

LA REVISTA DE SALUD DEL **casmu**

+cerca

Publicación bimestral del CASMU
Distribución gratuita
Año V - Nº 24 - Junio de 2016

Leerla hace bien



Los bebés hoy y el uso de las pantallas

Alimentación sana + actividad física: calidad de vida

Cuidados paliativos pediátricos
¿Qué son? ¿Qué ofrecen?

Gripe:
lo que debemos saber

Encuentros médicos de la Medicina Zonal





III COLOQUIO URUGUAYO DE ENFERMERÍA

2º Encuentro Internacional de Enfermería

Congreso y Exposición

22 y 23 de setiembre 2016

Centro de Conferencias Intendencia de Montevideo

Lema:

**“LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LOS OBJETIVOS SANITARIOS 2020:
personas, derechos y determinantes sociales”**

CONFERENCISTAS INTERNACIONALES Y NACIONALES

INVITADA INTERNACIONAL

Dra. Silvina Malvárez

Prof. Titular Universidad Nacional de Córdoba
Ex Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en
Salud de la Organización Panamericana de la Salud

- Mesas de actualización.
- Paneles temáticos.
- Presentación de libros y revistas científicas.
- Espacios de discusión profesional.
- Programas de formación permanente.
- Debates profesionales sobre temas de actualidad.

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES

(Investigaciones, Proyectos, Intervenciones de
Enfermería, Casos clínicos)

Envíe su trabajo al correo:

coloquiodeenfermeria@gmail.com

ALGUNOS TEMAS DEL COLOQUIO:

- Enfermería nacional e internacional.
- Redes de Enfermería.
- Enfermería de práctica avanzada.
- Especialidades en Enfermería.
- Calidad y seguridad en la atención de salud.
- Atención Primaria de Salud.
- Enfermería escolar.
- Enfermería ocupacional.
- Personas, derechos y determinantes sociales.
- Aporte de la Enfermería a la cobertura universal de salud.
- Envejecimiento activo y saludable.
- Cuidados críticos e intermedios.
- Neonatología y Pediatría.
- Ley de Ejercicio Profesional de Enfermería.

Toda la Enfermería de Uruguay y la región reunida en un solo lugar

Director Académico
Dr. Enf. Augusto Ferreira

Dirección General
Carina Bertiz
Editora de Opción Médica

Inscripciones y reserva de stand:

coloquiodeenfermeria@gmail.com - opmedica@gmail.com

Tel.: 2916 5790 – 094 777339



C.O.N.A.E.



Universidad
Católica del
Uruguay





Autoridades Consejo Directivo CASMU - IAMPP

Presidente: Dr. Gustavo Bogliaccini

Vicepresidente: Dr. Raúl Rodríguez

Secretario: Dr. Jorge Pomi

Prosecretario: Dr. Luis Carriquiry

Tesorero: Dr. Juan José Areosa

Comisión Fiscal:

Dra. Walkiria Volonté

Dr. Prudencio de Pena

Dra. Estela Puig



LA REVISTA DE SALUD DEL CASMU

Junio de 2016

Responsable:

Dr. Osvaldo Barrios (Gerente Comercial)

Coordinación: Carla Ascue

Colaborador especial:

Dr. Jorge Pomi

Colaborador:

Dr. Santiago de los Santos

Revista **+cerca** es comercializada, diseñada e impresa por editorial Ideas Uruguay S.R.L.
25 de Mayo 541/Ofic. 202 - Tels. (00598) 2915 8911 - 2916 5790 - Montevideo, Uruguay.
E-mail: revistacasmu@gmail.com

El editor no se hace responsable de las opiniones vertidas por los colaboradores o entrevistados en sus artículos. Los artículos periodísticos que no están firmados, son producidos por la redacción de **+cerca**.

El contenido publicitario es responsabilidad de los anunciantes.

Derechos reservados.

Prohibida su reproducción total o parcial sin el consentimiento de los autores y los editores.

Impresión: Impresora Polo

Depósito legal

Próxima edición de la revista **+cerca**: AGOSTO 2016

Sumario

6 CARDIOLOGÍA

Alimentación sana + actividad física: calidad de vida

10 CLÍNICA

Gripe: lo que debemos saber

14 PEDIATRÍA

Los bebés hoy y el uso de las pantallas

18 ODONTOLOGÍA

Salud bucal: guía para padres

21 NUTRICIÓN

Nutrición en el síndrome de intestino irritable

24 CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos pediátricos. ¿Qué son? ¿Qué ofrecen?

28 MEDICINA E HISTORIA

A propósito de la primera resección completa de un pulmón por cáncer

32 MEDICINA FAMILIAR

Día mundial del médico de familia y comunitario

36 ENCUENTROS MÉDICOS

Encuentros médicos de la medicina zonal

40 DERMATOLOGÍA

Úlceras de pierna: una patología a la cual debemos estar atentos

42 EVENTOS

- CASMU pone foco en el manejo responsable con impactante campaña de seguridad vial

- Experta internacional en cuidados paliativos pediátricos capacitó a profesionales de Casmu

- CASMU realizó talleres para liceales sobre resucitación cardíaca

JEFATURAS MÉDICAS

Departamento		
Anestesia		Dra. María Minarrieta
Cardiología	Ex Presidente del Fondo Nacional de Recursos	Dr. Enrique Soto
Cirugía General		Dr. Jorge Santandreu
Cirugía Pediátrica	Ex Profesor Adj. de la Clínica Quirúrgica Pediátrica de la Udelar	Dr. Alex Acosta
Cirugía Plástica	Profesor Agregado de la Cátedra de Cirugía Plástica	Dr. Mario Londinsky
Cirugía Torácica		Dr. José Maggiolo
Cirugía Vasculat	Profesor Agregado de Cirugía	Dr. Carmelo Gastambide
Coord. Urgencia San. 1	Ex Profesor Adj. de Clínica Médica I de la Facultad de Medicina – Médico Internista	Dr. Javier Bat
Cuidados Paliativos		Dra. Ana Guedes
Dermatología	EX-Prof. Adjunta de Clínica dermatológica Coordinador de Dermatología CASMU IAMPP	Dra. Sonia Ramos
Diabetología		Dr. Antonio Javier
Dir. de Medicamentos		Dr. Gustavo Burroso
Endoscopia Digestiva	Director del Programa de Cáncer Digestivo del MSP - Jefe del Centro de Cáncer Digestivo del Instituto Nacional de Cáncer – Profesor Asociado del Post Grado Endoscopia Digestiva de la Universidad Autónoma de México	Dr. Eduardo Fenocchi
Ginecología		Dr. Richard Viera
Hematología		Dra. Lina Foren
Hemodiálisis - IMAE	Profesor Adjunto de Medicina Preventiva	Dra. Laura Solá
Hemoterapia		Dr. Ismael Rodríguez
Imagenología	Ex Profesor Adjunto de la Cátedra de Imagenología del Hospital de Clínicas	Dr. Daniel Macchi
Jefe U.N.E.		Dra. Estela Olano
Laboratorio	Profesor Director del Departamento de Patología Clínica Facultad de Medicina	Dr. Walter Alallón
Mamografía	Profesor Adjunto de Imagenología	Dr. Jorge Horvath
Medicina Intensiva		Dr. Alberto Deicas
Medicina Interna		Dra. Cristina Rey
Medicina Preventiva y Capacitación	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Udelar). Pds en Dirección de Empresas de Salud (Universidad de Montevideo). Profesor Asistente Clínico de Medicina Familiar de la Universidad del Sur de California. USA.	Dr. Horacio Rodríguez Dulcini
Nefrología	Profesor Agregado de la Cátedra de Nefrología del Hospital de Clínicas	Dr. Alejandro Ferreira
Neonatología		Dra. Gabriela Guidobono
Neumología	Profesor Agregado Cátedra de Neumología de Facultad de Medicina - Jefe del Servicio de Neumología de ASSE - Hospital Maciel	Dra. María V. López
Neurocirugía	Profesor Adjunto Neurocirujano - Director Unidad Docente Hospital Maciel, Facultad de Medicina - Vicepresidente de la Federación Latinoamericana de Neurocirugía.	Dr. Edgardo Spagnuolo
Neurología	Director del Instituto Neurología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina - Profesor Titular de da Catedra de Neurologia del Hospital de Clínicas, Facultad De Medicina.	Dr. Ronald Salamano
Odontología	Jefa Interina Especialista en Odontopediatría (UdelaR) y Gestión de Servicios de Salud (UdelaR)	Dra. Gabriela Brovia
Oftalmología	Profesor Adjunto de Oftalmología - Miembro de la Sociedad Académica de Oftalmología	Dr. Adrián Antes
Oncología		Dr. Mario Notejane
ORL	Profesor Adjunto de Otorrinolaringología	Dr. Eduardo Munyo
Pediatría	Profesor Agregado de Pediatría de Facultad de Medicina	Dra. Stella Gutiérrez
Sicología Médica		Dra. Marisa Rubinstein
Traumatología	Profesor Agregado de la Cátedra de Ortopedia y Traumatología Pediátrica	Dr. Domingo Beltramelli
U.M.E.L.A.		Dr. Domingo Perona
Unidad Salud Mental		Dra. Sandra Chelle
Urología		Dr. Gustavo Malfatto
Urgencia Prehospitalaria	Médico Intensivista - Mdef de la Universidad de Montevideo - Director Centro de Prevención e Instrucción en Emergencia (AHA)	Dr. Santiago de los Santos
Unidad Anatomía Patológica	Grado II de la Cátedra de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas Facultad de Medicina	Dra. Andrea Astapenco
URAC	Especialista en Reproducción Humana	Dr. Roberto Suárez Serra

Julio, mes de gripes, vacaciones e ingresos de nuevos colectivos al Fonasa



Dr. Osvaldo Barrios
Magister en Dirección de
Empresas de Salud
Gerente Comercial
CASMU-IAMPP.

Con gran beneplácito, hacemos llegar a Uds. una nueva edición de nuestra siempre bienvenida revista “+Cerca”, la cual mantiene intacto su objetivo principal de continuar informado a los afiliados, funcionarios y sus respectivas familias de los temas de salud que nos atañen a todos, así como también informar de los avances, logros y realidades que se van produciendo día a día en nuestra gran y querida Institución.

Y como decíamos en el título, en el mes de julio ingresarán al Fonasa el colectivo de jubilados que no ingresaron en julio del 2012, sus cónyuges y sus hijos menores a cargo. Si bien al momento de escribir esta editorial, el decreto sobre el ingreso de dichos colectivos en julio, aún no se había promulgado, seguramente salga según las siguientes condiciones:

- Los **jubilados que no ingresaron en 2012 y los cónyuges y/o menores a cargo** ingresarán en la mutualista en la cual revistaban en marzo/2016.
- Para todos los casos, **el trámite será automático**; es decir, no es necesario realizar ningún trámite ni en la mutualista ni en el BPS.

La Institución ha decidido mantener los BENEFICIOS de las afiliaciones colectivas los cuales **NO SE SUMARÁN A LOS BENEFICIOS OTORGADOS POR FONASA**. El afiliado elige. También CASMU, ha tomado la generosa decisión de que los cónyuges cuenten con los mismos beneficios definidos para los pasivos Fonasa.

Las colectivas que pagan sustitutivo, mantendrán los beneficios adicionales manteniendo los pagos.

Por otra parte les informamos que finalizó con rotundo éxito la campaña de vacunación antigripal, focalizada fundamentalmente en los grupos de riesgo. Habitualmente CASMU despliega un operativo especial durante la campaña de vacunación antigripal.

Sin embargo, este año, ante el aumento de la demanda de la población, **se triplicó** la oferta de vacunación respecto al año 2015.

Los vacunatorios de CASMU atendieron a todas las personas que deseaban vacunarse, según marca la normativa del Ministerio de Salud Pública y más del 25% de quienes asistieron no eran afiliados de CASMU, pero optaron por la comodidad y la seguridad que ofrece nuestra Institución. Por ese motivo, este escenario, generó la posibilidad de aplicar más de 700 dosis diarias: casi tres veces superior al año pasado.

Asimismo, como siempre, encontrarán en esta edición y como en todas las anteriores, destacados artículos médicos sobre temáticas frecuentes y que despiertan gran interés del lector, todos ellos escritos por técnicos de la Institución y presentados con la excepcional calidad a la que “+cerca” ya nos tiene acostumbrados; novedades y eventos CASMU, el rincón de los chicos, etc.

Por último, saludamos a todos quienes hacen posible que este ejemplar esté hoy en vuestras manos, como lo son los proveedores que participan de la publicación, los profesionales que gentilmente nos aportan sus destacados artículos y todos aquellos que con sus críticas constructivas y aportes nos ayudan a mejorar edición tras edición.

Un saludo afectuoso para todos.

Alimentación Sana + Actividad Física: CALIDAD DE VIDA



Nuestra calidad de vida dependerá de los hábitos alimenticios que desarrollemos y la capacidad para mantener una vida activa, con ejercicios periódicos

Enfermedades cardiovasculares: principal causa de morbimortalidad en el mundo



Dr. Enrique Soto
Jefe del Departamento de Cardiología
de CASMU

Los tratamientos farmacológicos son complementarios y necesarios ante determinadas enfermedades, son recursos que solo el médico debe utilizar según el diagnóstico de la patología que padece el paciente.

Hay una dependencia, inducida muchas veces por el marketing, hacia el consumo de fármacos en donde se aprecia un mensaje en el cual se suele asociar el bienestar a la utilización de medicamentos, sin embargo el pri-

mer escalón es una alimentación saludable y ejercicios físicos en forma habitual.

La nutrición es un factor vital en la prevención del riesgo cardiovascular, ya que afecta el peso, la presión arterial, la glicemia, los triglicéridos, la uricemia y el colesterol de alta y baja densidad. Es decir, la alimentación por la que optemos está relacionada con los principales factores de riesgo cardiovasculares modificables. Al adaptar la ingesta de ciertos alimentos y moderar la cantidad y frecuencia con que comemos podemos disminuir de manera significativa el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Una persona es portadora de obesidad cuando su índice de masa corporal es igual o superior a 30 kg/m². El índice de masa corporal se calcula según el índice de Quetelet, también llamado índice de masa corporal (IMC), en el cual se divide el peso sobre la talla o altura al cuadrado. La obesidad central, abdominal o visceral está asociada a productos proinflamatorios que contribuyen a la producción del daño microvascular, por lo cual resulta importante la medida del perímetro abdominal.

Al adaptar la ingesta de ciertos alimentos y moderar la cantidad y frecuencia con que comemos podemos disminuir de manera significativa el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

La obesidad se produce como consecuencia de un desbalance entre la energía ingerida, muchas veces en exceso, y la energía consumida por el individuo en sus actividades diarias. Afecta de manera significativa la longevidad y la calidad de vida.

Una dieta adecuada debe aportar el número suficiente de calorías totales, derivadas entre 10 o 15% de las proteínas, un 20 o 30% de las grasas y en un 60 o 70% de los hidratos de carbono. Cada gramo de hidratos de carbono y proteínas produce 4 calorías y un gramo de grasas produce 9 calorías.

En un informe reciente del estudio más importante sobre factores de riesgos cardiovasculares, Framingham Heart Study, concluye sobre los perjuicios del hábito de bebidas azucaradas que conducen a un incremento significativo del tejido adiposo visceral.

La obesidad puede conducir a una producción excesiva de insulina por el páncreas, especialmente porque los tejidos ya no responden a ella, con el transcurso del tiempo la producción de insulina disminuye por varios

factores, entre ellos la destrucción de células beta de los islotes de Lagerhams en el páncreas, dando origen a la diabetes tipo

A su vez, debemos ser cuidadosos con los productos comercializados como "light" o de "bajas calorías". En



estos casos, la disminución de calorías puede estar relacionada a la reducción de las grasas o de los carbohidratos en su elaboración. Diversos estudios han advertido sobre los perjuicios de una ingesta sin control de estos productos, al incrementar el número y cantidad de comidas con el falso convencimiento que no afectará el peso.

La nutrición es un factor vital en la prevención del riesgo cardiovascular



La actividad física es importante en la pérdida de peso, contribuye a eliminar calorías, disminuir los niveles de stress, lo cual favorece el descenso de la inflamación producida por el stress oxidativo inducido por una actividad adrenérgica aumentada.

