



LA REVISTA DE SALUD DEL **casmu**

Leerla hace bien

casmuCerca

Publicación bimestral del CASMU - Distribución gratuita
Año VII - Nº 41 - Octubre de 2019

Si quiere recibir nuestra revista CASMU CERCA en formato digital directamente en su correo electrónico, solicítela a carevista@casmu.com



PROGRAMA ENLACE INTER-NIVELES DE ATENCIÓN

Enfermería
Gestora
de Casos

Info Casmu

Casmu inauguró hospital de día con una policlínica oncológica

Odontología

Nuevos consultorios odontológicos

Info Casmu

Asumió la renovada directiva de CASMU-IAMPP

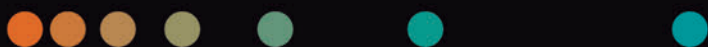
Nutrición

Rotulado frontal de alimentos

Modelando el futuro del cuidado de la salud

En Siemens Healthineers nuestro propósito es permitir que los proveedores de servicios de salud aumenten su valor, y los acompañamos en ese camino, expandiendo la medicina de precisión, transformando el cuidado de la salud y mejorando la experiencia del paciente, todo ello posibilitado por la digitalización del cuidado de la salud.

siemens-healthineers.com.uy



SIEMENS
Healthineers 



Autoridades Consejo Directivo CASMU - IAMPP

Presidente: Dr. Raúl Germán Rodríguez Rodríguez
Vice Presidente: Dra. Andrea Zumar Viquez
Secretario General: Dr. Juan José Areosa Barcia
Pro-Secretario: Dr. Gustavo Bogliaccini de Lodrón
Tesorero: Dr. Domingo Beltramelli Sancristóbal

Comisión Fiscal:

Dr. Nelson Suárez Suárez
Dra. Beatriz Iade Vergara
Dra. María del Rosario Amorín Cendán



Octubre de 2019

Responsable:
Dr. Osvaldo Barrios (Gerente Comercial)
Coordinación: Carla Ascue
Colaborador especial:
Dr. Jorge Pomi

Revista CasmuCerca 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 CasmuCerca. 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 CasmuCerca: Diciembre 2019

Sumario

6 PEDIATRÍA

Cáncer en Pediatría

8 ENFERMERÍA

Programa Enlace Inter-Niveles de Atención

10 ODONTOLOGÍA

CASMU inauguró nuevos consultorios odontológicos

12 INFOCASMU

Talleres sobre estrés y Burnout

16 INFOCASMU

¿Son importantes los hábitos saludables para la prevención de patologías cardíacas?

22 INFOCASMU

Asume la renovada directiva de CASMU-IAMPP

24 INFOCASMU

Discurso de asunción del Dr. Raúl Germán Rodríguez

28 MEDICINA E HISTORIA

El "twist" cambió la oftalmología

34 DIABETES

La Diabetes es una enfermedad del páncreas

36 NUTRICIÓN

Rotulado frontal de alimentos

38 CASMU EMPRESA

CASMU EMPRESA y los desafíos en Salud Ocupacional

42 INFOCASMU

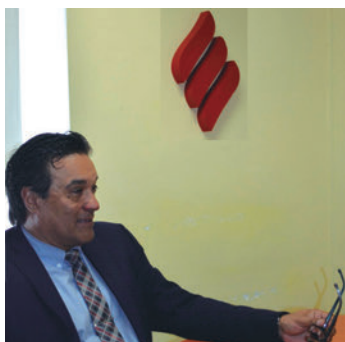
CASMU inauguró Hospital de Día con Policlínica Oncológica

JEFATURAS MÉDICAS

Departamento

Anestesia		Dra. María Minarrieta
Calidad		Dra. Ethel Buño
		Dra. Raquel Romero
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. Daniel López Chapuis
Coord. Urgencia		Dr. Nicolás Maseiro
COSEPA		Dr. Klaus Fitermann
Cuidados Paliativos		Dra. Laura Ramos
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		Dr. Juan Vigna
Ginecología		Dr. Richard Viera
Hematología		Dra. Gabriela De Galvez
Hemodiálisis - IMAE	Profesor Adjunto de Medicina Preventiva	Dra. Laura Solá
Hemoterapia	Jefe de Depto. de Medicina Transfucional -	Dr. Juan Ferrari
CREAR (Centro de Reconstrucción Articular)		Dr. Eduardo Dogliani
Imagenología	Ex Profesor Adjunto de la Cátedra de Imagenología del Hospital de Clínicas	Dr. Daniel Macchi
Infectología		Dra. Mariella Mansilla
Internación Domiciliaria		Dra. Paola Sposito
Servicio de Cirugía del Día		Dr. Wolf Kohn
U.N.E.		Dra. Estela Olano
Laboratorio		Dra. Mariana Cardezo
Medicina Intensiva		Dr. Alberto Deicas
Medicina Interna		Dra. Cristina Rey
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
Neurocirugia		Dr. Carlos Aboal
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		Dr. Andrés 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
UMELA		Dra. Ileana Ramos
Unidad Salud Mental		Dra. Sandra Chelle
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
Urología	Profesor Adjunto de Clínica Urológica	Dr. Hugo Badía
Urgencia Prehospitalaria		Dr. Marcelo Gilard

Último trimestre del año y cargado de buenas noticias



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

Con el placer de siempre, ponemos en vuestras manos la cuarta edición de este año 2019 de nuestra tan esperada revista "CASMU Cerca".

Comenzamos informando a nuestros afiliados, que ya están impuestas en sus cargos las nuevas autoridades del Consejo Directivo de CASMU-IAMPP surgidas del voto de los médicos capitalistas de la Institución, en las elecciones que se llevaron a cabo a finales de setiembre del corriente. Allí, en un ambiente fraterno, triunfó la lista de la agrupación Médicos Unidos, encabezada por el Dr. Raúl Germán Rodríguez, que obtuvo tres cargos de los cinco que conforman el órgano político de la Institución. Lo acompañarán en su presidencia al Dr. Rodríguez, la Dra. Andrea Zumar como Vice-Presidenta, el Dr. Juan José Areosa como Secretario General y completarán el Consejo Directivo los Dres. Gustavo Bogliaccini y Domingo Beltramelli, de la agrupación Todo por el CASMU. También hubo cambios en la Comisión Fiscal, que ahora estará presidida por el Dr. Nelson Suárez y lo acompañarán las Dras. Beatriz Iade y Rosario Amorín. Con posterioridad a la proclamación de los cargos, se realizó una ceremonia de asunción en el Salón de actos del Policlínico, donde la Dra. Zumar, el Dr. Areosa y cerrando el Dr. Rodríguez, realizaron sendos discursos. Encontrarán una copia completa del discurso del Dr. Rodríguez -donde adelantó las líneas estratégicas que guiarán su mandato- en el interior de esta revista y fotos alusivas del evento al que concurrieron representantes del MSP y JUNASA, jerarcas de gobierno vinculados a la salud, médicos, funcionarios,

proveedores, afiliados, representantes de nuestras afiliaciones colectivas y amigos de la casa.

Por otra parte, les recordamos que se siguen adquiriendo a gran ritmo las HABITACIONES PRIVADAS. 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. Los invitamos a informarse a través de nuestro sitio Web, donde incluso pueden hacer consultas que serán respondidas en el mismo día, concurrir al stand del policlínico armado exclusivamente para tal fin, o llamar al 2 487 10 50 interno 2430 donde amablemente lo atenderemos para contarles los planes que se ajustarán a sus necesidades personales o familiares, además de coordinar una visita guiada a las habitaciones donde podrán comprobar la fineza de las terminaciones y la funcionalidad de las mismas.

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



Cáncer en Pediatría



Dra. Stella Gutiérrez
Jefe del departamento de Pediatría.

El cáncer infantil es de baja incidencia pero responsable de cuatro a cinco nuevos ingresos cada año en la internación pediátrica del CASMU. Aparece desde la etapa neonatal en adelante, predominando a nivel de los preescolares.

El cáncer más frecuente en menores de 15 años es la leucemia linfoblástica aguda, seguido de los tumores cerebrales, linfoma y sarcoma de partes blandas.

Dentro de sus causas se describen agentes genéticos, medioambientales y una susceptibilidad individual, si bien muchos factores son actualmente desconocidos.

A diferencia de los tumores del adulto, en la mayoría de los casos no existen medidas preventivas y es el control pediátrico habitual, mediante interrogatorio y examen fí-

sico, la herramienta más poderosa para un diagnóstico y tratamiento precoz.

El retraso en el diagnóstico suele ser mayor en tumores cerebrales o linfomas y menor en neuroblastomas o tumor de Wilms (nefroblastoma).

Los primeros síntomas simulan los de cualquier enfermedad banal y varían según el tipo de tumor: cansancio, cambios del comportamiento, dolor de cabeza severo acompañado de vómitos, orina con sangre, lesiones de piel, trastornos del equilibrio, aumento del tamaño de los

testículos, del hígado o del bazo, aparición de un estrabismo que no existía antes.

El tratamiento dependerá del tipo de tumor pero deberán seguirse los protocolos internacionales que incluyen quimioterapia, radioterapia y/o resección quirúrgica.

La quimioterapia es la administración de varios medicamentos antineoplásicos simultáneos. Éstos destruyen el tumor pero a expensas de efectos adversos para el paciente como la anemia intensa que obliga a transfundir al niño, la disminución de glóbulos blancos necesarios para el sistema defensivo y la disminución de plaquetas que puede producir sangrados, por lo que deben también administrarse concentrados plaquetarios. Otros efectos adversos son las náuseas, vómitos, inflamación de las mucosas y caída del cabello.

El niño con disminución de glóbulos blancos se encuentra inmunodeprimido, por lo que está predispuesto a presentar infecciones moderadas a severas que pueden poner en riesgo su vida.

La radioterapia se utiliza menos y sus efectos adversos dependerán de la parte del cuerpo irradiada y del modo de administración.

La administración de la quimioterapia se realiza a través de una vía venosa central, que se coloca por única vez en el block quirúrgico evitando los problemas de punción venosa y la irritación de las venas más pequeñas.

La duración del tratamiento es larga y depende del protocolo de cada tumor. El gran objetivo es curar, manteniendo la mejor calidad de vida posible. En otros casos es acompañar, asegurando la mejor calidad de vida posible sin dolor ni efectos adversos.

El equipo de salud que asiste al niño está integrado por un enfermero, pediatra, hematooncólogo, fisiatra, nutricionista, cirujano y psicólogo. Cada uno de ellos acompañará al niño y su familia cuando corresponda y durante el proceso de diagnóstico, aceptación de la enfermedad y tratamiento.



Durante el tratamiento, el niño estará internado pero también tendrá altas transitorias. Siempre estará acompañado. El niño, sus padres y hermanos, y el propio personal de salud, requerirán ayuda para expresar los sentimientos de enojo, ansiedad, depresión y angustia.

La supervivencia global es de 75% a los cinco años del diagnóstico. El pronóstico dependerá del tipo de tumor, de su extensión al momento del diagnóstico y de la rapidez de respuesta al tratamiento.

Existen cuidados básicos que se deben seguir durante el tratamiento como mantener un buen estado nutricional, el cuidado de los catéteres venosos centrales y la higiene corporal y bucal. Las visitas se restringen a la familia más próxima, evitando "las visitas" con su riesgo habitual de infección. La familia cercana debe estar bien vacunada para evitar enfermedades que puedan ser graves en el paciente inmunodeprimido como la gripe (influenza), varicela y sarampión.

Finalmente, los niños que terminan su tratamiento pero que no habían completado las vacunas deberán recibirlas en los plazos indicados por el pediatra (a los tres meses para vacunas inactivadas y a los seis meses para virus vivos atenuados). En caso de haber estado al día en el momento del diagnóstico, se recomienda una dosis de refuerzo de todas las vacunas con los mismos plazos.

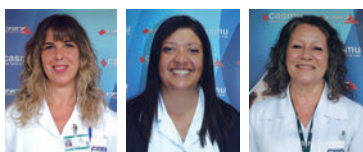


A diferencia de los tumores del adulto, en la mayoría de los casos no existen medidas preventivas y es el control pediátrico habitual, mediante interrogatorio y examen físico, la herramienta más poderosa para un diagnóstico y tratamiento precoz.



Programa Enlace

Inter-Niveles de Atención



Lic. en Enfermería Ana Ibáñez
Gestora de Casos

Lic. Carmen de León
Jefa del Primer Nivel de Atención

Lic. María Acosta
Directora del Departamento de
Enfermería

El programa de Enfermería Gestora de Casos se puso en marcha en setiembre de 2019 con la finalidad de lograr la continuidad en la atención a través del seguimiento del usuario previo al alta de sanatorio y una vez instalado en su domicilio. Se proporcionan las herramientas necesarias tanto al paciente como a su familia, con el fin de lograr un tratamiento oportuno y una recuperación precoz, que determina una mejora en la calidad asistencial de su proceso salud-enfermedad. El equipo encargado del seguimiento está conformado por una enfermera gestora de casos (EGC), un auxiliar de Enfermería (AE) y el médico de referencia (MR).

En los últimos años estamos asistiendo a una transición en el patrón demográfico de la población, con un progresivo envejecimiento de ésta. Se estima que para el año 2050, uno de cada cinco habitantes superará los 60 años y el 19% tendrá más de 80 años.

Tanto el envejecimiento como la discapacidad, llevan consigo una alta demanda de cuidados al ser personas que necesitan de ayuda para el ejercicio de su autocuidado, o lo que resulta similar, precisan cuidados dependientes. Entendemos por autocuidado a la actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismos, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

El contexto descrito de cambios demográficos, transformaciones sociales, culturales y familiares, han favorecido la creciente demanda hacia los sistemas de protección social de una adaptación de sus servicios para garantizar una correcta atención coordinada y profesionalizada de las personas dependientes. El mantenimiento en el domicilio de personas con problemas de salud y dependientes puede ser posible gracias a la producción compartida de servicios entre la familia, la red informal de ayudas y los servicios asistenciales profesionales.

