

EL DIARIO MEDICO

Salud hoy

24 Años de una utopía hecha realidad



Los 4 fundadores en la primera reunión. Elbio Alvarez, Juan J. Arén, Andrés Morga y Osvaldo Arén



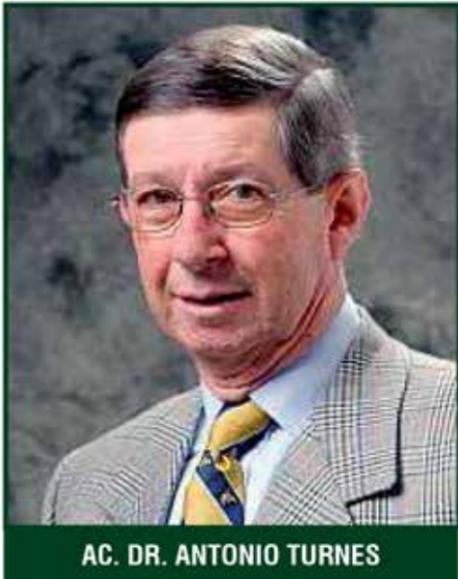
El primer staff con los imprescindibles: Marcelo Cortazzo, Elbio Alvarez, Emilio Rodríguez, José Pedro Gonzalez y Daniel Ayala.



SUSCRIPCIÓN
GRATUITA POR
INTERNET
www.eldiariomedico.com.uy

Sobre la Caridad

En estos tiempos de postmodernidad conviene reflexionar acerca de algunas cuestiones que pensamos están superadas por el tiempo, pero que sin embargo son plenamente vigentes. Hablemos de la caridad en la salud, que parecería quedó en el siglo XIX y sin embargo hoy es tan importante y está presente sin que le demos ese nombre.



AC. DR. ANTONIO TURNES

La CARIDAD está definida por la RAE como ocho acepciones:

1. Actitud solidaria con el sufrimiento ajeno.
2. Limosna que se da o auxilio que se presta a los necesitados.
3. Refresco de vino, pan y queso u otro refrigerio, que en algunos lugares dan las cofradías a quienes asisten a la fiesta del santo que se celebra.
4. Tratamiento usado en ciertas órdenes religiosas de mujeres y en alguna cofradía devota de varones.
5. Agasajo que se hacía en muchos pueblos pequeños con motivo de las honras de los difuntos.
6. Mar. Quinta ancla de respeto que solían llevar los navíos en la bodega.
7. Rel. En el cristianismo, virtud teológica que consiste en amar a Dios sobre todas las cosas, y al prójimo como a uno mismo.
8. Rel. Virtud cristiana opuesta a la envidia y a la animadversión.

Sin duda es un concepto que viene de la raíz judeo-cristiana de nuestra civilización. El cristianismo la ha recogido de la antigua tradición hebrea, y que

bien consagró Maimónides (Córdoba, España, 1135 – Fostat, El Cairo, Egipto, 1204) el sabio médico, filósofo y teólogo judío-español que definió en su obra la Mishné Torá, Leyes de la Caridad, 10:7-14 en ocho niveles. Escribió este autor:

HAY OCHO NIVELES DE CARIDAD, CADA UNO MÁS GRANDE QUE EL ANTERIOR.

[1] El mayor nivel, por encima del cual no hay más grande, es ayudar a un hermano judío concediéndole un regalo o un préstamo, o entrar en sociedad con él, o encontrarle un empleo, a fin de fortalecer su mano hasta que ya no necesita depender de otros...

[2] Un nivel menor de la caridad es dar a los pobres sin saber a quién se da, y sin que el receptor conozca de quien recibió. Pues esto es realizar una mitzvá exclusivamente por el honor de los Cielos. Esto es como el fondo "anónimo" que había en el [Santo Templo de Jerusalén]. Allí, los justos daban en secreto, y los buenos pobres se beneficiaban en secreto. Dar a un fondo de caridad es similar a este modo de la caridad, aunque uno no debería contribuir a un fondo de caridad a menos que sepa que la persona designada en el fondo es de confianza y sabio y un buen administrador, como el rabino Hanania ben Teradion.

[3] Un nivel menor de la caridad es cuando uno sabe a quién se da, pero el destinatario no conoce a su benefactor. Los grandes sabios solían encaminarse en secreto y poner las monedas en las puertas de los pobres. Es digno y verdaderamente bueno hacer esto si los que se encargan de distribuir la caridad no son confiables.

[4] Un nivel menor de la caridad es cuando uno no sabe a quién se da, pero el pobre conoce a su benefactor. Los grandes sabios acostumbraban atar las monedas en sus ropas, y las arrojaban

hacia atrás, y los pobres se acercaban y recogían las monedas de sus ropas para no avergonzarse.

[5], un nivel menor que esto es cuando uno da a la persona pobre directamente en la mano, pero da antes de que le pidan

[6], un nivel menor que esto es cuando uno da a la persona pobre después de que se le pide.

[7], un nivel menor que esto es cuando se da de forma inadecuada, pero de buen grado y con una sonrisa.

[8], un nivel menor que esto es cuando uno da de mala gana.

LA CARIDAD EN URUGUAY

En nuestra historia se recogen múltiples ejemplos de caridad, particularmente vinculada a la atención de la salud.

Fueron los Hermanos de Caridad quienes fundaron y sostuvieron por casi cien años el Hospital de Caridad, luego desde 1911 denominado Hospital Maciel.

Comisiones de Caridad hubieron durante el siglo XIX en todo el vasto territorio nacional, particularmente en las capitales departamentales, para fundar y sostener pequeños hospitales dedicados a la atención del menesteroso o privado de recursos.

Esas comisiones de Caridad, a menudo fueron apoyadas por las personalidades más relevantes de cada comunidad, y particularmente por las esposas de los personajes: hacendados y comerciantes, jefes políticos y de policía, jueces, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Por el trabajo de esas personas que realizaron una obra de caridad, fue que se pudieron instalar y funcionar los primeros establecimientos públicos para la atención sanitaria.

Existió desde 1875 la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, que desempeñó importante papel en la administración y desarrollo de la red de establecimientos hospitalarios de todo el país, cuya actividad se prolongó por más de treinta años, hasta que en 1910 fue sustituida por la Asistencia Pública Nacional, que se hizo cargo de esa tarea.

La Lotería del Hospital de Caridad, fundada durante el tiempo de la Colonia y primera década de la Independencia, fue un lugar para que trabajaran los niños expósitos, que habían sido recogidos en el Torno, por obra de esa caridad, destinada a recabar fondos para el mantenimiento del Hospital de Caridad.

El propio Torno, fundado por el sacerdote y sabio Dámaso Antonio Larrañaga que existió desde 1818 para recoger anónimamente a los infantes abandonados por sus padres al nacer, por los prejuicios de todos los tiempos, permitieron la crianza de miles de niños que de otra forma hubieran estado destinados al abandono y la muerte. Eso también fue una gran muestra de caridad.

HASTA HOY LA CARIDAD SIGUE MANTENIENDO HOSPITALES

Aunque parezca un evento superado por la historia, no podemos olvidar que los hospitales públicos, en casi todos los rincones del país, también en la capital, reciben apoyo y aporte de diversas comisiones que son manifestaciones modernas de la Caridad. Aunque ese vocablo ya no aparezca en su denominación, no constituyen otra cosa las Comisiones de Apoyo que ciudadanos de cada comunidad integran para apoyar financieramente las obras y equipamiento de los hospitales.

Gracias a ese trabajo silencioso, y a las donaciones caritativas de la población, es que obras como la Cruzada del Dr. Caritat pudieron desarrollarse para hacer frente a la epidemia de poliomielitis, de 1955 y 1956, o en nuestros días la continuidad de esa obra con mayores alcances, se materializa a través de la Teletón, que recientemente superó sus marcas.

Desde 1856 las primeras Hermanas de Caridad que atendieron en Uruguay a los pacientes del Hospital de Caridad fueron las Hijas de María Santísima del Huerto (Congregación fundada en Italia por el Obispo San Antonio María Gianelli).

La Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública fue creada por Ley

sigue en pág. 4

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

PUMES 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. N° 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 - PUMES S.R.L.

PRODUCCIÓN:

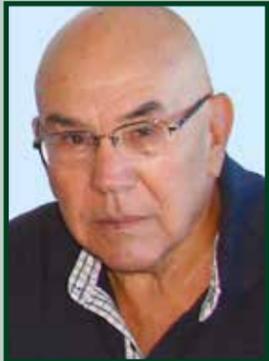
Teléfonos: 2408 37 97 - Ancel: 099 351 366

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

Hace 24 años... pero “hoy es siempre todavía”



Un pasado lejano que parece ayer. Cuatro soñadores detrás de una idea que se le había ocurrido a Osvaldo. Parecía una locura. Ir desde Florida al escenario de los grandes medios. No nos planteábamos el competir. Sería absurdo. Solo sumar con quienes, sin afanes de lucro, luchaban en distintos frentes por la salud de la gente, por la salud de todos nosotros, y por el largo y empedrado camino de la justicia y la equidad para todos.

Reuniones de los 4 antes del nacimiento.

Osvaldo Arén, Juan José Arén, Andrés Morga (todos médicos), y yo, docente por jubilarme después de 36 años en las aulas y en las direcciones de Liceos.

De entrada, me señalaron. Serás el Director de cualquier publicación que nazca de esta utopía. No por mayores méritos sino por mi vocación docente y de periodista de larga data en distintos medios departamentales y nacionales.

El camino de la utopía estaba marcado, pero no sería fácil recorrerlo. Lo sabíamos. Teníamos que integrar un equipo de amigos con los mismos valores, imprenta que comprendiera nuestras limitaciones, distribución en todo el país...y finanzas!!

Moralmente solventes. Todos conocidos. Capital cero. A golpear puertas bancarias fue necesario solo una porque fue la primera y se abrió sin exigir otras garantías que las de nuestros nombres.

Cuánto?. Lo imprescindible para empezar conociendo los riegos de la utopía. Así comenzamos: con una sociedad cuyo capital de giro fue 10 mil pesos...sí, 10 mil pesos integrados por 2.500 de cada uno de los socios.

Sueldos? No, todos honorarios y uno en actividad para los aportes de la SRL que nos creara otro Escribano amigo.

De brazos extendidos llegó una base de datos con direcciones de los médicos del país. ¡Albricias!!!, ya otro amigo aguardaba para diseñarnos la base de datos para los etiquetados de los envíos que teníamos pensado.

Una imprenta amiga se ofreció para la impresión en offset de las 3 primeras ediciones. ¡Publicación a color en papel satinado! ¡Había que encartarlos porque no era rotativa, pero que importaba!!!

En la época existía en el Correo Uruguayo - (otro gran aliado de la utópica idea) -la ley de exoneración de envíos para la prensa del interior.

Simultáneamente, otros imprescindibles. Marcelo Cortazzo (diagramador), Emilio Rodríguez (fotógrafo) y nuestros hijos Diego y Sebastián y sus amigos en el encartado, etiquetado clasificado por localidades y departamentos y embolsado. Tarea que llevaba días.

Publicamos el No. 0 y nos gustó y gustó. Estábamos pronto para largar a el Diario Médico a la palestra e intentar hacerlo nacional desde el vamos, en aquel noviembre de 1997.

34 años de los comienzos y 33 años del No. 1 !!!

No bastaba con el Director como periodista, comunicador y notero

Con el riesgo de omitir nombres, recordamos a tres del inicio. Dr. Daniel Ayala que nos acompañó en las primeras entrevistas, Dr. José Pedro González, un mago autodidacta en el tema, con su página ilustrativa de todos los contenidos de internet, y Dr. Daniel Parada con sus recordados Casos Clínicos cuyas respuestas médicas correctas El Diario Médico premiaba.

Y en este recorrido, un agradecimiento especial a las Intendencias de Montevideo y de Florida. En la de Montevideo, al Dr. Miguel Fernández Galeano, entonces Director de Salud y al Intendente Arq. Mariano Arana. En la de Florida, al Intendente Andrés Arocena. A ambas por considerar a El Diario Médico de Interés departamental y vehículo de educación permanente en el campo de la salud y de

la cultura.

Y en el Parlamento, nuestro recuerdo al Dr. Ramón Legnani quien en la Cámara de Representantes planteó y fue aprobada por unanimidad, una exhortación a todos los entes del Estado a una colaboración estrecha con El Diario Médico. Exhortación -debemos decirlo - nunca escuchada.

Después, con nuestro lema SALUD HOY, independientes pero comprometidos con la felicidad de nuestro país y nuestro pueblo, con orgullosa e inalienable libertad e insobornable ética, salimos a recorrer Montevideo y el país, llegando con nuestra presencia y nuestros ejemplares a los más lejanos lugares del Uruguay profundo y en éste, comprometernos con las acciones de los todavía aún no reconocidos en su real valer, los Médicos, los Equipos de Salud, y las Poiclínicas Rurales y de Medicina Familiar.

Aquí estamos entonces. Desde hace muchos años sin los fundadores. Solo Juanjo Arén desde Barcelona. Con profunda satisfacción por el camino de estos 34 años de porfiada entrega en actitud que consideramos una misión más que una labor.

Con la misma sinceridad con la que hablamos y planteamos siempre nuestros sentires, decimos hoy – al proclamar enfáticamente nuestra solidaridad con todos los compañeros periodistas y funcionarios de medios despedidos por causas mediocres ajenas a sus idoneidades - que abrimos nuestras páginas, sin censuras, a todas las instituciones gremiales y de servicio que actúan y luchan por la equidad, la justicia y la felicidad de nuestros iguales y de nuestro pueblo.

No obstante, nuestra terquedad por mantener este medio, no nos permite ser hipócritas. Hoy con la mano en el corazón les decimos que nuestras alforjas están vacías, tanto que no sabíamos si podríamos financiar esta edición aniversario. Y con cierto dolor, decir que no sabemos si los casi 15 mil médicos que mes a mes recibían en sus domicilios las ediciones papel y siguen recibiendo la digital, lo recuerdan y reconocen el esfuerzo

Quienes trabajamos honorariamente en esta publicación, vivimos de nuestros trabajos y nuestras jubilaciones. Ya ello no alcanza para nuestra aspiración de abrir las páginas para todas las voces.

En la crisis del 2002 otros colegas enfrentaban el mismo dilema. Algunas cerraron y a otras pudimos en ese momento ofrecerles nuestros espacios como suplementos. Teníamos la fortaleza de publicidades de fuertes industrias del medicamento y mucha austeridad y con ella ayudamos en la medida de nuestras posibilidades.

Hoy, no nos entregamos y confiamos. Hay muchos que miran lejos y saben de la importancia de un medio de comunicación abierto a sus construcciones, ideas y proyectos. Será uno de los pocos que no pueden silenciar ni censurar sus contenidos desde las alturas. A esas personas y organismos esperamos para seguir construyendo juntos el contenido de sueños compartidos, para que ellos lleguen a nuestros casi 100 mil lectores y suscriptores gratuitos, ahora con todos los contenidos informativos de una publicación nacional.

Es que, saben, hemos aprendido que sí, que “la arena es un puñadito, pero hay montañas de arena”. En el hoy y el ayer nunca olvidamos la importancia de agradecer.

Por eso nuestras manos extendidas a todas las instituciones, gremios y empresas que a lo largo de muchos años nos apoyaron, a nuestros distinguidos columnistas de ayer y de hoy, al SMU de las distintas épocas, al MSP-ASSE desde 1997 al 2019, y, muy especialmente a FEMI, la Federación Médica y de Médicos del Interior que fue y es baluarte de apoyo permanente en toda esta historia.

Por eso, la frase de Antonio Machado con la que comenzamos ésta: “HOY ES SIEMPRE TODAVÍA”. Hasta cuando ustedes lo quieran. Los esperamos para poder seguir construyendo juntos, con todos y para todos.

Prof. Elbio Diego Alvarez Aguilar (DIRECTOR)

viene de pág. 2

2059 del 20 de julio de 1889, promulgada por el Presidente Gral. Máximo Tajes y su Ministro de Gobierno Julio Herrera y Obes. Entre sus primeros integrantes estuvieron Juan D. Jackson, Luis Piñeyro del Campo, Félix Buxareo, Juan Ramón Gómez, Luis de la Torre, y otros ilustres ciudadanos cuyos nombres se recogen en el nomenclátor montevideano. A su tiempo, fue presidida por Luis Piñeyro del Campo, hasta 1905, en que pasó a ser presidida por José Scoseria, ex Decano de la Facultad de Medicina, que debió solicitar ser miembro de la Comisión para que le permitieran al Decano ingresar al

Hospital. Tal era el hermetismo con que se trataba a los médicos durante gran parte de ese período.

Durante décadas, los médicos atendieron gratuitamente en sus consultorios a los pobres de solemnidad, un día a la semana. Esto se recogió en la tradición oral, tanto en Montevideo, como en las principales ciudades del interior. Una muestra más, sin duda, de la aplicación práctica de la caridad.

Las Damas Voluntarias, que con diversas denominaciones ayudan y orientan a los pacientes y familiares en varios hospitales capitalinos, son otra muestra de la vigencia de esta virtud.

Y lo más evidente en la actual pan-

demia: el Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) integrado por más de cincuenta académicos, con su dedicación y trabajo constante, son una muestra mayor de que la caridad está presente.

Por eso debemos reflexionar cuánto la caridad, despojada de cualquier contenido religioso, en un estado laico, sigue contribuyendo eficazmente a las mismas obras que desde la noche de los tiempos, los habitantes de la Banda

Oriental tuvieron presente. Porque el manto del Estado siempre resulta corto en sus presupuestos para atender las necesidades en permanente aumento de las demandas asistenciales.

Hoy no tienen representación religiosa, ni las comisiones están adheridas a ninguna cofradía. Pero sigue representando la Caridad un papel tan importante, como lo tuvo a lo largo de la historia.

Mensaje de la Presidenta de FEMI Dra. Patricia Nava

Hace 24 años el Prof. Elbio Alvarez y su equipo periodístico asumieron el desafío de crear un medio de comunicación - "El Diario Médico" - veraz, objetivo e imparcial, al servicio de los médicos de nuestro país.

La Federación Médica del Interior agradece la posibilidad de haber sido parte de este emprendimiento, ya que, desde hace muchos años mensualmente, como Gremio de los médicos del interior difundimos nuestras opiniones, actividades, logros y aspiraciones.

Acompañamos diferentes etapas del diario, su crecimiento sostenido como publicación especializada, traducido en aumento del número de páginas, de tiraje, la convivencia de la edición papel y digital, para culminar únicamente con el formato digital hoy llave de nuevas técnicas de comunicación.

Pero también quisiéramos destacar la figura de su Director el Prof. Elbio Alvarez excelente profesional, que siempre se ha regido por un código de ética que ha respetado el derecho de sus lectores y que con su natural generosidad nos ha permitido acercarnos a nuestros médicos agremiados, brindando la información y opinión adecuada en los diferentes contextos.



Dra. Patricia Nava

Finalmente, en este año tan especial signado por la amenaza de la pandemia del COVID 19, felicitamos al diario que ha estimulado pautas de comportamiento, así como las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, que actúan en torno a esta enfermedad tan compleja que nos ha tocado vivir.

Estimado Prof. Elbio Alvarez Aguilar

Envío mis felicitaciones con motivo del 24 aniversario del El Diario Médico. Es un orgullo seguir contando a través de los años con vuestra prestigiosa pluma, con los numerosos artículos científicos e información actualizada sobre los amplios tópicos de la medicina en nuestro país y en el mundo. Contar con un medio plural y de llegada masiva a todo el cuerpo médico, nos permite mes a mes conocer, comunicar e intercambiar las experiencias de los prestadores privados y público del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Vuestra desinteresada generosidad nos ha permitido en lo personal, a las Instituciones en las cuales trabajo y represento, difundir nuestra labor, nuestros desarrollos y logros, cuyos objetivos son brindar una medicina igualitaria y de calidad a todos nuestros afiliados.

Un fraterno abrazo y los mejores deseos de continuar por el camino trazado.



*Dr. Hugo Tarigo
Presidente de ONCOSUR
(Centro de Radioterapia Regional
Centro-Sur) Director Técnico General
de COMEF-IAMPP.*

El Diario Médico (EDM) cumple un año más de existencia

En noviembre de 1996 sale a luz la primera edición con el número cero, que era con fines de prueba y mostrar el producto, a efectos de conseguir financiación para este proyecto, que ya existía en algunos lugares del mundo.

El 15 de noviembre de 1997 sale la edición impresa en papel satinado y todavía luchando para ser realidad esa utopía, es decir que tuvo un crecimiento progresivo, saliendo con 10.000 ejemplares distribuidos gratuitamente a todos los médicos del país entregado en su domicilio, e instituciones de la salud.

En la edición digital de este mes, cumple su 24 aniversario, y por lo tanto entrando al cuarto de siglo, deseaba hacer algunas reflexiones al respecto.

Antes que nada, debo declarar que no tengo conflictos de intereses con EDM, todo lo que escrito y escribiré en el mismo es sin recibir ningún tipo de compensación.

Al poco tiempo de su primera edición, comencé a realizar algunas notas, sobre todo de difusión de la medicina del norte de nuestro país y otros tópicos que me parecían importantes, hicimos notas de temas tristes y otros de alegría como es la vida misma con claridades y oscuridades.

Estamos en un mundo bombardeado de informaciones, que hace que a veces encontrar algo adecuado, sobre los temas que nos interesa, es muchas veces mayor el tiempo de búsqueda.

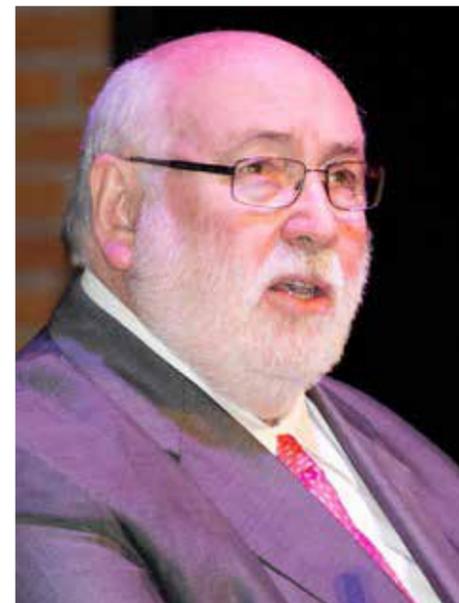
Lo que me agradó siempre de EDM, es que permitía a través de su lectura, primero en papel y ahora en forma electrónica, tener mensualmente una actualización sobre casi todo lo que ocurría en la Medicina Nacional, tanto de la capital como del interior.

Tuvo y tiene una trascendencia importante en el interior del país por la información que brinda ya que en la capital muchas veces las noticias se conocen en los centros asistenciales y el intercambio de noticias es más fácil

Así había informes de los sindicatos médicos (SMU, FEMI, SAQ), notas sobre los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud SNIS), tanto públicos como privados, del MSP, de ASSE

Notas sobre la historia de la Medicina, sobre hechos puntuales que necesitaban una reflexión de ese momento, y otros que sería interminable nombrar.

Noticias del mundo académico como acontecimiento que ocurrían en el centro de la Academia Nacional de Medicina y fundamentalmente en el mundo universitario relacionado con



*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)*

todo lo que tiene que ver con la educación médica, tanto de pre y post grado, como el Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC).

Asimismo, el comentario sobre algunos artículos de información médica, que en general eran de resalte y que por lo tanto debía ser conocido por los que realizan la medicina práctica.

Todo esto en una obra mensual de rápida y adecuada lectura, acompañada de una iconografía muy acorde con el tema descrito.

En nuestro país mantener esto por casi un cuarto de siglo no es tarea fácil, por lo que aquí vaya mi reconocimiento al director de EDM, mi amigo el Prof. Elbio Álvarez, que desde su Florida natal lo ha desarrollado, no solo en la versión digital actual sino también en la impresión cuando el mismo se editaba en formato papel.

Para continuar con el mantenimiento y desarrollo de EDM, es necesaria su financiación, ya que si no es imposible continuar.

Quisiéramos que esto que fue una utopía y luego realidad, perdure en el tiempo muchos años mas, por la función que cumple en la información del quehacer de la medicina nacional y recordemos que tomar una adecuada decisión necesita de una buena información.

**NUESTRAS FELICITACIONES
Y ADELANTE!!!
Ac. Dr. Néstor Campos Pierre**

24 años al servicio de la información de calidad



Con el presente número EL DIARIO MÉDICO está celebrando los 24 años de su presencia ininterrumpida en la información a los médicos y otros profesionales de la salud.

Mirando retrospectivamente muchos cambios se han vivido, que han condicionado la presentación y el modo de llegar a sus lectores. Desde los primeros años con un papel satinado, a otros con impresión en rotativa en papel diario. Desde el soporte de papel, a la vía electrónica actual, que es la marca de los tiempos.

Mientras que los periódicos de todo el mundo están progresivamente desapareciendo en papel y sustituyéndose por su presencia en medios digitales, se incentiva la necesidad de suscribirse y adquirir pagando el derecho al acceso.

Como forma de mantener abierto el medio de comunicación. EL DIARIO MÉ-

DICO ha permanecido fiel a los principios que le dieron origen: continúa siendo de distribución gratuita y masiva para todos los destinatarios.

Desde sus inicios abrió sus páginas generosamente a las principales instituciones sanitarias, educativas de la salud y profesionales, para que emplearan espacios gratuitos en este medio de comunicación masivo para transmitir sus inquietudes y vivencias. En algún momento fue el facilitador de la continuidad informativa de algunas de esas instituciones, cuando quedaron por fuerza de la crisis económica, sin sus medios de información propios.

Esta empresa sin fines de lucro y mantenida por el sacrificio de una familia que trabaja permanentemente para sostenerlo en circulación, ha debido luchar contra la incomprensión de los anunciantes. Que le privan así del soporte económico necesario para continuar apareciendo.

Por eso, de tiempo en tiempo, cuando los cambios de circunstancias se producen, nuevas amenazas ensombrecen la posibilidad de continuar apareciendo. Pero la tenacidad de su director y su familia que lo acompaña contra viento y marea, hacen posible que este periódico continúe llegando a sus lectores, que hoy lo pueden leer, desde cualquier punto del país (y del mundo) por cualquier dispositivo.

Renovando la esperanza por que pueda permanecer junto a sus lectores, formulamos a EL DIARIO MÉDICO y su equipo, los mejores deseos en este 24º cumpleaños. Gracias por esa indeclinable vocación de comunicar.

Dr. Antonio Turnes

24 años de El Diario Medico. Un espacio abierto al intercambio plural sobre los desafíos de garantizar el derecho a la salud

Desde el primer número entendimos que hacía falta un medio que fuera capaz de desarrollar el pensamiento crítico en un área con actores plagada de complejidades e intereses contrapuestos.

Desde la División Salud y Programas Sociales de la Intendencia de Montevideo promovimos el auspicio institucional que contó con el respaldo del Intendente Mariano Arana, que fue acompañado luego por similar auspicio de la Intendencia de Florida pagos en el que naciera esta publicación.

Desde los diferentes lugares en los que nos tocó actuar acompañamos los diferentes momentos de los que atravesó el sistema de salud en el contexto de un proceso de reforma estructural profunda.

El Diario Médico estuvo siempre abierto a recibir múltiples opiniones y hoy sigue teniendo un papel fundamental precisamente en una coyuntura de cambio de gobierno.



En ese contexto queremos reconocer a la Dirección y a todo el equipo que hace posible la presencia de esta herramienta y desear larga vida a una publicación fundamental para seguir avanzando.

Miguel Fernández Galeano

Saludo del Dr. Enrique Soto



Hacemos llegar al Prof. Elbio Alvarez y a todo el equipo de "El Diario Médico" nuestras más sinceras felicitaciones en este nuevo aniversario. El Diario Médico nos acerca diferentes miradas relacionadas al área sanitaria acompañadas de opiniones y análisis que enriquecen sus contenidos, habiéndose transformado en una herramienta esencial para la información de los profesionales y de todos aquellos interesados en los temas de salud.

Deseamos expresar nuestro especial reconocimiento por el esfuerzo y dedicación que ha permitido acercarnos en forma permanente una publicación que consideramos indispensable.

Dr. Enrique Soto

De Sergio Rinaldi

Sostener una publicación durante 24 años es un acto de fe y de amor.

Crearla, dar los primeros pasos, acompañar su crecimiento y aceptar desafíos de cambios permanentes, convoca a la porfía de soñadores.

Promover ampliamente la salud como un tema esencial, es una demostración de hacer algo más que amar al prójimo próximo.

Saludo y celebro, larga vida Elbio y equipo, muchas gracias por estar desde allí.

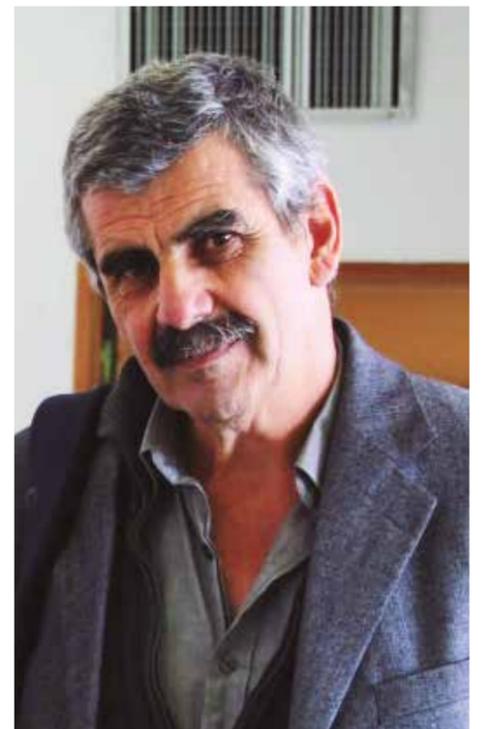
Sergio Rinaldi



Saludo a EL DIARIO MEDICO en sus 24 años

Cumplir años siempre es motivo de festejo. Las personas y también la gaia, la vida de la que formamos parte, necesitamos celebrar, alegrarnos, disfrutar de lo que hacemos. En este caso los 24 años de EL DIARIO MEDICO son un gran motivo de satisfacción para todos los interesados en la salud. Como construcción colectiva de una sociedad la salud necesita conocimientos, información, formación, intercambios, debates, testimonios, experiencias, opiniones. Más aún en períodos de grandes cambios, llenos de avances y pendientes, logros y dificultades, marcados por la reforma estructural de la salud y la creación del SNIS. El aporte consecuente de El Diario Médico en este campo es muy valorable. Sus páginas han recogido la labor de muchos miles de personas a lo largo y ancho del país. Felicitaciones a Elbio Alvarez y su equipo.

Lic. Pablo Anzalone



24 años *juntos*
EL DIARIO MEDICO

DEL DR. CARLOS CÓRDOBA- SALUDO Y REFLEXIÓN

La necesidad de una especialidad en Medicina Rural en el Uruguay

Estimados amigos de El Diario Médico, aprovechando un nuevo cumpleaños de éste, que es un poco el diario de todos los médicos de nuestro país, quiero traerles nuevamente el tema de la Medicina Rural a vuestra consideración.

En este sorprendente, por llamarlo de alguna manera, año 2020, desde la SOMERUY seguimos insistiendo sobre la necesidad que la Medicina Nacional y sobre todo la Universidad de la República, mire hacia el interior profundo del País y no solamente instrumente la Especialidad en Medicina Rural, sino que, también los cursos de pregrado tanto de la Facultad de Medicina como de Enfermería, instrumenten sus cursos pensando en ese Uruguay olvidado al cual pertenecemos.

De alguna manera las dificultades de realizar actividades presencialmente han acortado las distancias y los integrantes de SOMERUY han podido plantear nuestras propuestas en distintos ámbitos.

La Federación Médica del Interior nos ha distinguido con su confianza y apoyo, ya desde el año pasado cuando nos invitó a participar en sus reuniones con FEPREMI sobre los laudos de los médicos de las llamadas pequeñas comunidades.

Lamentablemente todavía los Prestadores de Salud (médicos como nosotros) no han decidido si los médicos del interior del interior deben ser compensados por su trabajo nocturno!!!

También nos han invitado a participar en el Comité de Educación Médica continua de manera de aportar nuestra visión y necesidades. Hemos, también acompañado a la Federación en sus reuniones con el gobierno electo, haciendo llegar a los estamentos gubernamentales el Plan de Salud Rural instrumentado en 2019 y que fuera entregado a todos los precandidatos.

En fin la Comisión Directiva de la FEMI nos ha tratado como un gremio más, lo

cual agradecemos.

Actualmente participamos en las reuniones ASSE – FEMI sobre las necesidades de CAD rurales y sobre todo su urgente necesidad en el Norte del país. Aprovechando la presencia del Prof. Dr. Julio Vignolo en esas reuniones estamos estrechando vínculos con la Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria.

En setiembre pasado tuvimos el honor de hablar en nombre de la Sociedad ante los miembros de la Academia Nacional de Medicina, exponiendo sobre la necesidad de una formación especial para los médicos que ejercen en el medio rural. (<https://www.youtube.com/watch?v=6k3xuLXJgJo&t=214s>)

Lo que llevó a que el Académico Néstor Campos (participante asiduo de nuestras actividades académicas anuales) se pronunciara al respecto en la edición de setiembre del DM. También en el día del Patrimonio, La Sociedad Elías Regules, gracias al Académico Carlos Salveraglio (uno de los principales apoyos de la Sociedad), tuvo la gentileza de homenajear a los médicos rurales.

A impulsos del propio Dr. Campos como docente y del Dr. Guerequiz (FEMI) por el orden de egresados, hemos tenido una reunión con la CD donde pudimos plantear nuestra aspiración a la puesta de nuevo en funcionamiento de los cursos de postgrado para médicos rurales, que se llevaron a cabo durante la década del setenta y que lamentablemente fueron discontinuados a finales de la misma por el gobierno de turno.

Hemos presentado un documento formal, tal como nos pidiera el Director, Prof. Dr. Francisco González Martínez y estamos a la espera, con gran esperanza ya trabajando en un esbozo de programa.

Para despedirnos les dejamos nuestra convicción que la mayoría de los

problemas funcionales que impactan en estos 500.000 uruguayos que viven en 445 localidades de menos de 3.500 habitantes y en los uruguayos que integran lo que llamamos población rural dispersa, se deben a la ausencia de un marco legal para la función del médico rural; todo lo cual deberá ser puesto sobre la mesa y discutido seriamente si se comienza a transitar el camino hacia la implementación de la especialización en Medicina Rural.

Se agrega que al concederle el status de especialidad impactaría en la necesaria reversión de la tendencia de los médicos a radicarse en el Sur de nuestro país, tengamos en cuenta que solamente el 7% de los médicos está radicado al Norte del Rio Negro (Plan de Salud Rural. MSP 2010).

No decimos que la apertura de cursos en especialización en medicina rural solucionará el problema descrito, pero si obligaría a discutir una realidad a la cual se le da la espalda; y quien mejor que la UDELAR, de la cual somos parte, para liderar un cambio necesario en pro de mejorar las condiciones de todos los uruguayos.



FELIZ 24° CUMPLEAÑOS A EL DIARIO MÉDICO Y NUESTRAS CONGRATULACIONES Y APOYO A LOS QUE HACEN POSIBLE SU LLEGADA MES A MES.

Dr. Carlos Córdoba Balmaña

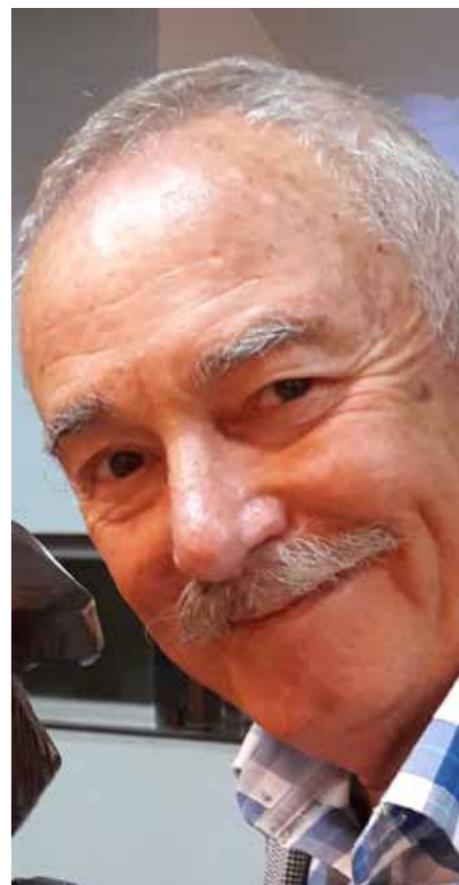
Ya 24 años!!!

Cuando en noviembre de 1997 salió nuestro primer número de El Diario Médico, ninguno de los 4 fundadores se imaginó esta larga vida para la publicación.

Larga vida cumpliendo con los objetivos trazados desde el inicio: servir a la salud de nuestra gente, salud para todos. Divulgando el buen hacer de todos los actores sanitarios del país, sin exclusiones.

Tampoco nadie podía, en aquel 1997, imaginar, prever, una situación sanitaria a escala mundial como la que estamos viviendo. Esta pandemia que nos azota ha puesto a prueba a todos los sistemas sanitarios del mundo. A escala mundial, quienes han estado, y están, en primera línea arriesgándolo todo, enfermeras, nurses, médicos, laboratoristas, camilleros, ambulancieros, etc., etc., se merecen el homenaje unánime de toda la sociedad, al cual, en forma entusiasta, nos sumamos. Nos sumamos, deseando que, cuando todo esto pase, que pasará, el reconocimiento se mantenga en el tiempo, y la Sanidad sea un tema prioritario en la sociedad, y un tema prioritario para políticos, gestores y líderes diversos. La Salud es el fundamento obligado para todo género de actividades, y es la herramienta básica para los actores de todo tipo de emprendimiento, los seres humanos.

Volviendo al inicio, nuestros 24 años, cabe reconocer la labor denodada, la terca perseverancia de nuestro Director Profesor Álvarez. A él nuestro reconocimiento, extensivo a todos los colabo-



radores, que, número tras número, han puesto, y van poniendo sus valiosos aportes. Gracias a todos, aquello que en el 97 parecía una quimera, una "idea loca", ha sido y es una tangible realidad.

Creo expresar el sentido de todos, cuando manifiesto un íntimo deseo: ¡LARGA VIDA A EL DIARIO MÉDICO!!!!!!!

Un muy cordial saludo para todos!!!

Dr. Juan José Arén Frontera

De Hemocentro Maldonado

Desde el Hemocentro Regional de Maldonado nos es grato dirigirnos a ustedes para felicitarlos en su vigésimo cuarto aniversario por la labor que desarrollan en pos de difundir el conocimiento, que propicia el desarrollo en salud.

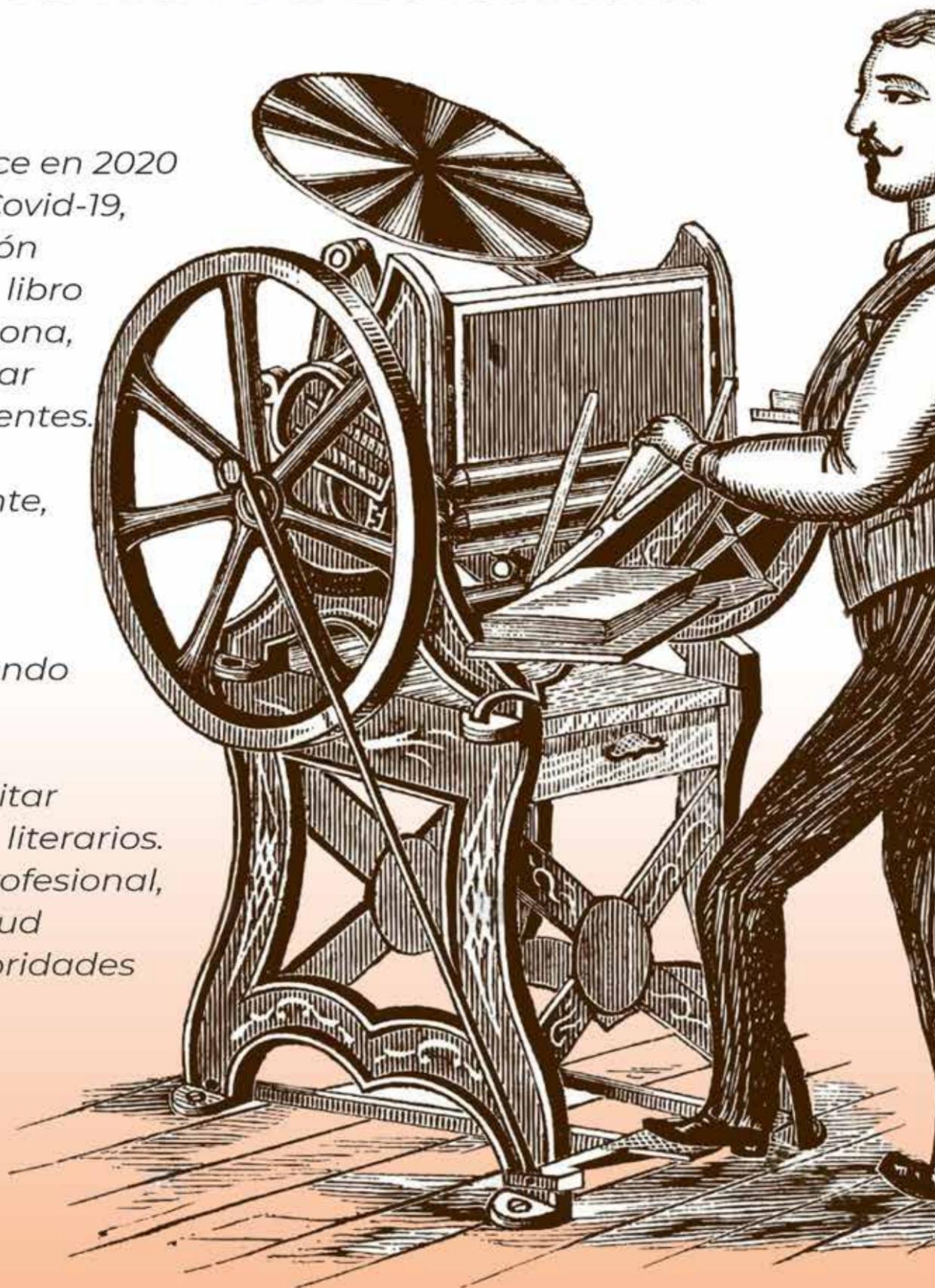
¡¡Felicidades Diario Médico!!!



En pandemia, revalorizando al libro, nace una nueva Editorial...

Tres Marías Ediciones nace en 2020 en plena pandemia del Covid-19, en un momento de revisión y toma de conciencia del libro como un aporte a la persona, que contribuya a enfrentar esta situación sin precedentes. Somos una editorial autónoma e independiente, cuyo objetivo es crear un vínculo entre los autores y lectores que nos permita seguir creciendo como seres humanos.

La Editorial apuesta a editar una variedad de géneros literarios. Por nuestra formación profesional, el área de Medicina y Salud será una de nuestras prioridades a corto plazo.