La inactividad física o falta de ejercicio se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de la

enfermedad cardíaca e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular.

Una persona sedentaria tiene más riesgo de sufrir arterioesclerosis, hipertensión y enfermedades respiratorias.

Al igual que otros factores, el sedentarismo es un factor de riesgo modificable, lo que significa que la adopción de un estilo de vida que incluya la práctica de ejercicio físico interviene en la mejora de la salud de la persona sedentaria y reduce su riesgo cardiovascular. En este sentido, hay un aspecto fundamental que consiste en la educación a nivel escolar introduciendo hábitos alimenticios sanos y de actividad física.

La actividad física es importante en la pérdida de peso, contribuye a eliminar calorías y disminuir los niveles de stress

Los niños de hoy en día tienen peores hábitos de alimentación, ejercicio físico y ocio. La práctica deportiva se suele reducir a las horas que imparten en las escuelas, no obstante, el tiempo frente a las computadoras, los videojuegos y la televisión se convierten en sus principales vías de esparcimiento. Educar a los más pequeños en la necesidad de tener una vida activa, con ejercicio mode-

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

En mayores de 18 años

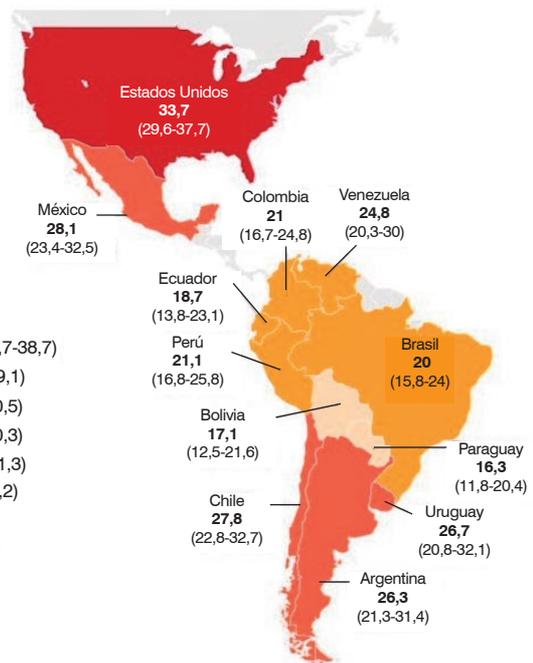
$$IMC = \frac{\text{masa (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

- Delgadez leve 17-18,49
- Normal 18,5-24,99

- Sobrepeso 25,00-29,99
- Obesidad igual o más de 30

MUJERES		HOMBRES	
34,7 (28,9-40,7)	Estados Unidos	32,6 (26,7-38,7)	
33,1 (26,6-39,7)	México	22,8 (17,1-29,1)	
32,2 (24,8-40,1)	Chile	23,3 (16,8-30,5)	
30,6 (22,5-38,9)	Uruguay	22,5 (15,6-30,3)	
28,9 (21,7-36,9)	Argentina	23,6 (16,7-31,3)	
29,4 (22,5-36,9)	Venezuela	20,3 (14,2-27,2)	
26,5 (20,3-33,2)	Perú	15,8 (10-22,6)	
25,7 (19,6-32,3)	Colombia	16,1 (10,8-21,9)	
22,7 (17,2-28,9)	Brasil	17,3 (12-23,1)	
22,9 (16,3-30,4)	Ecuador	14,4 (8,9-20,9)	
22,2 (15,6-29,8)	Bolivia	12,1 (6,9-18,4)	
19,5 (13,3-27,1)	Paraguay	13,1 (8-19,4)	

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).



rado y actividades al aire libre es el único método para ayudarles a convertirse en adultos sanos.

El sedentarismo solo es posible corregirlo convenciendo a los pacientes de realizar actividad física. La clave está en modificar los hábitos sedentarios de vida y ocio y transformarlos de forma que se incremente nuestro nivel de actividad física.

En el caso de los adultos sedentarios que llevan mucho tiempo sin hacer ningún tipo de ejercicio es conveniente que consulten a su médico: tan peligroso es para la salud no hacer nada de deporte como, en esa situación, lanzarse a un ejercicio exhaustivo y desmedido de forma aislada.

Está demostrado que la actividad física y el ejercicio colaboran tanto en el mantenimiento del peso como en el control de las cifras de tensión arterial y colesterol.

Es necesario adaptar el tipo y nivel de ejercicio a la edad y sexo de cada persona, y a las condiciones que presenta para poder realizar la actividad. En términos generales, se aconseja caminar al menos entre treinta y cuarenta y cinco minutos diarios.

Para finalizar, debemos tener presente que la principal



causa de morbilidad en el mundo son las enfermedades cardiovasculares. A su vez, los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de estas afecciones son coincidentes con el desencadenamiento de otras patologías también frecuentes en el mundo moderno. Por lo tanto, al modificar nuestros hábitos de vida estaremos contribuyendo a controlar mejor las enfermedades crónicas.

**APROVECHÁ
LOS BENEFICIOS DE LA**

PROMO 25 AÑOS

Cumplimos 25 años y queremos celebrarlo dándote más beneficios para que contar con el mejor Servicio de Compañía sea más fácil que nunca.

Además, podés combinar esta promo con los beneficios de la Promo Referidos en sus nuevas condiciones.

**PRIMERA
CUOTA
GRATIS**

**PRIMEROS
7 MESES:
50% DE
DESCUENTO**

**SIGUIENTES
7 MESES:
25% DE
DESCUENTO**

Informes:
www.secom.com.uy
0800 4584



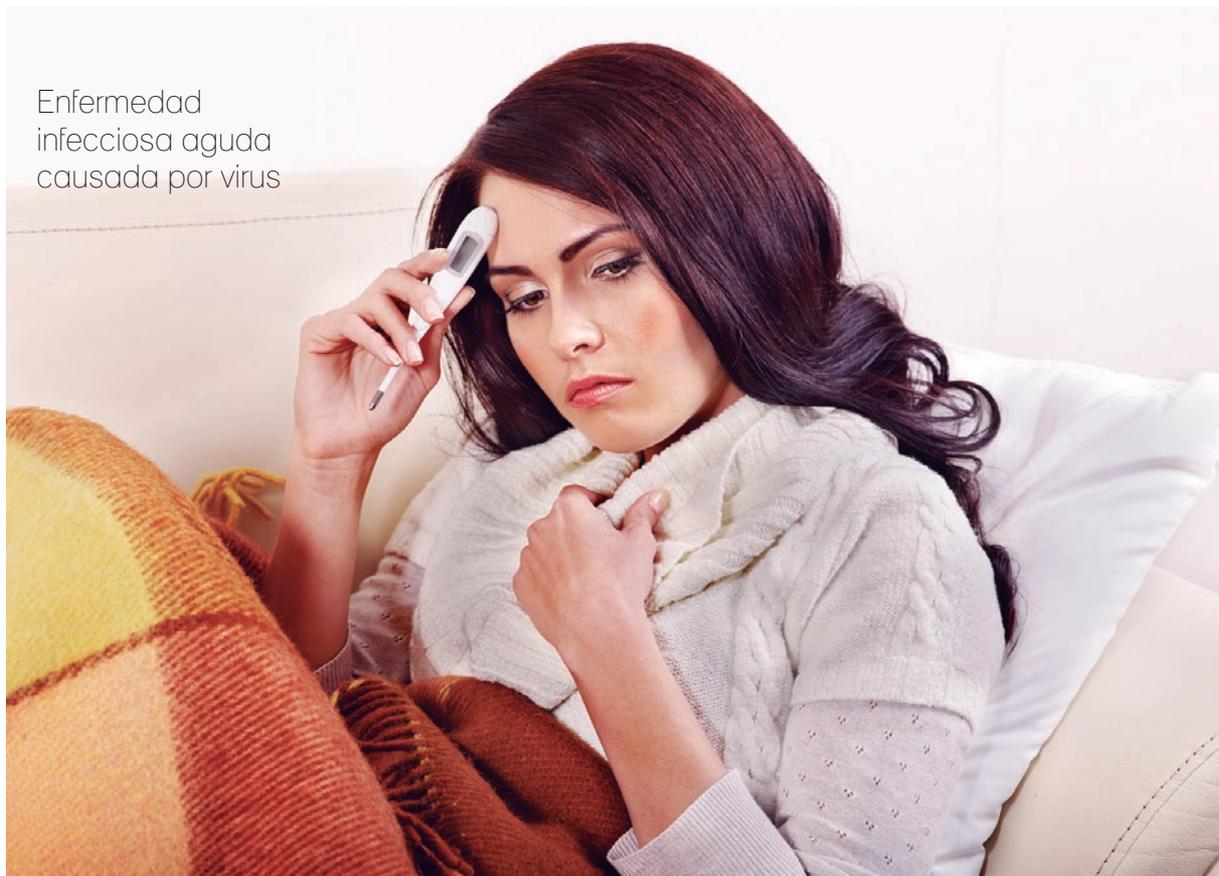
SECOM
PRIMER SERVICIO DE COMPAÑÍA DEL URUGUAY Y DEL MUNDO

El descuento se interrumpe con el uso del servicio. En caso de que el pago se realice a través de tarjetas de crédito, luego de pasados los primeros 6 meses de antigüedad si se utilizara el servicio el beneficio económico no se cortará. Promoción sujeta a condiciones de contrato.

GRIPE

lo que debemos saber...

Enfermedad
infecciosa aguda
causada por virus



Dra. Ana Pedemonte
Dirección Pre Hospitalaria
CASMU IAMPP

Afecta fundamentalmente a las vías respiratorias y con frecuencia se acompaña de síntomas generales como malestar general, dolor de cabeza y dolores musculares y articulares. Con menor frecuencia puede presentar náuseas, vómitos y diarrea.

El contagio se produce sobre todo entre el segundo y el tercer día de enfermedad y puede prolongarse durante una semana.

El contagio es de persona a persona, a través de secreciones nasales o pequeñas gotitas de saliva que salen con la tos o los estornudos o solo al hablar. Otro mecanismo es a través de las manos que usamos para taparnos la boca cuando tosemos.

Habitualmente se producen más casos durante los meses fríos. Ello se asocia a que estamos más tiempo en espacios cerrados y poco ventilados, lo que favorece el contagio de persona a persona.

El diagnóstico de gripe es por la clínica. Los estudios para identificar el virus tienen interés epidemiológico y se realizan solo en los casos de pacientes que requieren internación hospitalaria.



El cuadro gripal puede clasificarse en tres tipos:

1) Gripe no complicada: Aparición brusca de un cuadro agudo con fiebre ≥ 38.5 axilar, rinitis, tos y alguno de estos síntomas: dolor de cabeza, dolor de garganta, dolores musculares y articulares, malestar general, cansancio intenso y, a veces, náuseas, vómitos y diarrea.

2) Gripe complicada: el paciente necesita ser internado en un hospital. Presenta fatiga, dificultad para respirar, frecuencia respiratoria rápida, dolor en el pecho, tendencia al sueño o depresión de conciencia, y/o descompensación de una enfermedad crónica preexistente.

3) Gripe grave: insuficiencia respiratoria severa que requiere de soporte ventilatorio en Cuidados Intermedios o en CTI, hipotensión arterial severa, compromiso renal y eventual sobreinfección bacteriana.

Las condiciones previas que presenta el paciente (**Tabla I**), son factores que aumentan las posibilidades de desarrollar una gripe grave.

Tabla I
1. Enfermedades crónicas preexistentes: cardiopatías, enfermedades respiratorias como EPOC, insuficiencia renal, hepatopatías y enfermos neurológicos
2. Diabetes
3. Edad > 65 años y < 5 años ($>$ riesgo en menores de 2 años y sobre todo en < 6 meses)
4. Embarazo (incluyendo hasta 4 semanas después del parto)
5. Obesidad mórbida
6. Inmunodeprimidos <ul style="list-style-type: none"> a) inmunodeficiencia primaria b) quimioterapia o radioterapia actual o reciente c) tratamiento inmunosupresor, o corticosteroides (≥ 40 mg de prednisona/día o ≥ 2 mg / kg / día durante en un niño, ≥ 1 semana y hasta 3 meses después de suspendido el tratamiento d) VIH con inmunosupresión grave (CD4 < 200/ml) e) etc.

La forma más eficaz de prevenir la enfermedad y sus consecuencias graves es la vacunación, la cual es efectiva luego de los 20 días de recibida.

La OMS recomienda la vacunación anual (por orden de prioridad) en:

- mujeres embarazadas en cualquier etapa del embarazo
- niños de 6 meses a 5 años
- personas ≥ 65 años
- personas con enfermedades crónicas
- trabajadores de la salud

Los síntomas suelen aparecer a las 48 horas de efectuado el contagio y la mayoría de los afectados se recuperan en una o dos semanas.

Es aconsejable el reposo, abundante ingesta de líquidos, antitérmicos (paracetamol o ibuprofeno). A los niños pequeños no se aconseja administrar aspirina porque se le ha relacionado con el Síndrome de Reye.

Al toser o estornudar, cubrirse la boca y nariz con un pañuelo descartable o con el ángulo interno del codo. Tirar a la basura los pañuelos descartables inmediatamente después de usarlos. Ventilar los ambientes. Mantener

La forma más eficaz de prevenir la enfermedad y sus consecuencias graves es la vacunación, la cual es efectiva luego de los 20 días de recibida



limpios picaportes y objetos de uso común. No compartir mate, cubiertos ni vasos. Lavado frecuente de manos.

El tratamiento es solo sintomático y en los casos graves y hospitalarios es de soporte.

Los fármacos antivirales tienen una eficacia discutida y no carecen de toxicidad. Los antibióticos solo son útiles si hay infección bacteriana asociada.

Cuándo consultar al médico:

El médico debe ser consultado si:

- Después de dos días los síntomas no mejoran.
- Después de dos semanas los síntomas persisten.
- Mantiene fiebre alta de 39 ° C - 40,9 ° C. Esto puede ser indicativo de otras infecciones bacterianas.
- Fuerte dolor de oídos, fiebre y mareos. Puede ser una otitis media supurativa.
- Expectoración verde o amarillenta, ronquera, dolor de pecho o dificultad para respirar. Pueden indicar bronquitis o neumonía.
- Dolor en la frente, las mejillas, la mandíbula superior o los ojos. Esto podría indicar sinusitis.
- Manchas blancas en las amígdalas. Pueden indicar amigdalitis.
- Vómitos frecuentes o no quiere beber líquidos. En combinación con la fiebre puede ser muy peligroso porque corre riesgo de deshidratación.
- Ante síntomas de gripe complicada o grave.
- Ante descompensación de enfermedad crónica.

Este año, en Uruguay, asistimos a un brote en el mes de mayo.



Eso motivó a nivel de Puertas de Emergencia de CASMU un aumento de 3000 consultas en ese mes.

En 1727 Emergencias se duplicaron los llamados habituales para esta época del año.

Estos hechos, sumados a que nosotros, el equipo de salud, médicos y enfermeros, también nos enfermamos, motivaron grandes dificultades en satisfacer la demanda bruscamente aumentada.

Nos sentimos en la obligación de explicar a nuestros afiliados los síntomas de la principal infección infecciosa que estamos viviendo a nivel nacional e institucional a los efectos de clarificar en qué momento debemos realizar la consulta médica correspondiente.



Sereno y distinguido, el Parque Jardín Los Fresnos de Carrasco goza de una topografía tan exclusiva y hermosa, que sus suaves colinas naturales le otorgan una singular particularidad. Es el Parque elegido por quienes aprecian cada detalle de la naturaleza y buscan el refugio que brinda un estilo individual.

En esta oportunidad tenemos el agrado de comunicarle que nuestro **horno crematorio** se encuentra plenamente habilitado y en funcionamiento. La alternativa por la cremación está siendo cada vez más utilizada a la hora de darle una solución definitiva a la pérdida física de un ser querido.

Le asesoraremos contactándose al teléfono **2682 9140** o a través del correo electrónico info@losfresnos.com.uy



LOS BEBÉS HOY y el uso de las pantallas



Dra. Analía Camiruaga
Psiquiatra Pediátrico



Dra. María Inés Iraola
Pediatra

Los niños menores de dos años necesitan interactuar directamente con sus padres y cuidadores principales para lograr el desarrollo de las destrezas emocionales, cognitivas y sociales. La crianza es presencial e insustituible. Hoy, desde que nacen, los niños están expuestos a diferentes tipos de pantallas y los padres necesitan información y orientación para tomar decisiones adecuadas en relación a su uso.