Entre los nuevos modelos de administración de cuidados, diversos trabajos de investigación demuestran la eficacia del modelo de "Gestión de Casos" en la coordinación e integración de los cuidados a las personas dependientes, demostrando la consecución de los objetivos encaminados a mejorar la calidad de vida de éstos. Por tanto, se requiere de un elemento aglutinador, que ante la dependencia de cuidados gestione los mismos de manera adecuada y eficiente: "La Enfermera Gestora de Casos".

Los objetivos propuestos son:

- Mejorar la coordinación con los demás niveles de atención para garantizar la continuidad asistencial y evitar la fragmentación.
- Contribuir a la mejora de la atención domiciliaria.
- Mejorar la coordinación con los sistemas y/o red de apoyo social.
- Garantizar el uso adecuado de los recursos para el cuidado del usuario y su cuidador.

Para el ingreso al programa, los usuarios deben cumplir con determinados criterios que son valorados por las Licenciadas Supervisoras Asistenciales en el sanatorio, responsables de su captación y del aviso a la EGC.

La EGC concurre a sanatorio para realizar una valoración integral del usuario que le permite determinar su ingreso

al programa. Una vez ingresado al mismo, se planifican las visitas durante la internación con la finalidad de establecer vínculo con usuario, familia y/o cuidador.

Trabajará en conjunto con el equipo Asistencial del Sanatorio (Licenciada, Internista, Asistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista) para recabar toda la información relevante en cuanto a tratamiento y pautas a seguir una vez se le otorgue el alta a domicilio. A su vez se comunicará con el MR previo al alta, para informar de la situación en que se encuentra el usuario y coordinará la visita domiciliaria.

Una vez que se encuentre el usuario en su domicilio, la EGC junto con la AE lo visitará y realizará una nueva valoración integral, planificará los cuidados a realizar y la coordinación de visitas futuras, proporcionando el apoyo necesario, contención, educación y fundamentalmente se estimulará el autocuidado. Se pretende que tanto el usuario como la familia tengan las herramientas adecuadas para favorecer su recuperación con el mejor nivel posible.

Se comunicará con el MR y le brindará toda la información de la situación actual del usuario.

Se realizarán las visitas domiciliarias dependiendo de cada situación y las coordinaciones pertinentes con otros profesionales.

Se mantendrá comunicación tanto con MR como con el resto de los profesionales para un seguimiento eficaz y realizando las intervenciones adecuadas y oportunas para lograr la mejor atención posible.

Una vez que el usuario se encuentre estabilizado y que el familiar o cuidador hayan adquirido los conocimientos necesarios para afrontar la situación, se estaría en condiciones de salir del programa realizando el traspaso del seguimiento al equipo del Centro Médico correspondiente.

Este programa tiene un enfoque de modelo organizativo proactivo para asegurar:

- Que los usuarios adquieran la confianza y habilidades para gestionar su enfermedad.
- Que los usuarios reciban los cuidados para un control óptimo de su enfermedad y la prevención de las complicaciones.
- Que exista un sistema de seguimiento longitudinal y continuo, tanto virtual como presencial (EGC).
- Que los usuarios dispongan de un plan para el control de su enfermedad acordado con los profesionales de la salud.
- En definitiva, que sea una organización que preste una atención longitudinal, continua y con la participación del usuario y familia.

CASMU inauguró nuevos consultorios odontológicos



Dra. Rosina Brovia
Especialista en Odontopediatría.
Jefa del Departamento de
Odontología Preventiva

Pensando en brindar la mejor atención para nuestros afiliados, CASMU incorporó en los últimos meses dos consultorios odontológicos con equipamiento de última generación, uno en la sede Solymar y otro en el Centro "Barrio Sur y Palermo".

Ambos centros están enfocados en la prevención y el tratamiento de las patologías bucales más prevalentes de la población como las caries y las enfermedades de las encías.

Estos consultorios cuentan con un equipo de profesionales que atienden en odontología general para niños y adultos, periodoncia, cirugía, ortopedia maxilar, ortodoncia e implantes.

[Conozca más sobre los servicios:](#)

Sede Solymar

Dra. Andrea Cabrera

Odontología general niños y adultos.

Ortopedia Maxilar.

Días de atención: martes y jueves de 14:00 a 19:30 horas.

Para coordinar cita debe comunicarse al teléfono 098 844 934.



Dra. Adriana Lojo

Periodoncia e implantes.

Días de atención: miércoles de 14:00 a 19:30 horas y viernes (segundos y cuartos del mes) de 09:30 a 12:30 horas.

Para coordinar cita debe comunicarse a los teléfonos 2 401 31 37 o 099 272 874 de lunes a viernes de 14:00 a 18:30 horas.

Higienista Ana Laura Ramos

Educación para la salud a niños y adultos.

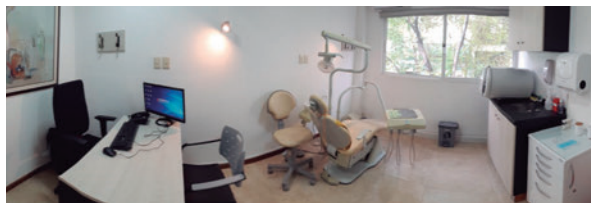
Detartrajes (limpiezas de sarro).

Días de atención: martes 08:30 a 14:30 horas.

Para solicitar hora puede hacerlo a través de los siguientes teléfonos: Odontología Preventiva al 2487.5333 int.5312 o en la Sede Solymar al 2487.5333 ints. 6306/6315 o 6340.



Centro Médico Sur y Palermo



Dra. Carolina Cerviño

Odontología general.

Días de atención: lunes (segundos y cuartos del mes), martes y miércoles de 09:00 a 15:00 horas y viernes de 13:00 a 17:00 horas.

Para coordinar cita debe comunicarse al teléfono 094 436 926.

Dra. Victoria Bazzino

Odontopediatría, ortopedia maxilar y ortodoncia.

Días de atención: lunes (primeros, terceros y quintos del mes) de 09:00 a 19:00 horas y jueves de 09:00 a 14:00 horas.

Para coordinar cita debe comunicarse al teléfono 092 890 633.

Dr. Maximiliano Jaume

Odontología general y cirugía.

Días de atención: martes y miércoles de 15:00 a 19:00 horas.

Para coordinar cita debe comunicarse al teléfono 099 735 948

Atención de Urgencias

Martes y miércoles de 15:00 a 19:00 horas.

Jueves de 9:00 a 12:00 horas.

Viernes de 13:00 a 15:00 horas.



¿Cómo manejar el estrés laboral y el riesgo del Burnout, en el contexto de los equipos de salud y desde la perspectiva de la Seguridad del Paciente?

Talleres sobre **estrés** y **Burnout**

para funcionarios en CASMU IAMPP



Dr. Klaus Fitermann,
Encargado Técnico COSEPA

El trabajo en equipo se reconoce como uno de los factores protectores para el estrés laboral en los servicios de salud, sumado al clima laboral y al ambiente de trabajo, entre otros factores que lo facilitan. El trabajo en equipo resulta clave para pensar en estrategias para prevenir el desarrollo y/o la progresión de un Síndrome de Burnout. Por ello es necesario abordar esta problemática en unidad, desarrollando estrategias que consoliden equipos de trabajo, mejoren las condiciones de trabajo y los ambientes laborales, y atiendan la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes como desafíos centrales en los prestadores de asistencia.

Recientemente, CASMU- IAMPP desarrolló una serie de talleres dirigidos al conjunto de los funcionarios, técnicos y no técnicos, para permitirnos conocer la importancia que tienen en la actualidad el estrés y el Síndrome de Burnout, y cómo afectan ambos a las actividades de los equipos de salud y la seguridad del paciente.

Los talleres se coordinaron en cuatro instancias para permitir la más amplia participación, entre julio y agosto, contando con la asistencia de más de 300 funcionarios.

Con el título “¿Cómo manejar el estrés laboral y el riesgo del Burnout, en el contexto de los equipos de salud y desde la perspectiva de la Seguridad del Paciente?”, se desarrollaron exposiciones conceptuales sobre la temática, al tiempo que se desarrollaron actividades participativas, teatralizaciones y proyección de videos ilustrativos, de modo de imprimir una dinámica que les permitiera disfrutar a los participantes de la experiencia, lo cual pudo reflejarse en las evaluaciones realizadas.

¿A qué nos referimos cuando hablamos del estrés laboral?

Quando hacemos referencia al estrés, generalmente olvidamos referirnos al estrés bueno, entendiendo por éste al que nos permite reaccionar ante el peligro o frente a situaciones complejas, como puede ser en el caso de la salud, la asistencia de un paciente politraumatizado que obliga a prestar atención a diversas variables y que exige la coordinación de muchos recursos para salvar la vida de esa persona.

El estrés malo, y particularmente el estrés laboral, es aquel que progresivamente pasa a formar parte de nuestra vida y termina por generar una serie de trastornos, dependiendo de las propias resistencias que las personas podamos interponer ante esas cargas (factores estresantes), que se acumulan en nuestro interior y no manejamos en forma adecuada. Se altera nuestra capacidad de funcionamien-

to normal y nuestras respuestas pasan a ser inadecuadas en diferentes ámbitos de nuestra vida.

Los trastornos generados por el estrés, incluyen problemas para dormir y conciliar el sueño, alteraciones digestivas y de la alimentación, dolores musculares y/o cefaleas, alteraciones en la interrelación con grupos (amigos, del trabajo, familiares, etc.), consumo de sustancias, ansiedad y depresión, cambios de carácter, entre otros.

Las estrategias de control del estrés deben adecuarse a cada persona, son diversas e incluyen, a modo de ejemplo: realizar ejercicio o practicar deportes, generar espacios de descanso breves en el trabajo, darnos espacios recreativos acorde a las preferencias personales, desarrollar una buena comunicación interpersonal, escuchar música o leer libros, practicar técnicas de relajación, pensar positivamente y ser optimista, alimentarse sanamente y descansar lo necesario, entre otras. Estas pueden ser opciones válidas para desarrollar también en la prevención y el tratamiento del Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout: ¿qué es, cómo reconocerlo y qué efectos determina?



El Síndrome de Burnout, sobreviene cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales marcadas por un estrés sostenido en el tiempo, y donde no se desarrollan acciones preventivas oportunas en el entorno del trabajador. Se caracteriza por la presencia de tres elementos: altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal o reducción de talento.

Esta trilogía se observa, con mayor o menor desarrollo de los componentes mencionados, por lo que comúnmente suele decirse que el Síndrome de Burnout tiene una presen-



Hacé todo en Redpagos

Y disfrutá todo el tiempo que te ahorrás.



Pagá facturas o realizá un depósito en tu banco. Recargá tu teléfono y de paso comprá la entrada a un espectáculo.

Sea lo que sea, **hacé todo en Redpagos.**



Cobros



Pagos



Recargas



Giros



Corresponsalia financiera



Venta de entradas



Tu Colecta



Tarjeta Midinero



App Miredpagos

redpagos
MÁS CERCA

tación acorde a cada persona (“no existe un Burnout igual a otro”) y si bien hay grados de similitud, la presentación clínica es inherente a cada persona y el abordaje terapéutico debe ajustarse a las necesidades de cada individuo.

El área de la asistencia médica se reconoce como especialmente propicia para que sus trabajadores desarrollen este síndrome, dado que se trata de una actividad con intensa responsabilidad, que requiere una disponibilidad y entrega continua, en la que frecuentemente se está expuesto a necesidades de pacientes enfermos, y donde los horarios de trabajo extensos y el multiempleo son comunes. A esto se suma que las organizaciones son extremadamente complejas, con diversidad de servicios, donde los trabajadores se exponen a una doble exigencia que viene dada por las presiones de las personas que se asisten y desde las propias organizaciones que buscan desempeños de alto rendimiento.

El Síndrome de Burnout traduce un estado emocional que sucede a una sobrecarga de estrés y que impacta en la motivación interna de los profesionales, generando cambios profundos en sus actitudes y en su conducta. Hay una afectación de la sensibilidad que llega a determinar la creación de barreras en el relacionamiento humano, llegando incluso a expresarse con destrato y agresión hacia los pacientes.

La importancia del trabajo en equipo en la atención médica

Los procesos de atención médica son casi exclusivamente dependientes del trabajo en equipo, en todas las áreas asistenciales y cualquiera sea el nivel de atención al que hagamos referencia, sin que ello quiera menoscabar la relevancia que tiene la relación interpersonal que supone una consulta médica.

Este trabajo en equipo, especialmente cuando se desarrolla en forma programada y explícita, permite un abordaje integral de los pacientes y mejora las condiciones de asistencia. Interesa destacar ciertos aspectos de este tipo de trabajo, como es el caso de la comunicación, la delimitación de funciones y la coordinación.

Numerosos estudios validan que el trabajo en equipo se reconoce como uno de los factores protectores para el estrés laboral en los servicios de salud, sumado al clima laboral y al ambiente de trabajo, entre otros factores que asimismo facilitan el trabajo en equipo. En esta misma línea, el trabajo en equipo resulta clave para pensar en estrategias para prevenir el desarrollo y/o la progresión de un Síndrome de Burnout.

El trabajo en equipo en la salud debe jerarquizar tres dimensiones en forma integrada, que son las de CUIDAR, en alusión a los pacientes a quienes están dirigidas las acciones, la de CUIDARSE, en referencia a la necesaria autoestima que deben tener quienes dedican su tiempo a esta función, y la de SER CUIDADO, dado que solo cuan-



do las organizaciones y los equipos asumen esta dimensión se hace sostenible en el tiempo.

La Seguridad del paciente como desafío y cuestión para desarrollar

La OMS entiende la seguridad del paciente como un aspecto central y prioritario desde comienzos de siglo, y específicamente en nuestro medio ello se ha reflejado al ser uno de los objetivos del MSP en este quinquenio. Se integra en la dinámica de trabajo de los prestadores, como una materia que atraviesa a los servicios en múltiples direcciones, involucrando a sus trabajadores y equipos, a tal punto que solemos referirnos a la creación de una cultura de la seguridad.