TRES MARIÍAS

EDICIONES

Contacto: contacto@tresmariasediciones.com

COVID 19: Una respuesta comunitaria para una pandemia social



DR. MIGUEL FERNÁNDEZ GALEANO

La Alianza de Salud Comunitaria (ASC) es una plataforma de 28 organizaciones e instituciones representativas de la mayoría de las comunidades autónomas que forman parte del estado español, que trabajan la promoción de la salud y la salud comunitaria desde los diferentes territorios.

En las últimas semanas el Observatorio de Salud Comunitaria de COVID-19 que se conformó en su seno como equipo multiprofesional difundió un Manifiesto con el sugestivo título "COVID-19: Una respuesta comunitaria para una pandemia social" que aporta un abordaje alternativo al hegemónico a la hora de responder a los principales desafíos sanitarios y sociales que debemos enfrentar en el marco la pandemia.

En efecto, cualquiera sea el país y cualquiera sea la evolución de la pandemia la lógica predominante sigue siendo el resultado de un sistema sanitario centrado en la enfermedad, con un enfoque biomédico y hospitalocéntrico que olvida la promoción de salud y la participación comunitaria en salud. Muchas veces no se tiene en cuenta algo fundamental como lo es la influencia que los determinantes sociales y las condiciones de vida que caracterizan a cada población y que cada territorio.

Es conocida la desigual incidencia de la pandemia en los distintos territorios y grupos de población, determinada fundamentalmente por las condiciones de vida, laborales y socio familiares, en estrecha relación con el nivel socioeconómico. La información sobre la evolución de la pandemia se centra fundamentalmente en el número de nuevos casos, ingresos hospitalarios y defunciones limitándose a constatar las diferencias geográficas por ciudades y barrios sin entrar a analizar sus causas.

Sobre este tema en el número 234 de setiembre de este año en el Diario Médico escribimos una columna en la que analizamos el impacto desigual de la pandemia en función de los determinantes sociales que influyen de manera decisiva en la posibilidad de enfermar y morir por una enfermedad como la COVID-19, por un virus como el SARS-

CoV-2 que interviene en el contexto de una clásica triada epidemiológica que no pierde vigencia: agente, ambiente y persona.

En ese sentido nos pareció muy importante compartir con los lectores del Diario Médico un resumen del marco conceptual y las propuestas que se formulan en un enfoque que no solo nos interpela, también nos brinda elementos para una hoja de ruta para construir en Uruguay las mejores respuestas desde una perspectiva integral, humana, ética y socialmente sostenible.

UNA CONCEPTUALIZACIÓN ALTERNATIVA DE LO QUE ES SALUD

- Se concibe a la ciudadanía como mera destinataria de normas y consejos con una llamada a la responsabilidad individual para su cumplimiento y a la culpabilización del "otro" cuando esto no ocurre, llegando a estigmatizar a grupos de población bien definidos (jóvenes, inmigrantes, barrios obreros)

- Existen otras formas complementarias de orientar las acciones que, de llevarse a cabo, serían eficaces para disminuir los contagios y aplanar la curva, así como para atender mejor a los grupos más vulnerables

- Dictar normas y dar consejos no es suficiente para cambiar las conductas de las personas. Para ello, es imprescindible conocer y entender los contextos de las poblaciones y territorios que determinan sus condiciones de vida y con ello sus conductas. Es necesario mejorar esas condiciones laborales y socio familiares que permitan comportamientos saludables para frenar los contagios

- Dada la emergencia, es imprescindible adoptar acciones concretas con carácter urgente adaptadas a las muy distintas necesidades de territorios y grupos de población. Sería eficaz dar protagonismo a la ciudadanía y sus organizaciones permitiendo su empoderamiento, entendiendo que forman parte de la solución y no del problema

- Existen muchos ejemplos en los que asociaciones y redes ciudadanas han sido fundamentales para dar soporte a grupos vulnerables a los que la pandemia está castigando duramente.

- Es posible otro enfoque para el abordaje de la pandemia, un enfoque salutogénico centrado en la salud comunitaria, el empoderamiento y la participación activa de la ciudadanía. Un enfoque que disminuiría contagios y aplanaría la curva

CINCO PROPUESTAS PARA APUNTAR A UNA RESPUESTA INTEGRAL

1. Visibilizando a los invisibles. Las condiciones de vida influyen en la desigual distribución del virus

- Las distintas medidas deben adaptarse a la comunidad a la que se dirigen, sin disociar la salud de lo social y con especial enfoque a los grupos más vulnerables. Las personas vulnerables y que sufren desigualdad (personas refugiadas y personas migrantes, las personas so-

cialmente aisladas, las personas sin hogar, las personas mayores en residencias, las personas con enfermedad mental y las mujeres y niñas y niños en riesgo de violencia de género) se verán más negativamente afectadas por la COVID-19

- El afrontamiento de la pandemia no es solo una estrategia sanitaria, implica una intervención conjunta de toda la sociedad, en la que se aprenda a convivir con la COVID-19, diseñando nuevas formas de proteger a las personas más vulnerables, promoviendo la educación y el desarrollo social de la infancia y juventud, mejorando la calidad de vida, la interacción social y los cuidados personales

- Los gobiernos y autoridades deben utilizar un enfoque sistemático para reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud

- Es necesario promover, desde el inicio, un diálogo local entre las comunidades, las instituciones y los servicios públicos (atención primaria de salud, salud pública, servicios sociales, educación, asociaciones, comunidad y otros) para trabajar con la información precisa y adaptada a cada circunstancia y contexto; un diálogo a través de canales normalizados, a todos los niveles y a lo largo de toda la respuesta, para facilitar la participación activa de las personas afectadas en el proceso, movilizándolo acciones, recursos y activos para la salud, sin dejar a nadie atrás

- Una sociedad solidaria que fomenta la equidad y la inclusión es la mejor forma de afrontamiento de la pandemia

Propuesta: Asignación de recursos económicos, humanos y materiales potenciando los servicios públicos en función de las necesidades adaptadas a cada circunstancia y contexto, con especial énfasis en los grupos vulnerables y con un enfoque para reducir las inequidades en salud.

2. Reivindicación del papel de la comunidad en el aplanamiento de la curva. Integrando la mirada a lo individual en su contexto comunitario

- Organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) señalan que las redes comunitarias son esenciales para el manejo de la crisis social y sanitaria de la COVID19

- Estas redes disminuyen tanto la transmisión de la infección como el impacto social asociado. Además, facilitan una comunicación bilateral, hacen accesible el conocimiento, detectan necesidades y promueven mecanismos de cooperación aumentando el alcance de las intervenciones, abarcando a toda la población de una forma más eficaz

- La prevención comunitaria de la COVID-19 es clave ya que las comunidades pueden facilitar la reciprocidad y la ayuda mutua. Las medidas preventivas y la distancia física no significan distancia social

- La resiliencia comunitaria es la capa-

cidad de hacer frente a situaciones de emergencia y poder recuperarse, como en el caso de una pandemia. Tiene relación con el conocimiento local, las redes y relaciones comunitarias, la gobernanza y liderazgo, los recursos y activos para la salud, la organización y el desarrollo comunitario

- Las instituciones tienen que contar más con la participación de estas redes a la hora de diseñar e implementar acciones ya que son las que conocen el territorio y son reconocidas por quienes viven en él. Y a su vez el gobierno debe potenciar los servicios públicos que son la principal protección colectiva de la población con criterios de equidad, no hacerlo es cuestionable

- Además, lo colectivo y la participación tienen efecto sobre el empoderamiento de la población y sobre el manejo de las condiciones de vida. Se debe huir de soluciones individuales y patologizantes de los procesos. Una situación de emergencia social precisa implementar una salida grupal y comunitaria que busque la elaboración colectiva de los traumas asociados y de los procesos personales de adaptación

Propuesta: Identificar y reconocer las redes comunitarias que deben participar en el diseño e implementación de acciones en cada territorio, así como asignar recursos y herramientas que faciliten los procesos que lo permitan

3. Cuidando la narrativa. No culpabilizar, señalar ni estigmatizar sino promover la salud

- La información sobre la pandemia provoca infodemia, un exceso de información en la que se incluyen rumores que ocasiona confusión y dificultad para encontrar orientación y fuentes de información fiables.

- Además, la actual estrategia de comunicación de la epidemia busca con frecuencia fomentar el miedo e identificar culpables, señalando a los colectivos en quienes la sociedad puede descargar la responsabilidad de la situación actual. Estas generalizaciones fomentan la estigmatización de determinados grupos sociales y dificultan las medidas de prevención

- Las estrategias de comunicación del riesgo deben contar con las visiones y valores de la comunidad, favoreciendo una comunicación que facilite el sentido de la eficacia y la seguridad en las formas de prevención.

- Las estrategias de prevención de COVID-19 y de promoción de la salud deben contar con la participación de representantes de los grupos destinatarios tanto en el diseño como en la implementación

- El cambio de narrativa en la comunicación debe ser útil a la prevención, fomentando la responsabilidad social y la resiliencia comunitaria. Los medios de comunicación tienen que huir de la información espectáculo que provoca miedo y bloqueo para comunicar mensajes desde tonos y estilos que faciliten

viene de pág. 8

la información crítica y la prevención

- La ciudadanía cuando usa las redes sociales debe ser crítica con las informaciones falsamente novedosas y llamativas que envuelven los bulos y ser conscientes de la información que se comparte para no alimentar rumores y desinformaciones

PROPUESTA

Cambiar la orientación de la información y recomendaciones a la ciudadanía por los organismos públicos y medios de comunicación huyendo de la estigmatización fomentando la culpa hacia “el otro”. Informar sobre los determinantes sociales y las condiciones de vida que dificultan de forma muy desigual el seguir las recomendaciones de prevención. Desarrollar políticas de promoción de salud con participación de ciudadanos y organizaciones

4. Reorientando el sistema sanitario hacia la atención primaria, puerta de entrada a la comunidad

- Los centros de salud son el elemento central del sistema sanitario para la prevención y mitigación de la COVID-19. Además de ser el eje de la detección precoz de casos, la atención primaria es

la puerta de entrada para la implicación de la comunidad

- La atención comunitaria desde el centro de salud supone generar un diálogo con los diferentes centros y servicios existentes en un territorio para aumentar la responsabilidad social y la resiliencia comunitaria

- El reconocimiento de los recursos y activos comunitarios permite adaptar las medidas preventivas al contexto de cada territorio y fomentar un entorno seguro para la salud física, social y mental de las comunidades

- El centro de salud puede fomentar el empoderamiento personal, comunitario y organizativo, elementos fundamentales de la responsabilidad comunitaria

PROPUESTA

Revertir la tendencia hospitalocéntrica en la asignación de presupuestos y aumentar la inversión finalista destinada a Atención Primaria adaptando la asignación de recursos humanos, materiales y económicos en función de las necesidades y la complejidad de cada territorio, haciendo posible los cambios estructurales y organizativos que permitan a los centros de salud volver a poner el foco en las comunidades.

5. La salud pública creando sinergias

entre sociedad y sistema sanitario

- La salud pública elabora las estrategias de respuesta a la que sirven de puente entre la sociedad y el sistema sanitario. La inteligencia de salud pública debe combinar la epidemiología del virus y la epidemiología social

- La afectación de la sociedad está mediada por los determinantes sociales de la salud. Las actuaciones de salud pública tienen que ser transversales e inclusivas dentro del sistema sanitario y dinamizadoras de los recursos y activos de la sociedad y las diferentes comunidades

- Esto no es una estrategia de guerra en la que hay que buscar culpables, sino una estrategia de desarrollo social que fomente las capacidades de los servicios públicos y las capacidades para la salud y el empoderamiento de los diferentes grupos sociales de nuestra sociedad

- La salud y el bienestar tienen que estar incluidos en todas las políticas (educación, servicios sociales, movilidad, urbanismo, medio ambiente,) y en los diferentes territorios.

- Salud pública tiene que facilitar herramientas, formación y apoyo técnico a los procesos que fomentan la participación, la equidad y el diseño colaborativo. La vigilancia y la promoción de la salud

de los servicios de salud pública en coordinación con la Atención Primaria mejoran la adaptación y la efectividad en los diferentes territorios

- Desde Salud pública se debe articular la cooperación entre los diferentes servicios públicos, especialmente los centros educativos, los servicios sanitarios, los servicios sociales y otros servicios municipales. Los ayuntamientos tienen un papel clave en la salud comunitaria y prevención de la COVID-19

PROPUESTA

Dotar de los recursos económicos, humanos y tecnológicos suficientes para que puedan existir espacios de trabajo y cooperación efectivos entre los servicios de salud pública, los ayuntamientos y atención primaria. Retomar de forma efectiva los consejos de salud como espacios comunitarios de especial relevancia en la vida comunitaria de los barrios.

Aumentar la inversión en servicios de salud pública que los hagan potentes y efectivos, fomentando contrataciones y condiciones laborales atractivas para crear servicios que puedan dar respuesta a las necesidades de cada territorio con un mayor enfoque en epidemiología social y estrategias de promoción de la salud.

A 40 años del Fondo Nacional de Recursos

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) comenzó a funcionar el primero de diciembre de 1980 en aplicación del decreto-ley Nro. 14.897 de fecha 23 de mayo de 1979. Su diseño original contó con la activa participación de los doctores, Oscar Guglielme, Orestes Fiandra y Dante Petrucci.



Dr. Enrique Soto

Con posterioridad, en el año 1992, comienza la segunda etapa en la vida del FNR, debido a la inestabilidad y los riesgos de sustentabilidad, se procede a modificar su marco normativo mediante la ley 16.343, en donde, entre otros cambios, se amplía la representación del sector privado en la Comisión Honoraria Administradora y se habilita la financiación de tratamientos en el exterior cuando se cumplen determinadas condiciones. Durante este período se suceden una serie de transformaciones en el FNR en donde se consolida su

funcionamiento e incorporan acciones orientadas a mejorar la calidad.

Por último, en la ley de presupuesto del período 2005-2009, se amplía el alcance de la cobertura a los medicamentos de alto costo y se inicia un nuevo período en el contexto del SNIS dando comienzo a un proceso que tiene por objetivos contribuir a la salud de la población desde la calidad asistencial, equidad y sustentabilidad.

Consiste en una entidad pública no estatal cuya “misión” está destinada a “financiar las prestaciones médicas altamente especializadas, de demostrada efectividad, permitiendo que las mismas estén disponibles con equidad para toda la población del país, asegurando que dichos procedimientos se realicen con el máximo de calidad y en condiciones de sustentabilidad económica y financiera”.

Mediante el FNR las instituciones públicas y privadas reaseguran a sus usuarios para situaciones médicas “catastróficas”, entendiendo por tales aquellas que dada su baja frecuencia y elevados costos constituyen una amenaza para la estabilidad del sistema.

El FNR se financia esencialmente mediante el FONASA, al cual se le suman los aportes del Estado a través del Ministerio de Salud Pública, los Entes Autónomos, Servicios Descentralizados y Administraciones Departamentales para cubrir la atención de aquellas personas cuya asistencia esté directamente a su cargo, las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) que transfieren el aporte

mensual de sus afiliados individuales y el producto de impuestos que se aplican a determinados juegos de azar.

A lo largo de los cuarenta años de existencia, el FNR a financiado procedimientos diagnósticos y tratamientos a más de 300.000 uruguayos, por sus características constituye un ejemplo en el contexto internacional para la resolución de la medicina de alto costo desde una concepción equitativa con énfasis en la calidad.

Según datos del año 2018, el FNR recibe unos 280 millones de dólares anuales, de los cuales, casi el 20% se destina a medicación denominada de “alto precio”, el 80% restante financia intervenciones de gran complejidad, como cirugías cardíacas, trasplante de órganos, prótesis de cadera y diálisis.

El FNR ha desarrollado los conceptos de calidad y de auditoría médica como evaluación del desempeño en la actividad asistencial otorgando prioridad a la educación y capacitación.

En la década de los noventa y comienzos del presente siglo la OPS-OMS, el MSP, la UDELAR (Facultad de Medicina), el Centro de Investigación y Estudios del SMU (CIESMU) y el FNR, junto a otras instituciones de las Américas han tenido un activo protagonismo en los procesos de análisis y reflexión sobre la calidad de atención de la salud y en la educación médica continua.

El FNR ha generado un banco de datos referido a los procedimientos y tratamientos que financia que permite profundizar en los estudios de costo-efectividad y contribuir a la investigación teniendo por objetivo alcanzar la mejor calidad asistencial a la población.

En la historia del FNR, especialmente

a partir desde 1992, se ha contado con profesionales de referencia que han permitido avanzar y desarrollar una organización que ha tenido dentro de sus principales objetivos financiar estudios y tratamientos a un número significativo de uruguayos aplicando conceptos relacionados al control de calidad, en un contexto de equidad y sustentabilidad.

La población usuaria ha encontrado en el FNR una herramienta que ha permitido salvar diferencias económicas, sociales y geográficas, al tener acceso equitativo y universal a sus prestaciones. Nuestro país se diferencia de otras realidades en donde estas prestaciones son cubiertas por los seguros privados dificultando el acceso universal a las mismas.

Un conjunto de médicos, de determinadas especialidades, han tenido la oportunidad de desarrollarse en las tecnologías y en los procedimientos financiados por el FNR alcanzando un alto grado de profesionalidad.

También, debe destacarse, la puesta en marcha de los programas de prevención y control de los factores de riesgo, el programa de cesación de tabaquismo, el de salud renal y el de salud cardiovascular, son ejemplos en este sentido.

Luego de cuarenta años, el balance del FNR debería ser muy positivo si tenemos en cuenta todos los aspectos reseñados. En el futuro aguardan nuevos desafíos en donde estarán presentes, ineludiblemente, la ampliación de las prestaciones, asegurar la sustentabilidad y profundizar los principios de equidad y calidad.

1 *Estándares de evaluación y seguimiento para la mejora de calidad de los Institutos de Medicina Altamente Especializada. FNR. 2012*

Entrega de premios a estudiantes

La Dra. Diana Domenech coordinó proyecto de UNASEV y FEMI sobre prevención de siniestralidad

En Paysandú, se realizó la entrega de premios a los trabajos destacados realizados por estudiantes de medicina del CENUR Litoral Norte de la materia optativa "el factor humano en la prevención de la siniestralidad vial".

Felicitemos a todos los estudiantes que participaron de la propuesta

La Prof. Dra Diana Domenech coordinadora de la carrera de medicina en

el litoral, fue la responsable del desarrollo de este importante proyecto, el cual contó con el apoyo de UNASEV y de FEMI.

Estuvieron presentes el Director del CUP Liber Acosta, Presidente de UNASEV Esc. Alejandro Drapper, de FEMI Dra Patricia Nava, Intendente de Paysandú Mario Díaz e Intendente electo Dr. Nicolás Olivera.



12 de noviembre 1959

Fundación de la Agrupación
Médica de Pando
Dr. Francisco Soca

FEMI

NOVIEMBRE AZUL

MES DE CONCIENCIACIÓN
DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

FEMI

FEMI en conflicto ante nulo avance en Consejo de Salario de Salud Privada

Resolución del Plenario Gremial de FEMI

Atento a la ronda de negociación colectiva en consejo de salario del grupo 15 (salud privada) que se viene desarrollando sin avances significativos, en la que se pretende por parte del gobierno aplicar

pautas de ajustes salarial que determinen pérdida de salario real, sin asegurar un porcentaje de recuperación de dicha pérdida durante el período, a lo que se le suma una reducción y modificación en el

sistema de pago de la partida salarial por capacitación, aplicar topes salariales y el no cumplimiento por parte de las empresas del número de pacientes a atender por hora, el plenario gremial de la Federación Médica del Interior aprueba por

mayoría declararse en conflicto con el gobierno y las empresas, determinando paro médico de 24 hs, a realizarse la próxima semana una vez que se coordine con las demás gremiales médicas.

Federación Médica del Interior

Cáncer de próstata y prevención

En Uruguay el cáncer de próstata es el más frecuente en hombres, el de mayor incidencia y el tercero en mortalidad, luego del cáncer de pulmón y del colo-rectal.

En los últimos años bajó levemente la mortalidad gracias al diagnóstico precoz y a los tratamientos adecuados.

Se recomienda iniciar los controles a partir de los 50 años, o antes en caso de presentar antecedentes familiares de cáncer de próstata o mama.

Todos los trabajadores a partir de los 40 años, tienen derecho a un día al año de licencia especial con goce de sueldo para realizarse estudios de diagnósticos de cáncer de próstata.

Defensa del Salario de la salud privada



FEMI presente en consejo de salarios de la salud privada, defendiendo el salario de los médicos y las condiciones laborales que generen mejoras en la calidad asistencial de la población



FEMI EL GREMIO DE LOS MÉDICOS DEL INTERIOR

Miércoles 11 de noviembre de 2020.

Vistos los nulos avances en la negociación colectiva del sector privado de la salud donde se asegura pérdida de salario, de condiciones de trabajo y derechos laborales adquiridos, y en defensa de la calidad de atención y de la solidez del sistema de salud.

De acuerdo a las resoluciones de paro médico aprobadas en Plenario Gremial de FEMI y en Asamblea General del SMU, ambas gremiales convocan a **paro médico de 24 horas en el sector privado para el próximo miércoles 18 de noviembre.**



DÍA MUNDIAL
DE LA
DIABETES

14 DE NOVIEMBRE

FEMI
EL GREMIO DE LOS
MÉDICOS DEL INTERIOR



12 de noviembre 1986

Fundación del Sindicato
Médico de Salto

FEMI

FEMI presente en la celebración de los 100 años de la Sociedad de Cirugía del Uruguay

La Federación Médica del Interior presente, con nuestro secretario Dr. Osvaldo Bianchi, en la celebración de los 100 años de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

La FEMI saluda fraternalmente a la Sociedad de Cirugía del Uruguay en tan importante aniversario!



FEMI en el Día Mundial de la Diabetes

En este Día Mundial de la Diabetes destacamos la importancia de una rutina saludable para prevenir esta enfermedad y exhortamos a quienes la padecen extremar cuidados durante esta pandemia por Covid-19.



Paro Nacional el miércoles 18

Ante nulos avances en consejo de salarios del grupo 15 (salud privada) FEMI y SMU convocan a Paro médico Nacional en la salud privada el próximo miércoles 18 de noviembre



Comenzó el Curso de Capacitación para el pago del componente variable del salario correspondiente al año 2020

A partir del jueves 5 de noviembre se habilitaron las inscripciones para los cursos virtuales impartidos por el MSP que deberán realizarse como condición para el cobro de la partida variable junto al salario del mes de diciembre de 2020.

El Acuerdo de Consejo de Salarios del Grupo 15 sub grupo Salud General – Servicios de Salud y Anexos del año 2018 ratifica el pago de la partida salarial variable anual contra el cumplimiento de metas en el marco de “compromisos de gestión” ya acordado en los Consejos de Salarios de 2015 y las posteriores resoluciones para todos los trabajadores no médicos y médicos pertenecientes a este grupo.

Como informó el Sindicato Médico del pasado 16 de octubre, para la realización de la capacitación hay más de 60.000 trabajadores entre médicos y no médicos habilitados.

Como en los años anteriores, la capacitación se realizará exclusivamente por Internet, desde cualquier dispositivo ya sean teléfonos móviles, tabletas o computadoras.

La carga horaria será de 4 horas obligatorias. Dos de estas horas a cargo del trabajador y dos a cargo del empleador. En caso de quienes tengan multi empleo, deberán elegir el prestador al cual le solicitarán las 2 horas para realizar el curso.

Para efectuar la inscripción se deberá ingresar al sitio web del MSP a partir de la fecha indicada.

Allí se registrará con cédula de identidad. Asimismo se deberá proveer un correo electrónico personal que será utilizado como medio válido de comunicación.

LOS CURSOS COMENZARON EL DÍA 9 DE NOVIEMBRE

En la tarde del martes 3 de noviembre se realizó una reunión donde participaron representantes del Ministerio de Salud Pública, delegados de las empresas de Montevideo e interior, delegado de la FUS y delegados del Sindicato Médico del Uruguay se acordó aprobar el instructivo para la realización de los cursos que ya estaban definidos desde el acuerdo del año 2018.

La partida salarial variable, conseguida



en la negociación colectiva rige hasta el año 2020. Para el año 2021 y posteriores se encuentra en plena negociación, en la octava ronda del Consejo de Salarios del Grupo 15. El sector empresarial plantea no seguir abonándola si no se financia a través de la meta 5.

La Dra. Soledad Iglesias, Directora de la Unidad de Negociación del SMU ma-

nifestó luego de la reunión que «es muy importante haber acordado y resuelto la operativa y reglamentación de la partida del cobro variable, lo cual conforma una parte del salario de los trabajadores médicos. De esta forma quedó establecido y definido el inicio de los cursos de capacitación y solicitamos a todos los médicos y médicas que se inscriban».

Congreso de Toxicología clínica y ambiental. Becas para socios



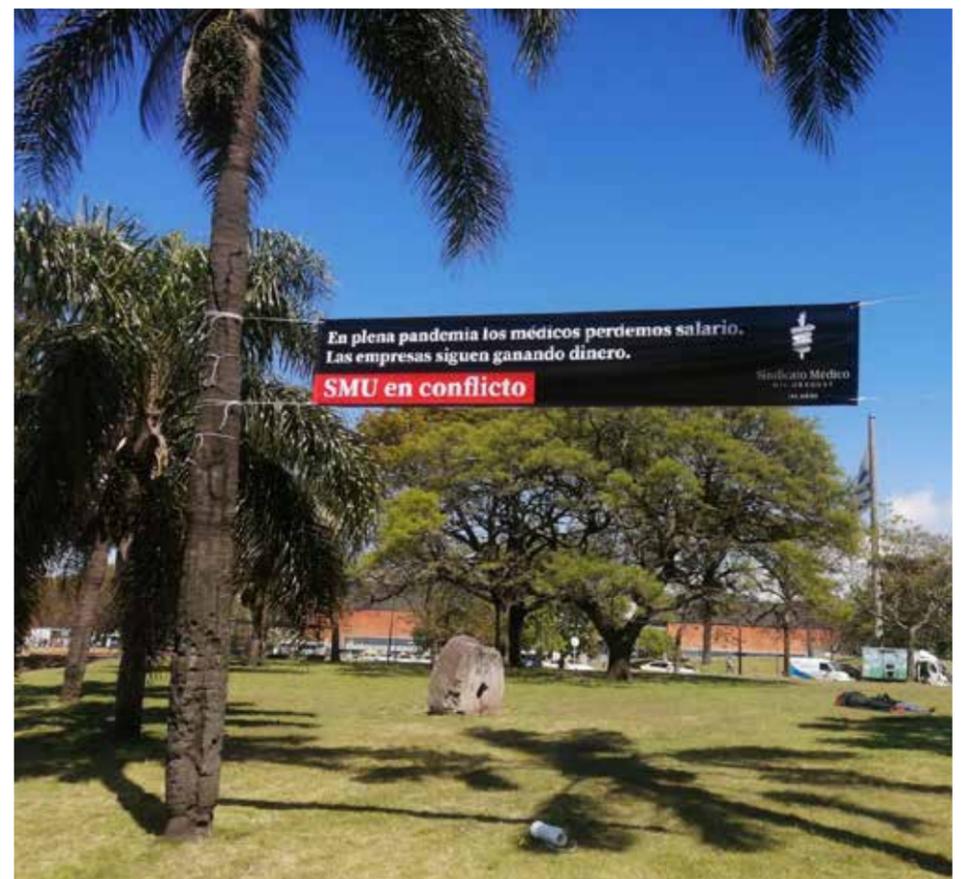
El Departamento de Toxicología de la Facultad de Medicina – UdelaR, CENTRO COLABORADOR DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN TOXICOLOGÍA AMBIENTAL Y HUMANA invita al VI Congreso Uruguayo de Toxicología Clínica y Ambiental y I Convención Internacional de Ambiente y Salud Infantil.

El mismo fue declarado de Interés Nacional por Presidencia de la República, y se realizará de forma virtual del 18 al 20 de noviembre del 2020.

Por más información e inscripciones dirigirse al sitio web.

Hay disponibles 10 medias becas para socios del SMU.

SMU y FEMI realizarán un paro médico nacional en el sector privado el miércoles 18/11



Vistos los nulos avances en la negociación colectiva del sector privado de la salud donde se asegura pérdida de salario, de condiciones de trabajo y derechos laborales adquiridos, y en defensa de la calidad de atención y de la solidez del Sistema de Salud.

De acuerdo a las resoluciones de paro médico aprobadas en asamblea general del SMU y en plenario gremial de FEMI, ambas gremiales convocan a paro médico de 24 horas en el sector privado para el próximo miércoles 18 de noviembre.

Información sobre el cobro de la partida variable por capacitación para médicas y médicos de ASSE

A partir del 11 de noviembre se habilitó la realización del curso virtual que deberán realizar los trabajadores de ASSE como condición para el cobro de la partida variable correspondiente al año 2020.

Están habilitados para el cobro de la partida variable por capacitación todos los profesionales médicos de ASSE con vínculo correspondiente al Rubro Cero (presupuestados, contratados Art. 256 y 410 y residentes) vigente al 01/01/2021.

Asimismo, a los trabajadores que hayan realizado la capacitación en la

plataforma del MSP (por su vínculo correspondiente a instituciones de salud privadas), se les validará automáticamente dicho curso a efectos del pago de la partida variable en ASSE.

PARA ACCEDER AL CURSO HAY DOS OPCIONES:

Ingresar a <http://moose.asse.com.uy>

a través del navegador o a través del botón ASSE Capacita en la página web de ASSE.

En el siguiente documento se encuentra el instructivo de acceso así como el cronograma y fechas de los cursos.

COMUNICADO N°48-2020 CURSO DE ACTUALIZACIÓN 2020.

La Dra. Soledad Iglesias, Directora de la Unidad de Negociación del SMU resaltó una vez más la importancia que tiene este curso, "no solo en la formación de todos los trabajadores de ASSE, sino en la relevancia como partida salarial (se viene abonando desde el año 2017, acordada como un fondo incluido en el salario de los médicos)".



Sindicato Médico
DEL URUGUAY

Iglesias enfatizó que "en la coyuntura actual, en un escenario de pérdida de salario real, la partida cobra aun mayor importancia".

Resolución de la Asamblea del Núcleo de Base de Universal

La Asamblea se realizó el martes 3 vía Zoom y contó con la participación de 40 médicos y médica

Montevideo, 3 de Noviembre de 2020

Resolución asamblea Núcleo de Base de Universal

Visto:

- El incumplimiento sistemático de la empresa Sociedad Médica Universal del convenio colectivo vigente.
- La negativa reiterada en las mesas de negociación bipartitas con respecto a:
 - Reducción del número de pacientes por hora de acuerdo al laudo
 - El no pago de los actos médicos en policlínicas desde el inicio de la pandemia.
 - La asignación de los CADs sin llamado a concurso, contrario a lo acordado, en al menos dos oportunidades.
 - Irregularidades del el pago de Fondo de Categorías.
 - La precarización de los vínculos contractuales bajo régimen de facturación, siendo ésta la forma de contratación de colegas en los últimos 18 meses, con la consiguiente pérdida de derechos laborales y de seguridad social.

El NB de Universal en asamblea, resuelve:

- Declararse en conflicto
- Denunciar ante el MTSS el incumplimiento de los convenios vigentes.
- Denunciar la situación en los medios de comunicación.
- Citar nueva asamblea en 15 días para evaluar respuestas.

Sociedad Uruguaya de Neurología apoya medidas del SMU en el marco del conflicto con las empresas del sector privado

La Sociedad de Neurología del Uruguay (SNU) apoya la propuesta de realizar Paro Médico Nacional en el sector privado resuelto por el SMU ante la falta de avance en la negociación del Consejo de Salarios del sector privado (Grupo 15).

Este Paro Nacional denuncia la pérdida de salario real, de derechos laborales, de condiciones de trabajo y de calidad asistencial en el Sistema de Salud.



**En plena pandemia
los médicos perdemos
salario.**

**Las empresas siguen
ganando dinero.**

SMU en conflicto



Sindicato Médico
DEL URUGUAY
— 100 AÑOS —

**Mientras los trabajadores
de la salud perdemos
condiciones de trabajo
en plena pandemia,
las empresas siguen
ganando dinero.**

SMU en conflicto



Sindicato Médico
DEL URUGUAY
— 100 AÑOS —

SMU reclama participar de comisiones de calidad asistencial y rechaza actitud del sector empresarial

El SMU entiende necesario y ha bregado por la conformación de comisiones que puedan arrojar indicadores claros y objetivos del funcionamiento de los prestadores de salud

El Comité Ejecutivo del SMU (Sindicato Médico del Uruguay) rechaza la posición de los prestadores privados de salud, que en el ámbito de actuación de la JUNASA, se niegan a integrar al sector médico en comisiones asesoras vinculadas a fortalecer y mejorar la calidad asistencial.

El SMU entiende necesario y ha bregado por la conformación de comisiones que puedan arrojar indicadores claros y objetivos del funcionamiento de los prestadores de salud. Un objetivo perseguido es que los usuarios dispongan de elementos consistentes para evaluar la calidad de la asistencia en los distintos centros y con parámetros objetivos puedan considerar la movilidad que

habilita el corralito mutual. Otra finalidad también es contribuir a mejorar la calidad asistencial; regular dotaciones de médicos en puertas de urgencia, en internación domiciliaria y otros servicios. También se busca que el SMU participe y aporte en la comisión asesora financiera que discuta e intercambie sobre gastos e inversiones necesarios para mejorar el sistema sanitario del país.

El Comité Ejecutivo del SMU lamenta la posición del sector empresarial y en los próximos días reiterará en el ámbito de la JUNASA y mediante la intermediación del MSP la solicitud de conformación y participación del sector médico en las comisiones asesoras.



COMEF. Jornada de Estabilización del Paciente Pediátrico Traumatizado

En el marco de mejoras y capacitación en el interior del Departamento, la Coordinadora del interior de #COMEF:

Dra. Graciela Calleros, junto a la Jefa de Pediatría: Dra. Analhi Moggi y el Dr. Sebastián Bentancor como Expositor

, se realizó con éxito en la Localidad de Fray Marcos, Florida, la Jornada de "Estabilización del Paciente Pediátrico Traumatizado".



COMEF en el Día Mundial de la Diabetes

14 de noviembre, este Día Mundial de la Diabetes, es fecha ideal para aumentar la conciencia global sobre la enfermedad, haciendo foco en las causas, síntomas, complicaciones y tratamiento.

Por eso, en #COMEF queremos recordarte cuáles son las señales de alerta de diabetes. ¡Identificalas y acudí al médico!



ONCOSUR- Galardonado con Certificación de Calidad en Gestión del LATU

En #COMEF tu salud es nuestra prioridad.

Por eso contamos con un centro oncológico de primer nivel que recientemente ha sido galardonado con el Certificación de Calidad en Gestión del LATU.

Desde su fundación la misión de Oncosur es proporcionar tratamientos de radioterapia con los mejores recursos de infraestructura humanos y tecnológicos a la población, con el fin de contribuir a la mejora de la salud y el estándar de vida de nuestra sociedad.

Desempeñar obras de ayuda social y promover la investigación científica en radioterapia y radio protección en equilibrio



con valores como la confianza, el respeto, la dignidad y la responsabilidad social.

Trabajar en todos los aspectos y etapas de la enfermedad neoplásica maligna como son la prevención, el diagnóstico y el tratamiento con los criterios más modernos.

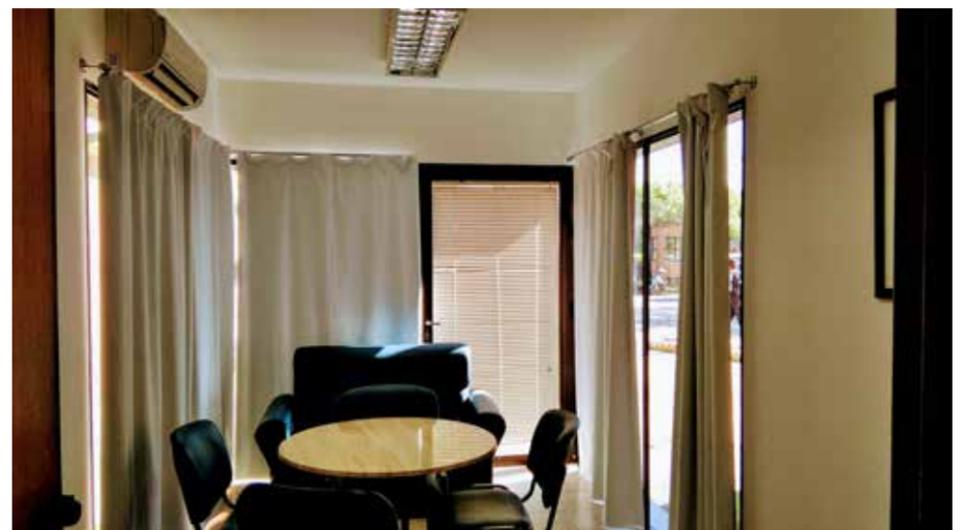
Fue su misión y objetivo – y lo ha logrado - consolidarse como un líder regional en la realización de tratamientos de radioterapia a través de la renovación constante de tecnología, conocimientos y capacitación profesional.

EL DIARIO MÉDICO felicita a los Directivos, Médicos y Especialistas, Equipo Técnico y Personal de ONCOSUR por este merecido reconocimiento

COMEF inauguró Sala de acompañantes de CTI



“Días pasados quedo inaugurada la sala de acompañantes de CTI en el sanatorio de #COMEF. Se trata de un espacio que mejora la comodidad de los familiares de nuestros usuarios, generando un ámbito de reposo e intimidad tan necesario en esos momentos”



Importancia de la actitud optimista

Actualmente no existe evidencia convincente que relacione “la actitud” de una persona con el riesgo de padecer cáncer o morir por la enfermedad

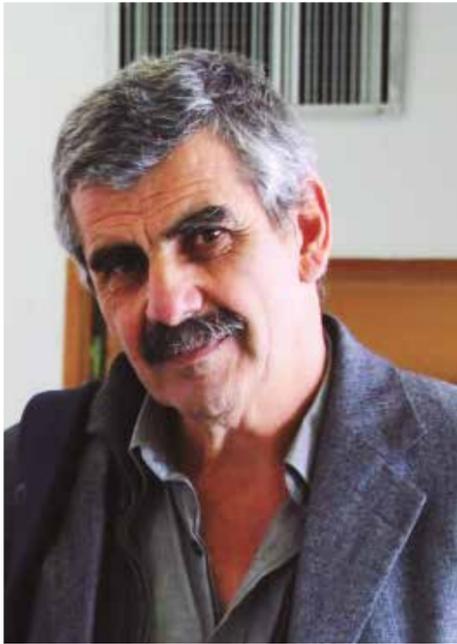
. Es normal sentirse triste, enojado, preocupado si tenés la enfermedad.

Pero el llevar una actitud optimista es sin duda un plus que ayuda en el tránsito de este y otros padecimientos. #COMEF



La revolución de la longevidad

Alexander Kalache referente de OMS en los temas de envejecimiento activo habla de la "revolución de la longevidad" proponiendo una perspectiva muy desafiante y vigente.



MAG. PABLO ANZALONE

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

Dice Kalache que la revolución de la longevidad es total, es un cambio drástico, profundo, que afectará a toda la sociedad. Como nunca había sucedido en la historia de la humanidad, vivimos más y más. Y enfatiza "Qué privilegio el nuestro, que estamos aquí, vivos, contribuyendo para responder a esta revolución".

La longevidad va a tener impactos en todos los órdenes de la vida social, no solo en la seguridad social y la atención de salud, sino en todo lo que hacemos. Nuestras generaciones tienen el privilegio de protagonizar estas transformaciones. Aunque algunas lógicas la ven como un problema es, en realidad, un enorme logro. Ninguna generación anterior ha tenido esta oportunidad. Vivimos un proceso acelerado de longevidad. Entre 1950 y 2050, la población total del mundo aumentará menos que antes, pero la población mayor a los 60 años; las personas mayores hasta los 80 o 90 años, crecerá 26 veces.

Debemos ser conscientes que los países del sur, están envejeciendo más rápidamente que los países del norte, pero lo hacen en contextos donde se mantienen todavía altos niveles de pobreza y desigualdad.

Advierte Kalache que es necesario prepararse para responder a las preguntas que esta revolución de la longevidad plantea. Una de ellas es como moriremos. Ahí encontramos que cada vez más personas van a morir a una edad muy avanzada de enfermedades crónicas de larga duración. Las tecnologías que permitirán alargar la vida procuran el lucro de sus propietarios pero no aseguran calidad de vida. Para lograrla necesitamos envejecer con salud.

No son solo decisiones o circunstancias

individuales. Es preciso preguntarnos qué tipo de sociedad es compatible y sustentable para una vida larga que sigue extendiéndose.

Preparar el envejecimiento activo y saludable exige una mirada al curso de vida. Para llegar a la vejez con salud y calidad de vida se requieren condiciones adecuadas desde la primera infancia. Cada etapa de la vida depende de las anteriores. Invertir desde el comienzo es la única forma de llegar bien. Para ello hay que cuidar a los niños que son pocos y vulnerables.

Las tasas de fecundidad han caído. Hay mayores niveles de pobreza en la población infantil.

Las enfermedades no transmisibles: los cánceres, las cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, los problemas respiratorios son la principal causa de enfermedad, dependencia y muerte en nuestra sociedad. Está muy estudiado que dichos problemas de salud tienen cinco factores de riesgo, la mala alimentación, el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y la contaminación ambiental. Controlar estos factores implica postergar y/o evitar la mayor parte de las enfermedades no transmisibles. Muchas de las variaciones en la salud de las personas no dependen de su edad sino de cómo se acumularon los factores de riesgo mencionados a lo largo de su vida. La mayoría de estos factores están asociados al lucro de algunos sectores y se desarrollan como hábitos promovidos por costosas campañas de publicidad. Cuando analizamos para OPS y OPP la prospectiva de la salud al 2050 referida a estos factores de riesgo encontramos tendencias contradictorias, estrategias en pugna en cada uno de ellos. La continuidad e incremento del sedentarismo se contraponen a procesos de mayor actividad física en espacios públicos y en ámbitos deportivos. Las ciclovías, los gimnasios al aire libre y la era "Tabarez" en el fútbol son fenómenos muy positivos. El aumento extraordinario del consumo de alimentos ultraprocesados con altos niveles de sodio, azúcares y grasas se enfrenta a políticas públicas para promover alimentación saludable, etiquetando e informando para hacer posibles elecciones más sanas de los consumidores. En el consumo excesivo de alcohol también se perciben ambas tendencias, con una política pública todavía muy débil (salvo respecto al alcohol en el tránsito con buenos resultados). En el tabaquismo es el campo donde la política pública ha sido más fuerte y los resultados son muy buenos.

Este escenario significa que no está saldado cuales tendencias predominarán. Pueden continuar estilos de vida que perjudican claramente la salud y el envejecimiento activo o podemos cambiar profundamente sus determinantes para construir una vida más saludable y disfrutable. Modificar estos elementos

requiere políticas públicas firmes. Alcanza ver las sucesivas postergaciones que ha sufrido el etiquetado frontal por excesos en sodio, grasas y azúcares, o los intentos de volver atrás en la regulación del alcohol en conductores, para ver las contradicciones e incertidumbres existentes.

