

LA REVISTA DE SALUD DEL **casmu**

Leerla hace bien

casmu**Cerca**

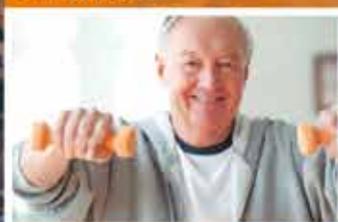
Publicación bimestral del CASMU - Distribución gratuita
Año VI - Nº 33 - Febrero de 2018

Alimentación
para practicar
running
de manera
saludable

Un servicio de excelencia.
Nuevo sanatorio central



La vida después de
un bypass



Triage en la urgencia
pediátrica



Técnicas de cuidados
de Enfermería para
usuarios en domicilio



Si sos socio del CASMU, en SECOM tenés el mejor plan.

- ✓ CUOTAS BONIFICADAS.
- ✓ ADQUISICIÓN ANTICIPADA DE DERECHOS.
- ✓ Y MUCHOS BENEFICIOS MÁS.

Aprovechá también la nueva Promo Magnífica, y si ya tenés SECOM podés agregarle beneficios a tu plan.



VISITANOS EN NUESTROS PUNTOS DE ASESORAMIENTO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

SECOM

PRIMER SERVICIO DE COMPAÑÍA DEL URUGUAY Y DEL MUNDO

0800 4584
www.secom.com.uy





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



Febrero de 2018

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.

Eduardo Acevedo 1622

Tel: (00598) 2406 7957

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 2018

Sumario

6 BASE DE SALIDA

1727/Casmu: 1a. Jornada de Seguridad y Prevención en Atención Sanitaria Extra Hospitalaria (2ª parte)

.....

12 ENFERMERÍA

Técnicas de cuidados de Enfermería para usuarios en domicilio

.....

16 ODONTOLOGÍA

Traumatismos dentales en niños con dentición temporaria

.....

20 INFOCASMU

Casmu amplía su atención en salud mental e inaugura nuevas salas

.....

22 NUTRICIÓN

Alimentación para practicar running de manera saludable

.....

26 INFOCASMU

Nuevo Sanatorio Central. Un servicio de excelencia

.....

30 RINCÓN DE CHICOS

TRIAGE en la urgencia pediátrica

.....

34 INFOCASMU

EXPOSALUD

.....

40 MEDICINA E HISTORIA

Vera y Sergei: dos rusos en la guerra

.....

46 CARDIOSALUD

La vida después de un BYPASS

.....

49 EVENTOS

Actividades de la Institución

.....

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
Fisiatría		Dra. Raquel Romero
Ginecología		Dr. Richard Viera
Hematología		Dra. Lina Foren
Hemodiálisis - IMAE	Profesor Adjunto de Medicina Preventiva	Dra. Laura Solá
Hemoterapia	Jefe de Dpto. de Medicina Transfusional Profesor Grado V Cátedra de Medicina Transfusional de UdeLaR	Dr. Ismael Rodríguez Grecco
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 Ferreiro
Neonatología		Dra. Gabriela Guidobono
Neumología	Profesor Agregado Cátedra de Neumología de Facultad de Medicina - Jefe del Servicio de Neumología de ASSE - Hospital Maciel	Dra. María V. López
Neurocirugía	Profesor Adjunto Neurocirujano - Director Unidad Docente Hospital Maciel, Facultad de Medicina - Vicepresidente de la Federación Latinoamericana de Neurocirugía.	Dr. Edgardo Spagnuolo
Neurología	Director del Instituto Neurología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina - Profesor Titular de da Catedra de 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	Profesor Adjunto de Clínica Urológica	Dr. Hugo Badía
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 2018 de nuestra tan esperada revista "CASMU Cerca.

Y queremos comenzar destacando la gran incorporación de tecnología que nos ayuda a atenderlo mejor, y a comunicarnos mejor con ustedes. Como ustedes ya saben, nuestro Departamento de Sistemas ha desarrollado una APP para todos los afiliados de la Institución para que desde la comodidad de su celular ó Tablet pueda agendar una consulta, consultar la agenda de las distintas especialidades y técnicos, consultar su estado de cuenta, consultar los resultados de laboratorio alguna horas después de haberse realizado la extracción de sangre, datos y geo-localización de todos nuestros Centros médicos, revisar su cuenta corriente, sacar número para la Farmacia del Policlínico ó en gestión comercial, consultar por cuál número van si usted está en otro sitio, etc. Asimismo para este año, la App continuará con su desarrollo permanente, los cual nos permitirá comunicarnos en forma personalizada con los afiliados, enviando mensajes de promo-prevención de salud de acuerdo a sus necesidades específicas; como también listarle los medicamentos que toma e informarle acerca de estado del Departamento de Emergencias en cuanto a esperas.

Por otra parte, queríamos informarles que se vienen vendiendo a gran ritmo las habitaciones privadas que se están construyendo en el 6to.

piso del Sanatorio nuevo. Tanto los socios individuales como sus familias, pueden acceder a precios muy competitivos en el mercado, a una habitación de primerísimo nivel, con un equipamiento superior y con gran nivel de excelencia en servicios. Lo invitamos a informarse a través de nuestro sitio Web, donde incluso puede hacer consultas que serán respondidas en el mismo día, concurrir al stand del policlínico armado exclusivamente para tal fin, ó llamar al 2 487 10 50 interno 2430 donde amablemente lo atenderemos para contarles los planes que se ajustarán a sus necesidades personales ó familiares.

Y a estas dos excelentes noticias precedentes, se suman en este número como siempre, artículos médicos importantes no sólo 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 "Casmu Cerca"

Un saludo afectuoso para todos y el deseo de que este 2018 venga acompañado de trabajo, concreción de proyectos y calidad de vida.

1727/CASMU

Primera Jornada de Seguridad y Prevención en Atención Sanitaria Extra Hospitalaria

(Segunda Parte)

El pasado 30 de octubre en CASMU se debatió sobre Seguridad y Prevención en la atención Extra Hospitalaria.

Continuando con el desarrollo de la Jornada (Ver primera parte en el número anterior de Casmu Cerca), la Licenciada Pamela Camaño describió el funcionamiento de la Enfermería domiciliaria que da soporte a los Programas de Cuidados Paliativos, Internación Domiciliaria y Curaciones. Señaló los criterios de inclusión y exclusión de esos programas y refirió que se asisten unos 400 pacientes a través de 300 visitas diarias.

Informó también, que en el último quinquenio han visto un aumento en el número de situaciones de violencia a las que se han enfrentado, señalando que tienen contabilizados 30 incidentes. En 28 ocasiones se vio involucrado personal femenino, contabilizándose 11 robos y 19 episodios de violencia física o verbal



Dr. S. de los Santos

Dra. R. Pannone

Directores Pre Hospitalarios
CASMU IAMPP

En esta jornada de reflexión, CASMU planteó diferentes conclusiones y propuestas acerca del tema. Entre ellas se destacan las siguientes propuestas:

El diseño de una Guía o Protocolo para aquel trabajador de la salud que ejerce en soledad.

1. Ser incluidos en la Gestión Común del Riesgo junto a Medicina Descentralizada y 1727 EMERGENCIAS.
2. Fomentar el trabajo en equipo y optimizar el uso de la tecnología, mejorando las comunicaciones entre los distintos actores.



Lic. Pamela Camaño y Dra. Anahí Barrios

A continuación la Dra. Anahí Barrios, delegada ante la COMSEPAE de la Medicina Descentralizada de CASMU, expuso la situación y las propuestas de su sector.

El equipo de médicos que realizan unos 2000 llamados semanales en régimen de consulta, o radio, lo constituyen unos 200 colegas.

Durante el último semestre del año anterior, denunciaron 45 incidentes que abarcan desde la agresión verbal al secuestro, pasando por el robo, la agresión física y la rapiña.

El 84% de estos eventos tuvo como víctimas a colegas de sexo femenino, y del total de incidentes solo el 31% fue denunciado a la policía. 12 de los colegas agredidos,

dando razón a uno de los planteos de la DT de CASMU, acerca de que la violencia ciudadana podría entorpecer el acceso y dificultar la prestación de salud a sectores importantes de la sociedad, decidieron abandonar su tarea en el territorio, o simplemente renunciaron a su trabajo.

En la figura siguiente, resumió los documentos hasta el momento existentes en lo que refiere a la temática de la Jornada:

Antecedentes

Protocolos Existentes para los Equipos de Salud y/o trabajo en las Comunidades	
Protocolo de Seguridad en la Escena de Atención Extra Hospitalaria COMSEPAE	2012: CASMU-1727, Cámara de Emergencias, SMU, ASSE, FFSP, FUS, firmado por M. del Interior 2017
Protocolo de Seguridad para actividades Domiciliarias de los Equipos de Salud del Primer nivel de atención	Julio 2015, ASSE, SMU, SUMEFAC
Guía de Prevención, Protección y Actuación para los equipos técnicos durante el trabajo de acompañamiento familiar y trabajo de cercanía	Julio 2014, Julio 2014 - Mides - Uruguay Crece Contigo

Acto seguido, y desde el punto de vista de la Medicina Descentralizada, realizó las propuestas que esperan construir a partir de este trabajo:

Propuestas de Atención Descentralizada de CASMU

- Construir un Protocolo para el Primer nivel de atención.
- Construir un índice sencillo para situaciones de eventual riesgo.
- Central de Comunicaciones común a todos los servicios domiciliarios:
 - Domicilios en zonas de riesgo.
 - Contacto con el paciente o familiar.
 - Solicitud de apoyo necesario.
- Capacitación del Equipo de Salud.
 - Evitar indicaciones que pongan en riesgo al resto del equipo asistencial.
- Información a los usuarios sobre la más adecuada utilización de los servicios.
- Promover registro de denuncias.
- Apoyo institucional ante situaciones de Stress Post-traumático.

Luego del lunch, la atención se centró en la exposición que el Crio. Víctor Hernández, miembro del Centro de Comando Unificado (CCU) dio en nombre del Ministerio del Interior.

Comenzó diciendo que pese a que es cierto que la violencia ciudadana ha crecido, y que deben de tomarse tal vez más precauciones que hace algunos años, el Uruguay continúa siendo uno de los países más seguros de las Américas. Reseñó que por su trabajo le ha tocado viajar por todo el mundo en los últimos veinte años y que, pese a que al volver recientemente ha encontrado cambios, nuestra situación es privilegiada con respecto a casi todo el mundo.

Continuó diciendo que "Seguridad" es tal vez la sensación de total confianza que se siente por algo o alguien, para luego afirmar que el 99% del país es seguro y que el 1% restante es el problema y es el que aparece en las noticias.

En nuestro país no ocurre lo que en otros, y es que a ese 1% la policía no entra. En Uruguay, la policía ingresa a todos lados y termina controlando el 100% del territorio.

Citó al Dr. Bogliaccini en lo que refiere a que la profesión médica se ejercía por vocación y en ella había una elección de servicio que podía implicar cierto riesgo, y agregó que es el caso también de los maestros, o los policías.

Explicó luego en una presentación que ilustró al personal de salud (que confesó luego desconocer la magnitud del trabajo policial), en qué consiste la tarea del CCU, cómo funciona el Sistema Integrado de Video Vigilancia, el Monitoreo de situaciones de Violencia Doméstica, el 911, las llamadas al 105 de SAME, las de Caminera, el volumen de solicitudes de apoyo y de llamadas telefónicas diarias además de los recursos tecnológicos con los que cuentan.



Co Directora Pre Hospitalaria Dra. Raquel Pannone y Crio. Víctor Hernández

Hernández explicó que el CCU es el órgano operativo de la policía nacional, creado por el decreto 176 del 7 de junio de 2010. Incluye el manejo de una serie de recursos tecnológicos que permiten al CCU operar con autoridad “delegada”. Puso como ejemplo el hecho de que si bien ellos no tienen facultades administrativas sobre los coches de radio patrulla, si son los que administran esta flota en tiempo real. Se refirió al hecho de que no solo deben responder a las “Urgencias” que se solicitan a través del 911, sino que tienen además la tarea diaria de control, administración y coordinación de toda la actividad policial de Montevideo y Canelones. Esto incluye la coordinación en tiempo real de los servicios de Bomberos, Policía nacional de Tránsito y ambulancias del SAME a través de una plataforma que incluye la tarea de 450 personas distribuidas en 4 turnos y que prestan la atención 24/7/365.

Explicó luego que el Centro de Comando Unificado tiene una Dirección General y 5 grandes líneas de trabajo:

1. La Dirección de Servicios de Emergencia (911)
2. La DIMOE (Dirección de Monitoreo vinculado a violencia doméstica, restricciones y libertades asistidas)
3. La Dirección de Tecnología, que da soporte de telefonía, comunicaciones y video vigilancia.
4. La Dirección de Estadística y Calidad, que es un organismo auditor interno.
5. La AVARU o Área de Video vigilancia, Analítica y Relevamiento Urbano, a cargo del monitoreo de las cámaras ya instaladas en Montevideo.

Señaló que existen ya instaladas 1120 cámaras y que este número llegará a 3000 posiblemente antes de fin de año. Existe, según señaló, reconocimiento en tiempo real de lo que está sucediendo las 24 horas del día los 365 días del año. Pueden también consultar la red de cámaras de la IMM e incluso apoyarse en los circuitos privados de cámaras por orden judicial. Refirió además que el local en donde hoy funciona el CCU, con un área de recepción de llamadas con 14 telefonistas, es pequeño y se mudarán a un local más adecuado próximamente.

La Dirección de Emergencia, cuenta con dos grandes áreas: la Central telefónica del 911 y la Mesa de Despacho o Central de Operaciones para zona metropolitana que cuenta con 12 mesas de Despacho y 7 puestos de Supervisores. Refirió que todas las llamadas que se reciben desde un celular, son atendidas por los 14 telefonistas del 911 y que aquellos que se realizan desde teléfonos fijos, se derivan automáticamente a las Comisarias Departamentales correspondientes.

El 911 recibe unas 200000 llamadas al mes, (162000 de Montevideo, 11300 de Canelones y unas 26000 del resto del país) y de ellas unas 77000 corresponden a eventos reales de todo tipo que hay que atender.

Bromeó diciendo que obviamente no tenían 77000 policías ni vehículos para poder responder a todas esas solicitudes, y que por ello fijaban prioridades a través de un triage numérico de 1, 2 y 3.

La prioridad 1 está fijada en que la policía responda llegando en no más de 8 minutos y en el mes analizado fueron 6322. Refirió además que toda la tarea policial es hoy auditable en la medida en que las comunicaciones telefónicas y hasta las radiales están grabadas.

Señaló a su vez la importancia de la comunicación entre los actores, pues desde la reunión que había mantenido con los Dres. de los Santos y Pannone 15 días atrás, habían cambiado el protocolo de tratamiento de las solicitudes de apoyo de 1727 EMERGENCIAS.

Refiriéndose a los Protocolos de acción, destacó la importancia de su existencia pues “los protocolos no solamente establecen obligaciones, sino que establecen el marco en el que se desarrollan los hechos y constituyen nuestra y vuestra defensa el día que seamos llamados a responsabilidad”.

