

cerca

LA REVISTA DE SALUD DEL **casmu**

Publicación bimestral del CASMU
Distribución gratuita
Año V - Nº 28 - Febrero de 2017

Leerla hace bien



Médico de Referencia

UN VERDADERO COACHING SISTÉMICO



Cirugía del día, Ampliación de Policlínico, Ampliación de CTI,
Nueva tarjeta del afiliado, Agendar desde tu casa

Comer en verano: Dieta sana
y refrescante

Laparoscopia urológica en el
CASMU: 400 intervenciones



Más servicios
en CASMU
www.casmu.com.uy



LA REVISTA DE SALUD DEL **casmu**

Leerla hace bien

REVISTA OFICIAL DE CASMU



CASMU le propone **promocionar sus servicios y productos** en Más Cerca, su revista oficial. Medio ideal para **contactar a miles de potenciales clientes** a través de uno de los mayores prestadores de la Salud.

20.000 ejemplares impresos

Distribución gratuita en los Sanatorios de CASMU.

Envío de la versión digital de la revista a 100.000 socios y a sus 7.000 funcionarios médicos y personal de la Salud.

Todas las ediciones de la revista disponibles en la home de la web.

Frecuencia de salidas: cada 60 días.

Ediciones en febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre.

Paquetes promocionales para el 2017.

Por información de tarifas publicitarias:
revistacasmu@gmail.com - Tel. 2916 5790



Autoridades Consejo Directivo CASMU - IAMPP

Presidente: Dr. Gustavo Bogliaccini

Vicepresidente: Dr. Raúl Rodríguez

Secretario: Dr. Jorge Pomi

Prosecretario: Dr. Juan José Areosa

Tesorero: Dr. Andrés Colet

Comisión Fiscal:

Dra. Julia Galzerano

Dra. Rosario Amorín

Dr. Washington Lauría



LA REVISTA DE SALUD DEL CASMU
FEBRERO de 2017

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: Gráfica Mosca
Depósito legal N°

Próxima edición de la revista +cerca: abril 2017

Sumario

6 INTERIOR

Médico de referencia: Un verdadero coaching sistémico

8 NUTRICIÓN

Comer en verano: Dieta sana y refrescante

12 RINCÓN DE CHICOS

¿Por qué un psicólogo durante la internación pediátrica?

14 INFOCASMU

Uso consciente de medicamentos

18 ODONTOLOGÍA

Lesiones bucales en niños y adolescentes

22 UROLOGÍA

Laparoscopia urológica en el Casmu

26 INFOCASMU

Parto natural efectivo

30 CARDIOSALUD

Fibrilación auricular (parte 2)

34 INFOCASMU

Más infraestructura para su comodidad

35 EVENTOS

Casmu se suma a la fiesta del Carnaval

36 BASE DE SALIDA

La piscina: un placer con responsabilidad

40 LIBRO

"Historias 2" - Dr. Hugo Dibarbouré Icasuriaga

42 SALUDO

Carta de despedida del Casmu

44 MEDICINA E HISTORIA

Fueron las últimas muertes por viruela... ¿o habrá más?

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 Vascular	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 Javiel
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 la Cátedra de Neurología del Hospital de Clínicas, Facultad De Medicina.	Dr. Ronald Salamano
Odontología	Especialista en Odontopediatría (UdeLaR), Especialista en 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
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

Un comienzo de año con variadas novedades de CASMU



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

Con el placer de siempre, hacemos llegar a Uds. la primera edición de este año 2017 de nuestra tan esperada revista “+Cerca”.

Y comenzamos destacando la gran incorporación de tecnología que nos ayuda a atenderlo mejor, y a comunicarnos mejor con ustedes. Para ello, nuestro Departamento de Sistemas ha desarrollado una APP para todos los afiliados de la Institución – y usuarios y no afiliados – para que desde la comodidad de su celular o tablet pueda agendar una consulta, consultar la agenda de las distintas especialidades y técnicos, consultar su estado de cuenta, consultar los resultados de laboratorio algunas horas después de haberse realizado la extracción de sangre, datos de todos nuestros Centros médicos, etc. Podrá entonces Ud. visualizar en el interior de esta revista lo fácil que es descargar la APP en su celular y comenzar a usarla de inmediato.

Otra gran novedad para todos los afiliados, es que lanzamos la nueva TARJETA DE AFILIADO. Con la misma usted se identifica en todos los locales de la mutualista y paga todos los servicios SIN EFECTIVO, tales como las órdenes a consultorio, tickets de medicamentos, estudios de laboratorio, procedimientos y tratamientos quirúrgicos con copagos, estudios imagenológicos, matronatación, prestaciones no incluidas en la canasta obligatoria mutual, etc. Porque la nueva Tarjeta del Afiliado es también una tarjeta de crédito otorgada por MasterCard válida también para pagar todas sus compras en todos los comercios de la región y del mundo. Y algo muy importante, por ser afiliado CASMU, usted ya tiene aprobado un préstamo de efectivo para utilizarlo cuando lo desee y en lo que necesite. También podrá enterarse mejor de esta primicia en el interior de la revista.

Y a estas dos excelentes noticias precedentes, se suman en este número como siempre, artículos médicos importantes no solo sobre condiciones que se hacen cada vez más frecuentes sino también sobre formas para aliviar algunas situaciones de los pacientes, y otras novedades y noticias institucionales

Por último, el agradecimiento a todos quienes hacen posible esta revista, desde los prestigiosos proveedores que nos acompañan a los comprometidos técnicos que nos regalan sus interesantes artículos, así como también a los coordinadores, diseñadores y diagramadores que logran un destacado producto final como lo es “+Cerca”

Un saludo afectuoso para todos y el deseo de que este 2017 venga acompañado de trabajo, concreción de proyectos y calidad de vida.

¿Mito o Realidad?



Médico de Referencia

UN VERDADERO COACHING SISTÉMICO



Dr. Marcelo Mario Avellanal
Asistente de Dirección Descentralizada

Nuestros socios, clientes y amigos institucionales han escuchado reiteradamente, la importancia de contar con un médico de referencia. Antiguamente conocidos como médicos de cabecera.

CASMU, fue siempre pionero en su jerarquización, ya que cuenta con profesionales “cercanos” y siempre “disponibles” personalmente para sus pacientes tanto en consultorio como en domicilio, o en el barrio.

Los cambios en las dinámicas familiares, laborales y contextos urbanos, la especialización y sub especia-



lización profesional, la explosión de la complejidad del conocimiento técnico, opacó la vigencia de esta figura integradora.

Se conserva en algunos reductos rurales, vinculado a centros urbanos pequeños o a barrios con comunidades con mucha identidad de lo local.

Es así que actualmente como personas, al enfermar nos enfrentamos a la experiencia de ser asistidos en grandes instituciones y sistemas complejos. Tanto nosotros como nuestros pacientes y sus familias nos vemos en oportunidades agobiados, por procesos largos, equipos humanos con diversos roles que no comprendemos, autorizaciones, interconsultas, agendas, o esperas en cambio permanente. La universalización sanitaria y la medicalización de eventos vitales terminan de cerrar un escenario -que aleja el acto médico, directo personal e intransferible- en el proceso de curación o rehabilitación en una experiencia humana gratificante.

CASMU reconoce esta realidad y está trabajando fuerte para relanzar el protagonismo que requiere una medicina personalizada. Este elemento es central para comprender el rol del médico de referencia. No nos atiende cualquier profesional, sino aquel elegido por nosotros, y que nos conoce activamente en nuestra historia de salud y enfermedad. Y que lo conocemos.

CASMU junto al SNIS ha apostado a incrementar las cargas horarias de profesionales especializados en vínculos de largo plazo, en su sostén en diversos escenarios, como pueden ser las puertas de urgencia, policlínicas de atención inmediata, móviles de urgencia.

En ellos se dan oportunidades irrepetibles para el inicio de una relación terapéutica y humana. Requerimos dos voluntades, la del profesional, MG, Urgencistas MFC, Pediatras, Geriatras que apuesten por esta sensibilidad operativamente y no pasa por un tema de tiempos solamente, sino de postura personal y focalizada en la escucha. Es decir, no solo que trabaje sobre el síntoma u signo agudo, para resolverlo de forma puntual y eficaz clínicamente - sino que posea la perspectiva de ciclo vital de la persona, sus contextos laborales y familiares. Y desde la persona, la voluntad de acceder a este tipo de

consulta y aspirar activamente a la citada atención personalizada y adherirse a los programas de seguimiento .

Toda la transición demográfica y epidemiológica nacional, lleva a la urgente necesidad de ver ciclos vitales largos. No se cambian conductas de riesgo, hábitos nocivos, determinantes vitales, económicos solo desde el consultorio. Necesitamos profesionales y equipos de salud que detecten las características del paciente, y gestionen su experiencia asistencial en los sanatorios con la conciencia que la vida se desarrolla en la comunidad.

El sistema sanitario, demuestra en sus diversos niveles, códigos, lenguajes incomprensibles en oportunidades, para segmentos enteros de pacientes culturalmente diversos, adultos mayores, adolescentes, jóvenes. Necesita accesibilidad, siendo el Médico de Referencia un verdadero coaching sistémico, es decir un experto en el sistema de salud que transfiere a nuestros lenguajes cotidianos, la experiencia de curar y sanar. Es una de las herramientas más poderosas con que cuentan los pacientes, niños y adultos, para navegar en estas redes complejas.

Por ello recordamos que tanto en población pediátrica, como adulta contar con un médico de referencia, es esencial e implica el compromiso mutuo de fidelidad y resultados.





Comer en verano

DIETA SANA Y REFRESCANTE



Lic. Nut. Natalie Errazquin

Cómo comer en verano sin perder las buenas costumbres y los hábitos sanos

I Se vino el verano! Cuando comienza el calor estamos más tiempo fuera de casa, nos apetecen alimentos fríos y no queremos pasarnos el día cocinando. Además, es más frecuente saltarse comidas, llevar un horario desordenado o comer en exceso como parte de las reuniones propias del ocio y el descanso. Se trasnocha más, por lo que se levanta la gente tarde y no se desayuna, y se consume más alcohol. Los cambios en la rutina diaria favorecen una alimentación incorrecta.

Comer en verano no debe suponer perder las buenas costumbres y los hábitos sanos, sino que hay que adquirir una rutina que favorezca una dieta sana ordenada y equilibrada. Deben realizarse al menos cuatro comidas al día y no picotear entre horas para favorecer el mantenimiento del peso y evitar así ganar esos kilos que luego son tan difíciles de perder.

En una dieta veraniega es importante ingerir alimentos de todos los grupos (verduras y legumbres, frutas, panes, harinas, pastas, arroz y papas, leches y quesos, carnes pescados y huevos, semillas y aceites, azúcares

y dulces), aportando así todos los nutrientes indispensables. Para lograrlo es importante prescindir de comidas muy grasas y fritos que pueden hacer más pesada la digestión y que aportan calorías extras innecesarias.

Las mismas se ocultan con su mejor cara veraniega en los helados industriales y es necesario estar atentos a las etiquetas y consumir los de composición más frutal, teniendo en cuenta siempre que es un alimento muy calórico.

Ya sea para comer fuera de casa, bajo el fresquito de un ventilador o al sol playero, las opciones para comer bien son numerosas. Solo debes concientizarte de que es posible alimentarte de otra manera, adaptándote al ritmo y condiciones climáticas de las vacaciones sin renunciar a la salud y el paladar.

Las ensaladas son el punto fuerte de la dieta en el verano, se adaptan a los gustos de cada uno, tienen un



**Ahora todos los socios de CASMU
pueden afiliarse a SECOM
con grandes beneficios!**



0800 4584
www.secom.com.uy



SECOM

PRIMER SERVICIO DE COMPAÑÍA DEL URUGUAY Y DEL MUNDO

gran contenido en agua y en nutrientes, aportan pocas calorías, sacian el hambre e hidratan nuestra piel.

Ideales para todo el año, pero especialmente en esta calurosa estación, puedes ingerirlas como plato único (elégelas con algo de proteína -carne, pescado, pollo o huevo- y algún hidrato de carbono, por ejemplo, arroz, pasta o puré), antes o después del plato principal, o como acompañamiento del segundo plato. De esta forma realizamos una comida equilibrada con su ración de verdura, cereales y proteína, sin aportar excesos de grasa como son los fritos, los precocinados, o las salsas.

Ocasionalmente, o si vas a pasar el día con los amigos o los niños en la playa o haciendo alguna excursión, puedes recurrir a los sándwiches o bocadillos, siempre y cuando sean equilibrados. Vigila los embutidos más grasos. Lo mejor es que combines una fuente de proteína (carne, pescado o huevo) con una de verdura, y que utilices pan integral.

El exceso de calor y las altas temperaturas hacen que el riesgo de deshidratación sea más alto y la señal natural de que tenemos sed no siempre sea un indicador fiable.

Para evitar bajadas de presión o mareos bebe líquidos en abundancia, lo recomendable es tomar dos litros de agua a lo largo del día, aunque también puedes ayudarte de verduras y frutas frescas, que son ricas en agua.

La fruta es una buena opción y se puede comer a cualquier hora. Si eliges las de temporada (ciruela, sandía, pera, melón) verás incrementado su valor nutritivo y sus efectos beneficiosos para el organismo, y además su precio es menor. Las frutas propias del verano, al haber madurado con el sol, son más ricas en vitaminas y compuestos antioxidantes.

Recuerda que se recomienda un consumo de tres unidades de fruta al día. Una vez que te pongas a pelar fruta, aprovecha y haz ensaladas y jugos, así siempre habrá fruta lista para comer. También puedes dejar hechas unas brochetas variadas para picar o para los niños. Los licuados son otra opción natural de ingerir fruta e hidratarte, ponles un yogur o leche y serán más nutritivos.



Otra manera divertida y saludable de incorporar fruta es un sabroso y refrescante helado casero. Solo tienes que pelar y cortar los trozos de fruta que más te gusten, agregar jugo o yogur, colocar todos los ingredientes en la batidora y luego verter la mezcla en los moldes para helados. Solo resta refrigerar hasta que estén sólidos. De esta forma tendrás un helado muy natural, sin aditivos ni colorantes añadidos.



Y si quieres conseguir un bronceado envidiable puedes consumir especialmente alimentos ricos en antioxidantes que previenen la foto-oxidación y proporcionan un bronceado saludable y duradero. La zanahoria, el tomate, los frutos rojos (frutillas, sandía, ciruelas) son frutas ricas en antioxidantes, carotenos y vitaminas A, E y C, nutrientes que nos ayudan a frenar la acción de los radicales libres y a prevenir el efecto de envejecimiento provocado por los rayos del sol.

RECOMENDACIONES:

- Realizar 4 o 5 comidas al día y mantener horarios ordenados y sin saltarse comidas. Esto evita llegar a la comida siguiente con demasiado apetito.
- No deben faltar las frutas en la dieta veraniega, tan variadas y apetecibles durante la época de calor, pero se deben tomar sin azúcares añadidos y como parte de una alimentación completa
- Beber 2 litros de agua al día y no solo beber durante las comidas. Nos ayudará a mantenernos hidratados.
- Evitar las bebidas alcohólicas y azucaradas que contienen muchas calorías. Los jugos de fruta sin azúcar agregado y las limonadas caseras son más aconsejables.
- Las verduras de temporada deben formar parte importante de la dieta veraniega.
- Extremar la higiene en la cocina y lavar bien las verduras para evitar las intoxicaciones alimentarias. en verano, es posible alimentarse de otra manera, adaptándose al ritmo y las condiciones climáticas de las vacaciones sin renunciar a la salud y el paladar.



casmu
más cerca de tu vida

DESDE AHORA CADA SOCIO/A CASMU
PUEDE USAR TODOS LOS SERVICIOS
SIN EFECTIVO



Con la nueva TARJETA DE AFILIADO usted se identifica en todos los locales de la mutualista y paga todos los servicios

- Órdenes a Consultorio
- Tickets de medicamentos
- Estudios de laboratorio
- Procedimientos y tratamientos quirúrgicos con copagos
- Estudios imagenológicos
- Tratamientos fisioterapéuticos
- Matronatación
- Prestaciones no incluidas en la canasta obligatoria mutual

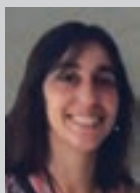
Porque la nueva TARJETA DE AFILIADO es también una tarjeta de crédito otorgada por MasterCard válida también para pagar todas sus compras en todos los comercios de la región o del mundo.