Cuando hablamos de capacidad funcional y niveles de dependencia hay que volver al ciclo de vida. Serán esos determinantes quienes incidan en las condiciones de dependencia que alcanzamos y no tanto los años que tengamos. El umbral de discapacidad tiene que ver con el entorno físico, social y cultural donde vivimos. Si éstos son adecuados o si por el contrario hacen más difícil la movilidad o la vida cotidiana. A eso nos referimos cuando se habla de "ciudades amigables" con las personas mayores. Amigables con las personas mayores y también con los niños, con los discapacitados, con todos los habitantes.

Los cuidados han sido tradicionalmente un campo invisibilizado y subvalorado, depositado sobre los hombros de las mujeres. Las necesidades crecientes que plantea la longevidad, junto con la salida de las mujeres al mercado de trabajo y las luchas feministas por sus derechos, cambiaron ese escenario en crisis. Las políticas de cuidados son uno de los ejes principales de respuesta a la longevidad. No solo como asistencia a las personas con dependencia (niñez, discapacitados y personas mayores) sino como estrategias colectivas de prevención y retraso de la dependencia.

La contaminación ambiental y el cambio climático son síntomas de una crisis ecológica profunda que pone en riesgo la vida del planeta afectando drásticamente su biodiversidad. El modelo productivo predominante y las actuales formas de urbanización de la humanidad son los responsables fundamentales de esta catástrofe ambiental. Las políticas públicas para modificar esta realidad han tenido avances y contramarchas a nivel internacional y estamos lejos todavía de un esfuerzo sostenido y unificado en esta materia. Cambiar nuestra cultura en esta materia es una de las condiciones necesarias.

Repensar el modelo civilizatorio a la luz de la longevidad implica nuevos cursos de vida, ciudades amigables, educación hasta el final de la vida, promoción de salud y prevención de los factores de riesgo, cultura de la solidaridad y respeto al medio ambiente. Exige una nueva forma de organizar los cuidados, sin sobrecarga ni postergación de las mujeres. Significa abatir las desigualdades por razones de clase, de territorio, de género, de edad y de etnia. Nada de ello es posible sin la participación activa de las personas y los colectivos, la democratización profunda de las relaciones y de las políticas públicas.

¿CUALES SON LAS RESPUESTAS NECESARIAS DEL SISTEMA DE SALUD ANTE ESTA REVOLUCIÓN?

La longevidad supone un gran desafío para los sistemas de salud, con y sin Covid. Los recursos y las estrategias sanitarias son dos componentes decisivos para los sistemas de salud.

Sin duda que las políticas de recorte de recursos con el argumento del déficit fiscal afectarán muy negativamente en un escenario de mayores necesidades sanitarias. Eso sucede en Uruguay pero no en el resto del mundo que aumenta hoy sus inversiones en salud. Es un anacronismo neoliberal autóctono. Pero si los recursos van a parar sobre todo a nuevas camas de CTI, respiradores y algunas tecnologías sofisticadas, el resultado será muy malo también. Y la combinación de ambas decisiones empeora el panorama.

Estamos hablando de procesos complejos con múltiples actores que atraviesan contradicciones, etapas y coyunturas diversas.

Entre las contradicciones que definen las estrategias sanitarias están:

1) Atención a demanda como modalidad exclusiva o estrategia proactiva con Objetivos Sanitarios nacionales y locales.

2) Centralización en hospitales y sanatorios o descentralización territorial con un Primer Nivel extendido y resolutivo.

3) Multiplicación incesante de la cantidad y variedad de especialistas o énfasis en el equipo básico de salud, la medicina general, familiar y comunitaria, enfermería, odontología, nutrición, psicología.

4) Uso acrítico de la tecnología concentrado en el segundo y tercer nivel de atención o tecnologías innovadoras para un modelo integral, en función de una política nacional de tecnología.

5) Utilización racional de la medicación o polifarmacia. Incorporación de medicación de alto costo por decisiones judiciales o por criterios científicos y priorizaciones fundamentadas.

6) Formación continua del personal de salud planificada, incentivada y priorizada en función de la realidad epidemiológica. O educación fragmentada por disciplinas, concentrada en los estudios de grado.

7) Agenda de investigación-acción articulando academia con sistema de salud y comunidades en función de prioridades epidemiológicas. O por el contrario ausencia de investigación nacional y dependencia de los centros del poder económico en esta materia.

8) Fragmentación de los servicios de salud en base al predominio de intereses mercantiles o complementación de variadas formas para evitar superposiciones y aumentar la calidad de la atención.

9) Segmentación de la atención de salud en función de la capacidad económica de las personas, volviendo a una salud para pobres y otra para ricos, debilitando la base solidaria del Seguro Nacional de Salud, disminuyendo la inversión en los efectores públicos. O por el contrario continuar reduciendo la brecha entre el sector público y el privado en gasto por usuario y en calidad de atención.

10) Estrategias de prevención y pro-

viene de pág. 17

moción priorizadas desde los servicios de salud involucrando a personas y comunidades.

11) Alianzas intersectoriales a nivel nacional y local con el sistema educativo, los gobiernos locales, colectivos sociales y un abanico de protagonistas implementando una estrategia de Municipios y Comunidades Saludables.

12) Articulación estrecha con las políticas de cuidado y en particular con el Sistema Nacional de Cuidados, una transformación estructural que recién se inicia y que debe defenderse como pilar de la matriz de protección social.

13) Más participación y empoderamiento de los usuarios/as y las comunidades, a través de diagnósticos locales, planificación participativa, campañas conjuntas, dialogo permanente, instancias de formación/acción según prioridades acordadas entre los actores.

14) Fortalecimiento de la Rectoría del MSP, mayor consolidación del SNIS y más gobernanza participativa, para hacer frente a los desafíos y contradicciones mencionadas. O un debilitamiento progresivo del SNIS, con mayor peso de los intereses corporativos en juego, menor capacidad técnica y política de la autoridad sanitaria.

¿CÓMO INCIDE EL NUEVO ESCENARIO COVID EN ESTA REVOLUCIÓN DE LA LONGEVIDAD?

Un documento muy reciente de CEPAL

sobre los impactos de la pandemia en los derechos y la protección social de las personas mayores insiste que no solo es una crisis de salud pública, sino también una crisis económica y social y progresivamente crea una crisis de protección y ejercicio de los derechos humanos.

La pandemia hace aparecer con más claridad y agrava aquellas desigualdades que afectan la protección y el ejercicio de los derechos humanos. En la etapa de recuperación CEPAL reclama poner los derechos humanos en la base de la acción de los estados. Incrementar las ayudas económicas a la población carenciada es imprescindible pero también se requieren políticas y objetivos de mediano y largo plazo que transformen estructuras de desigualdad sustantiva.

CEPAL reivindica el llamado internacional denominado "Para rehumanizar nuestras sociedades. No a una sanidad selectiva" que hicieron distintas personalidades, entre ellas Jürgen Habermas y Manuel Castells.

Poner la vida en el centro de todas las acciones es una definición primordial. Las diversas crisis que se acumulan muestran que el patrón civilizatorio predominante no lo ha hecho y sus consecuencias se sufren hoy.

En los últimos años la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores ha constituido un avance muy destacable. Pero hay mucho por hacer para que los derechos sean hechos y no solo declaraciones. En el escenario de crisis el énfasis en ciertas visiones

económicas más que en la solidaridad puede llevar a ignorar la Convención y sus postulados centrales. La visibilidad de las personas mayores en las cifras de contagios y muertes por COVID-19 puede reforzar los estereotipos y prejuicios, la discriminación y "pasivización". Este concepto de "pasivización" que desarrolla el CIEN (Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Envejecimiento de la Udelar) es muy trascendente para entender los estereotipos acerca de las personas mayores.

Así como la pandemia generó miedos, incertidumbres y transmitió un mensaje fuerte de parálisis, también despertó una cantidad de respuestas solidarias sustentadas en las organizaciones populares.

Aumentó asimismo el uso de tecnologías de comunicación virtual. En América Latina la realización de foros y seminarios se multiplicó y el abordaje de la situación de las personas mayores fue mucho más amplio. En Uruguay la Red de Municipios y Comunidades Saludables realizó dos Talleres Abiertos sobre el tema, en plena pandemia, el 30 de abril y el 1º de octubre, jerarquizando los derechos, la participación y la experiencia de las Redes de Personas Mayores. Los demás 14 talleres realizados también permitieron miradas transversales que incluyen a las personas mayores. La elaboración de seis proyectos de acción comunitaria a partir del Curso de Animadores de Redes que llevó adelante la Red de MCS tuvo en uno de ellos a las personas mayores como tema específico y se entrelazaron en varios otros. La

reciente creación de un movimiento por los derechos de las personas que viven en residenciales de larga estadía con el apoyo del CIEN (Udelar) y las asambleas virtuales y seminarios que realizaron son también un ejemplo a destacar. Onajpu promovió conjuntamente con la Udelar un relevamiento sobre la forma en que las personas mayores viven la pandemia, para promover acciones más amplias al respecto, basadas en su protagonismo. La movilización de asociaciones y Redes de Personas Mayores en todo el país para evitar la inclusión en la Ley de Urgente Consideración de un artículo que modificaba la jerarquía y funcionamiento del Inmayores fue no solo amplísima sino muy exitosa, logrando el objetivo planteado.

Estas alianzas sociales e institucionales retoman uno de los conceptos centrales que propone Cepal en su informe: la participación de las personas mayores en la construcción de políticas públicas en general incluyendo especialmente las que los involucran en un sentido amplio.

Esa participación es la clave para responder adecuadamente a la "Revolución de la Longevidad" que analizaba Kalache.

2 OPS OPP UNFPA 2020 Una mirada a la salud de los uruguayos y las uruguayas en el largo plazo.

3 S. Huenchuan, COVID-19 y sus impactos en los derechos y la protección social de las personas mayores en la subregión (LC/MEX/TS.2020/31), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020

Verónica Pino

RETRATOS AL ÓLEO POR ENCARGO



 vero_pino_gallery

info.vpino.2019@gmail.com

www.veronicapino.com

098 77 60 61



LORENA
TABORDA

CONTADORA

IVA - IRF - IASS - FONASA

Certificados de Ingresos

Liquidación de Sueldos

cra.lorenataborda@gmail.com

098 939 239

ASSE presentó nuevos lineamientos estratégicos y acciones para el primer Nivel de Atención

El viernes 6 de noviembre, en el Salón de Actos de ASSE, se presentaron los nuevos lineamientos estratégicos y acciones para el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. La actividad se enmarcó en la Cooperación Técnica que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) brinda al organismo, y se presenta como elemento sustantivo para profundizar el cambio del modelo de atención, la protección de servicios y el sistema de salud en la respuesta a la emergencia sanitaria generada por el Covid - 19. Cuenta con el apoyo de la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial (DINOT-MVOT) y la Universidad de la República, a través de sus Facultades de Medicina y Enfermería.

El Director del Primer Nivel de Atención de ASSE, Julio Vignolo, explicó que, durante la jornada, junto a la OPS, se analizaron los ejes estratégicos de vital importancia a desarrollar, los cuales se vinculan a la telemedicina, atención domiciliaria y organización territorial de los servicios y prestaciones.

Es oportuno destacar que ASSE cuenta con valiosos antecedentes en el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, que han sido fundamentales durante la pandemia, ya que más del 90% de los casos de Covid-19 han cursado la enfermedad en domicilio y con dispositivos del Primer Nivel de Atención, sin producir situaciones de saturación a nivel hospitalario.

Cabe enfatizar que se ha priorizado la asignación de recursos para el proyecto de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y la atención domiciliaria para los pacientes de ASSE.

Participaron de la apertura del evento, el Vicepresidente de ASSE, Marcelo Sosa,

el Gerente General, Eduardo Henderson, el Consultor de OPS/OMS, Wilson Benia y el Director del Primer Nivel de Atención de ASSE, Julio Vignolo, quien además representó al Decano de la Facultad de Medicina.

Se contó además con la presencia de una representante de la Dirección de la DINOT, Arq. Ana Álvarez y la Decana de la Facultad de Enfermería, Mercedes Pérez.

DIRECTORIO DE ASSE ESTÁ DECIDIDO A FORTALECER EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El Vicepresidente de ASSE, Marcelo Sosa, subrayó que el Directorio “está decidido a fortalecer el Primer Nivel de Atención”, cuya importancia consideró “ya nadie discute”.

Valoró, asimismo, el trabajo de los equipos del Primer Nivel de Atención en la lucha contra la pandemia, en territorio y en todo el país, sin ir en detrimento de lo actuado por los otros niveles de atención.



TEST, RASTREO, AISLAMIENTO

Por su parte, el Gerente General de ASSE, Eduardo Henderson, sostuvo que desde la OMS se está cambiando el término de pandemia por el de sindemia, ya que se potencian las enfermedades no transmisibles.

Afirmó que las experiencias de Europa, permitieron a nuestro país prepararse de mejor manera, y que la estrategia ha estado centrada en la realización de test, rastreo y aislamiento. En ese sentido, aseveró que esto se realiza en el Primer Nivel de Atención

LIDERAZGO DE ASSE Y

URUGUAY COMO REFERENTE DE ESPERANZA EN LA REGIÓN

El Consultor de OPS, Wilson Benia, resaltó el liderazgo de ASSE en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), “marcando el rumbo”.

Agregó que en el contexto de Covid-19, los países que han alcanzado mejores resultados, han sido los que cuenta con un fuerte Primer Nivel de Atención, y que ASSE cuenta con un acumulado muy importante en la materia, ya que se ha tratado de una política de Estado que ha trascendido las diferentes administraciones. “Uruguay es un referente de esperanza en la región”, sostuvo.

ENERGIA DE ESFUERZOS ASSE, INSTITUTO PASTEUR, UDELAR, MSP Y LA INTENDENCIA

Comienzan Cirugías de Día en el Hospital de Tacuarembó y se presenta nueva técnica de hisopado

Con el objetivo de reactivar las cirugías que han quedado pendientes debido a la pandemia de Covid-19, se presentó el martes 3 de noviembre, en el Hospital de Tacuarembó, un programa de Cirugías de Día para intervenciones no complejas, así como la nueva técnica LAMP de hisopado desarrollado por el Instituto Pasteur, que arroja el resultado en una hora con una sensibilidad muy cercana al PCR tradicional.

Se trata de un programa de cirugía ambulatoria, que se efectúa en un apartado - policlínico del Hospital, y la técnica LAMP se realizará en un laboratorio instalado a tales efectos en el propio nosocomio. La idea es extender este proyecto piloto a otros Hospitales del país.

El Director Ejecutivo del Instituto Pasteur, Carlos Batthyány, subrayó la importancia de comenzar este programa en el Hospital de Tacuarembó, por las fortalezas que el mismo posee, que le ha valido un alto prestigio a nivel nacional,

bajo la Dirección de Ciro Ferreira.

En tanto Gustavo Salinas, también del Instituto Pasteur, valoró la implementación de la técnica LAMP para este tipo de programa, ya que no implica la necesidad de contar con equipos costosos y la realización de procedimientos más complejos. En tanto, la LAMP permite obtener el resultado en aproximadamente una hora; más allá que el estándar de oro es la PCR por la especificidad y previsión.



sigue en pág. 20

viene de pág. 19

Por su parte, el Rector de la UdelaR, Rodrigo Arim, valoró la sinergia con ASSE, la Intendencia Departamental, el Instituto Pasteur y el MSP, que, con autonomía de todas las partes, pero en forma coordinada, ha permitido resultados tangibles. Enfatizó el vínculo histórico y la alianza natural con el Instituto Pasteur, que se ha fortalecido aún más desde el inicio de la pandemia. El Director General de la Salud, Miguel Asqueta, manifestó su satisfacción por este logro, y resaltó la importancia del aporte científico para el

manejo de la pandemia en el país. Afirmó que las instituciones pueden contar con el MSP como desde el primer día.

El Intendente de Tacuarembó, José Omar Menéndez, hizo hincapié en la coordinación y cooperación de las instituciones y felicitó a las autoridades sanitarias, al tiempo que destacó el lugar de Uruguay en la lucha contra la pandemia.

Cabe acotar que las autoridades realizaron una recorrida por el Hospital, la Sala de Cirugías de Día, la nueva área de CTI, Laboratorio e Internación, así como otras dependencias del centro asistencial.



En el Día Nacional del Donante Voluntario de Sangre: Hemobus en la Explanada del Parlamento

En el marco del Día Nacional del Donante Voluntario de Sangre, el jueves 12 de noviembre, el Móvil de Colectas Externas del Hemocentro Regional de Maldonado, se instaló en la explanada del Palacio Legislativo, en una actividad tan simbólica – (agradecimiento a los donantes) – como solidaria, ya que, previa agenda, se pudo concurrir a “poner el brazo” en una acción altruista que salva vidas.

La Vicepresidenta de la República, Beatriz Argimón, expresó que, en este año tan especial, enmarcado en la pandemia, el Parlamento ha venido realizando actividades hacia la comunidad, y subrayó el trabajo del Hemocentro Regional de

Maldonado, no solamente para la Región Este sino para todo el país en este 2020. “En este año removedor, se destaca la solidaridad en el cuidado personal y del otro”, dijo, y agregó que un donante puede ayudar a salvar tres vidas.



Por su parte, el Vicepresidente de ASSE, Marcelo Sosa, subrayó que, en este año tan particular, en donde se ha visto disminuida sustancialmente la cantidad de donaciones a nivel país, el Hemocentro Regional de Maldonado de ASSE ha sido la excepción, a través de su Móvil de Colectas Externas - el Hemobus- y sus campañas de concientización. “La salud de los uruguayos lo necesita”, indicó, al tiempo que valoró el trabajo del Servicio Nacional de Sangre.

En tanto, el Director Técnico del Hemo-

centro, Jorge Curbelo, sostuvo que es un día de celebración y reconocimiento a todos los donantes voluntarios, quienes extienden su brazo solidario para ayudar a otras personas.

Resaltó que el Hemocentro, al no estar instalado en un centro asistencial y contar con el Hemobus -que tiene todas las garantías de seguridad- ha permitido que este año se haya incrementado la donación en aproximadamente un 25%, lo que ha permitido colaborar con servicios públicos y privados de todo el país.

INTENDENCIA RECIBIÓ CERTIFICACIÓN POR MODELO DE GESTIÓN

Herramientas para la equidad de género

Se implementó un modelo de gestión de calidad con equidad de género que ha sido certificado por el Instituto Nacional de las Mujeres y el Laboratorio Tecnológico del Uruguay.

La certificación cierra un proceso iniciado en 2017, cuando la Intendencia estableció un convenio con el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), con el objetivo de implantar en su funcionamiento interno el modelo definido por esa institución. Se trata de una herramienta que promueve la equidad entre mujeres y varones, al tiempo que busca transformar las estructuras laborales de manera que no existan las brechas de género e inequidades que impactan en la eficiencia y eficacia de las organizaciones.

El modelo establece requisitos cuyo cumplimiento permite lograr estructuras organizacionales laborales más justas y eficaces desde una perspectiva de igualdad de género, inspirado en la normalización técnica internacional.

Constituye un “estándar de igualdad de género” en el ámbito laboral, evaluable por Inmujeres.

EL PROCESO

El trabajo desarrollado incluyó una evaluación institucional que abarcó modos de entrada a la organización; cargos,

funciones y competencias; sistema de remuneraciones, capacitaciones y oportunidades, entre otros aspectos.

Se conformó un equipo de implementación integrado por funcionarias y funcionarios de diferentes servicios, lo que permite que el conocimiento y la experiencia acumulada queden dentro de la institución.

El proceso posibilitó definir una política propia del gobierno departamental, de calidad con equidad de género, que fue aprobada por resolución del intendente.

También se generó un primer Plan de Acción para el próximo quinquenio.

En la ceremonia de entrega de certificación, que se realizó el miércoles 11 de noviembre, participaron el intendente de Montevideo, Christian Di Candia; la directora de Inmujeres, Mónica Bottero; el director del Departamento de Gestión Humana, Eduardo Brenta; la directora de la División Asesoría para la Igualdad de Género, Solana Quesada; la directora de la División Administración de Personal, Rosana Paredes; y la coordinadora de la nueva Unidad de Género del Depar-



tamento de Gestión Humana, Isabel Rodríguez.

El Intendente resaltó la decisión política cotidiana a la hora de ejercer la función pública, tanto de las jerarquías políticas como de las y los funcionarias, “más cuando hemos sido parte de un proceso de transformación cultural” en la institución.

Di Candia agradeció también “la ayuda de tantas mujeres feministas que nos han enseñado a ser mejores personas en la tarea de construir una mejor sociedad”.

Eduardo Brenta recordó la importancia de que el gabinete departamental sea paritario y que cada uno de los departamentos de la Intendencia asigne recursos para llevar políticas de género.

“Es bueno que se convierta en un hecho que no nos llame la atención, a la vez que nos compromete a construir una sociedad de iguales donde no haya diferencias de ninguna clase, ni sexo ni raza, por discapacidad o por ninguna característica particular que no sean las habilidades y capacidades de cada persona”, enfatizó Brenta.

Solana Quesada indicó que “no se pueden tener acciones hacia la ciudadanía si no se revisan cuáles son nuestras prácticas y relacionamientos internos en

la institución”.

En ese sentido, Quesada explicó que el modelo implicó la realización de un diagnóstico que identificó brechas de género en distintas áreas, para así generar acciones que permitan superarlas.

“Por lo tanto recibir este certificado en equidad de género no quiere decir que no tenemos desigualdades, sino que tenemos una herramienta que permite identificarlas con claridad, lo que implica un proceso de revisión y vigilancia permanente” señaló la jerarca.

Finalmente, Isabel Rodríguez informó que la creación de una nueva Unidad de Género responde a las recomendaciones del diagnóstico y tiene un alcance hacia todo el funcionariado.

En cuanto a la implementación del modelo de gestión de calidad con equidad de género, Rodríguez explicó que “abordará aspectos estructurales en relación a carrera, salario y capacitación, así como ante situaciones de violencia, acoso laboral y sexual”, entre otros aspectos.

Rodríguez adelantó que también se crearon dos servicios especializados: uno -que ya funciona- para mujeres que sufren situación de violencia de género y otras desigualdades, y un servicio de atención orientada a varones.



MÁS OBRAS QUE SON REALIDAD POR EL PRESUPUESTO PARTICIPATIVO

Una policlínica renovada en el municipio G

Se inauguraron las obras realizadas en la policlínica del Complejo América, ubicada en Yegros y camino José Durán.

El Presupuesto Participativo de la Intendencia de Montevideo financió un reciclaje total de la infraestructura y fachada de este centro de atención a la salud, ubicado en el Complejo América.

Fueron construidos nuevos consultorios y tres baños, uno de ellos inclusivo. Además, se incorporó una rampa de accesibilidad.

La propuesta vecinal para realizar esta reforma obtuvo 910 votos en la elección del Presupuesto Participativo, con los que fue seleccionada para su ejecución.

La Intendencia invirtió \$ 2.500.000 en la obra.

La inauguración de obras se realizó el miércoles 11 de noviembre, con la presencia del intendente Christian Di Candia y la alcaldesa del municipio G, Mabel Lamadrid; el coordinador de la Unidad de Participación y Planificación, Miguel Pereira; el vicepresidente de ASSE, Marcelo Sosa; el director de la Región Sur, Glauco Rodríguez; la directora de la Red de Atención de Primer

Nivel (RAP) Metropolitana, Gabriela Lamique; junto al representante de la organización vecinal del Complejo América, Javier Macedo.

Javier Macedo recordó las carencias que tenía la vieja policlínica y destacó la unión y organización de vecinas y vecinos “que mancomunados comenzamos a

viene de pág. 21

redactar el proyecto y caminamos para conseguir los votos para ganar el Presupuesto Participativo”.

Miguel Pereira celebró la concreción de la obra número 124 de las ejecutadas por el Presupuesto Participativo durante esta administración, “donde una vez más, al igual que en las otras inauguradas, se conjuga la democracia participativa enmarcada en los tres niveles de gobierno: nacional, departamental y municipal”.

Mabel Lamadrid agradeció a vecinas y vecinos que “participaron activamente

para dar impulso a la idea y conseguir los votos necesarios, porque supieron sobrellevar los contratiempos y siguieron adelante. Ahora es tiempo de cuidar esta obra e ir pensando en ampliar, porque donde hay organización todo se puede lograr”.

Finalmente, el intendente Di Candia reivindicó la acción conjunta de los instrumentos de participación y las organizaciones comunitarias, subrayando la importancia de los espacios públicos como herramientas de construcción de ciudad, remarcando que “cada vez que un vecino, una vecina toma una decisión, construye su ciudad”.



SE CONTINÚA TRABAJANDO CON EL PARLAMENTO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Apostando en la virtualidad, a la educación ciudadana Escuchar

Más de 100 niñas, niños y adolescentes de entre 11 y 14 años participaron en los talleres sobre derechos, ciudadanía y participación, que funcionan desde el mes de mayo.

Dada la emergencia sanitaria la Secretaría de Educación para la Ciudadanía de la IMM apostó a dar continuidad al trabajo iniciado en 2016 con el Parlamento de Niñas, Niños y Adolescentes, adaptando su línea de trabajo socioeducativa.

A partir de los nuevos protocolos preventivos, se inició una experiencia piloto

de educación ciudadana a distancia con la Escuela N° 326 de Casavalle (ubicada en el municipio D), donde se desarrolló un proceso de implementación y evaluación permanente de la propuesta junto al equipo docente y directivo del centro, con devoluciones de niñas, niños y adolescentes participantes.



Este proyecto se logró extender a dos nuevos centros educativos ubicados en los municipios A y G: Liceo Providencia (Casabó) y Escuela N° 124 (Rincón de Melilla), priorizados por ubicarse en contextos de vulnerabilidad social.

El equipo socioeducativo apostó a una metodología con consignas interactivas para dinamizar el intercambio durante los talleres, habilitar aprendizajes significativos y generar una apropiación del conocimiento por parte de los grupos de niñas, niños y adolescentes.

También se realizaron invitaciones a referentes de organizaciones sociales, vecinales y cooperativas, entre otras.

Se trabajó sobre las propias inquietudes traídas por niñas, niños y adolescentes, abordándose temáticas de su interés como la violencia, los estereotipos de género y la discriminación basada en la orientación sexual o la identidad de género, el acoso escolar, la violencia hacia niñas, niños y adolescentes, los estereotipos y la discriminación hacia personas afrodescendientes.

Visítanos en
FACEBOOK

**EL DIARIO
MEDICO**

IMM - DESTINADO A EMPRENDEDORAS Y EMPRENDEDORES

Inscripciones abiertas para último encuentro del programa Montevideo Articula

Hasta el jueves 26 de noviembre a la hora 16 estarán abiertas las inscripciones para el último encuentro formativo del programa Montevideo Articula.

El evento se realizará el jueves 3 de diciembre a la hora 19 en modalidad virtual. En esta oportunidad se trabajará sobre los temas de mentoreo e inversión.

Está dirigido a emprendedoras/es y empresarias/os que busquen herramientas para lograr escalabilidad y expandir horizontes en el mercado financiero, tanto a través del acceso a mentoreo o mediante la participación en fondos de capital ángel.

El programa Montevideo Articula: una mirada panorámica del emprendedurismo, tiene por objetivo brindar espacios

de encuentro e intercambio dirigido a emprendedoras/es, empresarias/os y referentes del sector en el área metropolitana de Montevideo.

En esta ocasión se darán a conocer los programas de mentores existentes en el entorno emprendedor. A su vez, se brindará a las y los participantes la oportunidad de ser guiados para el logro de sus objetivos empresariales por un/a profesional con experiencia como emprendedor/a.

También se expondrán cuáles son las principales características de la inversión ángel en la región y la importancia en

el proceso de desarrollo del emprendimiento, desde una mirada del emprendedor e inversionista.

El encuentro tendrá una duración de dos horas y media y se desarrollará mediante exposiciones de representantes de diferentes instituciones del ecosistema emprendedor.

Participarán Fernanda Lanzari por Endeavor; Amelia Durante, de la Cámara de Industrias del Uruguay (CIU); Josefina Maissonave de la Universidad de Montevideo; Marcelo Roca por Xcala y Enrique Estrago.

INSCRIPCIONES

Para inscribirse es necesario completar este formulario web que estará habilitado desde el lunes 16 de noviembre hasta

el jueves 26 de noviembre a la hora 16.

MONTEVIDEO ARTICULA

Montevideo Articula es un programa desarrollado por la Unidad Mypes de nuestro Departamento de Desarrollo Económico, con el apoyo de la Cámara de Industrias del Uruguay y la empresa Porto Seguro.

Este proyecto obtuvo el apoyo de la Agencia Nacional de Desarrollo a través del instrumento Fomento de la Cultura del Emprendimiento.

Se presentó en diciembre de 2019 y permitió el encuentro de emprendedoras y emprendedores de diferentes rubros, que se vincularon con el fin de intercambiar experiencias e ideas para mejorar sus emprendimientos.

La Udelar inauguró mascarillas con luz UV

El jueves 5 de noviembre se realizó en el Hospital de Clínicas la inauguración y puesta en funcionamiento del equipo de desinfección de mascarillas con luz UV, un desarrollo de la Universidad de la República en el que trabajaron varias facultades.

Participaron el rector de la Universidad de la República, Rodrigo Arim; la decana de la Facultad de Ingeniería, María Simon, la decana de la Facultad de Ciencias, Mónica Marín, la directora de la Escuela Universitaria Centro de Diseño, Carolina Poradosu y la directora general del Hospital de Clínicas, Graciela Ubach.

DETALLES DEL EVENTO

La actividad se realizó el jueves 5 de noviembre a las 14h en el Anfiteatro del piso 2 del Hospital de Clínicas. Todas las personas se registraron al ingresar y lo hicieron con tapabocas.

PROYECTO LUCIA

Una de las actuales dificultades de los sistemas sanitarios a nivel mundial es la disponibilidad de mascarillas N95 para el personal de salud.

Estas mascarillas, que son un medio de protección efectivo contra el coronavirus, son descartables pero la situación de la pandemia hace que la demanda sea excesiva y sobrepase todas las capacidades de producción.

Además, en nuestro país, a esto se suma que la posibilidad de importación se ve muy reducida y que no existe pro-

ducción nacional.

Con este problema en mente, docentes de Ingeniería, Ciencias y la Escuela de Diseño de la Universidad de la República comenzaron a trabajar en un equipo que utiliza irradiación de luz Ultravioleta-C germicida de muy alta intensidad para la desinfección de las mascarillas usadas y que permita su reutilización de manera segura.

EL EQUIPO

El diseño incorpora un sistema óptico capaz de realizar una irradiación homogénea de luz ultravioleta germicida a una dosis muy alta. Este equipo permite desinfectar 5 mascarillas por vez sin que exista ninguna zona sub-irradiada. Un solo equipo puede cubrir las necesidades de un CTI como el del Hospital Maciel o

del Hospital de Clínicas.

Este diseño tiene la particularidad de utilizar partes estándar o de fácil fabricación, lo que permitirá realizar una producción local. Para asegurar la efectividad y seguridad del método, el desarrollo del equipo será acompañado por la generación de un protocolo de manipulación y procesamiento de las máscaras.

LIBERADO PARA EL MUNDO

La Facultad de Ingeniería y el equipo de trabajo decidieron dejar disponibles bajo Licencia Creative Commons tipo 4 -que permite su reproducción por terceros- toda la documentación del proyecto, lo que habilita a que este equipo sea utilizado libremente.

El Hospital de Clínicas contará con su propio equipo de cirugía oftalmológica

El viernes 13 de noviembre el departamento de Oftalmología del Hospital de Clínicas recibió la donación de un Equipo Facoemulsificador por parte de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Participaron la directora general del Hospital de Clínicas, Graciela Ubach, el profesor de la Cátedra de Oftalmología, Marcelo Gallarreta, y los integrantes de la Iglesia LDS, Carlitos Sande y Pablo Barreiro.

DETALLES DEL EVENTO

La actividad se realizó el viernes 13 de noviembre en el salón de actos del servicio, en planta baja ala este. Todas

las personas deberían ingresar con tapabocas, y haber pasado por el control de temperatura en el acceso al hospital.

EL EQUIPO

Se trata de un Facoemulsificador alemán, marca Zeiss de última generación que se utiliza para la cirugía de cataratas.

En la actualidad el servicio trabaja con un equipo que la empresa Lamaison

otorgó en préstamo por el tiempo en que el hospital no contó con su equipo propio. Es de importancia destacar y agradecer a la misma por su solidaridad.

El equipo estará a disposición de las y los usuarios del hospital, quienes podrán seguir realizándose la cirugía sin costo.

Si bien las causas de la ceguera en Uruguay están controladas, con los índices más bajos de América Latina, el cambio poblacional de los últimos años con una baja tasa de la natalidad y un mayor envejecimiento de la población, se puede estimar que hacia 2030 se verá

incrementada la necesidad de cirugía de cataratas en un 50 por ciento. Es por esto que resulta imprescindible formar cirujanos con las últimas tecnologías disponibles para evitar que ese incremento en el número de casos afecte la calidad de vida de las personas.

La Iglesia LDS ha donado en varias oportunidades equipamiento médico muy valioso que ha permitido la enseñanza de la oftalmología moderna en el hospital, junto con otros equipos que se obtuvieron mediante proyectos con otros actores.

Una vez más dependemos de nosotros mismos y de la solidaridad de los demás

Ayer lunes, al cierre de nuestra edición, los casos positivos nuevos llegaron a 72 y a 4030 los casos totales, con 732 activos, lo que significa que estamos superando los records de semanas anteriores.

LAS CAUSAS DE ELLOS LO DIRÁN LOS TÉCNICOS Y LOS CIENTÍFICOS.

Empíricamente nosotros comprobamos, que se sigue produciendo un peligroso afloje en las medidas preventivas. Poca presencia de gente con tapabocas, no respeto de las distancias, aglomeración de personas en distintas zonas y, según nos informan, mayor descuido en poblaciones en las que no se han manifestado casos, pese a las advertencias de las instituciones prestadoras de salud.

Incluso incredulidad tal como si la pandemia fuera ficción. Esperamos que el COVID nunca los visite.

Lo anterior se manifiesta en todas las edades y estratos culturales, y más aún en los jóvenes que pueden ser potencialmente los mayores conductores de eventuales contagios.

Insistir en la libertad responsable es bueno, pero no basta. Es necesario ajustar las formas y técnicas de comunicación adecuadas para la población en general.

Frente a la realidad, nos resulta casi absurdo que por algunas horas y en lugares determinados elegidos no sabemos con qué criterios, se vean circulando vehículos con un casi "aburridor, repetitivo y débil mensaje" indicando que, por disposición de las autoridades sanitarias, deben mantenerse distancias entre los peatones.

Y lo hemos visto en la zona balnearia y no precisamente en horas avanzadas de las noches, donde las aglomeraciones y festejos callejeros son mayores.

Por eso lo del título. Una vez más dependemos de nosotros mismos y de la solidaridad de las personas responsables con su salud y con las de los demás.



Finalmente ASSE pagó lo adeudado al Hospital de Clínicas

Se informó en la pasada semana que ASSE saldó la deuda de casi 100 millones de pesos que mantenía con el Hospital de Clínicas.

La directora del centro asistencial, Dra. Graciela Ubach, había advertido que si la Administración de los Servicios de Salud del Estado no pagaba, "el hospital universitario no podía seguir funcionando".

Ubach informó del pago y que de esa manera se aseguró la continuidad en el funcionamiento del Hospital Universitario.

Como se recordará la demora del pago por servicios prestados por el Hospital había producido un cruce de comunicados entre la Directora y el presidente de ASSE.

Estado de vitamina D en pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2

Los niveles de 25OHD son más bajos en los pacientes hospitalizados con COVID-19 en comparación con los controles

INTRODUCCIÓN

Hay varias líneas de evidencia que podrían respaldar el papel del estado de la vitamina D en la infección por SARS-CoV-2. En primer lugar, la deficiencia de vitamina D es una afección común en todo el mundo, y los niveles séricos de 25-hidroxivitamina D (25OHD) siguen un patrón estacional y geográfico bien conocido.

Así, España ubicada en zonas templadas del hemisferio norte, pero con una mayor prevalencia de déficit de vitamina D ha alcanzado tasas muy elevadas de

infección y letalidad por SARS-CoV-2 (2).

En segundo lugar, la vitamina D es una hormona esteroidea implicada en la modulación del sistema inmunológico innato y adquirido y también en la producción de péptidos antimicrobianos, como la catelicidina y la beta-defensina-2 humana, así como en la expresión de genes implicados en la destrucción intracelular de patógenos.

En tercer lugar, los niveles séricos bajos de 25OHD se encuentran con frecuencia en personas de edad avanzada o en personas con afecciones crónicas, como hipertensión, diabetes, cáncer o enfermedades cardiovasculares, que también se han informado como factores de mal pronóstico para COVID-19.

Finalmente, la regulación a la baja de

ECA2 por el SARS-CoV-2 conduce a una desregulación del sistema renina-angiotensina (RAS) que contribuye a la "tormenta de citocinas" que precede al síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) característico de la forma grave de COVID-19. En este sentido, la vitamina D puede inhibir la producción de citocinas proinflamatorias en monocitos / macrófagos humanos y la deficiencia crónica de vitamina D puede inducir la activación de RAS, lo que lleva a la producción de factores fibróticos y por lo tanto, daño pulmonar.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, nuestro objetivo fue evaluar los niveles séricos de 25OHD en pacientes hospitalizados con COVID-19 en comparación con controles basados

en la población. Además, también se analizó la posible asociación entre las concentraciones séricas de 25OHD y la gravedad y mortalidad de COVID-19.

ANTECEDENTES

El papel del estado de la vitamina D en los pacientes con COVID-19 es un tema de debate.

OBJETIVOS

Evaluar los niveles séricos de 25-hidroxivitamina D (25OHD) en pacientes hospitalizados con COVID-19 y analizar la posible influencia del estado de vitamina D en la gravedad de la enfermedad.

viene de pág. 24

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de casos y controles de 216 pacientes con COVID-19 y 197 controles poblacionales.

Se midieron los niveles séricos de 25OHD en ambos grupos. Además, también se evaluó la asociación de los niveles séricos de 25OHD con la gravedad de COVID-19 (ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, requerimientos de ventilación mecánica o mortalidad).

RESULTADOS

De los 216 pacientes, 19 estaban tomando suplementos de vitamina D y se analizaron por separado.

En los pacientes con COVID-19, los niveles medios \pm DE 25OHD fueron $13,8 \pm 7,2$ ng / ml, en comparación con $20,9 \pm 7,4$ ng / ml en los controles ($p < 0,0001$).

Los valores de 25OHD fueron más bajos en hombres que en mujeres. Se encontró deficiencia de vitamina D en el 82,2% de los casos de COVID-19 y en el 47,2% de los controles poblacionales ($p < 0,0001$).

La 25OHD se correlaciona inversamente con los niveles de ferritina sérica ($p = 0,013$) y dímero D ($p = 0,027$).

Los pacientes con COVID-19 deficientes en vitamina D tuvieron una mayor prevalencia de hipertensión y enfermedades cardiovasculares, niveles elevados de ferritina y troponina séricas, así como una estancia hospitalaria más prolongada que aquellos con niveles séricos de 25OHD ≥ 20 ng / ml.

No se encontró una relación causal entre la deficiencia de vitamina D y la gravedad de COVID-19 como criterio de valoración combinado o como componentes separados.

DISCUSIÓN

Hemos descubierto que los niveles séricos de 25OHD son significativamente más bajos en los pacientes hospitalizados con COVID-19 en comparación con los controles poblacionales de edad y sexo similares y que estas diferencias siguen siendo significativas incluso una vez ajustadas por los principales factores de confusión. Estos niveles fueron especialmente más bajos en el grupo de hombres con COVID-19.

A pesar de la alta frecuencia de de-

ficiencia de vitamina D en pacientes hospitalizados por COVID-19, no encontramos una asociación entre los niveles circulantes de 25OHD y la gravedad de la infección por SARS-CoV-2.

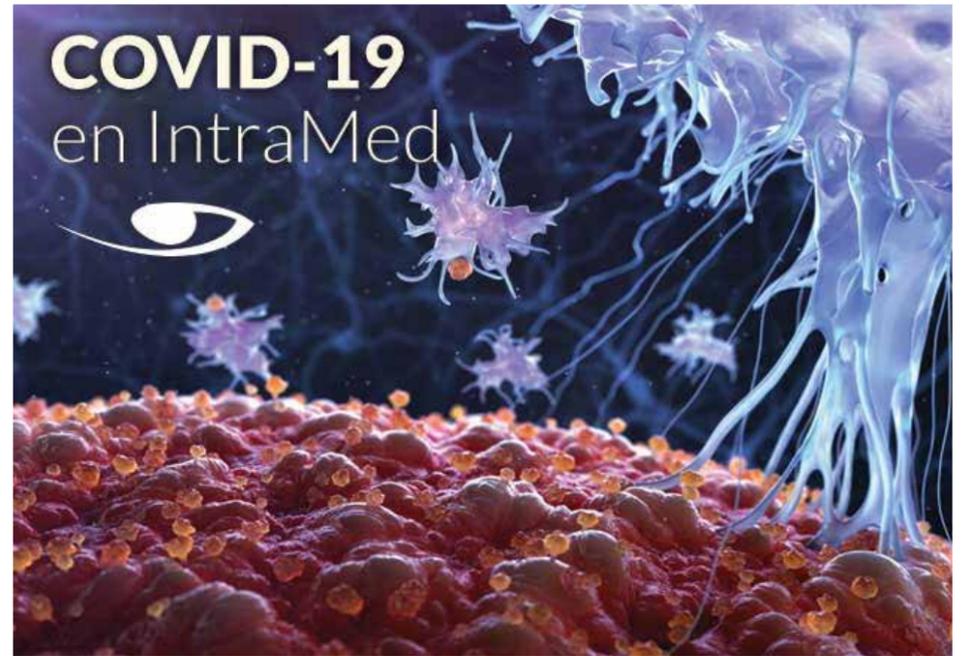
La vitamina D es una hormona con un papel pleiotrópico y existe evidencia convincente de una asociación epidemiológica entre niveles bajos de 25OHD en suero e infecciones humanas como la influenza, el VIH y la infección por el virus de la hepatitis C. La interacción entre la vitamina D y la infección viral es un área de creciente interés, y la interacción con el huésped y factores virales, efectos inmunomoduladores, inducción de autofagia y apoptosis, e incluso factores genéticos y epigenéticos se han reportado como efectos antivirales de esta hormona.

En este escenario, la pandemia del virus SARS-CoV-2 se ha extendido rápidamente en el invierno con extrema virulencia por los países del sur de Europa, como Italia y España. Aunque hubo una variación considerable en la prevalencia de la deficiencia de vitamina D entre países, dependiendo principalmente de la edad y el uso de suplementos de vitamina D o fortificación de alimentos, la deficiencia de vitamina D (niveles de 25OHD < 20 ng / ml) se encuentra en el 40% de los casos. Ciudadanos europeos independientemente de su grupo de edad, mezcla étnica y latitud.

Cabe destacar que la población con un COVID-19 más severo, como los ancianos y los pacientes con comorbilidades con las tasas de letalidad más altas también son aquellos con niveles séricos más bajos de 25OHD según los datos publicados. Así, el estudio Séneca mostró concentraciones medias de 25OHD de $10,4$ ng / ml (26 nmol / l) en ancianos de 70 a 75 años en España.