Los niños están programados para aprender en sentido amplio, a través del vínculo con las personas, en la comunicación cara a cara, no en la interacción unidireccional con una pantalla



Las nuevas tecnologías han llegado para quedarse y ocupar un lugar privilegiado en la vida cotidiana. Actualmente es inimaginable nuestra vida sin tecnología. No son positivas ni negativas, depende del uso que se les dé.

Por ello es tan importante que los padres cuenten con información básica que les ayude a educar y acompañar a sus hijos en el uso saludable y responsable de las mismas. Es recomendable analizar los usos que hacemos en nuestra familia y comprometernos en establecer normas anticipadas que controlen su utilización. Es un desafío difícil competir con la tecnología, por ello debemos buscar estrategias innovadoras que permitan integrarlas a nuestras interacciones familiares, sin sustituir lo esencial.

Las nuevas tecnologías son una herramienta extraordinaria con innegables beneficios, lo que ha contribuido a su rápida incorporación en la vida cotidiana de la familia. Han revolucionado numerosos aspectos de nuestra vida. El avance de la tecnología es tan vertiginoso, que ésta se instala antes de saber cuál es el uso adecuado para los niños. Actualmente, desde que nacen, los niños están expuestos a diferentes tipos de pantallas (televisión, teléfono celular, tablet, computadora). Las encuestas indican que el 40% de los bebés ven algún video a los cinco meses y a los dos años el número aumenta a 90%.

Frente a esta nueva realidad los padres necesitan información y orientación para tomar decisiones adecuadas en relación al uso de la televisión y

otras pantallas. No es tarea fácil, porque existen mensajes contradictorios y una infinidad de productos en el mercado que promueven su uso indiscriminado, siendo los niños un objetivo claro del mercado de consumo. En los últimos años se ha registrado una explosión de programas y videos que se anuncian como educativos dirigidos especialmente a los niños más pequeños.

Diversas investigaciones se han realizado con el objetivo de determinar los efectos a largo plazo del uso de pantallas sobre la salud física, mental y social de los niños.

La Academia Americana de Pediatría, como institución comprometida en promover el bienestar de los niños, ha publicado una serie de recomendaciones para las familias sobre la exposición de los niños a las pantallas. Analizaremos las referidas a los niños en sus primeros años, pues los efectos de las pantallas son potencialmente más pronunciados en este grupo.

Los niños menores de 2 años ¿para qué necesitarían las pantallas?

El problema no está solamente en lo que hacen mientras ven televisión; está en lo que no hacen

Al nacer, el cerebro del niño no está completamente desarrollado. En los primeros dos años el cerebro crece a una velocidad vertiginosa, triplica su tamaño en el primer año. Lo hace a expensas del intrincado proceso de interconexión neuronal, lo que se ha llamado cableado cerebral. Las conexiones neuronales se establecen en respuesta directa a la interacción con sus padres, familia y cuidadores. Los niños están

les se establecen en respuesta directa a la interacción con sus padres, familia y cuidadores. Los niños están

El juego es esencial para el desarrollo de la creatividad y la imaginación. La vida real en el vínculo con otros, ofrece a los bebés estímulos más ricos, complejos y atractivos que las imágenes de la televisión.

programados para aprender en sentido amplio, a través del vínculo con las personas, en la comunicación cara a cara, no en la interacción unidireccional con una pantalla. La tecnología lo enfrenta a una sucesión de estímulos sensoriales intensos y rápidos que su cerebro en desarrollo no puede procesar adecuadamente. El acostumbrarse a atender a estímulos rápidos e intensos, puede afectar el mantenimiento de la atención a futuro, frente a estímulos de calidad diferente como el que genera una maestra.

El niño queda como hipnotizado frente al desfile rápido de imágenes y colores acompañado de variados ritmos y sonidos, más allá del contenido del programa. El estímulo así presentado corre el riesgo de suplantar la experiencia con el otro por un estado de puro goce sensorial.

El problema no está solamente en lo que hacen mientras ven televisión; está en lo que no hacen.

Las adquisiciones lingüísticas se van desarrollando en el bebé progresivamente, en la comprensión del flujo de palabras que el otro le dirige, a través del intercambio de miradas, gestos, actitudes corporales mutuas, en un tono emocional acorde y en una narrativa compartida por el bebé y el cuidador implicado.

La interacción del bebé con la pantalla de frente y el adulto de costado, conduce a interiorizar relaciones distorsionadas, en eco, discontinuas, donde se interrumpe la experiencia emocional y sensorial compartida.

Un niño en los primeros años, necesita desarrollar experiencias con sus sentidos y su cuerpo, de manipulación, exploración y de juego. Explorar el mundo con todos los sentidos, moviendo su cuerpo, manipulando objetos es absolutamente imprescindible para su desarrollo psicomotriz, para construir la noción de su propio cuerpo, de la imagen de sí y los modelos internos que reflejan su relación con sus padres o figuras significativas.

A través del juego, el niño lleva a cabo una acción que genera un placer muchas veces compartido, cuya finalidad es el disfrute o la exploración y elaboración de una situación. El juego es esencial para el desarrollo de la



creatividad y la imaginación. La vida real en el vínculo con otros, ofrece a los bebés estímulos más ricos, complejos y atractivos que las imágenes de la televisión.

Las pantallas ¿un acompañante las 24 horas?

Las pantallas se ofrecen desde el mercado de consumo, como un recurso para apoyar la ardua tarea de los padres con un niño pequeño, ya que las mismas están disponibles a tiempo completo.

En los primeros años se desarrollan muchos sistemas importantes en el cerebro, en especial los que utilizamos para gestionar nuestra vida emocional tales como la capacidad empática, la respuesta al stress y la tolerancia a la frustración. Deben aprender a manejar sus emociones fuertes, su impulsividad, a calmarse y autorregularse. Estas habilidades, que preparan al niño para autorregularse, tener una adecuada noción de sí mismo y luego vivir en sociedad, se logran en la interacción con otra persona y no frente a una pantalla que puede tener un efecto tranquilizador engañoso.

¿Es necesaria una televisión o pantalla de fondo?

Muchas familias tienen un televisor encendido siempre como ruido de fondo, incluso aunque nadie lo vea. Se ha demostrado que la televisión de fondo no solo reduce la cantidad de tiempo que un niño juega sino también disminuye la atención focalizada en el juego. Lo distrae, acostumbra al cerebro al multiestímulo, pasa de una actividad a otra sin lograr concentrarse. También se ha comprobado que las interacciones verbales y emocionales con los padres y hermanos disminuyen drásticamente cuando un televisor está encendido. Menos palabras significa menos aprendizaje.

Con la sucesión de imágenes ¿me duermo más rápido y tranquilo?

El efecto de los medios audiovisuales sobre el sueño es un tema de creciente preocupación. En muchas familias la televisión forma parte de la rutina a la hora de acostar-

se. Si bien los padres lo perciben como una estrategia eficaz para conciliar el sueño, las investigaciones muestran que retrasa el inicio del sueño, acorta la duración y altera el patrón de sueño normal. Se asocia también a efectos adversos sobre el comportamiento y el aprendizaje.

A la hora de comer ¿invitamos a mi programa favorito?

La televisión o las pantallas son un invitado que monopoliza la atención y distorsiona el momento de encuentro. Se pierde así la oportunidad de fortalecimiento del vínculo, de intercambio de miradas, gestos y palabras. Durante la alimentación, el bebé podrá experimentar a través de diferentes sentidos, así como desplegar su iniciativa (que incluye la oposición) y la imitación de gestos y acciones (por ejemplo, jugar a dar de comer mientras es alimentado).

La atención está puesta en la pantalla y no en las características, calidad y la cantidad de los alimentos a ingerir. La incorporación del alimento puede pasar a ser un acto activo o pasivo para el bebé, según las características del encuentro.

La pasividad frente a la pantalla, en un futuro puede ser un factor asociado a la obesidad infantil.

Si es algo importante para mamá y papá itambién lo será para mí!

Los bebés son grandes imitadores, observadores y pequeños "filósofos" que intentan comprender lo que sucede a su alrededor. La imitación es una de las primeras herramientas para la futura adquisición de funciones importantes. Si observa que los adultos atienden de forma continua a las pantallas intentará imitarlos.

La utilización de las mismas como herramientas eficaces para nuestra vida cotidiana depende de cada uno. Es necesario habitar espacios libres de pantallas, en especial para niños menores de 2 años. Donde se privilegien encuentros humanos, espacios lúdicos, momentos de disfrute compartidos, donde la experiencia por sí misma haga que no sean necesarias las pantallas.

El tiempo de aburrimiento que despierte la creatividad y la capacidad de transitarlo en forma serena, calmada, tanto en el bebé como en sus padres, será germen de buenas capacidades en el futuro.



EL DINERO ELECTRÓNICO EN URUGUAY ES MIDINERO, LA PREPAGA DE REDPAGOS



Midinero Prepago de Redpagos

La prepaga para cobrar tu sueldo o jubilación. Te permite pagar tus compras, con beneficios, sin llevar efectivo.



Midinero Prepago de Redpagos internacional

La prepaga que te permite comprar, con beneficios, sin llevar efectivo o para tus compras en internet.

SOLICITALA GRATIS EN CUALQUIER LOCAL REDPAGOS

Salud bucal

“En Odontología Preventiva de CASMU, los controles odontológicos en bebés comienzan a partir de los 4 meses de edad”

GUÍA PARA PADRES



Dra. Rosina Brovia
Especialista en
Odontopediatría
Especialista en Gestión de
Servicios de Salud



Dra. Carla Settimo
Especialista en
Odontopediatría



La promoción y la prevención de salud en los niños aseguran adultos más sanos con mejor calidad de vida y con menos gastos en relación a la recuperación de la salud perdida.

Resulta entonces importante, que los padres o responsables de criar niños estén al tanto de la información que marcará la diferencia.

La visita temprana al odontólogo permite ofrecer pautas individualizadas de prevención a los padres y cuidadores además de disminuir los tratamientos dentales curativos.

En Odontología Preventiva de CASMU, los controles odontológicos en bebés comienzan partir de los 4 meses de edad, continuando con los mismos cada 4 o 6 meses.

Lactancia materna (LM)

La lactancia materna además de ofrecer enormes beneficios de salud para él bebe y su madre, también disminuye la prevalencia de succión no nutritivos como lo son chupete y dedo, favoreciendo el desarrollo armónico de los maxilares.

A pesar que no se ha relacionada directamente la Lactancia Materna y la Caries de la Primera infancia (CPI) es una realidad clínica que las CPI pueden presentarse en niños con alimentación complementaria de Lactancia Materna.

La OMS recomienda Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses, y de manera complementaria hasta los dos años.

Con el fin de evitar la CPI se recomienda a los padres:

- **Limpiar la boca de sus bebés**, desde la erupción de los primeros dientes con una mínima cantidad de pasta fluorada 2 veces por día.
- **Ofrecer una dieta sana al bebé**, atrasando al máximo la incorporación de azúcares y evitar comer entre horas.



- No perder de vista que LM es parte de la alimentación y nutrición del bebé, una vez erupcionados los incisivos y molares (hacia los 12 meses) salvo ocasiones puntuales, no ofrecer el pecho como calmante o pacificador.

La Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP), recomienda ofrecer al bebé, los líquidos en vaso, cuchara o taza. De utilizar la mamadera que sea solo para leche. Una vez que aparecen los dientes superiores no usar la mamadera como calmante, especialmente en la madrugada, es importante evitar que el niño se quede dormido con la mamadera en la boca. Es saludable cambiar la mamadera por una taza o vaso hacia el año de vida, la succión debe culminar como máximo a los 2 años de vida.

Transmisión de bacterias

Durante los primeros años de vida el bebé se encuentra en estrecha relación con su madre. La presencia de ciertas bacterias en la saliva de las madres o de la persona que lo cuida, son un factor de riesgo de caries; cuanto más temprano sea la adquisición de estas bacterias por parte del niño mayor será el riesgo de caries.

La madre o cuidador debe tener un control odontológico al menos una vez por año.

Se desaconseja besos en la boca del bebé, limpiar el chupete con la saliva, compartir cubiertos.

Los hábitos de higiene y la forma de cómo se alimenta en la familia son los ejemplos que reciben los niños, aprendiendo de ellos desde temprana edad, el ejemplo aprendido en el hogar es la conducta que se adoptará.

Higiene bucal

Basados en estudios científicos recientes han surgido cambios en las recomendaciones en el uso de las pastas dentales, se indican las que contienen 1.000 ppm de ion Flúor como mínimo, siendo a partir de esta concentración que se genera el efecto anticaries.

En el envase del producto siempre está registrada la concentración de fluoruro.

En niños menores de 3 años la cantidad de pasta sugerida es como el tamaño de un grano de arroz.

En niños mayores de 3 años se recomienda uso de pastas con tenor de Flúor entre 1.000 y 1.500 ppm, dosis tamaño de una arveja.

El cepillado es más efectivo si se separan los labios y mejillas para lograr mejor acceso a la cavidad bucal.

Cuando los espacios entre los molares se cierran, esto generalmente ocurre a partir de los 3 años, debemos incorporar el uso de hilo dental o similar en la higiene nocturna.



FACTORES QUE INCIDEN EN LA SALUD BUCAL DESDE EL COMIENZO DE LA VIDA

LACTANCIA MATERNA (LM)

- Fomentar la LM exclusiva hasta el 6° mes de vida y de manera complementaria hasta los 2 años de edad.
- LM es parte de la alimentación y nutrición del bebé. Una vez erupcionados los incisivos superiores no usar el pecho como calmante o pacificador, salvo situaciones puntuales.

BIBERÓN

- No se recomienda el uso del biberón. De optar por su uso, debe de ser del tipo anatómico-ortopédico y solo usarse para la leche.
- Pasados los 10 meses limitar su uso puntualmente para administrar leche
- Evitar que se duerma con él
- Cuando el niño cumple 12 meses ya puede usar taza
- A los 2 años de edad como máximo debe retirarse

CHUPETE

- No se recomienda el uso del chupete en bebés amamantados
- No mojar el chupete en ninguna sustancia azucarada
- No limpiarlo con saliva
- Usar siempre el más pequeño
- Limitar su uso a momentos de sueño
- Debe ser retirado como máximo a los 2 años.

TRANSMISIÓN DE BACTERIAS

- Los padres deben de cuidar su salud oral
- Inculcar tempranamente hábitos de higiene bucal y de una dieta saludable
- No compartir cucharas con el bebé ni limpiar el chupete con saliva

DIETA

- Atrasar al máximo la introducción de azúcares. Sería ideal hasta los 2 años.
- Evitar alimentos entre comidas, máximo 6 ingestas al día incluyendo comidas principales.
- A partir de la salida de los dientes superiores evitar la alimentación durante la noche en las horas de sueño
- Evitar consumo de refrescos, jugos, golosinas, galletitas, etc.
- Ofrecer entre comidas, queso, yogurt natural, frutas, pan, galletas de arroz, etc.

HIGIENE BUCAL Y PASTA DENTAL

- Contenido mínimo de flúor en la pasta, 1.000 ppm
- En cuanto salga el primer diente limpiar la boca dos veces por día, fundamental antes de dormir
- Menores de 3 años pastas de 1.000 ppm de flúor, cantidad tamaño grano de arroz
- Mayores de 3 años 1.500 ppm de flúor, cantidad tamaño arveja
- Hasta los 8 años siempre supervisión de adulto



según edad y amplitud de la cavidad bucal.

Dediles o dedales de silicona se usan para la higiene bucal a partir de los 5 o 6 meses de vida del niño, dependiendo de la amplitud de la cavidad bucal.



Etapa oral en la cual el niño lleva las manos hacia la boca.