Los llamados eventos adversos son un problema que determina morbilidad adicional a los pacientes, siendo episodios que deben reconocerse como multicausales y en los que se reconoce una base dada por fallas en los procesos del sistema para su ocurrencia. Los equipos asistenciales no detectan esas fallas, las mismas no se corrigen y se determina finalmente un efecto indeseado que termina por comprometer a algunos pacientes. Cuando se trabaja en seguridad del paciente es preciso prevenir la ocurrencia de fallas, detectar oportunamente los errores que puedan cometerse y comunicar los mismos, así como mitigar las consecuencias del daño que se pueda ocasionar.

La percepción de la seguridad asistencial es variable según se considere la perspectiva de los trabajadores o de los pacientes. En los pacientes hay valoraciones positivas de su seguridad en los procesos asistenciales; en cambio, para los trabajadores la seguridad pasa a depender de variables como la dotación de recursos, las relaciones interpersonales de los equipos, la participación en los procesos, la capacitación y el entrenamiento, el liderazgo y el propio trabajo en equipo que se desarrolla, entre otros factores que pueden considerarse.

A manera de resumen

El trabajo en equipo es un aspecto fundamental para promover, no solo como factor protector del estrés laboral y del Síndrome de Burnout, sino como variable primordial para la mejora en la calidad de atención, que permite dimensionar la seguridad del paciente como construcción colectiva.

Genacol®

Reactiva tu vida y recupera tu libertad de movimiento

Único con Aminolock Secuencial®

Genacol®, primer y única matriz a base de colágeno enzimático, que con una única dosis diaria de 3 cápsulas y sin pasaje hepático, le aporta al organismo la cantidad y concentración necesaria en aminoácidos para nutrir y estimular al organismo a la formación de los 5 tipos de colágenos estructurales al mismo tiempo.

¿Ya pensaste como los vas a lograr?

¿Gastando en algún colágeno hidrolizado común?

¿Tomando algún colágeno de tipo I o II de resultado limitado?

¡¡NO gastes más por menos!!

Invierte en salud, **Genacol®** es la única opción completa, segura y eficaz, con la mejor relación costo beneficios.

Genacol®, es elaborado con la exclusiva tecnología **AMINOLOCK SECUENCIAL®**, que le asegura un **98% de absorción**, aumentando **10 veces su biodisponibilidad** y una acción **hasta 10 veces más rápida** que un colágeno hidrolizado estándar.

Cuando se trata de cuidado y salud personal, siempre estamos a tiempo.

En deportes y actividades físicas, prevenir y cuidar nuestra calidad de vida es lo primero.

Cuando de belleza y cuidado se trata, **Genacol®** te rejuvenece por dentro para que luzcas radiante por fuera.

Alrededor de los 25 años comenzamos a perder capacidad de producción de nuestros 5 tipos de colágenos estructurales, una forma eficiente de compensar esta pérdida, es nutriendo nuestras estructuras de forma adecuada, segura y con un producto saludable y natural como **Genacol®**.

Genacol es un producto de venta libre.

Por información: 0800 99 90

E-mail: info@genacol.com.uy

www.genacol.com.uy

Seguinos en Facebook:

 **Genacol Uruguay**



REPRESENTA
y DISTRIBUYE:

 **INNOVAPHARMA URUGUAY**



Promoción en salud y prevención de factores de riesgo cardiovasculares

¿Son importantes los hábitos saludables para la prevención de patologías cardíacas?



Lic. Fabiana Salle

Las enfermedades cardiovasculares son un problema a nivel mundial. Según la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (CHSCV) encabezan el listado de las enfermedades no transmisibles y son responsables del 27% de las muertes en nuestro país.

Se estima que las acciones enfocadas en la promoción de hábitos saludables y la prevención de los factores de riesgo pueden ayudar a evitar el 80% de las enfermedades cardiovasculares. Es por esto que se ha trabajado mucho en la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo de estas enfermedades, lo que ha permitido bajar 20% la mortalidad en los últimos años. Sin embargo, éstas continúan siendo la principal causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres.

Desde hace 28 años se celebra la semana del corazón, liderada por la CHSCV y apoyada por la Organización Panamericana de la Salud. Este año fue desde el 23 al 29 de setiembre con el lema “10 minutos para hacerte bien” que plantea ocho hábitos diferentes para lograr una mejor calidad de vida. Esta campaña tuvo el objetivo de “informar y facilitar estrategias para que las personas adopten un estilo de vida saludable como medida de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares”, además de generar acciones de prevención.

El 29 de setiembre se conmemoró el Día Mundial del Corazón. El propósito de esta fecha es concientizar sobre el

CASMU IMAPP está comprometido con mejorar la salud de todos y todas, con la certeza de que cada instancia realizada con la comunidad acorta la brecha hacia esa meta.

cuidado de nuestro propio corazón y del corazón de las personas que nos rodean.

CASMU IMAPP lleva a cabo varios programas enfocados en la salud cardiovascular, como el Programa de Nefroprevención, el Programa de Tabaquismo, el Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular, el Programa Obesos Diabéticos Dislipémicos e Hipertensos (ODDH), el Programa de Prevención de Obesidad en Adolescentes y captación de usuarios con cifras de hipertensión en todos los centros médicos.

Desde el Primer Nivel de Atención, el CASMU IMAPP brinda instancias de promoción de salud, motivando la participación comunitaria y siempre ha apoyado esta campaña. Este año, más que nunca, a través de innumerables actividades en Montevideo, Ciudad de la Costa, Salinas, Atlántida y San Luis.

Las actividades fueron dirigidas a toda la población, tanto socios como no socios, y se coordinó con diferentes entidades y actores sociales como la Intendencia de Montevideo, municipios zonales, UTU, escuelas, colegios, liceos y la Red de Adultos Mayores.

También se dedicó un día de la semana a los colaboradores de CASMU, bajo la consigna “10 minutos para cuidarte”. Se realizaron diferentes actividades que brindaron información sobre prevención de riesgos y sobre la

importancia que tiene la adopción de hábitos saludables para el fomento de la salud. Se entregó folletería alusiva y carne de control de presión para fomentar el seguimiento personal de las cifras tensionales.

Las actividades organizadas

Centro Médico Agraciada

El 23 de setiembre se participó de la feria de salud de la Red Zonal del Municipio C de 10:00 a 14:00 horas en la Plaza Goes. Allí se organizaron distintas estaciones: salud bucal, salud sexual y reproductiva, controles de presión arterial, control de peso, entrega de folletería, alimentación saludable, reanimación cardiopulmonar (RCP) y una clase de gimnasia.



Del 24 al 27 de setiembre se realizaron controles de presión arterial en el Centro Médico Agraciada de 14:00 a 17:00 horas. Se concretó un total de 62 controles en personas, de las cuales el 63% tenía entre 25 y 64 años y el 37% tenía 65 años o más. El 48% presentó cifras de presión arterial elevada y fueron derivados a consulta médica, el 37% eran normotensos y el 15% hipotensos. Además, se detectó que el 35% de las personas controladas se encontraban en rangos de sobrepeso y 34% en rangos de obesidad.

El 27 de setiembre concurrió al Centro un profesor de baile, que dictó clases de salsa e incentivó a los usuarios y funcionarios a emplear el baile como actividad física. Se entregó además folletería sobre hipertensión arterial, alimentación saludable, beneficios de la actividad física y consejos para sustituir la sal, entre otros.

Centro Médico Paso de la Arena

Del 23 al 26 de setiembre, en el hall del Centro Médico Paso de la Arena, se colocó un área para la realización del screening cardiovascular para el control de público en general. El total de usuarios controlados fue de 56, de los cuales 36 (64%) fueron mujeres y 20 (36%) hombres.

Además, de las usuarias controladas, el 28% presentaban cifras de hipertensión arterial, aunque estaban en

tratamiento. Sin embargo, no se encontraron hombres con cifras elevadas de presión arterial.

Casi el 40% de los participantes del screening presentaban algún tipo de obesidad y en el control del contorno de cintura, el 59% de las personas tuvo valores de riesgo.

El 27 de setiembre, con motivo de la 28ª Semana del Corazón, se realizó en conjunto con el Programa de Personas Mayores de la Secretaría de Deportes, Educación Física y Recreación de la Intendencia de Montevideo, el profesor Antonio Araujo, la Red de Adultos Mayores del CCZ 18, el Club de Salud CASMU Paso de la Arena y el Liceo N°24 una actividad que contó de varias partes: taller, actividad física y de recreación, y por último merienda saludable. La actividad contó con una participación de 70 personas.



Centro Médico Sur y Palermo

El 26 y 27 de setiembre se coordinó en conjunto con la Intendencia de Montevideo una jornada para la realización del screening cardiovascular, además de educación, alimentación, actividad lúdica y actividad física. Se trabajó en conjunto con dos colaboradores de la Intendencia. Se utilizó el método lúdico para crear un ambiente de armonía, donde cada participante, mediante el juego, incorpora nuevos conocimientos y se comprometera al cambio.

La Intendencia brindó una casa rodante donde se instalaron las estaciones de control de Enfermería y la estación

médica. En tanto que en el exterior se instaló un gazebo donde estuvo la estación de Nutrición y la de juegos.

El objetivo fue el de concientizar sobre la responsabilidad de los hábitos saludables para la prevención de patologías cardíacas a todas las personas que transitaron por la zona de la explanada de la Intendencia y sumaron con su participación.

En total participaron 193 personas y del análisis de los datos se concluyó que el 54,4% tenía cifras de hipertensión en el momento del control. De estos, el 23,8% tenía el diagnóstico de hipertensión arterial en tratamiento y el 30,5% desconocía el dato, por lo cual fueron derivados a control con médico. Además, el 21,2% presentó sobrepeso u obesidad, el 8,8% tenía diagnóstico de diabetes y el 5,7% manifestó tener colesterol elevado.

Para el cierre de esta actividad se realizó una clase de Zumba, invitando a todo el público a moverse con la música.



Centro Médico Cerro

El 26 de setiembre se desarrolló una actividad en el salón de Plaza de Deportes N°11 (Austria esquina Portugal). El objetivo fue informar y facilitar estrategias para que las personas adopten estilos de vida saludables como medida de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares.

El 4 de octubre se realizó "Con la Infancia en el Corazón", con el objetivo de fomentar la actividad física y lúdica en niñas y niños.



Centro Médico Colón

Del 23 al 29 de setiembre se organizó una actividad con el objetivo de lograr que los usuarios se informen, participen, reflexionen y adopten hábitos saludables de vida.

La dinámica de la actividad consistió en publicar una cartelera con consejos disparadores de ideas que se pueden lograr en poco tiempo respecto a actividad física, alimentación saludable y tabaquismo, entre otros.

Se entregó además folletería y recetas saludables, y se realizó una degustación de bebidas naturales y té de hierbas, con entrega de bolsas ecológicas.



El 25 de setiembre se realizó en el Espacio Abierto – UTU COLÓN en Camino Colmana y Avenida Garzón una cartelera y entrega de folletería y obsequios. En este escenario se desarrolló una completa actividad de divulgación y promoción de la salud

Centro Médico Parque Batlle

Del 23 al 27 de setiembre durante la celebración la Semana Cardiovascular en el Centro Médico Parque Batlle se realizó screening cardiovascular y se controlaron 35 usuarios, cuyas edades oscilaron entre 28 y 87 años.

Del total de controles 66% fue a mujeres y 34% a hombres. De éstos el 67% no era fumador y se encontró un solo usuario hipertenso que estaba en tratamiento. Además, el 5% de los usuarios controlados eran diabéticos, el 16 % dislipémicos y el IMC del 57% de los usuarios era mayor a 24,9.



Centro Médico Solymar

Del 23 al 28 de setiembre se realizaron actividades para concientizar sobre los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, sedentarismo, tabaquismo, alimentación, entre otras. Se realizaron carteleras alusivas y entrega de folletería con intercambio de información.



Sede San Luis

En San Luis se desarrolló, en conjunto con la Liga de Fomento del balneario, una jornada para el control de la presión arterial y realizar actividad física.

La primera actividad de controles se llevó a cabo durante toda la semana, intentando detectar aquellas presiones alteradas y se entregaron regalos. En total participaron 40 usuarios, de los cuales 19 tenían cifras alteradas de presión arterial y 13 tenían diagnóstico y tratamiento. En tanto que cinco usuarios contaban con factores de riesgo de desarrollar hipertensión arterial.

Sede Salinas y Atlántida

En conjunto con otras instituciones se realizó el 26 de setiembre una doble jornada en Salinas y Atlántida. Se



brindaron pautas de hábitos saludables y se realizaron demostraciones en RCP básica a las escuelas que concurrieron. Se instaló además un stand donde se ofrecieron más de 500 vasos de licuados de frutas y un grupo de animadoras organizó juegos para niños como la rayuela, la cuerda de saltar y Twister, para que se movieran jugando.



Centro Médico Piedras Blancas

El 25 de setiembre se organizó la caminata "Moviendo Corazones". Esta actividad se realizó en conjunto con el CCZ 10 y la Coordinación de Educación Física de las escuelas de la zona de Piedras Blancas. CASMU participó con un stand que sirvió como punto de hidratación y entrega de fruta, se entregó también folletería alusiva a la salud cardiovascular.



Centro Médico Córdón



Del 23 al 27 de setiembre se realizó un screening cardiovascular a 56 usuarios. De ese análisis se desprende que el 93% manifestó que el 93% manifestó no fumar, el 57% tenía diagnóstico de hipertensión arterial, tomando medicación indicada por su médico tratante, el 2% eran diabéticos diagnosticados, el 2% manifestó conocer que tenía dislipemia, el 66%

de los pacientes controlados según lo indicó su IMC tenían sobrepeso u obesidad y el 1% presentó cifras de presión arterial mayor a 140/80 mmHg. Estos, en su totalidad, estaban diagnosticados como hipertensos y tomaban habitualmente la medicación indicada por su médico.