Recientemente, Ilie et al, encontraron asociaciones crudas significativas entre los niveles séricos de vitamina D y el número de casos de COVID-19 y la mortalidad cuando analizaron, en algunos países europeos, los niveles medios de 25OHD reportados en algunos estudios poblacionales.

Además, el SARS-CoV-2 regula a la baja la expresión de ACE2, el principal receptor que ingresa al virus en las células humanas y, por lo tanto, induce



Autor/a: José L Hernández, Daniel Nan, Marta Fernandez-Ayala, Mayte García-Unzueta, et al. **Fuente:** *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, dgaa733, <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa733> **Vitamin D Status in Hospitalized Patients With SARS-CoV-2 Infection**

una alta producción de angiotensina II que conduce a inflamación del miocardio y principalmente de los pulmones y ARDS. En modelos experimentales, la deficiencia de vitamina D induce la activación crónica de RAS que conduce a una función pulmonar deteriorada y a la sobreexpresión de factores profibróticos.

El mecanismo patogénico clave para que el SARS-CoV-2 desarrolle complicaciones graves y letalidad es el estado hiperinflamatorio ("tormenta de citocinas") que ocurre durante la primera semana del inicio de los síntomas. Esta tormenta de citocinas puede conducir a las complicaciones graves del COVID-19, como SDRA, miocarditis, insuficiencia cardíaca y renal aguda, provocando un aumento de la mortalidad, especialmente en los ancianos o en pacientes con comorbilidad cardiovascular previa.

El mecanismo intrínseco del efecto antiinflamatorio de la vitamina D sigue siendo incierto, aunque se ha sugerido su papel tanto en la inmunidad innata como en la adaptativa. A este respecto, la evidencia experimental indica que la vitamina D puede inhibir la IL-6 y el TNF- α al atenuar la activación de la p38 MAP quinasa en monocitos / macrófagos humanos. Además, $1,25\text{OH}_2\text{D}_3$ promueve la inducción de las células reguladoras T, inhibiendo así la producción de citocinas proinflamatorias, incluidas IL-17, IL-21 y interferón- γ .

En este escenario, un estudio reciente con 350.000 muestras del Biobanco del Reino Unido obtenidas entre 2006 y 2010 no encontró una asociación entre las concentraciones séricas de 25OHD (o deficiencia de vitamina D, definida como < 25 nmol / L- o insuficiencia - < 50 nmol / L-) y riesgo de COVID-19 (evaluado en 449 pacientes de COVID-19 con datos completos), después de ajustar por posibles factores de confusión. Además, sus resultados no respaldaron que la vitamina D pudiera desempeñar un papel en las variaciones étnicas informadas en la incidencia de COVID-19.

Sin embargo, hace una década se obtuvieron los niveles basales de 25OHD y también faltaba información sobre la gravedad del COVID-19 y el estudio

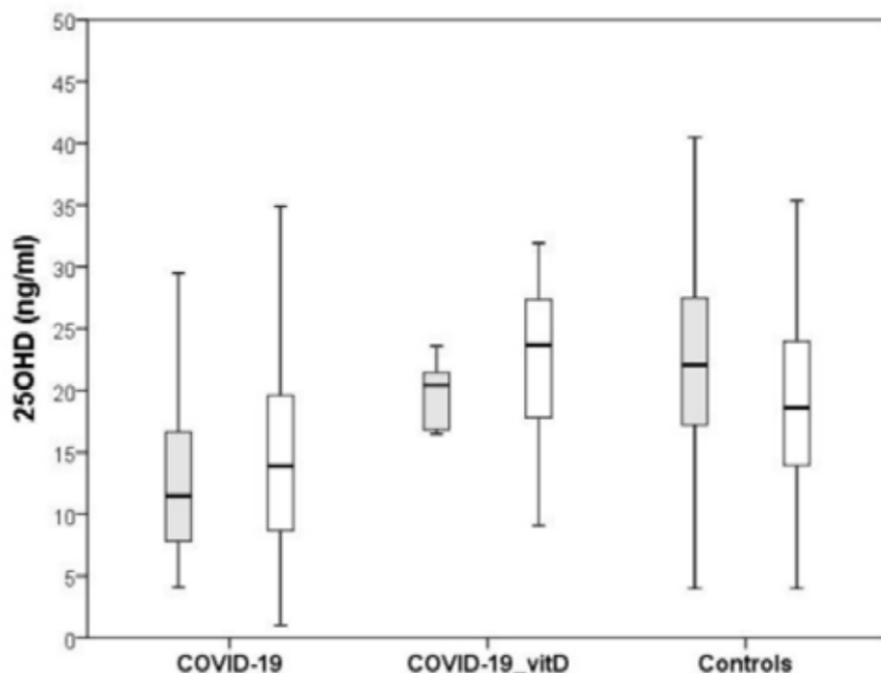
incluyó todas las pruebas positivas independientemente de su resultado clínico. D'Avolio et al. analizaron retrospectivamente a 107 pacientes que se sometieron a la prueba de PCR del SARS-CoV-2 (80 con resultado negativo y solo 27 con resultado positivo) y medición simultánea de 25OHD, en un hospital suizo, del 1 de marzo al 14 de abril de 2020.

También se analizó la cohorte control que incluyó 1377 pacientes con niveles séricos de 25OHD obtenidos en el mismo período del año 2019. Los autores encontraron que los pacientes infectados con SARS-CoV-2 tenían niveles medios de 25OHD de $11,1$ ng / ml, en comparación con $24,6$ ng / ml en sujetos y controles negativos para SARS-CoV-2.

Nuestro estudio se realizó en una población hospitalizada, y en este sentido, cabe mencionar que la 25OHD sérica ha sido considerada como un reactante de fase aguda negativo y se ha reportado que sus valores disminuyen durante las enfermedades inflamatorias agudas. Por lo tanto, nuestros pacientes con COVID-19 tenían una alta prevalencia de deficiencia de vitamina D, y los niveles séricos de 25OHD se correlacionaron significativamente y negativamente con los valores de ferritina y dímero D, lo que indica que la vitamina D podría tener un papel beneficioso en el estado inflamatorio sistémico de esta enfermedad viral. Curiosamente, las concentraciones de 25OHD en pacientes con COVID-19 que recibieron suplementos hormonales anteriores fueron más bajas de lo esperado, lo que respalda su comportamiento como un reactante de fase aguda negativo.

Por lo tanto, los niveles de 25OHD deben interpretarse con precaución en este escenario, aunque la población en riesgo de una infección más grave por SARS-CoV-2 es probablemente la misma que está en riesgo de deficiencia de vitamina D, especialmente los ancianos con comorbilidades.

No encontramos ninguna relación entre los niveles séricos de 25OHD y los parámetros de gravedad de COVID-19,



sigue en pág. 26

viene de pág. 25

como el ingreso en UCI, la necesidad de ventilación mecánica o la mortalidad, evaluados como un criterio de valoración combinado o por separado. A diferencia de otros estudios, no encontramos una asociación entre los niveles séricos de 25OHD y la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, no se puede descartar por completo debido al pequeño número de eventos y al poder estadístico del presente estudio.

No obstante, tuvimos la oportunidad de evaluar a un grupo de 19 pacientes con COVID-19 que tomaban suplementos de vitamina D por vía oral al momento del ingreso hospitalario. Observamos que tuvieron un resultado desfavorable levemente menor que los pacientes con COVID-19 que no tomaron suplementos de vitamina D, con una relación PaO₂ / FIO₂ significativamente más favorable, niveles más bajos de ferritina y menores requerimientos de tocilizumab, e incluso una tendencia a una UCI más baja. admisiones.

Curiosamente, 6 de 19 pacientes con COVID-19 que tomaban suplementos de vitamina D también recibieron corticosteroides crónicos o agentes inmunosupresores al menos desde los 3 meses anteriores debido a enfermedades inflamatorias mediadas por el sistema inmunitario (IMID) o insuficiencia suprarrenal. Este es un tema de debate interesante, ya que recientemente se ha sugerido que el uso de anti-citocinas y otras terapias inmunosupresoras no se asocia con peores resultados de COVID-19.

En este sentido, los pacientes con IMID

que reciben corticosteroides crónicos suelen recibir suplementos de vitamina D como profilaxis o tratamiento de la enfermedad ósea. Además, están bajo estricto control de sus comorbilidades y la deficiencia de vitamina D se controla y trata con más frecuencia que en la población general.

Es difícil determinar si el resultado de los pacientes con COVID-19 con vitamina D previa pudo haber sido influenciado por el estado de la vitamina D en sí mismo o por la presencia de un número importante de pacientes con IMID que recibieron corticosteroides y/o agentes inmunosupresores debido al tamaño de la muestra.

Es de destacar que los pacientes hospitalizados por COVID-19 tenían niveles de calcio corregidos en suero más bajos que la población de control. Al respecto, Di Filippo et al. realizó un estudio retrospectivo en un hospital en 531 pacientes con COVID-19 en Italia. Se observó hipocalcemia, definida como un nivel de calcio ionizado en suero <1,18 mmol / L, en el 82% de los pacientes, principalmente varones ancianos. También encontraron que la hipocalcemia era un predictor independiente de hospitalización.

Sin embargo, ya pesar de los niveles más bajos de calcio y vitamina D en nuestros pacientes con COVID-19, la PTH sérica fue más alta en los controles. Esto podría estar relacionado con una tasa de filtración glomerular más baja en la población de control, ya que no hay razón para sospechar un hipoparatiroidismo relativo.

Finalmente, vale la pena mencionar que la pandemia de SARS-CoV-2 representa un escenario desafiante en el manejo de la osteoporosis y las fracturas

por fragilidad. Así, los pacientes hospitalizados por COVID-19 son principalmente ancianos con fragilidad y comorbilidades, que en muchos casos están expuestos a corticosteroides sistémicos como parte del tratamiento de la enfermedad y pueden requerir periodos prolongados de inmovilización para una recuperación completa.

Además, como observamos, tienen un alto porcentaje de deficiencia de vitamina D que también puede contribuir a una pérdida de fuerza muscular y a un aumento del riesgo de caídas. Todos estos factores ponen a estas personas en un mayor riesgo de fracturas por fragilidad. En estas circunstancias, se deben implementar estrategias de prevención. Según nuestros resultados, el tratamiento con vitamina D debe recomendarse en pacientes con COVID-19 con deficiencia sérica de 25OHD ya que este enfoque podría tener efectos beneficiosos tanto en el sistema musculoesquelético como en el inmunológico.

En resumen, los niveles séricos de 25OHD de los pacientes hospitalizados con COVID-19 son más bajos que los de los controles poblacionales emparejados por sexo de edad similar. Los hombres con esta enfermedad viral representan el grupo con niveles más bajos de vitamina D en suero en comparación con las mujeres.

Se detectaron niveles séricos de vitamina D inferiores a 20 ng / ml en el 82% de los pacientes con COVID-19, lo que indica que representan una población con mayor riesgo de deficiencia de vitamina D. En nuestros pacientes con COVID-19, la 25OHD se asoció inversamente con algunos parámetros inflamatorios, como

la ferritina y el dímero D.

No encontramos ninguna relación entre las concentraciones de vitamina D o la deficiencia de vitamina y la gravedad de la enfermedad, incluida la mortalidad, aunque se deben realizar más estudios que incluyan un tamaño de muestra grande para determinar el impacto real de la deficiencia de vitamina D en la gravedad de COVID-19.

Probablemente, el mejor enfoque debería ser identificar y tratar la deficiencia de vitamina D, especialmente en personas de alto riesgo, como ancianos, pacientes con comorbilidades y residentes de hogares de ancianos, para mantener los niveles séricos de 25OHD por encima de 20 ng / ml, y probablemente con una objetivo entre 30 ng / ml y 50 ng / ml.

Queda por dilucidar si el tratamiento de la deficiencia de vitamina D desempeñará algún papel en la prevención de la enfermedad viral o mejorará el pronóstico de los pacientes con COVID-19 en grandes ensayos controlados aleatorizados que sin duda serán necesarios para definir con precisión el papel de la vitamina D suplementación en oleadas futuras de infección por SARS-CoV-2.

CONCLUSIONES

Los niveles de 25OHD son más bajos en los pacientes hospitalizados de COVID-19 en comparación con los controles basados en la población y estos pacientes tenían una mayor prevalencia de deficiencia.

No encontramos ninguna relación entre las concentraciones de vitamina D o la deficiencia de vitamina y la gravedad de la enfermedad.

DESINFORMACIÓN Y NOTICIAS FALSAS

Gestión de la infodemia de las vacunas COVID-19

La información errónea sobre las vacunas COVID-19 es una grave amenaza

Si lee News Punch (también conocido como "Donde la corriente principal teme pisar"), estará familiarizado con una serie de artículos sobre las perspectivas de una vacuna COVID-19. Con titulares como "Gran ejecutivo farmacéutico: estamos exentos de reclamos de responsabilidad por la vacuna COVID-19", el sitio web ha publicado informe tras informe que arroja dudas sobre la integridad de la ciencia de las vacunas e incluso la probabilidad de que una vacuna esté disponible. Encontrará piezas similares en otros sitios web, como Infowars y AlterNet.

Los argumentos que estos artículos difunden parecen diseñados deliberadamente para sembrar incertidumbre.

Se alega que Elon Musk dijo que no permitirá que sus hijos reciban una vacuna COVID-19. Se alega que los ejecutivos de un fabricante de vacunas vendieron "millones en existencias cuando los ensayos de la vacuna Covid ingresaron en la fase 3". Los médicos están acusados de exigir que el gobierno de los Estados Uni-

dos castigue a los estadounidenses que se niegan a recibir la vacuna COVID-19. Estas historias pueden estar surtiendo efecto.

El mes pasado, Nature Medicine publicó los resultados de una encuesta que describe las opiniones de más de 13.000 personas en 19 países. El 14,2% de los encuestados estuvo total o algo en desacuerdo con la afirmación de que aceptarían una vacuna COVID-19 si estuviera disponible en general. El 17,9% estuvo en total o algo en desacuerdo con la afirmación de que aceptarían una vacuna COVID-19 si su empleador la recomendará. En muchos países, las dudas sobre las vacunas son lo suficientemente altas como para convertir la inmunidad comunitaria en un objetivo desafiante. La encuesta sugiere que se ha hecho muy poco para preparar al público para la llegada de una vacuna COVID-19.

La información errónea sobre las vacunas COVID-19 es una grave amenaza no solo para la salud pública sino también para la seguridad económica nacional, un hecho que se vuelve aún más urgente a medida que una segunda ola de coronavirus se extiende por toda Europa.

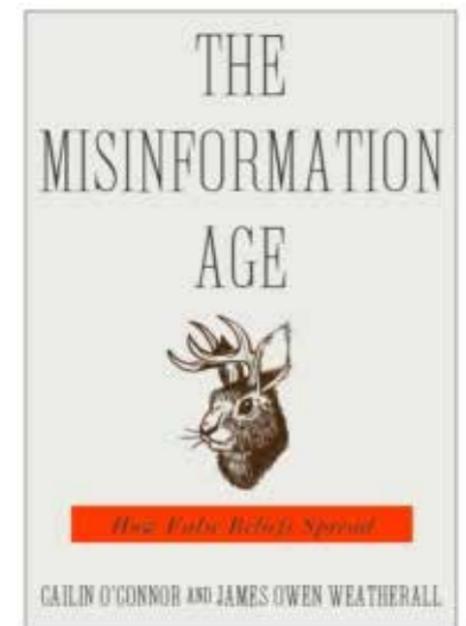
En su libro de 2019, *The Misinforma-*

tion Age, Cailin O'Connor y James Owen Weatherall explican cómo las creencias falsas persisten y se propagan. Destacan el carácter social de las fake news. Las conexiones entre nosotros en grupos o redes permiten la propagación de evidencia engañosa así como creencias verdaderas.

Los modelos de comunicación muestran la importancia de la confianza a la hora de moldear la difusión de creencias. Cuanto mayor es la desconfianza entre quienes tienen opiniones diferentes, mayor es el riesgo de polarización permanente.

También somos presa del sesgo de conformidad: un deseo de estar de acuerdo con los demás y de confiar en los juicios de los demás. Nuestra predilección por la conformidad hace que sea más difícil enfrentarnos a la multitud.

Si su red tiene opiniones firmes en contra de las vacunas, es posible que le resulte más difícil llegar a su propio juicio independiente, incluso si se inclina a confiar en una vacuna. Y la desinformación empeora cuando hay propagandistas activos que difunden noticias falsas. El campo de las vacunas COVID-19 está



llo de propagandistas que buscan manipular y engañar. Autor/a: Richard Horton Fuente: The Lancet DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32315-1 Managing the COVID-19 vaccine infodemic

•Richard Horton: es editor jefe de The Lancet.

EVALUACIÓN PSICOFÍSICA | 26 OCT 20

Regreso a la actividad física post-aislamiento

Evaluaciones y recomendaciones en el regreso a la práctica recreativa/deportiva en la población adulta durante la pandemia por SARS-CoV-2

Autor/a: Luis Parrilla, Cecilia Penna, Rodrigo Martínez Stenger, Diego Rimmaudo, Miguel Resnik

DESENTRENAMIENTO

• El principio de reversibilidad de entrenamiento afirma que con la reducción o detención del mismo se produce una reversión parcial o completa de las adaptaciones desarrolladas.

• El aislamiento domiciliario conlleva una disminución de las capacidades condicionales neuromusculares, cardiovasculares, respiratorias o músculo-esqueléticas que se expresan en la fuerza-potencia, capacidad aeróbica, flexibilidad y coordinación, reducción de la masa muscular y aumento de la grasa corporal.

• La falta de actividades con impacto y la eventual disminución de exposición al sol también puede repercutir en el aparato osteoarticular.

• Estas modificaciones predisponen a lesiones, favorecen la inflamación y procesos arterioescleróticos, con aumento de riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

• Tras el confinamiento obligado por el COVID-19, el reinicio de la práctica de ejercicio físico-deportiva debe llevarse a cabo de forma progresiva e individualizada, incluso para aquellas personas que hayan realizado alguna actividad durante el periodo de cuarentena, para no caer en riesgos innecesarios y poder continuar adecuadamente retomando la actividad habitual. Si se hace en forma brusca con altas intensidades y duraciones prolongadas, puede ocasionar lesiones deportivas (especialmente musculares y tendinosas) o problemas cardiovasculares que pueden ser graves.

• La epidemiología lesional muestra aumentos entre un 50% y un 100% si no se respetan las fases de preparación física previo al inicio de las competiciones.

ASPECTOS PSICOFÍSICOS

Cuando una realidad penosa y global interrumpe el ritmo de nuestras actividades cotidianas, nos vemos obligados a reordenar nuestras ideas, nuestras rutinas y también nuestras emociones. A eso se suma el aislamiento de nuestros vínculos afectivos generando una conmoción psíquica de modo perturbador. Así como también según su situación socioeconómica, se instala un cuadro de angustia frente a la incertidumbre del porvenir, de frustración sostenida.

Fuimos insistentes en difundir durante el ASPO el modelo de la práctica de actividad física como un recurso indispensable para mantener parámetros saludables en un estado emocional traumático y paralizante. Y entendemos que si no se tenía el hábito de la práctica de

actividad física, hoy más que nunca, es fundamental implementarlo en cada una de las personas que intenten restablecer su vida a un modelo lo más equilibrado posible.

Al mismo tiempo, como debemos salir de la certeza del aislamiento, surge el temor a exponernos nuevamente al contagio, ya sea por no cuidar el modo de volver a practicar deporte o por no animarse a salir, donde podemos iniciar una etapa de angustia y letargo con bajo vigor psíquico, por lo que, sin ganas de hacer nada bueno ni malo, decidimos hacer "nada".

LOS RIESGOS DE NO PAUTAR RECOMENDACIONES Y SEGUIMIENTO CUIDANDO A LAS PERSONAS PARA QUE VUELVAN O REPROGRAMEN ACTIVIDAD FÍSICA SERÍAN LOS SIGUIENTES:

1- Lesiones osteoarticulares a partir de stress o trastornos del ánimo.

- Falta de calentamiento previo
- Exageración en las carga sin programar aumento paulatino
- No respetar el tiempo de descanso
- No cuidar la hidratación.

2- Riesgo de desencadenar Enfermedades Crónicas no Transmisibles a partir de trastornos emocionales

Están bien fundamentadas científicamente las consecuencias de enfermedades crónicas causadas por estos trastornos, su relación con el aparato inmunitario, perpetuando un estado mórbido que se acompaña con trastorno del estado de ánimo.

3- Cuadros psicopatológicos propiamente dichos post-pandemia

- Depresión por duelo de pérdida de un ser querido.
- Depresión por dificultades económicas, pérdida de empleo
- Cuadros de angustia y agitación por incapacidad para adaptarse a nuevas situaciones, en el trabajo y en las actividades sociales.
- Irritabilidad con poca tolerancia a la frustración

Según la profundidad del estado de inhibición general es probable que deba consultar a un profesional de la salud mental y en esos casos sería sencillo detectar el problema.

Entendemos muy valioso prevenir los estados más solapados que a simple vista conviven con estas dificultades sin expresar morbilidad explícita pero que en bajos niveles padecen algunos trastornos leves que con el tiempo afectan profundamente el nivel del estado de ánimo. Cuadros leves de displacer, sujetos insatisfechos con su realidad

que siguen su vida acompañados de un malestar y hastío.

Detectarse en los primeros momentos evita la cronificación del cuadro. Es frecuente que trastornos emocionales sean traducidos en contracturas musculares al inicio, y luego desarrollen enfermedades predisponentes ya sean lesiones osteomusculares, enfermedades metabólicas o cuadros mórbidos de predisposición previa.

Todo cuadro emocional, grave o leve, patológico o apropiado a su situación vital, alivia su nivel de padecimiento cuando se prescribe actividad física con una planificación apropiada. La neurobiología nos asegura que la práctica apropiada de actividad física mejorará del estado de ánimo, así como disminuye el riesgo de posteriores enfermedades que deteriorarían su nivel psicofísico y por lo tanto, su siguiente proyecto de vida.

EVALUACIONES EN EL REGRESO A LA PRÁCTICA DEPORTIVA EN TIEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

La pandemia de COVID-19 y las medidas restrictivas adoptadas a nivel mundial como objetivo para reducir la transmisión viral, han llevado a una interrupción en las organizaciones deportivas en todos sus niveles.

El cuadro clínico de una infección por SARS-CoV2 es altamente variable y transcurre con una alta proporción de personas asintomáticas u oligosintomáticas (síntomas leves), hasta manifestaciones orgánicas producto de una reacción inflamatoria generalizada que no afecta sólo a los pulmones, como lo más frecuentemente comprometido, sino también al sistema cardiovascular, nervioso central - periférico, hígado y riñones. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, debemos ser prudentes en el regreso a las actividades recreativas/deportivas sabiendo que muchos han sido afectados por la enfermedad.

El alto grado de transmisibilidad del virus de persona a persona, obliga a reforzar las medidas de higiene, distanciamiento social y el conocimiento de la situación epidemiológica que será motivo de análisis en otro apartado.

EL EXAMEN MÉDICO PREPARTICIPATIVO (EMP) TIENE COMO OBJETIVO:

- Detectar enfermedades que pongan en riesgo la salud del deportista durante su participación.
- Atendiendo la situación actual, valorar clínicamente cuadros compatibles con COVID-19 con su posible repercusión orgánica.
- Determinar patologías que favorezcan la aparición de lesiones deportivas.
- Cumplimentar requisitos legales a través del Certificado Médico para considerar si una persona se encuentra en

condiciones de realizar la actividad o reiniciarla en el contexto de una pandemia.

PROCEDIMIENTOS INDISPENSABLES DEL EMP

- Historia Clínica personal y familiar
- Examen Físico
- Electrocardiograma de 12 derivaciones (ECG)
- Estudios optativos:
- Análisis de Laboratorio
- Radiografías Estudios Cardiovasculares no invasivos:
- Prueba Ergométrica Graduada (PEG) con o sin medición directa de Consumo de Oxígeno u oximetría de pulso
- Ecocardiograma Doppler (ECO2D)
- Estudio Holter de 24 horas Examen Funcional Respiratorio (EFR)

Otros estudios de acuerdo a las consideraciones clínicas y/o ECG del EMP.

Sin descuidar los aspectos clínicos limitantes para la práctica recreativa/deportiva de la población adulta por comorbilidades (factores de riesgo cardiovascular) y/o enfermedades preexistentes a la pandemia por SARS-CoV-2, debemos identificar grupos de riesgo en estas circunstancias.

Los datos brindados por el EMP son de indudable valor para una adecuada clasificación con respecto a la COVID-19.

HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO

- > Historia Clínica
 - Fiebre
 - Tos seca
 - Dificultad para respirar o sensación de falta de aire
 - Cansancio
 - Cefaleas
 - Dolor de garganta
 - Pérdida del sentido del olfato y/o gusto
 - Dolor de pecho
 - Diarrea y/o vómitos
 - Conjuntivitis
 - Erupciones cutáneas
- > Examen Físico
 - Ascultación cardíaca, pulso y status vascular
 - Auscultación y percusión pulmonar
 - Frecuencia cardíaca (FC) y control de presión arterial (PA)
 - Examen abdominal y neurológico
 - Control de temperatura
 - Saturación periférica de oxígeno (SatO2)
 - ECG de 12 derivaciones
 - Ondas Q patológicas
 - Cambios en el ST
 - Inversión difusa de ondas T donde pudiera involucrar un proceso inflamatorio por miocarditis con cambios dinámicos en COVID-19
 - Arritmias
 - Modificaciones en el PR o QT por terapéutica empleada

viene de pág. 27

Laboratorio

- Hemograma con recuento de glóbulos blancos en particular
- Proteína C reactiva (PCR)
- Transaminasas, LDH
- CPK
- Creatinina
- Análisis de orina
- Expandido de acuerdo a la severidad: ferritina, Troponina I o T, proBNP, Dímero D, ILK-6, procalcitonina

Grupos identificados en relación al regreso a la práctica deportiva

A. Personas sin signos ni síntomas y que nunca han sido testeados para SARS-CoV-2.

B. Personas con test positivo, asintomáticas, en aislamiento hogareño con seguimiento médico por teléfono o videollamada.

C. Personas con COVID-19 y sintomatología leve, que sólo necesitaron permanecer en cuarentena durante 14 días.

D. Personas con síntomas moderados que requirieron tratamiento intrahospitalario por riesgo aumentado

E. Personas con síntomas severos, con tratamiento hospitalario incluyendo internación en cuidados intensivos sin asistencia respiratoria mecánica (ARM).

F. Personas con síntomas severos que requirieron ARM

RECOMENDACIONES GENERALES POR GRUPO (VER DIAGRAMA DE EVALUACIONES FIG. 1)

A. PEG es probable que sea necesaria para algunos deportes debido al desentrenamiento por el aislamiento preventivo, social y obligatorio, con las adecuadas medidas de protección e higiene.

B. Retorno luego de 14 días de cuarentena. HCl, E. físico, ECG. Estudios alternativos: EFR, PEG, ECO2 D si es necesario.

C. Retorno luego de 14 días de cuarentena más otras 2 semanas por distanciamiento social estricto. HCl., E. físico, ECG, marcadores inflamatorios. Estudios adicionales: EFR, PEG (preferentemente ergoespirometría o alternativamente con oximetría de pulso), ECO2D si los signos y síntomas han comprometido la función respiratoria y cardíaca.

D. Similar al grupo anterior incluyendo como estudios mandatorios la PEG (preferentemente ergoespirometría), análisis de laboratorio con marcadores inflamatorios y/o Rx. de Tórax dependiendo de los hallazgos intrahospitalarios. Se plantea TAC de Tórax en casos más severos. Regreso a la actividad deportiva variará de 2 a 6 meses dependiendo de la severidad de su cuadro.

E y F. Rehabilitación es lo recomendado, con exámenes completos cardiovasculares y severos y RMN del corazón de acuerdo a la consideración de los especialistas tratantes, antes del alta hospitalaria. El compromiso multiorgánico severo como neumonía, miocarditis y/o manifestaciones neurológicas, obliga a un plan individualizado.

CONCLUSIONES

• El reinicio para la práctica recreativa/deportiva se basa en un estudio caso por caso que debería considerar las condi-

ciones clínicas individuales, situaciones preexistentes, tipo de deporte y riesgo de infección de otro/as deportistas.

• El Médico especialista en Medicina del Deporte es el profesional más idóneo para considerar cuando se puede reiniciar la actividad y si es necesaria la consulta con otros especialistas.

• Numerosos trabajos muestran los beneficios de la actividad física moderada en la función inmunológica por lo que sería aconsejable no comenzar con trabajos de elevada intensidad.

• Todas las decisiones deberán estar sujetas a la situación epidemiológica establecida por las Autoridades Nacionales, Provinciales y Municipales, además de las condiciones sanitarias donde realizarán la práctica deportiva.

RECOMENDACIONES PARA EL REGRESO A LA PRÁCTICA DEPORTIVA

• El reinicio de actividades dependerá de los datos epidemiológicos que demuestren una persistente reducción en la transmisión viral, la capacidad del Sistema de Salud y las mediciones propias de riesgo de las diferentes Instituciones, Clubes, Gimnasios, en función de sus capacidades para adoptar todas las medidas de higiene, distanciamiento social, instalaciones adecuadas para minimizar el riesgo de transmisión comunitaria y siguiendo el protocolo correspondiente a cada caso, que estará sujeto a la aprobación del Ministerio de Salud de la Nación y las autoridades de áreas de Salud en cada Jurisdicción .

• La preparación para la reanudación incluye la educación de los deportistas y demás integrantes vinculados a la actividad, el personal de la institución de desarrollo de la actividad, la evaluación del entorno deportivo y el acuerdo sobre la programación del entrenamiento para adaptarse a las actividades sociales.

• Las recomendaciones sugeridas en este documento se aplican igualmente al deporte de alto y mediano rendimiento de nivel profesional o amateur y al deporte competitivo y/o recreacional con las características acordes a cada situación y serán aplicables mientras se encuentre vigente la norma, debiendo considerarse a las que en el futuro las reemplacen.

• El marco para establecer cómo será la reintroducción de la actividad deportiva ocurrirá de manera cautelosa, progresiva y metódica, para optimizar la seguridad de los deportistas y la comunidad. Establecer cuándo será el momento de la reanudación de la actividad deportiva dependerá de las autoridades nacionales. La prioridad en todo momento debe ser preservar la salud poblacional, minimizando el riesgo de transmisión comunitaria.

FASES DE PROGRESIÓN DEL REGRESO A LA ACTIVIDAD

La reanudación de la actividad deportiva y recreativa de la comunidad debe realizarse de manera escalonada dividida en al menos tres fases, con una fase inicial de actividades individual, seguida de trabajo en grupos pequeños (<10) sin contacto, y una fase posterior de actividades de grupos grandes (> 10) para lue-

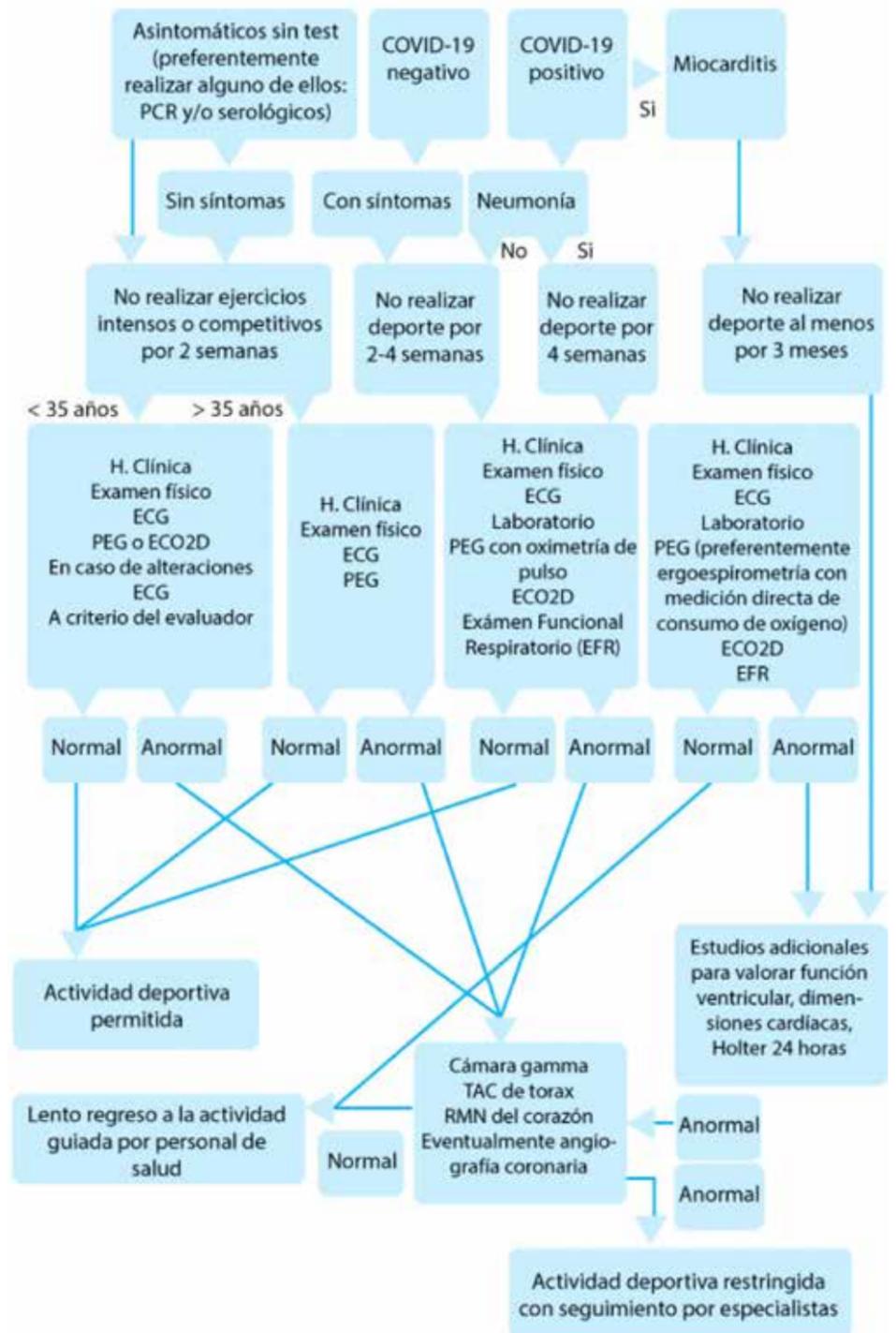


Figura 1: Diagrama de recomendaciones para la evaluación médica preparticipativa

go pasar a la fase de contacto completo y la competencia en el deporte.

El momento de la progresión entre las fases puede estar influenciado y modificado por cualquier evidencia de problemas de transmisión dentro de la comunidad local o grupo deportivo.

Los deportistas no deben volver a practicar deportes si en los últimos 14 días han estado enfermos por covid19 o han tenido contacto con un caso conocido o sospechoso de COVID-19.

Asimismo cualquier persona con síntomas que lo conviertan en caso sospechoso de acuerdo a la definición de las autoridades sanitarias vigente en ese momento, deberá aislarse de inmediato, excluir COVID-19 y contar con la autorización médica para regresar al entrenamiento para limitar al máximo la probabilidad de transmisión cuando se retorne a los entrenamientos.

DISTANCIAMIENTO PERSONAL

La distancia interpersonal debe ser de al menos 2 metros, teniendo en cuenta que las distancias al trotar, correr o andar en bicicleta deben ser mayores que caminando, ya que, a mayor velocidad, se debe mantener mayor distancia de separación dado que las personas en

movimiento y la velocidad del viento generan una corriente y por tanto las partículas de saliva al toser o estornudar pueden esparcirse con mas fuerza y a mayor distancia. Es recomendable mantenerse fuera de dicha corriente y caminar al costado de otra persona y no detrás.

Si dos personas se mueven en la misma dirección y línea la distancia al caminar debe ser de al menos 4-5 metros, en tanto que para correr o andar en bicicleta a velocidad lenta debe ser de 10 metros y a mayor velocidad no debe ser menor a 20 metros.

Evitar los espacios concurridos, las aglomeraciones y los tiempos de espera para iniciar la actividad, se aconseja llegar, entrenar y salir del lugar de entrenamiento.

Limitar la concurrencia a clases colectivas o grupales, garantizando un espacio mínimo de 4 metros cuadrados por persona en ambiente interior y una ocupación de un 30 a 50 % de su capacidad habitual. Es recomendable el marcado en el suelo con cinta adhesiva o pintura para señalar los circuitos de circulación y distanciamiento, en caso de no existir la misma, se debería solicitar

viene de pág. 28

a los responsables de la institución, la instrumentación para su instalación.

Cada actividad tiene procesos específicos que requieren interacciones personales entre deportistas, entrenadores y material deportivo, que deben ser evaluadas para la confección en los protocolos respectivos que regularán las actividades.

Existen diferencias en la posibilidad de cumplir con las recomendaciones de distanciamiento de acuerdo a la frecuencia de contacto físico para la práctica habitual de cada disciplina deportiva y también deberá considerarse si el ámbito de desarrollo de la misma es en espacio interior o al aire libre.

Se sugiere analizar las características de cada deporte en particular para adoptar medidas adicionales en cada caso. Solo a manera de ejemplos podemos mencionar la utilización de un carril exclusivo para cada nadador, o la presencia de un solo gimnasta por cada aparato a utilizar en un gimnasio, etcétera.

MEDIDAS DE HIGIENE RECOMENDADAS

Es importante una correcta aplicación de estas medidas tanto a nivel personal de cada deportista, en los elementos de uso habitual para la práctica del deporte y en las instalaciones de las instituciones donde se desarrolla la actividad.

A) Nivel Personal

- No concurra a practicar ninguna actividad física si no siente bien de salud y contacte a su médico.

- Todo aquel ejercicio físico que pueda realizar en casa, evita realizarlo en otro ámbito.

- Al salir y al volver al hogar es fundamental cuidar la limpieza y desinfección de la ropa y los objetos utilizados, así como la propia higiene personal debiendo ducharse el cuerpo en forma completa con jabón antes y después del entrenamiento.

- Preparar un kit con todos los elementos que serán necesarios para concurrir a realizar actividad deportiva: alcohol en gel, barbijo, antiparras, toalla, pañuelos descartables, elementos para hidratación y refrigerio entre otros. Procure salir con el material necesario e imprescindible para evitar el apoyo de objetos en ninguna superficie, reduciendo de este modo el riesgo.

- Viajar sólo y siempre que sea posible, camine, viaje en bicicleta, patín tratando de evitar el transporte público por el riesgo de contagios.

- Es obligatorio el uso de barbijo casero. Es importante tener en cuenta que no reemplaza a las medidas de distanciamiento social, y que se emplea como medida adicional para reducir la posibilidad de transmisión de COVID-19 hacia los demás. El barbijo debe cubrir por completo la nariz, boca y mentón.

- Al llegar al lugar de práctica limpie sus zapatos al ingreso a la institución y en caso que en la actividad a desarrollar deba descalzarse, usar siempre calcetines antideslizantes.

- Limitar el tiempo de permanencia en el lugar de entrenamiento al mínimo posible. Considere: "entrar, entrenar y

salir", llegar al lugar donde se realiza la actividad con la ropa deportiva desde su casa y minimizar la necesidad de usar vestuarios, habitaciones, baños y duchas. Evite concurrir al comedor y cualquier reunión social que no sea imprescindible.

- Siempre que sea posible, mantenga una distancia de al menos 1,5 / 2 metros con cualquier otra persona.

- Lavarse las manos correctamente en forma frecuente, al llegar al lugar de entrenamiento, después de manipular desperdicios, antes y después de manipular alimentos, luego de haber tocado elementos de entrenamiento o superficies de uso común, después de manipular dinero, llaves, luego de ir al baño o toser, estornudar o limpiarse la nariz. Tenga en cuenta además que el uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.

- Evitar tocarse la boca, ojos y nariz luego de haberse lavado correctamente las manos y hasta volver a lavárselas nuevamente

- Evitar los contactos personales, saludos con las manos, besos, abrazos. En caso de toser, que sea en el pliegue del codo

- Evite tocar cualquier superficie de contacto frecuente como picaportes de puertas, muebles, pasamanos, suelos, teléfonos, etcétera.

- En el desplazamiento activo dentro de una instalación deportiva evite los ascensores y utilice las escaleras.

- No comparta elementos y equipos de ejercicio en la medida que ello sea posible, tampoco botellas de bebidas, toallas o instalaciones comunes. Limpiar y desinfectar las superficies y los objetos que más se utilizan frecuentemente.

- Evite expectorar secreciones nasales y respiratorias en espacios públicos al realizar actividad física. Si necesita expulsarlas, use un pañuelo o una bolsa, para posteriormente tirarlo a la basura.

- Si la actividad física requiere el uso de barbijo se deberá considerar que éste es un factor que modifica la condición del entrenamiento, ya que el uso de cualquier tipo de máscara protectora afecta al flujo de aire.

- Si un deportista empieza a presentar síntomas compatibles con la enfermedad cuando realiza la actividad, debe contactarse de inmediato con el personal de salud responsable y abandonar la actividad hasta que su situación médica sea valorada.

B) De los elementos de entrenamiento

- Evitar compartirlos y en caso de existir alternancia en el uso de equipos y/o elementos (pelotas, cuerdas, mancuernas, pesas, colchonetas, remos, escudos, cabezales, barras, indumentaria), limpiar y desinfectar frecuentemente los que se compartan, no tocarse el rostro luego de tocar un elemento de juego hasta tanto pueda lavarse las manos en cuanto sea posible.

- Desechar los materiales de protección descartables utilizados durante las actividades (mascarillas, barbijos, guantes, entre otros). En caso que sean reutilizables, proceder a su correcto lavado con agua y jabón y/o desinfección de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.

- Si los elementos quedan en la institución se debe asegurar la sanitización correcta de los mismos para su reutilización.

C) De las instalaciones :

- Las instalaciones de desarrollo del entrenamiento y competencia deportiva se pueden usar solo si se ha realizado una evaluación estructurada de riesgos y bajo el cumplimiento de un protocolo aprobado por la autoridad correspondiente para reducir la posibilidad de contagio y transmisión de COVID-19.

Se sugiere a cada institución la conformación de un grupo de trabajo conformado por todas las partes involucradas, que establezcan y monitoreen el protocolo a seguir, así como también los responsables de garantizar el cumplimiento del mismo.

- Se deberá minimizar el uso de las instalaciones comunes, (por ejemplo, gimnasio, cancha) con números limitados de participantes, en principio individual, luego no más de 10 atletas / personal en total, para finalmente pasar a prácticas con más de 10 personas.

- Planificar la agenda de actividades en forma articulada con todas las disciplinas que se practican en la institución a fin de evitar aglomeraciones en las distintas áreas de las instalaciones para garantizar el mantenimiento de la distancia interpersonal de seguridad de dos metros.

- El registro de ingreso con huella dactilar o tarjeta será sustituido por cualquier otro sistema de control que garantice las medidas higiénicas adecuadas para la protección de la salud de las personas.