Y algo muy importante, por ser afiliado/a Casmu usted ya tiene aprobado un préstamo de efectivo para utilizarlo cuando lo desee y en lo que necesite.

Sólo tiene que comunicarse a través del 2917 1586 para finalizar la gestión y realizar el retiro del dinero en sucursales Redpagos de todo el país.
Comience ya mismo a disfrutar de todas estas prestaciones.



¿Por qué un psicólogo durante



Victoria Salvo

Licenciada en Psicología
Unidad de Psicología Médica, CASMU
Sanatorio N° 3 Pediatría

“La presencia de un psicólogo durante la internación de un niño o adolescente tiene como propósito acompañar, contener, escuchar...”



Valentina, de 5 años, ingresó a la internación pediátrica por una neumonía. La pediatra luego de valorarla y realizar las indicaciones dice: “Serán valorados hoy o mañana también por la psicóloga del equipo”.

“Suenan raras” estas frases. Principalmente cuando el motivo de ingreso no es por causa psiquiátrica. Existen algunos miedos con respecto a lo que hace el psicólogo, pero en general la intervención es muy bien aceptada.

La primera reacción de los familiares del niño es “te mandaron porque me vieron loco/a”, inmediatamente se disuelve ese preconcepción, encontrando un espacio de desahogo, tanto el niño como su familia.

La presencia de un psicólogo durante la internación de un niño o adolescente tiene como propósito acompañar, contener, escuchar... La internación de un niño o adolescente refiere la ausencia de salud, entendida ésta como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud). Por lo

tanto es muy importante velar por el bienestar del niño de un modo integral.

La internación trae una ruptura en la rutina del niño y su familia, comienza la incertidumbre sobre un posible diagnóstico, la duración, el tratamiento, el niño muchas veces

lo vivencia como una situación de amenaza, su cuerpo está expuesto a que lo revisen, le pongan una vía, le saquen sangre, situaciones necesarias para poder volver al estado de salud, el completo bienestar. Es por ello que es muy importante participar al niño o adolescente de lo que le está sucediendo, el adolescente es más curioso, hace preguntas. En el caso de los niños en edad escolar, muchas veces procesan todo lo vivido en la internación “por dentro”, no exteriorizan por miedo a que les hagan algo más, no cuestionan el tratamiento porque los médicos y enfermería tienen la razón.

Es por esto que resulta fundamental que el niño sea el protagonista en la internación, sea a él/ella a quien se le pregunte cómo se siente, si siente dolor, se le expliquen los

La participación del psicólogo apunta a poner al niño como protagonista en la internación, velar por sus preocupaciones, descubrir sus miedos y fantasías y poder con el equipo médico y de enfermería esclarecer dudas

la internación pediátrica?



procedimientos, tanto el personal médico como enfermería y es fundamental que la familia preste su apoyo en este sentido.



El rol del psicólogo en este sentido es valorar al niño en su etapa evolutiva emocional, poder identificar qué es lo que puede entender y cómo decírselo, apoyar a los padres en este proceso y lo hacemos en equipo.

Los niños interpretan los silencios, las ausencias, las caras de preocupación de los padres y esto genera mayor ansiedad. Es importante hablar con el niño y explicarle de forma sencilla lo que le está sucediendo y qué es lo que se va a hacer.

La participación del psicólogo apunta a poner al niño como protagonista en la internación, velar por sus preocupaciones, descubrir sus miedos y fantasías y poder con el equipo médico y de enfermería esclarecer dudas, no generar falsas esperanzas, sí informar de ma-

El estrés y la ansiedad vividos durante la internación, ya sea por el niño, como por su familia, es muy grande.



nera clara y simple lo que va a vivir durante la internación. De esta manera disminuye la ansiedad, el niño puede plantear sus dudas y "alivia" a la familia.

La intervención del psicólogo brinda apoyo a la familia, en ocasiones se logra tener una interacción con varios miembros de la misma y en caso de requerir un seguimiento al alta, se realizan las derivaciones pertinentes. Así como también, si surge la detección precoz de alguna alteración que requiere intervención por parte de otros colegas, se realiza el contacto para el seguimiento.

Es un trabajo integral, con el equipo de pediatría, enfermería, los niños y sus familias.

¿Por qué un psicólogo en pediatría? Porque facilita el transitar por alguna situación difícil, que genera quiebres en las rutinas, ansiedades, preocupaciones. Actuamos por momentos como mediadores, logramos comunicar a los médicos ciertas dudas de las familias y los niños sobre lo que les vayan a hacer, realizamos un trabajo en equipo.

Valoramos mucho la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo que se realiza con los médicos pediatras, residentes, auxiliares y licenciadas en enfermería. Existe un cambio de paradigma hacia la conformación de un equipo de atención integrando las distintas disciplinas en el área de la salud, lo que indudablemente conlleva a una atención integral del niño o adolescente (y su familia), teniendo en cuenta desde el aspecto físico, psicológico, social y espiritual.

De esta forma, la internación del niño con su familia se vive de una manera más cálida.





JORNADA

“Uso consciente de medicamentos”



Q. F. Nicolás de Mello

Desde el momento en que un individuo comienza un tratamiento farmacológico indicado por el médico, ya sea por un corto plazo o en forma crónica, existen muchos factores a tener en cuenta para que dicho tratamiento sea seguro y efectivo de tal modo de prevenir, aliviar o curar la enfermedad para la cual el mismo fue indicado.

La información sobre medicamentos al usuario del mismo, tiene como objetivo mejorar los conocimientos generales sobre su uso y modificar positivamente su conducta respecto al cumplimiento de la terapia prescrita por el médico.

De esto surge la necesidad de plantear instancias de intercambio entre los usuarios y el equipo técnico invo-

lucrado en cada etapa en lo que refiere al uso de medicamentos como Médicos, Químicos Farmacéuticos, personal de Enfermería y Auxiliares de Farmacia.

El pasado 7 de diciembre de 2016 se realizó un encuentro sobre “Uso Consciente de Medicamentos” en el Club Social y Deportivo Piedras Blancas. El mismo fue organizado en conjunto por representantes del movimiento de usuarios Casmu en el consejo consultivo, Equipo técnico de la UPECA de Piedras Blancas y Dirección de medicamentos.

El encuentro consistió en una charla tipo taller, haciendo una gran rueda entre los participantes de forma de generar un intercambio fluido y personalizado. La exposición de los temas fue realizada por quien, suscribe, Q.F. Nicolás de Mello, en colaboración con la Q.F. Silvia Quirque.

Dentro de los participantes se encontraban afiliados de Casmu y de ASSE de la zona, autoridades de Dirección de Medicamentos, Dr. Gustavo Burroso y Atención Descentralizada, Dr. Marcelo Avellanal, Licenciada Carmen de León, Equipo Médico de la UPECA de Piedras Blancas, Dra. Anahí Barrios, representantes del Movimiento de usuarios Casmu, Lucía Marrero y Lidia Trigo y personal de Farmacia y Enfermería de dicha UPECA

Los temas expuestos fueron algunas generalidades sobre el uso de medicamentos como:



ESPECIALISTA UNIT EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

ACTUALIZADO DE ACUERDO CON LA NUEVA VERSIÓN DE LA NORMA UNIT-ISO 9001:2015

DÍAS Y HORARIOS: viernes de 14:00 a 20:00 h

Las 228 horas que componen este diploma se dividen en los siguientes 9 cursos:

Curso	Inicio	Fin	Evaluación	Duración
Gestión de la Calidad y Sistemas Integrados	abril 28	mayo 19	mayo 26	24
Manuales y Documentación de Sistemas de Gestión	mayo 26	junio 9	junio 16	24
Normalización y Evaluación de la Conformidad	junio 16	junio 30	julio 7	24
Herramientas para la Mejora de la Calidad en Servicios de Salud	julio 7	julio 21	julio 28	24
Implantación de Sistemas de la Calidad en Servicios de Salud	julio 28	agosto 18	setiembre 1	30
Auditorías de la Calidad en Servicios de Salud	setiembre 1	setiembre 15	setiembre 29	24
Costos de la Calidad en Servicios de Salud	setiembre 29	octubre 13	octubre 20	24
El Equipo Humano en Servicios de Salud	octubre 20	noviembre 3	noviembre 10	24
Calidad en los Servicios Clínicos	noviembre 10	diciembre 1	diciembre 8	24

! IMPORTANTE

Las pruebas de **evaluación** se realizarán en el horario de 09:00 a 12:00 hs. Los siguientes cursos tendrán una clase un día **sábado** en el horario de 09:00 a 15:00 hs.:

Manuales y Documentación de Sistemas de Gestión
 Normalización y Evaluación de la Conformidad
 Herramientas para la Mejora de la Calidad en Servicios de Salud
 Implantación de Sistemas de la Calidad en Servicios de Salud
 Auditorías de la Calidad en Servicios de Salud
 Costos de la Calidad en Servicios de Salud
 El Equipo Humano en Servicios de Salud

sábado 3 de junio
 sábado 24 de junio
 sábado 15 de julio
 sábado 12 de agosto
 sábado 9 de setiembre
 sábado 7 de octubre
 sábado 28 de octubre

\$ PRECIOS Y DESCUENTOS

Precio de cada curso: socios de UNIT \$9.100 no socios \$10.300

Descuentos especiales: Pymes, docentes y est. universitarios: 30% de dto.
 Pago por adelantado de 5 cursos: 5% de dto.
 Por cada curso adicional descuento extra de: 1%

📄 INFORMES E INSCRIPCIONES

🏠 Plaza Independencia 812 - piso 2

✉ capacitacion@unit-iso.org.uy

☎ 2901 2048

🌐 www.unit.org.uy

- Uso apropiado del medicamento indicado por el Médico
- Respetar dosis y duración del tratamiento para poder lograr la acción terapéutica buscada.
- Reconocer el medicamento principalmente por el nombre del principio activo y no por la marca comercial. Por ejemplo, en el caso del principio activo Atorvastatina, podemos encontrar en el mercado nombres comerciales notoriamente diferentes: ATORVA e HIPOVACOR.
- Complementar el tratamiento farmacológico con hábitos saludables como ejercicio físico y si corresponde modificación en la alimentación.

También fueron expuestos algunos errores comunes e incertidumbres respecto al uso de medicamentos como:

- No completar el tratamiento por sentirse mejor.
- Qué hacer ante el olvido de toma de una dosis.
- No respetar horario indicado por el Médico para tomar la dosis correspondiente.
- Recomendar a otras personas el uso de fármacos, que bajo tratamiento médico, a uno le resulta efectivo.

Este último punto es muy delicado, dicha indicación es específica para cada individuo por lo que recomendar y posibilitar el acceso a medicación a una persona sin darse la consulta médica correspondiente, puede representar un riesgo para la salud. Tal es el caso de los psicofármacos que pueden generar dependencia física y psicológica o en el caso de los fármacos antihipertensivos, ya que existen variadas causas que provocan hipertensión y se cuenta con una gran variedad de medicamentos que son efectivos según la causa de la hipertensión.

Uno de los ejemplos expuestos fue el de un paciente que tomaba medio comprimido de Diazepam sublingual por las noches (indicado por Médico) y como su vecino estaba teniendo problemas para dormir, le recomendó dicho fármaco y le ofreció algunos comprimidos. Entonces, el vecino comenzó a tomar una medicación que genera dependencia física y psicológica sin previa consulta médica. La buena intención del paciente resulta en un hecho perjudicial para su vecino.



Esta primera experiencia, no solo se aprovechó para transmitir pautas en el uso consciente de medicamentos, sino que surgieron consultas por parte de los usuarios como por ejemplo la posibilidad de exigir una regularización en los costos y en la accesibilidad de los medicamentos en cualquier prestador de salud.

Se plantea en el correr del año 2017 realizar un ciclo de charlas dirigidas a los Usuarios con el fin de ver diferentes temáticas respecto al Uso Consciente de Medicamentos y así estrechar aún más el vínculo entre el Usuario y el personal de la Institución involucrado en cada etapa que refiere al uso de medicamentos.

Abbate: Una tradición de más de 60 años cada vez más amplia. Mantenemos nuestra identidad de sentido humano, calidez y servicio integral, con el firme compromiso de dar soluciones concretas, eficientes y diligentes.

Salas velatorias cuidadosamente equipadas y de gran practicidad complementan la prestación de nuestros servicios. Una atención personalizada y la presencia reservada nos concede el permanente cuidado de cada detalle.



MONTEVIDEO

Complejo central - Tomás Barañez 1275
Próximamente - Carlos Ma. Ramírez 371



MALDONADO - Florida 635

San Carlos - Leonardo Olivera 848
Pan de Azúcar - Itzaingó 507



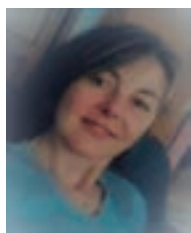
Lesiones bucales

EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Es importante destacar que algunas lesiones bucales no producen síntomas por lo que la persona ignora su existencia, de ahí la importancia del autoexamen bucal y los controles periódicos con el especialista.



Dra. Carla Settimo
Especialista en Odontopediatría



Dra. Rosina Brovia
Especialista en Odontopediatría

En la cavidad oral nos podemos encontrar con enfermedades propias de la boca y con manifestaciones de alteraciones sistémicas tales como trastornos endócrinos (diabetes), trastornos metabólicos (enfermedad celíaca), enfermedades de la sangre, enfermedades digestivas, pacientes inmunodeprimidos, enfermedades bacterianas, virales y el uso prolongado de medicamentos.

El manejo de estos pacientes exige una estrecha colaboración entre el odontólogo y el médico. Las manifestaciones orales pueden preceder a otras manifestaciones, por lo que hay que conocer los signos de las infecciones orales recurrentes en recién nacidos y niños pequeños, como son el sangrado gingival persistente, el eritema (enrojecimiento de la encía) o la pérdida ósea.

Enfermedades propias de la boca:

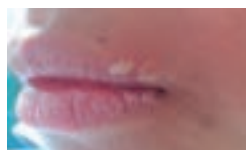
1) Estomatitis herpética: se trata de una inflamación de color rojo intenso que afecta toda la mucosa oral causada por **Virus herpes simple tipo 1**. Puede estar presente en piel de cara, mucosa bucal y conjuntival.

Durante la infancia, el niño puede contagiarse por primera vez con el virus y no presentar síntomas o de lo contrario puede manifestarse clínicamente. Esta manifestación se conoce con el nombre Gingivo Estomatitis Herpética Aguda (**GEHA**). Puede aparecer malestar, fiebre, falta de apetito y lesiones bucales que contienen grandes cantidades de virus por lo que son altamente contagiosas.



Gingivo Estomatitis Hérpética Aguda

El virus queda latente en el cuerpo y puede reactivarse con el frío, el sol, el stress y re aparecer en labios, nariz.



Herpes labial

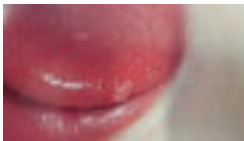
2) Estomatitis aftosa recurrente: Se manifiesta en la boca como úlceras conocidas comúnmente como "aftas".

o sapitos". La causa más aceptada es la alteración transitoria del sistema inmunitario, baja de defensas, stress, alergia. Estas úlceras son generalmente muy dolorosas y pueden alcanzar gran tamaño.



Aftas

3) Papiloma: El Papiloma es ocasionado por un virus, se producen verrugas en la cavidad bucal. Es frecuente en chicos que se muerden las uñas y dedos, inoculando así el virus. El papiloma puede asentar en cara interna de mejillas, en lengua y labio.



Papiloma de lengua

4) Candidiasis: Es una enfermedad provocada por un hongo llamado *Cándida albicans*. Se presenta como lesiones blancas que se encuentran en cualquier sitio de la mucosa bucal. Se puede ver a cualquier edad, pero principalmente en recién nacidos y pacientes inmunodeprimidos. Se presenta como unas placas blancas adheridas sobre tejidos blandos (encías y mucosas).



Candidiasis bucal

5) Gingivitis Úlcero Necrotizante Aguda (GUNA): Es una infección producida por una combinación de bacterias (espiroquetas y fusobacterias). Clínicamente se observa una inflamación gingival y úlceras dolorosas cubiertas por una capa blanco amarillenta o grisácea en la encía ubicada entre los dientes. En niños se acompaña frecuentemente con malestar general, fiebre, falta de apetito, ganglios inflamados. La falta de defensas, déficit alimentario, falta de vitaminas, stress y mala higiene bucal puede aumentar las posibilidades de manifestación del GUNA.