Centro Médico Costa Urbana

Del 23 al 27 de setiembre se realizaron varias actividades que incluyeron la promoción y prevención sobre salud cardiovascular, apoyando la caminata que realiza el Colegio Integral Solymar y controles en salud en Costa Urbana Shopping.

De 97 personas que participaron, el 74% fueron mujeres y el 26% hombres. De los datos obtenidos se analiza que sobre enfermedades no transmisibles 16% padecía hipertensión arterial, 6% diabetes Mielitus y 19% dislipemia.

Todos estaban en tratamientos por estas patologías y seguían hábitos saludables, por lo cual resultó muy satisfactoria la recepción de información brindada, ya que reafirmó los conocimientos de hábitos saludables.

De los participantes el 12% manifestó ser fumador y de este porcentaje el 90% era fumador social. El 33% de las mujeres tenía un elevado perímetro de cintura mayor a 88 centímetros y en los hombres el 28% presentaban riesgo.



Los datos de IMC arrojaron que el 41% de las mujeres presentó normo peso, el 19% sobrepeso y el 18% obesidad. Y en el hombre 16% presentó normo peso y 24% sobrepeso y obesidad.

Explanada Asilo



El 24 de setiembre se realizó una jornada dirigida a los colaboradores en coordinación con el departamento de Nutrición, el departamento de Fisiología, Enfermería A. Descentralizada, Comunicación Interna y Relaciones Públicas con el lema "10 minutos para cuidarte".

El objetivo de promover hábitos saludables y de detectar factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. A los socios de CASMU a los que se les detectó algún tipo de riesgo, se los contactó para agendar citas con un médico o nutricionista sin costo.

Se instalaron en la explanada de Asilo varias estaciones: la estación de screening cardiovascular realizado por licenciadas y auxiliares en Enfermería, la estación de orientación hacia una alimentación saludable coordinado por licenciadas en Nutrición, la estación sobre Pausa Activa realizada por licenciadas en Fisiología, la estación sobre orientación médica a cargo de médicos y la estación de juegos que ofrecieron los colaboradores de Relaciones Públicas y Comunicación Interna donde se invitó a jugar en la Ruleta Saludable la cual contaba con diferentes premios como frutas frescas, agua mineral y



distintas especias que sirven como sustituto de la sal. A su vez todos participaron del sorteo de cinco Canastas Inteligentes al final de la jornada.

Participaron en total 90 colaboradores de los cuales 77% fueron de sexo femenino, 15% manifestó ser hipertenso tratado y el 13% presentó cifras de hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 sin tener conocimiento previo. El 33% presentó sobrepeso u obesidad, el 6% manifestó ser dislipémico, el 2% manifestó ser diabético y el 12 % fumador.

Actualmente se está contactando a cada uno de los 39 colaboradores que presentaron factores de riesgo cardiovascular para explicarles la importancia de un seguimiento profesional dado los hallazgos durante la jornada y para agendar una consulta gratuita con médico, nutricionista o ambos.



En conclusión, en todas las actividades realizadas participó un importante número de personas con las cuales se interactuó para hacer visible la problemática de las enfermedades cardiovasculares y la importancia de prevenirlas y detectar los factores de riesgo precozmente. Se fomentó además la reflexión sobre la información brindada y se promovió comenzar, de a poco, a cambiar algún mal hábito por uno saludable.

CASMU IMAPP está comprometido con mejorar la salud de todos y todas con la certeza de que cada instancia realizada con la participación de la comunidad acorta la brecha existente hacia esa meta.

Asume la renovada directiva de CASMU-IAMPP

El doctor Raúl Germán Rodríguez presidirá el Consejo Directivo junto al doctor Juan José Areosa y la doctora Andrea Zumar.



Los nuevos integrantes del Consejo Directivo de CASMU, que fueron elegidos por amplia mayoría en los recientes comicios, asumieron funciones en un acto que contó con la participación de autoridades de la salud, afiliados y funcionarios de la institución.

El doctor Raúl Germán Rodríguez, candidato de la agrupación “Médicos Unidos”, presidirá hasta 2022 el Consejo Directivo junto a sus compañeros de fórmula, el doctor Juan José Areosa como secretario general y la doctora Andrea Zumar como vicepresidenta. Cuando finalice el período se convocarán a nuevas elecciones para volver a definir la composición de la directiva.

Rodríguez dirigirá esta histórica institución de medicina privada, líder en prestaciones de servicio, luego de dos mandatos consecutivos del doctor Gustavo Bogliaccini, representante del grupo “Todo por el CASMU”.

En su discurso de asunción, el doctor Rodríguez agradeció la gestión de Bogliaccini y del equipo directivo por el esfuerzo realizado para lograr que la institución se mantuviera en marcha. Apuntó, además, al crecimiento y a la unión de todos quienes forman parte de CASMU.

“Hoy vamos a construir sobre lo logrado. Vamos a reconocer lo que está bien y modificar en base a un proyecto lo que se puede mejorar”, señaló.



El flamante presidente enumeró las principales líneas estratégicas que marcarán su gestión en base a un proyecto que fue elaborado por 400 profesionales y que tiene como objetivo que el paciente sea el centro del sistema, potenciando la medicina familiar como eje de la atención.

“Creemos fundamentalmente en la atención primaria de salud, por lo tanto, ese va a ser uno de nuestros desvelos. Vamos hacer que los médicos de familia estén en su policlínica con sus pacientes conociendo el área y los servicios sociales y coordinando la actividad de la institución en la zona”, apuntó.

Web•C

GANALE A LA GRIPE

COMBATE
—4—
SÍNTOMAS



FIEBRE



DECAIMIENTO



DOLOR CORPORAL
Y DE GARGANTA



CONGESTIÓN Y
FLUJO NASAL

CON MÁS
VITAMINA C



Calidad



ROEMMERS
TODOS LOS DÍAS

Megalabs

Martes 15 de octubre de 2019

Discurso de asunción del Dr. Raúl Germán Rodríguez

como presidente del Consejo Directivo de Casmu-IAMPP



Hoy comienza un gran desafío.

Quiero agradecer especialmente al señor ministro de Salud Pública, doctor Jorge Basso, con el que estuvimos reunidos conversando sobre CASMU y el futuro del Sistema de Salud. Agradecer también al señor presidente del Sindicato Médico del Uruguay, doctor Gustavo Grecco, y a los funcionarios y funcionarias médicos y no médicos, a los afiliados, proveedores y amigos que han llegado para acompañarnos con gran expectativa, que confiamos vamos a satisfacer.

Estoy junto a otros grandes colegas en el Consejo Directivo de la institución desde el año 2002 de forma

permanente y lo conocemos como nadie. Estuve en la crisis del año 2009 en el puesto de Tesorero y liderando el proceso de salida de la institución con el apoyo del señor presidente en ese momento, el doctor Tabaré Vázquez.

Si CASMU salió de aquella crisis se lo tenemos que agradecer al doctor Vázquez, quien nos dio el apoyo y generó el primer fideicomiso de la salud para CASMU. Lo generó con nosotros y con el presidente de República AFAP, el señor Héctor Olmos. Eso permitió que hoy estemos todos acá.

Quiero agradecer el esfuerzo, en el acierto y en el error, sobre todo al doctor Gustavo Bogliaccini, que hizo su trabajo más allá de nuestras diferencias.

Quiero agradecer al doctor Domingo Beltramelli y a la doctora Raquel Panonne, que se encuentran hoy integrando el Consejo Directivo junto a la doctora Andrea Zumar y al doctor Juan José Areosa. Juntos vamos a llevar adelante políticas mancomunadas para que la institución vuelva a ser la principal de nuestro país.

Agradezco también a todo el equipo gerencial por el esfuerzo realizado para que CASMU permanezca en marcha.

Hoy vamos a construir sobre lo que tenemos, como dijo el doctor Areosa, reconociendo lo que está bien y modificando todo lo que la gente y nosotros sentimos que no está bien. Para generar este gran proyecto trabajaron 400 médicos de nuestra agrupación, entre licenciados en enfermería, economistas y abogados.

El mismo tiene como definición objetivos muy importantes. Por un lado que el paciente sea el centro del sistema, para evitar que perdamos socios, estabilizando la institución y permitiéndonos volver a crecer.

Tenemos que mejorar nuestra economía y recaudación. Para ello fortaleceremos la venta de servicios creando unidades de negocio que funcionen con independencia.

Vamos a trabajar, cuando el Ministerio así lo disponga, en los centros de alta resolutivez. Este punto lo

conversamos con el señor ministro y con el economista Echeverría, para implementar desde el inicio de esta gestión.

Otra línea estratégica es la investigación. CASMU lo viene haciendo y ahora le otorgaremos un espacio fundamental, porque de esto resulta la calidad de los servicios que brindamos.

Vamos a fortalecer el área de educación en lo que tengamos que dar y en lo que ya está en marcha, así como trabajaremos con la Facultad de Medicina a través de las residencias y con otras universidades que quieran sumarse.

De esta manera lograremos los recursos humanos necesarios desde el principio, generando adhesión a CASMU y permitiendo que esa adhesión nos haga fuertes hacia el futuro.

Vamos a trabajar rápidamente en dos zonas de debilidad: la puerta de emergencia y el servicio 1727. En 1727 apostaremos al crecimiento, poniendo la cantidad de móviles que sean necesarios en el área de pediatría y de adultos. Vamos a generar una política comercial tendiente al incremento para que todos nuestros afiliados sean socios de 1727.

Trabajaremos en las unidades periféricas. ¿Por qué? Porque como médico de familia que soy, sabemos de la importancia de trabajar en la atención primaria de salud, haciendo que cada médico esté en su policlínica, con sus pacientes, centrado en su área, conociendo al paciente, conociendo los servicios sociales de la zona y coordinando la actividad de la institución.

El médico de familia de CASMU tiene que ser un referente social y hacia allí vamos. Llegaremos a un acuerdo sobre el lugar en el cual va a trabajar cada médico de familia, dándole todo nuestro apoyo: enfermería, asistente social y psicólogos, todo orientado a la calidad de vida de nuestros afiliados.

El proyecto estrella es el Sistema de Cuidados. Lo vamos a fortalecer tal como lo planteó el doctor Tabaré Vázquez, presidente de la República, haciendo nosotros un Sistema de Cuidados Médico-Social.



Comenzaremos por identificar a las familias de riesgo y a cada paciente de riesgo. Le haremos un seguimiento en domicilio, ya sea con practicantes de medicina o auxiliares de enfermería, junto a geriatras y médicos de familia. De esta manera lograremos calidad de vida, cantidad de vida y menor demanda a puerta de emergencia y a sanatorio.

Vamos a tratar de centralizar la internación en el domicilio. Los pacientes de edad necesitan estar en su hogar y no en el sanatorio. Solo en los casos que realmente sea grave estarán en el sanatorio, pero nuestro esfuerzo va hacia los domicilios, va hacia que la gente esté donde tiene que estar, donde está mejor y va a que la altas sean más rápidas, con calidad, con seguimiento, con enfermería asistiendo, fisiatría, psicólogos si es necesario, asistentes sociales y otros técnicos. Eso será el Sistema de Cuidados.

Vamos a tener una base en el sanatorio número uno, al que reciclaremos. Vamos a conseguir los fondos necesarios para llevar adelante en el sanatorio un lugar donde la gente pueda tener una estancia de corta o mediana estadía y si es necesario pueda vivir ahí con el cuidado de CASMU.

Nada es gratis, por supuesto, es parte de una idea o unidad de negocio que esperemos que el Ministerio apoye.

¿Por qué estamos apuntando a esto? Porque nuestro sistema no resiste. Si 50 mil de nuestros usuarios tienen más de 65 años y en 10 o 15 años serán 100 mil que tengan más de 65 años, ¿cuántos sanatorios vamos a necesitar para poder seguir atendiendo a la gente con este sistema? No nos alcanzan todos los sanatorios que tenemos, entonces tenemos que cambiar el concepto.

Y eso es lo que, desde el CASMU vamos hacer, cambiar el concepto con el apoyo de los ministerios que están trabajando con esto.

Ayer lo hablamos con el señor Ministro y está de acuerdo que este es un camino viable, que es un camino espinoso, que va a ser difícil.

Lo sabemos, también era difícil ganar la elección y la ganamos, así que estamos seguros que esto también lo vamos a ganar. ¿Por qué? Porque le va hacer bien a la gente y vamos a tener el apoyo de todos ustedes para poder hacerlo, porque es necesario hacerlo, porque sin esto el sistema no aguanta, pero en realidad la que no aguanta es la gente, no aguantan los pacientes, no aguantan la soledad.

Los pacientes de CASMU van a tener nuestro respaldo médico, de enfermería, de asistente social, de psicólogos, de traumatólogos. Porque con nuestro respaldo tienen tranquilidad.

Tiempo atrás, estuve en un congreso de atención Primaria de Salud en la Habana, Cuba, donde estaba Fidel

Castro. Recuerdo que un usuario subió y le agradeció a Fidel la asistencia del médico de familia y le explicó que cuando se levantaban les daba tranquilidad ver que la luz de la casa del médico de familia estaba prendida. Eso es el respaldo.

Quiero que los socios de CASMU sepan que aquí tienen ese respaldo, el mismo que tienen que sentir nuestros médicos y funcionarios.

¿Por qué? Porque la mitad de los médicos hoy no son socios o usuarios de la institución y necesitamos que ellos sean los primeros, porque ellos también son dueños de la institución. Para que esto suceda tienen que confiar en este proyecto, que es real y viable.

A los funcionarios también les pedimos que ellos y sus familias confíen en este cambio y que se hagan socios, porque aquí se les va a dar respaldo real.

Los edificios podrán ser lindos o más o menos lindos, pero el respaldo es la clave. Cuando las cosas estén difíciles tendrán lo mejor en CASMU, porque nosotros se lo vamos a dar.