Aclaró, como ya había sido dicho, que no hay zonas rojas en el país y que lo que sí existe son zonas “de contexto de riesgo”, o zonas en las que deben tomarse más precauciones que en otras para poder desarrollar cualquier actividad,

Desde febrero de 2017, cuando el Ministerio del Interior firmó el Protocolo en el SMU y quedó por tanto conminado a prestar ayuda a equipos de salud en el ingreso a esas zonas, se produjeron promedialmente unas 180 situaciones de apoyo al mes.



Médicos, Enfermeros y Choferes escuchando la exposición del Crio. Víctor Hernández del CCU.

El Crio. Hernández mostró luego la nueva APP 9-1-1 que permite a cualquier ciudadano estar en contacto con el Ministerio del Interior a través de ella, y poner en conocimiento del 911 en tiempo real si es víctima de una rapiña, un secuestro o un copamiento, además de otras emer-

gencias, como ser testigo de un incendio, un siniestro de tránsito o un episodio de violencia doméstica.

Señaló que es necesario un uso responsable de esa aplicación, que fue bienvenida por el Presidente del SMU Dr. Grecco.

El Dr. de los Santos consideró que esa misma aplicación podría ser muy útil para poder ser aplicada a los móviles de emergencia, dando en tiempo real una idea de la situación a la que se enfrentan. El Crio. Hernández explicó que la aplicación está aún diseñada solamente para personas físicas y no para empresas, pero que podría estudiarse la posibilidad de su uso por ellas.

El Dr. Luis Pacheco, miembro de COMSEPAE y asistente al evento, sugirió incorporar en la aplicación un botón capaz de permitir la identificación de "Personal de Salud en actividad". Hernández comentó, que al igual que la sugerencia hecha por de los Santos, sería tomada en cuenta a la hora de plantearse incorporaciones a la APP.

Invitado por la Organización de la Jornada a exponer a continuación, el Secretario Adjunto de la Federación Uruguaya de la Salud Víctor Muniz señaló:

1) Se preguntó ¿qué teníamos antes y qué tenemos a partir del Protocolo existente? La elaboración del protocolo, llevó prácticamente dos años, no fue sencilla y terminó siendo un documento que es necesariamente dinámico.

2) Recordó que desde COMSEPAE, desde FUS y desde la red de sindicatos de las Emergencias Móviles, han estado solicitando a las empresas que realicen talleres vinculados a la aplicación real del Protocolo de Seguridad. Este hecho, ayudaría a evitar una cosa que no debería suceder: que interpretemos distinto lo que está escrito. Con esta Jornada 1727, solamente dos empresas los han hecho, en la que él trabaja y esta.



Sr. Víctor Muniz, Secretario Adjunto de la Federación Uruguaya de la Salud.

3) Recordó un conflicto surgido 15 días antes por diferente interpretación del Protocolo por parte de trabajadores tercerizados de una Emergencia Móvil y la Empresa, y enfatizó acerca del concepto de que la percepción del riesgo no es patrimonio de ninguno de los integrantes del equipo asistencial.

4) Señaló que la FUS ha realizado ya cinco instancias en Montevideo e Interior del país, informando acerca del contenido del Protocolo que es de nivel Nacional, pues en el interior se repite las situaciones vividas en la capital y área metropolitana.

5) Recordando lo dicho por el Presidente del SMU en su intervención acerca de la importancia del respeto y la adhesión al Protocolo, dijo que esa actitud debía ser bidireccional. Respeto y adhesión al Protocolo por parte de la Empresa hacia los trabajadores y viceversa.

6) Señaló además que cuando compañeros choferes se quedan en los móviles durante las atenciones domiciliarias y son robados o agredidos, lo fueron porque no cumplieron el Protocolo. Estas actitudes impiden que el sindicato pueda defenderlos pues ellos mismos no cumplieron lo que tanto costó acordar.

7) Recordó luego que de los Santos había dicho que CASMU/1727 había publicado el Protocolo en su revista *Casmu Cerca*, y exhortó a todas las empresas a seguir ese camino.

8) Expresó más adelante que salvo CASMU/1727, otras instituciones mutuales que también tienen su Enfermería Domiciliaria y sus llamados de radio, con los mismos riesgos, no han adherido al Protocolo y que este es un deber para resolver más adelante.

9) Recordó por último el reciente aniversario (veinteavo) del asesinato del Auxiliar de Enfermería Miguel Martínez en la Puerta del Hospital Maciel. Según manifestó, Miguel murió por ser solidario en la defensa de sus compañeros, mientras una banda intentaba rescatar a un preso. Esas, dijo por último, son las cosas que hay que tener en la memoria para trabajar en estos temas.

Acto seguido, y luego de que la Organización de la Jornada explicara por enésima vez que la no realización de una asistencia domiciliaria ha sido, es y será excepcional, el Dr. de los Santos explicó que choferes, enfermeros, integrantes de la Sala de Comunicaciones (Cabina) de 1727 EMERGENCIAS, médicos de la Emergencia Móvil, de radio y enfermeros y choferes de otros servicios domiciliarios de CASMU, habían trabajado durante al menos un par de meses en delimitar en Montevideo y área Metropolitana, áreas consideradas como de eventual riesgo potencial y por tanto consideradas como zonas en las que los equipos de salud deberían manejarse con mayor disposición a la prevención.

Así se hizo y al consultar al Crio. Hernández acerca de su visión de nuestras sugerencias, coincidió plenamente con ellas.

Luego de este ejercicio, se procedió a dividir en grupos a los concurrentes y se les plantearon diferentes casos clínico/geográficos, para que cada grupo expresara cómo aplicaría el Protocolo existente a cada situación.

Según todos los actores, la actividad fue altamente positiva ya que permitió comparar actitudes, discutir interpretaciones y aggiornar criterios vinculados a la atención de usuarios reales, en barrios y calles concretas, en diferentes horarios y meses del año.



Adj. a Dir. de Servicio AE. E. Ramos, Jefe de Flota F. Montenegro y otros colegas y personal domiciliario en su grupo de casos clínicos.



Chofer de AVA, M. Carballo, Dr. P. Dieste, Dra. A. Martínez, AE M. Cibottari, en su grupo de taller de casos clínicos.

Por último, y reconociendo la labor del Grupo de Trabajo de 1727 integrado por la Dra. A. Pedemonte, la Jefatura de Servicio y Economato AE. D. Asambuya, el Jefe de

Flota de 1727 EMERGENCIAS, F. Montenegro, integrantes del SAED como el AE J Corbalán y otros enfermeros, choferes, telefonistas y despachadores de la Emergencia Móvil institucional, el Dr. de los Santos cerró la Jornada aceptando el desafío de resumir el material recopilado y propuso como resumen para futuras discusiones, los siguientes puntos:

- 1) Profundizar el estudio de la incidencia de las agresiones de todo tipo a los diferentes equipos de salud, cruzando números con las autoridades del Ministerio del Interior, el Sindicato Médico y el resto de las Empresas de Salud interesadas en el tema.
- 2) Intentar comparar nuestra realidad con la de países de la región, cuyos números desconocemos.
- 3) Mejorar las comunicaciones con el Ministerio del Interior, pero muy especialmente las comunicaciones internas que permitan que todo el personal que realiza tareas fuera de CASMU acceda en tiempo real a datos acerca de cómo están las áreas en donde debe desarrollar sus tareas, y a ayuda en caso de necesitarla.
- 4) Agregar al Protocolo, como ya estaba planteado por la SUMEFAC y el grupo de estudio que organizó esta Primera Jornada, todas las actividades extramuros no emergentes.
- 5) Delinear un algoritmo con un accionar de prevención sugerido por este, que optimice la seguridad de todos los equipos en el extra hospitalario.
- 6) Capacitar al personal y a los usuarios. La ausencia de conocimiento del Protocolo en los usuarios, genera gran descontento cuando no conocen las causas de las demoras en prestar la atención o los motivos que sugieren diferir una atención no urgente para otro momento del día. Se sugiere continuar la difusión del Protocolo actual por todos los medios disponibles. (Página web, revista, jornadas, etc.)
- 7) Capacitar al personal en la "Gestión del Riesgo" y la negociación. Existen institutos dedicados a esta formación y se recomienda contar con esa capacitación lo antes posible.
- 8) Por último, se redactará un documento en el que los temas aún polémicos puedan ser objeto de discusión para intentar puntos de consenso.

La Dirección Pre Hospitalaria de CASMU IAMPP, convoca desde ya a continuar trabajando junto a la Medicina Descentralizada y todo otro personal de salud que desarrolla tareas fuera de los sanatorios y policlínicos, para avanzar en las propuestas que se delinearon en la Jornada.

*Como las partes, a nuestro juicio, fundamentales de las exposiciones fueron filmadas, este material está a disposición de quien lo solicite a esta Dirección.

PIOSAN y listo!

Elimina de forma inmediata piojos y liendres

5 MIN

NATURAL

NO
PRECISA
PEINE
METÁLICO

NO DEJA
EL PELO
GRASO



Programa de educación integral de cuidados de Enfermería a usuarios dependientes

En la pasada edición les presentamos el Programa de educación integral de cuidados de Enfermería, que se lleva adelante en el Sanatorio N°1 de CASMU. El mismo, consiste en informar y capacitar a los pacientes y sus cuidadores y/o familiares en las tareas que se requieren para el cuidado de un familiar con dependencia en sus necesidades básicas.

En esta oportunidad queremos mostrarles las técnicas, materiales y precauciones necesarias a la hora de realizar el baño en cama de un paciente.

Técnicas de cuidados de Enfermería para usuarios en domicilio



Lic. Beatriz Mariño
Nurse Supervisora de Departamento de
Enfermería del Sanatorio 1

BAÑO EN CAMA

El aseo corporal es una necesidad básica del ser humano. Son evidentes las ventajas físicas, psíquicas e incluso sociales que conlleva el estar aseado.

El baño en cama es una técnica bastante sencilla que se realiza a la hora de practicar el aseo total a una persona que, por su estado de salud, no puede abandonar la cama.

La técnica consiste básicamente en ir enjabonando, enjuagando y secando a la persona en cama por partes, evitando enfriamientos, protegiendo simultáneamente la cama para no mojarla y cambiarle finalmente la ropa usada por otra limpia, todo esto sin tener que levantarlo.

Son técnicas simples basadas en la experiencia de muchos años de práctica brindando cuidados, que pueden practicarse durante el tiempo de internación y aplicarlas luego en el cuidado de los usuarios dependientes en domicilio, por parte de acompañantes o familiares.

MATERIALES

- Una toalla grande
- Dos toallas medianas
- Dos paños chicos de tela esponja
- Jabón neutro
- Dos palanganas
- Un peine
- Ropa limpia de la persona cuidada
- Ropa limpia de cama y zalea
- Cepillo de dientes y pasta dental
- Vaso
- Chata
- Guantes desechables
- Balde para desechos

TÉCNICA

1. Preparar todo lo necesario, poniéndolo a mano y or-

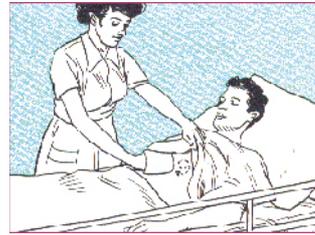
denando la ropa de la cama en el orden en el que se va a usar.

2. Pedir la colaboración de la persona que estamos cuidando.
3. Comprobar que la temperatura de la habitación sea adecuada y haya intimidad.
4. Ofrecer a la persona cuidada la posibilidad de orinar antes del baño, proporcionándoles en su caso la chata o el violín.
5. Realizar el aseo de la boca, cuidando de retirar y limpiar las prótesis dentales.
6. Retirar las ropas de la cama tapando a la persona cuidada con la toalla grande.
7. Retirar la almohada, si la persona soporta estar sin ella, sino dejarla puesta.
8. Situarse a un lado de la persona cuidada.
9. Quitar el camisón o pijama manteniendo la toalla grande sobre el cuerpo para que no se enfríe.
10. Llenar las palanganas de agua tibia.

Introducir un paño en cada palangana.

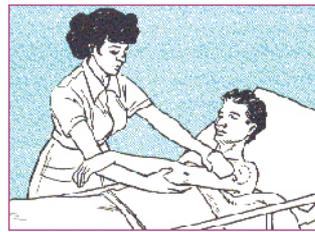
Una será utilizada para enjabonar y la otra para enjuagar; tendremos cuidado de no intercambiarlas.

11. En el momento en el que el agua de cualquier palangana esté sucia o la de enjuagar se llene de jabón, la cambiaremos por agua limpia.
12. Poner una toalla pequeña cruzando el pecho y lavar la cara y las orejas con la esponja de enjuagar. Es mejor no usar jabón en esta zona.
13. Secar muy bien cara y las orejas con la otra toalla.
14. Levantar el brazo más lejano a nosotros y poner la toalla pequeña que estaba en el pecho debajo de él. Esta toalla servirá para evitar humedecer la cama a lo largo del baño en cama.
15. Poner la palangana de jabón sobre la cama e introducir la mano de la persona cuidada en ella. Enjabonar muy bien, haciendo hincapié en las uñas y entre los dedos. Enjuagar y secar.
16. Sosteniendo el brazo por encima de la muñeca, lavar el brazo, el hombro y la axila; enjabonando, enjuagando y secando.



17. Realizar la misma maniobra con el brazo más cercano.

18. Descubrir la zona del pecho y cuello doblando por la mitad la toalla grande que cubría al usuario, cubrir el abdomen con la toalla chica, enjabonar y enjuagar el tórax. Secar muy bien, sobre todo debajo de las mamas de la mujer.



19. Tapar el pecho y descubrir el abdomen doblando la toalla chica ahora sobre el pecho. Enjabonar, enjuagar y secar con movimientos circulares para estimular los movimientos intestinales, hacer hincapié en el ombligo.

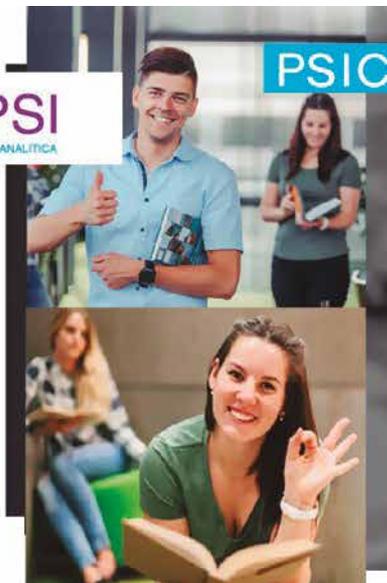
20. Descubrir totalmente la pierna más lejana a nosotros y colocar la toalla protectora debajo de ella. Enjabonar, enjuagar y secar pierna y muslo.



CURSO ANUAL

1ER. AÑO
FORMACIÓN TEÓRICA
EN LA COMPRENSIÓN
PSICOANALÍTICA
DEL ENFERMAR.