6) Granuloma piógeno: Se trata de un crecimiento benigno sobre la encía que sangra con facilidad. Es indoloro, de color más intenso que la encía de crecimiento rápido y puede alcanzar gran tamaño. Está relacionado a una irritación local (cuando el niño se muerde o lastima) y es más frecuente en las niñas. No solo se ubica en la encía, también se encuentra en labios y en la zona molar, por detrás de ellos.

7) Mucocelo: Es una lesión de la mucosa bucal que se origina en las glándulas salivales menores. Es la consecuencia de traumatismos menores en la zona ocasionados durante la masticación o los pacientes que tienen el hábito de automorderse sin llegar al sangrado. El sitio más frecuentemente afectado es la mucosa del labio inferior, pueden tener un tamaño de pocos milímetros a varios centímetros.



Mucocelo de labio inferior

8) Ránula: Es un mucocelo pero se sitúa en el piso de la boca, (debajo de la lengua) se relaciona principalmente con la glándula salival sublingual. Se pueden ver en niños recién nacidos.

Enfermedades generales con manifestaciones orales.

1. Trastornos endócrinos:

- Diabetes

La hiperglucemia (niveles altos de glucosa en la sangre) favorece el crecimiento de ciertas bacterias en la cavidad oral que ayudan a la aparición de infecciones bucales. Los niños y adolescentes con diabetes suelen presentar mayor inflamación gingival. En pacientes jóvenes, con mala higiene oral, esta afección favorece la pérdida de hueso alrededor del diente, llegando incluso al aflojamiento y caída de los dientes. Por lo tanto, la prevención temprana es el mejor tratamiento para evitar estas complicaciones.

En estos pacientes son más habituales las infecciones con *Candida albicans*. A nivel de la lengua sienten sensación de ardor, esta se presenta agrietada y algo más coloreada de lo que debería ser.

2. Enfermedades metabólicas:

Las Enfermedades metabólicas, como la **enfermedad celíaca**, presentan manifestaciones en los tejidos blandos de la boca como aftas, glositis (inflamación de la lengua), queilitis angular o "boqueras" (úlceras en los bordes de los labios).

3. Enfermedades de la sangre:

- Anemias

Existen distintos tipos de anemias, todas ellas pueden expresarse a nivel bucal a través de: queilitis angular, glositis atrófica (lengua lisa con color más intenso que el habitual, puede arder), úlceras en la mucosa bucal, recurrentes, dolorosas, que crean dificultad para masticar

los alimentos, deglutir, por lo que se le agrega al cuadro clínico la anorexia. Es común que el paciente relate ardor generalizado en la boca.



Queilitis angular o "boqueras"

La presencia de palidez icterica (amarillenta) de la mucosa bucal sobre todo en la zona debajo de la lengua y cara interna de mejillas. Los focos sépticos locales de origen dentario o periodontal se manifiestan habitualmente y con rapidez se tienden a diseminar a los tejidos vecinos.

Pueden darse también modificaciones en el patrón de erupción y recambio dentario permaneciendo por mucho tiempo los dientes temporales o de leche y en la estructura del hueso alveolar (hueso que rodea la raíz de los dientes)

- Leucemias

Los hallazgos orales más frecuentemente observados son: sangrado de mucosa, ulceraciones, petequias (manchas puntiformes rojas), infecciones e hipertrofia gingival (agrandamiento de las encías).

En los comienzos de la enfermedad, la encía aparece de color rojizo intenso con un margen gingival redondeado, tenso. Luego produce un aumento de tamaño de las encías que puede llegar a cubrir parte de la corona de los dientes. La encía puede adquirir una tonalidad rojo-azulada, consistencia marcadamente esponjosa y sangrar frente a un estímulo ligero o incluso hacerlo en forma espontánea.

Pueden aparecer en las zonas sometidas a la masticación, úlceras o abscesos resistentes al tratamiento. La equimosis (hematomas) de la mucosa bucal es un hallazgo constante en estos pacientes.

- Púrpura trombocitopénica ideopática. (PTI)

En esta enfermedad de la sangre de aparición brusca y espontánea, las manifestaciones bucales pueden ser las primeras en aparecer en niños y adolescentes, siendo más frecuente en el sexo femenino. En la boca puede haber hemorragia gingival intensa, **petequias** y, ocasionalmente, equimosis fundamentalmente en el paladar. Se manifiesta también en la piel y pueden aparecer sangrados nasales, intestinales, en la orina.



Petequias en la mucosa bucal

- Hemofilia A y B

La Hemofilia A se produce por deficiencia del factor VIII de la coagulación, mientras que la B se da a partir del déficit del factor IX. Las manifestaciones bucales pueden ser el primer signo de la enfermedad. Puede haber sangrado espontáneo o ante el menor traumatismo, la exfoliación de los dientes temporales, por lo general no provoca sangrado. El problema de la extracción dentaria es un acontecimiento que puede ser grave, cuando son necesarias el odontólogo debe trabajar en conjunto con el hematólogo.

- Enfermedad de Von Willebrand

En esta enfermedad se presentan alteraciones en la coagulación sanguínea, por lo que las precauciones para tratamientos, sobre todo quirúrgicos son las mismas que para los pacientes con hemofilia.

- Dentro de las alteraciones bucales más frecuentes en las enfermedades hematológicas se destacan: la gingivorragia (sangrado de las encías), las úlceras, la hipertrofia gingival (agrandamiento de las encías), halitosis (mal aliento), hematomas y petequias.

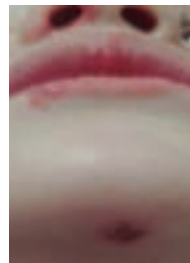
- El tratamiento preventivo oral y de las complicaciones en las entidades hematológicas estudiadas constituye el pilar básico para el manejo de estos pacientes

4. Enfermedades digestivas:

La Enfermedad de Crohn afecta el tracto gastrointestinal desde la boca al ano. La lesiones bucales se presentan como: agrandamiento de los labios, queilitis angulares y úlceras. Cuando los síntomas intestinales involucionan (dolor abdominal, diarreas, vómitos), las lesiones bucales también desaparecen.

5. Enfermedades bacterianas:

El impétigo es una enfermedad bacteriana muy frecuente en niños. Tiene predilección por la piel de la cara y comienza alrededor de boca y nariz. Son ampollas que cuando se rompen dejan una costra. Son muy contagiosas y dolorosas. Puede aparecer también en la cara interna de las mejillas, lengua, paladar y encías.



Impétigo

6. Enfermedades virales:

Dentro de las Enfermedades virales, la **varicela** es una enfermedad altamente contagiosa provocada por un vi-

rus Herpes – Zoster que además de provocar las erupciones en la piel, se manifiesta en la mucosa bucal.

Al igual que la varicela, otras enfermedades virales como la **herpangina** y la **mononucleosis o la llamada “enfermedad del beso”** que se transmite por saliva, las manifestaciones bucales son tempranas y frecuentes. Las petequias en el paladar son típicas de esta enfermedad. También son frecuentes lesiones en úvula y amígdalas.

La llamada **enfermedad de manos, pies y boca**, también de origen vírico puede provocar lesiones en la piel indoloras, pero en la boca pueden llegar a provocar mucho dolor.

Las lesiones orales asociadas al sida ocurren en un porcentaje elevado de pacientes afectados. Los individuos portadores de HIV+ pueden presentar numerosas alteraciones bucales que hacen más o menos sospechosos a aquellos pacientes que no están diagnosticados como HIV+ o SIDA. Entre éstas, tenemos úlceras en paladar, lengua y encías fundamentalmente, GUNA, Periodontitis Ulceronecrotizante aguda, Xerostomía, (boca seca), hiperpigmentación melánica (manchas oscuras en tejidos blandos bucales), Queilitis angular, Candidiasis y Herpes.

7. Uso prolongado de medicamentos:

El tratamiento de algunas patologías con medicamentos como anticonvulsivantes afectan directamente a las estructuras bucales. Pueden provocar un crecimiento exagerado de la encía (hiperplasia gingival) pudiendo la misma cubrir casi toda la superficie dentaria.

CONCLUSIONES

En la boca, la mayoría de las lesiones provocan sintomatología, falta de apetito, dolor, ardor, algunas pueden sangrar, por lo tanto siempre aconsejamos:

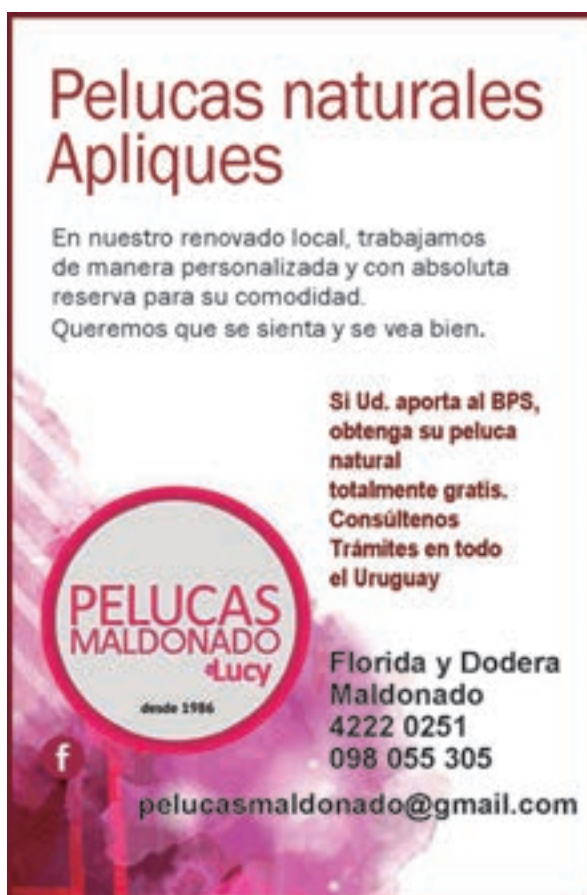
- Dieta blanda fresca, suave, evitando alimentos irritantes, ácidos o salados.
- Abundante ingestión de líquidos.
- Reposo
- Mantener una buena higiene para evitar sobreinfecciones.
- Tratamiento farmacológico indicado por el profesional.
- En el caso de que las lesiones sean contagiosas tratar de no compartir vasos, tazas, descartar el cepillo de dientes una vez que desaparecen las lesiones.
- Ser cuidadosos de no tocar otras partes como los ojos para no contagiar otras zonas.

- Algunas lesiones necesitan tratamientos quirúrgicos.

Es importante destacar que algunas lesiones bucales no producen síntomas por lo que la persona ignora su existencia, de ahí la importancia del autoexamen bucal y los controles periódicos con el especialista.

Referencias bibliográficas

1. Odontología para el niño y el adolescente. Jeffrey A. Dean. Novena edición. AMOLCA. 2014
2. Laskaris. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Primera edición 2001. Actualidades médico Odontológicas Latinoamérica, C. A.
3. Rev haban ciencméd v.8 n.4 Ciudad de La Habana oct.-nov. 2009
4. Revista Cubana Estomatológica v.38 n.3. Ciudad de La Habana sep.-dic. 2001. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Dra. Nuvia Tan Castañeda



La cirugía laparoscópica impuesta a nivel internacional

Laparoscopia urológica en el Casmu

Dr. Diego Abreu¹

Dr. Roberto de los Santos¹

Dr. Ruben Suárez¹

1. Grado III Titular, Servicio de Urología,
CASMU IAMPP

Uno de los principales objetivos de las especialidades quirúrgicas en los últimos años ha sido buscar el desarrollo de procedimientos y técnicas quirúrgicas que permitan tratar al paciente con la menor agresión (morbilidad) de su cuerpo (cirugías mínimamente invasivas). En definitiva, que permitan similares resultados terapéuticos que la cirugía abierta convencional. En CASMU desde el año 2009 existe un equipo de cirugía urológica laparoscópica que lleva realizadas a la fecha, cerca de 400 cirugías. En los últimos años, el número de procedimientos urológicos laparoscópicos se han incrementado sustancialmente, impulsado por los beneficios de la técnica, pero fundamentalmente por los buenos resultados obtenidos.



Introducción

Desde los comienzos de la cirugía moderna se ha buscado el desarrollo de procedimientos y técnicas quirúrgicas que permitan tratar al paciente con la menor agresión (morbilidad) de su cuerpo (cirugías mínimamente invasivas), y que permitan similares resultados terapéuticos que la cirugía abierta convencional. Este ha sido uno de los principales objetivos de las especialidades quirúrgicas en los últimos años, lo que ha permitido el desarrollo y progresivo uso de técnicas como la laparoscopia, técnica que ha pasado a ser de primera elección en un gran número de procedimientos urológicos, dado que mediante pequeñas incisiones se logran excelentes resultados y mejoran sustancialmente la recuperación de los pacientes.

La experiencia inicial con la nefrectomía radical laparoscópica (extracción de todo el riñón) demostró que los principios de la cirugía oncológica pueden ser reproducidos, siendo la sobrevida similar a los pacientes operados por cirugía abierta. Actualmente estos buenos resultados han sido demostrados usando la laparoscopia en otras patologías oncológicas urológicas como el cáncer de próstata, cáncer de vejiga o incluso tumores renales pequeños, en los cuales se realiza nefrectomía parcial (extracción solo del tumor, dejando el resto del riñón sano). Este tipo de abordaje quirúrgico mínimamente invasivo permite una rápida recuperación, con alta sanatorial y reintegro laboral precoz, menor dolor y menor sangrado, lo que implica menos posibilidades de transfusiones y un beneficio estético indudable.

Desde el año 2009 conformamos el equipo de cirugía urológica laparoscópica del CASMU, llevando realizadas a la fecha cerca de 400 cirugías. En los últimos años, el número de procedimientos urológicos laparoscópicos se han incrementado sustancialmente, impulsado por los beneficios de la técnica, pero fundamentalmente por los buenos resultados obtenidos, manifiesto en la satisfacción de nuestros pacientes y en la confianza brindada por los colegas.

¿En qué consiste la cirugía laparoscópica?

El término laparoscopia dentro del ámbito médico es un vocablo que procede de la palabra germana "laparoskopie" el cual tiene su origen del griego **lapara**, que significa "flanco" y **skopéin**, que puede traducirse como "mirar", denotando desde su inicio el carácter diagnóstico de la técnica.

La cirugía laparoscópica permite la visión de la cavidad abdominal con la ayuda de una fibra óptica y una fuente de luz. Para realizar la cirugía se produce la distensión de la cavidad peritoneal con anhídrido carbónico (CO₂), llamado neumoperitoneo, generando un espacio (cámara de trabajo) para la cirugía propuesta. Posteriormente mediante pequeñas incisiones de piel (3, 5 o 10 mm), es posible introducir en el abdomen los instrumentos necesarios que nos permitirán realizar la disección y el tratamiento de diferentes enfermedades de la esfera urológica, evitando así realizar grandes incisiones en piel. Esto explica por qué esta técnica es mucho menos dolorosa y permite una rápida recuperación con menor analgesia.

La laparoscopia agrega el beneficio de magnificar la imagen mediante modernos equipos de videocámara de alta definición, lográndose aumentar la visión y permitiendo una exacta resección y mejor sutura de los tejidos, disminuyendo así el riesgo de lesiones y sangrados. Además, es posible acercarse y alcanzar espacios que por cirugía abierta sería muy difícil.

¿Qué ventajas presentan los pacientes que se realizan cirugías por vía laparoscópica?

La cirugía laparoscópica se ha ido imponiendo rápidamente a nivel internacional y en nuestro medio, por las innegables ventajas demostradas frente a la cirugía abierta o convencional.

Si bien los procedimientos quirúrgicos realizados por laparoscopia siguen los mismos criterios que la cirugía abierta o convencional, es la menor morbilidad de la técnica lo que la diferencia. La menor incisión en piel significa una menor sección muscular y de nervios, esto se traduce en menor dolor y menos analgesia en el postoperatorio, permitiendo un alta sanatorial y reintegro laboral precoz. Este tipo de incisiones disminuye la posibilidad de dolor crónico por la mutilación de múltiples nervios de la pared abdominal. Las pequeñas incisiones



tendrán menos posibilidades de infección, y en caso de tenerlas la recuperación será más rápida. Las posibilidades de eventraciones (hernias) también serán menores al requerir menor reparación de la pared y por ende áreas cicatrizales potencialmente débiles.

