxina para eliminar las neuronas TRPV1+, inhibieron completamente la alodinia mecánica mientras que no alteraron la fuerza de agarre de los animales con la inflamación articular. Por consiguiente, la disminución en la fuerza de agarre por la inflamación articular se produce por mecanismos diferentes a la alodinia mecánica, y merece ser usada en estudios preclínicos como una medida adicional de dolor articular para conseguir una visión más global y a la vez más traslacional al humano de la eficacia de los fármacos analgésicos.

Por último, dentro del estudio del papel del receptor sigma-1 en el dolor inflamatorio articular, encontramos que el antagonismo del receptor sigma-1 por el S1RA no alteró la alodina mecánica inflamatoria, aunque incrementó levemente la fuerza de agarre de los animales con la inflamación articular. El antagonismo sigma-1 potenció en gran medida el efecto antialodínico de la morfina en los animales con inflamación, sin embargo no modificó el efecto de este opioide en la fuerza de agarre. Además, puesto que la tolerancia analgésica producida tras el tratamiento repetido con agonistas opioides es un problema de gran relevancia clínica (Morgan y Christie, 2011), estudiamos el papel del receptor sigma-1 en la tolerancia analgésica a la morfina. El S1RA, administrado a animales tolerantes a morfina, rescató la analgesia morfínica tanto en la alodinia mecánica como en la fuerza de agarre. Sin embargo, el tratamiento preventivo con S1RA durante la inducción de la tolerancia a la morfina impidió el desarrollo de la tolerancia morfínica únicamente en la fuerza de agarre. Estos resultados ponen de manifiesto tanto el papel del receptor sigma-1 como modulador de la analgesia opioide durante el dolor inflamatorio articular, como las diferencias entre la alodinia mecánica y la fuerza de agarre.

En conclusión, los receptores sigma-1 juegan un papel importante en la modulación de la analgesia y la tolerancia opioide (aunque sus efectos dependen del tipo de estímulo doloroso y del parámetro indicador de dolor utilizado). Estos hallazgos podrían tener interés terapéutico para el uso de los antagonistas sigma-1 como adyuvantes a los fármacos opioides.

Referencias Bruna J., Videla S., Argyriou A.A., Velasco R., Villoria J., Santos C., Nadal C., Cavaletti G., Alberti P., Briani C., Kalofonos H.P., Cortinovis D., Sust M., Vaque A., Klein T., Plata-Salaman C., 2018. Efficacy of a novel sigma-1 receptor antagonist for oxaliplatin-induced neuropathy: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase IIa clinical trial. Neurotherapeutics 15, 178-189.

Fraser A., Vallow J., Preston A., Cooper R.G., 1999. Predicting 'normal' grip strength for rheumatoid arthritis patients. Rheumatology 38, 521-528.

Morgan M.M., Christie M.J., 2011. Analysis of opioid efficacy, tolerance, addiction and dependence from cell culture to human. Br. J. Pharmacol. 164, 1322-1334.

Overend T.J., Wuori-Fearn J.L., Kramer J.F., MacDermid J.C., 1999. Reliability of a patient-rated forearm evaluation questionnaire for patients with lateral epicondylitis. J. Hand Ther. 12, 31-37.

Sánchez-Fernández C., Entrena J.M., Baeyens J.M., Cobos E.J., 2017. Sigma-1 receptor antagonists: a new class of neuromodulatory analgesics. Adv. Exp. Med. Biol. 964, 109-132.

Vela J.M., Merlos M., Almansa C., 2015. Investigational sigma-1 receptor antagonists for the treatment of pain. Expert. Opin. Investig. Drugs 24, 883-896.

Zamanillo D., Romero L., Merlos M., Vela J.M., 2013. Sigma 1 receptor: a new therapeutic target for pain. Eur. J. Pharmacol. 716, 78-93.

Tesis en acceso abierto en: DIGIBUG https://digibug.ugr.es/handle/10481/52761

PABLO JOSÉ GONZÁLEZ DOMENECH - UNIVERSIDAD DE GRANADA - OCTUBRE 2019

Tesis Doctoral

Influencia de una dieta libre de gluten y caseína sobre las alteraciones del comportamiento en niños y adolescentes diagnosticados de trastorno del espectro autista programa de doctorado de medicina clínica y Salud Pública