Al día siguiente de ganar la elección, el señor Álvaro González, que está allí atrás, me fue a ver al consultorio. Yo no lo conocía, tiene 90 años y me trajo esta carta escrita a máquina. En ella dice que aspira a que los directivos eliminemos las puertas para recibir a nuestros usuarios, que sepamos cuáles son sus problemas, que podamos escucharlos y resolverlos.

Eso lo hice desde mi cargo de vicepresidente y de tesorero, y ahora van a tener que hacerlo todos. Todos deben recibir a la gente porque ese es nuestro trabajo y es también el trabajo de los gerentes y directores.

Nuestros socios vienen porque tienen miedo, porque sienten que les falta algo, porque se sienten enfermos. Cuando nosotros nos sentimos enfermos también nos asustamos. La gente necesita ese respaldo y CASMU se lo va a dar.

Nos comprometemos a cumplir con esta premisa y tenemos que trabajar todos y cada uno de nosotros, médicos, funcionarios, gerentes, directores y jefes. La prioridad son los pacientes, y a su vez somos todos nosotros, porque si nosotros estamos bien y tranquilos vamos a darle a nuestros pacientes lo que necesitan.

Es así que lo primero que van a tener de este presidente es tranquilidad para trabajar, respaldo para trabajar, pero también vamos a reinstalar auditorías.

Hace varios años que venimos reclamando auditar los diferentes servicios, pero no hemos tenido el respaldo de la mayoría del Consejo Directivo.

Hace años que no se hace auditoría interna, pero nosotros la vamos a restaurar. Se va a auditar y la Comisión Fiscal va a trabajar de manera independiente. Me com-



prometo ante todos ustedes a que cuando la Comisión Fiscal necesite un asesoramiento de cualquier tipo, este Consejo Directivo no se lo va a negar.

Este Consejo lo único que va hacer es firmar el gasto, que es una inversión, pero la transparencia, es clave.

Los tres poderes de CASMU van a estar funcionando a pleno. Va a funcionar el Consejo Directivo tres veces por semana, porque necesita funcionar tres veces por semana. Va a funcionar la Comisión Fiscal de manera independiente y va a controlar al Consejo Directivo al que tenga que controlar. Va a funcionar también la Asamblea de Delegados, a quienes vamos a citar por lo menos cada tres meses, para que todos los compañeros de Todo por el CASMU y de Médicos Unidos nos digan en qué nos estamos equivocando, en qué podemos mejorar y cuáles son los caminos que debemos tomar para que la institución se siga fortaleciendo.

Es así que los tres poderes de la institución van a funcionar a pleno, como no lo fue hasta ahora. Van a funcionar con independencia y transparencia para llevar esta institución adelante, como corresponde.

Cuento con todos y cada uno de ustedes. Cuento también con el señor de 90 años que me entregó la carta y que desea trabajar honorariamente para CASMU. Les agradezco el esfuerzo, que me da una enorme satisfacción.

Esta presidencia es para mí un gran desafío, que busqué durante muchos años y que no me genera miedo ni dudas, por el contrario, me genera optimismo y confianza. Tengo la confianza de saber que en los próximos seis años esta institución volverá a ser la principal del país, no solo por la cantidad de socios, sino por el sistema de salud que brindará a sus usuarios, un sistema que abordaremos entre todos y que será una realidad resplandeciente.

Muchas gracias.

**Ser líder,
es posible
brindando
un servicio
humano y
profesional**



En SECOM nos preocupamos día a día por brindarte el mejor servicio.

Por eso, desde hace más de 28 años, nuestros Acompañantes Calificados se preparan bajo la supervisión de médicos especialistas, psicólogos y enfermeros en la Escuela de Capacitación más completa, avalada por el MEC y de mayor carga horaria del país.

**Consultá por nuestros planes a medida y comenzá a vivir con el
respaldo del servicio de compañía líder.**



SECOM

PRIMER SERVICIO DE COMPAÑÍA DEL URUGUAY Y DEL MUNDO

0800 4584 | www.secom.com.uy

El “twist” cambió la oftalmología



Dr. Jorge Pomi.

Integrante del Consejo Directivo.
de CASMU IAMPP

La catarata es un padecimiento de alta prevalencia por encima de los 65 años de edad. Esta enfermedad constituye una causa muy frecuente de incapacidad por la pérdida de visión que determina. En el mundo es la causa más frecuente de ceguera reversible.

La catarata es un ancestral padecimiento de la humanidad, de alta prevalencia por encima de los 65 años de edad y con una incidencia algo mayor en la mujer. Esta enfermedad constituye una causa muy frecuente de incapacidad por la pérdida de visión que determina -en el mundo es la causamás frecuente de ceguera reversible- motivada por un lento proceso de opacidad de la lente que tiene el ojo: el cristalino.

Cuando esta opacidad ocurre (y podemos llegar a verla directamente en uno o ambos ojos) impide en mayor o menor grado el pasaje de la luz e imágenes que atraviesan el ojo hasta la retina, ubicada en el polo posterior del órgano, determinando la consiguiente pérdida de visión.

La retina es una membrana intraocular que elabora esa luz e imágenes que le llegan y las trasmite como señales eléctricas -navegando por los nervios ópticos- hasta el cerebro para su interpretación final. De esa forma es que podemos “ver”.

Este delicado e intrincado mecanismo de la visión es uno de los cinco sentidos con que contamos junto a la audición, el olfato, el gusto y el tacto, que permiten una plena vida de relación. Por otra parte, puesto que los seres humanos hemos ido aumentando progresivamente nuestro promedio de vida, y esta enfermedad está vinculada al envejecimiento, se hace necesario “poner el ojo” (y frecuentemente tal cual se dice) en ella, porque cada vez se hace más frecuente.

No existe dieta o droga por vía general ni local que impida o frene la evolución natural del envejecimiento del

cristalino, de tal manera que hasta ahora la extracción quirúrgica es su única solución.

Desde siempre el hombre intentó sortear la enfermedad con la intención de curar, pero frecuentemente con re-



Figura. 1. John Taylor (1703-1772) “el caballero”, que así se hacía llamar. Estudió medicina en el hospital Saint Thomas de Londres y rápidamente se interesó en la cirugía del ojo. Su práctica médica comenzó en Suiza “donde cegó a cientos de pacientes, según confesó más tarde” y según dicen sus biógrafos. Cuando el marketing no se conocía, Taylor intuitivamente se convirtió en un pionero de esta técnica de mercado vendiendo lo que hacía. Viajando en una carroza debidamente ornamentada con grandes ojos y elegantemente vestido de negro, luciendo una frondosa peluca, fue el “oftalmólogo” de lo más granado de la realeza y la aristocracia europea. Y antes de llegar a cualquiera de las capitales y ciudades por las que pasaba, enviaba algún asistente para informar a los vecinos de su visita. Como vemos, además fue todo un cirujano “delivery”. Falleció ciego el 6 de junio de 1772, se cree que en un convento de Praga. El grabado derecho lo muestra en una intervención quirúrgica vestido de calle con “el desafortunado paciente” diligentemente inmovilizado por sus asistentes. Es una caricatura hecha en Florencia por Thomas Patch en 1770.

sultados que hoy nos parecerían deplorables. Aunque el fundamento del tratamiento de la catarata haya sido casi siempre el mismo -la extracción de la lente humana, el cristalino- la técnica utilizada, así como la inapropiada indicación del procedimiento y otras enfermedades oculares asociadas, como el glaucoma, aún no eran conocidas, constituyeron la razón de su frecuente fracaso. Y la consecuente ceguera irreversible fue una de ellos.

Con el fin de graficar el impresionante progreso que ocurrió respecto de este tratamiento y uno de cuyos capítulos más importantes se escribió hace relativamente pocos años, haremos el recordatorio de una cirugía de cataratas hecha un par de siglos atrás, vinculada a un célebre fracaso (o mejor dicho, a su fracaso en un célebre paciente) y de ese reciente capítulo que significó un cambio que puede considerarse fundacional de una nueva cirugía.

La opacidad característica que aparece en el ojo con catarata siempre fue relacionada con la pérdida de la visión, esto explica que los intentos iniciales de su tratamiento se remonten a siglos atrás, aún en el período de la medicina espontánea, instintiva del hombre de la pre-historia.

Las primeras referencias escritas conocidas pertenecen a Aulo Cornelio Celso (26 aC-50 dC), donde ya se planteaba un modo de tratamiento quirúrgico: el "enterramiento" (el término correcto es abatimiento) del cristalino dentro del propio ojo, que se lograba mediante su punción con una aguja arrastrándolo hacia abajo, con lo cual se sacaba del trayecto normal de la luz y las imágenes.

Según David M. Jackson y otros autores que se han dedicado a la revisión de la historia de la oftalmología, fue mil setecientos años después -en 1747- cuando el francés Jacques Daviel (1696-1762) hizo la primera extracción de una catarata, que hasta ahora se mantiene como el procedimiento quirúrgico de elección.

Hasta 1752 Daviel había intervenido a 206 pacientes con buen resultado en 182, probando la extrema destreza que había logrado con su audaz técnica. De él se dice -y estos resultados lo muestran- que no solo fue un hábil cirujano, sino también un generoso maestro. Por el contrario John Taylor el Chevalier (Figura 1) -que sin saberse el porqué, así se hacía llamar- nacido en Inglaterra y contemporáneo de Daviel, también dedicado a las enfermedades del ojo pero demasiado charlatán, había logrado fama, y no solo en Inglaterra, por su particular habilidad en promocionarse. Tal fue su reputación, que la realeza y la aristocracia europea fueron parte importante de su clientela, que atendía viajando en una ornamentada carroza cual cirujano "delivery". Hubo algunas enfermedades que decía "conocer y tratar mejor que nadie": el estrabismo, la ceguera adquirida y la catarata.

Acostumbraba hacer conocer su llegada a cuanta ciudad iba en sus giras médicas mediante la llegada anti-

cipada de alguno de sus asistentes, de manera que los sufrientes -y sobre todo pudientes- clientes supieran de su próxima y esperanzadora visita. En marzo de 1750 estaba en Leipzig, cuando Johann Sebastian Bach (Figura 2) ya tenía graves problemas de visión.



Figura 2. Johann Sebastian Bach (1685-1750) fue y sigue siendo uno de los grandes hacedores de música. Compositor de cientos de obras y también magistral organista. Trabajador incansable y devoto cristiano, a los 38 años se estableció en Leipzig como maestro y director musical de la iglesia St. Thomas. Cumplidos los 60 años su visión se fue deteriorando. Las autoridades eclesíásticas y el alcalde de la ciudad comenzaron a preocuparse por quien sería su sucesor. Enterados de la visita que haría Taylor a Leipzig, junto a comunes amigos convencieron a Bach que se pusiese en sus manos. Para fines de marzo de 1750 Bach ya estaba operado y a la semana nuevamente intervenido por "reaparición de la catarata". Prontamente su cirujano dejó Leipzig. Bach, su familia y el círculo de sus amigos, tomaron conocimiento de la ceguera resultante al retirarse la curación, pero Taylor para ese entonces ya no estaba. Soportando un dolor ocular permanente falleció a los tres meses de hechas las cirugías, el 28 de julio de 1750. Nueve años después, el Chevalier Taylor tendría en su haber otro ciego tan famoso como Bach: Georg Friedrich Händel, el músico de la corte británica.

Teniendo 38 años de edad, en 1723 se estableció en Leipzig cuando fue nombrado director musical en la iglesia de Santo Tomás, con funciones, además de organista y maestro de canto, del coro y de la orquesta, como compositor de una obra musical por semana para su interpretación en los servicios litúrgicos de la iglesia.

Como se comprenderá, para cumplir con estos requerimientos no solo era necesario el compromiso asumido, sino como contrapartida la privilegiada e inmensa capacidad de Bach de hacerlo.

Años después, a mediados de la década de los cuarenta, Bach comenzó con disminución de la agudeza visual atribuida a su ingente dedicación a la escritura para la creación musical, que frecuentemente hacía en la noche a la luz de una vela. Se desconoce si padecía otras enfermedades asociadas como la hipertensión, la diabetes o el glaucoma, pero se supone con cierto grado de certeza que era miope. De lenta pero progresiva evolución, sus problemas de visión comenzaron a preocupar a su extensa familia (vivían con él su segunda esposa y veinte hijos), amigos, autoridades eclesíásticas y hasta al alcalde.

Cuando ya se estaba buscando quien lo sustituyese, se supo que pronto estaría en Leipzig el famoso oftalmólogo John Taylor -llegó para fines de marzo de 1750- que por si fuera poco decía entender de cataratas como nadie. A Bach tuvieron que convencerlo para que fuera a

la consulta de Taylor, mucho más cuando se planteó la solución quirúrgica. Pero el tan mentado Taylor venía con tanta fama y prestigio que aquellas preocupaciones del entorno de Bach prevalecieron sobre sus íntimos deseos.

Después de haberse anunciado, el primer acto que el Chevalier llevaba a cabo como parte de su estrategia de autobombo era el dictado de una conferencia magistral en un lugar público ante curiosos y clientes. Si las circunstancias se daban, las consultas podían comenzar allí mismo y aún las cirugías. Es decir, que las plazas públicas fueron ni más ni menos que los antecesores inmediatos de los anfiteatros quirúrgicos de las salas de operaciones hospitalarias. Tal como se muestra en la caricatura de la Figura 1, el paciente se intervenía sentado y necesariamente inmovilizado por uno o dos asistentes, porque los anestésicos no existían y para el dolor solo había alcohol y opio.

Sin documentación clínica disponible mas que los comentarios de alguna prensa escrita informando de la "exitosa cirugía" realizada a Johann Sebastian Bach y poco más, el resto es un rompecabezas que se arma de razonables suposiciones.

El 31 de marzo de 1750 Bach se encontraba ya operado y el 7 de abril reoperado por "reaparición de la catarata". Sobre ello no se pregunte algo más porque no habrá respuestas. Con vendajes que debían ocluir ambos ojos durante diez días e indicaciones de sangrías, laxantes, altas dosis de mercurio y otras curiosidades, al día siguiente Taylor dejó Leipzig rumbo a Berlín. Es que en el momento de levantar la curación, cuando se evaluaban los resultados quirúrgicos, el Chevalier siempre estaba muy lejos del lugar de los hechos.