También es notorio el beneficio de esta técnica en pacientes con sobrepeso, dado que éstos son los que requieren incisiones más grandes en las cirugías abiertas, aumentando mucho el riesgo de infecciones de la herida y eventraciones. El aspecto estético es indudable una vez recuperado el paciente de su enfermedad.

Una ventaja muchas veces no considerada, pero que puede jugar un importante rol en la recuperación del paciente, es el factor psicológico, de verse operado por una técnica utilizada de elección en centros de referencia a nivel mundial y con resultados similares.

¿Qué cirugías urológicas pueden realizarse por laparoscopia?

La gran mayoría de enfermedades urológicas benignas y malignas pueden hoy en día ser realizadas por laparoscopia, teniendo como límite de la técnica la experiencia del cirujano y su buen criterio.

Dentro de las patologías más frecuentemente operadas por laparoscopia destacamos:

1) Cáncer Renal: Cuando su tamaño es mayor a 4 cm son habitualmente candidatos a nefrectomía radical (extracción de todo el riñón). Desde hace varios años la laparoscopia es considerada en las guías de referencia urológicas mundiales, como la técnica de elección (patrón oro) para esta cirugía.

Actualmente el Dr. De los Santos ha empezado a realizar esta cirugía utilizando material de 3 mm, cuando las condiciones son las adecuadas.

En el caso que los tumores tengan un diámetro menor a 4 cm, si la ubicación en el riñón lo permite, se plantea solo sacar el tumor y dejar el resto del riñón sano (nefrec-



tomía parcial). Esta técnica requiere de mucha experiencia del cirujano. Actualmente nosotros realizamos este procedimiento en la gran mayoría de tumores de este tamaño, aun en tumores del sector superior del riñón (polares superiores), realizando la rotación del mismo. Técnica que ha promovido el Dr. Abreu. En un porcentaje significativo de casos no realizamos clampeo vascular.

2) Cáncer de Próstata: La prostatectomía radical laparoscópica (PRL) está establecida como una modalidad de tratamiento mínimamente invasivo, con excelentes resultados y menor morbilidad. Muchos de nuestros pacientes tienen el alta sanatorial a las 24 horas de la cirugía, y el tiempo de sonda vesical se reduce a 7 a 10 días, la mitad de tiempo o menos que en la cirugía convencional abierta. Algunas complicaciones como el cierre de la unión uretro vesical (estenosis) es muy alejado con esta técnica, dado que es realizada bajo visión directa, y los resultados de continencia son satisfactorios. En el grupo, el Dr. Ruben Suárez tiene la mayor experiencia y número de casos operados por este procedimiento en el país.

En los últimos años la cirugía de cáncer de próstata ha ampliado sus indicaciones realizándose la prostatectomía radical laparoscópica como tratamiento multimodal en los cánceres localmente avanzados. Cuando existe indicación de linfadenectomía ilíaca obturatriz ampliada, puede realizarse por esta técnica sin inconvenientes, obteniendo excelente visión y sellado de los vasos linfáticos.

3) Cáncer de Vejiga: Cuando son tumores agresivos y debemos sacar la vejiga con los órganos contiguos (próstata, útero, etc.), deberemos realizar, según corresponda, una cistoprostatectomía radical más linfadenectomía extendida (hombre) o exenteración pélvica más linfadenectomía extendida (mujer). En ese sentido los Dres. Diego Abreu y Ruben Suárez han desarrollado la técnica en nuestro medio, siendo la única institución privada que la realiza en la actualidad. Esta cirugía tiene un alto índice de complejidad en lo técnico y una duración prolongada. En nuestra experiencia hemos visto los beneficios del procedimiento laparoscópico, sobre

todo en el postoperatorio, donde el dolor por la incisión y la tracción generada en la pared abdominal mediante cirugía abierta, se evita y solo una incisión de 7 a 8 cm produce una excelente recuperación del paciente, permitiendo levantarse precozmente de la cama. La estadía en cuidados intermedios se ha reducido a 24 a 48 horas y el hecho de retomar precozmente la alimentación por boca también es un beneficio que ayuda a la recuperación y el alta sanatorial precoz, habitualmente al 5º día.

4) Cáncer de Pelvis Renal o Uréter: La cirugía de estos tumores requiere 2 incisiones si es convencional, ya que debe realizarse la extracción del riñón, incluyendo todo el uréter con un pequeño sector de vejiga (Nefroureterectomía). En estos casos la laparoscopia es ideal, realizando una nefrectomía laparoscópica, siendo el uréter extraído por una incisión del abdomen inferior (Mc Burney o Pfannenstiel), mucho menos dolorosa que las del abdomen superior.

5) Enfermedades benignas renales: como riñones no funcionantes o enfermedades congénitas (síndrome de la unión pieloureteral) también es de elección la técnica laparoscópica. En la enfermedad por cálculos (litiasis) tiene su indicación sobre todo en cálculos grandes del uréter proximal y en cálculos de la pelvis renal en riñones mal rotados.

6) Hiperplasia Prostática: Es el agrandamiento benigno de la próstata, en este caso si bien la técnica de elección es la resección transuretral, de ser muy grande encuentra su lugar la adenomectomía laparoscópica como alternativa a la cirugía abierta. Esta técnica ha sido aprendida por el Dr. Suárez directamente por quien la describió en 2008, el Dr. Mariano Mirandolino, múltiples veces invitado a Jornadas, Congresos e incluso Cirugías en el CASMU.

El equipo de Urología Laparoscópica del Casmu cuenta en la actualidad con la mayor experiencia a nivel nacional de esta técnica. Su constante actualización y la participación como entrenadores en el IRCAD Brasil (Filial del Centro de Entrenamiento en Laparoscopia, IRCAD, Estrasburgo, Francia) por los Dres. Suárez y Abreu, permiten realizar cirugías de alta complejidad, mejorar los resultados y consolidar la técnica en nuestra institución y a nivel nacional. El apoyo brindado por las autoridades del CASMU ha permitido implementar el programa de Laparoscopia, el cual hemos encaminado con total profesionalismo, estando sustentado por la satisfacción de nuestros pacientes y el aumento constante en la demanda de la técnica.

**Contacto: Departamento de Venta de Servicios
Asilo 3336 primer piso
Tel: 24871050 int. 5204
Email: caventasdeservicios@casmu.com
www.casmu.com/venta-de-servicios-medicina-particular/**



 **casmu**
más cerca de tu vida

Sé el primero en usarla

Nuestro Dpto de Sistemas ha desarrollado una APP para los socios de CASMU y nos gustaría que fueran los primeros en usarla.

**Tu opinión nos
interesa mucho!!**



Para contarnos
que te pareció
puedes
escribirnos a
appmovil@casmu.com

¿Cómo puedes descargarla?

Si tienes un Android, debes ir al Play Store  y poner CASMU en el buscador. Cuando la encuentres, descárgala y comienza a usarla. Si tienes IOS lo mismo pero en el Apple Store



Al principio te pedirá tu clave y contraseña para ingresar al área de socios en la web de CASMU, si aún no tienes clave deberás gestionarla en los mostradores de CASMU.

CASMU IAMPP INAUGURA NUEVO PROGRAMA

Parto natural electivo



El Sanatorio Materno Infantil de CASMU IAMPP pondrá a disposición de sus afiliadas embarazadas un nuevo Programa en apoyo al Parto Natural.

El Consejo Directivo de CASMU IAMPP ha aprobado la propuesta del Parto Natural Electivo demostrando que es la Institución de Salud Privada que sigue apostando a ser pionera en nuestro medio. Cada vez son más las mujeres que desean ser protagonistas de su parto y que por ende buscan una asistencia personalizada. La Sala de Parto Natural Electivo, dirigida a la Familia, contará con un ambiente exclusivo, con todas las necesidades de un hogar: iluminación selectiva, climatización y la posibilidad de incorporar en forma personalizada, elementos que consideren apoyan su bienestar.



Dr. Richard E. Viera Ferreyra
Jefe de Ginecología y Obstetricia de CASMU IAMPP
Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad de la República
Especialista en Mastología, Escuela Argentina de Mastología
Ex Director de la Unidad de Perinatología, Sanatorio Canzani de BPS
Ex Asistente de la Clínica Ginecotológica A del Hospital Pereira Rossell



Nacer en armonía

El Sanatorio Materno Infantil de CASMU IAMPP pondrá a disposición de sus afiliadas, familias y eventualmente embarazadas que deseen optar por esta atención, un nuevo Programa en apoyo al Parto Natural, dando inicio a un período excepcional de reconocimiento a la participación de la familia, en la toma de decisiones al momento del nacimiento.

El Consejo Directivo de CASMU IAMPP ha aprobado la propuesta del Parto Natural Electivo como forma de devolución a nuestras usuarias, demostrando nuevamente que es la Institución de Salud Privada que sigue apostando a ser pionera en nuestro medio; nos basamos en quienes son innovadores en la práctica médica, países

del mundo desarrollado que han incorporado cambios probadamente efectivos.

Como resultado, la Jefatura de Ginecología y Obstetricia de CASMU ha analizado las diferentes opciones que importantes maternidades de prestigiosas universidades han adoptado, buscando compatibilizar el llamado Parto Humanizado, con la asistencia institucionalizada que el Ministerio de Salud Pública de nuestro país, recomienda.

Estamos conscientes que cada vez son más las mujeres que desean ser protagonistas de su parto, que buscan una asistencia personalizada, con respeto a su privacidad, donde la embarazada y su pareja expresen sus necesidades, puedan ser partícipes de las decisiones en conjunto con el equipo de salud, para que el proceso del nacimiento se dé en la forma más natural y fisiológica posible, conviniéndose el parto en un momento único e irrepetible.

La atención del parto se inició en la antigüedad, con mujeres que tenían el arte de ayudar a nacer, posteriormente la formación profesional de las Parteras (el oficio de Partera puede ser considerado como uno de los más antiguos de la historia), la incorporación del Ginecólogo y en los últimos años al parto medicalizado que se aplica en la mayoría de las Instituciones de Salud de nuestro país. Los avances de la medicina en el siglo pasado llevaron a que el médico tuviera una actitud más intervencionista durante el parto, como forma de mejorar los resultados maternos y fetales. Más allá de los reclamos valederos de las mujeres, los resultados perinatales en Uruguay han presentado importantes avances.

No es posible compararnos con las condicionantes del sistema de salud y las propias de la embarazada y su contexto en los Países Nórdicos, que llevan a cabo con éxito la atención del parto domiciliario con fuerte apoyo del sistema obstétrico y de ser necesario, médico. Nuestras condicionantes son otras, por lo cual hemos debido analizar un camino intermedio, como el que se aplica en la Maternidad del Hospital Clinic de Barcelona. Técnicamente analizamos todas las opciones y hemos protocolizado la atención para permitir la flexibilidad necesaria, con un control estricto que garantice la mejor práctica del parto de bajo riesgo, a satisfacción de usuarias y técnicos.

Hablamos entonces, de un PARTO HUMANIZADO en

el que la fisiología y la naturalidad del momento del nacimiento vayan de la mano de la asistencia profesional.

Cuando nos referimos a un parto humanizado pensamos en generar un espacio donde madre y bebé sean los protagonistas y el nacimiento se desarrolle en la forma más natural posible.

Este nuevo Programa de CASMU IAMPP, trasciende lo que es estructura física, sino que apuesta a un cambio en la forma de analizar y de enfocar la atención del embarazo, parto y puerperio, proponiendo dar confort y apoyo a la madre, a la familia y al recién nacido, sin renunciar al control y la posibilidad de actuación médica consensuada, si la evolución del trabajo de parto así lo exige.

La Sala de Parto Natural Electivo dirigida a la Familia, contará con un ambiente exclusivo, con todas las necesidades de un hogar: iluminación selectiva, climatización y la posibilidad de incorporar en forma personalizada, elementos que consideren apoyan su bienestar.

- Espacio para esparcimiento diseñado como Sala, que brinda la posibilidad de que la madre lleve aquellos objetos que considere deben estar presentes, para asemejarse lo más posible a su lugar ideal.
- Kitchenette con accesorios imprescindibles para su confort.



Midinero
Prepaga de Redpagos
internacional

SIRVE PARA TODO

Con Midinero Internacional podés comprar en cualquier comercio adherido a MasterCard en Uruguay y todo el mundo o para compras por internet.

También podés asociar

UBER **NETFLIX**  **Spotify**
y mucho más.

El dinero electrónico en Uruguay es Midinero.
la prepaga de Redpagos

• SOLICITALA EN CUALQUIER LOCAL REDPAGOS •

redpagos

midinero.com.uy |  Midinero |  @Midinerooficial



- Área destinada a dormitorio pensado para el recién nacido y su familia, y donde eventualmente pueden compartir con otros hijos.
- Hidromasaje donde pueda lograr la relajación necesaria durante el período de contracciones.
- Baño y vestidor a su disposición.
- Silla de Parto Vertical, articulada en forma eléctrica, que incorpora masaje lumbar permitiendo no solo las posturas que la embarazada considere, sino que contempla la posibilidad de extensión e intervención mínima de la partera o el médico.
- Se dispondrá como en otros espacios, de pelota de pilates, y se añadirán acolchados para posición en cuclillas y tela trenzada con soporte, para mayor libertad de movimientos.
- Se permitirá la presencia de una Doula en relación particular con la paciente.

Durante todo el trabajo de parto, la embarazada permanecerá en la Sala de Parto Natural Electivo y tendrá profesionales que la atenderán en forma exclusiva. El equipo de salud (Médico, Partera, Enfermera) se mantendrá expectante y afín a conversar la progresión del parto, siempre que sea posible, respetando a la madre y al acompañante que la paciente escoja.

Como normativa general:

- Se controlará la frecuencia cardíaca fetal a intervalos



que proporcionen seguridad del feto, pero sin causar incomodidad a la madre.

- No se realizarán enemas previos ni rasurado.
- Se proveerán líquidos azucarados a demanda de la paciente. Se evaluará en forma individual incorporar algún alimento.
- Toda maniobra o medicación que el equipo considere necesaria, será explicada a la pareja y se esperará su consentimiento para realizarla.
- La episiotomía no será de rutina, se realizará la lubricación y protección perineal evitando desgarros.
- Inmediato al nacimiento se favorecerá el contacto piel a piel del recién nacido y sus padres, el tiempo que los mismos consideren necesario. Los Neonatólogos atenderán al Recién Nacido en presencia de los padres y si las condiciones son favorables, se mantendrá el alojamiento conjunto.
- La ligadura del cordón será tardía y se ofrecerá al padre la posibilidad de realizar el corte del mismo.
- Se realizarán los exámenes necesarios del recién nacido e inmediatamente se favorecerá el inicio de la lactancia.
- Una vez producido el nacimiento y de no existir complicaciones, se dejará a la pareja y su bebé solos en la sala, favoreciendo la privacidad en las primeras horas de vida del niño.
- Todo el equipo profesional para la atención del parto (incluyendo carros con instrumental y demás), se incorporará solamente en el momento del período expulsivo, evitando que su presencia produzca malestar.

Sabemos que el desafío es grande, pero se ha actuado con el más estricto análisis técnico, y tanto los profesionales como la/os funcionaria/os no técnicos serán adiestrados y seleccionados para este tipo de prácticas, por quienes tienen experiencia a nivel nacional.

Son lógicos los temores que estas vivencias producen; para eliminarlas es que trabajaremos desde el Control del Embarazo con la debida coordinación, estando propensos a despejar todas las dudas que puedan surgir y anteponiéndonos a los contratiempos, aportando todo nuestro empeño en cumplir con las expectativas propuestas.

La accesibilidad, tanto de embarazadas como de profesionales de la Obstetricia (Ginecólogos o Parteras) será controlado por esta Jefatura, siguiendo las normativas que el MSP de nuestro país, recomienda.

En un inicio, la posibilidad de acceder a este Programa será informado debidamente a todas las embarazadas que estén interesadas, a través de la propia Jefatura de Ginecología, ubicada en el Sector Dirección del Sanatorio Materno Infantil de CASMU IAMPP, ubicado en la calle Garibaldi 2644.



casmu

más cerca de tu vida

AMPLIACIÓN POLICLÍNICO

La ampliación y remodelación del Policlínico de 8 de Octubre y Abreu no sólo ha mejorado el equipamiento sino también, hemos inaugurado modernas salas de cirugía del día y ampliado el CTI del nuevo sanatorio central.