Forma de chupete recomendada, seleccionar tamaño

CONSEJOS DE SALUD BUCAL POR EDADES

0 a 5 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Masajear una vez por día las encías con dedal de silicona o gasa húmeda, acostumbraremos al bebé a la manipulación de su boca y aliviar los síntomas de la erupción. • Evitar transmitir saliva de la madre/padre/cuidador al bebé.
6 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar transmitir saliva de la madre/padre/cuidador al bebé. • A partir de la erupción dental cepillar los dientes 2 veces por día con mínima cantidad de pasta con flúor (medio grano de arroz) • Hacia el año de edad evitar alimentación durante la madrugada. • Evitar el consumo de azúcares refinados entre horas • Primera visita al Odontopediatra.
12 a 15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Cepillado dental 2 veces por día realizado por los padres • Pasta dental con 1.000ppm de flúor • Cantidad igual a un granito de arroz • Evitar jugos en cajita, líquidos azucarados, galletas y alfajores etc. • Sugerir abandono de biberón, la totalidad de los líquidos deben ofrecerse en taza o vaso
2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar abandono de biberón y chupete • Cepillado dental realizado por los padres 2 veces por día con pasta fluorada de 1.000 ppm cantidad granito de arroz, especialmente antes de dormir. • Control de azúcares de la dieta, chocolates, galletitas, cereales azucarados, jugos envasados, gaseosas, etc. • Visitas regulares al Odontopediatra • Estar atentos a las caídas y traumatismos bucales muy frecuentes a esta edad, siempre consultar
3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar la presencia de los 20 dientes caducos o de leche • Consumo limitado y esporádico de azúcares • Cepillado dental mínimo 2 veces por día, fundamental el cepillado nocturno, siempre con la ayuda de los padres. • Pasta dental de 1.500 ppm • Cantidad igual a una arveja • Uso de hilo dental una vez por día, por las noches • Visitas regulares al Odontopediatra, cada 6 meses (según riesgo)

“El SII es uno de los motivos más frecuentes de consulta de las visitas a los gastroenterólogos”

Nutrición en el Síndrome de Intestino Irritable



Lic. Nilsa Roberts
Nutricionista



Lic. Cecilia Russell
Nutricionista

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional crónico caracterizado por dolor abdominal y desarreglos intestinales, que puede alterar la calidad de vida de la persona que lo padece (especialmente a aquellas afectadas en forma moderada a severamente).

Según las investigaciones, tiene una mayor prevalencia en mujeres que en hombres.

Se ha discontinuado el uso del término “colon irritable” para determinarse el SII, ya que abarca un conjunto de signos y síntomas que comienzan en la fase oral (boca) y terminan en la fase anal.

El SII es uno de los motivos más frecuentes de consulta de las visitas a los gastroenterólogos.

Aunque los alimentos no parecen ser la causa de la enfermedad, existen numerosas pruebas de que ciertos componentes de los mismos pueden contribuir a desarrollar los síntomas a través de sus efectos de malabsorción de hidratos de carbono (azúcares).

La dieta baja en FODMAP (fermentables oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles), desarrollada por investigadores de la Universidad australiana Monash, mejora los síntomas de SII.

La misma fue creada para describir los hidratos de carbono (azúcares) que generan menos tolerancia (que no se absorben bien).

El seguimiento de una dieta baja en FODMAP debería hacerse con la participación de un Nutricionista. El profesional ayudará a determinar qué alimentos son los adecuados y a conseguir una dieta equilibrada y saludable.

Algunas recomendaciones a tener en cuenta para minimizar los síntomas del SII:

- Consumir frutas y verduras cocidas al vapor, hervidas o al horno para modificar la fibra que contienen, haciéndola más digerible, provocando menos síntomas de irritación y distensión.
- Tienen mala tolerancia el arroz y trigo integral, el salvado de trigo, cereales de desayuno integrales, galletas integrales, la uva, frutilla, ciruela, sandía, melón, palta, pasas de uva y ciruelas, dátiles, almendras, nueces, avellanas, maní.
- Se recomienda evitar el exceso de azúcar.
- Agregar ingredientes con fibra soluble a preparaciones habituales como agua o leche de avena, leche de castañas, ya que al igual que los probióticos, colabora con el tránsito intestinal.
- Resulta beneficioso el consumo de lácteos sin lactosa como: yogures descremados bajos en lactosa, leches vegetales, tofu (queso de soja).
- Es recomendable el consumo de hierbas digestivas, evitando el exceso de azúcar, bebidas efervescentes y cafeína como el té negro y café.
- Mantener una buena hidratación resulta primordial para una buena salud intestinal (6 a 8 vasos de agua o caldo de frutas con escaso agregado de azúcar). Los líquidos deben tomarse lejos de las comidas.
- Evitar el exceso de grasas saturadas, que pueden encontrarse en lácteos enteros, quesos curados, manteca, chocolate, helados cremosos, carnes grasas, grasa vacuna, paté, embutidos y fiambres, snacks.

- Evitar el exceso de alcohol y especialmente bebidas alcohólicas a base de cebada, como la cerveza.
- Evitar el exceso de vegetales fermentecibles y los que irritan el intestino: brócoli, coliflor, repollo, ajo, cebolla, puerro, Morrón, remolacha, leguminosas (habas, lentejas, porotos, garbanzos), lechuga, berenjena.

Es necesario implementar cambios en el estilo de vida, incluyendo ejercicio físico y de relajación (como la meditación), alimentación saludable, fraccionada, en un ambiente tranquilo (libre de ruidos molestos y estímulos como televisión, radio, computadora, celular), masticando adecuadamente los alimentos.

Resulta importante realizar una buena digestión de los alimentos, pues de ella depende la adecuada absorción de los nutrientes.

Para tener presente:

- El SII es un trastorno que interfiere en las funciones normales del intestino. Los síntomas más frecuentes son dolores abdominales agudos (tipo cólico), hinchazón, estreñimiento y diarrea.
- Las personas con SII tienen un intestino más sensible que reacciona más a estímulos como el estrés, comidas copiosas, bebidas con gas, medicamentos, algunos medicamentos, exceso de cafeína y alcohol.
- El SII se diagnostica por sus síntomas y por la ausencia de otras enfermedades.
- Muchas personas pueden controlar sus síntomas manteniendo dieta antidiarreica cuando presentan diarreas, o una dieta rica en fibra si sufren estreñimiento.





7 PROBIÓTICOS + 1 PREBIÓTICO
PARA EL TRATAMIENTO DEL SII



La asociación más completa
para aliviar los trastornos
digestivos del colon
irritable.



Viví el día
sin trastornos digestivos.



multiflora uruguay

www.multiflora.com.uy

Cuidados Paliativos Pediátricos

¿QUÉ SON?

¿QUÉ OFRECEN?

Casmu se plantea la actuación de un equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos, que brinde apoyo integral e interdisciplinario al niño y su familia



Luisa Silva Di Maggio
Médico Pediatra
Coordinador CPP.



Victoria Salvo
Licenciada en Psicología

Recibir una mala noticia sobre la salud de un niño, el diagnóstico de una enfermedad limitante de la vida de un hijo, son situaciones que no nos planteamos a diario. Evitamos pensar en ello, aunque sabemos que puede estar dentro del abanico de posibilidades cuando esperamos un hijo, con todo lo que ello implica, deseos, fantasías, sueños...

Cuando se recibe la noticia de una enfermedad, sentimos que se paraliza el mundo, creemos no haber entendido bien lo que dice el médico, algo tiene que estar mal, "esto no me puede estar pasando a mí".

Actualmente nos encontramos con diagnósticos a edades muy tempranas de enfermedades que amenazan la vida de un niño, es decir, en las que la muerte prematura es probable, aunque no necesariamente inminente.

En virtud de los avances de la ciencia y la tecnología hoy en día sobreviven niños que antes morían precozmente; por problemas perinatales, malformaciones congénitas,

enfermedades genéticas y otras enfermedades (raras). A su vez esta sobrevida está asociada a numerosos problemas y tratamientos complejos que deben llevar durante el resto de su vida.

Si bien las estadísticas de supervivencia en el tratamiento del cáncer infantil han mejorado, muchos niños aún conviven años con esta enfermedad y algunos fallecen.

La pandemia de los accidentes de tránsito deja muchos niños con secuelas limitantes, más o menos graves, de por vida.

En todos estos casos, entonces, es que comienza a actuar el equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos, a partir del diagnóstico, con el fin de acompañar al paciente y su familia en este recorrido que es la vida.

Y entonces, ¿qué son los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP)?

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que *los cuidados paliativos para los niños consisten en el cuidado activo del cuerpo, la mente y el espíritu, incluyendo también el apoyo a la familia*. Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad.



¿Qué ofrecen?

- Alivio del dolor y otros síntomas que causan sufrimiento
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente

Salud y bienestar con los mejores métodos naturales



EFFECTO ANTITUMORAL

Elaborado a base de extractos de hierbas medicinales, que poseen un importante efecto antitumoral, regenerativo e inmunoestimulante, que mejora la calidad de vida del paciente oncológico.

MEJORA LA CALIDAD DE VIDA

Aumenta el apetito en pacientes anoréxicos, disminuye el dolor, ayuda a la cicatrización.

SIN EFECTOS SECUNDARIOS

De fácil absorción, carece de efectos secundarios y contraindicaciones.

USO COMPLEMENTARIO

Compatible con cualquier otro tratamiento convencional que esté realizando el paciente (quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia), disminuyendo sus efectos adversos.

Basquädé

www.basquade.com.uy

HOMEOPATÍA
farmeco
Farmacia Ecológica del Uruguay

Tel. 2403 2341/2402 3735
SMS 095 854 532
Constituyente 1735
Montevideo - Uruguay

farmeco.uy  

100%
natural

Los Cuidados Paliativos Pediátricos son cuidados activos totales del cuerpo, mente y espíritu del niño, incluyendo también el apoyo a la familia.



- Afirman la vida y contemplan el morir como un proceso normal
- No pretenden adelantar ni posponer la muerte
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir con la mejor calidad de vida
- Proporcionan un sistema de apoyo para las familias a sobrellevar la enfermedad del paciente y su propio duelo
- Trabajo en equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo apoyo psicológico al duelo
- Ofrecen mejoras en la calidad de vida y pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad
- Son aplicables en las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida

Los Cuidados Paliativos Pediátricos son:

“Cuidados activos totales del cuerpo, mente y espíritu del niño, incluyendo también el apoyo a la familia. Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad”

En el mundo y en nuestro país también, se asiste a un aumento del número de niños que necesitan Cuidados



Paliativos Pediátricos y existen diferentes formas y modelos de proporcionarlos.

El desarrollo de los equipos de CPP en nuestro medio es relativamente reciente, comenzando por la primera experiencia en el Hospital Pereira Rossell, centro pediátrico de referencia nacional, que desde hace casi 10 años viene creciendo y estimulando la capacitación de profesionales en esta área de la Pediatría.

La legislación nacional ha incorporado los CP como un derecho humano más, derivado del derecho a la vida y al cuidado de la salud en todas sus etapas. Últimamente se ha introducido el derecho de los niños y adolescentes a acceder a estos cuidados a través de equipos con personal calificado en esta especialidad.

En los últimos años han visitado nuestro país expertos internacionales, que impulsan la diseminación de los cuidados paliativos pediátricos.

En el mes de mayo tuvimos el honor de recibir en nuestra Institución a la Dra. Lisbeth Quesada, especialista en Cuidados Paliativos Pediátricos, fundadora de la Unidad de CPP del Hospital de Niños de San José de Costa Rica, con una experiencia de más de 25 años en esta tarea.

Fue recibida en el Sanatorio Nº 3 Materno Infantil, donde tomó contacto directo con nuestro personal médico, de enfermería, psicología, compartiendo la realidad del cuidado integral de niños con enfermedades graves. Con su característico estilo coloquial nos aportó sobre las últimas estrategias de abordaje del dolor. En el diálogo con los profesionales, recordó que el dolor del niño y del adolescente siempre debe comprenderse como dolor total, atendiendo su componente físico, psíquico y espiritual y el de la familia.

En la tarde, en el Salón de Actos del Policlínico, brindó una conferencia sobre la necesidad imperiosa de Cuidados Paliativos Pediátricos en todo el mundo, recordando que hay 21 millones de niños que los están requiriendo y que la sonrisa de un niño sin dolor y con calidad de vida justifica todos los esfuerzos. No olvidemos, nos dice la Dra. Quesada, que el nivel de

desarrollo de una comunidad se expresa entre otros por la forma en que ésta sabe cuidar a sus seres más vulnerables.

Es así que en Casmu se plantea la actuación de un equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos, que brinde apoyo integral e interdisciplinario, al niño y su familia, en todos los escenarios: durante la internación en Sanatorio, en la internación domiciliaria, así como también en policlínica de CPP y en la consulta con el pediatra tratante. El rol del pediatra de cabecera es fundamental como lazo inicial entre el niño la familia y el equipo a lo largo de la enfermedad. Se trabajará en conjunto en el seguimiento del paciente, buscando la articulación de todos los profesionales dedicados al niño, aportando datos e información, así como también apoyo y contención.

Independientemente del diagnóstico o pronóstico de una enfermedad, el niño debe seguir siendo niño y el adolescente también. Debe continuar jugando, siendo estimulado de acuerdo a su edad y mantener contacto con el aprendizaje escolar o liceal, en la medida que sea posible. Es una forma de sentir que la vida continúa más allá de los cambios que se puedan generar y



no hay nada más importante para el niño y su familia que rodearse de las personas que están para acompañar, realizar actividades que den placer y promover la mejor calidad de vida posible.

La vida no tiene que ser perfecta, solo tiene que ser vivida.

Y el rol de los equipos de salud en estos tiempos es aportar a la calidad de vida de todos y cada uno de nuestros pacientes y sus familias.

ELEGIR
SALUD



Programa de Beneficios de AstraZeneca para sentirse bien

Por mayor información comuníquese gratuitamente al **0800 8617**
o ingrese a www.elegirsalud.com.uy

AstraZeneca 
El poder de la ciencia

A propósito de la primera resección completa de un pulmón por cáncer

En 1933 Evarts Ambrose Graham hizo la primera resección exitosa de todo un pulmón por cáncer broncopulmonar



Dr. Jorge Pomi
Ex-jefe de cirugía torácica de
CASMU/IAMPP

El 5 de abril de 1933 Evarts Ambrose Graham (fig. 7) hizo la primera resección exitosa de todo un pulmón por cáncer broncopulmonar (CBP). A esta resección se le llama neumonectomía. El paciente sobrevivió 28 años, falleció en 1961 y obviamente la causa no fue el tumor por el que había sido operado. En esa época la causa habitual de las enfermedades pulmonares con indicación quirúrgica era la supuración crónica: las bronquiectasias (dilataciones de los bronquios que determinan la acumulación de pus en su interior) y los abscesos pulmonares, el CBP no era aún un problema sanitario relevante y si se quiere era una enfermedad esporádica. La cirugía que realizó Graham constituyó una piedra fundamental en el desarrollo de la cirugía de resección pulmonar en el CBP (14) y cumplió con un doble propósito: señalar que la cirugía podía tener indicación real en el tratamiento del CBP y la posibilidad de buena evolución de una resección pulmonar de tal magnitud hasta ese momento muy pocas veces intentada. Debemos recordar además que la relación de causa a efecto entre el CBP con el tabaquismo todavía no estaba planteada, y que a su amparo, las compañías tabacaleras indujeron mediante oportunas campañas publicitarias el aumento masivo del consumo de cigarrillos a partir de la Gran Guerra (1914-1918) en medio de un conflicto bélico que desencadenó muchas miserias y ansiedades (fig. 1), su mejor "caldo de cultivo". Habría que esperar unos cuantos años para que sus consecuencias se tradujeran en el formidable aumento de la incidencia del CBP y se convirtiera en lo que hoy aún es. Por otra parte, Graham junto a uno de sus colaboradores a pesar de haber sido

un gran fumador y escéptico de la asociación cigarrillo y cáncer pulmonar, fue de los primeros en demostrarla en el plano epidemiológico (29).