- Solicite información respecto a la existencia de protocolos de limpieza y sanitización adecuados para higiene personal, equipos e instalaciones en el lugar de práctica.

- Es importante la señalización que incluya información respecto a los puestos de sanitización y la demarcación de los espacios para mantener el distanciamiento interpersonal.

- Las medidas de distancia previstas deberán cumplirse tanto en los lugares de entrenamiento, vestuarios, y baños, así como en cualquier otra zona de uso común.

- Se asegurará que todos los deportistas tengan permanentemente a su disposición en el lugar de práctica agua y jabón, alcohol en gel o desinfectantes autorizados para la limpieza de manos en la entrada y salida de lugares, como antes, durante y luego del entrenamiento.

- Cuando no pueda garantizarse la distancia de seguridad interpersonal de aproximadamente dos metros, se asegurará que dispongan de equipos de protección adecuados al nivel de riesgo para el uso del personal idóneo y debidamente capacitado para su uso.

- En las tareas de limpieza se prestará especial atención a las zonas de uso común y a las superficies de contacto más frecuentes como picaportes de puertas, mesas, muebles, pasamanos, suelos, teléfonos, perchas, y otros elementos de similares características. Si se utilizan camas de masaje, proceder a su limpieza después de la atención de cada deportis-

ta, usando toallas y sábanas de exclusivo uso personal.

- Se utilizarán desinfectantes que se encuentran en el mercado y que han sido autorizados.

- En todos los ámbitos de uso compartido se realizará la limpieza y desinfección del lugar después de cada uso, con especial atención en la frecuencia de limpieza en superficies de alto contacto (recepción, mostradores, material de entrenamiento, máquinas).

- Asegurar un periodo sin actividad entre sesiones de clases colectivas para proceder a la limpieza y desinfección de las salas después de cada sesión y garantizar la seguridad de los trabajadores y usuarios.

- Tras cada limpieza, los materiales empleados y los equipos de protección utilizados se desecharán de forma segura, procediéndose posteriormente al lavado de manos.

- Se deben realizar tareas de ventilación periódica en las instalaciones para permitir la renovación del aire, teniendo en cuenta la mayor posibilidad de contaminación por secreciones respiratorias, alta temperatura y humedad en ambiente cerrado respetando el factor de ocupación a 4 metros cuadrados y un tiempo de exposición menor a 15 minutos y debiéndose cumplir además la sanitización y ventilación luego de cada turno de entrenamiento y, como mínimo, de forma diaria y durante el tiempo necesario.

- En los establecimientos que haya ascensor o montacargas, cuando sea necesario utilizarlos, la ocupación máxima de los mismos será de una persona, salvo que sea posible garantizar la separación de dos metros entre ellas, o en aquellos casos de personas que puedan precisar asistencia, en cuyo caso también se permitirá la utilización por su acompañante.

- Cuando sea imprescindible el uso de aseos, vestuarios, probadores o similares, su ocupación máxima será de una persona con un espacio de cuatro metros cuadrados, salvo en aquellas personas que puedan precisar asistencia, en cuyo caso también se permitirá la utilización por su acompañante.

- Para aseos de más de cuatro metros cuadrados que cuenten con más de una cabina, la ocupación máxima será del cincuenta por ciento del número de cabinas que tenga el lugar, manteniendo durante su uso una distancia de seguridad de 2 metros. Deberá reforzarse la limpieza y desinfección de los referidos aseos garantizando siempre el estado de salubridad e higiene de los mismos.

- Se deberá disponer de cestos para descartar pañuelos y cualquier otro material desechable. Dichos recipientes deberán ser limpiados de forma frecuente, y al menos una vez al día. En caso de disponer de cestos de residuos, mantenerlos limpios y cerrados con una tapa de accionamiento no manual.

Recomendaciones para personas con discapacidad que regresan a la práctica deportiva.

Los deportistas con discapacidad requieren consideración y evaluación individualizada para el regreso progresivo

sigue en pág. 30

viene de pág. 29

a la actividad. Algunos de ellos tendrán condiciones médicas que requerirán planificación detallada y consulta con su equipo médico de tratamiento regular antes de regresar al entrenamiento/competencia formal, o para decidir la progresión de las fases de regreso

El impacto de esta enfermedad podría ser mayor en ciertos grupos de la población, como es el caso de las personas con discapacidad, que pueden correr un riesgo mayor de contraer COVID-19 debido a factores como los siguientes:

- Dificultad para cumplir con algunas medidas básicas de higiene, como el lavado de las manos (por ejemplo, si los lavabos o lavamanos son físicamente inaccesibles o una persona tiene dificultades físicas para frotarse bien las manos)

- Dificultades para mantener el distanciamiento social debido al apoyo adicional que necesitan para trasladarse y desarrollar su entrenamiento.

- La necesidad de tocar objetos para obtener información del entorno o para apoyarse físicamente.

- Obstáculos para acceder a la información de las autoridades sanitarias.

- La COVID-19 exacerba los problemas de salud existentes, en particular los relacionados con la función respiratoria o la función del sistema inmunitario, o con cardiopatías o diabetes.

- Respecto a las medidas de protección básicas, en caso de dificultades para instrumentarlas, pida ayuda a sus familiares, amigos y cuidadores a fin de buscar adaptaciones.

Si depende de cuidadores, al salir de

su domicilio, debería hacerlo preferentemente con alguien con quien conviva en el aislamiento social preventivo para minimizar los riesgos de exposición al COVID19.

Tenga en cuenta para ello que quizás usted podría necesitar ayuda de otros para algún desplazamiento y ello puede generar que no pueda cumplir con el distanciamiento de 2 metros aconsejable para disminuir el riesgo de transmisión del virus. Evite en lo posible los ambientes con muchas personas y reduzca al mínimo el contacto físico con otros.

Si usa dispositivos de ayuda, como silla de ruedas, bastón, andador, tabla de transferencia, bastón blanco o cualquier otro elemento que se toque a menudo y se use en espacios públicos, asegúrese de que se los desinfecte con frecuencia.

Por ejemplo tenga en cuenta que si se desplaza en silla de ruedas estas están en contacto permanente con el piso y si el mismo no tiene la higiene adecuada podría ser un factor contaminante. El equipamiento (por ejemplo, sillas de ruedas, prótesis, elementos de juego, etc.) requerirá una limpieza regular de acuerdo a las recomendaciones generales.

Se sugiere en caso de interactuar con deportistas con discapacidad auditiva facilitar la comunicación utilizando barbijos o pantallas transparentes.

Utilice en caso de existir, los horarios especiales que se ofrezcan a las personas con discapacidad.

Recomendamos consultar las Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de Covid-19 de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) <https://www.paho.org/es/node/69789>

RIESGOS EN LA PRACTICA DEL DEPORTE DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19

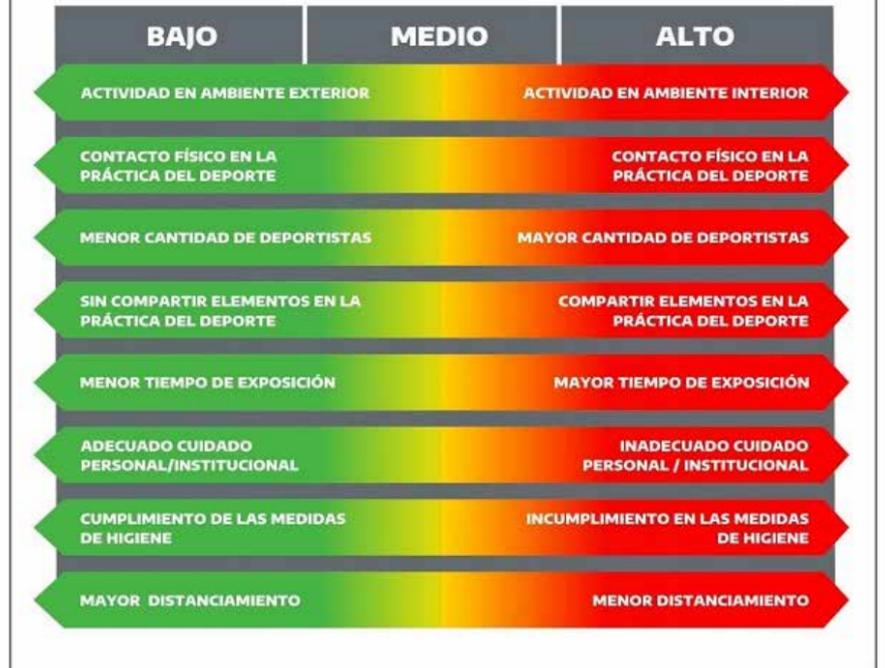


Figura 2

Valoración de la magnitud del riesgo de transmisión de COVID-19

Son múltiples los factores que pueden determinar la magnitud del riesgo de exposición a la infección por COVID 19. (Ver Figura 2).

Entre ellos podemos mencionar al ámbito de desarrollo de la actividad, dado que los ambientes cerrados tendrán mayor riesgo en relación a la práctica al aire libre.

La cantidad de personas, el distanciamiento entre ellas, la posibilidad

de contacto en su forma habitual de práctica, el tiempo de exposición, los elementos que se comparten durante la actividad (pelotas, cascos, barras, paleta, raqueta, mancuernas), la aplicación correcta de medidas de higiene y sanitización de personas, elementos deportivos e instalaciones deportivas y una conducta responsable y adecuada tanto a nivel personal como de la institución deportiva serán factores que incidirán en forma directa en el riesgo de exposición y transmisión del COVID 19.

Historia de la medicina

¿Conocen la historia que cuenta Umberto Eco en "El nombre de la rosa"? ¿Y si hubiera una historia real con ciertos paralelismos?. Vayamos a algo que pasó no hace tanto,... en el siglo XIX.

La Era Victoriana, que va más allá del reinado de Victoria I (1838-1901), ya que empezó algunos años antes, estuvo marcada en el Reino Unido por una profunda revolución industrial. También es sabido que todo lo que se originaba en el Viejo Continente, llegaba a los EE.UU., más si cabe, si nacía en los países anglosajones.

A esa revolución industrial, le acompañó un gusto por los productos de consumo, y dentro de estos, cobró especial importancia la estética y la decoración, tanto personal como en los hogares.

Cortinas, alfombras, mobiliario, cuadros, ropajes de hogar sobrecargados y muy coloridos eran adquiridos sobre todo por familias de clase media y clase alta, ya que eran productos de un precio elevado, en algunos casos muy caros.

Dentro de estas modas, cobró especial importancia la de empapelar las paredes. Tanto en Reino Unido (y toda Europa), como en EE.UU., fue un auténtico boom



de cubrir todos los muros interiores de la casa con papel decorado.

Entre todos, triunfaban los papeles recubiertos con delicados motivos florales, fundamentalmente en tonalidades verdes (sobre todo el verde de Scheele y el verde de París -Scheele's Green o Paris Green-).

Cada pigmento era realizado con unos productos específicos, pero estos verdes eran realizados gracias a un peligroso elemento, el arsénico. Calcula la Asociación Médica Estadounidense que el 65% de todos los papeles pintados en los EE.UU. contenían arsénico a finales

del s. XIX.

Además, estos colores verdosos se empleaban en cortinas, en manteles, en todo tipo de vestidos, en muebles, en juguetes y en multitud de objetos usados en el ámbito doméstico.

A menudo, el arsénico se mezcló para formar otros colores además de verdes: hermosos azules profundos y amarillos dorados entre otros.

El arsénico normalmente era mezclado con cobre (arsenito de cobre), ya que era fácil y muy barato de producir. El proble-

sigue en pág. 31



viene de pág. 30

ma, es que al llevar el citado metaloide, se convertía en peligrosísimo para los usuarios.

Del arsénico, que es conocido desde la antigüedad, se sabía perfectamente su toxicidad, pero en la Época Victoriana esta se asociaba exclusivamente a cuando se ingería directamente.

Al arsénico (fundamentalmente el anhídrido arsenioso), de color blanco, insípido e inodoro, se le llamaba coloquialmente "polvo de herencia", porque podía emplearse para desembarazarse de familiares ricos y así recibir el anhelado legado.

Evidentemente, nadie en circunstancias normales iba a sorber o lamer las paredes, pero el problema es que no sabían que también podía resultar dañino para la salud si se inhalaban sus partículas o se absorbían a través de la piel.

El papel pintado que contenía arsénico, desprendía partículas microscópicas de polvo que podían ser inhaladas o ingeridas por los habitantes de las casas provocando un envenenamiento progresivo y en ocasiones letal.

La gente que sufría los síntomas de haber inhalado arsénico de sus paredes, no lo asociaba con esto, ya que eran síntomas comunes con otras patologías como son: náuseas, vómitos, mareos, cólicos, diarreas, irritación de la piel, dolores en las articulaciones etc.

En los casos más graves, los síntomas se confundían con los del cólera o la disentería, pero, en cualquier caso, seguían sin asociarse con los coloridos papeles que cubrían el interior de sus casas. Fue a finales de la década de 1860's cuando empezaron a asociarse estos síntomas con la presencia de los pigmentos procedentes del arsénico en los papeles decorativos y otros objetos tintados, pero estos se seguían usando.

Entre otros motivos, porque no había una clara evidencia científica y no había una correlación con los efectos, porque a cada individuo afectaban de una manera. No todos los cuerpos se comportan igual ante el envenenamiento.

Además, en ocasiones, estos síntomas desaparecían una vez que se eliminaba la fuente de origen, es decir, el contacto con los papeles tintados. Con lo que se había optado por "si te lo pones porque te gusta, es por tu propia cuenta y riesgo".

Hay incluso una teoría "conspiranoica" que habla de que Napoleón (1769-1821)

pudo haber fallecido en su exilio de la Isla de Santa Elena envenenado lentamente por el arsénico del papel pintado que cubría su casa/celda, que era color oro y verde, distintivos de la Francia Imperial. En el año 1874, el médico Robert Clark Kedzie (1823-1902) publicó el libro "Shadows from the Walls of Death" ("Sombras de las paredes de la muerte") en el que advertía del peligro de los papeles tintados con arsénico.

Kedzie, que fue cirujano de la Unión en la Guerra de Secesión de EE.UU. (1861-1865), se incorporó a principios de los 1870's al Consejo de Salud de Michigan mientras ejercía como profesor de química en la Michigan State Agricultural College (actual Michigan State University).

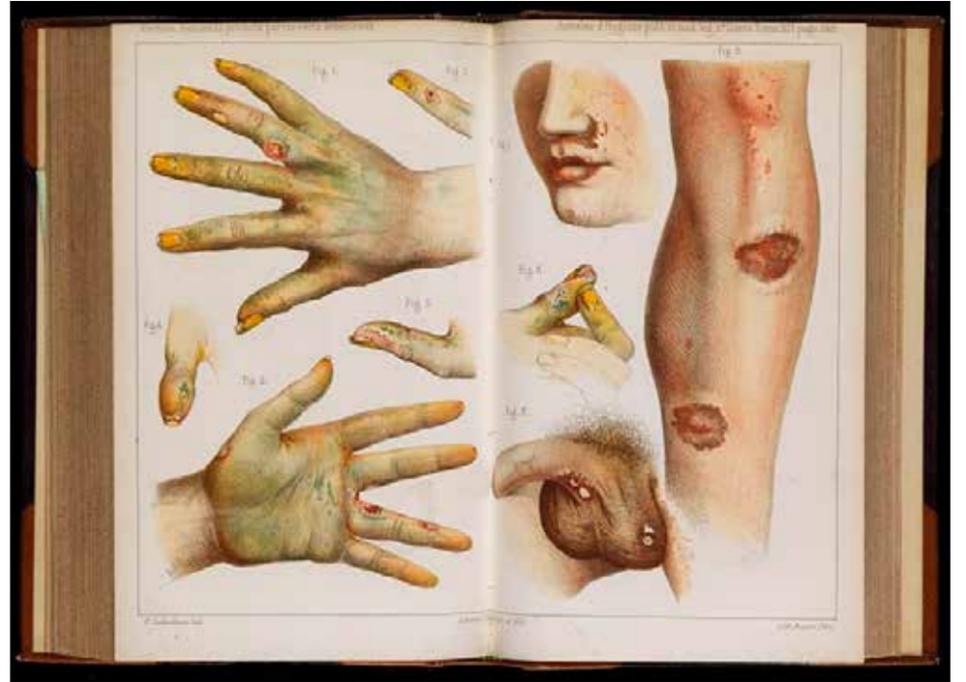
En los casos más graves, los síntomas se confundían con los del cólera o la disentería, pero, en cualquier caso, seguían sin asociarse con los coloridos papeles que cubrían el interior de sus casas. Fue a finales de la década de 1860's cuando empezaron a asociarse estos síntomas con la presencia de los pigmentos procedentes del arsénico en los papeles decorativos y otros objetos tintados, pero estos se seguían usando.

Entre otros motivos, porque no había una clara evidencia científica y no había una correlación con los efectos, porque a cada individuo afectaban de una manera. No todos los cuerpos se comportan igual ante el envenenamiento.

Además, en ocasiones, estos síntomas desaparecían una vez que se eliminaba la fuente de origen, es decir, el contacto con los papeles tintados. Con lo que se había optado por "si te lo pones porque te gusta, es por tu propia cuenta y riesgo".

Hay incluso una teoría "conspiranoica" que habla de que Napoleón (1769-1821) pudo haber fallecido en su exilio de la Isla de Santa Elena envenenado lentamente por el arsénico del papel pintado que cubría su casa/celda, que era color oro y verde, distintivos de la Francia Imperial. En el año 1874, el médico Robert Clark Kedzie (1823-1902) publicó el libro "Shadows from the Walls of Death" ("Sombras de las paredes de la muerte") en el que advertía del peligro de los papeles tintados con arsénico.

Kedzie, que fue cirujano de la Unión en la Guerra de Secesión de EE.UU. (1861-1865), se incorporó a principios de los 1870's al Consejo de Salud de Michigan mientras ejercía como profesor de química en la Michigan State Agricultural College (actual Michigan State University).



El libro del Dr. Kedzie empezó a concienciar a la gente sobre los peligros de este tipo de papeles y fue el catalizador de un cambio de actitud hacia estos dañinos "invitados" decorativos de los hogares. El Dr. Kedzie hablaba de que el arsénico no solo envenena al consumirlo directamente, también lo hacía al "desempolvarse" en el aire en micropartículas e ir ingiriéndolas poco a poco. En la introducción del libro, se advertía que el arsénico podía matar no solo repentina y violentamente, sino también por envenenamiento lento y paulatino, desatando una enfermedad tan desconcertante para los enfermos como para los médicos.

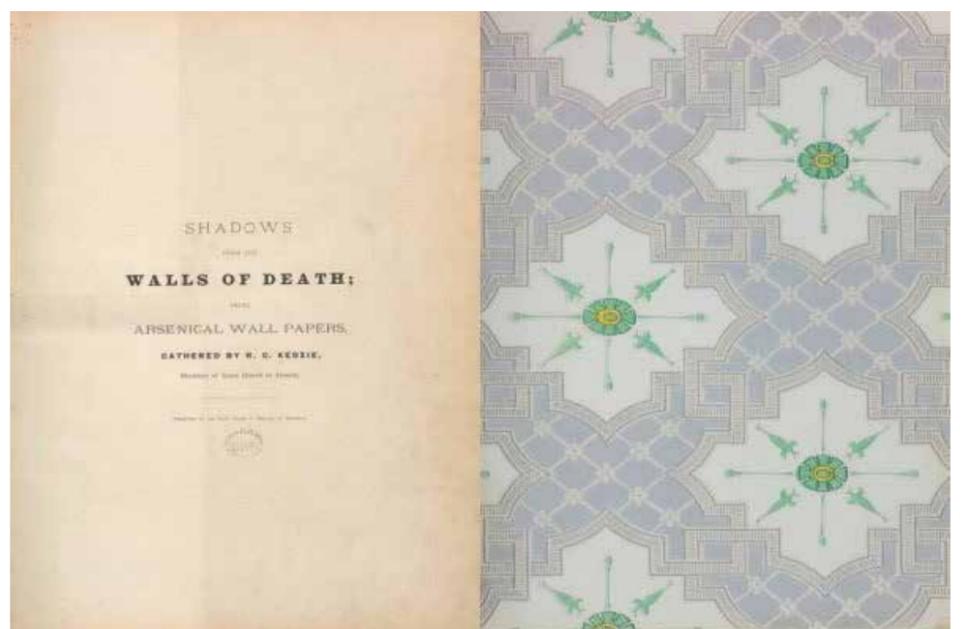
La eliminación del arsénico en la fabricación de pigmentos no ocurrió de un día para otro, pero paulatinamente se fue sustituyendo este peligroso veneno por otros compuestos no lesivos. Pero toda la labor de difusión y prevención del libro, se vio empañada porque se convirtió en un "libro asesino".

El libro de 56x76cm aprox., contenía un índice, una breve introducción y una colección de papeles pintados, amén de

una nota del Departamento de Salud en la que se explicaba el propósito de este, y se advertía de que los niños no debían tocarlo. *no decía nada de los adultos

De 86 páginas, contenía 84 muestras de papeles tintados con pigmentos de arsénico tomados de diversas tiendas y vendedores, de manera que los que lo leían y pasaban las páginas en las que se encontraban las muestras, entraban en contacto directo con el arsénico que contenían.

Esa manía que muchos tienen de humedecerse las yemas de los dedos para pasar las páginas de un libro, se convirtió en transmisor directo del veneno al cuerpo de los lectores.



LA INFORMACIÓN DÍA A DÍA

Sesiones científicas de la American Heart Association 2020

Una puesta al día de las novedades científicas. Acerca de la American Heart Association

La American Heart Association es una fuerza líder para un mundo de vidas más largas y saludables. Con casi un siglo de trabajo para salvar vidas, la asociación con sede en Dallas se dedica a garantizar una salud equitativa para todos. Es una fuente confiable que empodera a las personas para mejorar la salud del cora-

zón, la salud del cerebro y el bienestar. Colabora con numerosas organizaciones y millones de voluntarios para financiar investigaciones innovadoras, abogar por políticas de salud pública más sólidas y compartir recursos e información que salvan vidas.

La reunión de este año se llevará a

cabo virtualmente debido a la pandemia COVID-19, desde viernes 13 de noviembre al martes 17 de noviembre de 2020, y es un intercambio global de primer

nivel de los últimos avances científicos, investigación y práctica clínica basada en evidencia. actualizaciones en ciencia cardiovascular para el cuidado de la salud.



INDICE: 1. AHA 2020 | 2. COVID-19: IECA / ARA2 | 3. Inseguridad alimentaria | 4. COVID-19 y arritmias | 5. HTA embarazo | 6. Rehabilitación CV | 7. Mavacamten | 8. Est. Aórtica / Amiloidosis | 9. Marihuana | 10. COVID-19 RCP | 11. Shock: Centhaquine | 12. Transgénero | 13. TAVR | 14. IC en IRC | 15. FA | 16. IC manejo clínico | 17. IC / Hierro | 18. GALACTIC-HF | 19. Polipíldora | 20. Riesgo CV | 21. COVID-19 injuria | 22. Adolescentes | 23. PCI | 24. Empagliflozina | 25. ECMO. AHA 2020

La tomografía de coherencia óptica actual en el análisis de la retina de pacientes con esclerosis múltiple

Autora: Beatriz Cordón Ciordia

The actually optical coherence tomography in the analysis of the retina of patients with multiple sclerosis

RESUMEN:

La esclerosis múltiple (EM) es la enfermedad crónica, autoinmune, desmielinizante y neurodegenerativa más común del sistema nervioso central (SNC). Debido a las nuevas técnicas no invasivas de análisis de la retina se han demostrado que la EM produce efectos a nivel de las capas más externas de la retina.

La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una técnica de imagen capaz de analizar los espesores de las diferentes capas de la retina. Gracias al protocolo retinal nerve fiber layer (RNFL) y el protocolo Posterior Pole del OCT Spectralis (Heidelberg Engineering, Alemania) se ha conseguido determinar la disminución del espesor de la capa de fibras nerviosas de la retina (CNFR) y la capa de células ganglionares (CGL).

Por último, el nuevo avance del OCT

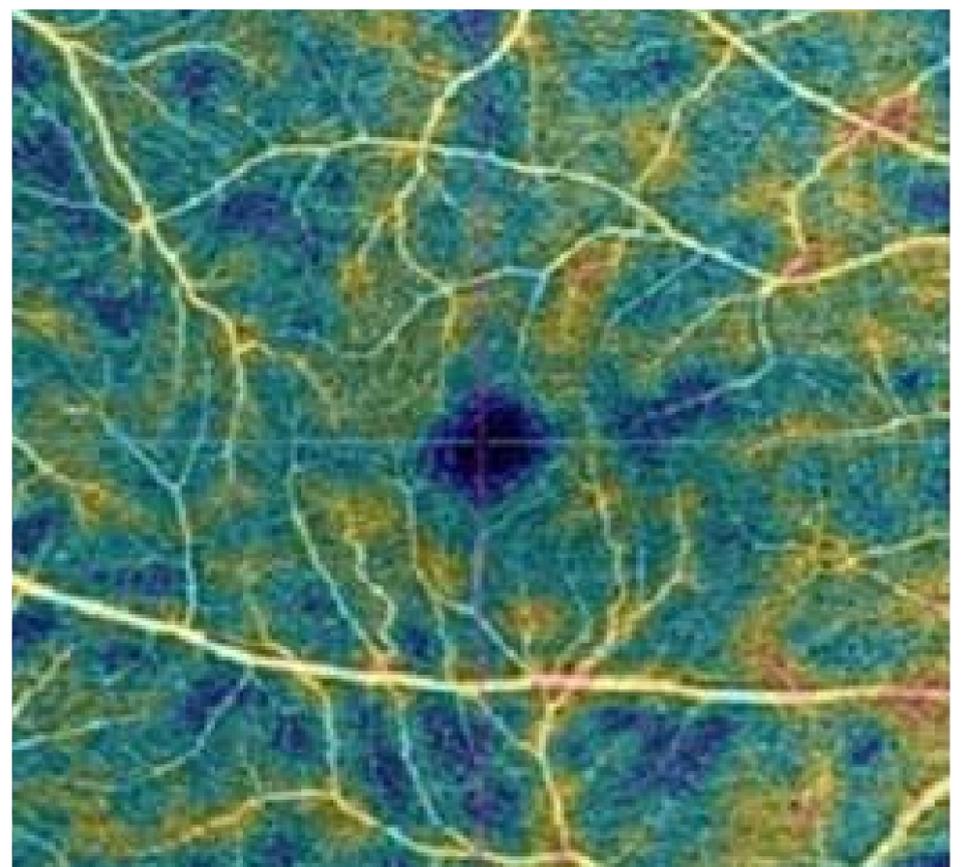
es la angiografía por tomografía de coherencia óptica (Angio-OCT) mediante el que también se han visto una alteración de flujo vascular en pacientes con la enfermedad. El análisis de la retina de forma no invasiva es un avance y permite monitorizar y analizar el estado del paciente diagnosticado con EM de manera rápida y sencilla.

Palabras Clave: Esclerosis múltiple, OCT, Neuritis óptica, CFNR, CGL.

ABSTRACT:

Multiple sclerosis (MS) is the most common chronic, autoimmune, demyelinating, and neurodegenerative disease of the central nervous system (CNS). The outermost layers of the retina.

Optical coherence tomography (OCT) is an imaging technique capable of analyzing the thickness of the different layers of the retina. Thanks to the protocol of the retinal nerve fiber layer (RNFL) and the posterior pole protocol of the OCT Spectralis (Heidelberg Engineering,



sigue en pág. 33

viene de pág. 32

Germany), it has been possible to determine the decrease in the thickness of the retina nerve fiber layer (CNFL) and the ganglion cells (CGL)

Finally, the new advance in OCT is optical coherence tomography angiography (Angio-OCT), which has also seen an alteration in vascular flow in patients with the disease.

The non-invasive analysis of the retina is an advance and allows to monitor and analyze the condition of the patient diagnosed with MS quickly and easily.

Keywords: Multiple sclerosis, OCT, optic neuritis, RNFL, GCL.

¿QUÉ ES LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune, desmielinizante y neurodegenerativa que afecta al sistema nervioso central (SNC). El SNC está formado por millones de células unidas entre sí mediante fibras nerviosas que componen el cerebro, la espina dorsal y el nervio óptico. Estas fibras nerviosas están recubiertas por mielina, una sustancia grasa que las aísla y protege permitiendo la conducción correcta de los impulsos eléctricos. En la EM, el sistema inmune ataca por error esta vaina de mielina, la cual se inflama y se separa de las fibras nerviosas para posteriormente ser destruida. Este proceso de destrucción de la mielina se llama desmielinización. Como consecuencia de esta desmielinización, la velocidad de transmisión de la información en impulsos eléctricos se ve alterada en su paso desde el cerebro hacia otro lugar del cuerpo y viceversa. Es entonces cuando empiezan a surgir la gran variedad de sintomatología y signos neurológicos característicos de esta enfermedad.

FENOTIPOS DE EM

El curso de la EM no se puede pronosticar. Algunas personas se ven mínimamente afectadas por la enfermedad, y en otras avanza rápidamente hacia la incapacidad. Existen varios fenotipos definidos en el curso de la enfermedad (figura 1)

Figura 1: Representación de la pérdida de capacidad funcional en función del tiempo en los diferentes fenotipos de esclerosis múltiple

- Síndrome neurológico aislado: Generalmente se da en sujetos jóvenes de entre 20 y 40 años. Se trata del primer evento clínico neurológico relacionado con EM de una duración aproximada de 24 horas con una recuperación parcial o total. Se corresponde con una única lesión en la sustancia blanca.

- **Esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR):** Es la forma más frecuente en el diagnóstico y se caracteriza por presentar brotes sintomáticos intercalados con periodos de remisión. Estos episodios suelen generar un aumento acumulado de la discapacidad debido a que los pacientes no consiguen recuperarse totalmente. La recurrencia temprana se asocia con un mal pronóstico.

- Formas progresivas: En esta forma se produce un aumento continuo de la disfunción neurológica/discapacidad y

se clasifican en:

EM secundariamente progresiva (EMSP): Es el fenotipo que implica mayor grado de discapacidad. Se estima que el 50% de los pacientes con EMRR suele evolucionar a este fenotipo.

EM primariamente progresiva (EMPP). Los pacientes presentan periodos de estabilidad y mejorías pasajeras poco importantes, sin desarrollar brotes, pero en estos casos existe una pérdida axonal progresiva y continua.

EM progresiva recurrente (EMPR). Es el tipo de EM menos común (<3% de los casos de EM) y se caracteriza por una progresión constante de la enfermedad desde el principio y por brotes bruscos ocasionales en su evolución. Las personas que padecen este tipo de EM pueden o no experimentar cierta recuperación después de estos brotes; la enfermedad continúa progresando sin remisiones.

RELACIÓN DE LA EM CON EL SISTEMA VISUAL

El examen de los pacientes con EM ha demostrado que las anomalías encontradas en el SNC también están generalizadas en la retina. La vía aferente visual, comprendida desde la retina hasta la corteza visual, es uno de los sistemas que más se afecta en pacientes con EM lo que refuerza la importancia del estudio de la vía visual como fuente de biomarcador en la enfermedad de EM.

El grado de atrofia cerebral es un gran marcador de neuro-degeneración en EM y un buen predictor del deterioro cognitivo en estos pacientes. Varios estudios demuestran que la medida del grosor de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) se correlaciona con el grado de atrofia cerebral en pacientes con EM además de existir una correlación entre la capa de células ganglionares (CCG) y el volumen de sustancia gris en pacientes con EM.

En la EM existe pérdida de neuronas ganglionares y de axones de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR), tanto en ojos con neuritis óptica como en ojos sin este antecedente previo. En el 20% de los pacientes afectados por EM, la neuritis óptica es el primer síntoma de la enfermedad y se calcula que hasta un 50% de los diagnosticados la sufrirán en algún momento. En el caso de la EM, la neuritis óptica se cree que es debido a la desmielinización que ocurre en el nervio óptico produciendo una inflamación de éste y daño en sus axones manifestándose con palidez de papila y pérdida de fibras nerviosas. El nervio óptico tiene unos 50 mm de longitud desde el globo ocular hasta el quiasma y tiene la particularidad de que los axones de las células ganglionares que lo forman no se mielinizan hasta atravesar la lámina cribosa, lo que convierte al nervio óptico en un lugar accesible y visible in vivo, ideal como "ventana al cerebro", para estudiar el SNC.

La pérdida neuronal que se produce en ojos con neuritis óptica sugiere la presencia de degeneración retrógrada, según se ha observado mediante sección transversal axonal del nervio óptico. Pero la pérdida axonal y neuronal en ojos sin neuritis óptica previa es el equivalente a la pérdida neuronal, lo que indica la

presencia de fenómenos degenerativos disociados de la inflamación.

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN EM

En la actualidad, la mayoría de las pruebas oftalmológicas son una manera eficaz, rápida y no invasiva de evaluar la retina. La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una de las pruebas gold estándar para evaluar la retina. Debido a la buena resolución y el continuo desarrollo de sus softwares es posible incluso medir con alta precisión los diferentes grosores de las capas que componen la retina y la densidad de flujo vascular (Figura 1). La facilidad de poder obtener datos numéricos y compararlos con datos de sujetos sanos ha dado lugar a multitud de estudios en relación a la esclerosis múltiple y el sistema visual siendo el OCT uno de los biomarcadores para la enfermedad

El adelgazamiento de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) en pacientes con EM es mayor que el esperado en el envejecimiento normal, debido a la degeneración transináptica retrógrada y a la pérdida progresiva de células ganglionares de la retina, además de los episodios inflamatorios en caso de que haya presentado neuritis óptica. La CFNR carece de mielina, por lo tanto, los cambios visualizados en esta capa representan una pérdida axonal causada por la degeneración retrógrada de una lesión en el nervio óptico, quiasma o tractos. En el contexto de la degeneración transináptica, las lesiones post-geniculadas en la vía visual aferente también pueden causar palidez del nervio óptico, adelgazamiento de la CFNR y defectos en la capa reticular del complejo formado por la capa de células ganglionares y la capa plexiforme interna (GCIP). Estos adelgazamientos pueden ser captados y medidos mediante OCT.

Son muchos los estudios que se han publicado en los últimos años describiendo el adelgazamiento existente en el espesor de las capas de la retina en los pacientes con EM comparado con controles sanos. La mayoría de estudios han evaluado tanto ojos de pacientes afectados de neuritis óptica como no afectados, así como controles sanos, y se han realizado comparaciones entre ambos ojos (afecto y no afecto de una neuritis óptica) en un mismo paciente con EM. Algunos de los protocolos de OCT utilizados en la investigación de EM son:

El protocolo RNFL, (Retinal Nerve Fiber Layer) se realiza para el estudio de la capa de fibras nerviosas peripapilar de la retina. Realiza la adquisición de cortes tomográficos mediante un barrido que se inicia y termina en el sector temporal realizando un corte circunferencial de 3,4 mm de diámetro centrado en papila. Las fibras originadas en la zona nasal de la mácula que van hacia la papila constituyen el haz papilomacular, que tiene un recorrido rectilíneo hacia nervio óptico. El resto de los haces de fibras, para salvar la zona perimacular, tienen una distribución arciforme. Los haces de fibras que se localizan en la zona peripapilar forman el anillo neuroretiniano. El grosor de dicho anillo no es uniforme alrededor de la papila, sino que su espesor es mayor en el

cuadrante inferior, seguido del superior, el nasal y el temporal.

En la figura 3 podemos observar el seguimiento del paciente con EM en diferentes años. En el análisis realizado en 2013 aparecen los espesores de capa de fibras de la retina considerablemente disminuidos frente a los valores de normalidad. 5 años después, la misma prueba realizada al mismo paciente confirma la disminución progresiva de espesor de la capa.

Figura 3. Seguimiento de análisis de capa de fibras nerviosas peripapilares medido mediante tomografía de coherencia óptica en paciente con esclerosis múltiple. Adelgazamiento de fibras tras tres años.

Otro protocolo premium que ofrece el OCT Spectralis (Heidelberg Engineering, Alemania) es el Posterior Pole. Este protocolo, incluye el Sistema de Posicionamiento Anatómico (APS) que garantiza una posición precisa de la mácula para cada individuo en función de la inclinación de la cabeza y la ciclotorsión ocular. Gracias al APS, se dibuja automáticamente una línea horizontal que une el centro de la fovea con el centro del disco óptico y toma esta línea como línea de referencia. Paralelas a esta línea de referencia se realizan 61 exploraciones axiales dentro de los 25° x 30° centrales. Esta área se divide en una cuadrícula de 8 * 8, que proporciona el grosor retiniano global y la segmentación del grosor de cada capa en 64 celdas independientes. Es capaz de detectar cambios alrededor de 10-15 µm, que corresponden a pequeños cambios en las capas retinianas. El mapa de colores indica los espesores de retina donde podemos observar cómo el paciente con EM tiene unos valores de espesor retiniano considerablemente menores que un sujeto sano (Figura 4). Los nuevos estudios han indicado que existe una disminución de espesor más marcada en la GCL concluyendo que lo primero en afectarse es el núcleo de la célula y más tarde el axón.

Figura 4. Análisis de capa de fibras nerviosas de la retina mediante protocolo Posterior Pole de Spectralis con la rejilla de 64 celdas a paciente con esclerosis múltiple. La escala de colores indica la disminución de espesor

Por otra parte, en base a los estudios realizados sabemos que la EM cursa con una disminución de las células ganglionares e inflamación de los vasos sanguíneos. A causa de esto, la demanda metabólica podría estar disminuida, por lo que cuantificar el flujo vascular de la retina podría ser un potente biomarcador de la EM. La angiografía por OCT (OCT-A) es un nuevo método para evaluar la densidad del flujo vascular, útil para este objetivo y que además es un método no invasivo, rápido, fácil y tridimensional para visualizar la densidad del flujo vascular de la retina y coroides del ojo humano. Tiene como base física los principios ópticos de la tomografía de coherencia óptica, si bien el método de OCT-A se basa generalmente en el movimiento de los eritrocitos del flujo vascular. Se realizan varios B-Scans en el mismo lugar y a través del propio algoritmo que tiene integrado el aparato,

sigue en pág. 34

viene de pág. 33

es capaz de determinar las zonas en las que existe o no flujo vascular. En la figura 5 podemos observar menor densidad vascular representado en colores más fríos y zonas de mayor densidad vascular con colores más cálidos. En pacientes con esclerosis múltiple se observa zonas de menor flujo vascular frente a la retina de sujetos sanos.

Figura 5: Representación del mapa de flujo vascular analizado con OCT-A Triton (Topcon).

La tomografía de coherencia óptica,

debido a la su inocuidad, rapidez y al ser una técnica no invasiva, es un instrumento de medida de la retina muy implicado en el seguimiento y diagnóstico de la EM en oftalmología que aporta gran información en la actualidad.

Ver anexo

REFERENCIAS:

- Lassman H, Brück W, Lucchinetti CF. The immunopathology of multiple sclerosis: an overview. *Brain Pathol.* 2007;17(2): 210-218
- Martínez-Lapiscina EH, Arnow S, Wilson JA, Saidha S, Preinergerova JL,

Oberwahrenbrock T. Retinal thickness measured with optical coherence tomography and risk of disability worsening in multiple sclerosis: a cohort study. *Lancet Neurol.* 2016 May;15(6): 574-584

• Miller D, Barkhof F, Montalban X, Thompson A, Filippi M. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I: natural history, pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *Lancet Neurol* 2005; 4: 281-288.

• Miller D, McDonald I, Smith K. The diagnosis of multiple sclerosis. En: Compston A, Confavreux C, Lassmann H et al. *McAlpine's Multiple Sclerosis*

2006, 4th edition.

• García E, Ara JR, Martín J, Almarcegui C, Dolz I, Vilades E, Gil-Arribas L, Fernández FJ, Polo V, Larrosa JM, Pablo LE, Satue M. Retinal and Optic Nerve Degeneration in Patients with Multiple Sclerosis Followed up for 5 Years. *Ophthalmology.* 2017 May;124(5):688-69.

• Hu H, Jiang H, Gameiro GR, Hernández J, Delgado S, Wang J. Focal Thickness Reduction of the Ganglion Cell-Inner Plexiform Layer Best Discriminates Prior Optic Neuritis in Patients With Multiple Sclerosis. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2019; 60(13):4257-4269.

Plan de cuidados de enfermería para la rehabilitación post neumonía por COVID-19 al alta

Autor: José Antonio del Fresno Guevara - Nursing care plan for post-COVID-19 pneumonia rehabilitation at discharge

Nursing care plan, COVID-19 pneumonia, SARS-COV-2, rehabilitation.

RESUMEN

El proceso de recuperación tras la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos por neumonía en pacientes con SARS-COV-2 es una ardua tarea. El ingreso hospitalario, la inmovilización y la desnutrición acompañante son los principales factores de riesgo para desarrollar atrofia de la musculatura general afectando a la movilidad y a la musculatura torácica, lo que conlleva sensación de pérdida de capacidad pulmonar y disnea de mínimos esfuerzo. La rehabilitación respiratoria es vital en estos pacientes consiguiendo una mejoría en la calidad de vida, disminución de la depresión y mejoría de la ansiedad.

El objetivo de nuestro trabajo es establecer un plan de cuidados de enfermería al alta hospitalaria para un paciente afectado de neumonía por la COVID-19.

PALABRAS CLAVE

Plan de cuidados de enfermería, neumonía COVID-19, SARS-COV-2, rehabilitación.

ABSTRACT

The recovery process after hospitalization in the intensive care unit for pneumonia in patients with SARS-COV-2 is an arduous task. Hospital admission, immobilization and accompanying malnutrition are the main risk factors for developing general muscle atrophy affecting mobility and thoracic muscles, which leads to a sensation of loss of lung capacity and dyspnea on minimal effort. Respiratory rehabilitation is vital in these patients, achieving an improvement in the quality of life, a decrease in depression and an improvement in anxiety.

The objective of our work is to establish a plan of nursing care at hospital discharge for a patient affected by COVID-19 pneumonia.

KEY WORDS

INTRODUCCIÓN

Desde la primera notificación por parte del gobierno chino sobre la presencia de un nuevo virus SARS-COV-2 (COVID-19) a finales del año 2019 en la ciudad de Wuhan, la Organización Mundial para la Salud estuvo al tanto de la situación epidemiológica. Fue meses más tarde cuando se declaró la emergencia de salud pública a nivel internacional, hasta el momento en el que el 11 de marzo de 2020 cuando se clasificó como pandemia.

Hasta aquel entonces el desconocimiento de la cadena epidemiológica y la ausencia de tratamiento, contribuyó a la expansión sin control entre la población. La enfermedad se manifiesta con un cuadro de infección respiratoria y afectación física, manifestado por tos seca, fiebre, sensación de disnea. Como síntomas acompañantes pueden aparecer cefalea, astenia, dolor generalizado, síntomas gastrointestinales como vómitos y diarreas, anosmia, ageusia y una clínica dermatológica fluctuante y muy variable(1).

La gran mayoría de personas, un 84% de ellos, presentan síntomas leves, sobre todo cuando afecta en la población infantil (2,3). El resto de ellos pueden presentar complicaciones graves como neumonía, distrés respiratorio agudo, alteración en la coagulación y reacciones inflamatorias sistémicas agudas. Esta patología de gravedad se da más frecuentemente en pacientes de riesgo mayores de 60 años y con comorbilidad añadida como puede ser: hipertensión arterial, diabetes o patología respiratoria crónica(1).