RESUMEN

Dadas las limitaciones en el tratamiento de los Trastornos del Espectro Au-tista (TEA), muchas familias recurren al uso de intervenciones alternativas. La dieta libre de gluten y caseína (DLGC) como enfoque etiopatogénico y terapéu-tico de los TEA ha recibido abundante atención bibliográfica y sigue siendo ac-tualmente objeto de interés y controversia. La beta-casomorfina es un péptido derivado de las proteínas de la leche de vaca, llamada así por su procedencia (caseína) y por su actividad opioide similar a la morfina. Se ha postulado que los sujetos con TEA podrían tener altas concentraciones de estos biopéptidos que influirían en el origen y en el curso de los síntomas nucleares y periféricos del autismo. Los objetivos de esta investigación son: 1) Determinar la influencia de una DLGC sobre las alteraciones del comportamiento de niños y adolescen-tes diagnosticados de TEA y 2) Estudiar la relación entre los posibles cambios conductuales y los niveles urinarios de beta-casomorfina. Se realizaron dos estudios de similares características pero con periodos de seguimiento diferentes, en diferentes momentos de tiempo y utilizando mues-tras distintas. Primero se realizó un estudio a 3 + 3 meses de seguimiento y años más tarde se replicó la metodología para un segundo estudio en el que se amplió el tiempo de intervención a 6 + 6 meses. El tipo de diseño escogido para ambos estudios fue un ensayo clínico aleatorizado cruzado a simple ciego. El periodo de seguimiento se dividió en dos fases de la misma duración cada una (tres meses para el primer estudio y seis meses para el segundo).

Cada partici-pante recibió durante una fase dieta normal (con gluten y caseína) y durante la otra fase DLGC. Se asignó aleatoriamente el orden de intervención (empezar con dieta normal o DLGC) y se realizaron tres evaluaciones a lo largo del segui-miento (al inicio de cada estudio, tras la dieta normal y tras la DLGC). En cada evaluación se cumplimentaron cuestionarios de conducta y autismo, de segui-miento de la dieta y se determinaron los niveles de beta-casomorfina en orina.En ninguno de los dos estudios (3 + 3 meses y 6 + 6 meses) se encontraron cambios significativos en las escalas de conducta ni en los niveles urinarios de beta-casomorfina tras la DLGC.

Una DLGC no produce cambios significativos en los síntomas comporta-mentales del autismo ni en los niveles urinarios de beta-casomorfina. Son nece-sarios futuros estudios que, además de eliminar el gluten y la caseína durante un periodo de tiempo suficiente (al menos 6 meses), incluyan elementos de placebo y doble ciego, así como otros marcadores biológicos para definir mejor a los sujetos que puedan beneficiarse de estas dietas.

CONCLUSIONES

Primera. Una DLGC no produce cambios significativos en los trastornos del comportamiento asociados al autismo.

Segunda. Los niveles urinarios de beta-casomorfina no se ven modificados tras la DLGC.

Tercera. Existe una evidencia limitada para recomendar estas intervencio-nes nutricionales en los TEA.

Cuarta. Son necesarios futuros ensayos clínicos aleatorizados durante un periodo de tiempo adecuado que, además, incluyan elementos de placebo y doble ciego. Con el fin de identificar a los posibles respondedores, sería interesante incluir, entre los elementos de evaluación, comorbilidades de síntomas gastrointestinales, mediciones de permeabilidad intestinal, exámenes de poblaciones bacterianas intestinales, actividad enzimática e inflamatoria gastrointestinal, así como el estudio de los posibles cambios estructurales y funcionales a nivel cerebral.

Quinta. Es importante llevar a cabo una monitorización de parámetros bio-químicos y antropométricos, con el fin de prevenir posibles deficiencias nutri-cionales derivadas del uso de estas dietas.

Tesis en acceso abierto en: DIGIBUG https://digibug.ugr.es/handle/10481/58537

UBICADO EN LA CALLE DURAZNO ESQUINA SALTERAIN DE MONTEVIDEO

Nuevo espacio público de convivencia en el parque Rodó

Este espacio funciona como una ampliación de la vereda, lo que permitirá disminuir la velocidad del tránsito y generar una nueva área de descanso y espera.

El Departamento de Desarrollo Urbano de la comuna junto con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) llevan adelante intervenciones de urbanismo táctico en la ciudad desde hace varios años.

Actualmente en Montevideo es frecuente ver repartidores parados en grupo en una esquina, sin guardar ninguna norma de distanciamiento físico.

La puesta en marcha de este espacio, ubicado en la calle Durazno esquina Salterain, contemplará esa nueva realidad mediante la instalación de una estación de descanso para uso de transeúntes, vecinas, vecinos y estudiantes de los liceos de la zona.

La estación contará con paneles solares tanto para la iluminación como para brindar un servicio de carga de celulares.

Además, tendrá un punto de estacionamiento y de autorreparación de bicicletas.

¿CÓMO FUE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO?