El Dr. James Lee Gilmore, de 48 años de edad, obstetra de Pittsburg y compañero de estudios de Graham en la Universidad de Chicago, sabedor de su ya reconocido prestigio e interés en las enfermedades quirúrgicas pulmonares, decidió consultarlo en vista de la prolongada enfermedad respiratoria que cursaba. Lo vio el 27 de febrero de 1933 por una historia de tos, fiebre y dolor torácico izquierdo de siete meses de evolución. Estaba pálido y adelgazado. En la radiografía simple de tórax (fig. 2) se veía una sombra en el sector superior del pulmón izquierdo y los glóbulos blancos en sangre estaban muy aumentados, indicando la probabilidad de una enfermedad supurada. La presunción clínica fue entonces de absceso pulmonar. La punción a través de la pared del tórax realizada previamente para la confirmación de colección supurada había fracasado y tal vez ello fue un elemento más que decidió al Dr. Gilmore a realizar la consulta con Graham. En la época, el siguiente paso diagnóstico era el estudio del árbol bronquial mediante su relleno con un medio de contraste visible en radiografías (o broncografía, hoy ya en desuso) que mostró la obstrucción de uno de los bronquios del pulmón izquierdo. Con este dato proporcionado por la radiología, sugerente de enfermedad tumoral, Graham solicitó una broncoscopia rígida con toma biopsica que se hizo el 1° de marzo. La visualización directa del árbol bronquial por medio de un instrumento apropiado se llama broncoscopia y en ese tiempo mediante la introducción de un grueso tubo metálico (por eso lo de rígida), a diferencia de los actuales que consisten en tubos de pocos milímetros de diámetro que llevan en su interior un haz de fibras flexibles conductoras de luz. El Dr. Arbuckle visualmente sospechó la presencia de un tumor que el estudio de la anatomía patológica de las biopsias obtenidas no confirmó. A pesar de haber mejorado la sintomatología clínica del Dr. Gilmore, se reiteró la broncoscopia el 14 y el 21 de marzo, confirmándose ahora sí en todas las muestras biopsicas de ambas broncoscopias la presencia de un

cáncer pulmonar (fig.3). Puesto que el paciente había insistido en conocer en forma veraz el diagnóstico, fue informado del mismo y Graham le propuso hacer la resección del lóbulo superior del pulmón izquierdo¹, a lo que Gilmore contestó que volvería a su casa a pensarlo. En realidad, Gilmore en su interior aceptó inmediatamente la cirugía porque sabía que esa era la única opción que tenía de continuar con vida, pero también sabía del altísimo riesgo quirúrgico a que se exponía, pero no se lo dijo a Graham. Volvió a Pittsburg para el tratamiento de unas caries y como hombre previsor y de ideas claras, compró una parcela en un cementerio privado que sin embargo tardaría en usar 28 años. De esto se enteraría Graham años después por el propio Gilmore durante una reunión clínica con colegas europeos en la que expuso su experiencia en la cirugía del CBP y a la que fue invitado Gilmore como sobreviviente de la ya famosa neumonectomía (7). A los pocos días de conocer su diagnóstico volvió y le dijo a Graham que había solucionado el problema de sus caries y que estaba decidido a operarse, cosa que dejó a Graham muy satisfecho.



Fig. 1. El vínculo de causa a efecto entre el tabaquismo y el CBP no se conocía ni se imaginaba, es más, los médicos aconsejaban al público sobre la mejor marca de cigarrillos como queda documentado en los anuncios que a modo de ejemplo se muestran arriba. La Gran Guerra fue un buen motivo para el aumento del consumo de cigarrillos y así el general John J. Pershing contestó a un periodista: "Ud. me pregunta qué necesitamos para ganar esta guerra. Mi respuesta es tabaco y balas". La reproducción inferior corresponde a uno de los avisos publicitarios que aparecían regularmente en la prestigiosa revista "El Tórax" de la Sociedad de Tisiología y Enfermedades del Tórax de nuestro país allá por los años cincuenta.

¹ El pulmón izquierdo se compone de dos lóbulos (superior e inferior) que pueden asimilarse a dos "gajos", cada uno de ellos con sus arterias, venas y bronquios propios. El derecho, normalmente de mayor tamaño que el izquierdo, tiene tres lóbulos: superior, medio e inferior.

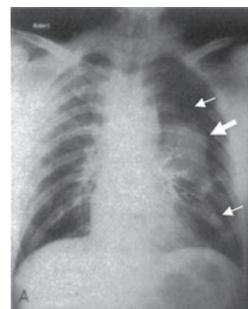


Fig. 2. Enfoque anteroposterior de radiografía de tórax en que se comprueba la opacidad del lóbulo superior izquierdo. Las tres flechas señalan el borde del pulmón izquierdo que está caído en la cavidad torácica, parcialmente ocupada por aire como consecuencia de la punción pulmonar previa que le habían realizado al Dr. Gilmore. La flecha más gruesa apunta a la "sombra" u opacidad que corresponde al tumor.

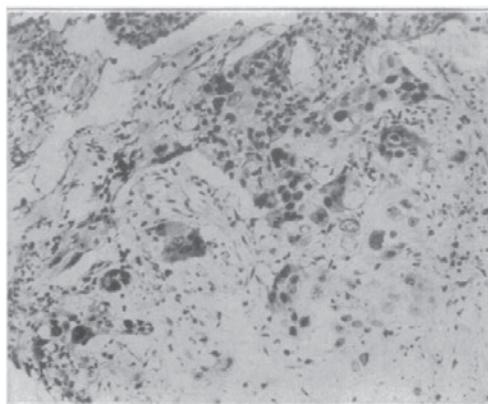


Fig. 3. Fotografía de una de las muestras histológicas obtenidas por biopsias con broncoscopio rígido. Se ven claramente en el sector medio y superior de la muestra la presencia de células tumorales que se evidencian por la mayor tinción que tienen respecto de las células normales con los colorantes utilizados y que confirmaron el diagnóstico de cáncer broncopulmonar.

Ingresó al Barnes Hospital (centro hospitalario asociado a la Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri) el 4 de abril para ser intervenido a primera hora del día siguiente. En el atardecer de ese día Gilmore recibió la visita de uno de los asistentes de Graham aconsejándole que firmase el alta contra voluntad médica por los pésimos resultados obtenidos en la cirugía de resección por cáncer pulmonar. Gentilmente agradeció la inoportuna sugerencia que supo no referir a Graham, posiblemente salvando aquel presente y el futuro de ese joven colega. Con las indicaciones preoperatorias cumplidas en piso, llegó a sala de operaciones minutos después de la hora 9. La anestesista fue Helen Lamb Frost (fig.4), nurse especializada en anestesia con quien Graham trabajó hasta su retiro en noviembre de 1951, cuando ya hacía años que había médicos anesestesiólogos pero que nunca aceptó como integrantes de su equipo.



Fig. 4. Helen Lamb Frost (25,26) nació el 28 de setiembre de 1899 y falleció el 3 de setiembre de 1979, pocos días antes de cumplir 80 años. En el Lakeside Hospital School of Medicine de Cleveland (Ohio) hizo los cursos de entrenamiento para nurse anestésista, habiendo registrado su título en 1921. Quedó trabajando en el mismo hospital hasta 1927, cuando Graham por sus antecedentes y recomendaciones la invitó a trasladar su actividad al Barnes Hospital. En 1929 el hospital abrió la escuela de nurses anestésistas que estuvo bajo su dirección hasta su retiro en 1951. En 1931 se formó la Asociación Nacional de Nurses Anestésistas de los EEUU donde fue electa tercer vicepresidente y más tarde "chairman" del comité de educación. Habiendo sido la única nurse anestésista con quien trabajó Graham, participó como actora principal en la recordada neumonectomía de Gilmore. Esta especialidad de la enfermería a la cual no estamos habituados en nuestro país, sí lo está en otros como los EE.UU. y Francia. Se trata de una formación académica con nivel educativo y de entrenamiento debidamente certificados por un "board" de anestesia. Paralelamente a su destacada labor profesional Helen Lamb Frost tuvo una vida muy activa, envió dos veces y se casó una tercera, en su juventud fue figura de patín artístico sobre hielo y además una melómana como pocas. En 1966 donó U\$S 1.000.000 (casi la totalidad del valor de los inmuebles que habían pertenecido a su difunto primer esposo, Walter Powell) para la revitalización de la orquesta sinfónica de Saint Louis que vislumbraba un posible fin. El destino de ese dinero fue la compra y refacción del viejo Saint Louis Theatre Building reinaugurado en 1966 como "Powell Symphony Hall" con 2.689 butacas.

Los ayudantes fueron el Dr. Kenneth Bell (jefe de residentes) y el Dr. Williams Adams. Fueron espectadores de la cirugía en el anfiteatro abierto de la sala de operaciones el Dr. Sidney A. Chalfont (colega amigo de Gilmore en Pittsburg) y el Dr. Archibald Campbell (cuñado de Gilmore que ejercía en Montreal). Una vez hecha la amplia incisión de uso (toracotomía posterolateral) que incluyó la resección casi total de la sexta costilla que permitiera un manejo más cómodo del pulmón y de la realización de las maniobras operatorias, Graham comprobó que la extensión tumoral en el pulmón hacía que la resección solo del lóbulo superior del pulmón era un tratamiento insuficiente, como él mismo lo refirió en una publicación posterior (11). Planteadas así las cosas, Graham preguntó al Dr. Chalfont cuál era su opinión respecto a la necesidad de extirpar todo el pulmón y la respuesta no le fue demasiado útil: **"¿Cuántas de estas operaciones hizo antes?"**. Graham respondió de forma categórica: **"Ninguna, la hice solo con éxito en animales y no conozco que haya sido hecha hasta ahora en seres humanos"**. Chalfont replicó: **"Haga lo que crea más conveniente"**. Puesto que Graham percibió que Gilmo-

re había aceptado la cirugía como única posibilidad de curarse, también él se jugó el todo por el todo y decidió la neumonectomía. La técnica quirúrgica era básica, todos los elementos anatómicos que llegan y salen al pulmón en lo que se denomina hilio pulmonar (arteria, venas y bronquio fuente) se ligaban en masa entre dos pinzas y se seccionaba entre ambas. No se hacía la disección de cada uno de esos elementos anatómicos con ligadura o cierre por separado, y esto era así porque el tiempo operatorio prolongado tenía un pronóstico funesto por el manejo anestesiológico aún insuficiente. Al retirar el pulmón y en su propio decir Graham escribió: **"Sentí horror al ver el enorme espacio que quedó después de retirar el pulmón"** (11). Agregó entonces a la sexta la resección de seis costillas más (toracoplastia de cuarta a décima costilla) para disminuir ese espacio con objeto de evitar una de las complicaciones postoperatorias más temidas de la cirugía torácica: la fístula del bronquio fuente y en esa época la casi segura muerte del paciente. La ausencia de cavidad permite que la cicatrización se realice en mejores condiciones al evitar la acumulación de secreciones en esa cavidad, que al "mojar" el muñón bronquial lo expone al riesgo de falla de sutura y consecuentemente a la ocurrencia de una fístula. La libre comunicación que se establece entre la cavidad torácica y el exterior a través de esta fístula termina en la infección de la cavidad torácica, origen de las graves complicaciones que pueden llevar al paciente a la muerte. Graham completó la cirugía con el implante de siete semillas radioactivas distribuidas en el espesor del muñón pulmonar. El tiempo quirúrgico fue de aproximadamente una hora con cuarenta y cinco minutos. El postoperatorio inmediato fue bueno pero al décimo día ocurrió una pequeña fístula brónquica con una colección de pus "colgada" en el sector alto del tórax izquierdo que Graham solucionó con un drenaje pleural (18 de abril) y posterior ampliación de la toracoplastia (27 de abril). Luego de este segundo tiempo de toracoplastia Gilmore tuvo una excelente evolución. El alta se dio el 18 de junio, 74 días después de la primera cirugía (figs.5 y 6).

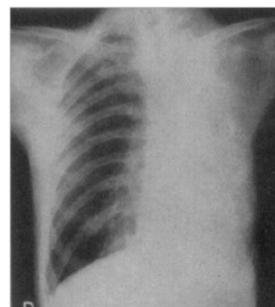


Fig. 5. Radiografía simple de tórax tomada al alta del paciente. Aparece muy notoria la disminución volumétrica del hemitórax izquierdo y la ausencia del enrejado correspondiente a las costillas izquierdas, comprobación imagenológica de la neumonectomía y de la toracoplastia realizadas.



Fig. 6. Fotografía del Dr. Gilmore visto desde atrás al alta. Se comprueba la disminución volumétrica del hemitórax operado y una cicatriz operatoria que llega en pared posterior al borde superior del omóplato, lo que permitía el amplio abordaje requerido para la cirugía. La introducción posterior de técnicas anestesiológicas con sondas de ventilación exclusiva del pulmón contralateral al que se opera ahorraron a la vez abordaje y tiempo quirúrgico.



Evarts A. Graham

Fig. 7. Evarts Ambrose Graham (20). Fue una personalidad de la cirugía norteamericana y no solo de la cirugía torácica por la que más se conoce. Entre otros temas incursionó en cirugía cardíaca (1) y con Warren H. Cole introdujeron la colecistografía (visualización radiológica de la vesícula biliar) por inyección intravenosa del medio de contraste (13). Por esta última investigación y la repercusión que tuvo en el estudio de la litiasis biliar (cálculos vesiculares), Alfred Blalock creyó que hubiera sido digno del Premio Nobel de medicina. Introdujo en su servicio el laboratorio para investigación biomédica por lo que recibió de sus detractores el alias de "cirujano ratón" y por ello la respuesta que dio al Dr. Chalfont durante la cirugía de Gilmore. Como todo ser humano tuvo sus sombras: en opinión de sus discípulos y contemporáneos fue un cirujano que no se distinguió por una técnica quirúrgica fina y especialmente prestaba poco interés en cuidar detalles en los abordajes quirúrgicos. Así Thomas Ferguson (7), que fue uno de sus residentes y luego renombrado cirujano cardíaco, nos relata una jugosa anécdota al respecto. Graham se hacía ayudar siempre por sus residentes, ese día actuó como ayudante uno de ellos de nombre Dick Bassett y en el cierre de la toracotomía le hizo notar a Graham el sangrado de una arteriola (arteria de pequeño calibre) que iba a pinzar, a lo cual recibió esta respuesta en forma petulante: "**Bassett, a menos que un vaso tenga nombre propio que puede encontrar en el texto de anatomía de Gray, yo no quiero que pince ningún otro**". En el posoperatorio inmediato Graham tuvo que reoperar al paciente por sangrado, comprobando que aquella arteriola que impidió pinzar había sido la causa, a lo que Dick ni lerdio ni perezoso dijo: "**Dr. Graham, esta es la arteria de Bassett**". Ferguson no cuenta que fue luego de Dick Bassett....