☎ 091229622
f @Cemepsi
✉ asociacioncemepsi@gmail.com



PSICOSOMÁTICA

CEMEPSI es una Institución de Formación Académica y de atención psicoterapéutica a pacientes, donde los profesionales de la Salud (Psicólogos y Médicos), pueden acceder a la Formación Teórica en Psicosomática

Si tratamos en la clínica con personas, tarde o temprano enfrentaremos la situación de enfermedad.

Nos enfermamos nosotros, se enferman los pacientes y llevan su situación de enfermedad y sus síntomas a la sesión.

Que hacer? | Cómo trabajar?
Para la **PSICOSOMÁTICA** el enfermar es un padecer humano que involucra al hombre como un todo: **CUERPO, ALMA Y SOCIEDAD.**

INICIO: 11 ABRIL

Frecuencia semanal:
miércoles de 19 a 21:30 hs.

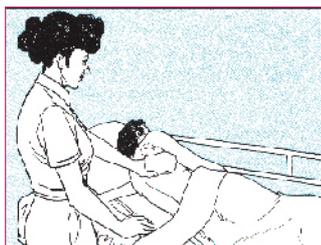
21. Colocar la palangana con jabón a los pies de la persona cuidada y si la persona cuidada puede doblar la rodilla, introducirle el pie dentro para enjabonarlo. Hacer hincapié en las uñas y entre los dedos.

22. Repetir la operación completa con la otra pierna y con el otro pie.

23. Pedir a la persona cuidada que se vuelva sobre un lado de tal forma que nos muestre la espalda. Ayudar a la persona si lo necesita en este movimiento y asegurarse de que está estable y no se puede caer.

También puede colocarse boca abajo si lo desea.

24. Colocar la toalla protectora, sobre la cama, a lo largo de la espalda del paciente. Enjabonar, enjuagar y secar la espalda y las nalgas utilizando movimientos largos y circulares.



25. Colocar la chata, volver de nuevo a la persona cuidada sobre su espalda y lavar la región genital. Utilizar una esponja descartable o algodón, con guantes limpios, separar los labios de la vulva en la mujer y retirar el prepucio en los hombres, enjabonar, enjuagar y secar muy bien.

26. Peinar, colocar desodorante y cremas hidratantes y nutritivas en toda la piel.

27. Terminado el aseo, vestir a la persona cuidada y hacer la cama de limpio con la técnica de tendido de cama ocupada.

28. Colocar la almohada y poner a la persona cuidada en una posición cómoda.



PRECAUCIONES

- Cambiar el agua cada vez que se ensucie, se enfríe o se llene de jabón.
- Secar muy bien las zonas entre los dedos de manos y pies, el ombligo, las axilas, los pliegues mamarios de la mujer, las ingles y debajo del escroto en los hombres.
- Si la persona cuidada puede colaborar, estimule en la medida de lo posible que ella se lave las zonas más personales como son la cara y los genitales.
- Procure que el baño no dure más de veinte minutos.

■ Observe cuidadosamente la piel de la persona cuidada en busca de signos de lesiones de apoyo.

■ Aprovecha este momento de intimidad para dialogar con la persona que está cuidando, interesándose por sus preocupaciones y por su estado emocional.

ASEO DEL CABELLO

■ El aseo del pelo se debe realizar con la frecuencia que el pelo de la persona lo requiera.

■ Lo cierto es que la limpieza del cabello y del cuero cabelludo es fundamental para tener una sensación agradable de aseo.

- Palangana
- Jarra con agua caliente
- Hule o trozo de plástico
- Toallas
- Champú
- Crema suavizante
- Secador de mano

TÉCNICA:

1. Preparar el equipo y llevarlo a la habitación.
2. Poner a la persona boca arriba, haciendo colgar la cabeza fuera de la cama.
3. Colocarle debajo de la cabeza una silla y sobre ella una palangana o cubo vacío (ver figura).
4. Poner el hule o plástico debajo de la cabeza del enfermo y sujetarlo delante con unas pinzas, doblándolo de tal forma que canalice el agua hasta la palangana o el cubo.
5. Verter agua y enjabonar, al menos dos veces con champú.
6. Aclarar con agua caliente, secar perfectamente y peinar.





Selecto y sereno, el Cementerio Parque Los Fresnos de Carrasco es elegido por quienes aprecian cada detalle de la fusión con la naturaleza y buscan el refugio que brinda un estilo individual.

Atendiendo la creciente demanda por servicios de cremación y en línea con nuestro objetivo de excelencia, hemos incorporado a nuestra infraestructura **dos hornos crematorios**.

Contamos asimismo con **salas velatorias**, las cuales se prestan tanto para servicios fúnebres que culminen con la cremación o sepultura en el Cementerio Parque Los Fresnos de Carrasco, como para aquellos que optan por otra opción.

Estamos a su disposición recibiendo consultas y sugerencias. Le asesoraremos contactándose al teléfono **2682 9140** o a través del correo electrónico **oficina@losfresnos.com.uy**





Traumatismos dentales en niños con dentición temporaria



Dra. Rosina Brovia
Especialista en Odontopediatría
(Universidad de la República)

Los traumatismos dentales son la urgencia en odontología que causa mayor impacto emocional y psicológico en el niño y sus padres. El papel del odontólogo es fundamental, sobre todo a la hora de dar tranquilidad y confianza.

Aproximadamente la tercera parte de los niños de hasta 5 años ha sufrido un traumatismo o golpe en los dientes temporales o de leche. Entre los 0 y 6 años las causas

de las lesiones se deben principalmente a caídas, pero no se pueden descartar las ocurridas en accidentes de tránsito y las ocasionadas por violencia doméstica.

La máxima incidencia se alcanza entre los 2 y los 3 años, momento en el cual la coordinación motora se está desarrollando y los niños exploran el moverse y jugar por sí solos.



Relación anatómica de las denticiones

El manejo del trauma en la dentición temporal es diferente que el de la dentición permanente. La gran proximidad

existente entre los dientes permanentes en desarrollo (gérmenes) y las raíces de los temporarios determina que sea muy probable la transmisión de las fuerzas traumáticas entre ellos, además la inflamación proveniente del diente traumatizado puede provocar alteraciones de diversa severidad en su sucesor permanente, pudiendo presentarse discretas alteraciones en su aspecto, malformación dentaria, dientes impactados y trastornos de la erupción de dentición permanente.

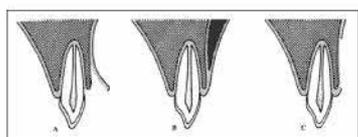
Las alteraciones que pueden sufrir los dientes permanentes como consecuencia de traumas en la dentición temporal varían entre 12% y 69%, y se calcula que el 10% de éstas producen cambios del esmalte de los dientes permanentes, que se ven como variaciones de color o aspecto irregular de la superficie del esmalte.

Los factores para tener en cuenta a la hora de seleccionar el tratamiento son la madurez del niño, su capacidad para enfrentar situación de emergencia, el tiempo que falta para el recambio del diente dañado y el tipo de oclusión (mordida).

Diagnóstico

Es muy importante el interrogatorio y la recolección de datos obtenidos (anamnesis) para esclarecer la situación. Conocer cómo, cuándo y dónde se produjo la afectación. Se debe descartar la existencia de algún trastorno que afecte la salud general, sobre todo si no ha recibido el control médico. De ser necesario se derivará a consulta pediátrica.

El examen clínico consta de un examen extra oral (externo de cara) en busca de laceraciones, hematomas, cortes, inflamación, asimetrías, alteraciones de la oclusión (mordida), pudiendo ser estos indicadores de lesiones de estructuras óseas. En el examen intra oral propiamente dicho, se observan labios, encías, frenillos y dientes, determinando movilidad, pérdida de sustancia, desplazamientos, relación con vecinos y antagonistas o pérdida total de los mismos.



Lesiones de la encía o de la mucosa oral. A: Laceración de la encía. B: Contusión de la encía. C: Abrasión de la encía.

Fuente: Andreasen JO, Atlas de lesiones traumáticas de los dientes. 1ª edición.

Barcelona: Editorial Labor S.A.; 1990. P. 5.

Lesiones de tejidos blandos

Las lesiones traumáticas dentarias están frecuentemente asociadas a diferentes tipos de lesiones de tejidos blandos, incluyendo mucosa bucal, labios y piel facial. Es habitual hallar cuerpos extraños como tierra e incluso fragmentos dentarios que pueden incrustarse en los tejidos blandos. Esta situación impone una limpieza meticulosa de la zona, y si es necesario se deben efectuar suturas.

La prescripción de antibióticos estará condicionada por la presencia de heridas contaminadas, cuando el tratamiento sea tardío (más de 24 horas posterior al traumatismo), ante presencia de lesiones penetrantes de labio y mejilla o cuando el sistema de defensas del paciente esta disminuido. Es importante verificar si el paciente tiene la inmunización del tétanos.

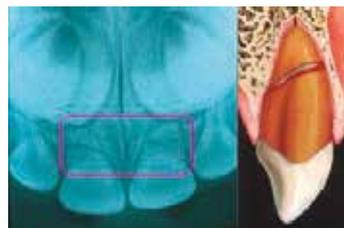
Lesiones alveolo dentarias

Fracturas coronarias: están las fracturas no-complicadas que involucran solo esmalte. El tratamiento es sencillo y alcanza con pulir bordes filosos o en caso de ser un poco más extensas la aplicación de una restauración específica. Las complicadas incluyen además de esmalte y dentina la afectación de la pulpa dental (nervio). En pacientes colaboradores se pueden realizar tratamientos pulpares y si no es posible se indica la extracción de la pieza afectada.

Corono radiculares; es cuando la fractura afecta tanto a la corona como a la raíz, e requiere como tratamiento la exodoncia (extracción).



Fracturas radiculares: aquellas que presentan un mínimo desplazamiento del fragmento coronario pueden dejarse sin tratamiento y seguirán sus procesos de reabsorción en el tiempo esperado. En cambio, cuando el fragmento coronario se encuentra desplazado, el tratamiento es la remoción de este fragmento dejando la porción radicular que se reabsorberá fisiológicamente (como lo hace cualquier diente temporal). La erupción del diente permanente no se verá afectada.



Alveolar: Es cuando el hueso que rodea al diente se fractura. El tratamiento es llevar al lugar el hueso y el o

los dientes y ferulizar (fijar dientes a sus vecinos), siempre y cuando los dientes vecinos estén ya erupcionados. Luego se establecen controles de seguimiento.

Lesiones de las estructuras de sostén del diente

Conclusión: el diente queda sensible al tacto, no tiene aumento de movilidad, radiográficamente no se ven cambios. Son importantes los controles posteriores.

Subluxación: luego del golpe el diente se presenta con movilidad leve y sin desplazamiento. Radiográficamente no hay cambios y el tratamiento consiste en los controles posteriores.

Luxación extrusiva: el diente se ve más largo y con mucha movilidad, el tratamiento dependerá del grado de desplazamiento, movilidad, estado de la formación radicular.



Luxación lateral: el diente se presenta desplazado generalmente inmóvil. Si la mordida no interfiere se deja que el diente vuelva a su lugar solo, mientras que si hay interferencia, bajo anestesia local se lleva el diente a su lugar. Si el desplazamiento es muy severo o alejado el tratamiento se realiza extracción o exodoncia.

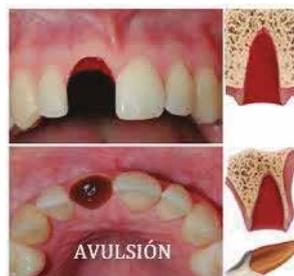
Intrusión: se produce cuando la dirección de la fuerza del golpe determina que el diente se incluya parcial o totalmente. Cuando la intrusión es completa esperamos la re erupción del diente y después se decide que tratamiento seguir.

En la intrusión parcial, si la punta radicular está desplazada hacia la tabla vestibular (externa) se espera la re erupción del mismo, por el contrario si se comprueba que hay contacto con el diente en desarrollo, el tratamiento es la extracción.



1- Aspecto clínico de una intrusión completa
2- Aspecto radiológico

Avulsión: el impacto recibido determina el desalojo del diente de su alveolo. En dentición primaria no se aconsejan re implantes.



Conclusiones

Por la proximidad que existe entre las raíces de los dientes temporarios y los dientes permanentes en formación, la fuerza del impacto sobre un diente primario puede producir alteraciones en los dientes permanentes.

Los dientes temporales traumatizados que sufren infección crónica pueden alterar la formación del diente permanente.

El tratamiento adecuado del diente temporario traumatizado está salvaguardando la integridad del diente permanente.

La edad del niño en el momento del traumatismo es un aspecto importante, ya que cuanto más pequeños mayor es la probabilidad de que se presenten alteraciones en la dentición permanente.

El tratamiento de un diente traumatizado finaliza cuando su sucesor completó su proceso de erupción, para ello se establecen controles durante ese tiempo.

El mejor tratamiento es la prevención.

Los cuidados que hay que tener luego de un traumatismo dental son: mantener la zona higienizada correctamente, evitar morder alimentos duros con la zona afectada, evitar golpearse en el mismo lugar. Si es necesaria alguna medicación, esta será indicada por el profesional tratante.

Bibliografía consultada

- J.O Andeassen. Manual de Lesiones Traumáticas Dentarias
- International Association of Dental Traumatology (IADT). Protocolo para el manejo de lesiones traumáticas en dentición temporal



→ Llévala siempre. Usala siempre

Comprando con

Midinero

todo te sale
más **BARATO**

- **4 puntos menos de IVA en compras**
- 2 en pago de facturas
- 9 en restaurantes



redpagos

midinero.com.uy | [f Midinero](#) | [@Midinerooficial](#)

Tranquilo,
la excelencia en óptica está
a unos pocos metros de Ud.

Cuando visite a su médico oftalmólogo en CASMU, estará muy cerca de ver mucho mejor.

Porque además de salir con las recomendaciones de un excelente profesional, encontrará los mejores servicios ópticos en Infinito, a metros del consultorio.

Sólo dé unos pocos pasos al salir del Policlínico de 8 de Octubre.

En Infinito, encontrará la calidad que Ud. merece.

**CASMU e Infinito Servicios Ópticos,
juntos con visión de futuro.**



infinito
Servicios Ópticos y Auditivos



**SANATORIO
CENTRAL
OFRECERÁ EL
SERVICIO DE
INTERNACIÓN
BREVE**

Casmu amplía su atención en salud mental e inaugura nuevas salas

Comprometido con la mejora constante de la atención que ofrece a sus usuarios, Casmu inauguró dos salas especializadas en su renovado Sanatorio Central (8 de octubre y Abreu) donde comenzará a funcionar el servicio de internación breve del Departamento de Salud Mental que anteriormente se desarrollaba en el Sanatorio 4 (Avda. Luis Alberto de Herrera).

Atendido en cuatro turnos por un equipo de profesionales liderado por un médico psiquiatra y asistido por un médico internista, una nurse y un enfermero, el área de internación breve recibe pacientes cuyo tratamiento requiere una estadía corta o continuar la recuperación en otras dependencias especializadas.

Creando un entorno seguro para recibir casos de psicología médica, adicciones o violencia doméstica, el nuevo espacio incorpora un completo servicio de urgencia con una sala de observación especialmente acondicionada

para las consultas. Además, ofrece cuatro camas para los pacientes que requieran una atención de entre 2 a 24 horas y dos camas de tránsito.