AMPLIACIÓN CTI

Se agrandó el CTI del sanatorio central, sumando cinco camas y trasladando allí la Unidad Cardiológica.
www.casmu.com.uy/nuevo-block-quirurgico/
Desde esta página se puede descargar Guía para la Cirugía del Día.



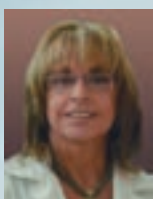
CIRUGÍA del DÍA

Le permite a usted ingresar en nuestro Sanatorio para cirugía recibir el alta el mismo día. Este servicio modelo funciona en el 3er. piso de nuestro Policlínico en 8 de Octubre y Abreu.

Consulte con un asesor sobre todos los beneficios que CASMU le ofrece para Ud. y su familia
por nuestra línea colectiva 144 opción 4 o por la web www.casmu.com.uy

MÁS DE 3000 MÉDICOS / RED DE CENTROS MÉDICOS EN MONTEVIDEO
E INTERIOR / INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA / INVERSIÓN EN TECNOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA / ACCESO A USUARIOS A TRAVÉS DE LA
WEB PARA GESTIONES (RESULTADO LABORATORIOS - RESERVA DE HORA -
CONSULTA DE SALDOS - y mucho más) Visítanos en www.casmu.com.uy

Fibrilación auricular (PARTE 2)



Dra. Marianela Méndez Guerra
Cardiólogo Intensivista Grado 4
Policlínica de Anticoagulación y Trombosis
Casmu Costa Urbana



Dr. Sebastián Palmer
Médico Generalista Casmu Ciudad de la
Costa
Médico Intensivista Grado 2 DMI Casmu

¿En qué consiste el tratamiento de la fibrilación auricular?

Existe un tratamiento farmacológico y uno no farmacológico.

El tratamiento farmacológico consiste en intentar reducir el número de crisis, disminuir la frecuencia del pulso en el momento que aparece la arritmia y evitar las complicaciones embólicas, mediante el tratamiento anticoagulante.



¿Qué son los medicamentos antiarrítmicos?

Son medicamentos cuyo principal objetivo es el tratamiento de las arritmias en general.

Existen dos tipos de fármacos antiarrítmicos:

- Los que intentan prevenir la aparición de la arritmia.
- Los que disminuyen la frecuencia cardíaca durante, las crisis de arritmia.

No existe una pauta única, cada persona precisa una combinación de fármacos distinta con la necesidad a veces de cambiar hasta llegar al a la dosis adecuada del medicamento

¿Cómo puedo evitar las complicaciones embólicas?

Para evitar las embolias existen medicamentos llamados anticoagulantes que evitan la formación de coágulos,

que obstruyen las arterias del cerebro, del pulmón, las piernas y otras partes del cuerpo.

En Uruguay disponemos de varios fármacos anticoagulantes que pueden administrarse ya sea en forma de pastillas, vía subcutánea, mediante un pinchazo debajo de la piel, (generalmente en el abdomen) o vía intravenosa, directamente a través de una vena.

Existen dos tipos de anticoagulantes orales

- Los llamados Anti vitamina k, como la warfarina
- Los nuevos anticoagulantes (NACO)

¿Cómo saber si estoy bien anticoagulado?

- Si está recibiendo un anticoagulante anti-vitamina k, como la warfarina, deberá realizarse un análisis de sangre llamado INR (índice estandarizado) que mide el grado de anticoagulación. Este índice deberá mantenerse entre 2- 3 aunque en situaciones especiales se puede recomendar un valor de INR superior.
- En el caso de recibir los nuevos anticoagulantes no tenemos aún ningún examen para monitorizar el grado de anticoagulación de la sangre

No existe una dosis fija de cada fármaco, la dosis se debe adecuar según:

- cómo funciona el riñón, el hígado, cómo está la coagulación de la sangre y si el paciente es añoso o no.

No todas las personas con fibrilación auricular tienen el mismo riesgo de formación de coágulos y sufrir embolias.

¿Quiénes son los pacientes con mayor riesgo de embolias?

- Quienes se hayan operado del corazón y le hayan implantado una válvula cardíaca mecánica
- Quienes sufrieron una embolia previamente
- Los pacientes con tendencia a formar coágulos (hipertrombicidad)
- El paciente con cáncer, hipertenso, diabético portador de insuficiencia cardíaca, corazón dilatado
- Pacientes cursando un postoperatorio de cirugía, con reposo prolongado en cama.

Tratamiento no farmacológico de la fibrilación auricular

Consiste en: cardioversión y/o ablación

Cardioversión

La cardioversión se realiza, generalmente, a los pacientes portadores de una fibrilación auricular que no pasa espontáneamente al ritmo normal del corazón. Con este procedimiento intentamos revertir la arritmia; es decir pa-

sar a un ritmo cardíaco normal (sinusal). La cardioversión puede ser de urgencia o de coordinación

Cardioversión de urgencia



Se debe realizar en forma urgente cuando la arritmia repercute en el paciente y el paciente se siente mal, se encuentra sudoroso, tiene dolor en el pecho, se fatiga, le baja la presión, incluso puede perder el conocimiento.

Cardioversión de coordinación

Paciente estable, correctamente anticoagulado habiendo descartado, coágulos dentro del corazón mediante una ecografía cardíaca especial llamada Ecocardiograma Transesofágico (ETE).

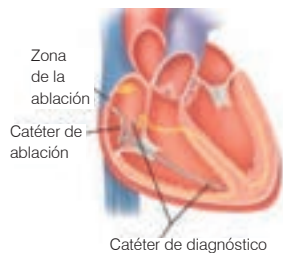
¿En qué consiste el procedimiento de cardioversión?



Se aplica una descarga eléctrica controlada, mediante palas aplicadas a cada lado del pecho o en la parte anterior y posterior del tórax, bajo sedación; con el paciente dormido durante el procedimiento. Procedimiento altamente eficaz, que consigue revertir a más del 90% la arritmia. Antes de someterse a una cardioversión es necesario: estar en ayunas, ocho horas previas al procedimiento y contar con el registro del último INR (si está tomando warfarina)

Ablación

¿En qué consiste el procedimiento de ablación de la fibrilación auricular?



El término ablación significa destrucción o eliminación de un determinado tejido del cuerpo. Consiste en la realización de lesiones con calor alrededor de la desembocadura de las venas pulmonares, en la aurícula izquierda, estructuras estrechamente relacionadas con esta arritmia.

El procedimiento dura aproximadamente tres a seis horas, se realiza con anestesia local y sedación. Se introducen catéteres (finos electrodos) en una vena periférica como la vena femoral (a nivel de la ingle) hasta llegar a las venas pulmonares. La ablación aumenta las probabilidades de éxito del tratamiento en pacientes en los que fracasan los fármacos antiarrítmicos y/o la cardioversión.

Antes de someterse a una ablación es necesario estar en ayunas ocho horas antes del procedimiento

¿Puedo tener complicaciones?

Todas las intervenciones conllevan un riesgo de complicación.

Son poco frecuentes: sangrado en el punto de punción en la ingle, derrame pericárdico (acumulación de sangre o líquido alrededor del corazón), embolias etc.



Continuaremos con la tercera parte, en la próxima edición.

La misma responderá de manera precisa las preguntas más frecuentes sobre qué hacer frente a la arritmia.





 **casmu**
más cerca de tu vida

¿Sabías qué...?

Puede acceder a toda esta información y realizar diversos trámites desde tu propia casa.

**AGENDAR CITA
CON TU MÉDICO**

**CONSULTAR
LOCALES CASMU**

**VER e IMPRIMIR
RESULTADOS
LABORATORIO**

**CONSULTAR TU
CTA. CORRIENTE**

**ACTUALIZAR
TUS DATOS**

**CONSULTAR
LISTADO
de MÉDICOS**

www.casmu.com.uy



Más infraestructura para su comodidad

Casmu inauguró un nuevo local comercial en el Sanatorio N° 1 sobre la calle Colonia esq. Arenal Grande



Una vez más, Casmu pensando en sus afiliados, abre las puertas a un nuevo local donde Ud. podrá realizar todos los trámites vinculados con la gestión comercial, afiliaciones, adquisición de productos adicionales y autorizaciones.

En dicho, local de más de 50 metros cuadrados, lo atenderemos cordialmente cuando usted tenga dudas respecto a su estado de cuenta, necesite regularizar deudas de Casmu o sus servicios adicionales, quiera actualizar sus datos personales, obtener su PIN para aprovechar las funcionalidades de la página Web, adquirir un nuevo producto tales como 1727 Emergencias, Seguro de Viaje, Sistema Previsional, necesite que se le tome la solicitud de autorización de estudios que así lo requieren, etc.

El local quedó operativo a partir del 1° de febrero del corriente únicamente para afiliaciones, y el 1° de marzo estará trabajando a pleno dado que se trasladará el actual espacio destinado a gestión comercial y autorizaciones, que actualmente funciona próximo al local de la Farmacia del Sanatorio N°1.

Lo invitamos a que conozca este nuevo, moderno y funcional local, donde con mucho gusto lo atenderemos de lunes a viernes en los horarios de 08:00 a 20:00 horas.

También puede comunicarse allí a través del teléfono 2487 53 33 internos 1339 y 1383.

Lo esperamos

Casmu se suma a la fiesta del Carnaval



La fiesta más popular del país, que mueve a miles de personas en los distintos barrios, tablados, desfiles y en el Teatro de Verano cuenta con CASMU, que desde hace más de una década, acompaña la movida cultural y ase-

gura la cobertura asistencial gratuita a espectadores e integrantes de los diversos conjuntos.

Para brindar este servicio, la institución dispone del servicio de Emergencia médica 1727 en los tablados del Hipermercado Géant, el Gigante del Buceo, Malvín, Prado y Colón. Además, como cada año en el Teatro de Verano, CASMU instaló una policlínica de atención gratuita para todos los asistentes.

Los integrantes de los conjuntos también reciben asistencia sin costo durante Carnaval por parte de CASMU y 1727. El servicio está disponible en los distintos tablados de la ciudad, en el Teatro de Verano, los desfiles y cuando requieren atención de urgencia, en sus hogares.

El desfile inaugural del Carnaval, que se realizó por la Avenida 18 de Julio, y el de las Llamadas, que como cada año irá por la calle Isla de Flores, cuentan también con la asistencia de los profesionales de la institución.

NUEVO

PARA

DOLOR Y FIEBRE

Eficaz y seguro

Zetamol[®]

PARACETAMOL

ADULTOS

Zetamol
PARACETAMOL
500 mg

DOSIS: 1 a 2 comprimidos cada 6 horas



PEDIÁTRICOS

Zetamol 100 mg
PARACETAMOL
TABLETAS

ÚNICO MASTICABLE RANURADO

Desarrollo exclusivo de Gramón Bagó Uruguay

Tabletas ranuradas



Zetamol SUSPENSIÓN
PARACETAMOL
120 mg/5 mL

Práctico dosificador

Facilita la administración y exactitud en la dosis

Dosis media: 15 mg/Kg cada 6 horas



• Es el fármaco de elección ante cuadros de dolor y fiebre de etiologías desconocidas o sospecha de Dengue (*)

(*) En estos casos no se debe indicar AAS ni otros AINES dado que pueden incrementar el riesgo de manifestaciones hemorrágicas (1)
1. Organización Panamericana de la Salud. Dengue: guía de atención para enfermos en la región de las Américas. <http://www.pas.org/biblioteca/compendio/11482.pdf>

Gramón Bagó



La piscina

UN PLACER CON RESPONSABILIDAD



Dra. Ana Pedemonte

La piscina es uno de los sitios preferidos para pasar las horas durante el verano. Sin embargo, hay que tomar precauciones ya que presenta algunos riesgos que debemos conocer.

- Riesgo de ahogamiento.
- Riesgo de traumatismos.
- Quemaduras solares.
- Infección por bacterias u hongos.
- Empeoramiento de la dermatitis.
- Complicaciones respiratorias por el cloro en asmáticos.
- Accidentes de desagües de piscinas.

Riesgo de ahogamiento.

Los ahogamientos en el agua ocurren en piscinas particulares en el 75% de los casos.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, las lesiones (por siniestros de tránsito, ahogamiento, quemaduras y caídas) están entre las tres principales causas de muerte y de discapacidad de por vida en los niños de 5 a 15 años.

En el caso de niños, aun llevando flotador o manguitos, el mejor consejo es vigilarlos de forma continua.

Otras medidas son colocar barreras o dispositivos de seguridad para que el niño no pueda acceder solo a la piscina, enseñar a flotar y a nadar al niño y alejar juguetes llamativos de la piscina.

Si a pesar de todas estas medidas de prevención, se produjera un accidente, es fundamental que sus padres sepan reaccionar: con maniobras de reanimación (ventilación boca a boca y masaje cardíaco) y llamando inmediatamente al teléfono de emergencias.

DERMOCREMA

VITAMINADA

Cuida la piel de tu bebe



- Su especial formulación brinda **mayor protección** contra los agentes irritantes y la humedad.
- **Previene y trata** la dermatitis del pañal.
- **Tonifica y restaura** la piel lesionada.
- **Eficacia** en el cuidado y tratamiento de la piel por varias generaciones.
- De **fácil aplicación**.



Ahogamiento primario

Ahogamiento primario se llama a la entrada del agua de la piscina a los pulmones. Debemos recordar que si fue importante, aún después de reanimado el niño debe ser vigilado desde el punto de vista médico porque el agua que entró a sus pulmones puede estar contaminada y causar secundariamente una infección respiratoria.

Riesgo de traumatismos

Por zambullida en aguas poco profundas la lesión de la columna cervical puede ser mortal o invalidante.

Otro mecanismo de trauma puede ser por correr alrededor de la piscina y resbalarse.

Quemaduras solares

Existe alto riesgo de que ocurran lesiones de quemaduras solares si no se utilizan bloqueadores adecuados.

Según las regulaciones de la FDA (Agencia de Alimentos y Medicamentos del gobierno de los Estados Unidos), un filtro solar “resistente al agua” significa que mantiene su Factor de Protección solar tras 40 minutos en el agua, mientras que el “muy resistente al agua” puede durar hasta 80 minutos.

Otra medida consiste en cubrir el cuerpo con mangas largas, pantalones, un sombrero y gafas de sol siempre que sea posible.

Infección por bacterias u hongos.

Los tratamientos químicos mantienen las piscinas a salvo de muchas enfermedades contagiosas. Las aguas sin tratar se deterioran rápidamente formando ambientes tóxicos, de modo que un mantenimiento cuidadoso y pruebas frecuentes son importantes.

El cloro es el desinfectante más comúnmente usado en piscinas. Éste reacciona ante el contacto con contaminantes como orina, bacterias y virus.

Con el tiempo, o si el número de nadadores aumenta, disminuye la capacidad de desinfección.

No higienizar adecuadamente o no poder equilibrar el agua de la piscina puede resultar en enfermedades producidas por bacterias como E. Coli y por hongos.

Las manifestaciones clínicas más comunes son la otitis y la diarrea, pero puede verse también conjuntivitis y hongos en los pies.

Empeoramiento de la dermatitis

El cloro puede irritar la piel, por lo que se recomienda, en los casos de dermatitis, después de la piscina una ducha prolongada, secar sin frotar y aplicar una crema hidratante.



Complicaciones respiratorias por el cloro en asmáticos

Los subproductos de la desinfección de la piscina pueden causar problemas de salud a algunas personas. Éstos producen irritación ocular y de los pasajes nasales. Otras manifestaciones comunes son reacciones asmáticas, estornudos y tos. Si un asmático va a ir a la piscina, puede ser adecuado que reciba previamente una dosis extra del broncodilatador que usa habitualmente.

Accidentes de desagües de piscinas

No suceden a menudo, pero pasan.

La falta de cubiertas apropiadas en los desagües de las piscinas puede causar accidentes fatales. Quedar atrapado en el desagüe de una piscina puede ocurrir cuando el cuerpo, el cabello o traje de baño del nadador se queda enredado en una rejilla o drenaje defectuoso, provocando que el nadador se ahogue o quede lesionado gravemente.