Evants A Graham

Nació en Chicago el 19 de marzo de 1883 y falleció el 4 de marzo de 1957 en el Barnes Hospital víctima de un cáncer pulmonar, al que venciera en James Gilmore, por metástasis pulmonares y encefálicas. Para sus contemporáneos fue el padre de la cirugía torácica norteamericana (7). Se graduó en 1907 como médico en el Rush Medical College de Chicago donde su padre, David Graham, era profesor de cirugía. Decidido desde estudiante a emprender la carrera quirúrgica, tenía claro que los cirujanos debían también formarse en otros terrenos muy distantes de lo estrictamente quirúrgico, que lo estaban mucho más en aquella época. Hasta 1908 hizo la residencia en el Rush Presbyterian Hospital en discrepancia habitual con el jefe de cirugía, Dr. Arthur Dean Bevan, que fuera fundador del American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos). Luego y por siete años "desaparece" de la cirugía dedicándose a tiempo completo a su formación en patología, fisiología y bioquímica, cumpliendo así con su viejo anhelo (6). En 1915 vuelve a la cirugía y se establece en Mason City (Iowa), experiencia que rápidamente lo desilusiona y lo marca por el resto de su vida. Allí tomó contacto con una realidad que ignoraba: supo de la cirugía innecesaria, conoció lo que era el "cirujano fantasma"² y la dicotomía³. En 1918 ingresa al ejército americano como asistente de neurocirugía y por sus antecedentes como investigador lo integran a la Emyema Commission que tuvo como objetivo el análisis del elevadísimo porcentaje de muertes por empiema (derrame pleural purulento) que ocurrió durante la pandemia (epidemia de inusitada extensión territorial, para el caso mundial) de gripe de ese año entre la población militar (hasta ese momento habían muerto por esta razón 50.510 jóvenes en los campos de reclutamiento y 50.501 soldados en acción durante la Gran Guerra). La gripe se complicaba frecuentemente con una neumonía con derrame que se drenaba directamente al exterior de entrada, llevando a la muerte del paciente a veces en pocos minutos u horas, en insuficiencia respiratoria por colapso del pulmón del lado afectado. La conclusión de solo puncionar el derrame y esperar la formación de pus, o sea que el derrame se convirtiera en un verdadero empiema, para solo en estas condiciones drenarlo con un tubo conectado a un sistema de drenaje bajo agua que impidiera el ingreso de aire a la cavidad torácica y así evitar el colapso del pulmón, permitió bajar la mortalidad de 40% a 3% (12). Así se establecieron los principios básicos del tratamiento del empiema aún hoy vigentes. Este fue el comienzo del reconocimiento profesional que logró y de su interés en cirugía torácica. En 1919 cumpliendo aún funciones en el ejército como asistente de la unidad de neurocirugía en Fort Sheridan, le ofrecieron la jefatura de cirugía en la Washington University School of Medicine de St. Louis, Missouri. Una vez que aceptó, fue ofi-

2 Figurar como cirujano quien no lo fue y así cobrar los correspondientes honorarios quirúrgicos.

3 Pago de una comisión por el consultante al médico de cabecera de un paciente.

cialmente designado profesor de cirugía y chairman del departamento de cirugía el 1° de julio de ese año. Pide la baja en el ejército, se muda a St. Louis y se hace cargo efectivamente de sus nuevas funciones el 9 de setiembre y por 38 años. Fue el primer cirujano en los EE.UU. que hizo íntegramente su carrera a tiempo completo, tal vez como respuesta a su decepcionante experiencia en Mason City. En 1920 recibió el Premio Samuel D. Gross de la Academia de Cirugía de Filadelfia por su trabajo sobre presiones intrapleurales a propósito de sus investigaciones como miembro en la Empyema Commission, posteriormente motivo de más de una publicación (9,10). A partir de ese momento en virtud de sus actividades asistenciales y docentes, Graham fue acrecentando su prestigio motivo por el que ocupó diversas posiciones y recibió distinciones en los EE.UU. y en el extranjero, algunas de las cuales recordamos: editor y/o integrante del comité editorial de revistas de cirugía durante períodos prolongados entre 1920 hasta su muerte en 1957 (Archives of Surgery, Year Book of General Surgery, Journal of Thoracic Surgery y Annals of Surgery), fundador del American Board of Surgery e integrante del American Board of Thoracic Surgery, presidente del American College of Surgeons, miembro de la National Academy of Sciences (fue el tercer cirujano que llegó a serlo, luego de William Halsted y Harvey Cushing), distinciones honorarias en 14 universidades norteamericanas, 21 premios o medallas de sociedades científicas de EEUU, Inglaterra y Canadá, otras distinciones tales como caballero de la Legión de Honor de Francia, 29 membresías honorarias de sociedades científicas de EE.UU., Inglaterra, Alemania, Suecia, Francia, Bélgica, Dinamarca y Argentina, docente ocasional en diversas universidades de EE.UU. en 17 oportunidades, etc. Llegó a las 282 publicaciones entre trabajos, editoriales, comentarios y libros. La culminación de su carrera docente se materializó con su nombramiento como Bixby Professor en la Washington University School of Medicine en oportunidad de su retiro en noviembre de 1951. Desde su escuela quirúrgica en St. Louis muchos cirujanos y profesores de cirugía se esparcieron a lo largo y ancho de los EE.UU. durante muchos años.

Además de esta enorme actividad y posiciones académicas que logró reunir por trabajo, perseverancia y convicciones, Graham también merece recordarse en dos hechos remarcables: por la lucha implacable y a cara descubierta que dio contra todos y todo lo execrable que había conocido en su corta experiencia de cirugía privada en Mason City, y también desde los mismos lugares y en momentos muy poco favorables, por la defensa de los derechos de los médicos negros norteamericanos a quienes, entre otras cosas, se les negaba el ingreso en todas las sociedades científicas. En vida de Graham, alguien que firma Chiron (5) y a propósito de esto último escribió: "Cada médico Negro que es o que llegue a ser miembro del American College of Surgeons; cada cirujano Negro que está o deba certificarse tiene una deuda

eterna con Evarts Graham y con aquellos que lucharon por estos derechos. Por otra parte, todos los médicos Negros en cualquier parte deben sentirse obligados por esta gran contribución a sus conquistas". Graham tomó esta actitud cuando era muy difícil hacerlo, porque por ello la mayor parte de sus colegas no lo aplaudieron y por el contrario fue frecuentemente objeto de burlas. Necesitó en este terreno también de mucho coraje para ganar finalmente la partida.

Graham había sido un gran fumador, pero abandonó el cigarrillo cuando se retiró de su actividad en 1951. En su calidad de Bixby Professor, por 1956 mientras investigaba sobre cáncer pintando animales con alquitrán, algo lo llevó a especular sobre la posibilidad que grandes fumadores pudiesen llegar a tener cáncer de pulmón años después de haber dejado el hábito de tabaquismo. En virtud de ello dijo: "**No me sorprendería si muriera de cáncer pulmonar**" (2). En la mañana del 26 de febrero de 1957 Graham hizo un episodio de confusión mientras se afeitaba por lo que ingresó al Barnes Hospital. El 4 de marzo falleció como consecuencia de un cáncer pulmonar diseminado con metástasis pulmonares bilaterales y encefálicas, motivo por el cual presentó el cuadro de confusión. Uno de los últimos visitantes que tuvo durante su corta internación irónicamente fue James Gilmore (fig.8 y 9). Como elucubran Horn y Johnson (16): "¿Qué le habrá dicho Gilmore al hombre que lo había curado del cáncer y ahora estaba muriendo de la misma enfermedad? ¿Qué le habrá dicho Graham al inveterado fumador? ¿Le habrá pedido por última vez que dejara el cigarrillo? ¿Al dejar la habitación Gilmore habrá mantenido la cajilla de cigarrillos para encender uno como habitualmente? No lo sabremos nunca".



Fig. 8. Aquí Graham (a izquierda) del brazo de Gilmore (1955). Luego de la cirugía cultivaron una buena amistad con encuentros frecuentes, tanto fue así que una de las últimas visitas que recibió Graham en el Barnes Hospital previo a su muerte fue la de su viejo amigo y enfermo, que lo sobreviviría cuatro años. Observando esta fotografía podríamos sospechar la neumonectomía izquierda, véase que el saco izquierdo de Gilmore aparece sensiblemente menor al derecho. A pesar de haber llegado a tener plena conciencia de la relación de su enfermedad con el tabaquismo, Gilmore nunca lo abandonó aunque en cada encuentro Graham se lo reclamase.

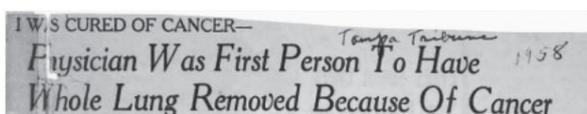


Fig. 9. Dr. James Lee Gilmore. En 1958 se habían cumplido 25 años de su histórica cirugía y un año del fallecimiento del Dr. Everts A. Graham. En recuerdo y homenaje del artífice por quien seguía vivo, Gilmore escribió un artículo publicado en el Tampa Tribune del estado de Florida. El titulado era: **“Yo estoy curado de cáncer. Un médico fue la primera persona en serle extirpado todo un pulmón por cáncer”**. Textualmente decía: **“... He vivido 25 años sin un pulmón y sin cáncer. El cáncer de pulmón es ahora la principal causa de muerte en el hombre; en 20 años el índice de muerte se ha multiplicado ocho veces... Detectar el cáncer pulmonar antes de dar síntomas, permite al paciente la mejor chance de curación... La trágica ironía de esta historia está en el hecho que el mismo Dr. Graham murió de cáncer pulmonar el año pasado aunque su brillante operación no podría haberlo salvado a él”**. A casi 60 años las cosas han cambiado muy poco, y lastimosamente, cuando tenemos el arma más valiosa y a la vez más barata a nuestro alcance: *¡abandonar el cigarrillo!*

Bibliografía

- 1) Allen DS, Graham EA. Intracardiac surgery - A new method. JAMA 1922;79:1028-1030.
- 2) Baue AE. Everts A. Graham and the first pneumonectomy. JAMA 1984;251:261-264.
- 3) Brewer LA. Historical notes on lung resection before and after Graham's successful pneumonectomy in 1933. Am J Surg 1982;143:650-659.
- 4) Brunn H. Surgical principles underlying one-stage lobectomy. Arch Surg 1929;18:490-515.
- 5) Chiron. Dr. Everts Graham. JAMA 1950;42:43-44.
- 6) Churchill ED. Everts Graham. Early years and the hegira. Ann Surg 1952;136:3-11.
- 7) Ferguson TB. Everts A. Graham, M.D.: the father of chest surgery. Outlook Magazine 1981;18(3):2-9.
- 8) Graham EA. Pneumectomy with the cautery: a

safer substitute for the ordinary lobectomy in cases chronic suppuration of the lung. JAMA 1923;81:1010-1013.

9) Graham EA. Some fundamental considerations in the treatment of empyema thoracis. St. Louis: CV Mosby, 1925.

10) Graham EA. The significance of changed intrathoracic pressures. Arch Surg 1929;18:181-189.

11) Graham EA. The first total pneumonectomy. Texas Cancer Bull 1949;2:2-4.

12) Graham EA, Bell RD. Open pneumothorax: its relation to the treatment of empyema. Am J Med Sci 1918;156:839-871.

13) Graham EA, Cole WH. Roentgenologic examination of the gallbladder. Preliminary report of a new method utilizing the intravenous injection of tetrabromphenolphthalein. JAMA 1924;82:613-614.

14) Graham E, Singer JJ. Successful removal of an entire lung for carcinoma of the bronchus. JAMA 1933;101:1371-1374.

15) Haight C. Total removal of left lung for bronchiectasis. SGO 1934;58:768-780.

16) Horn L, Johnson DH. Everts A. Graham and the first pneumonectomy for lung cancer. J Clin Oncol 2008;26:3268-3275.

17) Lilienthal H. Resections of the lung for suppurative infections, with a report based on 31 operative cases in which resections was or intended. Ann Surg 1922;75:257-320.

18) Lilienthal H. Pneumonectomy for sarcoma of lung in tuberculous patient. J Thorac Surg 1933;2:600-611.

19) Milnes Walker R. Total removal of a lung. BJS 1936;24:93,7-17.

20) Mueller CB. Everts A. Graham. The life, lives, and times of the surgical spirit of St. Louis. Hamilton (ON): BC Decker, 2002.

21) Nissen R. Exstirpation eines ganzen Lungenfluegels. Zentralbl Chir 1932;47:3033-3006.

22) Nissen R. Total pneumonectomy. Ann Thorac Surg 1980;29:390-394.

23) Rienhoff WF. Pneumonectomy. Bull Johns Hopkins Hospital 1933;53:390-393.

24) Roberts JE, Nelson HP. Pulmonary lobectomy: technique and report of ten cases. BJS 1933;21:277-301.

25) Schwartz AJ. Helen Lamb: some insight into her life and times - Part 1. AANA Journal 2003;71:93-96.

26) Schwartz AJ. Helen Lamb: some insight into her life and times - Part 2. AANA Journal 2003;71:183-186.

27) Shenstone NS, Janes RM. Experiences in pulmonary lobectomy. Canad Med Ass J 1932;27:138-145.

28) Whittemore W. The treatment of such cases of chronic suppurative bronchiectasis as are limited to one lobe of the lungs. Ann Surg 1927;86:219-226.

29) Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma: a study of 684 proved cases. JAMA 1950;143:329-336.

19 de mayo

Día mundial del médico de familia y comunitario

Inserción y desarrollo en CASMU



Dra. Anahí Barrios

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de Centro Médico Piedras Blancas
Ex Profesora Adjunta Departamento Medicina Familiar y Comunitaria de Facultad de Medicina Integrante Sociedad Científica Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC)



Un poco de historia

Durante el siglo pasado hubo un gran desarrollo de la medicina y de los sistemas de asistencia médica. El crecimiento del conocimiento llevó a la aparición de múltiples especialidades médicas y un gran avance tecnológico.

Este modelo ha presentado consecuencias adversas que han sido puestas en evidencia: la despersonalización del proceso de asistencia, la fragmentación de la persona en aparatos, sistemas, etapas de la vida y técnicas diagnóstico-terapéuticas, sumado a la ausencia de un referente de confianza, que ha llevado a insatisfacción en los usuarios.

La medicina familiar y comunitaria se consolida a nivel mundial en la segunda mitad del siglo XX en respuesta a esta fragmentación, desarrollando un abordaje integral como eje central de su práctica.

En nuestro país, la Universidad de la República comienza a desarrollar esta especialidad médica en 1997 creando los primeros cargos de Residencias Médicas, consolidando el programa de Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria a partir del año 2002.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se implementa en nuestro país a partir del año 2008, priorizando el primer nivel de atención (PNA) impulsando el desarrollo de policlínicas zonales que son el primer contacto de

las personas con los servicios de salud, realizando una atención integral y longitudinal a lo largo de la vida de las personas, en la cercanía de los territorios donde viven, estudian y trabajan.

Se considera que la atención en el Primer Nivel tiene que dar respuesta a la mayoría de los problemas de salud de la población (más del 80%), por lo que sus profesionales deben desarrollar un amplio perfil y ser la base del sistema sanitario.

El médico de familia y comunidad es un recurso fundamental para poner en práctica los principios del SNIS que habla claramente de un modelo orientado por la estrategia de atención primaria de salud basado en estos principios con orientación familiar y comunitaria y que esté próximo a las necesidades de la población.

¿Especialista en qué?

Se ocupan de la atención integral de la persona, su familia y la comunidad, su abordaje incluye los aspectos biológicos, psicológicos y espirituales del individuo.

Se brinda atención a todas las personas en el contexto de su familia y comunidad, con cuidados apropiados de acuerdo a su perfil de edad, sexo, patología o grupo de riesgo

Desarrolla una atención integral a la salud con propósitos de promoción de salud, protección de enfermedades,



diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos

Desarrollar las actividades en la policlínica o Centro de Salud, domicilio y ámbito comunitario

Orienta a las personas acerca de la oportunidad, uso y acceso a los niveles de atención dentro del sistema de salud, según sus necesidades de atención y el marco del trabajo en el Equipo de Salud.

En nuestro país la mayor inserción de Médicos de Familia y Comunitaria ha sido en ASSE

¿Qué pasa en CASMU?

En nuestro país la mayor inserción de Médicos de Familia y Comunitaria ha sido en ASSE con la incorporación de 250 cargos en todo el país. En el mutualismo la inserción ha sido escasa.

Sin embargo el **CASMU ha incorporado en su plantel de Médicos de Zona a especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, desarrollando actividad clínica, atención domiciliaria, capacitaciones, grupos terapéuticos, promoviendo la participación de usuarios, participando en tareas de gestión en el marco de los Equipos de Salud.**

Ha generado en su plantel médico experiencias que han sido significativas y referencia fundamental en la forma-

ción de recursos humanos, como el Grupo de Médicos de la ciudad de Migueles liderado por el Dr. Juan Carlos Macedo, pionero en el desarrollo de un modelo local de medicina integral basada en la medicina familiar y comunitaria.

El CASMU ha promovido el primer llamado a concurso de Médicos de Familia para cubrir vacantes de Médicos de Zona en diciembre 2009, e integra a ex Residentes de Medicina Familiar a la lista de suplentes de médicos de Zona. Recientemente se realiza un nuevo llamado abierto a concurso con un alto número de aspirantes.

El SNIS ha puesto la meta del "médico de referencia", donde las personas pueden elegir un médico con quien desarrollen un conocimiento mutuo y un vínculo a largo plazo, lo que se considera una herramienta terapéutica extraordinaria en la comprensión de los problemas de salud y la adherencia a los tratamientos.

Celebración

Este 19 de mayo pasado, se conmemoró el Día Mundial del Médico de Familia, jornada de celebración y compromiso con la salud de las personas, definida por la WONCA, Organización Mundial de Medicina Familiar que nuclea 130 países. En nuestro país la Sociedad Científica de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC) desarrolla una serie de actividades de difusión con colegas, equipo de salud, usuarios y comunidades.

Encuentros médicos de la Medicina Zonal



Dr. Héctor Garaza
Director Atención Descentralizada

Durante los meses de mayo y junio se realizaron encuentros con los médicos de la Medicina Zonal, encuentros no obligatorios, a los cuales concurren más de 160 colegas que recibieron y aportaron valiosa información que servirá para ajustar y mejorar las propuestas de “cómo seguir”.