Bach quedó ciego y con dolor crónico en los ojos hasta su fallecimiento, ocurrido el 28 de julio del mismo año. Para los conocedores del tema, una interpretación actual de la conocida mala evolución postoperatoria que tuvo, es la aparición de un glaucoma secundario a las maniobras quirúrgicas utilizadas en la época.

Pero llegarían otros tiempos y otros personajes que cambiarían la historia del tratamiento de la catarata. Entre ellos estuvo Charles David Kelman (Figura 3), y como tantas veces sucede, con un pie en la medicina y el otro en el arte, más precisamente en la música.

En 1950 Kelman terminó sus estudios de bachillerato en Boston, componiendo simultáneamente música y actuando en clubs nocturnos como saxofonista. Siguiendo el consejo que le dio su padre viajó a Suiza donde hizo la carrera de medicina en la Universidad de Ginebra, a la par que trabajaba en una radio y componía canciones. Su insistente gusto en la composición musical le depa-
ró un primer éxito en Europa con "Le petitdjéneur" que grabó Jean Sablon (actor y cantante francés) y que lo enfrentó a la duda del camino a tomar. Habiendo culminado los estudios de medicina regresó a los Estados Unidos



Figura 3. Charles David Kelman (1930-2004). Hijo de judíos griegos que emigraron a los Estados Unidos, nació el 23 de mayo de 1930 en el distrito de Queens de Long Island (Nueva York). Siendo un veinteañero amante del saxo en aquel polifacético Queens, ¿qué otra cosa podía soñar que no fuera integrarse a una de las bandas de música bailable que en ese momento arrasaba, el swing? En estudiar medicina quizás, pero no, había elegido ser músico. Compositor y saxofonista más precisamente. Fue el padre emigrante quien lo aconsejó: "pero primero tú serás médico". Como bien lo escribe Richard Packard, esta aseveración le aseguró al mundo el desarrollo de la facoemulsificación, que fue sin lugar a dudas una impresionante vuelta de tuerca de la oftalmología quirúrgica. Pero igual su vida osciló entre la música y la medicina, entre el saxo y la oftalmología, por esto es que más arriba se le muestra en desempeño de esa doble actividad.

en 1956. Con aquella duda sin dilucidar eligió hacer una especialidad que creyó le permitiría continuar con ambas actividades: la oftalmología.

Mientras se formaba profesionalmente siguió componiendo y logró un nuevo gran éxito con "Telephone numbers"¹ bajo el seudónimo de Kerry Adams. El suceso obtenido fue tal, que lo indujo a pensar que su carrera artística había concluido con este éxito, a la par que un nuevo y "loco ritmo" -el twist- que no entendía o condecía con su estilo, terminó finalmente por decidirlo: se propuso dedicarse especialmente a la oftalmología y a lograr en ella lo mismo que había obtenido con la música.

Kelman hizo la residencia en oftalmología en el Wills Eye Hospital de Filadelfia y pocos años después, en 1962, fue profesor de clínica oftalmológica en Nueva York, actuando simultáneamente como consultante en varios hospitales de los Estados Unidos y del mundo.

En los años sesenta Kelman comenzó a ensayar la extracción del cristalino por congelamiento (criocirugía), procedimiento que concibió de la experiencia de los neurocirujanos que la habían puesto en boga para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Sumó a esta indicación de la criocirugía la corrección de los desprendimientos de retina.

En 1967 publicó en el American Journal of Ophthalmology -prestigiosa revista de temas oftalmológicos de los Estados Unidos desde 1884- un nuevo modo de tratamiento de la catarata que fue casi unánimemente rechazado y especialmente por los más encumbrados colegas de la especialidad. El título de esta comunicación fue: "Faco-emulsificación y aspiración. Una nueva técnica de resección de catarata: experiencia preliminar" (Figura 4).

1- Ambos títulos "Le petitdjéneur" y "Telephonenumbers" pueden oírse en YouTube.

Lo novedoso fue precisamente la introducción de una técnica física que era ya utilizada en medicina y odontología -la energía ultrasónica- para el tratamiento de la catarata, y además algo que revolucionó la cirugía del ojo, el abordaje quirúrgico por una incisión mínima (entre dos y tres milímetros, tal como quedó expresado en el trabajo) ¿Cuáles fueron las circunstancias para pensar en la posibilidad de utilizar la energía ultrasónica para extraer la catarata? Se dieron cuando concurrió a su dentista para el detartraje² de su dentadura. De hecho, la técnica por ultrasonido, pero sobre todo el mini abordaje quirúrgico descrito, constituyeron la piedra fundamental para el futuro desarrollo de la nueva y actual cirugía oftalmológica.

Kelman propuso una técnica “usada en los ojos de más de 200 cadáveres, 40 gatos y 30 perros”. No fue una experiencia clínica, pero las conclusiones estaban dirigidas a su pronta indicación en humanos con el fin de “acortar la recuperación, minimizar la hospitalización y permitir una casi inmediata rehabilitación” de los futuros pacientes a tratar, experiencia clínica que tenía previsto se haría en dos etapas. La primera en pacientes con cataratas y mínima o nula visión por una enfermedad asociada de la retina y la segunda en pacientes con deterioro exclusivo de la visión por la opacidad del cristalino.

La primera se ensayaría en voluntarios para medir la evolución clínica de la técnica propuesta, con la seguridad de que no habría consecuencias sobre la agudeza visual previa del paciente (los primeros 50 procedimientos los hizo en ojos ciegos), mientras que en la segunda se valoraría el resultado clínico real de la técnica en caso de no haber complicaciones quirúrgicas de importancia en la etapa anterior.

De hecho, el primer procedimiento de facoemulsificación del cristalino - y tal como había sido planificado, indicado en un paciente con ojo ciego- lo hizo ese mismo año de 1967. Si hoy esta cirugía los oftalmólogos entrenados la realizan en pocos minutos y los pacientes en otros pocos minutos son dados de alta a domicilio, aquella primera duró cuatro horas y tuvo una internación hospitalaria prolongada. La evolución posoperatoria no fue buena, ocurrió una infección del ojo que terminó en su enucleación (o extirpación quirúrgica total del globo ocular). Pero insistió en un segundo paciente en el cual la técnica resultó un éxito. Seis años después publicó en la misma revista en la que había comunicado la nueva técnica los primeros quinientos casos consecutivos de su uso en clínica humana³.

Quedó entablada así una disputa científica entre los oftalmólogos que ya creían en la técnica de Kelman -que eran sobre todo quienes que se habían formado a su lado- y aquellos que se mantenían fieles al tratamiento quirúrgico tradicional que entrañaban incisiones “amplias” que permitiesen la extracción del cristalino “entero” e internaciones prolongadas, pertenecientes sobre todo a la academia.

Estos principios técnicos eran precisamente lo contrario de los sostenidos por Kelman: incisiones mínimas para la extracción del cristalino “licuado” (o en emulsión, de aquí la denominación del procedimiento) a cuenta de la acción del ultrasonido y su extracción mediante lavado para arrastre y aspiración, que posibilitasen una internación corta y rápida rehabilitación de la capacidad visual. La utilización de anestésicos locales y el mini abordaje quirúrgico del cristalino junto a otros progresos tecnológicos permitió que la cirugía de la catarata se transformara en un procedimiento ambulatorio. Sumó además, a los fines de una mejor técnica quirúrgica, el uso habitual del microscopio para las delicadas maniobras requeridas, que representó un aporte esencial para el desarrollo de toda la cirugía y en particular de la oftalmológica.

La tenaz controversia recién terminaría años después, cuando estas realidades vencieran la resistencia académica.

Una historia aproximada de la cirugía de la catarata no puede olvidar dos hechos que contribuyeron a lo que hoy es -uno anterior y otro posterior a la facoemulsificación de Kelman- y que tienen detrás el nombre de otros dos pioneros: Harold Ridley y Thomas R. Mazzocco.

La extracción de la catarata como gesto quirúrgico único de tratamiento necesita de la complementación de algo más: la sustitución del lente natural -el cristalino- por otro. En esto es en lo que ambos incursionaron, mejorando de modo sustantivo el resultado del tratamiento exclusivo de la “opacidad”. El 29 de noviembre de 1949 Harold Ridley implantó el primer lente intraocular en el St. Thomas Hospital de Londres y en la década de los ochenta, Thomas R. Mazzocco diseñó los lentes intraoculares plegables (o flexibles).

Es luego de este último aporte que la facoemulsificación del cristalino se convirtió poco a poco en la cirugía de elección para el tratamiento de la catarata para casi todos los oftalmólogos del mundo. A partir de entonces, Kelman recibió desde diversas instituciones el esperado reconocimiento. En 1992 fue premiado por sus aportes a la innovación tecnológica (Figura 4), en 1994 sus colegas lo nombraron “oftalmólogo del siglo” y en 2004 -poco antes de fallecer- ingresó al National Inventors Hall of Fame de los Estados Unidos (El salón de la fama de los inventores nacionales de Estados Unidos). Paralelamente fue invitado desde distintos servicios de oftalmología en el país del norte y de Europa a mostrar su técnica en directo, diseñó instrumental quirúrgico que la facilitara y publicó decenas de trabajos científicos.

2- El detartraje es una técnica odontológica que utiliza la energía ultrasónica para eliminar la placa bacteriana y el sarro que normalmente se acumulan en la superficie de dientes y en las encías con el fin de prevenir enfermedades bucales como gingivitis, caries o infecciones de origen dental.

3- Para 1973 en Estados Unidos se habían intervenido alrededor de 3.500 pacientes. Actualmente se realizan solo en ese país unas tres millones de facoemulsificaciones por año, con lo cual se convirtió en la cirugía programada de máxima indicación.



Figura 4. Al centro la primera página del trabajo en el que Kelman comunicó en 1967 el nuevo procedimiento para el tratamiento quirúrgico de la catarata en el *American Journal of Ophthalmology*. Lo vemos además en dos momentos muy distintos del apogeo de su carrera, a la izquierda actuando con un legendario del jazz y del swing -Lionel Hampton- y a la derecha en junio de 1992 junto al presidente George Bush, en oportunidad de ser premiado con la National Medal of Technology and Innovation. La secuencia fotográfica contrapone su trabajo y discutido comienzo en la cirugía de la catarata y el éxito final al que apuntó y obtuvo, sin haber dejado de lado una de sus otras pasiones, el saxo.

¿Y a lo largo de toda aquella controversia paralela a su activa vida quirúrgica, de investigación, de docencia y de difusión del ya afianzado procedimiento, olvidó el saxo? Por cierto que no. Y también tuvo tiempo para aprender a pilotear su propio helicóptero y a jugar al golf. Su prestigio como saxofonista creció a la par del de oftalmólogo y cuando sus tiempos le permitían actuó en conciertos junto a prestigiosos artistas, entre otros, el percusionista Lionel Hampton (Figura 4) o Dizzy Gillespie en escenarios como el Carnegie Hall de Nueva York y otros de Las Vegas o Atlantic City. También fue la estrella -alguna vez inesperada- en los mejores shows de la televisión americana. Hacedor de muchas melodías de jazz, fue productor de dos espectáculos musicales en Broadway y un tercero estrenado luego de su fallecimiento (*The-rihtpairs of shoes*).

Después de seis años de pelear contra la enfermedad, falleció por metástasis encefálicas de un tumor de pulmón el 1° de junio de 2004. Sus amigos lo definieron como una "figura entrañable", gran comunicador que prefería las reuniones pequeñas con familiares y amigos a otras multitudinarias, poseedor de una gran calidad humana y de una capacidad creativa sin límites. Por su muerte se organizó un acto recordatorio de este singular personaje al que concurrieron familiares y numerosos amigos, colegas y gente del mundo del espectáculo al que también perteneció -venidos de los Estados Unidos y de Europa-. Y como probablemente él lo hubiese querido, se hizo en uno de los teatros de la archiconocida Broadway, y no en un ámbito académico donde había sido "criticado, ninguneado

y denostado como ningún otro oftalmólogo americano". En este acto de recuerdo del hombre, del amigo, del oftalmólogo innovador, del docente convencido e invulnerable, del luchador infatigable y del artista, seguramente habrá sobrevolado la postrera imagen de aquel joven saxofonista de Queens que al parecer nunca dejó de serlo.