Consejos:

- Vigilar a los niños
- Evite zambullir en piscinas poco profundas
- Si está expuesto al sol, use bloqueantes solares o gorro y camiseta de manga larga
- No bañarse en una piscina si no hay un mantenimiento adecuado de la higiene.
- Que todos tomen una ducha antes de entrar a la piscina
- Tratar de que los pequeños no traguen agua.
- Usar y exigir el uso de pañales específicos (preparados para absorber la orina en el agua) para el baño de bebés y niños pequeños.
- Especial vigilancia en los asmáticos por el cloro
- Asegúrese el mantenimiento de los desagües de la piscina o evite estar en la zona cercana a ellos.



**A partir del 1 de Marzo de 2017
la atención de URGENCIA de ADULTOS
será en las nuevas instalaciones
de Asilo y Abreu**

**URGENCIAS
ADULTOS**

CARDIOLOGÍA / CIRUGÍA / OFTALMOLOGÍA / ORL
PSIQUIÁTRICA / TRAMATOLÓGICA / UROLÓGICA
en Asilo y Abreu

GINECOLÓGICA / OBSTÉTRICA
en Garibaldi y Juan Ramón Gómez

**URGENCIAS
NIÑOS**

URGENCIA PEDIÁTRICA
en Garibaldi y Juan Ramón Gómez



URGENCIAS en el INTERIOR consulta nuestra web
www.casmu.com.uy o nuestra aplicación para celulares

Libro “HISTORIAS 2”

Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga

UN IMPRESCINDIBLE

Hugo, al decir de sus Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: *“disfrutó al ejercer la medicina, amó a sus pacientes, amó a su querido pueblo Capilla del Sauce, comunicó el saber de forma sistemática. Disfrutó de la vida simple, de la charla amigable, de la pesca, del campo, del arte, la poesía y la música.”*



Dra. Anahí Barrios

Médica de Familia y Comunitaria de Centro Médico Piedras Blancas - CASMU
- Integrante Sociedad Científica Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC).



El Libro

El libro “Historias 2” del Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga desarrolla su experiencia vinculada al trabajo en el Primer Nivel de Atención y Ámbito Rural, fundamenta su postura sobre la reforma del Sistema de Salud, relata cuentos y anécdotas basadas en situaciones clínicas que le tocó vivir.

Nos brinda su labor profesional en toda su dimensión humana, aplicando el conocimiento científico y los principios de beneficencia “primum non nocere” con firmeza y sin condiciones, en la atención y desde la cercanía con las personas.

Es una publicación llevada adelante por la Oficina del Libro-Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina (FEFMUR), el CASMU y la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC).

El CASMU participa como homenaje al Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga, quien fuera Director Asistente del CASMU entre los años 1985 y 1988, y fundador de las Unidades Periféricas – UPECAS.

Antecedentes

Este libro tiene como referencia “Historias” publicado en la década del 90 por la Oficina del Libro. Para la presente edición, el trabajo editorial completo fue realizado por su autor, el Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga y la Oficina del Libro, quedando en ese momento pendiente la impresión.

Hugo fallece en julio de 2015.

En octubre de 2015 la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria realiza una “Jornada de Medicina en Áreas Rurales” en Capilla del Sauce, Florida, donde Hugo desarrolló gran parte de su labor, y de ese encuen-



“Fotografía del Dr. Miguel Pizzanelli, tomada en Florida frente a la casa donde nació su madre, que era una escuela en la que trabajaba como maestra su abuela. Actualmente es el edificio del Instituto de Formación docente en Florida. La foto fue tomada el día 17 de agosto de 2011.”

tro se resuelve impulsar la concreción de esta publicación y la difusión de su obra.

Hugo

Nace en Florida el 1º de octubre de 1929. Hijo de una maestra y un farmacéutico. Padre de 6 hijos. Graduado en 1963, se especializó en Medicina Interna y Salud Pública.

Centró su práctica y su vida en la Medicina Rural, primordialmente en la población de Capilla del Sauce, Florida. Además, trabajó en Mataró (Cataluña) durante su exilio en España, donde fue Director del Hospital de la localidad.

Fue fundador e integró el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay,

Administrador General del SMU entre 1971 y 1974.

Director Asistente del CASMU entre 1985 y 1988.

Impulsor de la creación de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria en el año 1997, tutor de varias generaciones de residentes.

Referente para muchos médicos generales, médicos de familia y comunitarios, distintos especialistas y disciplinas del Equipo de Salud.

La Unidad Docente Asistencial Rural “H” ha continuado su legado en la práctica rural de Florida.

Sistematizó su experiencia profesional en varios libros, uno de los cuales, la “Atención Primaria de la Salud” mereció el Premio Anual del MEC en el rubro Investigación y Difusión Científica en el año 1988.

Recibió múltiples homenajes, particularmente de la Junta Departamental de Florida, que lo designó como Ciudadano Ilustre.

Declarado Profesor Emérito de la Facultad de Medicina en el año 2014.

Fallece en Montevideo el 7 de julio de 2015, a los 85 años, siempre regresando a Capilla del Sauce.

Ceremonia de Graduación

El pasado 8 y 9 de diciembre de 2016, se realizó la Ceremonia de Graduación de los nuevos médicos en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República; coinciden dos generaciones 2008 y 2009, provenientes del Plan de Estudios 1968 y la primera del Nuevo Plan de Estudios 2008.

Estas generaciones se formaron en el marco de la implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud y del proceso de cambio del modelo de atención.

En la misma sintonía, la reforma del Plan de Estudios en la Facultad de Medicina, asume el desafío de la enseñanza-aprendizaje del estudiante y futuro médico, basado en el desarrollo de habilidades comunicacionales y principios éticos, integrados a las habilidades clínicas y al conocimiento científico, y en contacto prematuro con la vida cotidiana de las personas que viven en sus comunidades.

Por esas razones, es que se obsequia el libro “Historias 2” a todos los médicos egresados en su Ceremonia de Graduación, para conocer a Hugo, su práctica, su compromiso, y los valores fundamentales que representa, que son de todos los tiempos y ámbitos donde se desarrolle la medicina.

El libro estará disponible en la Oficina del Libro - FEFMUR - de la Facultad de Medicina.



Carta de despedida de CASMU



Estimados integrantes de CASMU,

Estoy terminando mi tiempo de trabajar e ingresando a la de retiro médico.

Me duele mucho, pero entiendo que son ciclos de la vida que hay que cumplir.

Ingresé en el año 1979 como Médico General y en el 1982 pasé a Pediatría, antes había trabajado como practicante de zona.

Siempre en el área de Atención Descentralizada.

Los primeros años con consultorio en mi casa, luego en el Centro Médico Portones donde también me desempeñé como Directora.

Un importante número de niños se han atendido conmigo y ya tengo hijos de mis primeros pacientes, atendí a los niños y apoyé en todo a las familias. La Pediatría fue mi gran pasión y estoy muy orgullosa de lo logrado en estos años, trabajé con mucho compromiso, di lo mejor de mí y recibí mucho de todos.

No se concibe la atención de los niños si no se atiende también a toda la familia, esto siempre fue posible en CASMU, formamos un buen equipo y los usuarios lo agradecen.

He recibido innumerables cartas, testimonios y dibujos que lo aseguran.

Deseo que el CASMU siga creciendo y brindando siempre la mejor atención a todos los usuarios.

Un fuerte abrazo a todos,

Dra. Ana María Piccone Laulhe
Médico Pediatra



OPCIÓN MÉDICA

Su mejor opción para la promoción de productos farmacéuticos

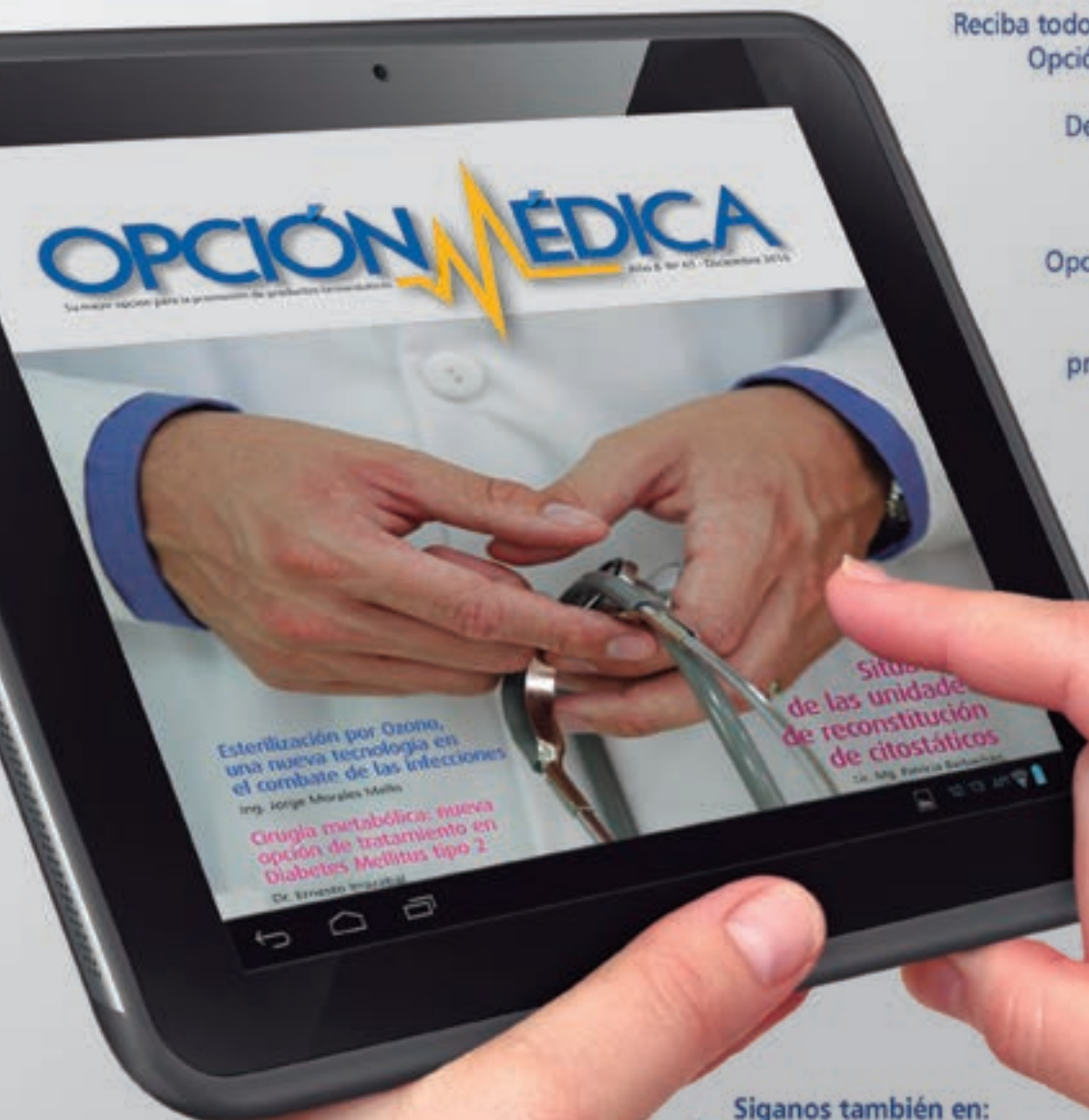
DIGITAL

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:



facebook: /op.medica



twitter: @OpcionMedicaUru

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

Fueron las últimas muertes por viruela... ¿o habrá más?



Dr. Jorge Pomi

Secretario General del Consejo Directivo de CASMU IAMPP

La viruela es una enfermedad viral contagiosa de evolución febril, muy dolorosa y con una característica erupción de piel y mucosas. El virus que la produce pertenece a una numerosa familia de virus llamada **poxvirus**. El 22 de mayo de 1980, la XXXIII Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la viruela como enfermedad definitivamente erradicada de la faz de la tierra como resultado de diversas campañas de vacunación que organizó desde 1966 la propia OMS. Su presidente, el Dr. Al-Awadi lo anunció con estas palabras: “... (la Asamblea) **declara solemnemente que el mundo y sus pueblos han quedado libres de viruela, la más devastadora enfermedad extendida en epidemias por muchos países, dejando a su paso muerte, ceguera y desfiguración...**”. Durante siglos había sido un terrible flagelo de la humanidad por el que millones de personas murieron o quedaron con estas graves secuelas. Aquella familia de **poxvirus**, además del temido virus de la viruela (fig.1), sigue teniendo al día de hoy otros integrantes que son responsables de una amplia variedad de enfermedades, tanto en humanos como en animales.

La enfermedad ocurría en brotes epidémicos de diversa magnitud y algunos de ellos quedaron como ejemplos de una gigantesca mortalidad, como lo expresara Riedel (9): “Por muchas centurias, la viruela devastó la humanidad”. Después de los trabajos en Inglaterra de Edward Jenner (fig.3) que permitieron por primera vez el desarrollo y difusión de un procedimiento médico con fines preventivos, el mundo fue olvidando el pesado precio en muertes y secuelas que la humanidad había pagado por la viruela. A modo de ejemplo, digamos que durante el siglo XVIII anualmente morían solo por esta enfermedad unas 400.000 personas y que casi un tercio de las que sobrevivían quedaban ciegas como consecuencia de las lesiones oculares. Hasta la década de los seten-

El 22 de mayo de 1980, la XXXIII Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la viruela como enfermedad definitivamente erradicada de la faz de la tierra.

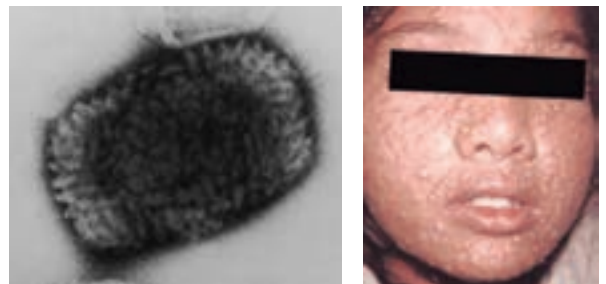


Fig. 1. A izquierda el virus de la viruela visto en microscopio electrónico (x200.000). Existe más de un modo clínico de presentación de la viruela, básicamente una forma grave por la cepa Variola mayor con una alta mortalidad (entre el 30 y 60% de afectados) y otra forma leve por la cepa Variola minor de baja frecuencia que se conoce con el nombre de alastrim (con una mortalidad que no sobrepasa el 2%). A derecha se observan las lesiones de piel típicas de la enfermedad, vesículas entre 2 y 5 milímetros de diámetro rellenas de un líquido claro y luego de aspecto purulento (en el que hay innumerable cantidad de virus) que en días posteriores evolucionan a lesiones con costra y luego a una cicatriz definitiva en piel. El contacto directo interhumano o con la ropa personal y de cama del enfermo resultan el modo habitual y más importante (pero no exclusivo) de contagio. La fotografía corresponde a una joven no vacunada en el séptimo día de fiebre y cuarto de la típica erupción de piel (del brote epidémico de Pakistán en 1967).

ta del siglo pasado ocurrieron algunos brotes naturales esporádicos, el último en Somalia en octubre de 1977 (fig.2). Al año siguiente falleció el último paciente de viruela, víctima de un fortuito accidente en el ámbito de un laboratorio de investigación virológica de Inglaterra, por lo que no puede considerarse brote epidémico natural como el de Somalia.



Fig. 2. En la fotografía Ali Maow Maalin (1954-2013). Era cocinero en el hospital del Puerto de Merca al sudoeste de Somalia, a quien en octubre de 1977 se le diagnosticó viruela menor o alastrim, de la que se recuperó completamente. Anteriormente había sido vacunado en las campañas de erradicación de la viruela organizadas por OMS, aunque él mismo no fue vacunado a pesar de la obligatoriedad de serlo como trabajador sanitario. En agosto de aquel año hubo un brote de viruela en familias nómadas de Somalia de quienes contrajo la enfermedad por un contacto directo por razones laborales, que no fue mayor a los 15 minutos. Una niña de 6 años de edad e integrante de estas familias falleció a los pocos días de ese contacto. **Esta fue la última muerte conocida en el mundo en un brote natural de viruela y a su vez, Ali fue la última persona conocida infectada en iguales circunstancias**, de aquí la referencia que hacemos de ellos. Posteriormente, en 2013 y mientras trabajaba en otra campaña distinta de vacunación (para la erradicación de la poliomielitis) comenzó con fiebre y falleció días después, el 22 de julio de 2013, víctima de malaria. A derecha el logo que certificó la erradicación de la viruela en Somalia, campaña en la que había participado

El período de incubación (sin síntomas) dura entre 4 y 14 días durante el cual el virus se multiplica en la circulación sanguínea, los ganglios linfáticos, las mucosas de la boca y la faringe para finalmente invadir la piel, donde tendrán lugar “a posteriori” las lesiones clínicas típicas de la enfermedad. Luego ocurre una primera fase clínica de la enfermedad con fiebre, cefalea, dolores musculares, náuseas, vómitos y postración que dura entre dos y cuatro días. Recién después aparecen las lesiones cutáneas que representan la pista diagnóstica: al comienzo ronchas o pápulas, a las que sigue la formación de vesículas o ampollas de 2 a 5 milímetros de diámetro, luego de pústulas (vesículas con contenido de aspecto purulento) para terminar en costras o cáscaras. A este último período se le denomina eruptivo y dura entre 3 y 4 semanas. Lo característico del mismo es que las lesiones predominan en cara, boca, lengua, faringe y miembros (no quedan excluidos los ojos, las palmas de mano ni las plantas de pies), así como estar todas en igual etapa de evolución. Luego que las costras caen quedan cicatrices que en cara se hacen muy evidentes, habiendo sido inmortalizadas en nuestro cancionero rioplatense en el famoso “picao de viruela, bastante morocho...” (del tango “El Tigre Millán” con letra y música de Francisco Canaro).