En esta oportunidad se optó por reuniones conjuntas y no por la modalidad de años anteriores de ir Policlínica por Policlínica. De esta manera se logró dar una idea más global del trabajo de un año y por parte de los médicos, aportar visiones diferentes según las zonas de trabajo.

La Dirección de Atención Descentraliza (Medicina Zonal) se encarga de la Gestión de todas las Policlínicas (Consultorios individuales, colectivos, Priorizados, UPECAS y Centros Médicos) y las Sedes del Interior.

Montevideo y área metropolitana

- Cerro
- Paso de la Arena (en obra)
- Colón (en obra)
- Agraciada (reciclada 2014)
- Cordón – Centro Pediátrico (reciclada 2013)
- Bvr. Artigas (nueva 2014)
- Parque Batlle (nueva 2011)
- Malvín Sur
- Malvín Norte (reciclada 2014)
- Portones (reciclada 2015)
- Piedras Blancas (nueva 2015)
- La Blanqueada (reciclada 2015)
- Gral. Flores
- Paso Carrasco

- Costa Urbana
- Solymar

Interior

- Salinas – Atlantida
- San Luis – Floresta – Cuchilla Alta
- Maldonado – Piriápolis (CASMU)
- Canelones
- Pando – Barros Blancos – Suárez
- Míguez – Montes
- Sauce
- Las Piedras
- Ciudad del Plata
- San Jacinto

El número total de consultas ambulatorias de la Institución en el año 2015, fue aproximadamente 1.000.000 de las cuales 750.000 corresponden a nuestra área de trabajo.

Concentración de las Consultas en las Policlínicas CASMU

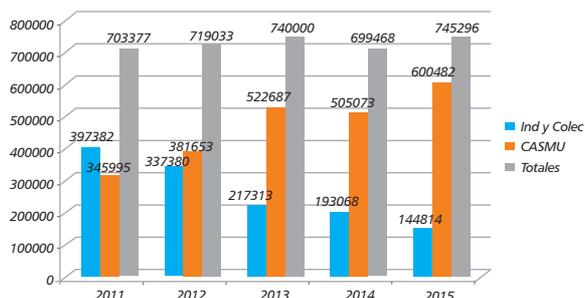
Desde hace años se viene trabajando en potenciar las Policlínicas CASMU, ofreciendo más consultas médicas y mejorando sustancialmente los servicios de Enfermería, Administración y Despacho de Medicamentos; es así que se pasa en el año 2011 de 305.995 pacientes en las Policlínicas y 397.382 en los consultorios individuales, a 600.482 en las Policlínicas CASMU y 144.814 en los consultorios individuales. Hoy día las Policlínicas son verdaderos Centros Médicos, los afiliados pueden acceder prácticamente a todas las especialidades médicas, coordinación de exámenes de distinto tipo, laboratorio, imagenología, Papanicolau, colposcopia y otros, despacho de medicamentos, todo en el mismo lugar, cambiando la vieja modalidad de tener que sacar una orden en un local, asistir luego a un consultorio individual, concurrir a un local para retirar medicamentos y a otro local por coordinación de exámenes paraclínicos.

En la gráfica siguiente vamos a ver la evolución de las consultas desde que se aplicó la política de concentrar a los Médicos en las Policlínicas CASMU y potenciarlas



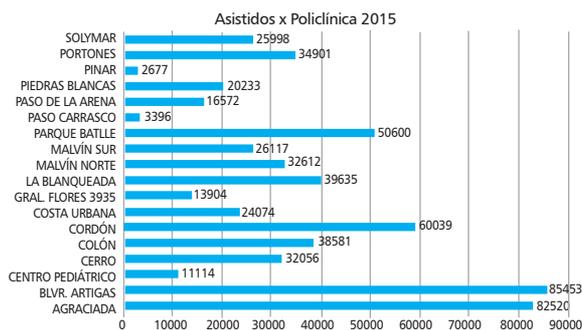
con el necesario personal (enfermería, administración, idóneos de farmacia)

Pacientes Asistidos en Policlínica



Si bien el número total de consultas aumentó ligeramente, el número de las realizadas en las Policlínicas CASMU, aumentó significativamente frente a la reducción de las realizadas en los consultorios individuales.

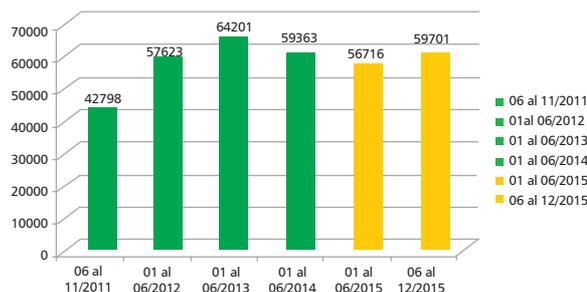
La cantidad de pacientes asistidos en cada Policlínica es diferente y varía en función de su capacidad locativa y de la oferta médica. En la gráfica siguiente se puede identificar la cantidad de pacientes asistidos en el 2015 Policlínica por Policlínica, son números importantes y habla del potencial de Gestión que tienen estas Policlínicas:



Atención domiciliaria. La asistencia médica en domicilio en la modalidad “radio” (no urgente) depende de nuestra Dirección y hace ya varios años sufrió un radical cambio. Previo a éste, el afiliado gestionaba su propia solicitud comunicándose con el médico de distintas maneras: lo llamaba directamente a su celular, llamaba a una operadora de un servicio privado de call center, llamaba al domicilio del médico en un determinado horario, si era rechazado era el propio afiliado quien debía buscar otro médico. En junio del 2011 se decide Centralizar la Recepción de Domicilio de Radio en nuestro Call Center y asumiendo toda la gestión, como corresponde. Esto fue un cambio radical que benefició fundamentalmente al afiliado, que solo necesita comunicarse con nuestro Call Center, hacer la solicitud y solo esperar la llegada del médico. El médico se benefició al recibir la solicitud directamente por mensaje de texto en celulares personales o provistos por CASMU. El número de llamados de domicilio promedio

en el año 2015 fue de 10.000 por mes. La siguiente gráfica muestra la evolución por semestres y por último los dos semestres del 2015.

Domicilios Total

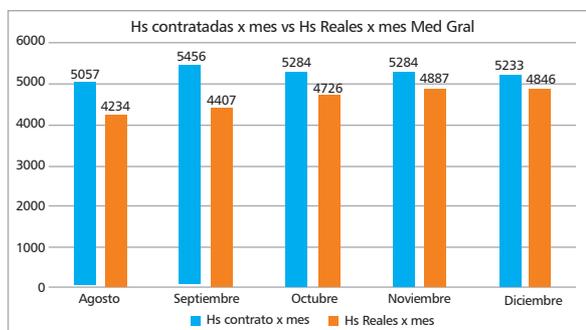


Este cambio logró un alto índice de satisfacción en nuestros afiliados.

Indicadores de utilización. Se han elaborado indicadores que nos permiten detectar la necesidad de aumentar el número de horas de determinada especialidad, medimos las horas reales trabajada por cada médico, el número de pacientes que se agendaron, quiénes faltaron a la consulta, cuántos se atendieron y calculamos el porcentaje de utilización; de esta manera podemos saber si ese médico debe aumentar sus horas de trabajo o no, también si esa Policlínica debe aumentar las horas de esa especialidad con la incorporación de un nuevo médico.

Ausentismo de afiliados. Sobre este tema se ha trabajado sin mucho éxito, ronda el 15% y pese a las medidas como recordatorio por SMS éste se sigue manteniendo alto.

Ausentismo médico. Por distintas razones (licencia reglamentaria, congreso y asuntos particulares) se mantiene estable y está contemplado a la hora de toma de decisiones; es así como las horas contratadas no coinciden con las horas reales como muestra la siguiente gráfica.



Prescripción de medicamentos en la variedad prolongado. Desde hace varios años se viene trabajando en este tema con un inicio bastante malo pero se superó con el aporte de todos los involucrados, en especial los afiliados, hoy podemos decir que se ha mejorado

muchísimo y lo muestra el porcentaje de dispensación, se pasó de 35% en 01/2015 a 65% en 01/2016. Esto redundará en beneficio del afiliado que no tiene que venir todos los meses a repetir medicación y en beneficio del médico que puede desarrollar sin apremios su consulta, ya que como sabemos la repetición de medicamentos es un acto médico de suma responsabilidad, que debe realizarse durante una consulta médica evaluando si corresponde o no repetir dicha medicación después de un período prudencial de instituido el tratamiento.

Historia Clínica Electrónica “Julieta”. Es una realidad que está a pocos meses de concretarse, en agosto o setiembre se comenzará la implantación del Módulo Ambulatorio, se comenzará por el Centro Médico Blv. Artigas y el Policlínico Central, para después llevarlo rápidamente al resto de las Policlínicas, a las Sedes Secundarias y a los Consultorios Individuales y Colectivos.

Seguro que junto al Nuevo Sanatorio, es el emprendimiento más importante en que está comprometido CASMU.

Desde hace varios años venimos trabajando en la evaluación de una Historia Clínica Electrónica Integral, que contemple tanto la Asistencia Ambulatoria, la Urgencia y la Internación con todos los servicios anexos, prescripción de medicamentos, imagenología, laboratorio y todo lo demás que tenga que ver con una asistencia integral. Después de estudiar varias propuestas se concretó la adquisición de una Historia Electrónica integrada con dos módulos, uno orientado a la Atención Ambulatoria y otro a la Internación – Urgencia. En diciembre del 2015 se implantó el módulo de Urgencia, hace unos meses la Gestión de camas sanatoriales. Además se está desarrollando el Módulo de Internación, y a mediados de junio se pondrá en marcha el Módulo de Coordinación Quirúrgica y toda la Gestión de Block Quirúrgico.

Para implantar el Módulo Ambulatorio de la nueva HCE, se contará previamente con una capacitación obligatoria de todos los médicos y personal de Enfermería para que fluya lo mejor posible; la nueva HCE nos permitirá una rápida localización de los antecedentes y de la paraclínica. Así como también la prescripción electrónica de medicamentos y repetición abreviada, prescripción de imagenología y de laboratorio. Además nos permitirá tener fichas por especialidad, en las cuales se podrá volcar información previamente estandarizada, test cognitivos, test de riesgos, etc., diagnósticos definidos

a través de SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine).

Por último y para cerrar la reunión mostramos algunas fotos de los últimos dos Centros Médicos inaugurados en 2015 y mencionamos todas las obras que CASMU está llevando en simultáneo, y las relacionadas al Nuevo Sanatorio central por la calle Asilo etapa 1 y etapa 2 hasta completarlo, en Torre Abreu un nuevo CTI, sobre el Policlínico Central las nuevas salas quirúrgicas para toda la cirugía del día, nueva sala de máquinas, posterior traslado de la Unidad Cardiológica del sanatorio 1 a la Torre Abreu, reciclado de los pisos del Sanatorio 2 y programadas como Centro Médico Paso de la Arena, Centro Médico Colón, Centro de materiales y otras obras actualmente en borrador.



SNOMED es una herramienta de terminología clínica codificada controlada para su uso en registros electrónicos de salud, de alguna manera este sistema terminológico aporta al diagnóstico puesto por el médico una serie de opciones codificadas vinculadas a ese diagnóstico primario del cual el médico debe elegir el más ajustado a la patología del paciente. Esto permitirá agilizar, pero lo más importante es que permitirá saber los diagnósticos en la medicina ambulatoria.

Información de CAFUCA

En 1988, un grupo visionario de funcionarios CASMU fundaba CAFUCA, la Caja de Auxilio de los Funcionarios de CASMU, CASEFCASMU, AFCASMU.

El objetivo fundamental de la Caja es el pago de una prestación económica mensual complementaria a la que otorga el BPS al momento de la jubilación.

Después de pasar una crisis financiera, reforma mediante, la Caja recuperó su viabilidad de 28 años.

Gracias a los socios y a CASMU es que durante 27 años acumuló un CAPITAL importante, que le permite hacer préstamos sociales (para los socios de CAFUCA) a una tasa muy preferencial, préstamos en Unidades Indexadas a muy largo plazo para vehículos y vivienda.

MÁS CERCA nos ha brindado este espacio para informar a todos; socios de CASMU, médicos y funcionarios, qué significa CAFUCA.

La sede social está ubicada en la Av. 8 de Octubre 2809, funciona de lunes a viernes de 10 a 18 horas. Tel. 2487 6421, sitio web: www.cafuca.com.uy

El actual Consejo Directivo está integrado por la Sra. Marisa Souza (Presidente), Daniel Rodríguez (Vice-Presidente) Edgardo Piñeiro (Secretario General) Silvia Cuevas.



De izq. a der.: Dr. Pedro Igarzábal, Sra. Cecilia Rodríguez, Sr. Edgardo Piñeiro, Sra. Marisa Souza, Sr. Daniel Rodríguez, Sra. Silvia Cuevas, Sra. Silvia Ramos.



C O N E C T A D O S

ESCUELA DE INFORMÁTICA PARA ADULTOS

Rivera 3286, frente al Planetario
Tel: **2622 9925 / 098 40 40 59**

www.conectados.com.uy

conectados uru



- > Cursos para **adultos y adultos mayores**
- > **Grupos reducidos** de 5 a 10 personas
- > Computadoras de uso individual
- > Cursos mensuales con varios niveles
- > Clases 2 veces por semana
- > Incluye material de apoyo
- > **No requiere conocimientos previos**

Enseñamos:

- > correo electrónico - mail // facebook
- > comunicarse con otras personas
- > leer diarios, escuchar música, ver videos
- > usar pendrive, cámara digital, tablet y celular inteligente // imprimir

CURSOS BONIFICADOS / CUPOS LIMITADOS

- > También reparamos computadoras

20% de descuento en los cursos y en reparación de equipos a funcionarios y socios de CASMU

Úlceras de Pierna: una patología a la cual debemos estar atentos

Afectan al 3% de la población después de los 60 años



Dra. Sonia Ramos

Definimos como úlceras a las heridas abiertas de miembros inferiores que no tienen tendencia a cicatrizar espontáneamente y se perpetúan en el tiempo. Su aspecto es generalmente el de una “llaga viva”. Pueden sangrar, supurar o exudar un líquido color miel. A veces se manifiestan como costras sanguinolentas (llamadas “cáscaras” popularmente) o costras negras (éscaras). Afectan al 3% de la población después de los 60 años, pero pueden ocurrir en edades más tempranas.

Las úlceras de pierna se deben generalmente a causas circulatorias, más frecuentemente a **INSUFICIENCIA VENOSA** y en menor porcentaje a **INSUFICIENCIA ARTERIAL**. Una minoría de casos responden a causas más raras de las cuales la más preocupante es el cáncer de piel que puede tener un aspecto ulcerado y ser confundido con una úlcera vascular.

Las **ÚLCERAS VENOSAS** suelen ocurrir en individuos que tienen historia familiar de disfunción venosa y/o presentan várices desde su juventud. Algunos individuos no tienen esta carga familiar, pero tienen sobrepeso y/o sedentarismo, lo cual daña la circulación venosa. Otros, tienen el antecedente de haber sufrido un traumatismo importante en la pierna en algún momento de su vida, lo cual pudo haber lesionado las venas profundas en forma silente, hasta que años después surge la úlcera.

Puede ocurrir, que no haya várices visibles pero aparecen síntomas leves que pasan inadvertidos, pero con el correr de la vida se vuelven molestos.

Es frecuente que al final de la jornada aparezca edema (hinchazón) de tobillo, que desaparece durante el reposo nocturno y se reinstala cada día. Este síntoma aunque parezca banal, señala que el funcionamiento del sistema venoso de las piernas ha comenzado a deteriorarse y no es capaz de mantener el retorno de la sangre venosa hacia el corazón y parte de ella queda retenido en el sector más bajo de las piernas lo cual se manifiesta con edema (hinchazón) en el tercio inferior de las piernas.

Otro síntoma que señala el inicio de la disfunción venosa, es el *prurito* (picazón) de la pierna. Cuando la insuficiencia venosa progresa, aparecen manchas castañas en el tercio inferior de las piernas que pueden cubrirse de escamas o costras oscuras. *La piel se torna mas dura y parece estar pegada a los huesos de la pierna.*

El evento final, es la aparición de la úlcera venosa sobre esta piel previamente alterada.