Conjuntamente, la renovación incorpora una sala de espera moderna y amplia, destinada exclusivamente a los usuarios que serán atendidos por el psiquiatra de guardia. Este espacio cuenta con capacidad para diez personas, asegurando la asistencia a todos los casos que se presenten en un consultorio pensado especialmente para garantizar el mayor bienestar al paciente

“Con esta iniciativa apuntamos a centralizar los servicios, de forma que el paciente que asiste a una consulta encuentre soluciones fáciles y seguras en un único lugar especializado y acondicionado especialmente para su tratamiento, sin necesidad de dirigirse a otras sucursales”, resaltó la doctora Sandra Chelle, jefa del área de Salud Mental de Casmu.

Bagóvit A

#elpoderdelavitaminaa



¿Conocés los beneficios de la Vitamina A en tu piel?

Aumenta la producción de colágeno /

Evita la formación de estrías / Enlentece el envejecimiento

Alimentación para practicar running

de manera saludable



Lic. en Nutrición
Estela Berriel

Running es un término del inglés que refiere a la actividad de correr. El concepto puede vincularse a las competencias de atletismo o a la práctica recreativa.

Correr es una de las formas más saludables para ayudar a mantener el bienestar físico, debido a que es un excelente ejercicio cardiovascular que lleva a tener una buena circulación y un corazón sano.

Además, si esta actividad se realiza en forma recreativa, no requiere grandes inversiones económicas, ya que alcanza con salir a correr al aire libre, en un parque, en la calle o en la playa.

Quienes lo realizan en forma competitiva, invierten en calzado y ropa deportiva apropiada, así como en equipamiento para entrenamiento que suele requerir un desembolso económico más importante.

No hay limitaciones físicas para la práctica de este deporte, ni tampoco en cuanto a sexo o edad de los participantes. Sin embargo, es muy importante que quienes comienzan con esta actividad se realicen un chequeo médico previo a comenzar con los entrenamientos, para determinar que se encuentran en buenas condiciones físicas para encarar esta práctica saludable.

Alimentación y running

Aunque la práctica del running sea recreativa, es importante realizar una alimentación saludable y equilibrada, con un aporte energético adecuado, que dependerá de la edad, sexo y de la actividad física que cada uno realice.

La alimentación deberá aportar además vitaminas y minerales, para que el cuerpo rinda al máximo.

Y por supuesto, un elemento imprescindible es una correcta hidratación.

Para la población uruguaya, la recomendación está basada en las guías alimentarias.



En la práctica competitiva, la meta de los corredores en general es cumplir con los recorridos planteados en el menor tiempo y sin que el organismo sufra las consecuencias de un esfuerzo para el que no estaba preparado.

Para lograr estos objetivos es necesario cumplir con tres condiciones fundamentales:

- Alimentación apropiada antes, durante y después de la carrera
- Correcta hidratación durante y después de la carrera
- Entrenamiento apropiado para correr y para recuperarse luego del esfuerzo

Alimentación antes, durante y después de las carreras

Nutrientes esenciales

- Fuentes de energía:
- Proteínas
- Grasas
- Hidratos de carbono
- Vitaminas
- Minerales
- Fibra
- Agua

Proteínas: La dieta de un deportista debe tener una cantidad proteica normal y adecuada, pero no excesiva, puesto que las proteínas son necesarias para construir

y reparar al músculo y otras funciones orgánicas como producir las hormonas y glóbulos rojos, entre otras.

Sin embargo, cualquier exceso proteico aumenta la formación de Urea, un amoníaco tóxico que se elimina por vía renal y recarga, por ende, la función de estos importantes órganos.

Grasas: El consumo de una pequeña cantidad de grasa es necesaria para una buena salud, especialmente para la absorción de las vitaminas liposolubles. La grasa no es una buena fuente de energía para el trabajo muscular, por lo que es conveniente consumir alimentos con bajo contenido de grasas y evitar el uso de grasa adicional como la manteca, margarina, crema de leche y mayonesa.

Hidratos de Carbono: Los carbohidratos están en la base de nuestra alimentación, la "gasolina" que nuestro organismo necesita para ponerse en acción.

Un nutriente esencial para la energía muscular es el glucógeno, que es la principal forma de almacenar o acumular hidratos de carbono en el cuerpo, es decir, energía. Este glucógeno se forma a partir de la glucosa y es necesario para poder disponer de la energía suficiente para la realización de cualquier ejercicio, incluido los entrenamientos de alta intensidad

La cantidad de hidratos de carbono debe ser superior aquellos días en los que vamos a realizar una actividad de alta intensidad o muy prolongada. En estos casos, nuestro cuerpo tendrá reservas suficientes de glucógeno y, por lo tanto, de energía para hacer frente a las exigencias del entrenamiento. En este sentido, es el motor para mejorar el rendimiento deportivo.

Tipo de hidratos:

Simples: son de rápida asimilación y de utilización inmediata como la sacarosa, fructosa, galactosa.

Complejos: hidratos de lenta liberación con acción más prolongada en el tiempo, fundamentalmente almidones.



Alimentación para los entrenamientos y carreras (cortas distancias)

- Rica en hidratos de carbono complejos, baja en grasas, normoproteica
- Fraccionada
- Mínimo descanso post prandial de 30 minutos (si es post desayuno o merienda) o de 45 a 60 minutos si es post cargas importantes (almuerzos o cenas)
- Hidratación antes, durante y después
- No ingerir alcohol

Durante la carrera

- Se pueden consumir alimentos con mayor carga de azúcares simples, como frutas, jugos azucarados (aportan energía "instantánea")
- Hidratación



Luego de la carrera

Inmediatamente después:

- A reponer líquidos, electrolitos (sodio, potasio), glucosa.
- Consumir agua, bebidas para deportistas, barra de cereales y frutas

Luego de 60 minutos de terminada la carrera:

- Reponer glucógeno consumiendo hidratos de carbonos complejos

- Consumir alimentos proteicos para reponer el desgaste muscular



Hacer deportes es muy importante, pero para rendir bien y no dañar el cuerpo todo debe estar bien programado. Si está pensando en realizar actividad física, y desea verificar que la alimentación que realiza es la adecuada, CASMU le brinda asesoramiento a través de las Policlínicas de Nutrición.



Recetas

Gentileza de Lic. Nutrición Mariel Skavronik

Tabulé de quinoa



Ingredientes:

1 taza de quinoa
 1 cebolla chica
 ½ morrón rojo
 1 tomate
 2 dientes de ajo
 2 cucharadas aceite de oliva
 Perejil y menta fresca
 Jugo de limón
 Sal / pimienta, a gusto

Procedimiento:

Lo primero que se debe hacer es la quinoa, para ello es preciso lavarla muy bien, unas tres o cuatro veces, cambiando al agua, hasta que la misma se vea límpida. Se puede cocinar en agua como en caldo, la cocción es similar a la del arroz.

Reservar.

Lavar y cortar los vegetales en daditos pequeños. Integrarlos a la quinoa (debe estar fría)

Agregar el resto de los ingredientes.

Espolvorear las hierbas finamente picadas

Salpimentar a gusto.

Presentación:

Se puede servir con un colchón de hojas verdes (lechuga, berro, rúcula).

Prepararla el mismo día que se va a consumir.

Rinde 3 platos medianos.

Pancakes de avena y banana



Ingredientes:

1 banana madura grande
 1 taza de avena laminada
 1 taza de leche (puede ser vegetal)
 1 huevo
 1 cucharita de polvo de hornear o bicarbonato de sodio
 1 cucharita de canela
 1 cucharada de aceite
 Esencia de vainilla (a gusto)

Procedimiento:

Comenzar colocando la avena en el vaso de la licuadora, de modo que quede molida como harina. Reservar.

Licuar todos los ingredientes (los líquidos siempre primero porque exigen menos al equipo) hasta que quede una masa homogénea bastante espesa.

La masa queda con un sabor ligeramente dulce, si desea, se puede añadir algún tipo de endulzante y volver a licuar.

En un sartén preferentemente antiadherente colocar una cuchara al ras de aceite (es poco para que no se pegue), Dejar calentar un poco el aceite e ir vertiendo la mezcla con un cucharón así se puede medir la porción.

Cocinar de cada lado hasta que los bordes queden dorados. Mantener el fuego medio a bajo y en caso de que se necesite, adicionar más aceite.

Presentación:

Combínelos con fruta fresca, aprovecha las de estación.

Frutos secos, aportan textura y mucha energía.

Alguna mermelada o "hilos" de miel. Recuerde que son de banana, ya tienen su dulzor.

Rinden cinco pancakes medianos.

Un servicio de **excelencia**

NUEVO SANATORIO CENTRAL

Como parte de su permanente desarrollo, Casmu está construyendo su nuevo Sanatorio ubicado en 8 de Octubre y Agustín Abreu.

El edificio, de seis pisos pensado y diseñado con las más altas exigencias, incluye:

- ❖ Más de 400 nuevas camas
- ❖ Nuevo CTI más grande y tecnificado del Uruguay
- ❖ Moderno Centro Quirúrgico de alta especialización
- ❖ Nuevas salas de Cuidados Moderados
- ❖ El laboratorio de análisis clínicos totalmente automatizado
- ❖ IMAE de cadera y rodillas para colocación de prótesis
- ❖ Cirugía del día, sin necesidad de internación nocturna
- ❖ Nueva puerta de Emergencia y Urgencia



Y para ofrecer privacidad y comodidad durante una internación, el nuevo Sanatorio Central incluye también un área dotada de la mejor infraestructura y atención sanitaria con habitaciones especialmente construidas para brindar la mayor calidad de los servicios.

UNA OPCIÓN DE SERVICIO

Casmu pone a disposición de sus afiliados la posibilidad de internación en una cómoda y práctica habitación equipada con:

- ❖ Cama articulable con comando eléctrico
- ❖ Aire acondicionado
- ❖ Hall privado
- ❖ Sillón cama para un acompañante
- ❖ Cómodo sillón
- ❖ Frigobar
- ❖ Televisión con servicio de abonados
- ❖ Cuatro comidas diarias para un acompañante
- ❖ WiFi
- ❖ Cofre de seguridad

Y algo muy importante: la posibilidad de total privacidad eligiendo quienes serán compañía durante la internación.



A este servicio opcional se accede con un único pago financiado hasta en 12 cuotas, sin necesidad de examen médico previo, sin límite de edad y por un extenso período de uso.

Por favor, solicite la información de las condiciones por el teléfono 2487 1050 interno 2430 o para concretar una visita personal.

Para asegurar un servicio de calidad, se dispone de un cupo limitado de contrataciones.

Genacol®

GENACOL CÁPSULAS

Matriz exclusiva de colágeno hidrolizado enzimático 100% puro.

Una matriz de colágeno es una sustancia formulada segura que estimula la producción de muchos diferentes tipos de colágeno en el organismo. La matriz de colágeno, formulada a partir de colágeno puro, produce increíbles resultados en el cuerpo humano si se utiliza regularmente.

Genacol® es un complejo proteico que utiliza la exclusiva Tecnología Secuencial AminoLock®. Ningún otro producto en el mercado contiene esta concentración. Para obtener esta concentración de aminoácidos, otros productos necesitarían una cantidad de colágeno diez veces mayor.

CONCENTRACIÓN ESPECÍFICA DE AMINOÁCIDOS

Utilizamos un procedimiento único llamado Tecnología Secuencial AminoLock® que es generado por una remodelación de AMINOÁCIDOS. Este método exclusivo es desarrollado por la División de Investigación y Desarrollo de Corporation Genacol International Inc. y consiste de un perfeccionamiento de los aminopéptidos de colágeno. Genacol® está fabricado de acuerdo con los estándares biotécnicos más elevados y conforme a las exigencias gubernamentales. Este procedimiento nos ofrece un producto esencial para compensar la disminución ocasionada por el proceso natural de envejecimiento y los malos hábitos de vida actuales (mala alimentación, tabaco, alcohol...). Ningún otro producto en el mercado posee la misma concentración de aminoácidos que contiene Genacol®, aporta 19 de los 20 aminoácidos.

PRINCIPALES TIPOS DE COLÁGENO

Genacol® es una matriz de colágeno puro que aporta al organismo los aminoácidos necesarios para estimular la producción natural de los cinco principales tipos de colágeno que se encuentran en el organismo. Estos tipos de colágeno representan el 95% de todo el colágeno presente en el organismo, por lo que Genacol contribuye a su formación.

Existen 27 tipos de colágenos presentes en el organismo representado en éstos 5 grupos de la siguiente manera:

- Tipo I Huesos, tendones ligamentos y piel
- Tipo II Cartílago y estructura de los ojos

- Tipo III Hígado, pulmones y arterias
- Tipo IV Riñones y varios órganos internos
- Tipo V Superficie de las células, cabello y placenta

BIOACTIVIDAD DE GENACOL

Genacol® es un complejo bioactivo formado de hidrolizado de colágeno puro al 100%. Muchos estudios han demostrado la eficacia de un suplemento de hidrolizado de colágeno para reducir el dolor y la rigidez, y para regenerar el cartilago. Genacol® también mejora la movilidad en general ya que es beneficioso para las articulaciones. Ya que nuestro colágeno es hidrolizado, se asimila al 98%, lo que hace que Genacol® sea un producto único.

Beneficios importantes

Genacol® ofrece un beneficio importante para combatir el dolor. La mayoría de las personas ha notado una mejora importante de su estado en poco tiempo.

BENEFICIOS DE GENACOL

Genacol® (complejo bioactivo de colágeno) puede ayudarlo a:

- Reducir los dolores artríticos y reumatoides
- Regenerar los cartílagos y ligamentos
- Incrementar la tonicidad muscular
- Tonificar su cuerpo y sus órganos
- Mejorar la elasticidad de la piel (reafirmar la piel) y reducir las arrugas
- Incrementar la resistencia, la fuerza y la vitalidad
- Mejorar la calidad de sueño y obtener un sueño más reparador
- Disminuir los dolores de espalda y los calambres musculares en las piernas
- Recuperarse rápidamente después de un accidente

Además de la artritis, la artrosis y la fibromialgia, Genacol® es recomendado para combatir tendinitis, bursitis, hernias, el síndrome del túnel carpiano y todas las enfermedades autoinmunes. Por lo tanto, Genacol® es muy utilizado contra todos los dolores articulares y musculares, así como para mejorar la textura y la elasticidad de la piel.

Genacol® posee un peso molecular por debajo de los 1000 K/Dalton.

Genacol® no tiene pasaje hepático.