Bibliografía

1. Acosta R, Hoffmeister L, Román R y col. Revisión sistemática de estudios poblacionales de prevalencia de catarata. *ArchSocEspOftalmol* 2006;81:509-516.
2. Alió JL. En memoria de Charles Kelman. *Arch SocEspOftalmol* 2004;79:331-332 (online).
3. Apple DJ, Sims J. Harold Ridley and the invention of intraocular lens. *SurvOphthalmol* 1996;40:279-292.
4. Barbaimon E. Cataratas: técnicas de facoemulsificación. Biblioteca Virtual del S.M.U. Montevideo, 16 de noviembre de 2016.
5. Elvira Cruaños JC. Facoemulsificación del cristalino y pérdida de células endoteliales. Tesis doctoral de la Universidad de Alicante, 1997.
6. Goldstein JL. How a jolt and a bolt in a dentist's chair revolutionized cataract surgery. *NatMed* 2004;10(10):XIX-XX.
7. IbáñezHernandez MA, Ángulo Lara Y, EugarríosLargespada MF. Facoemulsificación de catarata, análisis y resultados. *Rev-MexOftalmol* 2007;81(6):345-349.
8. Jackson DM. Bach, Handel, and the Chevalier Taylor. *Med Hist* 1968;12:385-393.
9. Kelman CD. Phaco-emulsification and aspiration. A new technique of cataract removal: a preliminary report. *Am J Ophthalmol* 1967;64(1):23-35.
10. Kelman CD. Phaco-emulsification and aspiration. A report of 500 consecutive cases. *Am J Ophthalmol* 1973;75:764-768.
11. Kelman CD. The genesis of phacoemulsification. *Cat Refract Surg Today* 2004;March:57-59.
12. Miranda M. La enfermedad neurológica de Georg Friedrich Händel. *RevMed Chile* 2007;135:399-402.
13. Nagourney E. Dr. Charles Kelman, 74; made cataract removal easier. *The New York Times* 2004; June 5.
14. Nieto I. La cirugía de la catarata y sus protagonistas. *Revista IMO* 2010;22:18-25.
15. NN. Charles Kelman, MD: ophthalmologist, visionary, entertainer. *Ocular Surgery News U.S. Edition*, January 15, 2002.
16. Obstbaum SA. Charles D. Kelman, MD (1930-2004). *ArchOphthalmol* 2005;123(2):287-288.
17. Oransky I. Obituary - Charles Kelman. *TheLancet* 2004;364(10):134.
18. Packard R. From music to medicine. *Cataract & Refractive Surgery Today Europe* 2013;September:64-71.
19. Pandey SK, Milverson EJ, Maloof AJ. A tribute to Charles David Kelman MD: ophthalmologist, inventor and pioneer of phacoemulsification surgery. *Clinical and Experimental Ophthalmology* 2004;32:529-533.
20. Pérez Cambrodí RJ, Alzamora Rodríguez A. Bases filosóficas de la oftalmología antigua. El ejemplo de Aulo Cornelio Celso y Galeno de Pérgamo. *StudiumOphthalmologicum* 2012 (anexos);XXX:Nº2.
21. Ridley NHL. Artificial intraocular lenses after cataract extraction. *St. Thomas's Report* 1951;7:12-14.
22. Romera M. El farsante doctor Taylor y sus damnificados Händel y Bach. *Ilustración Médica* 2016; 19 de enero.
23. Sanz-Pozo C, Acebal-Montero A, Asorey-García A, Santos- Bueso E. John Taylor, el caballero. *RevSocEspOftalmol* 2017; 92(11):e70-e71.
24. Schimchak P. ¿Qué lente intraocular elegir si se tiene que operar de cirugía de catarata? +CERCA. Año III, agosto de 2015.
25. Tarkkanen A. Blindness of Johann Sebastian Bach. *Acta Ophthalmol* 2013;91:191-192.s
26. Vasumathi R. Remembering Dr. Charles D. Kelman and development of phacoemulsification. *Journal of OphthalmicScience and Research* 2018;56(1):45-49.
27. Wade JN. Chevalier John Taylor, ophthalmiater. *Perception* 2008;37(7):959-972.
28. Williams HP. Sir Harold Ridley's visión. *Br J Ophthalmol* 2001;85:1022-1023.

4- Contrariamente a lo que podría interpretarse de lo aquí transcripto, Kelman dejó expresa constancia del agradecimiento a sus detractores: "Agradezco a mis colegas, seguidores y colaboradores. También agradezco a mis oponentes por inspirarme a esforzarme más".

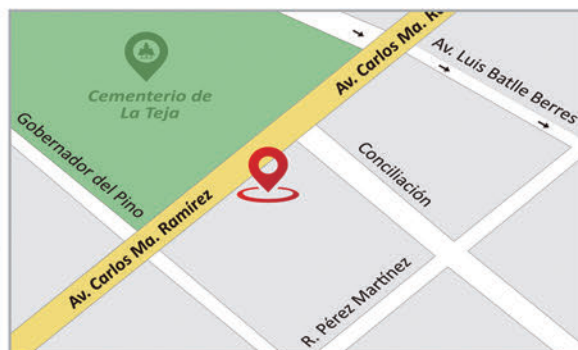


Nuevas salas velatorias en La Teja

Carlos Ma. Ramírez 371, Montevideo



Servicios Fúnebres - Cremaciones en
Cementerio Parque Los Fresnos de Carrasco
Salas velatorias en Montevideo, Canelones,
Maldonado y San José



Contáctenos: **2622 2032**
☎ **097 352 367 - 0800 8508**

info@abbate.com.uy
🌐 **www.abbate.com.uy**


JARDÍN DE LOS FRESNOS DE CARRASCO
www.losfresnos.com.uy

La Diabetes es una enfermedad del páncreas,

que es crónica y tiene diferentes niveles, grados, tipos o estadios.



Lic. Ana Ibañez
Gestora de Casos

Los cuidados que expondremos en el siguiente artículo involucran a la patología independientemente del tipo que se le haya diagnosticado. La importancia de los mismos es cuidar al usuario para que goce de una buena calidad de vida, evitando complicaciones. Son recomendaciones de enfermería muy simples que pueden ser llevadas a cabo por el mismo usuario, por su familia o cuidadores cuando el usuario está impedido de hacerlo por sí mismo

Técnicas de cuidados de enfermería en domicilio para usuarios diabéticos.

Usted es portador de diabetes, es una enfermedad de las glándulas del páncreas, produce una alteración del nivel de azúcar en sangre y se complica con muchas enfermedades.

Tener una Diabetes bien controlada significa poder realizar una vida normal, para lograr esto usted debe tener en cuenta algunos cuidados preventivos y conocer su enfermedad.

Al alta sanatorial debe contactarse con la Policlínica de Diabetología.



Tres pilares en su tratamiento:

Dieta - Medicación - Ejercicio

- Es muy importante que cumpla con la dieta que le aconsejó su médico y la nutricionista.
- Desajustes en la misma, pueden provocar alteraciones en su estado de salud.
- Usted tiene Diabetes tipo 1, que en principio no requiere Insulina sí dieta u otro tipo de medicación (comprimidos)
- Consulte frente a vómitos y/o diarrea debido a que estos síntomas pueden alterar la función de los medicamentos que recibe y provocar trastornos en el organismo.

Debe estar atento a ciertos síntomas para poder actuar efectivamente:

- Síntomas de Hipoglucemia (azúcar bajo en sangre): Temblores, irritabilidad, hambre, visión borrosa, desmayos, sudoración y/o frialdad en la piel.
- Debe realizarse un HGT y si está por debajo de 70mgr tómese un jugo de frutas azucarado o una taza de leche,

o una cucharada de miel. Si no tuviera aparato, tómese la colación y luego contrólese en la Farmacia.

- Síntomas de Hiperglucemia (azúcar alto en sangre):

Sed, hambre, piel seca y caliente, orina demasiado, las heridas no curan.

En estos casos se debe cumplir con el tratamiento médico y dietético estricto, realizarse controles de HGT y si los valores no descienden consultar con el médico de cabecera porque podría tener alguna complicación.

Cuidados Generales

- Baño con agua y jabón suave
- Secar muy bien todos los pliegues de la piel para prevenir micosis (hongos).
- Puede usar una crema hidratante y nutritiva para pieles secas, evitar grietas o lesiones por donde pueda entrar la infección.
- Sus pies debe cuidarlos un podólogo, si no es posible, cortese las uñas en línea recta no penetrando en las esquinas. Procure no lastimarse.
- No puede andar descalzo, ni usar bolsa de agua caliente, la pérdida de sensibilidad en los pies es muy común en su enfermedad y favorece los accidentes.



- Use medias y ropa de algodón que absorbe la transpiración y lo mantiene seco. Calzado cómodo y medias sin arrugas.
- Recuerde llevar una identificación que diga que es diabético.

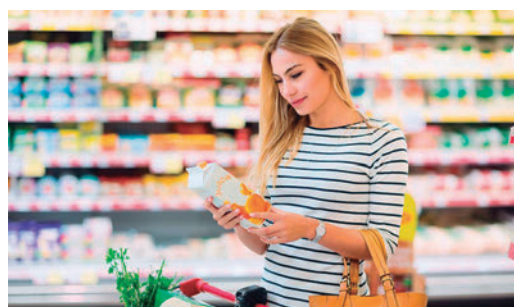
RECUERDE:

DIETA, MEDICACIÓN Y EJERCICIO.
CONTRÓLESE PERIÓDICAMENTE.
MÁS VALE PREVENIR QUE CURAR

El Etiquetado Frontal de alimentos es una herramienta práctica que permite identificar rápidamente los alimentos con perfil nutricional desfavorable.

Rotulado frontal de alimentos

Dos de cada tres uruguayos están en riesgo de sufrir graves consecuencias a propósito de su sobrepeso u obesidad, hipertensión y complicaciones derivadas de una selección incorrecta de alimentos.



**Lic. Nut. Romina
Sebastián**

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con una inadecuada alimentación constituyen el principal problema de salud pública. Dos de cada tres uruguayos están en riesgo de sufrir graves consecuencias a propósito de su sobrepeso u obesidad, hipertensión y complicaciones derivadas de una selección incorrecta de alimentos.

En nuestro país las cuatro ECNT de mayor prevalencia son: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedad pulmonar crónica. Estas enfermedades tienen cuatro factores de riesgo conductuales comunes: el tabaquismo, el consumo de alcohol, la alimentación no saludable y el sedentarismo.

La epidemia de sobrepeso y obesidad ha sido impulsada por diversos factores, incluyendo cambios en los hábitos alimentarios de la población que han ocasionado una disminución del consumo de frutas y vegetales y el aumento en el consumo de productos alimenticios con alto contenido de azúcar, grasas, grasas saturadas y sal.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que las ventas de estos productos industrializados aumentaron 146% en el período entre 2000 y 2013, principalmente debido al aumento en su disponibilidad, así como a las estrategias de publicidad, promoción y patrocinio.²

En el país, la venta de bebidas azucaradas se triplicó entre 2000 y 2013, al igual que otros alimentos con excesiva cantidad de azúcares.³

Esta situación requiere la implementación de múltiples estrategias tendientes a modificar los hábitos alimentarios y a facilitar elecciones más saludables. Por tanto, implementar intervenciones efectivas, particularmente aquellas de tipo regulatorio, tales como establecer sistemas de etiquetado frontal a los alimentos procesados con alto contenido de sodio, azúcares, grasas y grasas saturadas es fundamental para combatir esta situación que afecta al país.¹

Decreto N° 272/018

El Decreto N° 272/018 del 29 de agosto de 2018, modifica el Reglamento Bromatológico Nacional aprobado por el Decreto N° 315/994, en las regulaciones relacionadas con la rotulación de alimentos contemplando la inclusión de un rotulado frontal.

Cabe destacar que el rotulado nutricional es “toda descripción destinada a informar al consumidor sobre las propiedades nutricionales de un alimento”, y comprende la declaración del valor energético y de nutrientes, así como la declaración de las propiedades nutricionales de

un alimento. La rotulación del alimento envasado informa al consumidor sobre la denominación y marca del alimento, sus ingredientes, país de fabricación, instrucciones para su uso y conservación, fecha de duración, aclarándose que la información consignada en el rótulo debe ser clara y precisa, no prestándose a engaño o confusión del consumidor.

El rotulado frontal identifica aquellos productos que exceden los criterios establecidos de: sodio, grasas, grasas saturadas y azúcares.

Características generales del Etiquetado frontal de alimentos

Si el alimento excede los valores para alguno de los nutrientes, deberá constar de rotulado frontal. Los símbolos son de diseño octogonal (Figura 1), con fondo negro y borde blanco, que contendrán en su interior la expresión "EXCESO" seguida del nutriente que corresponda: GRASAS, GRASAS SATURADAS, AZÚCARES o SODIO y de las Siglas MSP (Ministerio de Salud Pública). Se incluirá un símbolo por cada nutriente que se encuentre en exceso.



Figura 1. Diseño del rotulado frontal

¿Por qué es importante regular el Etiquetado?

Para garantizar al consumidor el derecho a la información que necesita para tomar decisiones más críticas. Para proteger el consumidor de engaños y desestimular la compra de productos no saludables.

El Etiquetado Frontal de alimentos es una herramienta práctica que permite identificar más rápidamente alimentos con perfil nutricional desfavorable. La información clara nos permite tomar decisiones más saludables.

Características de un Etiquetado Nutricional efectivo:

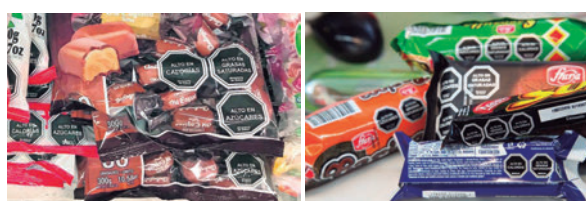
1. Se debe aplicar a los alimentos procesados y ultra procesados, incluyendo bebidas.
2. Sistema que proporcione información de forma directa, sencilla y rápida.
3. Advertir sobre el alto contenido en nutrientes asociados a problemas de salud: en azúcar, grasa y sal.
4. Estar acompañado de campañas dirigidas a promover una compra más crítica utilizando el etiquetado.

5. Ser complementado con medidas de prohibición de uso de imágenes, colores y otros elementos gráficos que generen engaño o influyan en la elección, especialmente por parte de los niños.

¿A partir de cuándo comenzará a regir?

A partir de febrero del 2020 los productos con exceso de grasas, sodio y azúcar deberán incluir el etiquetado frontal de alimentos.

A continuación detallamos ejemplos de productos con etiquetado frontal



1 OPS Uruguay. Determinantes epidemiológicos y sociales. Etiquetados de alimentos

2 Manual para la Aplicación del Decreto 272/018 sobre rotulado frontal de alimentos. 2019

3 OPS. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington DC: OPS, 2015.

Entrevista a Ana Clara Gomensoro

CASMU EMPRESA

y los desafíos en Salud Ocupacional

Realizada por Nicolás Cés
Comunicación CASMU



Dr. Osvaldo Barrios abriendo el evento.



Jorge Pomi y Ana Clara Gomensoro.

¿Qué es CASMU EMPRESA?

CASMU EMPRESA es una nueva unidad de CASMU que se dedica a atender las necesidades de las empresas contratantes en relación a la normativa que entrará en vigencia en noviembre de este año y que involucra a todas las compañías nacionales que tengan cinco o más empleados.