La sintomatología respiratoria producida por el COVID-19, puede perdurar en el tiempo una vez pasada la fase aguda de la enfermedad con sensación de pérdida de capacidad pulmonar y disnea de mínimos esfuerzos, por ello debemos centrar nuestro esfuerzo desde enfermería acompañado de fisioterapeutas a establecer planes de cuidados al alta



hospitalaria, ya que la rehabilitación respiratoria es vital en estos pacientes consiguiendo una mejoría en la calidad de vida, disminución de la depresión y mejoría de la ansiedad. De forma secundaria también se reducirán los ingresos hospitalarios y una reincorporación laboral precoz(4).

Esta rehabilitación no debe centrarse solamente en las secuelas respiratorias causadas por la nueva neumonía, ya que también influyen como factores predictores negativos el ingreso hospitalario, la inmovilización y la desnutrición acompañante pudiendo desarrollar atrofia de la musculatura general afectando a la movilidad y a la musculatura torácica, con afectación del diafragma y por consiguiente alteraciones respiratorias(5,6).

Una continuidad de cuidados desde el momento del ingreso darán mejores resultados, pero nos centraremos en aquellos aspectos tratables desde atención primaria una vez establecida el alta hospitalaria, tanto en pacientes asintomáticos como en aquellos con síntomas leves (la mayoría de ellos) mediante guías de rehabilitación y seguimiento de pacientes de forma telemática (por

ejemplo vía telefónica), donde enfermería debe evaluar el progreso y estado del paciente, consiguiendo una óptima recuperación.

OBJETIVO

El objetivo del siguiente artículo es plantear un plan de cuidados de enfermería al alta hospitalaria de un paciente afectado de neumonía causada por el nuevo virus de la COVID-19 centrándonos en la rehabilitación y mejor recuperación, empleando unos cuidados de enfermería basados en la mejor evidencia existente.

CASO CLÍNICO

Varón de 60 años. No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes: Dislipemia sin tratamiento. Sobrepeso. Esteatosis hepática. Fumador de 22 cigarrillos al día. Diverticulosis de sigma. Herpes zoster. Litiasis renal. Hernia inguinal. Hernia discal.

En tratamiento con Zaldiar y Lorazepam, de forma puntual por insomnio ocasional.

sigue en pág. 35

vienen de pág. 34

Historia actual: resultado de PCR positiva para SARS-COV-2 hace 10 días, en confinamiento domiciliario y seguimiento por médico de atención primaria. Aumento progresivo de astenia y fiebre más elevada, hasta comenzar con disnea de reposo. A su llegada a Urgencias:

- Saturación de oxígeno (SatO₂) basal= 59%
- Tensión arterial= 130/80 mmHg
- frecuencia cardiaca 125 latidos por minuto (lpm)
- Temperatura 40°C.

Presenta livideces generalizadas y cianosis por lo que se coloca reservorio a 15 litros de O₂, y mejora la satO₂ a 80% pero continua con taquipnea de 35 rpm. y mala perfusión periférica.

Auscultación pulmonar: hipoventilación bilateral con roncus aislados.

Auscultación cardiaca: pulso rítmico, sin soplos.

Abdomen anodino, EeII sin edemas, no hay signos de trombosis venosa profunda, pulsos conservados.

Se decide traslado a UCI

Resultado de pruebas complementarias:

- Rx: Infiltrado de predominio periférico bilateral.
- TAC: extensa afectación de predominio intersticial bilateral con mayor afectación de las bases pulmonares compatible con afectación COVID-19. Opacificación ligeramente parcheada en ramas pulmonares distales bibasales compatible con microtrombos periféricos, sin repercusión sobre las cavidades derechas.

Analítica: Hemoglobina: 13,7 g/dl Hematocrito: 39,3% Plaquetas: 415000/mm³ Leucocitos 15890/mm³, neutrófilos 90,2% Linfocitos: 900/mm³ Procalcitonina: 0.83 Dimero D: 518 LDH 604 Ferritina: 4850 Fibrinógeno: 804

Creatinina: 1,2 Urea: 65 Potasio: 3,4 Coagulación en rango. Gasometría: pH 7,44 pO₂: 82 pCO₂: 35 CO₃H: 23,8 satO₂=96%. (Con una FiO₂ del 0.75).

Cultivos: Antígenos de Legionella y neumococo negativo. Se recoge nuevo frotis para PCR COVID-19

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 95 latidos por minuto.

Tratamiento administrado en Urgencias: oxigenoterapia y paracetamol 1gr i.v.

Tras su ingreso en UCI, requiere ventilación mecánica no invasiva con presión soporte 20 cmH₂O + peep 10 cmH₂O y fracción inspiratoria de O₂ (FiO₂) al 100%. Tras mejorar la saturación de oxígeno junto con la disminución del trabajo respiratorio, se disminuye FiO₂ al 75%.

Durante las primeras 24 horas, la fiebre cede con antitérmicos y antibiótico profiláctico. Tiene un balance hídrico positivo de 585 ml con diuresis conservada (1550 ml). Se inicia tratamiento con Dexametasona 20 mg, Remdesivir y Ceftriaxona. Fluidoterapia con potasio. Heparina bajo peso molecular. Dieta absoluta

EVOLUCIÓN:

Hemodinámicamente: empeoramiento con hipotensión que requieren inótropos. Ritmo sinusal a 75 lpm. Aumento de los marcadores de gravedad: linfopenia, aumento de ferritina, dímero-D y Procalcitonina.

Respiratorio: incremento del distrés respiratorio, con aumento del tiraje y signos de fatiga respiratoria por lo que se procede a la intubación orotraqueal. El paciente precisa FiO₂ 90% y colocación en decúbito prono.

Función renal: en rango con diuresis conservadas.

Metabólico- nutricional: nutrición enteral tolerada con glucemias en rango.

RESUMEN EVOLUTIVO EN UCI:

Tras 10 días se procede a la extubación del paciente, con buena tolerancia a gafas nasales a 2 litros de forma progresiva. A nivel hemodinámico, para mantener tensiones sistólicas ha precisado norepinefrina, la cual se retiró una vez estabilizado. Con la finalidad de conservar la función renal se inició perfusión continua de furosemida, para posteriormente pasar a bolos intravenosos cada 8 horas, manteniendo así un balance hídrico negativo. Tolerancia de dieta blanda.

Ha estado en tratamiento con levofloxacino 500mg (7 días), ceftriaxona 1gr y vancomicina 1 gr (10 días). Remdesivir (10 días), dexametasona en pauta descendente, y Anakinra (8 días).

El total de días en la UCI es de 13 días, tras los cuales es trasladado a planta de neumología.

RESUMEN EVOLUTIVO HOSPITALIZACIÓN:

Durante el ingreso en planta se aumenta la ingesta alimentaria pero el paciente está inapetente, siendo ésta deficiente a sus necesidades. Tolerancia a la deambulación habitación/pasillo escasos metros y con ayuda de una persona.

Radiología de control con mejoría clara de la reabsorción de la infiltración.

Tratamiento con estatinas de 40mg, enoxaparina y finalización de la dosis de esteroideos sistémicos en pauta descendente. Tras cinco días estando afebril, y mejoría clínica respiratoria acompañada de radiografía de tórax que demuestra la mejoría franca del paciente, se procede al alta con PCR para COVID-19 negativa y con tratamiento durante 7 días más de Hibor 3.500 UI cada 24h. Resto de tratamiento el habitual.

Debido a que nuestro interés se centra en el plan de cuidados al alta para individualizar unos cuidados extrahospitalarios, se realizó la valoración de las necesidades según el modelo de Virginia Henderson, y poder detectar así las manifestaciones de dependencia donde centraremos nuestra atención:

Valoración de necesidades según Virginia Henderson

1. Respiración

Frecuencia cardiaca: 78 lat/min, Tensión arterial: 118/72 mmHg. Respiración: 17 respiraciones por minuto. No precisa oxigenoterapia por satO₂ 95% basal.

Disnea grado II, al realizar esfuerzos cotidianos. Fumador. El paciente no presenta tos, expectoración puntual sobre todo matutina. No se aprecian roncus, ni sibilancia, murmullo vesicular conservado.

2. Alimentación / Hidratación

Inapetencia, sensación de plenitud precoz y disminución de la ingesta calórica,

con pérdida de 19 kilogramos tras su estancia hospitalaria. Dieta hiperprotéica. Autónomo para la ingesta, no alteraciones en la deglución, ni alergias alimenticias. IMC 22,9. (70,2Kg y altura 1,75 m). Ingesta diaria de agua de 1,5L.

3. Eliminación

Paciente independiente para la eliminación urinaria / fecal. Estreñimiento puntual, que precisa la toma de lactulosa. No tiene incontinencia urinaria tras la retirada de sonda vesical. Leve molestia urinaria residual relacionada con la técnica de sondaje.

4. Movilización

Precisa ayuda para la deambulación de una persona para las distancias medias, o un punto de apoyo en las de corta distancia secundario a pérdida de fuerza en extremidades inferiores por atrofia importante de masa muscular. Se cansa al realizar las actividades de la vida diaria, precisando cortos descansos para continuar. En las sillas más bajas, precisa ayuda puntual para las transferencias.

5. Reposo/ Sueño

No se aprecia alteraciones en el sueño, sueño reparador. Ha tomado lorazepam durante el ingreso por dificultad en la conciliación del sueño, posiblemente relacionado con tener habitación compartida, y extrañar su cama.

6. Vestirse / Desvestirse

Independiente para vestirse, aunque a veces le ayudan para agilizar la tarea. Uso de zapatillas cerradas para la deambulación.

7. Termorregulación

A su alta, paciente afebril. 36,3°C. No refiere sudor.

8. Higiene / Piel

Estado de piel sin alteraciones, ligero eritema en talón derecho, que ha mejorado con la deambulación y ácidos grasos hiperoxigenados, al alta ya resuelto. Precisa ayuda para el baño, y actualmente lo realiza sentado en una silla dentro de la ducha. Mucosas hidratadas, con buena higiene oral.

9. Seguridad

Consciente, orientado, presenta riesgo de infecciones y de caídas por debilidad muscular. No se aprecian déficits visuales ni auditivos.

10. Comunicación

No presenta alteraciones en la comunicación, pero le cuesta expresar sus sentimientos. Se siente triste y con bajo ánimo debido a la situación de dependencia, y pérdida de su rol familiar.

11. Creencias y valores

Se siente muy limitado por la pérdida de fuerza y la disnea residual. No sabe si podrá volver a realizar una vida normal, e incorporarse a su trabajo dentro de poco tiempo. Tiene predisposición para la toma de decisiones y en aprender los ejercicios respiratorios pautados.

12. Trabajar / Realizarse

Le preocupa mucho su trabajo, ya

que es autónomo y la principal fuente de ingresos de la unidad familiar. Tiene una mujer y dos hijos que le ayudan en lo que precisa.

13. Ocio

No realizaba actividades deportivas previo al ingreso, su entretenimiento es estar en casa viendo la televisión. Le preocupa su deshabitación tabáquica, no sabe si lo conseguirá, ya que lo que más echa en falta es el café y cigarro después de las comidas.

14. Aprender

No déficits cognitivos, capacidad para aprender nuevos conocimientos que le faciliten la rápida recuperación. Conoce el nuevo tratamiento aunque prefiere delegarlo en su mujer.

Diagnósticos NANDA de enfermería, Objetivos (NOC) e Intervenciones (NIC)

Diagnóstico principal: Patrón respiratoria ineficaz (00032) relacionado con neumonía por COVID manifestado por disminución de la capacidad vital, disnea mínimos esfuerzos, fatiga.

NOC: Fatiga: efectos nocivos (0008)

Indicadores: Absentismo laboral (815)

- Deterioro de la actividad física (810)
- Apatía (802)
- Comorbilidad psicológica (823)

NIC Y ACTIVIDADES:

Monitorización respiratoria (3350)
Vigilar las constantes vitales respiratorias: frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo en las respiraciones cada vez que el paciente acuda a la consulta de enfermería.

Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire y lo anotará en la historia clínica, junto con los sucesos que pueden mejorar o empeorar el cuadro.

Fomento del ejercicio (0200)
Planear junto al individuo el desarrollo de un programa de ejercicios en función de su estado y necesidades.

Estimular al paciente y familia en la continuidad y mantenimiento del plan.

Manejo de la medicación (2380)
Observar y anotar el buen cumplimiento del régimen terapéutico.

Revisar junto con el paciente y/o la familia el plan terapéutico: tipos de medicación, frecuencia de las tomas y dosis.

NOC: Conducta de fomento de la salud (1602)

Indicadores: Evitar tabaquismo pasivo (160225)

Evita el uso del tabaco (160219)
Utiliza un programa de ejercicios eficaz (160216)

NIC Y ACTIVIDADES

Protección contra las infecciones (6550)

Comprobar y, en su defecto enseñar, al paciente la toma correcta de antibióticos.

Observar el estado general del paciente y su grado de vulnerabilidad frente a las infecciones.

Ayuda para dejar de fumar (4490)
Aconsejar al paciente de las diferentes alternativas para dejar de fumar y

sigue en pág. 36

viene de pág. 35

consensuar cual puede ser la más apta.

- Realizar el test de motivación de para dejar de fumar- Richmond
- Educación para la salud (5510)
- Centrar la atención en los beneficios inmediatos y a corto plazo obtenidos tras conductas de estilo de vida positivas.
- Incidir en los resultados que se obtienen tras realizar estilos de vida inadecuados para la salud.

• Expresar junto con el paciente la importancia de la realización de buenas conductas saludables.

NOC: Autocontrol: neumonía (3122)

- Indicadores: Obtiene información acreditada sobre métodos para prevenir complicaciones (312204).

Sigue el régimen terapéutico (312205)

Realiza ejercicios de respiración profunda (312216)

Evita fumar (312220)

NIC Y ACTIVIDADES:

• Monitorización de los signos vitales (6680)

• Anotar signos vitales, pulso, temperatura y presión arterial.

• Controlar posibles variaciones en las constantes vitales.

• Mejora de la tos (3250)

• Animar al paciente que realice una respiración profunda, la mantenga unos segundos y tosa dos o tres veces de forma sucesiva.

• Enseñar al paciente a que inspire profundamente, expire lentamente y a que tosa al final de la exhalación.

• Fomentar la ingesta hídrica.

• Control de infecciones (6540)

• Explicar al paciente y/o la familia la puesta en práctica de precauciones universales para la prevención de infecciones: higiene, alimentación, estado de la piel, hábitos saludables.

• Enseñar al paciente y/o familia a evitar infecciones-

• Comprobar la toma adecuada de antibióticos, si éstos están prescritos.

• Fomentar la respiración y el mecanismo de tos para ayudar a la expulsión de secreciones.

• Fisioterapia respiratoria (3230)

• Controlar la cantidad y el tipo de expectoración.

• Estimular la tos durante y después de los ejercicios de fisioterapia respiratoria.

• Realizar ejercicios abdomino-diafragmáticos y de expansión torácica salvo si aparece disnea o dolor.

NOC: Tolerancia a la actividad (0005)

• Indicadores: Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (518)

Tolerancia a la caminata (519)

NIC Y ACTIVIDADES:

• Terapia de actividad (4310)

• Ayudar a la mejor elección de un plan de ejercicios acordes a su edad y estado de salud.

• Facilitar alternativas de ejercicios cuando el paciente tenga dificultades.

• Criterios de exclusión para la actividad: frecuencia cardíaca > 100 latidos / min; presión arterial menos 90/60 o mayor 140/90 mmHg; saturación de oxígeno en sangre ≤95%.

• Manejo de la medicación (2380)

• Explicar la acción y efectos los fár-

macos.

• Enseñar al paciente cuando debe conseguir atención médica.

• Fomento del ejercicio (0200)

• Fomentar las ventajas de la realización de ejercicio, tanto físicas como psicológicas.

• Incluir a la familia y paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

• Establecer metas y objetivos a corto plazo.

• Enseñanza: ejercicio prescrito (5612)

• Informar al paciente del tipo de actividad y los beneficios que puede obtener tras su realización tanto a corto como largo plazo.

• Enseñar al paciente la adecuada realización del ejercicio, así como el plan, duración, series y pausas entre ejercicios.

• Informar de los posibles signos y síntomas de alarma que marcan la interrupción del ejercicio.

Diagnóstico secundario: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002) relacionado con ingesta diaria insuficiente manifestado por tono muscular insuficiente.

NOC: Peso: masa corporal (1006)

• Indicadores: Peso (100601)

Grosor del pliegue cutáneo del tríceps (100602)

NIC Y ACTIVIDADES:

• Ayuda para ganar peso (1240)

• Indicar al paciente los tipos de alimentos nutritivos de alto contenido calórico y dónde encontrarlos, así como las dosis semanales recomendadas.

• Analizar, junto con la familia si fuera necesario, los factores que pueden contribuir a una nutrición inadecuada.

• Controlar el peso y apuntarlo en la historia clínica en cada visita.

• Controlar diariamente el consumo de calorías.

NOC: Conocimiento: dieta saludable (1854)

• Indicadores: Peso personal óptimo (185402)

Pautas para los suplementos nutricionales (185427)

Pautas nutricionales recomendadas (185407)

Participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario (162201)

NIC Y ACTIVIDADES:

• Asesoramiento nutricional: (5246)

• Ayudar al paciente en la modificación de la dieta semanal si fuera necesario, así como aconsejar alternativas de alimentos que se adapten mejor al paciente.

• Comprobar los conocimientos del paciente sobre la pirámide nutricional, cuáles son los alimentos que debe tomar y cuáles evitar, así como las cantidades y raciones diarias.

• Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.

• Modificación de la conducta (4360)

• Comprobar qué grado de motivación tiene el paciente en cambiar su conducta.

• Animar y apoyar al paciente hacia el cambio.

• Enseñar habilidades para que el cambio de conducta sea más fácil.

• Enseñanza: dieta prescrita (5614)

• Evaluar el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre la dieta prescrita.

• Explicar al paciente el tipo de dieta prescrita, los alimentos que puede tomar y los que tiene que restringir.

• Enseñar al paciente a realizar una buena planificación de la dieta.

• Incluir a la familia y/o acompañante si fuera necesario.

Diagnóstico secundario: Baja autoestima situacional (00120) relacionado con deterioro funcional manifestado por verbalizaciones negativas de sí mismo, falta de iniciativa, subestimación de sus habilidades.

NOC: Autonomía personal (1614)

• Indicadores: Participa en las decisiones de los cuidados de salud (161411)

Expresa la capacidad de hacer frente al estado de salud actual (161413)

NIC Y ACTIVIDADES:

• Apoyo en la toma de decisiones (5250)

• Informar sobre las diferentes alternativas que existen.

• Facilitar la toma de decisiones.

• Servir de enlace entre el paciente y la familia

• Mejora de la autoconfianza (5395)

• Explorar la percepción que el paciente tiene de sí mismo e identificar los componentes de riesgo que pueden contribuir a una baja confianza en sí mismo.

• Apoyar al paciente.

• Escucha activa (4920)

• Hacer preguntas que ayuden al paciente a expresarse y escucharle.

• Ayudar al paciente a expresar sus sentimientos y preocupaciones.

• Evitar barreras de la escucha activa.

NOC: Afrontamiento de problemas (1302)

• Indicadores: Refiere disminución del estrés (130204)

Obtiene ayuda de un profesional sanitario (130223)

Modifica el estilo de vida para reducir el estrés (130207)

NIC Y ACTIVIDADES:

• Asesoramiento (5240)

• Establecer una relación terapéutica

• Ayudar al paciente a identificar el problema y las posibles causas, así como la búsqueda de soluciones.

• Control de estado de ánimo (5330)

• Enseñar al paciente habilidades para tomar decisiones.

• Ayudar al paciente a identificar los factores del humor disfuncional.

• Fomentar las relaciones sociales y familiares.

• Modificación de la conducta (4360)

• Ayudar a identificar sus fortalezas y reforzarlas.

• Ayudar el cambio de hábitos indeseables por otros más convenientes.

• Reforzar positivamente las decisiones tomadas por el propio paciente de forma autónoma.

NOC: Autoestima (1205)

• Indicadores: Aceptación de las propias limitaciones (120502)

Nivel de confianza (120511)

NIC Y ACTIVIDADES:

• Potenciación de la autoestima (5400)

• Ayudar al paciente a proporcionar ideas, experiencias o situaciones que

le ayuden a aumentar la autonomía y autoestima del paciente.

• Establecer, junto con el paciente, objetivos que le ayuden a conseguir una autoestima más alta.

• Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

• Identificar las relaciones familiares y sociales que tiene el paciente, así como su grado de relación y apoyo.

• Implicar a los familiares, amigos, pareja en los cuidados y su planificación.

Conclusión

Enfermería tiene un gran papel en el proceso de recuperación del paciente con COVID-19, tanto en la fomentación de hábitos saludables como en la mejora de su autoestima. Es de vital importancia realizar un seguimiento desde los equipos de atención primaria, siendo ellos los responsables de la detección precoz de posibles complicaciones, así como de la óptima recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zhao H-M, Xie Y-X, Wang C. Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with coronavirus disease 2019. Chin Med J (Engl) [Internet]. 2020;133(13).

2. Gómez A, López AM, Villeda K, Morata AB, Superrúa M, Villamayor B, Castillo J, Pleguezuelos E. Actualización en rehabilitación respiratoria en el paciente con COVID-19 de SORECAR. SORECAR. 2020;1-13.

3. S.A. Arbillaga, M. Pardàs, R. Escudero, R. Rodríguez, V. Alcaraz, S. Llanes, et al. Fisioterapia respiratoria en el manejo del paciente con COVID-19: recomendaciones generales. SEPA. 2020.

4. Asociación Médica de Rehabilitación de China, Comité de Rehabilitación Respiratoria de la Asociación Médica de Rehabilitación de China, Grupo de Rehabilitación Cardiopulmonar de la Rama de Medicina Física y Rehabilitación de la Asociación Médica de China. Nueva guía de rehabilitación respiratoria para neumonía por virus coronavirus 2019 (segunda edición). Chinese J Tuberc Respir Dis. 2020;43:1-10.

5. Torres Castro R, Veronesi M, Arellano Sepúlveda D, Gross P, Gutiérrez Arias R, Resguardo A, Vera Uribe R, Cesario H. Recomendaciones clínicas de Kinesioterapia respiratoria en atención de paciente con COVID-19. 2020.

6. Aldecoa Landesa S, Carbajo Martín L, Hernández Rodríguez M, Martín Álvarez R, Martínez Vázquez M del M, Párraga Martínez I, et al. Continuidad asistencial al alta en pacientes con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. Soc Española Med Fam y Comunitaria. 2020;12-9.



Posturas maternas que favorecen el trabajo de parto

Incluido en Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XV. Número 20 – Segunda quincena de Octubre de 2020 – Página inicial: Vol. XV; n° 20; 1012

RESUMEN

Introducción: A lo largo de la historia las mujeres elegían parir en posiciones verticales, como en cuclillas o sentadas, ya que favorecían la consecución de un parto y un nacimiento fisiológicos. En la época moderna, se empezó a colocar a las gestantes en posiciones horizontales durante el parto, ya que esto facilitaba la realización de maniobras por parte de la persona encargada de atender el parto; pero también se vio influenciado por la aparición de la analgesia epidural en el mundo de la obstetricia. A pesar de ello, se debe animar a las mujeres a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean.

Objetivo: Evaluar las posiciones maternas más adecuadas para una correcta evolución del proceso de parto en las gestantes.

Conclusiones: La libertad de movimientos y cambio de postura durante el parto es muy importante para que este se desarrolle de forma fisiológica. Hay múltiples variantes de posiciones posibles, y en muchas ocasiones la mujer las realiza de forma instintiva; dependiendo del momento del parto en el que se encuentre. Existen diferentes posiciones que pueden adoptar y cada una de ellas va a favorecer la evolución del parto, modificando la funcionalidad de la pelvis dependiendo del momento de encajamiento en que se encuentre la cabeza fetal. La posición decúbito supino no está recomendada según la evidencia científica consultada, ya que conlleva un mayor número de complicaciones fetales.

Palabras clave: libertad de movimientos, trabajo de parto, verticalidad, posturas.

ABSTRACT

Introduction: Throughout history, women chose to give birth in vertical positions, such as squatting or sitting, as they favored the attainment of a physiological birth and birth. In modern times, parturient began to be placed in horizontal positions as this facilitated the performance of maneuvers by the person in charge of attending the delivery; but it was also influenced by the appearance of epidural analgesia in the world of obstetrics. Despite this, women should be encouraged to adopt whatever position they find comfortable throughout the period of dilation and to mobilize if they wish.

Objective: To evaluate the most appropriate maternal positions for a correct evolution of the birth process in pregnant women.

Conclusions: Freedom of movement and change of posture during childbirth



is very important for this to develop physiologically. There are multiple variants of possible positions, and in many cases the woman performs them instinctively; depending on the time of delivery where they are. There are different positions that they can adopt and each one of them will favor the evolution of the birth, modifying the functionality of the pelvis depending on the moment of engagement in which the fetal head is located. Supine position is not recommended according to the scientific evidence consulted, since it involves a greater number of fetal complications.

Keywords: freedom of movement, labor, verticality, postures.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia la mujer eligía dar a luz en diferentes variantes de la posición de pie, como lo demuestran los grabados, cerámicas y esculturas de prácticamente todas las culturas en el mundo¹; y estas posiciones estaban caracterizadas por la movilidad y la verticalidad.

Conforme pasaban los años, comenzaron a aparecer diferentes instrumentos para facilitar la adquisición de estas posturas, como fue por ejemplo la fabricación de sillas especiales para el parto vertical² y que las mujeres podían utilizar como apoyo. Ellas elegían parir en posiciones verticales, como en cuclillas o sentadas, ya que favorecían así un parto y un nacimiento fisiológicos.

Esta evolución nos lleva hasta la época moderna, donde se empezaron a colocar

a las gestantes en posiciones horizontales en el momento en el que se iba a producir la expulsión del feto, sin posibilidad de movimientos³; ya que esto facilitaba el trabajo de la persona que se estaba encargando de la asistencia del parto y de esta manera pudiera realizar maniobras de forma más cómoda para el profesional⁴.

Los factores que influyen en la posición que adoptan las mujeres durante el parto están influidos de manera importante por las normas culturales; por las expectativas y las exigencias de los profesionales que asisten, así como por las restricciones que pueden provocar procedimientos médicos como es la monitorización fetal, el tratamiento intravenoso, o la analgesia epidural⁵, que va a limitar de manera importante los movimientos autónomos de la mujer.

Las dudas acerca de la posición a la hora de parir surgieron al observarse que hay ciertas posturas en las que se aprovecha la fuerza de la gravedad y a consecuencia de esto, los partos parecían ir más rápido^{6, 7} y, sobre todo, que cuando la mujer podía decidir cómo colocarse, se sentía más competente, aumentaba su confianza, y el riesgo de depresión posparto era menor⁶. Es decir, se sentía más partícipe del proceso cuando podía elegir cómo parir y menos cuando debía adoptar posiciones con tan poca libertad como la de litotomía.

Actualmente, gracias a la evidencia científica existente, se comprueba la eficacia de la libertad de movimientos y la postura vertical durante el parto⁸, y se

reafirman en la importancia de ello para que el parto se desarrolle de la manera más fisiológica posible; pero a pesar de esto, la mayoría de las veces se sigue manteniendo a la mujer inmóvil durante el parto.

Se debe animar a la mujer a adoptar posiciones diferentes y a deambular durante el proceso de parto, con el fin de conseguir un mayor nivel de comodidad, controlar el dolor y lograr un proceso de dilatación de correcta evolución⁹. Tal y como contempla la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad¹⁰, “se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.”

Alternar las diferentes posiciones ayudará a la mujer durante el proceso de dilatación, de parto activo, siempre teniendo en cuenta sus preferencias personales, individualizando, y comprobando si es necesario una vigilancia fetal estrecha o no.

La permisividad de que adopten diferentes posturas, se va a ver influida de manera importante con la introducción de la analgesia epidural en el campo de la obstetricia. En la década de los 70 aparece la analgesia epidural para eliminar el dolor durante el parto. Esto requiere una mayor vigilancia, monitorización materna y fetal y por lo tanto dificulta la

viene de pág. 37

movilidad¹¹. Aunque muchas mujeres inicialmente expresan preferencias de posición para su parto, el dolor es muy importante para ellas y al final muchas de ellas terminan eligiendo la analgesia epidural para aliviar el dolor del proceso.

De esta manera, se obliga a mantenerlas en posición horizontal o semisentadas¹², ya que en posición vertical, habría que considerar el riesgo de una caída por diferentes causas, debido a la disminución de la función motora y de la sensibilidad propioceptiva de los miembros inferiores, hipotensión o aturdimiento¹³. A pesar de ello, los profesionales sanitarios debemos saber comprobar el bloqueo motor de la gestante, para que ella adopte la posición que le sea más cómoda durante el proceso del parto.

Existen diferentes posiciones que pueden adoptar y cada una de ellas va a favorecer la evolución del parto, modificando la funcionalidad de la pelvis dependiendo del momento de encajamiento en que se encuentre la cabeza fetal; aunque en muchas ocasiones, será la mujer la que las realice de forma instintiva; dependiendo del momento del parto en el que se encuentre.

En el proceso de dilatación básicamente van a ser tres las que van a crear una correcta funcionalidad de la pelvis: de pie con las rodillas ligeramente flexionadas, sentada sobre un balón de esferodinamia o de rodillas apoyada sobre las manos (cuadrupedia) ¹⁴.

Añadido a estas posiciones; diferentes estudios realizados en la década de los 60, mostraron que caminar durante el periodo de dilatación mejoraba la calidad de las contracciones, acortaba la duración del trabajo de parto y podía hacer más tolerable el dolor¹⁵.

Para el periodo de expulsivo, existen diferentes posiciones facilitantes según el momento y situación en que se encuentre la cabeza fetal¹⁶, intentando conseguir los mayores diámetros pélvicos posibles.

En el primer periodo de encajamiento fetal, la cabeza se encuentra libre, el feto está por encima del estrecho superior de la pelvis materna; por tanto las posturas que se pueden adoptar son aquellas que consigan una mayor apertura del estrecho superior para que el feto comience un correcto descenso por la excavación pélvica.

Esto se puede conseguir con una flexión de las caderas junto a una rotación externa de estas (se juntan los isquiones y se abren los huesos ilíacos), así como realizando una retroversión pélvica y contranutación del sacro (bascular el sacro hacia atrás) ^{6, 14, 16}. Un ejemplo de posiciones con las cuales podrían conseguirlo son: sentada sobre una pelota de partos, suspendida de unas telas colgadas del techo, decúbito lateral, o realizando presión manual sobre el sacro para provocar contranutación.

En el segundo periodo es el momento en el que comienza el descenso de la cabeza fetal así como este inicia la rotación cefálica guiado por la musculatura del suelo pélvico.

En este momento lo que se quiere conseguir es que la pelvis se encuentre

lo más libre posible, iniciando una nutación del sacro y realizando una rotación interna de las caderas para conseguir que los isquiones comiencen a separarse ^{6, 14, 16}. Estas posiciones podrían ser: de rodillas con las piernas paralelas, decúbito lateral con asimetría de los miembros inferiores, así como cualquier postura vertical, que ayudará al descenso fetal.

Por último en el momento del desprendimiento de la cabeza fetal donde este se encuentra orientado hacia el hiato urogenital, posiciones facilitantes serán aquellas donde la pelvis se encuentre libre, exista nutación sacra (isquiones separados) y de esta manera se consiga una mayor apertura del estrecho inferior ^{6, 14, 16}. Algunas opciones serían: De cuclillas, de pie con las caderas semiflexionadas, cuadrupedia, decúbito lateral...

La evidencia revisada coincide en la no utilización de la postura decúbito supino de manera rutinaria, ya que los inconvenientes de esta posición son mayores que las ventajas. En esta posición, la saturación de oxígeno del feto es menor y la tasa de partos instrumentales parece estar aumentada así como la realización de episiotomías; sin embargo la posibilidad de hemorragias postparto es menor¹⁷.

Con respecto a posturas que se pueden utilizar para corregir malposiciones fetales, un ensayo clínico aleatorizado que se realizó en Madrid¹⁸ acerca de la posición fetal occipito-posterior (distocia frecuente en el proceso de parto); concluyó que la adopción durante la dilatación de una modificación de la posición de Sims sobre el lado en el que está colocado el dorso fetal es más efectiva que el libre mantenimiento de otras posiciones para alcanzar la rotación del occipucio fetal hacia una posición anterior.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Evaluar las posiciones maternas más adecuadas para una correcta evolución del proceso de parto en las gestantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los beneficios y riesgos del uso de las diferentes posiciones en el trabajo de parto.
2. Identificar las posibles complicaciones materno-fetales que puedan provocar estas posiciones.
3. Valorar la satisfacción en las mujeres cuando pueden decidir la posición que prefieren en el proceso de parto.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en diferentes bases de datos como Pubmed, Cochrane, CUIDEN, Scielo..., seleccionando aquellos más recientes. También se han consultado las distintas GPC acerca de la atención al Parto Normal (Ministerio de Sanidad, NICE,...)

CONCLUSIONES

– La libertad de movimientos y cambio de postura durante el parto es muy importante para que este se desarrolle de forma fisiológica, se debe animar a la mujer a que lo realice ya que conseguirá un mayor nivel de comodidad, controlará el dolor y logrará un proceso de dilata-

ción de correcta evolución.

– Los profesionales sanitarios debemos conocer la manera de valorar el bloqueo motor en aquellas gestantes que escojan analgesia epidural para que ellas también puedan adoptar la postura en la que se encuentren más cómodas.

– En el periodo de encajamiento fetal, son posturas facilitantes aquellas que consigan una apertura del estrecho superior de la pelvis materna.

– En el periodo de descenso de la cabeza fetal, son posturas facilitantes aquellas que hacen que los isquiones comiencen a separarse.

– En el periodo de desprendimiento de la cabeza fetal, son posturas facilitantes aquellas que consigan una apertura del estrecho inferior de la pelvis materna.

– La posición decúbito supino no está recomendada según la evidencia científica consultada, ya que conlleva mayor complicaciones fetales como la menor saturación de oxígeno, y aumenta la tasa de partos instrumentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Engelmann GJ. Labor among primitive peoples. St Louis: JH Chambers, 1882.
2. Mosquera Pan L, Onandia Garate M, Lucas Lago AM, Tizón Bouza E. La silla de partos. Un recurso acompañante de la verticalidad en el parto. Revista Rol de Enfermería 2015; 38(6): 426-432.
3. Cutilla Muñoz AM, Rodríguez Villa S, Cadenas Rojas M. Utilidad de la posición vertical y la silla obstétrica en el parto de baja intervención. Rev Paraninfo Digital, 2016; 25.
4. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54: 49-57.
5. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 2.
6. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2012; 38(1): 134 – 145.
7. Calvo Aguilar O, Flores Romero AL, Morales García VE. Comparación de

resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecol Obstet Mex 2013; 81: 1-10

8. Romero Roy ME, Carrizosa Moreno A, Jimeno JF. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. Medicina naturista, 2014; 8 (1): 23-30.

9. Martínez León J, Martínez Galiano JM, Medina Gil AM. Atención sanitaria durante el periodo de dilatación. En: Juan Miguel Martínez Galiano. Manual de asistencia al parto. 1ª ed. Amsterdam; Barcelona: Elsevier D.L.; 2013: 21-41.

10. Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Ministerio de sanidad y política social. 2011.

11. L. Pérez. Manejo del dolor en el trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. Matronas Prof. 2006; 7(1): 14-22.

12. L. Aceituno, M. T. Sánchez-Barroso, M. H. Segura, E. Ruiz-Martínez, S. Perales, V. González-Acosta et al. Influencia de la analgesia epidural en el parto. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2010; 37(1): 27-31.

13. Rodríguez L. Actualización en la hidratación de la gestante. Info Colloids. 2014; 20: 3-17.

14. Calais-Germain B, Vives Parés N. Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis en el parto. Liebre De Marzo, 2015.

15. Caldeyro-Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils LA. Effects of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. Am J Obstet Gynecol. 1960; 80: 284-90.

16. Benito González E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Biociencias. 2005; 3.

17. Calvo Aguilar O, Flores Romero AL, Morales García VE. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecol Obstet Mex 2013; 81: 1-10

18. Martín Fernández A. Efectividad de una modificación de la posición de Sims para el manejo de la presentación occipito-posterior durante la fase de dilatación: Ensayo clínico controlado aleatorizado. Serie Matronas. 2012; 4 (5): 122-173.

Piense y realice una opción inteligente
Invierta en publicidad

Publicite en...

EL DIARIO MEDICO
Salud hoy

Telefax: 2 408 37 97 - Cel.: 099 351 366
eldiariomedico@eldiariomedico.com.uy
www.eldiariomedico.com.uy

Sacar vacunas a todo trapo: ¿cómo se acelera tanto un proceso que dura décadas?



Por SANTIAGO CAMPILLO BROCAL

Las vacunas estimulan a nuestro sistema inmunitario para que esté preparado y pueda combatir más rápidamente una amenaza (como un virus) y anularla antes de que cause problemas graves.

Para ello, las vacunas modernas usan solo una molécula (o un pequeño conjunto de ellas) procedente del patógeno, la cual se coge y se utiliza como “diana” de entrenamiento para nuestras defensas. Estos productos son complicados y necesitan de mucho tiempo y recursos para que lleguen al público. Sin embargo, la COVID-19 está acelerando el proceso de desarrollo a una velocidad jamás vista. ¿Qué implicaciones puede tener este frenesí por obtener una vacuna lo antes posible? ¿Estamos preparados para hacerlo?

FASES Y DÉCADAS: ¿CUÁNTO TARDA EN HACERSE UNA VACUNA?

El desarrollo clásico de una vacuna pasaba por utilizar un microbio “inactivado”, es decir, muerto o inutilizado, con unas sustancias llamadas coadyuvantes. Estas son sustancias que ayudan al sistema inmunitario a responder mejor a la vacuna, lo que aumenta su capacidad de reacción contra la enfermedad.

Descifrar el genoma del SARS-CoV-2 ha permitido comenzar pronto con las pruebas clínicas de la vacuna.

Actualmente, el proceso es más sofisticado y se suelen desarrollar lo que se

conocen como vacunas “de subunidad”. En ellas, se elige solo una característica del patógeno (un antígeno) para dirigir la respuesta inmunitaria. Este antígeno suele ser solo una molécula, o un pequeño conjunto de ellas, en vez de todo el microorganismo o el virus inactivado.

A pesar de que suena sencillo, es un procedimiento terriblemente complicado. Por ello, una vez identificado el patógeno y su antígeno, se debe probar que funciona como vacuna. Primero se hacen una serie de ensayos en laboratorio, seguidos de pruebas con animales, lo que puede llevar varios años. A estos procedimientos se les llama ensayos preclínicos.

A PARTIR DE AQUÍ COMIENZAN LO QUE SE CONOCEN COMO ENSAYOS O FASES CLÍNICAS, QUE SON CUATRO:

La fase I consiste en emplear un grupo reducido de voluntarios para determinar si la vacuna es segura. Es una de las fases más delicadas.

En la fase II aumenta el número de voluntarios y se centra en conocer la dosis eficaz del tratamiento, además de anotar las contraindicaciones.

En la fase III se comprueba si la vacuna funciona, para lo que se compara con otras para los que ya existe un estándar de tratamiento, empleando un número bastante grande de personas, normalmente miles. Esta es la segunda etapa más delicada. Una vez que se supera la fase III, un medicamento o vacuna es aprobado para salir al mercado, pero ahí no termina el periplo.

A partir de este momento, el tratamiento entra en fase IV, y se mantienen en observación largo tiempo para determinar efectos no conocidos o resolver algunas cuestiones relacionadas con el tratamiento. En estos estudios pueden implicarse hasta millones de personas y amplían muchísimo el espectro que se conoce sobre el tratamiento.

En general, solo para llegar a fase III hace falta al menos una década de desarrollo, puede que más. Normalmente,



superar la fase III puede conllevar otra década por sí misma. Sin embargo, esto no es una regla y depende mucho del tratamiento, de los productos usados, de los recursos invertidos y del esfuerzo puesto. Por ejemplo, la vacuna de la polio tardó más de dos décadas en poder llegar a humanos y otras tres más hasta que se volvió segura. Las vacunas de la gripe, por poner otro ejemplo, cambian cada año para poder adaptarse a un virus que muta rápidamente.

A PASOS DE GIGANTE

Con la vacuna de la COVID-19 estamos viendo un desarrollo inusualmente rápido. Así, la vacuna de Moderna, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud de EEUU (el NIH), pasó de la fase preclínica a clínica en solo dos meses, y en apenas otros ocho se encuentra ya en la recta final, en fase III. Otro ejemplo impresionante lo vemos en la vacuna de Adenovirus 26, en desarrollo por Johnson & Johnson. Esta recibió un importante impulso de 456 millones de dólares en marzo. En julio ya estaba en fase combinada I y II, y en septiembre entró en fase clínica III. Sin embargo, actualmente está pausada para revisar una contraindicación observada en un paciente voluntario.

Como vemos, el proceso ya no necesita de décadas, sino de meses, para

obtener una vacuna segura. ¿Cómo es esto posible?

¿CÓMO SE HA ACELERADO TANTO EL PROCESO DE LA VACUNA DE LA COVID-19?

En enero comenzaron los trabajos para descifrar el genoma del SARS-CoV-2, y ya, en marzo, comenzaron las primeras pruebas clínicas de la vacuna en humanos. Actualmente, 11 están en su fase final de aprobación, y hay casi 50 en desarrollo clínico avanzado. Jamás la carrera por una vacuna había sido tan rápida. “Para cualquier fármaco la calidad y la seguridad son importantísimos”, explica María del Rosario Cambroner, Medical Affairs Lead Core Vaccines & Above Brand de GSK. “Para una vacuna es primordial y hay que ser muy rigurosos en todos los controles de calidad y seguridad que se realizan”.