Para el montaje de este espacio el BID aportó recursos técnicos y financieros. Por su parte, la Intendencia contribuyó con equipos técnicos y en la articulación y coordinación de las acciones para su habilitación.

La selección del lugar contempló el entorno urbano, la existencia de comercios, el número promedio de repartidores en la zona, la presencia de servicios sociales –centros educativos, entre otros– y la proximidad de espacios verdes.

También se realizó un proceso de diseño colaborativo que implicó que el equipo del proyecto se reuniera con vecinas y vecinos, comerciantes, estudiantes, empresas proveedoras y repartidores, para captar sus percepciones sobre el entorno y buscar un diseño acorde a las necesidades de los distintos colectivos.

Se hicieron dos talleres participativos,

adaptados al contexto de la emergencia sanitaria, en los que participaron aproximadamente 100 personas. También se mantuvieron reuniones con los distintos actores involucrados.

Para la sostenibilidad del proyecto se ha trabajado en la generación de un modelo de gestión en el que los socios operadores contribuyan al mantenimiento y el cuidado del espacio.

MONITOREO DE OTRAS EXPERIENCIAS SIMILARES EN MONTEVIDEO

Continuando con las prácticas de urbanismo táctico en la ciudad, se sigue monitoreando el uso de las estaciones de descanso instaladas en la calle Ituzaingó, entre Rincón y 25 de Mayo.

Estas estaciones integran un proyecto que, según la evaluación de uso, se consolidan en los espacios dispuestos o se trasladan.

EJEMPLO DE UN PROYECTO

EJECUTADO DE FORMA PARTICIPATIVA: PLAZA DE LA DIVERSIDAD SEXUAL

La Plaza de la Diversidad Sexual fue, durante años, un lugar abandonado en el barrio Ciudad Vieja.

La Intendencia, el BID, vecinas y vecinos de la zona se unieron para transformar participativamente el espacio.

Las obras físicas estuvieron a cargo de la comuna, mientras que el BID contribuyó con el diseño y equipamiento para su activación.

Por su parte, vecinas, vecinos y comerciantes cercanos acordaron ocuparse del cuidado y mantenimiento de la plaza.

Actualmente la Plaza de la Diversidad Sexual se consolidó como un punto turístico de agrado tanto para visitantes como para quienes residen o trabajan cerca.

Es por eso que, dado el éxito que tuvo la renovación de este lugar, la Intendencia realizará una intervención de carácter más permanente.

MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD REALIZARON LA INSTALACIÓN

Verdisol tiene nuevos móviles saludables

Como parte del convenio de la Intendencia con el Instituto Nacional de Rehabilitación, el viernes 9 de octubre culminó la colocación de tres móviles saludables en el Complejo Verdisol.

Se trata de módulos de gimnasia al aire libre, instalados por mujeres privadas de libertad de la Unidad 5.

Los trabajos se realizaron a través del convenio que tiene la comuna con el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), para brindar oportunidades laborales a personas privadas de libertad.

Mediante el convenio se ha instalado nuevo equipamiento para la actividad deportiva al aire libre en distintos espacios públicos de la ciudad, así como se ha reparado otra gran cantidad de equipos.

En ese sentido se han colocado módulos y realizado mejoras de espacios públicos en los barrios Brazo Oriental, Carrasco, Cerrito de la Victoria, Ciudad Vieja, Piedras Blancas, Punta Carretas y Villa Española.

NUEVO ESPACIO DE ATENCIÓN PERSONALIZADA

Por una cultura libre de violencia

La Intendencia de Montevideo realizó un convenio con la Asociación Civil El Paso para generar un espacio de atención a quienes hayan vivido o estén viviendo situaciones de violencia en ámbitos culturales.

En el contexto de las denuncias públicas de violencia sexual realizadas en diversos espacios de la cultura a través de los hashtag #varonescarnaval, #varonesteatro, #varonesrock - entre otros- la Intendencia dispuso la creación de un servicio que brinde contención y apoyo a las víctimas de estas situaciones.

El espacio de atención, denominado “Cultura libre de violencia”, es gestionado por la Asociación Civil El Paso a través de un convenio con la comuna.

Cuenta con un equipo interdisciplinario integrado por psicólogas y abogadas y está dirigido a mujeres que hayan vivido o estén viviendo situaciones de violencia en ámbitos culturales.

Allí se brinda contención emocional y psicológica a las víctimas, así como asesoramiento y acompañamiento legal para el acceso a la Justicia en los casos que así lo requieran.

Las personas interesadas en solicitar una entrevista al equipo técnico de este espacio deben comunicarse a los teléfonos 2309 61 71 o 091 981 154.