LANZAMIENTO EN URUGUAY

Genacol®

ÚNICO CON AMINOLOCK®

REACTIVA TU VIDA

REDUCE

ARRUGAS
DOLORES LUMBARES,
CALAMBRES

REGENERA

CARTÍLAGOS
LIGAMENTOS



INDICADO EN

ARTRITIS
ARTROSIS
DOLORES MUSCULARES
FIBROMIALGIA
TENDINITIS
HERNIA DE DISCO
BURSITIS

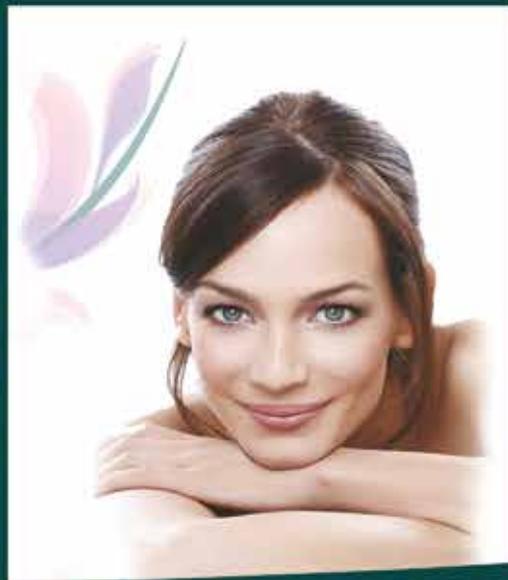
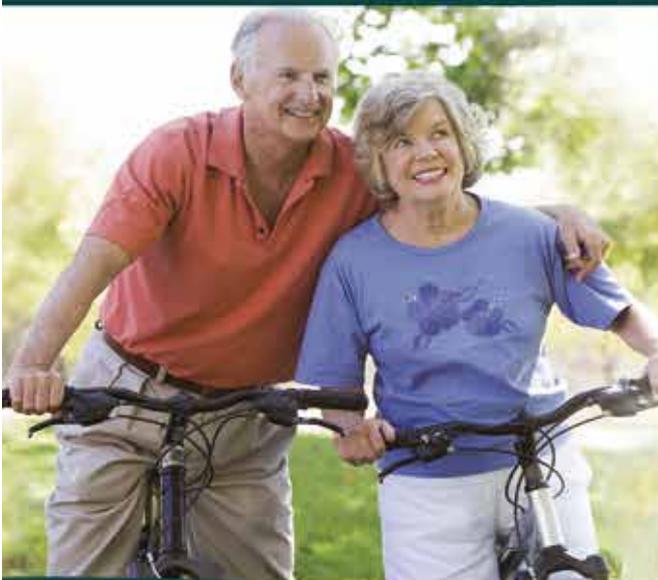
MEJORA

LA ESLASTICIDAD DE LA PIEL

Matriz de Colágeno
100 % puro

98 % de absorción

Venta libre en farmacias

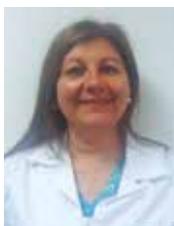


REPRESENTA Y DISTRIBUYE **INNOVAPHARMA** URUGUAY

Por consulta y asesoramiento al consumidor y profesionales - info@genacol.com.uy - Tel. 0800 9990

TRIAGE

en la urgencia pediátrica



Dra. Nancy González
Coordinadora Urgencia Pediátrica



Dra. Adriana Pedemonti
Coordinadora Urgencia Pediátricas



Dra. Teresa Briozzo
Coordinadora primer nivel de atención



Dra. Stella Gutiérrez
Jefe Departamento de Pediatría



¿Qué es el triage?

La palabra "triage" proviene del francés y significa clasificar. Es un proceso de selección y clasificación de los usuarios basado en sus requerimientos terapéuticos.

Este sistema clasifica a los pacientes según un orden de prioridad (nivel de urgencia) y no por orden de llegada.

¿Por qué?

En los últimos años se asiste a una fragmentación de la atención, en particular cuando el niño presenta una enfermedad aguda y requiere atención médica. En esas situaciones, en lugar de concurrir al Centro Médico (Policlínica) o solicitar que el pediatra tratante concurra a domicilio, las familias suelen llamar a 1727 o se trasladan al Servicio de Urgencia Pediátrico para resolver situaciones no urgentes.

Por eso, el triage es el método más eficaz para asistir en primer lugar las situaciones urgentes y luego las no urgentes y que podrían haberse resuelto en policlínica, evitando así la espera de los niños que tienen una enfermedad más grave.

¿Quién debe realizarlo?

Personal de enfermería con experiencia en urgencias pediátricas, con buena capacidad de comunicación y una actitud empática.

¿Cuándo?

Al momento de la llegada al Servicio de Urgencia Pediátrico, ya sean personas

que concurren por sus propios medios o fueron trasladadas por una ambulancia.

¿Qué se realiza en el triage?

Se valora la situación de cada paciente en base a signos, síntomas y factores de riesgo.

Es una instancia breve, dinámica y estandarizada en la que no se realizan diagnósticos.

¿Cuáles son los pasos?

1. La recepción del usuario y su familia
2. La clasificación según el nivel de prioridad
3. La reevaluación periódica de los pacientes no urgentes

Los niveles de prioridad de la asistencia van del I al V, del color rojo al azul.

El nivel asignado determinará el orden y el tiempo máximo en que deben ser atendidos los pacientes.

Nivel I (rojo)

Pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación.

Tiempo de atención de Enfermería: inmediato

Tiempo de atención médica: inmediato

Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo.

Tiempo de atención de Enfermería: inmediato

Tiempo de atención médica: <10 minutos.

Nivel III (amarillo)

Situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas, en pacientes con inestabilidad fisiológica (constantes vitales normales o sólo ligeramente alteradas).

Tiempo de atención de Enfermería: 30 minutos

Tiempo de atención médica: 30 minutos.

Son situaciones menos urgentes, pero potencialmente serias y que suelen necesitar una exploración diagnóstica y/o terapéutica.

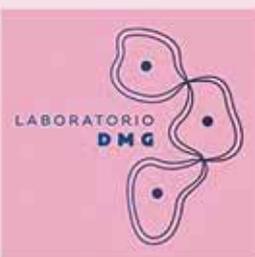
Tiempo de atención de Enfermería: 120 minutos.

Tiempo de atención médica: 120 minutos.

LABORATORIO DMG

CENTRO DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO, COLPOSCÓPICO Y ANATOMOPATOLÓGICO

- Realizamos estudios de Papanicolaou y Colposcopia a pacientes de CASMU y otras instituciones.
- Tenemos una amplia experiencia y brindamos atención cálida y respetuosa a pacientes de todas las edades.
- Moderno consultorio con el equipamiento y la tecnología acorde a las exigencias nacionales e internacionales.
- Rapidez y alto control de calidad en la emisión de los informes.



Bulevar Artigas 1522/102-103
Para agendarse: 27052375





Nivel V (azul)

Situaciones que pueden ser agudas pero no son urgentes o que forman parte de un proceso crónico.

Tiempo de atención de Enfermería: 180 minutos.

Tiempo de atención médica: 180 minutos.

El buen uso de todos los recursos disponibles es la base de una atención privilegiada. Hoy el CASMU puede brindarla.

Lo ideal sería que el niño con enfermedad aguda común u otras enfermedades no graves pudiesen ser asistidos por su pediatra o alguno de los pediatras del Centro al que el niño pertenezca (y que estará en contacto con él). De esta manera el niño estaría mejor atendido, los padres más tranquilos y el Servicio de Urgencia se ocuparía sólo de las urgencias.

Esperemos que este sea el nuevo rumbo en pos de la salud de nuestros niños.



Bibliografía

- 1) Briones, R. Proyecto de mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Urgencia Pediátricas del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo 2012. Tesis de grado Maestría en Gerencia de Salud. Portoviejo, Ecuador. Centro Universitario Portoviejo 2013.
- 2) Garita, P. Propuesta para reestructurar el Servicio de urgencia de la Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas. Programa postgrado en Gerencia en Salud. San José, Costa Rica. 2008.
- 3) Bilkis, M; Vázquez, M; González, C; Vasicek, M; Díaz, S; Zambrano, J. Estudio multicéntrico de la urgencia pediátrica. Arch Argen Pediatr 2006; 104 (4): 301-308.
- 4) Pacheco, F. Triage en Urgencia Pediátrica. Bol. SPAO 2008;2 (1).
- 5) Triage en el servicio de urgencia emergencias pediátricas. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. eccpn.aibarra.org/temario/sección 10/capitulo171.
- 6) Manual de procedimientos. Recepción Acogida y Clasificación (RAC). MSPBS. Paraguay 2011.
- 7) Fernández, A; Pijoan, J; Ares, M; Mintegi, S; Benito, F. Evaluación de la escala canadiense de triage pediátrico en un servicio de urgencias de pediatría europeo. Emergencias 2010; 22: 355-360.
- 8) Normas y estándares de acreditación para servicios de urgencias pediátricas y centros de instrucción en Medicina de urgencias pediátricas. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) www.seup.org/seup/pdf/publicaciones/estandar_acreditacin.pdfUnidad
- 9) Gómez Jiménez, J. Clasificación de pacientes en los Servicios de urgencia y emergencia. Hacia un modelo de triage estructurado de urgencia y emergencia. Emergencia 2003; 15: 165-174.
- 10) Oterino de la Fuente, D; Peiró, S. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por niños menores de dos años. An Pediatr 2003;58(1):23-8.
- 11) Medina, J; Ghezzi, C; Figueredo, D; León, D; Rojas, G; Cáceres, L; Kegler, J. Triage: experiencia en un Servicio de Urgencia Pediátricas. Pediatr. (Asunción) Vol32: 2: 2005.
- 12) Fernández, A. Triage. En: Benito, J; Mintegi, S; Azhunaga, B; Gómez, B. Urgencias en Pediatría. Guías de Actuación. Madrid. Ed. Panamericana, 2015: 241-245.
- 13) Soler, W; Gómez Bragulat, E; Álvarez, A. El triage herramienta fundamental en Urgencia y Emergencia. Anales Sis San Navarra v.33.Supl.1 Pamplona 2011.

URUGUAY cuenta con un centro de referencia
en formación de Recursos Humanos
para el Sector Salud

Beneficios especiales
para los funcionarios
y socios de
casmu

ENE

ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERÍA

INSCRIPCIONES ABIERTAS

CURSOS EN HORARIOS
MAÑANA – TARDE Y NOCHE

EXCELENCIA EN SALIDA LABORAL

CURSOS MSP - MEC

Nuestros cursos

- Enfermería
- Registros Médicos
- Farmacia Hospitalaria
- Servicio, Cocina y Tisanería Hospitalaria
- Vacunaciones / Extracciones
- Visitador Médico
- Hemodiálisis
- Supervisor de Higiene Hospitalaria
- Guardia de Seguridad en salud

- CERTIFICADOS VÁLIDOS PARA EL EXTERIOR
- CAMPOS PRÁCTICOS DE PRIVILEGIO
- PLANES HORARIOS ADAPTADOS A ESTUDIANTES DEL INTERIOR
- PROGRAMAS DE BECAS PARA FUNCIONARIOS PÚBLICOS Y FAMILIA

DEPARTAMENTO LABORAL EXCLUSIVO

Apostando a un Uruguay con oportunidades para todos.

Única Institución con sistema BUTSA
(Banco Uruguayo de Trabajo en Salud)

Ingresá a **TRABAJAR** en el Sistema de Salud.
Ésta es tu **OPORTUNIDAD!!!**

MONTEVIDEO

Inscripciones:

De lunes a viernes / de 10 a 20 hs.
Colonia 1359

LINEA GRATUITA Tel. 0800 1818

☎ 096 421 123

www.enfermeria.edu.uy

CREADA POR RESOLUCIÓN DEL PODER EJECUTIVO
HABILITADA POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

E.N.E.S
en el interior

ENE RIV
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE RIVERA
RIVERA
Tel. 4625 0501

ENE Río
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE RÍO NEGRO
RÍO NEGRO
4563 2330

ENE DUR
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE DURAZNO
DURAZNO
www.escuelaenfermeriadurazno.edu.uy
Tel. 4362 8628

ENE 33
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE TREINTA Y TRES
TREINTA Y TRES
www.enfermeriatreintaytres.edu.uy
Tel. 4452 5284

ENE LAV
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA DE LAVALLEJA
LAVALLEJA
Tel. 4442 1080
www.enfermerialavalleja.edu.uy

ENE
ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERÍA





Ana Clara Gomensoro
Responsable Comunicación
Interna CASMU

EXPOSALUD casmu

27 de Noviembre al 1 de Diciembre de 2017

La realización de la primera Expo Salud organizada por una mutualista, fue una experiencia sumamente enriquecedora.

A partir de la propuesta de la titular de la Editorial Ideas+, Sra. Carina Bertiz y con la coordinación general del Dr. Daniel Salinas en menos de dos meses, se organizó un mega evento en CASMU.

Más de 5000 visitantes diarios fueron recibidos en la primer edición de la Expo Salud CASMU.

Este emprendimiento fue posible gracias al apoyo de nuestros sponsors pero fundamentalmente a la participación activa de más de 30 Departamentos o servicios de CASMU.

“Organizar un evento de esta magnitud obliga a desarrollar la capacidad de prever, así como también estar preparados para imprevistos.”



Carina Bertiz, María Ana Porcelli, Daniel Salinas, Gustavo Bogliaccini, Jorge Pomi y Osvaldo Barrios

Durante los 5 días de EXPO SALUD, los visitantes pudieron acceder a diferentes propuestas: recorrida por los stands, talleres sobre temas como reanimación cardiopulmonar, accidentes en el hogar, etc., conferencias y controles de salud.

Los visitantes podían encontrar todo lo relacionado a innovación, así como enfoques en atención primaria como sobre tecnología de primer nivel.

Desde CASMU, nuestro objetivo fue informar a través de esta muestra a nuestros

“El equipo de Comunicación Interna integrado por Nicolás Cés, Daniel Bertúa, Maximiliano Zícari y Ana Clara Gomensoro fue de soporte fundamental para que en los meses de Agosto y Setiembre se pudiera desarrollar todo lo referente a EXPO SALUD.”
Dr. Osvaldo Barrios Gerente CASMU

afiliados sobre avances tecnológicos, así como todo lo referente a la prevención y el cuidado.

Se brindaron más de 30 Conferencias de destacados profesionales de la Salud abarcando temáticas como: Cardiología, Neurología, Diabetología, Traumatología, Nefrología, Materno infantil, Oncología, Enfermedades no transmisibles ODH (obesidad, diabetes e hipertensión), Investigación médica, Prevención, TICs en la Salud, uso racional de servicios y prevención, entre otras.

Las Conferencias fueron de corta duración (entre 30 y 40 minutos) y abiertas al público en general. Quienes estaban en el Policlínico podían ver la agenda diaria en la red de pantallas y participar.

En el subsuelo del Policlínico se instaló una muestra permanente en donde los visitantes podían ver en varios plasmas videos sobre: Cirugía del Día, innovación en Imagenología, Hemodiálisis, IMAE Traumatológico, nueva Urgencia de adultos, entre otros. Una vez que pasaban por la muestra permanente se invitaba a realizar recorridas por áreas que normalmente están cerradas al público cómo las nuevas instalaciones del Departamento de Medicina Transfusional.