“Solo para llegar a fase III hace falta al menos una década de desarrollo”

Probablemente el mayor aliado en este avance sea la secuenciación del material genético del virus. Sabiendo cómo “está hecho” el virus, es mucho más fácil conocer sus diferencias con otros coronavirus y sus puntos débiles. Gracias a esto, y al conocimiento que ya se tenía sobre otros coronavirus, como el SARS-CoV

sigue en pág. 40

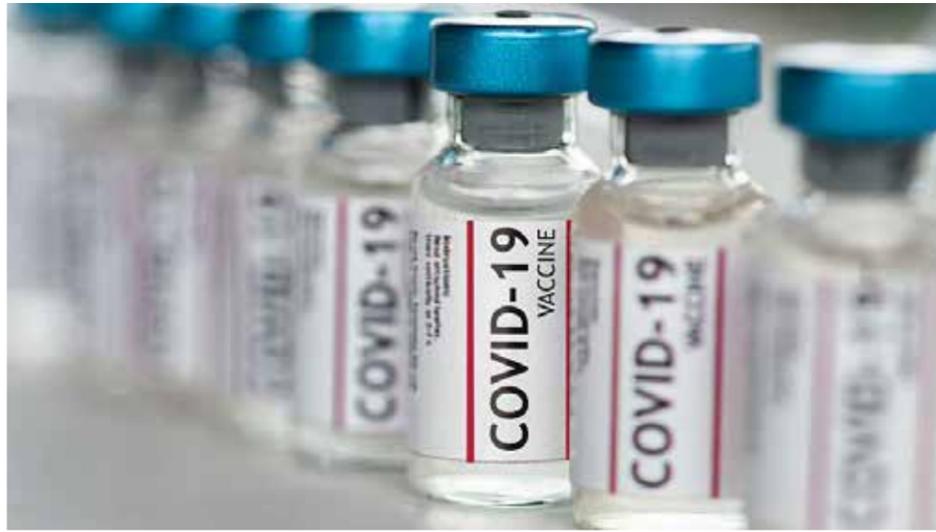


viene de pág. 39

o el MERS-CoV, se ha podido avanzar rapidísimamente. Otra opción para que el proceso sea más rápido es combinar fases, obteniendo información de manera paralela, lo que puede ahorrar mucho tiempo, pero solo se puede hacer cuando se tiene mucho conocimiento sobre un medicamento. "En una situación de pandemia se ha de reducir al máximo el tiempo de desarrollo", confirma Cambrotero, "pero siempre hay ciertas fases que no nos podemos saltar y que son imprescindibles para que los productos puedan salir al mercado".

En general, solo para llegar a fase III hace falta al menos una década de desarrollo.

Todas las vacunas (casi todas, al menos) han tenido que pasar por el proceso clínico correspondiente, con todas sus



fases, y ninguna ha llegado a superar todavía la fase III. ¿Cuánto tiempo tardarán en hacerlo? Expertos como el Dr. Adolfo García-Sastre, microbiólogo del Hospital Monte Sinaí en Nueva York, creen que

para mediados del año que viene comenzarán las campañas de vacunación. Los más conservadores, como Mariano Esteban, investigador del Centro Nacional de Biotecnología del CSIC, cuyo equipo

está desarrollando una de las vacunas españolas más prometedoras, apuntan que todavía falta, al menos, un año, si no más, para ver una vacuna distribuida entre la población.

El conocimiento que ya se tenía sobre otros coronavirus, como el SARS-CoV o el MERS-CoV, ha permitido avanzar rapidísimamente en el desarrollo de la vacuna.

Muchas vacunas fallarán en el intento. Otras no cumplirán las expectativas. Unas pocas alcanzarán su cometido de manera segura y rápida, pero esto no será cuestión de suerte. Incluso con el frenesí que estamos viviendo, los investigadores e investigadoras trabajan arduamente para asegurarse de que todas las vacunas que llegan al mercado son seguras. Al menos todas aquellas que pasan las fases clínicas, un proceso que, si bien está siendo rápido, no está siendo menos exhaustivo que con otras.

¿Será la vacuna el final de la pandemia COVID-19?

Por Rafael Sirera

LA PANDEMIA

Tras 10 meses con nosotros, las cifras globales de la pandemia COVID-19 asustan. En sus seis primeros meses se detectaron 10 millones de casos, pero en los últimos tres meses se han infectado 30 millones de sujetos. Y ya han muerto más de un millón de personas. Actualmente cada 3 días hay un nuevo millón de infectados. Afortunadamente si bien el número de infectados se ha triplicado en la mitad de tiempo de pandemia, el de muertos "sólo" se ha duplicado. Ante tal magnitud de COVID-19, a escala global y como nunca ante se había visto, los gobiernos y la industria farmacéutica se apresuran a encontrar una manera de frenar esta terrible enfermedad infecciosa que ha puesto en jaque el mundo en que vivimos.

El desarrollo de una vacuna segura y protectora contra el coronavirus SARS-CoV-2 comenzó en muchos laboratorios a la vez y tan pronto como se pudo, gracias a la secuenciación del genoma del virus. En estos momentos se están trabajando en más de 150 vacunas contra el coronavirus en todo el mundo con la esperanza de llevar al menos una al mercado en un tiempo récord para aliviar la crisis mundial. La Organización Mundial de la Salud supervisa a las 42 que están más evolucionadas y también está coordinando los esfuerzos globales para desarrollar una vacuna, con miras a administrar dos mil millones de dosis para fines de 2021. Las empresas biotecnológicas con más experiencia en el ámbito, en pocas semanas ya habían puesto a prueba sus hipótesis y a principios de abril ya habían fabricado cientos de dosis, listas para su uso en ensayos clínicos. En menos de tres meses ya teníamos resultados de las fases I y II de estos ensayos en miles de voluntarios sanos, demostrando en muchos casos que las vacunas eran seguras para su uso. Estos ensayos en fases tempranas también de-

mostraron que la vacunación provocaba justamente el tipo de respuesta inmune al COVID-19 que esperábamos lograr, producción de anticuerpos y células citotóxicas contra el virus.

De todos los intentos de generar vacunas sólo 8 modelos experimentales con administración intramuscular ya han entrado en fase III de evaluación, con el objetivo de reclutar entre 10.000 y 60.000 sujetos en cada uno de ellos. Aunque en los ensayos en fase III un par de vacunas han tenido que pararse momentáneamente por algún efecto adverso. La del Jenner Institute en Oxford se detuvo por un problema neurológico, pero continuando su camino poco después (excepto en USA). La de Johnson & Johnson a fecha de hoy aún sigue parada por un efecto adverso en un voluntario. Con el desarrollo de estas vacunas tenemos otro detalle importante y nunca visto hasta la fecha, la necesidad es tan imperiosa que algunos laboratorios de forma altruista han descartado obtener beneficios comerciales de la vacuna y con su venta solo pretenden cubrir los costes de desarrollo y fabricación.

LAS VACUNAS

Si todo sale según lo planeado y cada vacuna cumple con todos los estándares regulatorios necesarios, se fabricarán a una escala nunca vista antes y también deberán estar disponibles para su uso en países con ingresos bajos. Algunas de estas compañías, como AstraZeneca, ya se han comprometido a producir dos mil millones de dosis, cada una con un costo de alrededor de 4 €. Los candidatos a inmunizar contra COVID-19, como todas las vacunas, tienen como objetivo fundamental instruir al sistema inmunológico para que monte una defensa, lo más similar posible a la que se conseguiría a través de una infección natural y con menos consecuencias para la salud. Para hacerlo, algunas vacunas usan todo el coronavirus, pero en un estado muerto o debilitado. Otras usan solo una parte del

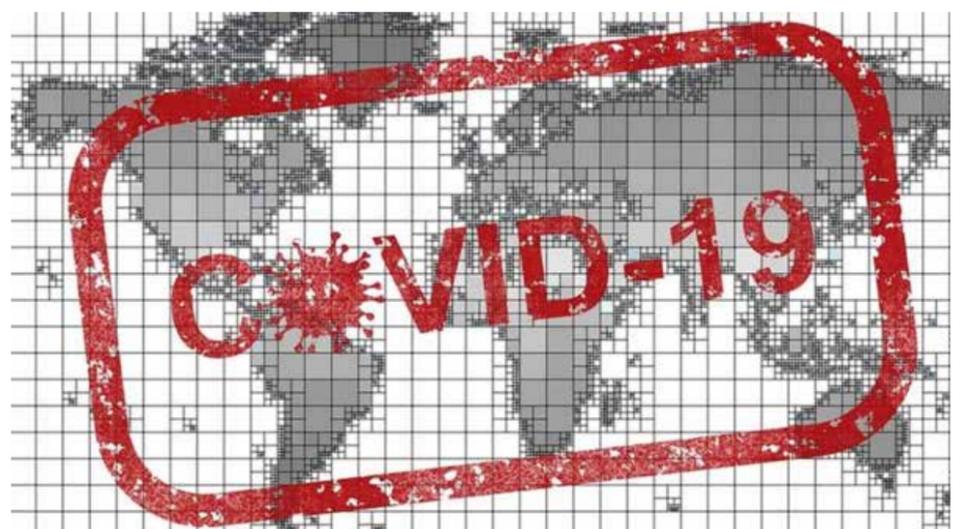


virus, ya sea una proteína o un fragmento. Algunas transfieren las proteínas del coronavirus a un virus diferente, como un adenovirus de chimpancé, que es poco probable que cause una enfermedad en humanos. Finalmente, algunas vacunas en desarrollo se basan en el despliegue de partes del material genético del coronavirus, por lo que nuestras células pueden producir temporalmente las proteínas del coronavirus necesarias para estimular nuestro sistema inmuno-

lógico. El gen o proteína elegida en todos los diseños actuales es la glicoproteína de superficie spike.

Normalmente y debido al proceso de desarrollo, regulación, producción y distribución, puede llevar de 10 a 15 años lanzar una vacuna al mercado; sin duda un proceso largo en sí mismo, pero seguro y eficaz. Con la COVID-19 se están rompiendo todas estas limitaciones

sigue en pág. 41



viene de pág. 40

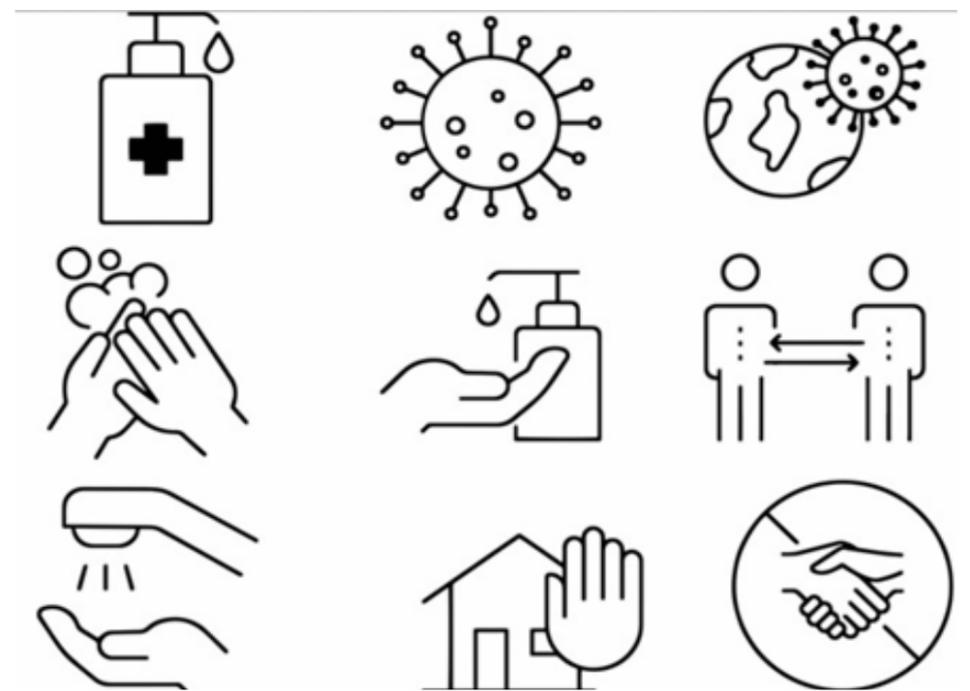
espaciotemporales y pretendemos tener una vacuna de uso en un año o menos. Pese a esta reducción tan drástica inaudita, las empresas farmacéuticas insisten en que se están llevando a cabo todos los procedimientos reglamentarios que garantizarán su seguridad y eficacia. Todo el proceso comprimido, hasta el punto de que las Agencias están permitiendo que finalicen los ensayos antes de tiempo si sus resultados provisionales son abrumadoramente positivos o negativos. Por otro lado, tenemos las presiones políticas que están empujando al límite todo este proceso para poder tener rédito electoral. Aunque es demasiado pronto para decir qué candidatos tendrán éxito en última instancia, los países se hayan ante la tesitura de apostar por alguna de ellas y adelantar pedidos de decenas de millones de dosis. El desarrollo ha sido tan vertiginoso porque algunas compañías biotecnológicas como la de Oxford tenían ya experiencia en generar vacunas contra otros coronavirus, en concreto MERS, y eso les daba cierta ventaja. En el caso de Oxford en pocas semanas ya habían generado el vector y en febrero ya habían producido suficientes como para evaluar su papel *in vitro* y en animales de experimentación. Aparentemente el desafío no está en generar el inmunógeno, el limitante será su seguridad, eficacia y su escalabilidad a la hora de fabricarlos a gran escala.

Pero el desarrollo de las vacunas se enfrenta a un nuevo reto, la variabilidad adaptativa del virus. La mutación D614G y que afecta a la proteína spike es una de las predominantes en estos momentos en los coronavirus que nos acechan y nos tenemos que preguntar si esta mutación ha aumentado la tasa de infectividad y si esta va a modificar la eficacia de las vacunas en desarrollo. En estudios *in vitro* en cultivos de epitelio nasal humano, la variante G se replica con mucha mayor eficacia y rapidez, en un orden de 10 veces, que la variable ancestral D. En estudios donde se hace competir ambas variantes del virus, tras cuatro pases ya no se observan variantes D y los cultivos

están totalmente dominados por la cepa contemporánea. También se ha analizado su comportamiento en hámsteres que portan el receptor ACE2 humano y se ha visto como se aumentaba su infectividad mediante aerosoles frente a la variante D, lo que justifica aún más su alta tasa de sustitución de una variante por otra. Pero hay un dato esperanzador, aunque está en la parte externa de spike, no corresponde a un aminoácido fundamental en su interacción con el receptor y los anticuerpos generados a partir de una infección natural con virus que contienen D614 neutralizan de forma cruzada a la variante G614, lo que sugiere que el locus no es crítico para la inmunidad mediada por anticuerpos.

¿PROTECCIÓN ANTE LA ENFERMEDAD O PROTECCIÓN ANTE LA TRANSMISIÓN?

Si bien se están desarrollando vacunas contra COVID-19 a una velocidad sin precedentes, ninguna de ellas se ha desarrollado y probado para ver si realmente pueden detener o contener la transmisión del virus. Los ensayos están diseñados para evitar que quienes están vacunados desarrollen la enfermedad COVID-19, pero no para que no se infecten. Por consiguiente, si bien las personas vacunadas pueden estar protegidas, también podrían propagar el virus. Mitigar la sintomatología no es prevenir la diseminación de la infección. Y este detalle es fundamental si estamos como desesperados buscando esa inmunidad de grupo que pueda detener la alta tasa de infectividad que SARS-CoV-2 ha manifestado. Por lo tanto, podemos encontrarnos en la paradoja que las personas no sufran la enfermedad, pero sean magníficos entes infecciosos de la misma. Lo que se está evaluando en estos ensayos a las vacunas es realmente el poder protector ante la sintomatología de la enfermedad pues a los voluntarios que participan en los ensayos clínicos sólo se les pide que reporten si manifiestan síntomas, y es en ese momento cuando se les analiza la presencia del virus en sus tejidos. Pero si los individuos son asintomáticos pasaran inadvertidos para los



científicos que supervisan los ensayos. Para no perder esta población de asintomáticos y potencialmente contagiadores se deberían hacer test masivos a todos los sujetos participantes en estudio con una periodicidad semanal. En ensayos con más de 60.000 participantes ello parece inabordable, a pesar de que sería lo recomendable.

De hecho, tenemos evidencias experimentales en primates no humanos que las vacunas pueden prevenir los síntomas y no frenar la diseminación de la infección. Lo que se ha observado es que, en monos vacunados y sometidos a infección, los pulmones están muy limpios de virus y los monos libres de síntomas, mientras que en la cavidad nasofaríngea persisten los virus con carácter infectivo. No pensemos que ante esta contrariedad las vacunas son ineficaces, pues cumplen un papel muy satisfactorio evitando la enfermedad en infectados, pero no reduciendo al nivel que esperamos la infectividad de los sujetos y la capacidad de la tan esperada inmunidad de grupo para proteger de forma masiva a la población mundial. Y ahí juega un papel crucial el ya famoso índice R (el número básico de reproducción), y que tenemos que tener en cuenta que aún esta por determinar con precisión pues hay gran variabilidad entre regiones. Recordemos que el número R es una forma de cuantificar la capacidad de propagación de cualquier enfermedad, incluida la del SARS-CoV-2. En definitiva, R es la cantidad de personas a las que una persona infectada transmitirá un virus. El sarampión tiene uno de los números más altos con un número R de 15 en poblaciones sin inmunidad; eso significa que, en promedio, una persona transmitirá el sarampión a otras 15. El coronavirus tiene un número R entre tres y cuatro si no tomamos medidas para detener su propagación. En los países europeos llegó ser de cuatro y actualmente ronda el valor de 1. Como tenemos que pensar de forma global y tener en cuenta la gran dispersión de infecciones, posiblemente alrededor del 25-50% de la población tendría que ser inmune al virus para lograr la supresión de la transmisión comunitaria o la inmunidad de grupo.

Todo ello nos tiene que hacer replantearnos qué es lo que vamos a poder conseguir y que las autoridades sani-

tarias lo tengan presente e introduzcan esas variables en su pronóstico sobre el curso de la pandemia. A la vista de ello el retorno a la normalidad una vez estén disponibles las vacunas puede que sea más costoso y difícil de lo que hubiéramos esperado.

Además, y redundando en la eficacia de las medidas vacunales tenemos ejemplo día a día de que estas están en un rango y no son absolutas. Por ejemplo, la viruela y la polio han podido ser erradicadas del planeta mientras que la vacuna de la gripe tiene una eficacia muy limitada como inmunidad de grupo y año a año. En el caso del coronavirus estas diferencias aún podrán ser más marcadas si tenemos en cuenta que hay varias estrategias para generar el inmunógeno (atenuados, subunidades, RNA y vectores virales), todas compitiendo apresuradamente y si demuestran esa eficacia en las fases III estarán de forma sincrónica todas en el mercado. Eso si con el fin de asegurarse un stock para sus ciudadanos los países han confiado empíricamente en el desarrollo de ciertas compañías y ya han hecho sus pedidos.

Nos enfrentamos a un virus respiratorio y sabemos sobradamente que la administración intranasal de la vacuna simula mucho mejor lo que sucede realmente en la infección. Esta ruta produce mucha más inmunidad en la mucosa de las vías aéreas superiores que la inyección intramuscular del inmunógeno. Ninguna de las vacunas que van más avanzadas en su desarrollo han elegido esta vía, todas son intramusculares. Esta vía va a generar muchos anticuerpos en la sangre y en tejidos muy vascularizados como el pulmón, pero mucho menos en otros tejidos como es el caso de la ya citada mucosa oronasofaríngea.

Y tenemos también claros ejemplos de como se comportan dos tipos de vacunas ante un mismo microorganismo según se administren de una forma u otra. Me estoy refiriendo a la vacuna de la poliomielitis. La primera que se desarrolló era la vacuna de Salk y consistía en virus "vivos" atenuados que se administraban de forma oral. Sabin desarrolló posteriormente la vacuna de virus "muertos" inactivados que se administraba por inyección intramuscular. La vacuna de

sigue en pág. 42



viene de pág. 41

Sabin protegía muy bien ante los nocivos efectos de la enfermedad, pero en absoluto detenía la infección de los sujetos vacunados y esos podían seguir diseminando los virus por vía intestinal. Por contra la vacuna de Salk generaba una inmunidad potente en el aparato digestivo neutralizando mucho más efectivamente la posible infectividad de los virus y por consiguiente evitando la enfermedad de los sujetos.

CUANTO DURARÁ LA INMUNIDAD

Ante esta cuestión nos tenemos que plantear dos posibles escenarios. Uno de ellos es la duración de los anticuerpos neutralizantes y los linfocitos T de memoria contra el coronavirus. La otra es la posible variabilidad antigénica de SARS-CoV-2 con el tiempo y que haga que esta inmunidad sea insuficiente, como sucede año tras año para la gripe. Para la primera cuestión no tenemos ninguna pista o evidencia que nos haga presuponer algo. Ni siquiera lo que sucede in vivo en los infectados. La humanidad llevamos menos de un año enfrentándonos a esta pandemia y hemos cuantificado robustas tasas de anticuerpos en los que han pasado la infección, pero no sabemos aún cuanto puede durar la inmunidad en los individuos que se han recuperado de la enfermedad. Y tengamos presente que este es el escenario más apropiado para generar una potente y protectora inmunidad. Algo que queremos emular con los diseños de nuestras vacunas pero que somos conscientes que jamás se conseguirán tasas de inmunidad como el contacto natural con el microorganismo.

Además, estudiando este aspecto tenemos un sesgo experimental muy importante pues tendemos, por ser más fácil y asequible, a analizar los anticuerpos contra coronavirus, si es posible neutralizantes. Pero analizamos menos, y con mucha más dificultad, la presencia de linfocitos T que van a participar en la memoria inmunológica tanto de tipo helper como citotóxico. Tenemos que ser conscientes que una bajada en el título de anticuerpos neutralizantes anti-SARS-CoV-2 no tiene porqué significar una falta de protección.

Y del papel que juegan las células en el control de las enfermedades virales tenemos amplia experiencia y evidencia. Sabemos que sujetos con inmunodeficiencias de anticuerpos responden muy bien ante vacunaciones virales y adquieren inmunidad efectiva. Con la excepción de coxackie y poliovirus, para el resto de virus, sólo las células T son capaces de controlar las infecciones. Además, las evidencias que arrojaron las pasadas epidemias de coronavirus como SARS y MERS mostraron que los anticuerpos neutralizantes en sujetos que habían pasado la infección se podían observar tras dos o tres años, pero lo más esperanzador es que a día de hoy aún se pueden identificar en ellos células T de memoria. Eso sí, tengamos presente que es inmunidad ganada ante la infección activa y no generada artificialmente mediante vacunas, un detalle importante.

Pero ante la segunda incógnita de la variabilidad del coronavirus, el conocimiento que tenemos del tropismo y la biología del virus sí que nos puede permitir aventurarnos a elucubrar y lanzar hipótesis. Los coronavirus no han mostrado deriva genética como sí que lo han hecho los virus de la influenza, lo que es muy importante para mantener la eficacia. Y, por otro lado, sabemos que el tropismo y la capacidad de interacción de la proteína spike con el receptor ACE2 humano es tan fundamental que deja poca cabida a variación o mutación que no lleven aparejados virus que sean mucho menos infectivos y patogénicos.

No tenemos constancia de que los coronavirus sufran recombinación (reassortment) como lo hacen los virus de genomas segmentados como influenza virus, reovirus y bunyavirus.

Pero nos queda un tercer reto a la hora de analizar la inmunidad ganada por los infectados o los vacunados. Hasta el momento la prevalencia y la duración de las respuestas de anticuerpos neutralizantes después de la infección se están realizando mediante la neutralización de pseudotipos o ensayos de ELISA no funcionales. Será vital que en un futuro se puedan definir mediante ensayos de neutralización de referencia que utilizan virus vivos en lugar de estos ensayos de aproximación más asequibles y menos precisos.

Y voy a terminar este ensayo haciendo una consideración final sobre las vacunas y que no es menos importante que las expuestas hasta ahora. Me estoy refiriendo a la estrategia de asignación de la vacuna COVID-19. Después de que se apruebe alguna vacuna y esté disponible, las autoridades sanitarias deberán decidir qué poblaciones han de recibirla primero y a qué costo. Parece ser que se asignarían preferentemente las vacunas a personas con alto riesgo de morbilidad y mortalidad graves. Otros dos criterios adicionales para la asignación equitativa de vacunas serán los riesgos de contraer la infección y de generar un impacto social negativo. Por ello, los trabajadores de primera línea de atención médica y otros trabajos esenciales, como los maestros de escuela, pertenecen a estos grupos. En el primer grupo, los sujetos de edad avanzada están en esos colectivos y sabemos que, aunque en ellos hay que prevenir enfermedades infecciosas para no agravar su deterioro fisiológico con la edad, las vacunas son menos efectivas en poblaciones de mayor edad que en poblaciones más jóvenes, en parte debido a la senescencia inmunológica. Y esto lo vemos temporada a temporada con la vacunación anual de la gripe. Por consiguiente, es probable que los datos de eficacia puedan quedar en parte eclipsados por el "primer grupo experimental" al que se va a enfrentar en sus comienzos la vacuna.

En definitiva, a pesar de estas consideraciones, las vacunas COVID-19 son necesarias, incluso si tienen un impacto mínimo en la transmisión y a pesar de los desafíos de la asignación de vacunas. Lo que es probable que logren estas vacunas podría no ser el final de la COVID-19 pero sí que darán un paso de gigante en la erradicación de esta pandemia.

NOTAS Y REFERENCIAS

1. Aún estando técnicamente en la fase dos de su ensayo, el 25 de junio CanSino se convirtió en la primera empresa en recibir una aprobación limitada para usar su vacuna en personas. El gobierno chino ha aprobado la vacuna solo para uso militar, por un período de un año.

2. A pesar de la falta de evidencia publicada, Rusia aprobó la vacuna Sputnik V para un uso generalizado y la reclamó como la primera vacuna COVID-19 registrada en el mercado. La Organización Mundial de la Salud, sin embargo, enumera la vacuna Sputnik V como en la fase uno de los ensayos clínicos.

3. El ensayo ENSEMBLE incluirá una "representación significativa" de las poblaciones de mayor edad y aquellas con afecciones subyacentes que las hacen más susceptibles a COVID-19. El 12 de octubre, Johnson & Johnson anunció que había detenido estos ensayos para una revisión de seguridad independiente debido a una enfermedad inexplicable en un participante.

4. Esta tecnología nunca ha sido autorizada para ninguna enfermedad. Si tiene éxito, sería la primera vacuna de ARNm aprobada para uso humano. Moderna dice que está en camino de administrar al menos 500 millones de dosis por año a partir de 2021 (fabricante suizo Lonza)

5. Pfizer ha firmado un contrato de casi 2 mil millones de \$ con el gobierno de USA para proporcionar 100 millones de dosis para diciembre de 2020. Espera suministrar 1.300 millones de dosis para fines de 2021.

6. Esperan llegar al público a finales de 2020. Cientos de miles de civiles chinos ya han sido vacunados con la aprobación de uso de emergencia del gobierno. La compañía seleccionó a los Emiratos porque tiene una población diversa compuesta por aproximadamente 200 nacionalidades, lo que lo convierte en un campo de pruebas ideal.

7. Se ha comprometido a producir mil millones de dosis de vacunas que acordaron vender al costo. El 8 de septiembre, AstraZeneca detuvo los ensayos para una revisión de seguridad debido a una reacción adversa en un participante en el Reino Unido. Los ensayos se reanudaron en el Reino Unido, Brasil, Sudáfrica e India, pero permanecieron en espera en USA.

8. Zhu, F. C. et al. Immunogenicity and safety of a recombinant adenovirus type-5-vectored COVID-19 vaccine in healthy adults aged 18 years or older: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. *Lancet* 396, 479–488 (2020). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31605-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31605-6)

9. Mercado, N. B. et al. Single-shot Ad26 vaccine protects against SARS-CoV-2 in rhesus macaques. *Nature* 586, 583–588 (2020) <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2607-z>

10. Corbett, K. S. et al. Evaluation of the mRNA-1273 Vaccine against SARS-CoV-2 in Nonhuman Primates. *N. Engl. J. Med.* (2020) <https://doi.org/10.1056/nejmoa2024671>

11. Keech, C. et al. Phase 1–2 Trial of a SARS-CoV-2 Recombinant Spike Protein Nanoparticle Vaccine. *N. Engl. J. Med.* (2020) <https://doi.org/10.1056/nejmoa2026920>

12. Walsh, E. E. et al. Safety and Immunogenicity of Two RNA-Based Covid-19 Vaccine Candidates. *N. Engl. J. Med.* (2020) <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2027906>

13. Xia, S. et al. Effect of an Inactivated Vaccine Against SARS-CoV-2 on Safety and Immunogenicity Outcomes: Interim Analysis of 2 Randomized Clinical Trials. *J. Am. Med. Assoc.* 324, 951–960 (2020). <https://doi.org/10.1001/jama.2020.15543>

14. Gao, Q. et al. Development of an inactivated vaccine candidate for SARS-CoV-2. *Science* 369, 77–81 (2020). <https://doi.org/10.1126/science.abc1932>

15. Folegatti, P. M. et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 396, 467–478 (2020). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31604-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31604-4)

16. Peiris, M. & Leung, G. M. What can we expect from first-generation COVID-19 vaccines? *Lancet* (2020) [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31976-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31976-0)

17. van Doremalen, N. et al. ChAdOx1 nCoV-19 vaccine prevents SARS-CoV-2 pneumonia in rhesus macaques. *Nature* 586, 578–582 (2020) <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2608-y>.

Tu responsabilidad personal podrá determinar la salud de todo un país.

Sólo la mayor forma de consciencia sobre nuestras vidas podrá salvar otras y ayudar a quienes nos cuidan.

QUEDATE EN CASA

DM
Salud hoy

UNA GUÍA DE ACCIÓN PARA EL MÉDICO PRÁCTICO

Nódulos tiroideos

Investigación diagnóstica basada en la evaluación del riesgo de cáncer de tiroides

INTRODUCCIÓN

Los nódulos tiroideos son extremadamente comunes y suelen identificarse en pacientes asintomáticos en forma incidental. A menudo, esta detección precede al diagnóstico de cáncer de tiroides (CT), y en esta situación, la realización no selectiva de una biopsia puede ser dañina.

Sin embargo, una estrategia demasiado conservadora podría omitir el diagnóstico de un CT clínicamente relevante. Actualmente, se prefiere seleccionar cuidadosamente a los candidatos para una biopsia tiroidea, según la evaluación del riesgo de CT.

Cuando los resultados son indeterminados, este riesgo CT es muy variable (5-75%), por lo que se recomienda una evaluación más profunda, atendiendo a la presentación clínica, factores de riesgo de CT, valores, contexto y preferencias del paciente, junto con otros estudios (marcadores moleculares (marcadores moleculares, segunda opinión en citología tiroidea).

Por esto los autores sugieren que los futuros estudios se centren en distinguir el CT clínicamente relevante del CT de bajo riesgo, ya que las recomendaciones clínicas suelen basarse en pruebas imperfectas y limitadas.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Los nódulos tiroideos son comunes y su prevalencia puede verse afectada por factores como el nivel de yodo y la edad (aumenta con la edad). Las tasas de detección difieren ampliamente según la imagen utilizada y la experiencia del operador.

IMPORTANCIA CLÍNICA Y ASOCIACIÓN CON SOBREDIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE TIROIDES

En las últimas 3 o 4 décadas, la incidencia de cáncer de tiroides ha aumentado en todo el mundo. La mortalidad se mantuvo estable.

Por ejemplo, en un estudio de EE. UU. el aumento fue atribuido casi totalmente al cáncer papilar de tiroides (PTC, por sus siglas en inglés); el 49% del aumento entre 1988 y 2002 y consistió en microcarcinomas (≤ 1 cm); el 87% eran tumores pequeños (≤ 2 cm).

La mortalidad por CT se mantuvo estable. Los autores sostienen que los cambios diagnósticos derivados del mayor acceso a la atención médica, el avance tecnológico y la mayor vigilancia pueden explicar a más del 60% de los diagnósticos de CT en los países de mayores ingresos.

Todo esto se asocia con el sobrediagnóstico de CT. Pero, acotan, es poco probable que el ésta sea la única causa de la epidemia actual de CT. Durante 1994-2013, la mortalidad general aumentó 1,1%/año.



Es probable que la epidemia actual de nódulos tiroideos y PTC sea el resultado del uso generalizado de técnicas de imágenes de bajo riesgo y altamente sensibles, pero que van acompañadas del riesgo de sobrediagnóstico y sobretreatmento.

Especialistas estadounidenses recomiendan no hacer estudios de detección del CT en pacientes asintomáticos. Sin embargo, en el caso del CT, suele ocurrir la detección indirecta, a través de las imágenes.

PATOGÉNESIS DE LA FORMACIÓN DEL NÓDULO TIROIDEO

Las células foliculares son naturalmente heterogéneas, con folículos tiroideos de crecimiento variable y sensibilidad a la hormona estimulante de la tiroides (TSH).

La deficiencia de yodo se asocia con crecimiento de la glándula tiroides y propensión al desarrollo del nódulo tiroideo. Pueden ocurrir mutaciones somáticas, originando tirocitos con potencial de crecimiento diferente.

Es frecuente la asociación del PTC con la mutación BRAF (60%), mientras que la mutación del controlador RAS es característica de los adenomas foliculares, el CT folicular y las variantes foliculares del PTC, así como la recientemente denominada neoplasia tiroidea folicular no invasiva con características nucleares de tipo papilar (NIFTP, por sus siglas en inglés).

Esta denominación surgió al pasar la clasificación de formas foliculares encapsuladas no invasivas del PTC a NIFTP, con el fin de eliminar la palabra "cáncer" para denominar al tumor. NIFTP se incluyó como un nuevo tumor en la clasificación de los tumores de órganos endocrinos de la OMS de 2017, el cual, siendo de bajo riesgo, tiene un excelente pronóstico.

FACTORES DE RIESGO DE NÓDULOS TIROIDES Y NEOPLASIA MALIGNA TIROIDEA

La mayoría de los nódulos tiroideos son benignos.

Uno de los factores de riesgo mejor caracterizados para el desarrollo de CT es la exposición a la radiación ionizante.

También hay una asociación estrecha en forma de U entre la ingesta de yodo y la frecuencia de bocio difuso, con baja y alta ingesta de yodo asociada con mayores tasas de enfermedad tiroidea; sin embargo, el riesgo de bocio nodular tal vez se incremente solo ante las bajas ingestas.

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON NÓDULOS TIROIDES

El manejo de un paciente con nódulos tiroideos está en gran medida determinado por la presencia o ausencia de síntomas, resultados bioquímicos y la evaluación del riesgo de CT. En los pacientes eutiroides asintomáticos, las estrategias de manejo dependerán del riesgo de CT.

> Síntomas

Los nódulos tiroideos se evidencian por una masa palpable en el cuello, dolor anterior del cuello, sensación de globo, disfagia (común pero no específica; 50% asociada con reflujo gastroesofágico), disnea y disfonía/ronquera.

El inicio y la tasa de progresión de los síntomas es importante en términos del riesgo de CT, dado que es más probable que la ronquera persistente y los nódulos tiroideos de rápido crecimiento sean indicadores de una causa maligna.

> Pruebas de laboratorio

En la evaluación de los nódulos tiroideos, la American Thyroid Association (ATA) recomienda medir la TSH, para descartar el hipertiroidismo, ya que la mayoría de los nódulos tiroideos hiperfuncionantes son benignos.

El beneficio de medir la calcitonina sérica sigue siendo tema de debate, aunque su especificidad puede mejorar con la estimulación con pentagastrina (de uso limitado). A diferencia de los centros europeos, la ATA recomienda no medir la calcitonina en forma sistemática durante la evaluación del CT.

> Evaluación del riesgo de cáncer de tiroides

El riesgo de CT y la necesidad de una

biopsia se evaluarán según los hallazgos clínicos, de laboratorio y ecográficos.

Si se hace la biopsia de tiroides, el siguiente paso (observación o cirugía) dependerá del resultado de la unción aspiración con aguja fina (PAAF), marcadores moleculares y/o repetición de la PAAF, además de las preferencias y el contexto del paciente. La toma de decisiones y el manejo se basan en la respuesta clínica a riesgos variables de CT, que debería incorporar toda evidencia clínica disponible.

> Limitaciones de la literatura diagnóstica para nódulos tiroideos

Es bastante difícil hacer estudios de bajo riesgo para el diagnóstico de los nódulos tiroideos ya que solo pequeña proporción de pacientes con nódulos tiroideos relativamente pequeña debe ser sometido a una evaluación histológica final. Por otra parte, la reclasificación reciente de NIFTP como entidad con comportamiento indolente afecta las estimaciones diagnósticas.

La evaluación clínica se ha centrado en diferenciar los nódulos tiroideos benignos de los malignos. Sin embargo, el uso del denominado cáncer de tiroides clínicamente relevante, como nuevo resultado, puede ayudar a los médicos a diferenciar entre el CT benigno y de bajo riesgo, e identificar aquellas lesiones cuyos resultados adversos resultarían importantes para los pacientes.

No hay consenso sobre cómo definir este concepto, pero se han propuesto definiciones basadas en variantes histopatológicas de alto riesgo.

Otros factores que podrían ayudar a identificar el CT clínicamente relevante incluyen el tamaño de los nódulos, la presencia de linfadenopatías cervicales y los resultados citológicos y moleculares. Por ej., los CT (PTC) ≥ 4 cm se asocian con un comportamiento más agresivo, y los tumores más pequeños ($\leq 1,5$ cm) con buen pronóstico general.

Del mismo modo, la presencia de linfadenopatía sospechosa hace pensar en una enfermedad clínicamente relevante y un umbral de tamaño más bajo para la PAAF.

El sistema de informes histológicos Bethesda FNA también puede proporcionar información pronóstica. Un estudio que incluye 1.291 tumores malignos de tiroides informó un aumento del riesgo de CT de algo riesgo entre la atipia de importancia indeterminada (AUS) o lesión folicular de importancia indeterminada (FLUS) (4%); sospecha de malignidad (9%); sospecha de neoplasia folicular (14%) y categorías malignas (27%). Una evaluación de 42 estudios y 11.109 pacientes concluyó que, en pacientes con PTC, la identificación de mutaciones específicas como RAS, TERT y RET/PTC se asociaron con metástasis a.

ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER DE TIROIDES Y NECESIDAD DE BIOPSIA DE

sigue en pág. 44

viene de pág. 43

TIROIDES

> Hallazgos clínicos y de laboratorio

Un metaanálisis de estudios de observación mostró mayor riesgo de malignidad en hombres con nódulos tiroideos, o con antecedentes familiares de CT o irradiación de cabeza o cuello.

Dos grandes estudios de observación de casi 10.000 pacientes y un metaanálisis de 28 estudios de observación informaron mayor tasa de CT con aumentos de la TSH sérica, incluso con valores dentro del rango normal. Sin embargo, la precisión diagnóstica de la TSH para el diagnóstico de CT fue limitada, debido a factores de confusión, diferentes riesgos basales de CT y comparaciones inapropiadas.

Los estudios de observación han demostrado un mayor riesgo de enfermedad nodular tiroidea con la edad avanzada, más elevado a partir de los 70 años, lo que sugiere una disminución del riesgo de CT con la edad avanzada. Sin embargo, en estos pacientes, el riesgo de CT de alto riesgo fue mayor.

> Ecografía de tiroides

La ecografía tiroidea es extremadamente importante en la evaluación de los nódulos tiroideos, ya que puede aclarar la presencia, ubicación y tamaño de los nódulos y el riesgo de CT.

Una revisión sistemática de 14 estudios con riesgo moderado de sesgo halló que el riesgo relativo de CT es menor en los pacientes con bocio multinodular que en aquellos con nódulos aislados.

Las observaciones iniciales asociaron las características ecográficas individuales como la composición nodular, la ecogenicidad, la forma, las márgenes y la presencia de focos ecogénicos o la linfadenopatía cervical, con el riesgo de CT.

Un metaanálisis que evaluó 31 estudios observacionales reportó un elevada probabilidad de diagnóstico de malignidad de los nódulos tiroideos que eran más altos que anchos, y de enfermedad benigna para aquellos con apariencia esponjiforme.

Estudios posteriores utilizaron una evaluación combinada de las características ecográficas, cualitativas o cuantitativas, para desarrollar sistemas de estratificación ecográfica del riesgo, que puede estimar la probabilidad de malignidad (POM, por sus siglas en inglés).

Los sistemas de estratificación por ecografía brindan a los médicos una POM estimada para la categoría y la evolución clínica esperada, para evitar biopsias y pérdida de diagnósticos de CT, según los diferentes umbrales utilizados para indicar la biopsia.

El objetivo final es identificar el umbral de tamaño que permitiría identificar el CT clínicamente relevante. Un análisis comparativo internacional de diversas sociedades médicas mostró que la ATA y los sistemas coreanos tienen mayor sensibilidad para el diagnóstico de CT pero menor especificidad que el del American College of Radiology (ACR).

ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER DE TIROIDES Y SU MANEJO DESPUÉS DE LA BIOPSIA TIROIDEA

> Biopsia o punción aspiración con aguja fina

La PAAF es un procedimiento seguro que ayuda a distinguir los nódulos tiroideos benignos de los malignos.

- Las complicaciones son infrecuentes; raramente aparecen hematomas que pueden ser pequeños y dolorosos.

- Su principal limitación diagnóstica es que en el 20-30% de las muestras el resultado obtenido es indeterminado.

Se destaca que en muchos estudios, la PAAF se hizo con agujas más grandes (21-23 G), con una tasa no diagnóstica del 19,2% en comparación con el 14% obtenido en estudios en los que se usaron agujas más finas (25-27 G).

Existen sistemas de informes estandarizados para la PAAF, siendo el más usado el Bethesda System for Reporting Cytopathology (BSRTC). Cada categoría de resultados de PAAF está asociada con una POM estimada y estrategia de manejo.

Las tasas de muestras no diagnósticas varían. Aunque los resultados benignos y malignos pueden guiar con precisión las decisiones clínicas, el manejo de los pacientes con resultados indeterminados de la PAAF es más difícil, dada la incertidumbre relacionada con el riesgo de CT.

La categoría AUS/FLUS describe un grupo heterogéneo de aspirados con cambios características atípicos. Esta categoría debería ser utilizada como último recurso y representa no más del 7% de los aspirados. En el 30-50% de los pacientes, una nueva PAAF puede cambiar la primera clasificación.

El BSRTC 2017 recomienda hacer una subclasificación de la categoría AUS/FLUS. Se ha observado que los tumores con atipias nucleares tienen mayor probabilidad de malignidad.

Un estudio de observación informó un 90% de concordancia entre patólogos experimentados para el diagnóstico de CT, incluso con las limitaciones que posee el estándar de oro utilizado para el diagnóstico de CT.

Por otra parte, la concordancia en las categorías del sistema Bethesda fue del 64% para los patólogos más experimentados, con más variación en AUS/FLUS (35% de concordancia) y sospecha para las categorías de malignidad; los patólogos experimentados tuvieron menor probabilidad de hacer un diagnóstico indeterminado que los patólogos locales (41% vs. 55%).

La segunda opinión para la citología tiroidea resultó en un diagnóstico final de categoría benigna o maligna para aquellos que inicialmente fueron etiquetados como indeterminados, con mejor apoyo de la información diagnóstica o del seguimiento. En el 30% de los casos, la segunda opinión motivó cambios en el manejo clínico (15-62%). Estos hallazgos destacan el valor de la interpretación citológica experta para las PAAF.

La biopsia con aguja gruesa (BAG) intenta superar algunas de las limitaciones diagnósticas de la PAAF. Dos metaanálisis hallaron que la tasa general de no diagnóstico fue mayor para la PAAF que para la BAG.

Asimismo, una revisión sistemática halló una 3,5% de resultados no diagnósticos y 13,8% de resultados indeterminados.

Otra revisión que incluyó estudios con alto riesgo de sesgo halló una tasa de complicaciones del 1,11%, incluyendo complicaciones mayores raras (cambios permanentes de la voz y hematomas que requieren hospitalización).

Por otra parte, cuando los pacientes presentan nódulos tiroideos grandes, la confiabilidad de la PAAF es preocupante. Una revisión sistemática de estudios observacionales en pacientes con nódulos tiroideos categorizados por tamaño halló una tasa de benignidad de los resultados negativos falsos de 0-22%, para los nódulos <3 cm, comparado con 7-17% para los nódulos >3 cm.