En ocasiones la úlcera se precipita tras un traumatismo insignificante, como puede ser el simple rascado de la pierna o el roce suave de cualquier objeto, los más frecuentes son los traumatismos mínimos generados por los muebles del hogar, bolsas y paraguas de otros pasajeros durante un viaje en ómnibus, etc.



Lo sorprendente, es que un incidente menor conduce a una herida crónica ulcerada, que no cicatriza, a menos que haya intervención médica adecuada.

Las úlceras de origen venoso se sitúan generalmente por detrás o por encima de los tobillos y en su evolución se extienden alrededor del sector más bajo de la pierna sin afectar el pie.

La aparición de úlcera venosa, constituye un punto de inflexión en la evolución de la enfermedad venosa.

La enfermedad, era antes silenciosa o poco ostensible, pero una vez instalada la úlcera, el ritmo de vida del individuo se ve alterado por el dolor que ella genera, por sus secreciones que son difíciles de contener por una curación casera. Cuando las úlceras de pierna ocurren en edad activa, generan pérdida de jornadas laborales.

La vida social de la persona con úlceras se ve muy afectada ya que las secreciones fluyen a través de la úlcera y llegan a mojar el calzado. Hay fetidez, ya que los gérmenes rápidamente colonizan estas heridas húmedas y las vuelven malolientes. Si hay várices en el lecho de la úlcera puede haber sangrado sorpresivo y abundante que requiere atención médica inmediata.

La úlcera puede permitir la entrada de gérmenes violentos como el Estafilococo Aureus o el Estreptococo Beta hemolítico que provocan la infección de toda la pierna donde asienta la úlcera.

Son las enfermedades llamadas Erisipela o Celulitis, que constituyen cuadros graves. Ocasionan fiebre muy alta, chuchos, dolor intenso y la posibilidad latente de afectar todo el organismo. Casi siempre obligan a la internación o al cuidado médico estrecho con necesidad de tratamiento con antibióticos y otros inyectables.

Más delicada es la situación para los fumadores o ex – fumadores. También lo es para los diabéticos no controlados y los pacientes con colesterol o triglicéridos en sangre elevados por largo tiempo (dislipémicos). **En estos grupos, pueden aparecer úlceras de pierna debido a insuficiencia arterial.**

Para comprender esta terminología, debe saberse que las arterias son los vasos encargados de llevar la sangre fresca, oxigenada desde el corazón, hasta todas las regiones del cuerpo incluyendo naturalmente los miembros inferiores. Las venas realizan la función contraria, conduciendo todas las impurezas del organismo hacia el corazón. Así se genera un sistema circulatorio de ida y vuelta entre el corazón y el resto del cuerpo.

Cuando nos referimos a la **INSUFICIENCIA ARTERIAL** de los miembros inferiores significa que existe algún tipo de impedimento para que la sangre irrigue apropiadamente las piernas y pies. **En los tabaquistas, diabéticos y dislipémicos no controlados puede producirse obstrucción parcial o total de las arterias y esta falta de irrigación lleva a la formación de úlceras.**

Estas úlceras suelen ubicarse en zonas más salientes de los tobillos o en el pie, incluyendo los dedos.

A veces **pueden comenzar como una “lastimadura” en el borde de la uña o una fisura profunda entre los dedos** o una “llaga” pequeña en los pulpejos o los bordes del pie. También puede ocurrir que el calzado produzca una ampolla por roce, pero al colapsarse la ampolla, queda una lesión “en carne viva”. Suelen ser lesiones dolorosas, pero la ausencia de dolor no debe llevar a pensar que son lesiones banales. Su sola presencia y persistencia, son una señal de alarma que debe conducir a la consulta médica.

Como ya fue mencionado, los tabaquistas, diabéticos y dislipémicos deben extremar la observación de sus sectores distales de pierna y pies. De observar lesiones, deben consultar en forma inmediata.

En estos casos, **la consulta temprana resulta “salvadora” ya que la detección de estas úlceras conduce al estudio de toda la circulación arterial de los miembros inferiores a través de un estudio “no invasivo”, indoloro, llamado ECODOPPLER.** Dicho



estudio, muestra los lugares donde el flujo arterial está obstruido y permite al cirujano vascular tomar las decisiones pertinentes para restablecer la circulación arterial.

En el caso de las *ÚLCERAS ARTERIALES* la herida es la "punta del iceberg". Lo que realmente interesa, en cuanto a la salud del paciente, es observar el grado de obstrucción que tienen las arterias de sus miembros inferiores para resolverlo lo antes posible, ya que las obstrucciones severas hacen correr el riesgo de perder la pierna afectada.

Este artículo apunta a transmitir la importancia del cuidado inicial de las heridas de piernas y pies.

Las "curas caseras", el uso de "yuyos cicatrizantes", la indiferencia frente a las pequeñas lesiones por pensar que son lesiones triviales, solo conduce al riesgo de sufrir complicaciones graves y eventualmente perder ese miembro inferior.

CASMU IAMPP tiene el liderazgo en el diagnóstico y tratamiento de las heridas crónicas, contando con un equipo multidisciplinario compuesto por Cirujanos Plásticos, Cirujanos Vasculares, Dermatólogos y Licenciados de Enfermería expertos en este tema.

El afiliado de CASMU IAMPP, tiene el derecho y el deber de concurrir a la Unidad de Úlceras, que

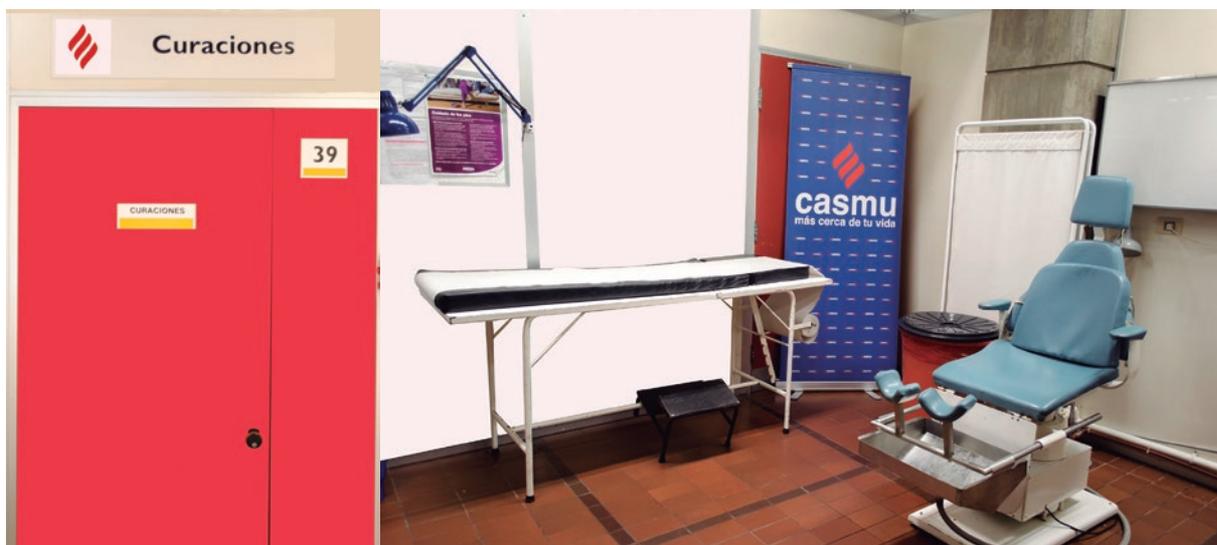
realizara el diagnóstico de su herida de miembro inferiores, y con prontitud indicará el tratamiento necesario. **El Departamento de Enfermería de CASMU IAMPP realiza las curaciones tanto en el Policlínico como en las UPECAS** y de ser necesario concurre al domicilio del paciente. Al tiempo que efectúa las curaciones de la heridas, comunica el monitoreo de las mismas a los médicos tratantes.

Así se cierra el circuito asistencial y la contención del paciente con úlcera de pierna.

La dedicación e idoneidad de este Equipo de Salud, junto a la adherencia del paciente, son la fórmula que ha tenido a resguardo a cientos de pacientes y les ha evitado lesiones físicas definitivas en los últimos 20 años.

Un equipo de salud que ha funcionado exitosamente durante dos décadas es la mejor opción para los afiliados a CASMU IAMPP.

Si tiene molestia en sus miembros inferiores o instala una herida, por más pequeña que sea, consúltenos. Seguramente le ayudemos a cicatrizarla, pero también le evitaremos sufrir complicaciones derivadas de la misma.



¡Seguinos en facebook!

 /CasmuOficial



 **casmu**
más cerca de tu vida

CASMU pone foco en el manejo responsable con impactante campaña de seguridad vial

¡Atentos!

En el marco del movimiento global Mayo Amarillo, al que Uruguay se integró este año por primera vez bajo el liderazgo de la Unidad Nacional de Seguridad Vial (Unasev), CASMU inició una impactante campaña enfocada en la reducción de accidentes. El objetivo es reducir la siniestralidad vial, una de las principales causas de muerte en Uruguay.

Los afiches desplegados por la institución médica, tanto a nivel interno como en la vía pública, están enfocados en la necesidad de manejar de manera responsable y portan un mensaje contundente: “En el tránsito todos podemos ser criminales”. El concepto acompaña fotografías de hombres y mujeres de diversas edades, con el formato de ficha policial, sosteniendo la matrícula de su auto como número de identidad. La propuesta también incluye piezas televisivas.

En línea con el lema de CASMU, ‘Más cerca de tu vida’, el objetivo de la campaña es, a través de un mensaje fuerte, consistente y disruptivo, invitar a reflexionar y promover en la gente una actitud responsable en el momento de conducir.

Asimismo, en los distintos centros asistenciales de CASMU, integrantes de su Departamento de Relaciones Públicas de CASMU entregan folletos informativos a los socios y dialogan con ellos sobre la siniestralidad vial. “Para fomentar la reflexión sobre el tema, en los folletos incluimos una serie de preguntas sobre manejo. Son sencillas, pero a la vez invitan a pensar y a tomarse un tiempo para reflexionar acerca de si las conductas que asumimos detrás del volante son las más responsables”, comentó María Acosta, adjunta a la Dirección Prehospitalaria de la institución y encargada de implementar la campaña a nivel interno.

Por otra parte, los funcionarios de CASMU lucen en su indumentaria, y lo harán a lo largo de todo mayo, un lazo amarillo, símbolo del movimiento global, que este año se desarrolla con el lema “Atención para la vida”. Además, en todas las ambulancias de 1727, el servicio de emergencia móvil de la institución, se colocaron logos de la iniciativa.

A esto se suma la emisión de videos institucionales de la campaña en los televisores instalados en las salas de espera, y la entrega de adhesivos reflectivos a los colaboradores que se trasladan en motos, para que los coloquen en sus cascos y así aumente su seguridad en el tránsito.

“En 2015 fallecieron 506 personas en siniestros de tránsito y este año, hasta marzo, la cifra ascendía a 117. La seguridad vial es un problema muy grave en Uruguay y en CASMU creemos firmemente que la adopción de conductas preventivas constituye un elemento indispensable para cambiar esa realidad”, afirmó Acosta.



Experta internacional en cuidados paliativos pediátricos capacitó a profesionales de Casmu

En buenas manos

Experta internacional en cuidados paliativos pediátricos capacitó a profesionales que atienden a niños del CASMU.

Durante la visita que recientemente realizó a Uruguay, la médica costarricense Lisbeth Quesada, referente mundial en cuidados paliativos pediátricos, dictó una conferencia en la Sala de Ateneos de CASMU. La actividad estuvo dirigida a médicos e integrantes del equipo de enfermería de la institución que atienden a niños.

Además de compartir sus conocimientos y su amplia experiencia, de más de 25 años en la temática, la especialista hizo hincapié en que los cuidados paliativos deben ser considerados derechos humanos de los pacientes. La actividad generó enorme interés en el equipo de profesionales de Casmu y reunió a pediatras, neonatólogos, enfermeros, nurses, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psiquiatras y fisiatras.

Por otra parte, recorrió el Sanatorio Materno Infantil de CASMU, lo que le permitió conocer de primera mano las instalaciones y los servicios de un centro asistencial que desde principios de año cuenta con espacios más amplios y remodelados, y con mayor equipamiento tecnológico. Allí visitó el nuevo CTI neonatal, las salas de pediatría y las salas de nacer, además de las policlínicas.

“Durante su visita, Quesada interactuó con el personal de Enfermería, el más afectado psicológicamente por la dura tarea de atender a niños con enfermedades graves, que pueden causar su muerte temprana. La doctora, con su sabiduría y experiencia, pudo abordar esta temática y transmitirles sus conocimientos”, señaló la doctora Luisa Silva, responsable de la Policlínica de Cuidados Paliativos Pediátricos y de Adolescentes.

CASMU cuenta con un equipo de profesionales comprometidos en la creación de una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, que fue impulsada por la visita de Quesada, considerada una referencia a nivel internacional. “Para nosotros es un orgullo que la doctora nos haya visitado y nos haya animado a continuar en esta búsqueda del crecimiento y la profesionalización de un sector tan necesario para los pequeños con patologías graves y sus familias”, agregó Silva.



CASMU realizó talleres para liceales sobre Resucitación Cardíaca

En el marco del Día Nacional de la Resucitación Cardíaca, Casmu organizó una serie de talleres de capacitación enfocados a estudiantes de liceo del barrio La Unión.

Estos talleres incluyeron ejercicios prácticos con materiales y herramientas de uso diario.

La jornada de formación, que duró alrededor de cuatro horas, se realizó en las instalaciones del Sanatorio 2 de la institución médica y estuvo a cargo de enfermeros y licenciados especializados pertenecientes al Servicio de Emergencias 1727.

“Los entrenamos en el reconocimiento de una emergencia, en cómo realizar un masaje cardíaco, que es la maniobra más importante en la lucha contra la muerte súbita, y en el manejo del desfibrilador automático (DEA)”, relató el doctor Santiago De los Santos, director del servicio.

Los jóvenes fueron informados sobre el uso de los instrumentos vinculados a la resucitación y fueron invitados a examinarlos. Además, se les realizaron electrocardiogramas para comprobar su ritmo cardíaco.

De los Santos explicó que “la muerte súbita se lleva entre 15 y 20 uruguayos por día” y que “el único tratamiento eficaz es la capacitación comunitaria” para prevenirla.

“Uruguay es uno de los países con mejor tiempo de respuesta, incluso en comparación con los países desarrollados. La forma de reducir las muertes por esta causa es disponer de desfibriladores accesibles y de una población entrenada para utilizarlos. El desafío que tiene hoy el Consejo Nacional de Resucitación es incorporar este tema en los programas educativos, para que los jóvenes incorporen todo lo que es necesario saber”, apuntó el médico.

Según el profesional, cuando la utilización del DEA ante una falla cardíaca es inmediata, el porcentaje de supervivencia con el cerebro intacto oscila entre el 60% y el 70%.

“Las cifras mejorarían mucho si tuviéramos más población entrenada y la mejor forma de hacerlo es desde pequeños”, comentó.

“En el liceo, además de estudiar de geografía, deberían aprender sobre emergencias. En el mundo se sigue muriendo gente porque hay ciudadanos que los ven caer a su lado y no saben qué hacer. Las maniobras son sencillas, se aprenden rápido y son difíciles de olvidar”, concluyó De los Santos



OPCIÓN MÉDICA

Su mejor opción para la promoción de productos farmacéuticos

DIGITAL

La revista especializada, pensada exclusivamente para los profesionales de la salud

Reciba todos los meses y sin cargo Opción Médica en su correo electrónico. Debe solicitar la misma a opmedica@gmail.com

Recuerde que en Opción Médica encontrará artículos de interés, noticias del sector y promoción de productos y servicios



Siganos también en:
f facebook: /op.medica
t twitter: @OpcionMedicaUru

Consultas o asesoramiento:
Tel.: 2916 5790 y 2915 8911

YO



TRIBUFF

Protección cardio y cerebro vascular



UN COMPRIMIDO DIARIO

TRIBUFF 100 mg.
30 y 60 comprimidos
TRIBUFF 325 mg.
14 y 28 comprimidos

www.urufarma.com.uy



Urufarma