En ese tiempo era frecuente ver estas marcas indelebles de la viruela que se expresaban en lugar del “lleno de cicatrices de viruela” como “picao de viruela”, o en el rioplatense lenguaje tanguero como “picao de viruela”. Además de estas secuelas que llegaban a desfigurar completamente el rostro, también la ceguera y el retraso mental fueron otras graves consecuencias. La transmisión de la enfermedad se hace solo en el período eruptivo y habitualmente por inhalación del virus que infesta la boca o la nariz, para lo cual la aproximación personal debe ser menor a los dos metros. También el manoseo directo de las lesiones cutáneas en cualquier etapa y la manipulación de la ropa personal y de cama del enfermo son otro modo de contagio. Como veremos más adelante, otras formas son excepcionales.

Brevísima historia. La viruela es una vieja conocida de la humanidad, durante siglos hizo estragos a lo ancho y largo del mundo, y conviene no olvidarlo para saber o imaginar lo que pudiese volver a ocurrir. El nombre de viruela, conocido desde el año 570, deriva de la palabra **varus** que en latín significa marca de piel. Durante siglos el libro de Rhazes, un médico persa que lo escribió en el año 910 isí, en el 910! fue el libro de referencia para aprender lo que era la viruela. Ya en ese entonces se sabía que se transmitía de persona a persona y que aquellos que lograban sobrevivir quedaban protegidos por el resto de su vida de volverla a contraer, y esto cuando aún faltaba que pasaran cientos de años para que pudiera hablarse de “inmunidad adquirida” (que se adquiere por ocurrencia de la propia enfermedad o por vacunación).

Se elucubra que la viruela apareció en el noreste africano hace miles de años, así pueden comprobarse signos inequívocos de ella en algunas momias egipcias. Las rutas comerciales y las grandes movilizaciones humanas para guerrear o para conquistas territoriales fueron la vía de propagación de la enfermedad al resto de las civilizaciones. A este propósito basta recordar entre otras las conquistas árabes, las Cruzadas, la conquista de América por ingleses, españoles y portugueses, etc. y la famosa ruta de la seda y las especies entre Asia y Europa. De esta forma y paso a paso, tal como nos dice Miguel Ángel Cevallos: “La viruela, dueña del mundo, impuso el reino de la muerte”.

El aislamiento y la cuarentena. Variolización y vacunación. ¿Y qué era lo que podía hacerse para tratar de esquivar la muerte? El aislamiento y la cuarentena, procedimientos seculares desarrollados para evitar la propagación de diversas enfermedades transmisibles como la lepra y la peste, también formaron parte de los escasos recursos médicos disponibles. Estos métodos estaban fundamentados en la experiencia, puesto que la argumentación científica estaba aún muy lejana de conocerse. El aislamiento se basaba en el concepto cierto que era posible evitar la propagación de estas enfermedades si se aseguraba que no hubiera contacto directo entre enfermos y sanos. La cuarentena se refería

específicamente al aislamiento por cuarenta días de pasajeros y barcos de los que había sospecha o certeza de transportar enfermos, cuando la vía marítima era el principal modo de transporte a gran escala de personas y carga. Quedó dicho más arriba que desde hacía siglos se sabía, por el simple método de la observación, que quien lograba sobrevivir a la viruela quedaba protegido de por vida de volverla a contraer y también que había brotes de viruela con muy baja mortalidad. Así que el tema a resolver era buscar un modo de inducir la enfermedad proveniente de estas formas leves a quienes aún no habían tenido contacto alguno con enfermos de viruela, que hoy asimilaríamos a los no vacunados. En la China (fig.3) milenaria se pulverizaban las costras de las lesiones cutáneas y el material obtenido era soplado por un tubo fino dentro de las fosas nasales. Con igual fin, en India y Turquía (por entonces Imperio Otomano), se utilizaba el líquido de las vesículas, pero poniéndolo en contacto directo sobre escarificaciones o raspaduras en piel hechas a ese fin. En ambos casos el método determinaba una viruela de evolución generalmente benigna, aunque no siempre. **A este modo de prevención por inoculación del virus de la viruela humana se le llamó variolización.** A pesar que la vacuna antivariólica había sido ya desarrollada, estos ancestrales modos de prevención llegaron a usarse hasta las primeras décadas del siglo pasado en China, Afganistán y Pakistán.

Europa vio con mucho recelo la variolización porque entrañaba el riesgo de enfermar y por lo tanto de morir por una viruela inducida a propósito (aunque lo fuera en mucho menor grado que por la enfermedad naturalmente adquirida), porque las lesiones desarrolladas por la propia variolización eran contagiosas y podían originar un brote de la enfermedad que se quería prevenir y además porque había también en ese mundo occidental, argumentos en su contra de carácter religioso y aun médico (fig.4). Algunos miembros de comunidades religiosas interpretaban la viruela como un castigo de Dios que había que aceptar, y además, la muerte se concebía como un designio divino y por lo tanto también inapelable. Más adelante, y en otro terreno, la necesaria vacunación compulsiva fue difícil de legislar, puesto que se esgrimía el argumento que ello violentaba la libertad de elección personal, lo que contrapuso los derechos del individuo a los de la comunidad toda.

En 1715, Mary Wortley Montagu (1689-1742), esposa del embajador inglés en funciones en Constantinopla (actual Estambul) contrajo viruela y su cara quedó terriblemente desfigurada. En conocimiento del procedimiento de variolización en uso en Turquía, en marzo de 1718 hizo inocular a su hijo de 5 años durante su residencia en Constantinopla, y al regreso a Londres, en abril de 1721 a su hija de 4



Fig. 3. Dibujo chino que nos muestra el milenarismo rito del soplado por vía nasal del material obtenido por pulverización de las costras de viruela humana. Al igual que la inoculación del líquido de las lesiones vesiculosas, este procedimiento también provocaba las más

de las veces una viruela de menor gravedad que la enfermedad naturalmente adquirida, aunque no exenta de riesgos. Pese a que la vacunación antivariólica ya era de uso universal, en ciertas regiones de China este ritual continuó utilizándose hasta las primeras décadas del siglo XX.

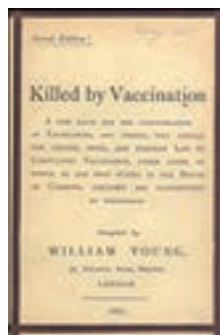


Fig. 4. El rechazo a la vacunación tuvo argumentación médica y también alguna que orillaba el curanderismo y el oscurantismo, pero para comprender y aceptar esto, es necesario ubicarse en ese particular momento de la medicina. El Dr. William Young publicó en 1887 un libro acerca de los riesgos, reales pero excesiva o intencionalmente magnificados para desacreditar el procedimiento. A derecha, uno de los tantos dibujos de época en los que se caricaturizaba el origen animal de la vacuna, para de esa forma también rechazarla.

años. Por sus vinculaciones en la alta sociedad londinense, quiso que se hiciera en presencia de integrantes de la Royal Society of London y sobre todo la de Sir Hans Sloane, presidente de esta sociedad y médico del rey. A partir de ese momento la variolización fue una medida aceptada en la práctica médica en Inglaterra. Un empuje importante para su implementación en la Europa continental fue la muerte por viruela de Luis XV en Francia, que no fue el único mortal de "sangre azul" que enfermó y murió de viruela, sino solo uno de los más encumbrados. Con el reconocimiento de la variolización como medida preventiva útil, Edward Jenner (fig.3), un sagaz médico de la campiña inglesa encontró que toda vez que proponía hacerla a quienes habían con-

¹ Wolfgang Amadeus Mozart contrajo viruela en 1767 cuando tenía 11 años de edad y ya era un intérprete y compositor reconocido. Tres años antes, su padre descartó de plano el ofrecimiento de variolización a su hijo con estas palabras: "Pero por mi parte dejaré el asunto en manos de Dios. Depende de Su gracia si Él desea mantener el prodigio de la naturaleza en este mundo en el que Él lo ha situado o llevárselo Consigo".

traído previamente la “viruela de las vacas” no la aceptaban, porque creían que habían quedado protegidos de enfermar por viruela humana. Esto lo llevó a emprender un concienzudo análisis del hecho que corroboró esta creencia popular. **El 14 de mayo de 1796, Jenner inoculó al joven James Phipps con el material proveniente de las lesiones de viruela vacuna de Sarah Nelmes (fig.5), y este fue el comienzo de lo que hoy conocemos como vacunación.** Veintidós años antes, en 1774, Benjamin Jesty de profesión granjero y con una perspicacia similar a la del Dr. Jenner, ya había hecho esto en el reducido medio de su familia y de sus vecinos. O sea, que a un no médico como Benjamin Jesty (fig.6) hay que reconocerle la prioridad de lo que ahora conocemos como vacunación, pero a Edward Jenner le corresponde el enorme mérito de haber hecho posible su difusión en el mundo y su sueño de erradicar definitivamente la viruela, además de haber llamado vacunación al procedimiento que propugnó a difundir. Quedó demostrado además, que la vacunación era mucho menos riesgosa que la variolización. En 1798 Jenner publicó un tratado con todas sus experiencias en esta materia y 182 años después se haría realidad su sueño de erradicar la viruela del mundo .

Al comienzo, la vacuna se hacía artesanalmente, sin los debidos controles y el acto de la inoculación con nulas o pocas medidas de asepsia (por entonces no estaban impuestas, recuérdese que no se conocía aún la existencia de los distintos microorganismos); ello condujo tanto en la variolización como en la vacunación a la transmisión de otras enfermedades como la erisipela y la sífilis, a través de las raspaduras o escarificaciones hechas con instrumental no estéril para la inoculación del contenido de las vesículas que además contenían los ignotos virus. Cuando ya todas estas desprolijidades fueron corregidas se conocería otra más. En la década de los treinta del siglo pasado, se demostró que desde hacía mucho tiempo las vacunas no eran el resultado de su elaboración con el virus de la “viruela de las vacas” de Jenner, sino de otro virus pariente de éste. ¿Qué había pasado? ¿Un cambio espontáneo o mutación del virus? ¿Se obtuvieron virus de una lesión similar no reconocida? Nunca pudo saberse y solo hay especulaciones. Vale decir que las vacunas utilizadas en las campañas de la OMS y las hasta hoy en uso, contenían y contienen virus vivos de esta otra cepa (virus de vaccinia). Al igual que sus antecesoras también tiene consecuencias ineludibles: unas esperables y poco trascendentes como el proceso inflamatorio en la zona de inoculación, la fiebre y los dolores musculares, y otras más serias como reacciones alérgicas o tóxicas locales importantes o enfermedad generalizada por el virus de vaccinia (se estima que uno o dos vacunados entre un millón pueden morir a consecuencia de la vacunación).

² El concepto erróneo de la época y del propio Jenner fue creer que la vacunación protegía indefinidamente de la viruela humana a quienes se vacunaron. Los años y la experiencia mostraron que esto era solo válido por algún tiempo (entre 3 y 5 años), por lo que se requirió de la revacunación para evitar la reiteración de brotes epidémicos.



Fig. 5. Edward Jenner (1749-1823). Sus trabajos fueron pioneros en el mundo en intentar el control de una enfermedad trasmisible mediante lo que llamó vacunación. Huérfano a los cinco años, quedó a cargo de su hermano mayor quien se percató de su interés en la naturaleza y la ciencia, que sin lugar a dudas mantuvo durante todo su vida. A derecha la mano de Sarah Nelmes con las lesiones de las que el Dr. Jenner extrajo el material con el que inoculó al joven James Phipps el 14 de mayo de 1796. Esa fue la “patada inicial” de lo que hoy es moneda corriente y conocemos como vacunación. El dibujo es del propio Jenner y está en el tratado que publicó de sus estudios clínicos sobre todo lo atinente a la viruela y su prevención.



Fig. 6. Benjamin Jesty (1736-1816) fue un productor lechero de Downshay, al sudoeste de Inglaterra, muy apegado a su tierra y a sus costumbres, pero también muy observador. Se percató que las ordeñadoras que empleaba y él mismo, que habían contraído de las ubres de las vacas una enfermedad (viruela bovina) parecida a la fatídica viruela que ocurría en el hombre, después de ello ninguno se enfermaba de viruela aun cuando hubieran estado al cuidado de pacientes en la plenitud de su enfermedad. Es así que nuestro granjero inoculó en 1774 a su esposa y a sus dos hijos con el “liquido” de las vesículas de la enfermedad de las ubres de sus vacas, poniéndolos a buen resguardo de la viruela humana veintidós años antes que lo hiciera Edward Jenner. A derecha la “lesión” en piel producida por el virus de la viruela bovina y que a través de ella el individuo adquiere inmunidad a la viruela humana.

Paulatinamente y a medida que se extendió el uso de la vacunación antivariólica, fueron siendo cada vez más esporádicos y menos importantes los brotes epidémicos, y como quedó dicho más arriba, el último sucedió en Somalia en 1977. En este brote falleció una niña de 6 años llamada Habiba Nur Ali, consignada por la OMS como la última víctima mortal por viruela ocurrida en un brote natural de la enfermedad.



Fig. 7. Janet Parker (1938-1978). El 11 de agosto de 1978 comenzó con cefalea y dolores musculares; pocas horas después aparecieron las ronchas en piel y en estas condiciones ingresó al hospital East Birmingham. Al día siguiente se confirmó viruela por el virus Variola major, la cepa más agresiva. Tuvo contacto directo con un número importante de personas que fueron ingresadas en su totalidad para ser aisladas y tratadas. Solo Hilda Witcomb, su madre, llegó a tener las manifestaciones clínicas de la enfermedad de la que pudo sobrevivir. Mientras estaba en cuarentena, el 5 de setiembre murió en forma súbita su padre (también aislado) y por el alto riesgo de contaminación ambiental no se realizó la autopsia aclaratoria de su fallecimiento. Seis días después murió Janet. Así se resumen los trágicos encuentros de la familia Parker Witcomb con la viruela, que fueron reiteración de lo anteriormente sucedido millones de veces a otras tantas familias a lo largo de la historia de la humanidad.