El decreto 127/14 obliga a todas las empresas en estas condiciones a contar con un servicio de Salud Ocupacional que debe cumplir por lo menos con tres cometidos fundamentales: asesorar a las empresas en el área de la salud ocupacional, promover la prevención en salud laboral y prevenir los accidentes laborales para toda la plantilla de trabajo.

Muchas empresas ven este servicio como un costo agregado a los que ya tienen. ¿Cómo deberíamos ver el servicio de Salud Ocupacional?

El primer beneficio es cumplir con la norma, ya que de no hacerlo las consecuencias económicas pueden ser mayores. Recordemos que, si bien quien fiscaliza es la Inspección General del Trabajo, cuando sucede un accidente es el Banco de Previsión Social el que actuará verificando, entre otras cosas, si la empresa cumple con el Decreto 127, es decir, si tiene servicio de Salud Ocupacional.

En segundo lugar, pero no menos importante, sabemos que desarrollar planes de salud laboral impacta directamente en beneficio del empleado pero también para el empleador. Para el empleado porque previene las posibles consecuencias de su trabajo, tanto en accidentes como en

enfermedades de origen laboral, y para el empleador porque si se detectan oportunamente los factores de riesgo tendrá menos accidentabilidad y menos ausentismos por problemas que surjan como consecuencia del desarrollo de la tarea.

¿Qué actividades ha desarrollado este año CASMU EMPRESA?

Comenzamos en abril con una serie de charlas informativas para todo el polo tecnológico de Ruta 8 y Ruta 101, a las que fuimos agregando charlas en distintas cámaras empresariales y asociaciones.

En junio participamos como expositores del Congreso de Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medicina Preventiva (CONSEG) y brindamos la conferencia "Los desafíos de la Comunicación en la Seguridad Laboral".

En el mes de setiembre generamos un ámbito de intercambio entre los tres actores principales: Estado, trabajadores y empresas. Para esto organizamos tres desayunos de trabajo que tuvieron lugar en Salón de Actos del Policlínico ubicado en Avenida 8 de Octubre y Abreu, que contaron con la participación de la inspectora general del Trabajo, doctora Cristina Demarco, el técnico prevencionista Walter Miglioni, en representación del PIT-CNT, y el doctor Raúl Damonte como representante de las empresas en Uruguay.

A estas destacadas personalidades se sumó, en representación de la academia, el doctor Fernando Tomasina, pro-



Fernando Tomasina.



Raúl Damonte.



Walter Miglioni, Fernando Tomasina, Raúl Damonte, Marianela Olivera, Fabiana Peña.



Raúl Damonte, Walter Miglioni y Fernando Tomasina.



Ángel Dobrich y Andrea Acosta.



Cristina Demarco y Jorge Pomi.



Raúl Damonte y Jorge Pomi.



Jorge Pomi y Serrana Punzo.



Jorge Pomi y Walter Miglioni.

esor agregado del departamento de Salud Ocupacional, Grado 5 de la Cátedra de Salud y ex decano de la Facultad de Medicina.

Para nosotros fue sumamente enriquecedor este debate, en el que participaron entre otros Milton Navarro, presidente del Colegio de Técnicos en Higiene y Prevención de Accidentes del Uruguay, Robert Landó, integrante del Comité de Honor del mismo organismo, así como Ramón Ruiz, integrante del directorio del Banco de Previsión Social (BPS) en representación de los trabajadores activos, Elvira Domínguez, integrante del directorio del BPS en representación de las empresas y Gabriel Salsamendi, abogado del equipo de representación de los trabajadores del BPS.



Elvira Domínguez y Jorge Pomi.



Rosana Sánchez y Mónica González.

¿De estos debates participaron también empresas?

Sí, por supuesto. Obviamente no tenemos capacidad para invitar a las más de 26.000 empresas que tendrán que contar con servicio de salud, por lo que decidimos invitar a cámaras empresariales y a otras empresas de gran porte.

Contamos, entre otros, con la presencia de la Asociación de Promotores Privados de la Construcción, Confederación Empresarial del Uruguay, Cámara de la Construcción, Centro Comercial e Industrial Colón, Organización de Mujeres Empresarias del Uruguay, Centro Uruguayo de Gestión, varias empresas navieras, la Universidad de la República,



Rogelio Carbó y Carlos Delfino.

varias empresas de logística e integrantes de la Cámara de Ferreteros, Bazaristas y Afines del Uruguay.

También participaron, ya que son parte de la temática, el Banco de Seguros de Estado (BSE).

¿Y representantes de los trabajadores?

Por supuesto. Contamos con representantes de nuestro sindicato AFCASMU, así como representantes del PIT-CNT en diferentes organismos o federaciones.

Además del miembro titular del Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CONASSAT) en representación del PIT-CNT, Walter Miglioni, participaron tres integrantes del Equipo de Representación de los Trabajadores (ERT) ante BPS, así como al integrante del directorio de BPS, Ramón Ruíz.

¿Cuáles serán los próximos desafíos?

Queremos establecer un vínculo permanente y estrecho de desarrollo en planes de salud laboral con las empresas que ya han optado por nosotros como servicio, así como con las que se sumen. Este vínculo va mucho más allá de resolver lo que pide la norma, sino que implicará, sin aumentar costos, desarrollos comunicacionales, de prevención, de capacitación y de protocolización.

Sabemos que el mayor capital con el que una empresa puede contar es la información, por eso es que CASMU EMPRESA cuenta con tableros de control que permitirán proyectar y tomar decisiones mucho más sustentadas.

¿Qué beneficio tendrán los trabajadores?

La Historia Médica Laboral le permitirá al trabajador conocer los riesgos que surgen al realizar su tarea, pero también contará con una valiosa herramienta informática que lo ayudará a tomar las decisiones que más lo beneficien en relación a su salud.

La mayoría de las enfermedades profesionales actúan de manera silenciosa durante muchos años, manifestándose de forma visible sobre los últimos años laborales.

Todos soñamos poder disfrutar de un merecido descanso al final de nuestro recorrido laboral, es por esto que es fundamental cuidar a los trabajadores ahora.

¿Cómo hacen las empresas para comunicarse con este servicio?

Pueden comunicarse con CASMU EMPRESA y pedir asesoramiento al teléfono 2487 533 int. 2749 o a través del 144 opción 4. También pueden hacerlo a través del email casmuempresa@casmu.com o por nuestra web www.casmuempresa.casmu.com.uy



Ignacio Castiglioni.



Walter Miglioni y Robert Landó.



Gabriel Salsamendi.



Participación CONSEG.

CASMU inauguró Hospital de Día con Policlínica Oncológica

El nuevo espacio está instalado en Luis Alberto de Herrera y Pablo Purriel, y ofrece accesibilidad y más comodidades.



En el ex sanatorio N°4, ubicado en Luis Alberto de Herrera esquina Pablo Purriel, CASMU inauguró un Hospital de Día con una Policlínica Oncológica. Garantizando la accesibilidad a las instalaciones y con mayores comodidades, se reubicaron en la planta baja la administración, la enfermería, cinco consultorios y un área exclusiva para que los médicos discutan los casos o reciban a los pacientes junto a sus familias.

En el subsuelo se creó además una nueva sala para quienes requieren tratamientos oncológicos, diseñada de forma vidriada para que los usuarios aprecien el espacio verde implementado afuera y con la finalidad de brindarles un ambiente ameno que los ayude a distraerse y a sobrellevar de mejor manera su tratamiento.

Instalado estratégicamente cerca de los consultorios para facilitar que los médicos puedan observar el proceso mientras continúan con otras consultas, el espacio tendrá 12 sillones y una cama, permitiendo tratar aproximadamente a 30 pacientes por día.

La quimioterapia y la radioterapia se realizan con fármacos que se preparan en habitaciones acondicionadas especialmente para la tarea, también ubicadas en el subsuelo. Para esto se incorporaron dos nuevas cámaras

de flujo laminar que filtran los gérmenes existentes en el aire, esterilizándolo para evitar que los medicamentos se contaminen.

Perfeccionamiento técnico

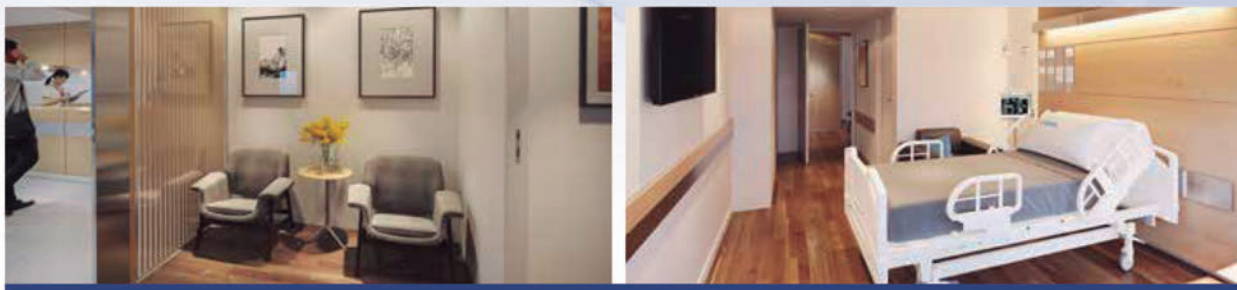
Actualmente se está construyendo en el mismo lugar una sección de perfeccionamiento técnico, donde se capacitará al personal en las últimas técnicas en reanimación, cuidados de enfermería y tratamiento de arritmias.

El espacio incluirá tecnología que simula el cuerpo humano, que permitirá practicar qué tipo de decisiones debe tomar el personal según las diferentes situaciones a las que se enfrentan a diario.

El nuevo centro estará abierto de 08:00 a 20:00 horas, y fortalecerá la calidad de atención a los usuarios del CASMU, contemplando las necesidades de quienes requieren de esta especialización.

HABITACIONES PRIVADAS EN CASMU

Casmu pone a disposición de sus afiliados la posibilidad de internación en esta moderna habitación privada construida en el sexto piso del nuevo Sanatorio Central.



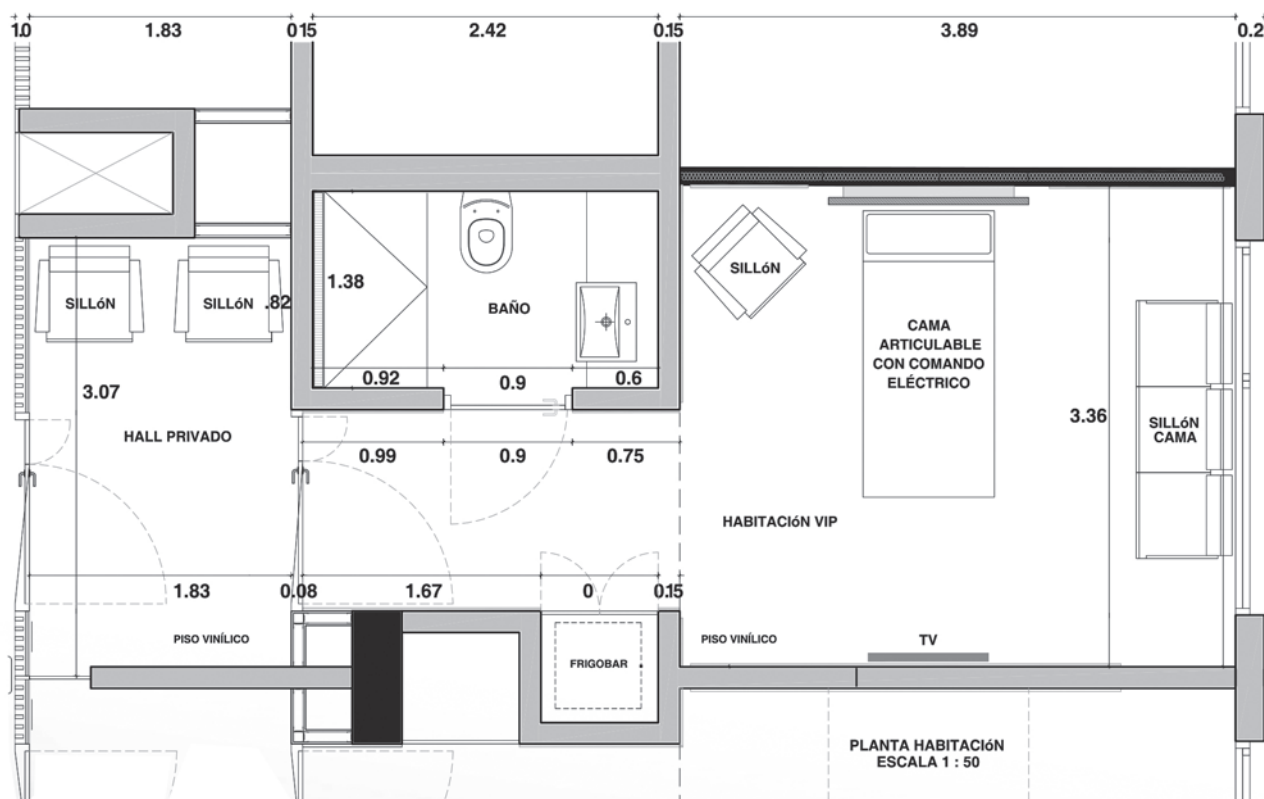
Son más de 30 metros cuadrados construidos especialmente para asegurarle comodidad y confort.

Una puerta de acceso brinda total privacidad permitiendo el ingreso a una antesala con dos cómodos sillones y decoración que proporcionan un cálido ambiente.

La habitación posee un baño propio con modernos sanitarios y todo el equipamiento necesario.

La sala de internación, de gran ventanal que proporciona luz natural, está equipada con:

- ♦ Cama articulable con comando eléctrico
- ♦ Aire acondicionado
- ♦ Hall privado
- ♦ Sillón cama para un acompañante
- ♦ Cómodo sillón
- ♦ Frigobar
- ♦ Televisión con servicio de abonados
- ♦ Comidas diarias para un acompañante
- ♦ WiFi



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