Dr. Daniel Salinas presentando al Dr. Edgardo Spagnuolo Grado IV Jefe Neurología

Conferencia: Parto Natural
Expositores:
Dra. Rosalba Velázquez
Dr. Richard Viera



Conferencia: Diabetes en el Siglo XXI "La vida en el paraíso y la vida hoy: evolución y enfermedad"
Expositor:
Dr. Gerardo Javiel



Conferencia: "¿Soy un conejillo de Indias?"
Expositor:
Dr. Gustavo Arroyo



Conferencia: Cuidados paliativos en niños y adolescentes.
Expositora:
Dra. Luisa Silva



Leonardo Alonso explicando sobre el Dpto. Medicina Transfusional a niños de la Escuela Sanguinetti

“Creo que haber recibido a escolares en la EXPO, le dió una nota de color y alegría que sentimos especialmente todos quienes estuvimos en la organización.”

EXPO SALUD casmu

Informe realizado por:
Ana Clara Gomensoro



La Estación de Salud de CASMU organizada por la Lic. Laura Batista Jefa del Dpto. Enfermería, realizó controles de presión arterial, talla y peso.

Además, en horarios especiales, brindó charlas sobre prevención de diabetes y cuidados del pie diabético, a cargo de la Pod. Teresa Martínez.

También el equipo de Prevención Secundaria del Dpto. de Cardiología realizó a interesados el test riesgo cardiovascular.

La Estación funcionó los 5 días de EXPO SALUD bajo la supervisión de la Lic. Gabriela Mizraji



Conferencia: Diabetes y salud bucal
Expositora:
Dra. Natalia Di Catterina



Conferencia: Cómo defender la vida Centro Oncoginecológico
Expositores:
Dra. Isabel Alonso,
Dra. Verónica Terzieff
Dr. Pablo Suaya



Conferencia: Salud renal en la comunidad
Expositora:
Lic. Carmen Pintos



Conferencia: Uso racional de los servicios de Urgencia
Expositora:
Lic. Magalí Vernier



Este artículo es una pequeña muestra de todo lo que vivimos en la edición 2017 de la EXPO SALUD CASMU.

“Más de 100 profesionales CASMU brindaron conferencias, talleres, charlas etc.

Nuestro especial reconocimiento para ellos, ya que sin su apoyo hubiera sido imposible realizar la EXPO SALUD.

Aprendimos muchísimo, por lo que estoy segura que la edición 2018 tendrá mucho más para ofrecer.”



También se presentó la excelente aplicación creada por nuestro Dpto. de Sistemas: la APP CASMU Cerca. Esta aplicación permite realizar diversas gestiones administrativas desde su celular.



También aprovechamos para mostrar otro desarrollo del equipo de T.I. que consiste en un programa beta de un ASISTENTE VIRTUAL.

Se pueden realizar consultas del tipo:
“¿Qué consultas tengo agendadas?”
“Quiero una consulta con Pediatría.”
“ Quiero hora hoy con Medicina General en el Cerro ”

Conferencia: Recién Nacido
 “El cuidado de una
 que comienza”
 Expositora:
 Dra. Gabriela Guidobono



Conferencia: Servicio de
 Enfermería en la Comunidad
 Expositora:
 Lic. Laura Batista



Conferencia: Seguimiento del
 recién nacido de alto riesgo.
 Expositora:
 Dra. Celia Migdal



Se realizaron talleres de reanimación RCP así como de accidentes en el hogar.



Equipo de Pre-Hospitalaria en la muestra del móvil AVA de 1727

“Este tipo de experiencia demuestra que el equipo CASMU tiene mucho para ofrecer”



Talleristas, conferencistas, colaboradoras del Dpto. de Enfermería CASMU.



Dra. Alicia Ferrerira recibiendo cerámica como Conferencista entregada por Dr. Daniel Salinas

Los profesionales de la salud tuvieron la oportunidad de asistir a Conferencias exclusivas para especialistas, como la realizada por la experta argentina Dra. Laura Sanziani y el cardiólogo y electrofisiólogo Dr. Luis Vidal sobre síncope.

Todos los Conferencistas y Talleristas recibieron como reconocimiento una cerámica con publicidad de medicina antigua.

“Fue muy divertida la preparación en vivo para degustar. Marcelo Borno y su equipo hicieron en poco más de 40 minutos, una exquisita receta de vegetales con arroz y hongos, que luego probamos junto con los más de 120 participantes.

Muchos socios de CASMU no saben que Borno es nuestro jefe de cocina y que cuando están internados comen más rico gracias a él. ”



“Más de 5000 personas diarias visitaron los más de 20 stands de la EXPO SALUD CASMU 2017.”

EXPO SALUD casmu

CIERRE CON BROCHE de ORO

Las últimas Conferencias fueron disertaciones a cargo de la Directora General del Fondo Nacional de Recursos, Dra. Alicia Ferreira y de la Directora del Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer, Dra. Lucía Delgado.

Y por último, el cierre sorpresa con el Sr. Ministro de Salud, Dr. Jorge Basso a quién agradecemos muy especialmente su participación.



“ El principal objetivo de este evento fue acercarnos a nuestros afiliados. El CASMU ha invertido en la mayoría de los servicios, incorporando tecnología e innovación. Es nuestro deber comunicarlo adecuadamente. ”

Las guerras sumaron tanto al arte como a la medicina

Vera y Sergei: dos rusos en la guerra



Dr. Jorge Pomi.

Secretario General del Consejo
Directivo de CASMU IAMPP

La guerra aparece siempre como un hecho repudiable, y es razonable que así sea. Las más espantosas miserias humanas que puedan imaginarse fueron - y seguirán siendo - sufridas a lo largo de la historia de la humanidad por hombres y mujeres de todas las edades y en cualquier rincón olvidado de la tierra, y a ello sobran los ejemplos para comprobarlo. Los hechos de guerra también fueron unas cuantas veces motivo inspirador de muchas obras de arte en la pintura, en la escultura, en la literatura y en la música. Desde la primitiva escena de "Aquiles curando a Patroclo" (fig.1) atribuido a Sosías hasta el "Guernica" (fig.2) de Picasso - tal vez la pintura más representativa del arte y la guerra de los últimos tiempos - pasando por la portentosa sinfonía N°5 "1812" que Piotr Ilich Chaikovski escribiera en conmemoración de la resistencia rusa a los avances de las tropas napoleónicas precisamente ese año... y tantas otras. Lo cierto es que hay una gran cantidad de obras motivadas por la guerra, generalmente para o por quienes la ganaron, la están ganando o así lo creen, o por quienes parecía o se esperaba que la perdiesen y luego la ganaron. ¡Cuántas podemos admirar por tantas guerras! Por supuesto que no alcanzarán nunca a justificarlas ¡pero ahí están! A este breve comentario que hacemos a modo de introducción al tema podríamos sumar los aportes hechos por la medicina de guerra al sustantivo progreso médico, a dos de los cuales nos vamos a referir en especial. Pero quedarán en el camino muchos más. **En resumen: las guerras sumaron tanto al arte como a la medicina.**



Fig. 1. Aquiles curando a Patroclo (500 aC). Pintura realizada en un kilix (copa típica) de cerámica que era generalmente utilizado por los griegos para beber vino. La mayor parte de las pinturas de la civilización helénica aún conservadas corresponden a cerámicas pintadas, como la que aquí se muestra. Entre todas, destacan las figuras en color rojo sobre fondo negro o viceversa. La que vemos a izquierda representa una "acción médica" realizada en una de las batallas que cuenta la Iliada de Homero. Su autoría se atribuye a Sosías y forma parte de la colección del Altes Museum de Berlín.

En una historia anterior dedicada al barón Dominique Jean Larrey, consuetudinario cirujano de guerra en las múltiples campañas militares de Napoleón, habíamos relatado sucintamente en qué consistía la medicina de guerra de la época en especial la dedicada al tratamiento de las heridas: la "gran" cirugía se reducía a la amputación de uno o más de los cuatro miembros. No había ni se concebía la indicación de cirugía en las heridas torácicas o abdominales porque no existía la cirugía de las vísceras alojadas dentro del tórax o del abdomen, o sea, no existía la cirugía intracavitaria. El fenomenal aporte de Larrey a la medicina fue promover la realización de aquellas amputaciones de miembros en el propio frente de batalla, en el fragor de la guerra, inmediatamente después de ocurridas las heridas, cuando aún no habían aparecido la maceración, la hinchazón por edema ni la supuración de esas heridas, y con ello salvó miles de vidas al caro precio de una grave mutilación definitiva. Pero los heridos con lesiones intracavitarias de alguna gravedad estaban condenados a la muerte: que podía ocurrir en forma más o menos inmediata por hemorragias no controlables,

o más tardía por infecciones que evolucionaban a un cuadro muy grave con falla de múltiples órganos que hay llamamos sepsis. Sencillamente, la indicación de cirugía no existía porque no se sabía lo que hacer ni se tenían los medios apropiados con que hacer. Corrían por entonces los finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Para cambiar esta obligada conducta habría que esperar que alguien pensara cómo resolver estos problemas, pero claro, también que ocurriesen nuevas guerras. El precio de algunos de los progresos médicos a veces fue muy alto, demasiado alto. Piénselo, estimado lector.

Como quedó dicho más arriba, conoceremos ahora a quienes contribuyeron en su momento a la solución de estos dos problemas y consecuentemente al progreso de la medicina.

nunca se consumó y que fue un “casamiento blanco” o por conveniencia: Vera Gedroitz pudo de esta forma llegar a Suiza donde culminó sus estudios médicos en 1898. En Lausana con uno de los más reconocidos cirujanos europeos de la época, el profesor César Roux, se formó en cirugía. En 1900 regresó a Rusia urgida por la enfermedad de sus padres y la muerte de una hermana. A partir de 1902 desarrolló su actividad quirúrgica en Kaluga donde adquirió una gran experiencia a cuenta de no haber otros cirujanos en la ciudad. Por entonces, las ambiciones territoriales enfrentadas del imperio ruso y del imperio japonés terminaron en una guerra que se desarrolló entre febrero de 1904 y setiembre de 1905. En el deseo de colaborar en el cuidado de los heridos de guerra Vera Gedroitz se alistó como voluntaria, siendo destinada para la dirección de



Fig. 2. Guernica. Pablo Picasso (Málaga, España, 1881 - Mougins, Francia, 1973). Óleo sobre lienzo de 349.3 por 776.6 centímetros. La obra fue realizada como respuesta a los bombardeos de la aviación alemana el 26 de abril de 1937 durante la Guerra Civil Española sobre la población vasca que lleva su nombre. Fue expuesta por primera vez ese mismo año en el Pabellón Español de la Exposición Internacional de París. Al comienzo de la Segunda Guerra Mundial Picasso dispuso que el Museo de Arte Moderno (MoMA) de Nueva York tuviese su custodia, que en 1958 renovó en forma indefinida. Al restablecerse las libertades de la democracia, en 1981 Guernica regresó a España y desde entonces está en exhibición en el Museo Nacional - Centro de Arte Reina Sofía, de Madrid. En expresión del propio Museo, la obra es un “alegato genérico contra la barbarie y el terror de la guerra” en un lienzo en el que destaca esa sobriedad cromática que trasmite la amalgama de los grises, el blanco y el negro. Las imágenes caóticamente representadas (como la guerra misma) son tres animales (un caballo herido, un pájaro alado y un toro, éste último tan frecuente en la obra de Picasso) y cinco humanos (cuatro mujeres y un soldado muerto), cada cual con su qué decir.

¿Quién era Vera? Vera Ignátievna Gedroitz (fig.3) nació el 7 de abril de 1870 en la ciudad de Slobodishe, ubicada a 360 kilómetros al sudoeste de Moscú, por entonces parte del imperio ruso, luego de la URSS y actualmente de Rusia. Perteneció a una familia de la nobleza lituana (era princesa) que inclinó su vida hacia la medicina, estudios que inició en San Petersburgo. En 1892 por sus antecedentes de haber participado en actividades políticas ilegales se le prohibió vivir en esta ciudad, con lo cual quedó trunca su carrera. Se casó entonces con un joven oficial, Nicolás Belozorov, con el fin poder salir de la Rusia zarista y poder así continuar su formación. Está claro que esta unión matrimonial

un convoy sanitario de la Cruz Roja en una de las divisiones quirúrgicas militares de las fuerzas imperiales rusas que prestó asistencia en el frente de batalla. La inesperada circunstancia de recibir los heridos en ese mismo frente de batalla en un vagón especialmente montado para sala de operaciones le dio oportunidad de operarlos en forma inmediata, violentando con ello los conceptos quirúrgicos que hasta ese momento aparecían como incuestionables. Desarrolló junto a su equipo un trabajo desenfrenado, a tal punto que en la primera semana se intervinieron 56 pacientes con heridas complejas, que al finalizar la guerra se convirtieron en miles. Con un razonamiento similar al sustentado

anteriormente por Larrey comprobó en su propia experiencia quirúrgica los buenos resultados obtenidos con esta novedosa conducta, haciendo caer en forma notable la altísima mortalidad que tenían las heridas perforantes intraabdominales - y en especial las de guerra - ya que la cavidad torácica se mantendría inabordable para la gran cirugía por algunos años más. ***Sin duda, Vera Gedroitz en esta guerra ruso-japonesa ganó en soledad una de las batallas más difíciles, la del conocimiento y progreso médico, una gran batalla aún hoy plenamente vigente.*** Los servicios de sanidad rusos adoptaron en forma inmediata esta nueva indicación de la cirugía de urgencia, pero en modo alguno resultó fácil su aceptación por el resto de la comunidad quirúrgica del mundo.

como cirujana a una división del ejército en guerra, siendo herida en enero de 1918. Para su recuperación fue evacuada a Kiev donde comenzó una vida en común con su amante, la condesa María Nierodt, que fue su compañera hasta el final de sus días. En 1921 fue nombrada jefa del servicio de cirugía de la facultad de medicina de Kiev, en donde tuvo una dedicación especial a la cirugía endocrinológica, oncológica y de las malformaciones cardíacas. Pero estos fueron tiempos difíciles que la atormentaron mucho, algunos de sus amigos poetas fueron fusilados bajo el cargo de "burgueses", todas sus obras confiscadas o quemadas y sus propias publicaciones prohibidas. Finalmente, las famosas "purgas" de Stalin llegaron a ella en 1929 junto a la de otros colegas médicos, y por supuesto sin



Fig. 3. Vera Ignatievna Gedroitz. Princesa, doctora en medicina y profesora universitaria fue la primera mujer en ser cirujana en Rusia. Además se destacó como escritora de prosa y poesía. Durante su actuación en la guerra ruso-japonesa fue pionera en la indicación de cirugía de urgencia en las heridas perforantes del abdomen que hasta ese momento quedaban "a la buena de Dios", sin lo que hoy es a partir de entonces el debido tratamiento reparador. Al centro en 1915 con Aleksandra Fedorovna Romanov, la zarina, esposa del Zar Nicolás II. Aleksandra nació el 6 de junio de 1872 en lo que era el imperio alemán y contrajo

matrimonio el 26 de noviembre de 1894 con el zar, a pesar de las viejas rivalidades públicamente conocidas entre ambos imperios y el riesgo de introducir en la familia imperial rusa la hemofilia (cosa que sucedió), sabidas las muertes que habían habido por esta enfermedad en la familia de la novia. Su actuación como gobernante en funciones durante la primera guerra mundial mientras el zar estaba ocupado en el frente de batalla, hizo precipitar los acontecimientos que motivaron la caída del régimen. En la noche del 16 al 17 de julio de 1918 toda la familia imperial fue asesinada, que puso el punto final al gobierno zarista. A derecha un primer plano de Aleksandra Fedorovna.