Pero habría otra muerte más como consecuencia de un imprevisto incidente en el ámbito de un laboratorio de investigación de Inglaterra. Janet Parker (fig.7), una fotógrafa del departamento de anatomía de la Universidad de Birmingham falleció el 11 de setiembre de 1978, un mes después que inesperadamente enfermara de viruela y doce años después de haber sido vacunada. ¿Había estado en contacto con algún enfermo de viruela? No, la excepcional vía de contagio fue la contaminación aérea de un ambiente en el que había gérmenes vivos, que llevados en corrientes de aire con determinadas condiciones de humedad y temperatura, fueron capaces de “viajar” a una mayor distancia que en un contacto

interhumano directo, en el que no van más allá de los dos metros del enfermo. Janet Parker, trabajaba en una planta encima del laboratorio en que el profesor Henry Bedson mantenía virus vivos de viruela, objeto de algunos estudios de su interés. En 1977 y cuando todavía la viruela no había sido declarada enfermedad erradicada, la OMS rechazó por razones de insuficiente seguridad biológica, la solicitud del profesor Benson para que su laboratorio fuese acreditado como “centro colaborador”. Una minuciosa investigación posterior a la muerte de Parker determinó el camino seguido por los virus a través de las plantas y ductos existentes en el edificio, habida cuenta que Janet Parker nunca había estado en el laboratorio de Benson y por tanto no había tenido ninguna oportunidad de contacto directo o cercano con los virus. Probablemente sospechando el tenor del informe que surgiera de una segura investigación epidemiológica en ciernes, el 6 de setiembre de 1978 y cinco días antes de la muerte de Janet Parker, Bedson se suicidó en el jardín de su casa infligiéndose una puñalada en el cuello. Dejó una esquela en la que decía: **“Siento que he perdido la confianza que muchos amigos y colegas depositaron en mí y en mi trabajo”.**

Este excepcional pero posible modo de propagación del virus tuvo un antecedente comparable en lo ocurrido en un hospital de Alemania Federal en 1969. En setiembre, un joven electricista de 20 años preparaba el viaje por avión a Pakistán y recibió la primera dosis de la vacunación antivariólica con vacuna de virus inactivados; en diciembre emprendió el regreso por tren desde Karachi hasta Meschede, la ciudad en la que vivía. En su paso por Turquía y por razones de sanidad de frontera recibió la segunda dosis, pero esta vez con virus vivos. De hecho, para esta segunda instancia se comportó como un no vacunado. El 10 de enero y ya en Alemania Federal, comenzó con fiebre y al día siguiente fue internado con medidas de aislamiento en el hospital de Meschede. Por el antecedente de su estadía en Pakistán se pensó en fiebre tifoidea, el 14 de enero aparecieron las lesiones de piel y al realizarse las pruebas diagnósticas de laboratorio, el día 16 se demostró que estaba en curso una viruela. A partir de entonces, hubo un brote intrahospitalario de viruela en otras 19 personas con las lesiones clínicas características de la enfermedad y el correspondiente diagnóstico de laboratorio. De ellos, quince eran pacientes previamente internados, tres eran parte del personal de enfermería y el restante un visitante. Solo dos del grupo de los quince pacientes previamente internados tenían el antecedente de haber sido un contacto directo. Del conjunto de los veinte enfermos de viruela fallecieron cuatro, una enfermera y tres pacientes previamente internados, uno de los cuales había compartido habitación con el joven electricista y también como él de 20 años de edad. El hospital de Meschede tenía tres plantas y a todas llegaron los virus, puesto que el personal de enfermería y los pacientes que contrajeron la viruela habían estado esparcidos en esas tres plantas durante el desarrollo del

brote de la enfermedad según demostró la investigación epidemiológica. Por esta razón se llegó a la conclusión que la contaminación aérea ambiental con las requeridas corrientes de aire, había sido la vía razonable para explicar la explosiva propagación viral intrahospitalaria ocurrida entre quienes no habían tenido contacto directo con el paciente desencadenante del brote.

Hasta ahora no existe tratamiento específico de la viruela. La vacunación (fig.8) continúa siendo el mejor "tratamiento" para el enfermo diagnosticado, pero una vez aparecidas las lesiones cutáneas no tiene ningún valor. Si recordamos que el período de incubación dura entre 4 y 14 días, el rédito más importante de la indicación de la vacunación con fines de tratamiento se obtiene en los contactos directos que están en esta etapa preclínica. De todas formas, los resultados dependen del tiempo transcurrido entre el momento del contacto y el de la vacunación, si este tiempo es menor a los tres días se obtienen los mejores resultados y más allá del séptimo no incide demasiado en el desarrollo de la enfermedad. Las drogas antivirales hoy disponibles colaboran a la mejor evolución del paciente con la enfermedad en curso, pero no pueden considerarse de valor curativo.

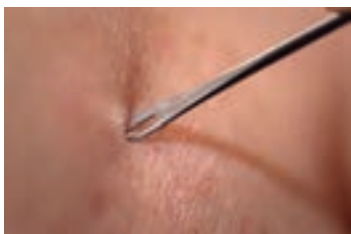
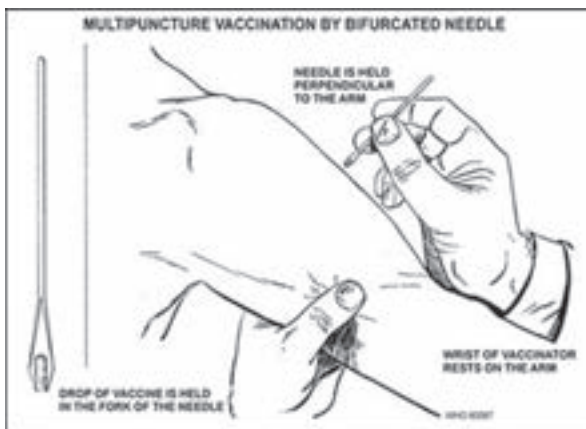


Fig. 8. La vacuna antivariólica se hizo, según las épocas, con cepas de virus vivos, atenuados o muertos de la familia poxvirus. En todo caso, la infección cutánea provocada por la inoculación de los virus conduce a una forma de enfermedad local que lleva a la inmunización (llamada adquirida) para la viruela humana. Precisamente en esto consiste la vacunación antivariólica. En la precursora variolización, la razón por la cual la inoculación del virus de la viruela humana en las escarificaciones de piel evolu-

cionaba también como una enfermedad local y no a la forma clínica habitual de la enfermedad, aún hoy resulta desconocida. En el esquema se muestra la técnica utilizada para la vacunación, y a derecha la fotografía de la clásica aguja de doble punta para hacer las escarificaciones. Con esta aguja bifurcada y previamente sumergida en la solución que contiene los virus vivos de vaccinia se realizan múltiples pinchazos superficiales que evolucionan a una vesícula que termina en una costra y luego en una cicatriz muy característica (en tiempos idos fue algo así como la "marca en el orillo" que tuvimos muchos de nosotros; desde hace ya muchos años no integra el actual Certificado Esquema de Vacunación de Uruguay).

¿Por qué en el título nos preguntamos si habrá más muertes por viruela? ¿O acaso no fue declarada enfermedad erradicada del planeta por la OMS? Porque no solo existen las armas en las que habitualmente se piensa cuando se habla de guerras. El "progreso" también llega, y en este terreno es de los primeros en llegar. Cuando la XXXIII Asamblea de la OMS hizo aquella histórica y hasta ahora no igualada declaración el 22 de mayo de 1980, había recorrido un largo camino de programas de vacunaciones masivas y paralelamente una investigación concerniente a laboratorios tenedores de virus de viruela (74 de 823 instituciones consultadas) con la intención de eliminar también estos depósitos de virus que pudiesen funcionar de alguna forma y en algún momento como disparadores de nuevas epidemias de viruela en un mundo no vacunado. Al amparo del artículo 1° de la "Convención sobre armas biológicas y toxinas" de 1971, la OMS urgió a los 193 estados miembros a destruir los virus que poseían, aunque nunca tuvo la autoridad ni la potestad de verificar sus respuestas, por lo que la solicitud quedó en el campo de la buena fe de cada uno de ellos. Más aún, no existen tratados internacionales multilaterales que permitan la verificación de la destrucción de este tipo de virus u otros microorganismos peligrosos como existen para el control nuclear y de armas químicas. Para 1984 quedaron autorizados y conocidos solo dos de estos tenedores de virus: el conocido CDC (Centers for Diseases Control and Prevention) de Atlanta en los Estados Unidos y el Instituto de Investigación de Preparaciones Virales de Moscú (luego fueron trasladados al Instituto de Virología y Biotecnología Vector de Novosibirsk) en Rusia. Hubo y seguirá habiendo debate acerca del mantenimiento de los virus en estos dos laboratorios cuando en la naturaleza ya no existe. Pero en esa discusión apareció la posibilidad de un ataque terrorista con un "proyector" biológico como el virus de la viruela, puesto que en la década de los noventa se detectó que algunos países retuvieron cepas de virus de viruela con propósitos de una eventual guerra biológica. Por otra parte, se sabe que los virus de la viruela son fácilmente almacenables en estado de congelación o en una solución de nitrógeno líquido y que sembrados en tejidos celulares simples, a través de

una minúscula muestra puede obtenerse una enorme cantidad de virus vivos. Lo cierto es que si se lograra acordar sobre la destrucción definitiva de los reservorios de virus de la viruela, las indispensables inspecciones de quienes controlasen su cumplimiento "en cualquier lado" y "en cualquier momento" serían inaceptables para aquellas potencias tenedoras de reservorios virales y de otros tantos países o "seudopaíses" con principios de una muy dudosa credibilidad. Concomitantemente, en las décadas pasadas los progresos han permitido recrear artificialmente los genomas (la estructura más íntima) del virus de la viruela, por lo que estaríamos muy próximos al "nacimiento" de un nuevo virus que pudiera resultar potencialmente más mortal que su antecesor en la naturaleza.

Por esta razón distintos estados mantienen la indicación de vacunación antivariólica en sectores poblacionales de riesgo, como son el personal militar y sanitario que

se estima pueda ser el objetivo de un ataque biológico, además de los técnicos encargados de la custodia y mantenimiento de los reservorios de los virus de la viruela humana. Contribuyen a esta conducta en aquellos grupos seleccionados de población otros factores como: la ausencia de tratamiento específico de la viruela, su alta mortalidad, el diagnóstico dificultoso en ambientes hospitalarios donde hace decenas de años se dejó de ver, y a juzgar por lo ocurrido en Birmingham y en Meschede, la posibilidad de propagación del virus en "aerosol". Esto forma parte de la contracara del mundo de los fenomenales avances tecnológicos en el que nos ha tocado vivir...

3 A modo de ejemplo, en 1992 Kanatjan Alibekov, un alto oficial de la ex-Unión Soviética que había trabajado en programas de guerras biológicas, desertó y declaró en los Estados Unidos que durante el desarrollo de la "guerra fría" en el laboratorio Vector se había desarrollado una cepa particularmente mortal del virus de la viruela. Aunque la certeza de esto queda en el terreno de lo especulativo.

Bibliografía consultada

1. Breman JG, Arita I, Fenner F. Preventing the return of smallpox. N Engl J Med 2003;348:463-466.
2. Breman JG, Henderson DA. Diagnosis and management of smallpox. N Engl J Med 2002;346:1300-1308.
3. Cevallos MA. El destierro de la viruela. ¿Cómo ves? Revista de divulgación de la Ciencia de la UNAM 2002;45:10-16.
4. Fenner F, Henderson DA, Arita I, Jezek Z, Ladnyi ID. Smallpox and its eradication. World Health Organization, Geneva, 1988.
5. Gross CP, Sepkowitz KA. The myth of the medical breakthrough: smallpox, vaccination, and Jenner reconsidered. Int J Infect Dis 1998;3:54-60.
6. Hammarsten JF, Tattersall W, Hammarsten JE. Who discovered smallpox vaccination? Edward Jenner or Benjamin Jesty?. Trans Am Clin Climatolog Assoc 1979;90:44-55.
7. Mack T. A different view of smallpox and vaccination. N Engl J Med 2003;348:460-463.
8. McCrae T. Benjamin Jesty: a pre-jennerian vaccinator. Johns Hopkins Hospital Bulletin 1900;107:42-44.
9. Michaelleen D. Last person to get smallpox dedicated his life to ending polio. NPR, 2013:31 august.
10. Pennintong H. Smallpox and bioterrorism. Bull World Health Organ 2003;81:762-767.
11. Riedel S. Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. Baylor University Medical Center Proceedings 2005;18:21-25.
12. Report of the investigation into the cause of the 1978 Birmingham smallpox occurrence. Informe ordenado por la Cámara de los Comunes. Julio 22, 1980.
13. Tucker JB. The smallpox destruction debate: could a grand bargain settle the issue? Arms Control Association 2009; 4 de marzo.
14. Weiss MM, Weiss PD, Mathisen G, Guze P. Rethinking smallpox. Clin Infect Dis 2004;39:1668-1673.
15. Wehrle PF, Posch J, Richter KH, Henderson DA. An airborne outbreak of smallpox in a german hospital and its significance with respect to other recent outbreak in Europe. Bull World Health Organ 1970;43:669-679.

**A partir del 1 de Marzo de 2017 la
atención de URGENCIA de ADULTOS será
en las nuevas instalaciones de Asilo y Abreu**

casmu
más cerca de tu vida
www.casmu.com.uy



PLAN DE CAPACITACIÓN GERENCIA EN GESTIÓN EN SALUD



3 semestres

Clases semanales los lunes de 18:30 a 21:30 horas

INICIA 3 de abril 2017

El curso completo se realiza en el Centro de Telemedicina de la Fundación Peluffo Giguens

Dr. Gastón Ramón 2301 esq. Bvr. Artigas

Dirigido a:

Administradores de Salud, Directores y Gerentes, Mandos Medios, Médicos, Personal de Enfermería, Encargados de RRHH, Psicólogos laborales, Parteras, Contadores, Personal Administrativo, Encargados de Compras, Laboratoristas, Asistentes Sociales, Encargados de Logística y todos los que de una u otra manera estén ligados con la Planificación y el Capital Humano.

Sobre el curso:

Se ha definido que la capacitación en Gestión en Salud, se articule en tres grandes bloques, de 6 meses cada uno, cuyas especificidades nos han permitido profundizarlos de manera independiente.

Es así que hemos estructurado tres cursos, que se dictarán uno a continuación del otro, los cuales se complementan y potencian en la búsqueda de una formación global y profesional de todos los participantes.

Dichos cursos tienen entre ellos, un hilo conductor que es la ética, la eficacia y eficiencia de la gestión y la búsqueda de la calidad del servicio. Los diplomas que se otorgan, aprobado cada semestre, son:

1. **Gestión de Recursos Humanos en el Área de la Salud.** Inicia 3 de abril 2017. Finaliza 25 de setiembre 2017.
2. **Ingeniería Organizacional y Marketing Aplicados al Área de la Salud.** Inicia 2 de octubre 2017. Finaliza 30 de abril 2018.
3. **Gestión de Calidad en la Salud y Calidad en la Gestión en Salud.** Inicia 7 de mayo 2018. Finaliza 29 de octubre 2018.

Aprobados estos 3 semestres se otorga el de: **Gerencia en Gestión en Salud**

216 HORAS DE CLASE - Los cursos pueden ser tomados individualmente uno de otro.

Plan de Capacitación Gerencia en Gestión en Salud



Equipo docente:

Daniel Heugas. Ingeniero Industrial de la Alta Escuela de Ingeniería de Copenhague. Especialización en Organización y Dirección de Empresas. REFA Institut. Alemania. Director de CUDEG.

Carla Aguirre Mas. Dra. En Psicología Social y Antropología de las Organizaciones. Universidad de Salamanca. Licenciada en Psicología Social y de las Organizaciones. Universidad de Santiago de Chile.

Lilian Autino. Experta en Community Manager del Instituto Internacional Español. Docente en Entornos Virtuales de Aprendizaje. Creación de Objetos de Aprendizaje. Licenciada en Ciencias Históricas.

Rossana Vauro. Phd. Psicología Social y Antropología Organizacional. Universidad de Salamanca, Lic. en Psicología con formación específica en técnicas clínicas y Psicología de la Salud. UDELAR.

Inicio de primer semestre: 3 de abril 2017
Finalización: setiembre 2017

Unidad 1

Particularidades de la Gestión en salud

Liderazgo I Generalidades
Modelos de Liderazgo
Equipos Eficaces y Eficientes
Toma de decisiones

Unidad 2

Liderazgo II
Liderazgo e Inteligencia Emocional
Señales de una mala Jefatura
Cómo manejar Relaciones Dífíciles
Cómo Negociar con Resultados

Unidad 3

Liderazgo III Herramientas
El arte de Delegar
Fomentando la Creatividad
Manejando su propio tiempo

Realización de Reuniones Eficaces y Eficientes

Unidad 4

Competencias Laborales y su aplicación en el área de la Salud
Liderazgo por competencias
Coaching

Unidad 5

Motivación del personal
Sistemas de remuneración
Categorías laborales

Unidad 6

Selección de personal
Gestión del Conocimiento
Planes de Capacitación
Evaluación del Personal
Auditoría de RRHH

Examen Final

Sistema de Inscripción:

Matrícula de Inscripción única, válida para los 3 cursos: 110 US\$

Costo Mensual: 140 US\$ (pagadero mes adelantado).

6 cuotas por semestre.

Informes e inscripciones: cudeg1@gmail.com - Tel. 094784287 - 095392348

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