La investigación bibliográfica halló una gran variación de la tasa de negativos falsos (0,7-25%) en los nódulos ≥3 cm, lo que sugiere que no solo influye el tamaño del nódulo sino también otras variables clínicas.

MARCADORES MOLECULARES

Los marcadores moleculares pueden orientar el manejo de los pacientes con resultados indeterminados que no tienen otras indicaciones para la cirugía y que requieren refinar más el riesgo de CT, para luego decidir entre la observación y la cirugía.

Las pruebas moleculares más estudiadas son las pruebas Afirma and ThyroSeq. Los valores predictivos positivos y negativos de una prueba están determinados por la prevalencia de la enfermedad y las características diagnósticas intrínsecas de la prueba.

Debido a la variabilidad de la interpretación de la PAAF y a otras variables clínicas, la probabilidad previa a la prueba asociada con las categorías indeterminadas varía ampliamente entre diferentes centros, lo que afecta el rendimiento de los marcadores moleculares en la práctica. En general, la menor prevalencia de la enfermedad resultará en un valor predictivo positivo menor y el aumento del valor predictivo negativo.

Como se esperaba, dicen los autores, cuando el NIFTP no se considera maligno, el valor predictivo positivo disminuye (5%-22%). Por otra parte, los marcadores moleculares suelen informar la tasa de resultados denominados benignos (BCR, por sus siglas en inglés).

El BCR representa el porcentaje de nódulos indeterminados hallados cuando el resultado molecular es benigno o negativo. Esta variable proporciona información para el manejo posterior, independiente de la tasa de cirugía. Sin embargo, es probable que esté afectado por factores que influyen en la selección de los pacientes para las pruebas moleculares.

Los estudios que compararon diversos categorizadores sugieren que, dado el elevado valor predictivo negativo, un resultado negativo se asocia con un riesgo significativamente menor de malignidad, pero un resultado positivo puede indicar alteraciones genéticas inespecíficas. (N. del T: en el original se informan los diferentes rendimientos de los categorizadores analizados).

Los autores aclaran que los resultados de los diferentes estudios analizados indican que los marcadores moleculares podrían aportar informes en la práctica

clínica, pero que otros informes plantean dudas sobre la verdadera comprensión de su reproducibilidad y generalización. La variabilidad en los resultados sugiere que hay otras variables clínicas que influyen en los marcadores moleculares.

Las limitaciones que poseen hace que se desconozca cuál es la mejor manera de integrarlas a la práctica clínica para que brinden un beneficio a la mayoría de los pacientes, lo que lleva a la preocupación sobre su implementación inadecuada.

Aunque su alto costo y su disponibilidad en diferentes países/contextos suelen ser discutidos como limitaciones de los marcadores moleculares, se necesita comprender mejor su desempeño en la práctica, para explorar su rentabilidad con mayor validez.

SISTEMAS MULTIVARIABLES

Se ha propuesto un nomograma que incorpora los resultados de la PAAF, la ecografía y el hallazgo de mutación BRAF, para hacer una estimación más precisa de cáncer. Un estudio que utiliza la clasificación K-TIRADS (KOWAK Thyroid Imaging Reporting and Data System) y el resultado de la citología de la PAAF confirmó la relación esperada entre la probabilidad de malignidad previa a la prueba, basada en la PAAF guiada por ecografía.

En este estudio de 1.651 nódulos de al menos 1 cm, nódulos que eran benignos y tenían un K-TIRADS de 2-4, se halló que tenían un riesgo de malignidad muy bajo (0-2,4%) en comparación con aquellos con K-TIRADS de 5 (4%-20%).

En el AUS/FLUS y la categoría sospecha de malignidad/sospecha de neoplasia folicular, aquellos con K-TIRADS 3 tenían un riesgo de malignidad de 3,6-20% en comparación con 34-80% si el K-TIRADS era 4-5. Según otro estudio, se cree que la combinación de factores predictivos de CT mejora la estimación del riesgo de CT.

INTEGRACIÓN DE LA EVIDENCIA CLÍNICA Y LOS VALORES, PREFERENCIAS Y CONTEXTO DEL PACIENTE

En cuanto al diagnóstico de nódulos tiroideos, el paciente experimenta 3 momentos críticos.

El primero es cuando se detectan los nódulos tiroideos. Los pacientes con síntomas de crecimiento nodular, sensación de masa ocupante o sensación de compresión deben ser evaluados para descartar el CT de alto riesgo, para evaluar la necesidad de intervención quirúrgica aliviadora de los síntomas, o ambos.

Por otro lado, el umbral para reportar nódulos tiroideos hallados incidentalmente en estudios de imagen varía. Por ej., la European Thyroid Association sugiere informar los nódulos tiroideos >5 mm, a menos que sea altamente sospechoso, mientras que para realizar los informes, el ACR utiliza la edad, las comorbilidades y el tamaño nodular.

El segundo paso fundamental es decidir entre realizar una PAAF o un seguimiento con ecografías seriadas. Esta

sigue en pág. 45

viene de pág. 44

decisión debe tener en cuenta no solo las características clínicas y radiológicas sino también las preferencias del paciente y el contexto.

Para el proceso diagnóstico de los nódulos tumorales, los autores se basan en las variaciones de los valores y las preferencias del paciente. Por lo tanto, la participación activa de pacientes en el proceso de toma de decisiones es extremadamente importante.

Por ejemplo, en un paciente joven con antecedentes familiares de CT y radiación del cuello anterior por una malignidad no tiroidea podría tener valor obtener más información diagnóstica de un nódulo tiroideo de 1,2 cm, riesgo intermedio de CT según la ATA (umbral para biopsia de 1 cm) y ACR-TIRADS 4 (umbral para biopsia de 1,5 cm).

Aunque el riesgo de CT basado en las pautas clínicas, afecta significativamente los umbrales y las recomendaciones clínicas de la PAAF, una encuesta halló que el 56% de los pacientes sometidos a PAAF no conocía su riesgo de CT.

Finalmente, una vez obtenidos los resultados de la PAAF, los médicos no deben descartar la probabilidad de CT previa a la prueba, derivada de un estudio previo a la biopsia (ecografía, variables clínicas) y estimar un nuevo riesgo de CT.

El paso siguiente es decidir el manejo posterior (cirugía, observación, más pruebas), en colaboración del paciente. Por ej., para un paciente mayor con múltiples comorbilidades médicas y un nódulo tiroideo de 2 cm, de riesgo intermedio (ATA) y citología de AUS, antes de decidir la tiroidectomía diagnóstica será de gran valor refinar aún más el riesgo de CT, en comparación con un paciente joven, sano, con un umbral bajo de incertidumbre y otros factores de riesgo para CT.

MANEJO Y SEGUIMIENTO

El manejo dependerá de la certeza sobre un proceso maligno subyacente e, idealmente, la probabilidad de una malignidad clínicamente relevante.

- Para los pacientes con enfermedad benigna, la cirugía está reservada para los pacientes sintomáticos.

- Para pacientes con malignidad, generalmente se recomienda la cirugía. Para aquellos con micro-PTC se recomienda la cirugía guiada por las características clínicas iniciales, y la vigilancia activa.

- En los casos de nódulos tiroideos indeterminados, el siguiente dependerá del riesgo de CT, después de la evaluación diagnóstico, y considerando los valores, preferencias y contexto del paciente.

En general, para los nódulos tiroideos en los que se recomienda un seguimiento ecográfico, la frecuencia de las ecografías varía según las características que muestran y los resultados de la PAAF.

En general, cuanto más sospechoso es el nódulo en la ecografía, antes deberá iniciarse el seguimiento y la exploración. Si los nódulos tiroideos crecen durante el seguimiento, la mayoría de las guías recomiendan repetir la PAAF.

Sin embargo, se duda del valor del crecimiento del nódulo tiroideo como predictor de malignidad en presencia de una citología benigna. El tiempo de duplicación de los nódulos tiroideos no es un indicador confiable para establecer su naturaleza benigna o maligna.

Para los pacientes con nódulos tiroideos pequeños, con PTC confirmado o nódulos tiroideos <1 cm con características ecográficas de alto riesgo, una alternativa a la cirugía es la vigilancia activa.

En una gran cohorte de 1.235 pacientes japoneses (seguimiento medio 6,25 años) con micro PTC de bajo riesgo, que optaron por la observación, se halló que solo el 8% sufrió un aumento del tamaño del tumor, de ≥ 3 mm, con 3,8% de metástasis nuevas en los linfáticos ganglionares; la juventud se asoció con mayor probabilidad de progresión.

Recientemente, un centro de referencia terciario de EE. UU. demostró la viabilidad de esta estrategia para los PTC de bajo riesgo, $\leq 1,5$ cm. Durante un seguimiento medio de 25 meses, se observó un crecimiento tumoral de al menos 3 mm, en el 3,8% de los pacientes, sin metástasis regionales o distantes.

Tratamientos emergentes

Recientemente, para los nódulos tiroideos benignos sintomáticos, se han investigado técnicas mínimamente in-

vasivas para suplantar la cirugía, entre ellas, la inyección de etanol percutánea guiada por ecografía (PEI, por sus siglas en inglés) (principalmente para los nódulos tiroideos quísticos) o la ablación térmica (ablación por radiofrecuencia, terapia con láser, ecografía focalizada de alta intensidad, ablación por microondas bajo guía ecográfica).

Una revisión mostró que la PEI, la terapia con láser y la ablación por radiofrecuencia lograron reducir el volumen de los nódulos tiroideos y mejorar los síntomas de opresión y molestias estéticas, aunque con algunos eventos adversos relacionado con el procedimiento, como el dolor leve a moderado.

La PEI, comparada con la aspiración del quiste, solo se asoció con una reducción del volumen del nódulo tiroideo <50% en el 83% vs. 44% de los participantes; la mejoría de los síntomas compresivos ocurrió en 78% vs. 38%, después de 6-12 meses.

Un estudio retrospectivo de la ablación por radiofrecuencia en 251 nódulos tiroideos benignos mostró una relación de reducción de volumen del 81% después de 12 meses.

Un estudio multicéntrico de 601 nódulos tiroideos tratados con laserterapia o ablación por radiofrecuencia mostró un mayor porcentaje de reducción de volumen en los nódulos tiroideos más grandes (>30 ml) como resultado de la ablación por radiofrecuencia a los 12 meses.

Una revisión sistemática de ablación por microondas mostró una reducción media del volumen del nódulo tiroideo entre 46% y 65%.

GUÍAS

Hay varias guías disponibles para evaluar los nódulos tiroideos. La British Thyroid Association, la ATA y la American Association of Clinical Endocrinologist/American College of Endocrinology/Italian Association of Clinical Endocrinologist brindan solidez y calidad de la evidencia para sus recomendaciones.

La mayoría de las guías recomiendan la evaluación ecográfica de los riesgos para determinar la necesidad de PAAF y los informes estandarizados de la misma; se proponen diferentes sistemas. Por otro

lado, no todos los grupos recomiendan el uso de marcadores moleculares en la práctica clínica habitual.

En cuanto al seguimiento, la mayoría de las guías se oponen al seguimiento ecográfico de los nódulos tiroideos a intervalos <1 año, a excepción de los cánceres probados. Sin embargo, se han observado variaciones en la frecuencia de la evaluación ecográfica.

CONCLUSIONES

Se han realizado importantes avances en la comprensión de la importancia clínica y los posibles daños asociados a una evaluación inadecuada de los nódulos tiroideos, que suelen ser detectados por la gran difusión de las técnicas de imagen.

El desarrollo y validación de sistemas de estratificación de riesgos por ecografías múltiples han permitido estimar, en parte, la POM, de los nódulos tiroideos. El umbral para la biopsia tiroidea ha sido determinado sobre la base de la prevalencia de malignidad (POM), al intentar equilibrar el valor de un diagnóstico de CT clínicamente relevante y el riesgo potencial de un diagnóstico ignorado.

Asimismo, los sistemas estandarizados para informar los resultados de la PAAF han permitido estimar el riesgo de CT. Por otra parte, al evitar la evaluación lineal y hacer una evaluación combinando las características clínicas, citológicas y ecográficas, se puede orientar mejor el manejo clínico de los pacientes con resultados indeterminados.

Los marcadores moleculares también han surgido como ayuda diagnóstica para evitar la tiroidectomía diagnóstica. Sin embargo, su precisión diagnóstica en diferentes prácticas es variable y necesita más evaluación.

Ya detectado el nódulo, para estimar el riesgo de CT, el especialista puede aplicar las herramientas disponibles, compartiendo sus estimaciones con los pacientes para tomar una decisión conjunta sobre la realización de una biopsia tiroidea y observación ecográfica o, cirugía y observación en los casos de resultados indeterminados. Autor/a: Naykky Singh Ospina, Nicole M Iñiguez-Ariza, M Regina Castro. BMJ 2020;368:l6670

Resumen y comentario objetivo: Dra. Marta Papponetti

VULNERABILIDAD CARDIOVASCULAR

Coronavirus y síndrome cardiometabólico

Se examinan cuatro factores cardiometabólicos: adiposidad anormal, disglucemia, dislipidemia e hipertensión

Autor/a: Jeffrey I. Mechanick, Robert S. Rosenson, Sean P. Pinney, Donna M. Mancini, Jagat Narula, and Valentin Fuster Fuente: J Am Coll Cardiol. 2020 Oct, 76 (17) 20242035 Coronavirus and Cardiometabolic Syndrome

RESUMEN

La pandemia de la enfermedad del

coronavirus 2019 (COVID-19) expone vulnerabilidades cardiovasculares inesperadas y la necesidad de mejorar la salud cardiometabólica. En el contexto de COVID-19 se examinan cuatro factores cardiometabólicos: adiposidad anormal, disglucemia, dislipidemia e hipertensión.

Se proporcionan recomendaciones específicas para el cambio de estilo de vida, a pesar de las restricciones de distanciamiento social, y la farmacoterapia, especialmente para las personas con diabetes.

Las recomendaciones para pacientes

hospitalizados enfatizan el uso diligente y exclusivo de insulina para evitar la hiperglucemia ante la hipercitocinemia y la posible lesión de las células de los islotes.

Se recomienda la continuación de las estatinas, pero el inicio de la terapia con estatinas para tratar COVID-19 aún no está respaldado por la evidencia. Se discute el papel central del sistema renina-angiotensina. Las brechas de investigación, conocimiento y práctica se analizan con la intención de motivar una acción rápida.

Se presenta un modelo emergente de

síndrome cardiometabólico relacionado con COVID que abarca eventos antes, durante la fase aguda y posteriormente en la fase crónica para guiar las medidas preventivas y mejorar la salud cardiometabólica general para que las pandemias virales futuras confieran menos amenaza.

ASPECTOS DESTACADOS

- COVID-19 expone relaciones epidemiológicas y mecanísticas con vínculos

sigue en pág. 46

viene de pág. 45

cardiometabólicos (adiposidad anormal, disglucemia, dislipidemia e hipertensión).

- El estilo de vida, el control glucémico y la regulación de la RAS tienen implicaciones importantes para el tratamiento de los pacientes con COVID-19.

- CIRCS se aplica a todas las etapas de la enfermedad COVID-19, incluida la prevención, el tratamiento agudo y los resultados a largo plazo.

- La investigación adicional debe abordar las lagunas en el conocimiento actual y la implementación clínica de las estrategias disponibles para mitigar las consecuencias adversas del síndrome cardiometabólico relacionado con la enfermedad por coronavirus (CIRCS).

INTRODUCCIÓN

La enfermedad crónica de base cardiometabólica (CMBCD) es el resultado de factores primarios (genéticos, ambientales, conductuales) y metabólicos (adiposidad anormal, disglucemia, rasgos del síndrome metabólico). Las asociaciones epidemiológicas / mecanicistas de CMBCD con la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) sustentan un síndrome cardiometabólico relacionado con la enfermedad por coronavirus (CIRCS).

La función de los estilos de vida saludables y la farmacoterapia dirigida a los impulsores metabólicos para reducir el riesgo cardiovascular está bien establecida. Sin embargo, las lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19 respaldan los beneficios a corto plazo de estas intervenciones, similares a los

beneficios observados en los resultados de la enfermedad cardiovascular aguda (ECV).

Por lo tanto, se debe desarrollar un programa de prevención para pacientes de todas las edades para crear una cultura saludable, reducir los riesgos de enfermedades crónicas y mitigar las agresiones agudas imprevistas, como COVID-19.

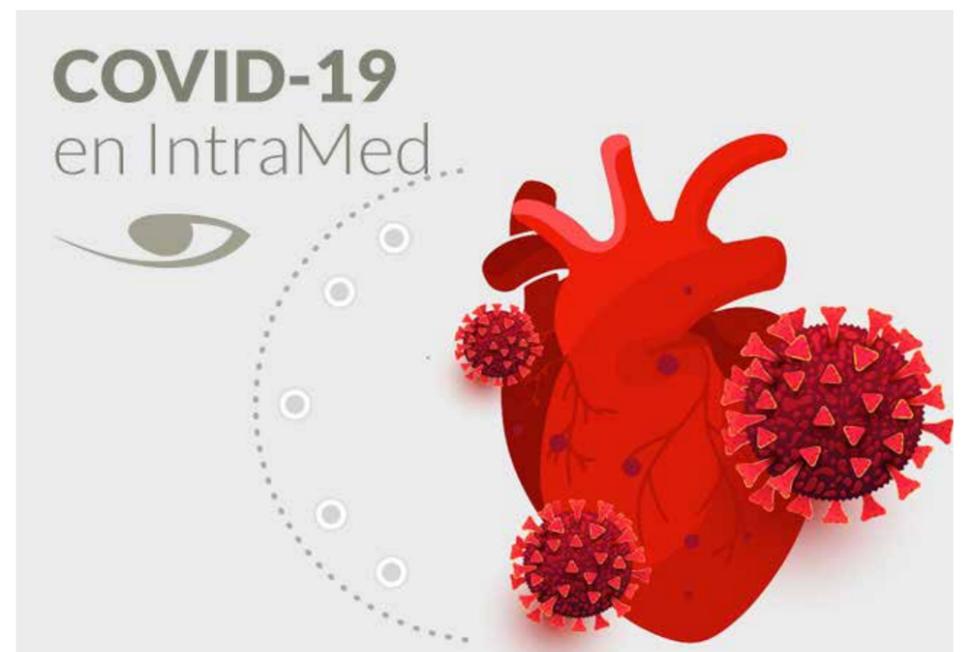
Objetivos cardiometabólicos

Adiposidad anormal

La obesidad es un problema mundial importante. Según la Organización Mundial de la Salud, más de 1.900 millones de personas ≥ 18 años tenían sobrepeso (39%) u obesidad (13%) en 2016, con 40 millones de niños < 5 años con sobrepeso / obesidad en 2018. La obesidad se define por el índice de masa corporal (IMC), que a pesar de los ajustes basados en la etnia, sigue siendo inadecuado como estratificador del riesgo cardiovascular.

En consecuencia, la enfermedad crónica basada en la adiposidad se ha desarrollado como un nuevo marco que incorpora la cantidad, distribución y función anormales de la adiposidad, junto con la gravedad de las complicaciones clínicas. No es sorprendente que la adiposidad anormal sea un factor clave, no solo para las complicaciones relacionadas con la obesidad, sino también para la resistencia a la insulina, la inflamación, la diabetes tipo 2 (DM2) y las enfermedades cardiovasculares.

Un mecanismo principal de adiposidad anormal que conduce a la ECV es la acumulación de grasa pericárdica / epicárdica inflamatoria. Este tejido adiposo ectópico secreta más fosfolipasa A2 tipo II con isquemia, lo que lleva a una mayor



hidrólisis de fosfolípidos, ácidos grasos libres locales, alteración del impulso nervioso y arritmia; inflamación vascular, aterosclerosis y rigidez arterial; fibrosis / apoptosis de cardiomiocitos e hipertrofia ventricular izquierda; y esclerosis de la válvula aórtica.

Debido a que esta adiposidad patológica es el resultado, en parte, de estilos de vida poco saludables y se detecta mal con la antropometría convencional, muchas personas tienen un mayor riesgo de sufrir una lesión cardíaca.

Los informes iniciales de COVID-19 en Italia y China señalan que las personas > 50 años tienen mayor riesgo de infección y hospitalización, y > 80 años, mayor riesgo de mortalidad.

En junio de 2020 en los Estados Unidos, los mayores de 85 años representaban las cifras de mortalidad más altas, pero

había una edad desproporcionadamente más joven asociada con la mortalidad entre las personas con obesidad (652 [de 55 a 64 años] y 605 [65 a 74 años], en comparación con solo 109 [≥ 85 años]).

Una explicación se relaciona con la adiposidad anormal y sus secuelas, basada en experiencias previas con varios virus respiratorios. La tasa de prevalencia de obesidad en EE. UU. de 2017 a 2018 fue del 42,4%, con un 40,0% entre los 20 y los 39 años. Además, el 71,6% de los adultos ≥ 20 años tenían sobrepeso u obesidad entre 2015 y 2016.

En varios estudios, los pacientes con COVID-19 y obesidad tenían más probabilidades de ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y tenían tasas de mortalidad más altas que aquellos sin obesidad.

En un estudio de 3.615 pacientes con COVID-19, la hospitalización y los ingresos a la UCI de pacientes con obesidad fueron mayores en los menores de 60 años, en comparación con los de ≥ 60 años. Los posibles mecanismos para esta observación incluyen inmunidad desregulada con altas proporciones leptina / adiponectina y sedentarismo, aumento de la expresión de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) en el tejido adiposo epicárdico, enfermedad cardiopulmonar concurrente, y adiposidad lipotóxica.

Este fenómeno no solo se aplica a los estadounidenses que tienen un mayor IMC y riesgo de grasa visceral / ectópica, sino también a los asiáticos que son más propensos a la acumulación de grasa visceral / ectópica y a la disglucemia con elevaciones más leves del IMC.

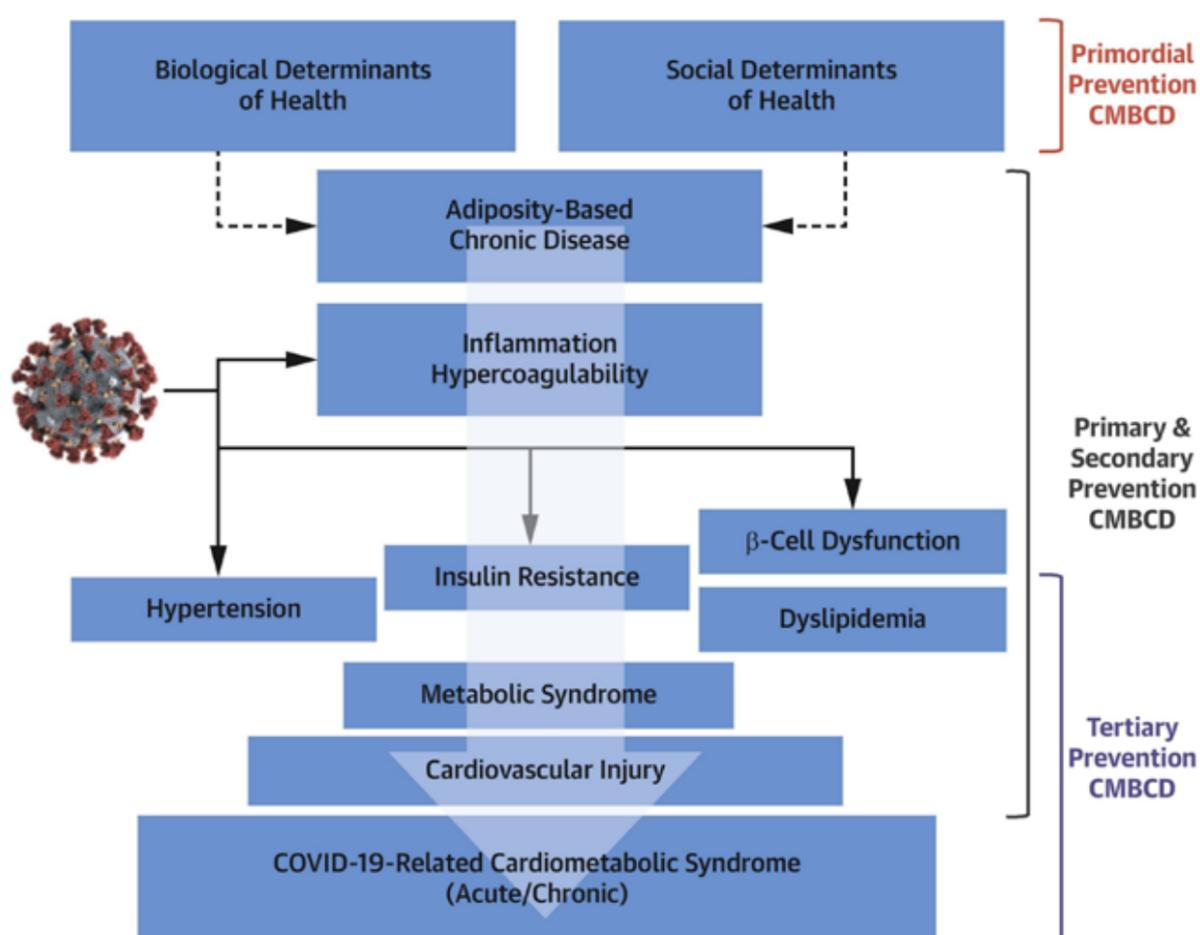
Un vínculo común son los estilos de vida "occidentales" poco saludables.

En conjunto, la naturaleza cada vez más "enferma" de las poblaciones con mayores factores de riesgo cardiometabólico, particularmente a edades más tempranas y por debajo de los umbrales de detección, amplifica los efectos de cualquier agresión aguda, en particular una que subvierte el sistema inmunológico-cardiopulmonar, como el COVID-19.

DISGLUCEMIA

La diabetes se caracteriza por niveles anormalmente altos de glucosa en sangre suficientes para causar daño a

CENTRAL ILLUSTRATION: Effects of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 on the Development of a Coronavirus Disease-Related Cardiometabolic Syndrome



Mechanick, J.I. et al. J Am Coll Cardiol. 2020;76(17):2024-35.

sigue en pág. 47

viene de pág. 46

los órganos diana. La diabetes es un problema mundial que afecta a aproximadamente 463 millones de personas en todo el mundo en 2019, y se espera que aumente en un 51% a 700 millones para 2045, y alrededor del 90% tiene diabetes tipo 2.

La DM2 se encuentra dentro de un espectro de "enfermedad crónica basada en disglucemia" que consiste en resistencia a la insulina, prediabetes, DM2 y complicaciones vasculares.

Hay mayores tasas de prevalencia de obesidad, hipertensión (HTA) y ECV con diabetes, lo que intensifica los riesgos de CMBCD. Es de destacar que el 50,1% de las personas con diabetes y el 88,4% con prediabetes desconocen su condición, por lo que es necesario encontrar casos de disglucemia en todos los pacientes hospitalizados.

COVID-19 se asocia con peores resultados en pacientes con DM2, pero menos cuando la hiperglucemia está mejor controlada. Específicamente, las tasas de infección por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) del síndrome respiratorio agudo severo y los marcadores de gravedad de la enfermedad aumentan en pacientes con diabetes.

Los posibles mecanismos incluyen: agravamiento de la resistencia a la insulina e hipercoagulabilidad mediado por citocinas; aumento de la expresión del receptor del SARS-CoV-2 (ACE2) con agentes del sistema renina-angiotensina (RAS); efectos del SARS-CoV-2 sobre la ECA2 pancreática con una reserva de insulina de células β disminuida; inmunosupresión; glicosilación de la proteína de pico viral y ACE2 con aumento de la unión / entrada viral; disminución del aclaramiento viral y aumento de la replicación viral; y comorbilidades. También se han informado resultados adversos con la diabetes con la influenza pandémica A 2009 y el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio por coronavirus.

DISLIPIDEMIA

De 2015 a 2016, más del 12% de los adultos ≥ 20 años y aproximadamente el 7% de los niños / adolescentes de 6 a 19 años tenían colesterol alto. La terapia con estatinas está indicada como terapia preventiva de ECV para pacientes de alto riesgo. Las estatinas tienen propiedades antiinflamatorias y reductoras del colesterol que mitigan el riesgo de eventos de ECV.

Múltiples estudios poblacionales prospectivos y ensayos clínicos aleatorizados que involucran a pacientes en riesgo y con ECV aterosclerótica establecida, han atribuido la reducción del riesgo con estatinas tanto a la disminución del colesterol de lipoproteínas de baja densidad como a la disminución de la proteína C reactiva de alta sensibilidad. Las estatinas también disminuyen las respuestas inflamatorias y posiblemente mejoran la supervivencia en un subfenotipo hiperinflamatorio del síndrome de dificultad respiratoria aguda.

La lesión cardíaca asociada a COVID-19 y la mortalidad es mayor en pacientes con mayor edad y ciertas comorbilidades: HTA, diabetes, enfermedad renal



crónica, enfermedad cardiovascular aterosclerótica e insuficiencia cardíaca crónica. Por lo tanto, la mayoría de los pacientes con lesión cardíaca se identifican como de muy alto riesgo de eventos de ECV.

Las enfermedades virales provocan una profunda respuesta inflamatoria sistémica que conduce a lesiones tisulares e insuficiencia orgánica. Entre los pacientes con COVID-19, la lesión cardíaca se asocia con recuentos de leucocitos más altos y niveles elevados de procalcitonina y proteína C reactiva. Esta respuesta inmune implica la activación / proliferación de linfocitos / macrófagos, con un aumento de citocinas proinflamatorias: proteína quimioatrayente de monocitos-1; proteína-1 α inflamatoria de macrófagos; factor de necrosis tumoral- α ; e interleucina-2, -7 y -10.

Aunque muchos pacientes con COVID-19 toman una estatina, el uso de estatinas para controlar específicamente las enfermedades virales sigue sin estar claro. En estudios de cultivo celular con células epiteliales alveolares humanas, la infección por H5N1 (influenza A) indujo la producción de citocinas. Además, la supresión de la biosíntesis de esteroides con simvastatina redujo la replicación viral y la producción de citocinas en un paso de farnesilación. Sin embargo, el tratamiento combinado con simvastatina no mejoró la eficacia del oseltamivir en ratones.

Además, la atorvastatina media las modificaciones epigenéticas de las histonas y la regulación positiva de ACE2 en un modelo de aterosclerosis de conejo. Los pacientes con hipercolesterolemia familiar representan otro desafío con COVID-19 debido al mayor riesgo de cardiopatía coronaria prematura, variantes del receptor de lipoproteínas de baja densidad que modulan la respuesta inmune al SARS-CoV-2 y mayor lipoproteína (a) y riesgo de aterotrombosis.

HIPERTENSIÓN

La prevalencia ajustada por edad de la HTA entre los adultos de EE. UU. entre 2015 y 2016 fue del 44,1% según los criterios del American College of Cardiology

/ American Heart Association de 2017 (en comparación con el 29,0% [JNC7] y el 32,4% [autoinformado]), con altos riesgos atribuibles a la población de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica y demencia, así como una mayor mortalidad por ECV relacionada con la HTA entre 2007 y 2017.

Entre los pacientes con HTA, el 49,5% tenía obesidad, el 63,2% hipercolesterolemia y el 27,2% diabetes. Hay múltiples impulsores de HTN: genéticos; ambiental; conductual y anomalías en los sistemas cardiovascular, nervioso autónomo, renal y endocrino. El elemento central del RAS es el ACE2, un regulador maestro que convierte la angiotensina I y II en angiotensina 1-9 y 1-7, respectivamente (Figura). Según este esquema, la regulación a la baja de ACE2 con la unión de SARS-CoV-2 altera la cardioprotección a través de la vía RAS contrarreguladora.

El ACE2 ocupa un lugar destacado en el RAS, media la cardioprotección y es un receptor del SARS-CoV-2. La pérdida de la función ACE2 con la unión de SARS-CoV-2 puede provocar CIRCS. Las flechas en negrita corresponden a las vías ACE2. En el panel inferior, las flechas rojas corresponden a efectos adversos y las verdes a efectos beneficiosos sobre la cardioprotección. Adaptado de Paz Ocaranza et al. (sesenta y cinco). ACE = enzima convertidora de angiotensina; AD = aspartato descarboxilasa; APA = aminopeptidasa A; APN = aminopeptidasa N; AT1R = receptor de angiotensina II de tipo I; AT2R = receptor de angiotensina II de tipo II; AT4R = receptor de angiotensina IV; BP = presión arterial; MasR = receptor de Massey del protooncogén; MRGD = miembro D del receptor acoplado a proteína G relacionado con Mas; NEP = neprilisina; NO = óxido nítrico; RAS = sistema renina-angiotensina.

Ampliamente expresado, el ACE2 media la entrada del SARS-CoV-2 en el epitelio. La proteína de pico viral está preparada para la entrada viral por diferentes proteasas del huésped, incluida la proteasa transmembrana serina 2 (TMPRSS2).

El riesgo de infección por SARS-CoV-2

no parece afectado por los inhibidores del sistema RAS.

Entre los pacientes con COVID-19, la HTA se asoció con frecuentes morbilidades cardiovasculares (24,3%), diabetes (15,2%), enfermedad cardíaca (6,2%) y alto riesgo de mortalidad. En otro estudio, la HTA se asoció con un aumento del riesgo de gravedad y mortalidad por COVID-19 en 2,5 veces, principalmente en los pacientes mayores de 60 años.

Intervención cardiometabólica

Adiposidad anormal

Se pueden hacer recomendaciones prudentes basadas en la alta prevalencia de sobrepeso / obesidad y estilo de vida poco saludable en la población general. Los programas formales de medicina del estilo de vida deben implementarse en el contexto del distanciamiento social. Específicamente, con el cierre de la escuela y el programa de almuerzos y el nuevo trabajo o las rutinas para quedarse en casa, los riesgos de desnutrición, aumento de peso y pérdida de condición física en niños / adultos deben contrarrestarse mediante actividades físicas planificadas en el hogar.

El distanciamiento social fomenta una cultura de ordenar y consumir en exceso "alimentos reconfortantes".

Se deben proporcionar instrucciones sencillas para promover un estilo de vida saludable. Los profesionales de la salud (HCP) deben recibir capacitación en medicina del estilo de vida utilizando materiales impresos, herramientas de aprendizaje basadas en la web y experiencias prácticas. A nivel de sistemas, una red de programas de medicina del estilo de vida forja una nueva cultura de vida saludable.

Las "brechas" en la evidencia de la investigación, la difusión del conocimiento y la implementación práctica son amplias con respecto a la obesidad y COVID-19. Las lagunas en la investigación corresponden a preguntas científicas sin respuesta. Se necesitan estudios epidemiológicos para capturar las asociaciones de los riesgos de COVID-19 con la adiposidad y los beneficios a corto

sigue en pág. 48

viene de pág. 47

plazo del cambio de estilo de vida en la composición corporal.

Deben diseñarse estudios de investigación básica, ensayos clínicos e intervenciones específicas posteriores. Deben desarrollarse tecnologías sencillas que detecten la adiposidad anormal. Las lagunas de conocimiento corresponden a la difusión no uniforme de información a los profesionales sanitarios, los pacientes y los responsables de la formulación de políticas.

La nueva información debe comunicarse bien a los HCP en actividades educativas en vivo y en materiales impresos y basados en la web. Los vacíos de práctica corresponden a fallas en la conversión de información en acción.

DISGLUCEMIA

Dado que muchos pacientes con ECV tienen DM2, se fomentan cambios saludables en el estilo de vida en el contexto del distanciamiento social. Los pacientes deben reestructurar sus rutinas debido a posibles interrupciones en el trabajo, el sueño y las comidas. La preparación para la práctica de la diabetes incluye el acceso del paciente a la tecnología de telemedicina. Se desaconseja la prescripción excesiva para evitar el acaparamiento, y se tranquiliza a los pacientes sobre el fácil acceso a los medicamentos y suministros.

Se debe considerar la monitorización continua de la glucosa en pacientes que controlan los niveles varias veces al día, especialmente con diabetes tipo 1 (DT1), para aliviar la carga de mantener los suministros. A pesar de los objetivos de prevención secundaria de ECV, los profesionales sanitarios deben:

1) Evitar los inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (SGLT2i) en pacientes con COVID-19 agudo.

2) Considerar mantener el SGLT2i ambulatorio en pacientes con riesgo de COVID-19, especialmente con ingesta oral pobre o variable, para reducir el riesgo de cetoacidosis diabética (euglucémica e hiperglucémica) y hospitalizaciones evitables no COVID. Es de destacar que la dapagliflozina SGT2i se está evaluando como un tratamiento potencial de COVID-19 para la protección de órganos (NCT04350593 y NCT04393246). Las pérdidas de glucosa en la orina como resultado de SGLT2i crean un estado fisiológico que simula la inanición, con proporciones elevadas de glucagón / insulina, producción y reabsorción de cetonas y riesgo de cetoacidosis a niveles de glucosa inferiores a los anticipados.

Los médicos deben determinar si los pacientes tienen diabetes o toman un "medicamento para el azúcar". Los niveles de glucosa y hemoglobina A1c deben controlarse en todos los pacientes al momento de la presentación. Todos los medicamentos para la diabetes orales y no inyectables de insulina se suspenden en el hospital y solo se usa insulina. Se debe protocolizar la monitorización hospitalaria y la terapéutica.

Debido a que todos los pacientes con COVID-19 e hiperglucemia significativa requerirán insulinización, se debe iniciar un protocolo de corrección de insulina

inmediatamente.

Además, se debe iniciar un protocolo de insulina subcutánea en bipedestación según las pautas en función del régimen nutricional y en todos los pacientes con diabetes Tipo 1. Se debe consultar a los endocrinólogos para todos los pacientes con diabetes Tipo 1 o aquellos con hiperglucemia recalcitrante.

En la UCI, la hiperglucemia se maneja con protocolos de insulina dirigidos por guías. Los objetivos glucémicos tanto en la UCI como fuera de la UCI son de 140 a 180 mg / dl, dando prioridad a evitar la hiperglucemia e hipoglucemia graves. A pesar de los efectos adversos de la desnutrición en COVID-19, el apoyo nutricional no debe iniciarse hasta que se controle la hiperglucemia grave, especialmente con el uso simultáneo o planificado de glucocorticoides.

Si la hiperglucemia es recalcitrante con el apoyo nutricional, entonces mantenga (o reduzca significativamente) el apoyo nutricional hasta que se restablezca el control glucémico. Además, para limitar la exposición al HCP, puede ser necesario tratar a los pacientes sin insulina intravenosa y / o con un seguimiento menos frecuente; en este caso, se administró NPH subcutánea cada 6 a 8 h para la insulinización basal, e insulina de acción rápida cada 3 a 6 h para la corrección según el momento en que el personal ya estuviera en la sala. Por último, las necesidades de insulina deben aumentarse de forma preventiva cuando se administran esteroides y reducirse a medida que se reducen gradualmente.

DISLIPIDEMIA

Se recomienda la continuación de la terapia con estatinas en pacientes de alto / muy alto riesgo que tienen una mayor susceptibilidad a un evento de ECV con hipertriglicememia.

La seguridad de la terapia continua con estatinas debe considerarse ya que entre el 5% y el 20% de los pacientes que toman una estatina informan eventos musculares adversos, que imitan los síntomas musculares inducidos por virus. Además, las interacciones medicamentosas y la insuficiencia de los órganos tisulares pueden afectar negativamente

a la eliminación de las estatinas, aumentando el riesgo de lesión muscular.

Se necesita investigación sobre los efectos antiinflamatorios de las estatinas en pacientes con COVID-19. Antes de considerar un ensayo clínico, este esfuerzo multidimensional requiere: 1) establecer la eficacia de las estatinas en la reducción de la replicación viral y las respuestas inflamatorias en células alveolares humanas y modelos COVID-19 experimentales; y 2) evaluación de respuestas inflamatorias, daño miocárdico y tasas de eventos en pacientes con COVID-19 tratados con o sin terapia con estatinas.

Ciertos lípidos bioactivos inmunomoduladores (ácido araquidónico y otros ácidos grasos insaturados) pueden conferir actividad anti-SARS-CoV-2 y deben investigarse. Los ensayos clínicos en curso están investigando los efectos antiinflamatorios de las estatinas.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La manipulación de la actividad de la ECA2 en pacientes con COVID-19 disminuye la lesión pulmonar y vascular, la hipertensión pulmonar, la fibrosis pulmonar y la inflamación sistémica, con remodelado arterial, mejoría de la función ventricular derecha y efectos cardioprotectores. Aunque sigue siendo controvertido, existe un consenso entre las sociedades médicas profesionales para continuar con los antagonistas del RAS en aquellos a los que actualmente se prescriben estos agentes.

Es de destacar que el uso hospitalario de inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) / bloqueador del receptor de angiotensina (ARB) en pacientes con hipertensión y COVID-19 se asoció con una menor gravedad de la enfermedad y niveles de interleucina-6, carga viral máxima y aumento de CD3 y CD8 y recuento de células T en sangre periférica, en comparación con otros fármacos antihipertensivos.

En otro estudio de pacientes hospitalizados, hubo una menor mortalidad con el uso de inhibidores de la ECA / ARB en comparación con aquellos que no recibieron terapia con inhibidores de la ECA / ARB (86).

La espironolactona también se ha propuesto como una terapia alternativa debido a las ventajas teóricas de evitar la retirada de inhibidores de la ECA / ARA (87).

Síndrome cardiometabólico relacionado con la enfermedad por coronavirus (CIRCS) y más allá

El imperativo actual de abordar agresivamente los impulsores metabólicos clave de la ECV en pacientes con COVID-19 está respaldado por evidencia epidemiológica que implica un nexo de riesgos cardiometabólicos con la gravedad de la enfermedad.

Por ejemplo, en una serie de casos de 5.700 pacientes ingresados en 12 hospitales del área metropolitana de Nueva York, las comorbilidades más comunes fueron hipertensión (56,6%), obesidad (41,7%) y diabetes (33,8%) (109). En un metanálisis, la ECV (razón de probabilidades [OR]: 2,93; p <0,001), la diabetes (OR: 2,47; p <0,001) y la hipertensión (OR: 2,29; p <0,001) se identificaron como predictores de COVID-19 síntomas o ingreso en UCI.

Muchos pacientes y profesionales sanitarios desconocen esta interconexión entre un grupo de impulsores metabólicos, ECV y COVID-19, que representan un marco CIRCS, y los riesgos posteriores, que representan brechas en la investigación, el conocimiento y la práctica que deben abordarse rápidamente.

Las acciones clínicas van desde la atención preventiva antes del CIRCS, hasta la atención aguda durante el CIRCS y la atención crónica después del CIRCS. La anticipación de un CIRCS crónico debería alertar al sistema de salud para evitar otra ola de enfermedades agudas y crónicas.

Los puntos de partida incluyen abordar las brechas de investigación, conocimiento y práctica ahora: planificar e implementar programas de medicina del estilo de vida y cardiometabólicos para personas de todas las edades; mejorar la infraestructura para planes de prevención integrales para reducir la carga de CMBCD antes, durante y después del CIRCS; abordar posibles fenómenos posteriores al CIRCS; y mejorar la preparación para futuras pandemias.