El 22 de diciembre de 1905 y al regreso del conflicto ruso-japonés, quedó confirmado su divorcio con lo cual recobró la plena libertad de vida. En 1909 fue destinada a solicitud de la emperatriz Aleksandra Fedorovna, esposa del zar Nicolás II, al hospital de la corte imperial en Tsarskoïe Selo, donde cumplió además de las funciones de jefa del servicio de cirugía y de ginecología, la de médica de los hijos de la familia imperial. Por su comportamiento, su corte de pelo, su voz ronca vinculada al intenso tabaquismo y su modo varonil de vestir se le llamaba el "George Sand de Tsarskoïe Selo". Por esta época comenzó con su actividad literaria y en 1910 publicó su primer libro titulado "Poemas y cuentos" bajo el seudónimo de su hermano fallecido, Sergei Gedroitz. En la Gran Guerra, con la experiencia obtenida en la ruso-japonesa anterior y a instancias de la familia imperial, organizó una red de enfermería y de trenes sanitarios. Al estallar la revolución bolchevique de 1917 quedó encerrada entre la lealtad al imperio al que había servido y aún servía y sus convicciones políticas que la llevaron por 1892 al "casamiento blanco" para poder huir de la Rusia zarista. A pesar de su reconocida proximidad a la familia imperial fue destinada

ninguna explicación. Fue obligada a abandonar la cirugía y desde entonces se dedicó exclusivamente al quehacer literario, con un marcado sesgo autobiográfico y de recuerdos de los buenos y malos tiempos pasados. Algo después enfermó, falleciendo en marzo de 1932 a consecuencia de una enfermedad tumoral diseminada cuando tenía tan solo 56 años de edad.

El comportamiento médico durante la guerra ruso-japonesa de Vera Gedroitz fue en todo comparable al que había tenido Larrey en las guerras napoleónicas: la indicación y la oportunidad quirúrgica no estaba dada por el grado ni el bando al que perteneciera el herido sino por el daño en sí mismo. Bajo este modo de trabajo intervino y le salvó la vida a un alto oficial japonés, quien al regreso a casa le envió una carta de reconocimiento por la intervención que había realizado y un kimono de seda especialmente hecho para su talla; así nos lo cuenta Svetlana Marie en su magnífica monografía. Vale la pena recalcar la fenomenal trascendencia que tuvo el cambio de conducta en el trauma abdominal impuesto por Vera Gedroitz, validado en su extensa experiencia y más adelante en la

de innumerables cirujanos del mundo, que permitió que pudiese haber esperanza de vida más allá de aquel trauma. Reflexiónese además, que los heridos de guerra de antaño hoy fueron largamente sustituidos en la vida civil por los consuetudinarios accidentados de tránsito. Todos aquellos que han o hemos sobrevivido a estas situaciones críticas de urgencia desde hace más de cien años, ¡algo le debemos a esta mujer singular!

¿Y quién fue Sergei? Sergei Sergeevich Yudin (fig.4) nació en Moscú el 27 de setiembre de 1891 y falleció el 12 de marzo de 1954, también en Moscú. Su familia era propietaria de una pequeña fábrica y tuvo tres hermanos y tres hermanas. En 1911 ingresó a la universidad de Moscú para iniciar los estudios de medicina y siendo aún estudiante, al comenzar la Gran Guerra, fue convocado por las fuerzas armadas para integrarse como "practicante de guerra" en el transcurso de la cual fue herido en tres oportunidades. Una vez finalizada la guerra, en 1919 culminó su carrera y comenzó inmediatamente su labor quirúrgica en un hospital dedicado a la tuberculosis. Por las limitaciones en disponibilidad de insumos médicos, fue un experto en anestias regionales que sustituían la anestesia general que ya se había impuesto en occidente; así en 1925 publicó el texto "Anestesia espinal" que se convirtió en un libro de referencia.



Fig. 4. Sergei Sergeevich Yudin. Cirujano ruso pionero y creador de varios procedimientos quirúrgicos, intérprete de varios instrumentos musicales, amante del arte y a la vez gran lector y escritor. Fue un destacado cirujano de guerra que demostró sobradamente su experiencia en las dos conflagraciones mundiales del siglo pasado en las que tuvo actuación. En los períodos de paz se dedicó en especial a algunos temas importantes de la cirugía de ese tiempo: del estómago, del esófago y de las fracturas óseas, para todo lo cual diseñó instrumental quirúrgico específico. Arriba lo encontramos en tres momentos distintos de su trágico peregrinar de vida: a izquierda en 1914 cuando fue destinado al frente como "practicante de guerra" del ejército zarista en la Primera Guerra Mundial, al medio por 1928 ya como director del Instituto Sklifosovsky de Moscú, y a derecha en 1953 después de los largos años de obligado encierro. Sus colegas la conocieron siempre como S.S.

Al año siguiente pudo hacer un viaje a los EE.UU. (pero no logró la autorización para que lo acompañara su esposa) que le permitió conocer en los seis meses que duró los principales centros médicos de ese país, trabando un vínculo científico y de amistad con algunos de los más prestigiosos cirujanos de entonces. En 1928 se le ofreció la dirección del departamento de cirugía del Instituto Sklifosovsky, el centro médico de emergencias más importante de Moscú. Se empeñó en introducir lo bueno que había visto y comprobado fuera de la URSS al tiempo que produjo comunicaciones técnicas de trascendencia que pudieron conocerse en occidente. Fruto de su perseverancia, recién en 1938 llegaron al Instituto los primeros equipos para anestesia general, que necesitaron para su utilización de la debida instrucción de los anesthesiólogos. Al mismo tiempo introdujo las guardias de cirujanos que dieran cobertura asistencial las 24 horas del día, la comunicación telefónica y un sistema de referencia de pacientes traumatizados diseñado para toda el área de influencia de la ciudad (llegaron a ser alrededor de 60.000 por año).

Describió innovaciones técnicas y tácticas en cirugía gástrica de urgencia vinculada a las perforaciones y hemorragias de origen ulceroso (estas urgencias se ven muchísimo menos que antes por el tratamiento médico del que hoy se dispone) de inmediata aceptación en Francia, Inglaterra y los EE.UU. Pero de todas sus innovaciones, nos interesa en especial recordar su experiencia con transfusiones de sangre obtenida de cadáver: **el 23 de marzo de 1930 en el Instituto Sklifosovsky se realizó por primera vez en el mundo una transfusión de sangre extraída de un cadáver.** Por distintas y discutibles razones el procedimiento nunca tuvo aceptación pero estimuló proseguir investigando sobre la conservación de sangre para lo que luego fueron "bancos de sangre" y ahora "departamentos de medicina transfusional". Como natural consecuencia de ello, en 1930 y en el Instituto Sklifosovsky se creó en Moscú el primer banco de sangre. En los EE.UU. los primeros recién abrieron por 1937.

¿Pero cuál era el interés de Yudin en este tema de reposición de sangre perdida en los traumatismos graves y algunas otras causas? La comprobación de la muerte por hemorragias en el servicio de urgencia del que era responsable. ¿Y el origen de su innovación? Porque el mundo también estaba en esto, pero por el camino de sustitutos del plasma de origen animal y de gelatinas sintéticas, investigaciones a las que no podía acceder. En conocimiento de los trabajos de Vladimir Shamov (que en 1928 había corroborado que la sangre de perros muertos bruscamente no coagulaba y esto permitía su transfusión a otros perros luego de conservada en condiciones adecuadas de frío) se puso a trabajar en ello porque la solución parecía estar al alcance de la mano: los traumatizados muer-

tos al llegar al servicio de urgencia o inmediatamente antes podrían convertirse en “dadores” inconsultos, en términos similares a como el propio Shamov poco antes lo había sugerido para los heridos de guerra en el III Congreso Ucraniano de Cirujanos de 1928.¹

La obtención de sangre de cadáver tenía la ventaja adicional que la extracción “cosechaba” entre dos y tres litros, contra el clásico medio litro del dador vivo.

Cuando se desencadenó la segunda guerra mundial Yudin ya había recorrido casi diez años en esta experiencia de la que también había sacado provecho otro cirujano canadiense, Norman Bethune, quien lo visitó en 1935 y quien tuvo oportunidad de utilizarlo en la Guerra Civil Española, cuando organizó lo que fue el primer “banco de sangre” volante con sangre de dadores vivos y cadavérica proveniente de los heridos de guerra muertos en batalla; con su pequeño equipo y en esas precarias condiciones de guerra, Bethune llegó a disponer a veces de hasta cien volúmenes de sangre por día. A pesar del valioso bagaje de experiencia que había en el Instituto Sklifosovky (entre 1933 y 1947 se transfundieron unos 6.000 litros de sangre cadavérica) y de haber sido nombrado en junio de 1942 cirujano jefe de los servicios médicos de guerra, Yudin no pudo cumplir con el objetivo de incorporar el método en el frente de batalla ruso, tal como lo había logrado Norman Bethune. **Aun así y entre otros importantes logros, este fue un aporte más de Sergei Yudin a la medicina de quirófano y a la medicina en general, que aún hoy sigue siendo motivo de investigación.** Debemos recordar entre esos otros importantes aportes a la cirugía de guerra la guía para el tratamiento de las fracturas óseas por proyectiles, que sería luego la norma universal del tratamiento de las fracturas expuestas.

Después de finalizada la guerra Sergei Yudin “desapareció” para todos sus contactos de occidente y ¡hasta se anunció su deceso! También su nombre se esfumó del nomenclátor quirúrgico ruso, al igual que sus libros y trabajos publicados de las bibliotecas científicas. Años después se sabía que en diciembre de 1948 había sido arrestado por la KGB y en 1952 enviado a Berdsk, en Siberia. Luego de la muerte de Stalin en marzo de 1953, Yudin pudo retornar a Moscú y recomenzar su trabajo. El 12 de junio de 1954 falleció a consecuencia de un segundo infarto cardíaco a la edad de 63 años.

A pesar de las limitantes que se debieron enfrentar para un intercambio científico fluido más allá de las respectivas fronteras, Sergei Yudin obtuvo el

reconocimiento de sus pares de importantes instituciones de este lado de la “cortina de hierro” como el American College of Surgeons de los EE.UU., el Royal College of Surgeons de Inglaterra, el International College of Surgeons y diversas sociedades quirúrgicas de Francia, España y Checoslovaquia (fig.5).



Fig. 5. En julio de 1943 Sergei S. Yudin recibió en Moscú el reconocimiento internacional de sus pares por las relevantes contribuciones al progreso médico y en especial de la cirugía, que indudablemente marcaron un antes y un después. Fue nombrado “honorary fellowship” (miembro de honor) del American College of Surgeons de los EE.UU. y del Royal College of Surgeons de Inglaterra. Esta fotografía estuvo a buen resguardo en propiedad de uno de sus alumnos quien

la proporcionó para ser inserta en la publicación de Meskishvili y Konstantinov. A derecha de Yudin aparece Gordon Gordon-Taylor y a izquierda Elliot Cutler, representantes del Royal College of Surgeons y del American College of Surgeons, respectivamente.

Durante los largos años de encarcelamiento, en el papel destinado a usos de higiene íntima, escribió sus dos últimos libros que fueron publicados posteriormente a su fallecimiento: **Veinte años de experiencia con conservación, almacenamiento y transfusión de sangre cadavérica** y **Pensamientos de un cirujano**. Tal vez quienes hayan podido acceder a la lectura de este último libro coincidirían con Meskishvili y Konstantinov que “...uno no puede dejar de admirar el conocimiento de Yudin sobre medicina, historia, literatura y poesía, pero sobre todo su espíritu y capacidad para mantenerse enfocado a pesar de la adversidad que soportó”.

Comentario “de salida”. Después de haber rememorado la vida de estas dos personalidades médicas que hicieron historia y cambiaron el arte médico, no puedo eludir el recuerdo de otro “grande” de la medicina rusa, pero éste contemporáneo y que tuve el privilegio de conocer: Mikhail Perelman (fig.6). Fue en Chile en oportunidad del “LXV Congreso Chileno e Internacional de Cirugía” realizado en Viña del Mar entre el 8 y 12 de noviembre de 1992. Allí sin bombos ni platillos comentó la realización del primer trasplante de laringe cadavérica en Moscú que recientemente había realizado y que proporcionó al paciente receptor una vía

¹ “...cuando hay un gran número de cadáveres de personas recién muertas de quienes se pueden obtener barriles de sangre vital, la cuestión de su uso para la transfusión de los heridos desangrados es de vital importancia”.

² El término “cortina de hierro” lo puso en boga quien era el primer ministro inglés de la época, Winston Churchill, después de finalizada la Segunda Guerra Mundial. En una conferencia en 1946 en los EEUU dijo: “Desde Stettin, en el Báltico, a Trieste, en el Adriático, ha caído sobre el continente un telón de acero”. Se refería a la frontera ideológica (que llegó también a ser material, como el “muro de Berlín”) entre Europa occidental y Europa oriental.

de aire suficiente y de buen calibre, a la vez que una nueva voz. Seis años después, en 1998 concurrí como invitado extranjero al "Second International Congress of Thorax Surgery" en Bolonia entre el 24 y 26 de junio donde nuevamente tuve oportunidad de verlo; en una brevísima conversación mano a mano que le permitieron tener sus anfitriones le pregunté por el paciente trasplantado y para mi sorpresa me dijo que estaba muy bien. A efectos de este comentario, solo recordaré la Conferencia Magistral que dio como acto oficial de inauguración del congreso en la sede del gobierno municipal (el Palacio de Accursio) ubicado sobre la Plaza Mayor, en el centro histórico de esta ciudad ancestral. Fue un acto abierto a todo público y tuvo una numerosa concurrencia. Este hombre de aspecto austero y afable contó en que estaba la cirugía torácica en lo que ya era Rusia, y sus avatares para llegar al conocimiento médico actualizado durante el largo período soviético. Trazó un paralelismo desde los albores de la cirugía torácica a finales del siglo XIX a ese momento entre el mundo occidental y su país, que dividió en tres períodos. En el primero (hasta la década de los 20 del siglo pasado) las indicaciones quirúrgicas eran similares en ambos ambientes, en orden decreciente las enfermedades por infecciones comunes, la tuberculosis y en tercer lugar las enfermedades tumorales malignas. En el segundo (hasta la década de los cincuenta) la situación dejó de ser similar: en occidente la indicación mayoritaria fue la tuberculosis, después las enfermedades tumorales y las enfermedades infecciosas comunes en último lugar, mientras que en la URSS la tuberculosis lideraba las indicaciones quirúrgicas siguiéndole en frecuencia la indicada por enfermedades infecciosas comunes y en tercer lugar por patología tumoral. En el tercer período (comprendido hasta ese momento que se estaba viviendo) en el mundo occidental las enfermedades tumorales malignas estaban a la cabeza de estas indicaciones, siguiéndole las enfermedades infecciosas comunes y más alejada la tuberculosis; contrariamente en la URSS y en ese momento Rusia, la situación no había cambiado, la tuberculosis era la mayor indicación seguida de las enfermedades infecciosas comunes y en último término las tumorales. Las conclusiones las dejo para los epidemiólogos. En cuanto al segundo punto, dijo del acceso vedado hasta hacía poco tiempo (el tiempo de la perestroika) a los textos y revistas médicas en inglés, disponiendo solo de literatura médica en alemán y francés. Sentado en aquella concurrida platea me vinieron a la mente algunas preguntas: ¿quedaría algo de aquel pacto

Molotov-Ribbentrop que aún después de tanto tiempo se mantuvieron esos extremos? ¿El conocimiento médico de un texto o de una revista técnica escrita en inglés tendría algo que ver con las teorías políticas? Podemos imaginar que Perelman seguramente habría compartido en un todo el deseo que Yudin expresara al término de su alocución en oportunidad de haber sido nombrado simultáneamente en su Moscú natal "honorary fellowship" del American College of Surgeons de los EE.UU. y del Royal College of Surgeons de Inglaterra (en julio de 1943 y en pleno desarrollo de la Segunda Guerra Mundial): **"Nos hemos unido en la guerra, velemos para que nos unamos en la paz"**. Ciertamente, y por muchos años solo quedé en un irrealizable deseo...



Fig. 6. Mikhail Izrailevich Perelman (Minsk 20/12/1924 - Moscú 23/3/2013). Se graduó como médico el 21 de junio de 1941, un día antes que las hordas nazis invadieran la URSS y cuando aún no habían pasado dos años del pacto de no agresión firmado por ambas potencias. En su tierra fue pionero de la cirugía torácica y cardíaca, alcanzando el reconocimiento de

la comunidad científica internacional a pesar del oscurantismo impuesto por el poder político de turno. Construyó el primer escalón para el desarrollo posterior de toda la cirugía torácica y cardíaca de la Unión Soviética y fue un indispensable hacedor del saludable intercambio entre colegas a un lado y otro de la "cortina de hierro".

Bibliografía consultada

1. Bennett JDC. Princess Vera Gedroits: military surgeon, poet and author. *BMJ* 1992;305:1532-1534.
2. Coupland R. Abdominal wounds in war. *Brit J Surg* 1996;83:1505-1511.
3. Deslauriers J, Goulet D. The medical life of Henry Norman Bethune. *Can Respir J* 2015;22:e32-e42.
4. Dziarnovich A. The first female surgeon is the Belarusian Princess Vera Gedroit. *EuroBelarus* 30/07/2016.
5. Franco A, Cortés J, Álvarez J, Dis JC. The development of blood transfusion: the contribution of Norman Bethune in the Spanish Civil War. *Can J Anaesth* 1996;43:1076-1078.
6. Gordon-Taylor G. The late Sergei Sergevitch Yudin. *Hon. F.R.C.S. Ann Roy Coll Surg Eng* 1954;15:200-203.
7. Gordon-Taylor G. Sergei Sergevitch Yudin, Hon. F.C.R.S., Hon F.A.C.S. *Brit Med J* 1954;2:52.
8. Khubutiya M Sh, Kabanova SA, Bogopol PM, Glyantsev SP, Gulyaev VA. Transfusion of cadaveric blood: an outstanding achievement of Russian transplantation and transfusion medicine. *Transplantologia* 2015;4:61-73.
9. Lethbridge D. "The blood fights on in other veins": Norman Bethune and the transfusion of cadaver blood in the Spanish Civil War. *CBMH/BCHM* 2012;29(1):69-81.
10. Lichteman B. Mikhail Izrailevich Perelman. *Brit Med J* 2013;346:f3042.
11. Maire S. Vera Giedroyt: una princesse pas comme les autres. Université de Lorraine, CERCLÉ, 11 novembre 2013.
12. Meskishvili VA, Konstantinov IE. Sergei S. Yudin: an untold story. *Surgery* 2006;139:115-122.
13. Perelman M, Strelzov VP. Surgery for pulmonary tuberculosis. *World J Surg* 1997;21:457-467.
14. Pruitt BA. Combat casualty care and surgical progress. *Ann Surg* 2006;243(6):715-729.
15. Rignault DP. Abdominal trauma in war. *World J Surg* 1992;16:940-946.
16. Swan H. S. S. Yudin: a study in frustration. *Surgery* 1965;58(3):572-585.
17. Swan H. S. S. Yudin: a study in frustration. *Surgery* 1965;58(3):572-585.
18. Watson-Jones R. Sergei Yudin (1890-1954). *J Bone Joint Sur* 1954;36:503-504.
19. Yudin SS. Transfusion of cadaver blood. *JAMA* 1936;106(12):997-999.
20. Yudin SS. Transfusion of stored cadaver blood. *The Lancet* 1937;230(5946):362-366.
21. Yudin SS. Treatment of gunshot fractures of the limbs. *Brit Med J* 1943;2(4322):567-572.

3 *El llamado pacto Molotov-Ribbentrop fue un tratado de no agresión firmado en Moscú por los cancilleres de la URSS y Alemania (de ahí su nombre) el 23 de agosto de 1939 del cual quedan los testimonios escritos y fotográficos. Gobernaba en la URSS José Stalin y en Alemania Adolfo Hitler. Para comprender este pacto podría invocarse aquello de "dime con quién andas y te diré quién eres" o el "Dios los cría y ellos se juntan" (¿habrá sido el pícaro diablo que los juntó?).*



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
Medico Intensivista Grado 2
DMI Casmu

La vida después de un BYPASS

Una vez que el paciente es operado y está en casa, el período de recuperación suele durar alrededor de un mes y medio a dos meses. Pero recuerden que los medicamentos no curan la enfermedad aterosclerótica. Sí pueden retardarla, pero no curarla. La operación de bypass no cura la enfermedad cardíaca subyacente. El cirujano cardíaco hace su parte, el resto, depende de ustedes.

Cuidados de las heridas

A los pacientes operados del corazón les queda una cicatriz en el pecho (esternotomía) y una o más cicatrices en los brazos o piernas, si han sido operados de las arterias coronarias.

Esta herida en el pecho no solo puede provocar dolor en la zona de la cicatriz, sino también en las zonas laterales, los hombros y la espalda.



Imagen de esternotomía

En todos los casos debe usar chaleco o faja que deberá llevar durante 1 o 2 meses.



Faja necesaria para estabilizar el esternón y que el hueso suelde adecuadamente.

Es fundamental evitar que se produzca una dehiscencia del mismo, es decir, que no "suelde" bien. En cuanto a la faja, debe usarla por lo menos hasta la visita con su cirujano. Es él quien decidirá si puede o no retirarla.

Las heridas: tanto la esternotomía como las heridas de las piernas también han de curarse una vez al día con clorhexidina alcohólica y deben dejarse al aire. Es normal que la pierna en la cual se sacó la vena para el bypass se edematice (hinche) un poco, ya que si se ha utilizado la vena safena para la operación, el drenaje venoso tarda un tiempo en recuperarse.



Imagen de herida de safenectomía

Durante las primeras semanas después de ser intervenido puede aparecer una serie de molestias que son pasajeras y que mejorarán con el tiempo

Se aconseja cuando uno esté sentado colocar piernas elevadas, para mejorar el retorno de sangre y así mejorar el edema. Pero atentos, las piernas pueden hincharse por falla del corazón y ahí debemos consultar al cardiólogo, quien valorará la necesidad o no de agregar algún diurético.

También se puede utilizar vendas compresivas, medias de descanso para caminar.

Estas heridas pueden mojar un poco los primeros días con un líquido seroso.

En las primeras semanas puede aparecer una serie de molestias que son pasajeras y que mejorarán con el

Cursos de formación de instructores y postgrados en simulación clínica e innovación docente 2018

Reuniones de sensibilización de la importancia del uso de la herramienta pedagógica

Postgrados en España y EE.UU.



Costa Rica
Feb 2018



Chile
Marzo 2018



Perú
Mayo 2018



Colombia
Mayo 2018



SUSIC

Sociedad Uruguaya
de Simulación Clínica
y Seguridad del Paciente



tiempo, incluso puede tener falta de sensibilidad en la zona de las cicatrices

Es normal que note molestias en el pecho, hombros y espalda, las cuales aumentan con los movimientos bruscos y la tos, pero mejoran con los calmantes comunes.

Conviene evitar levantarse de la cama o del sillón haciendo fuerza con los brazos. Pida ayuda si la necesita. Para toser, conviene abrazarse el pecho o colocar un almohadón entre los brazos.

Se deberá dormir boca arriba durante dos meses más o menos.

El paciente no podrá conducir hasta pasados dos meses de la operación. Sí podrá viajar en coche, pero como pasajero y con el cinturón de seguridad.

Debe ir aumentando la actividad física de forma gradual

Es conveniente realizar paseos diarios e ir incrementando su duración según vaya encontrándose mejor, seguir realizando los ejercicios respiratorios.

La dieta debe ser cardiosaludable, es decir, pobre en sal y en grasas animales. Puede tener estreñimiento, que puede resolverse con una dieta rica en fibras o tomando laxantes.

Debe dejar de fumar, mantener un peso adecuado y aprender a controlar el estrés.

Es recomendable inscribirse en un programa de Rehabilitación Cardíaca.

Este tipo de programas lo ayudan a realizar cambios en el estilo de vida

Es muy probable que deba seguir tomando medicación, un reductor del colesterol y un antiagregante plaquetario, etc.

Signos de alarma

Signos que obligan a consulta precoz

Temperatura por encima de los 38 °C y escalofríos.

Pus, inflamación o mucho dolor en las heridas, tanto en la esternotomía (pecho) o en la safenectomía (pierna).

Taquicardia, extrasístoles que no se normalizan con el descanso.

Dificultad para respirar o falta de aire.

Edema (hinchazón) importante en piernas y manos con aumento de más de 2 kg de peso al día.

Mareos, pérdida de conocimiento o pérdida de fuerza.

Dolor en el pecho parecido a la angina de antes de la cirugía al corazón.

Concierto de Alma Mater en Casmu



En el 2004 nació el coro ALMA MATER CRANDON por iniciativa de ex alumnos del INSTITUTO CRANDON.

Si bien el coro nació como de ex alumnos, su evolución implicó la apertura a amigos que se ajustaran al perfil del proyecto coral.

Bajo la dirección de Rosario Caballero la agrupación coral desarrolla un repertorio variado y complejo.

Desde su nacimiento el coro ha participado en numerosas actuaciones en: Ateneo, Sodre, institutos públicos y privados, así como en festivales en el exterior.

CASMU recibió con alegría la visita de Alma Mater que brindó a socios, funcionarios y público en general, un concierto de villancicos de Navidad de diferentes culturas, épocas y autores.

Compartimos algunas imágenes de lo vivido en la tarde

del 19 de diciembre de 2017, esperando volver a repetir la experiencia el año próximo.

Agradecemos muy especialmente al Coro Alma Mater del Instituto Crandon por la hermosa visita.



Cinco tablados disponen de unidades del servicio de emergencia móvil 1727 y en el Teatro de Verano funciona una policlínica

CASMU apoya al Carnaval brindando asistencia médica en distintos escenarios

Ratificando el compromiso que hace más de diez años une a CASMU con la mayor fiesta popular de Uruguay, la mutualista y la emergencia médica móvil 1727 brindan cobertura asistencial gratuita al público que asiste a los escenarios y a los artistas que dan vida al Carnaval.

Con presencia en los tablados Monumental del Géant, Gigante del Buceo, Malvín, Prado y 1º de mayo, profesionales médicos de CASMU están al servicio para atender eventualidades desde las unidades 1727 apostadas en los distintos escenarios con equipamiento de avanzada.

En tanto, en el Teatro de Verano “Ramón Collazo” se instaló una policlínica que funciona durante todas las noches del concurso oficial, con dos médicos, un enfermero y dos socorristas que están a disposición para asistir a los espectadores. Además, durante todo el Carnaval, CASMU y 1727 extendieron sus servicios a los integrantes de las agrupaciones carnavalescas.

Por otra parte, CASMU también estuvo presente en el Desfile de Llamadas los días 8 y 9 de febrero, como lo hizo en el Desfile Inaugural de Carnaval, que se realizó el pasado 25 de enero.

En ambos casos el servicio coordina el trabajo de cuatro móviles con tres profesionales médicos por unidad más un enfermero, a los que se suman 14 integrantes del grupo Socorristas Uruguay que apoyan la tarea, asistiendo a las personas y facilitando su llegada hasta el punto de atención médica de CASMU, que en el caso del Desfile de Llamadas está ubicado detrás del palco oficial, en la Plaza Alfredo Zitarrosa.

Este servicio, denominado “hospitalito”, es una iniciativa que la mutualista ofrece en grandes espectáculos como lo fue el concierto de los Rolling Stones en 2016, y consiste en un espacio acondicionado especialmente para asegurar una recuperación cómoda y apartada para los pacientes que así lo requieren.

Asimismo, para que sus empleados y afiliados también disfruten de la fiesta de Momo, CASMU realiza a



través de sus redes sociales sorteos periódicos de entradas para ingresar a distintos tablados barriales y para vivir el concurso oficial en el Teatro de Verano.

OPCIÓN MÉDICA

Su mejor opción para la promoción de productos farmacéuticos

2018

Décimo año de edición

Opción Médica, medio indispensable para mantener informados y actualizados a todos los sectores vinculados a la Salud.



- Reciben mensualmente y en forma gratuita la publicación, médicos, instituciones médicas públicas y privadas, toda la Enfermería de nuestro país, estudiantes y el resto del personal de la Salud.
- El respaldo permanente de nuestros autores hacen de Opción Médica una publicación atractiva, actualizada y dinámica. En ella se presentan, actualizaciones científicas, presentación de trabajos, novedades, lanzamientos de productos, revisiones científica

¡Al participar de Opción Médica las pautas de la versión impresa se multiplican!

- Redes sociales, nuestras páginas tienen miles de seguidores y el perfil de nuestra comunidad es de profesionales médicos, Enfermería y resto del personal de la Salud.
- Envíos especiales a las distintas especialidades, en este caso enviamos el artículo publicado en la revista vía correo electrónico a los contactos específicos de esa especialidad. El artículo se envía con las pautas de los anunciantes tal como salió en la versión impresa.
- Base de contactos, envío del link para descargar la versión digital de la revista impresa a nuestra base de datos que contiene alrededor de 40.000 contactos calificados de todo el sector de la Salud y la Industria Farmacéutica.
- Sitio Web, publicación de banner en nuestro sitio web que permite direccionar a su sitio web.



¡Los invitamos a sumarse a nuestra publicación promocionando productos o servicios para todos los sectores de la Salud!

Informes: opmedica@gmail.com - Tel 2406 7957

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