



*Cuando la realidad
nos cambia todas las
preguntas y debilita las
respuestas del presente.*
Pág. 3



*Colegio Médico
del Uruguay:
Simulación y
enseñanza clínica.*
Págs. 6 y 7

27 años
JUNTOS

AÑO XXVII . Nº 276 . FLORIDA . MARZO 2024

EL DIARIO MEDICO

Salud hoy

No hay sexo consentido a los 12 años



Info en págs. 17 y 18

DR. MIGUEL FERNÁNDEZ GALEANO
Dengue en Uruguay: no es
hora de bajar la guardia

PICNIC EN EL ALCIÓN
Se desarrolló el 24 de febrero
en el balneario Solís



Info en páginas 8 y 9



Info en página 19

RESUMEN

Dr. Antonio Turnes:

Alfonso Espínola Vega
(1845 - 1905), ejemplo de
abnegación.

Págs. 2, 4 y 5

Colegio Médico del Uruguay:

La educación médica:
Un servicio esencial.

Pág. 6

Dr. Pablo Anzalone

Municipios, ciudades y
comunidades saludables
en las Américas definen
criterios comunes.

Págs. 9 y 10

Marciano Durán:

Marciano Durán y su
inagotable
creatividad: con sus
mismas palabras.

Págs. 11 y 12

FEMI

Taller de reanimación
neonatal y traslado.

Pág. 15

FEMI

No hay sexo consentido
a los 12 años; respaldo
a la declaración de
asociaciones científicas.

Pág. 17

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
POR INTERNET

www.eldiariomedico.com.uy



EJEMPLO DE ABNEGACIÓN

Alfonso Espínola Vega (1845 – 1905)

Alfonso Espínola Vega fue un médico nacido en Lanzarote, en las Islas Canarias (España) que graduado en Cádiz vino a Uruguay, trabajando brevemente en Montevideo, buen tiempo en Las Piedras y finalmente en San José de Mayo. Se destacó por su calidad profesional y particularmente por su heroísmo, realizando actos memorables para ayudar a sus semejantes. Murió en 1905 justamente saliendo a atender un paciente que requería sus servicios, cuando Espínola estaba agonizante. Un busto de bronce perpetúa su memoria y está en el hall de la Facultad de Medicina, pero es posible que muchos hayan pasado junto a él sin saber quién es y qué representa.



AC. DR. ANTONIO TURNES

Se trata del hombre médico que ha sido inmortalizado en el bronce de un busto, que desde hace más de 90 años preside el ingreso al Aula Magna de esta nuestra primera Facultad de Medicina, y que ha merecido múltiples homenajes recordatorios, como dar su nombre al

Hospital de la ciudad de Las Piedras, en ocasión de conmemorarse el Centenario de su fallecimiento, localidad de la que él fue su primer médico; llevan también su nombre el Liceo No. 1 de San José de Mayo y una calle de Montevideo, en la zona de Carrasco.

Alfonso Espínola Vega había nacido en el pueblo de Tegui, isla de Lanzarote, en el archipiélago de las Islas Canarias, el 24 de diciembre de 1845. Su padre, el escribano y profesor don Melquíades Spínola Bethencourt, de rancia estirpe, fue un filántropo que murió atendiendo enfermos durante la epidemia de cólera que azotó Las Palmas de Gran Canaria en el verano de 1851. Alfonso tenía entonces cinco años y gracias a la generosidad de un amigo de su padre, pudo estudiar primero el bachillerato, y luego Medicina en la Facultad de Medicina de Cádiz.

Entre sus condiscípulos estuvieron el que sería notable escritor Benito Pérez Galdós (1843-1920), en Canarias, y en Cádiz, Baldomero Cuenca y Arias (1848-1915) que se radicaría más tarde en

el Salto oriental, siendo padre de dos médicos, así como Antonio Serratosa (1843 – 1909) quien fue profesor de la Facultad de Medicina y Decano, ejerciendo muchos años en el Hospital de Caridad y en el Hospital Español). Estos dos últimos, que luego migrarían antes que él a Uruguay, serían testigos del talento y prestigio de Alfonso Espínola Vega. El también canario Pérez Galdós había dicho de su compañero en el Bachillerato que: "Espínola estaba dotado de magníficas condiciones, para esta profesión, pues su carácter era tan equilibrado, su espíritu tan ecuánime, su modestia tan sincera que jamás despertó envidias ni enemistades entre sus compañeros".

El 15 de junio de 1869 se gradúa como Médico, y trabaja los ocho años siguientes en Tegui. Allí contrae matrimonio con Rosalía Espínola Aldana, oriunda también de Lanzarote, en la localidad de Yaiza, con quien tendrá tres hijos. Ya desde sus tiempos de estudiante se había destacado por su altísima competencia y su "ojo clínico", que le habían dado justa fama. Brillante conocedor de la patología infecciosa, con amplio dominio de la clínica para su época. En 1878, por desacuerdo con el régimen monárquico y reafirmando su talante republicano y liberal, llega a nuestras costas con su mujer e hijos. Aquí Baldomero Cuenca y Arias le facilitaría la reválida de su título en este país, cuando nuestra Facultad

tenía menos de tres años de fundada y la mayor parte de los médicos que ejercían eran españoles, italianos, franceses o argentinos.

En Montevideo fue médico en el Lazareto de la Isla de Flores, lugar donde los médicos no querían ir, siendo éste el único cargo remunerado que tuvo, por corto tiempo.

Luego de ejercer breve período en Montevideo, considera que no está aquí su campo de trabajo, sino que ha de ser alejado y cercano a los menos favorecidos. Va a radicarse por cuatro años en Las Piedras, a veinte kilómetros, donde no había ningún médico. Es entonces el primer médico que reside allí, donde será muy recordado por su abnegada actuación particularmente durante la grave epidemia de viruela entre 1881 y 1882, donde trabaja de manera incansable durante quince días con sus noches, guareciéndose bajo tres higueras, que formaban techo juntando sus ramas. Era el punto equidistante de los mayores focos de viruela de Las Piedras. La población era renuente a la vacunación, que por otra parte no sería obligatoria hasta 1911, luego de veinte años de discusión parlamentaria. Los pacientes que pudieron seguir su tratamiento quedaron curados sin cicatrices ni manchas estigmatizantes.



Antonio Serratosa

sigue en pág. 4

Cuando la realidad nos cambia todas las preguntas y debilita las respuestas del presente



**PROF. ELBIO
D. ÁLVAREZ**

Estamos en un mundo en el que presente y futuro se miran. Con certezas e incertidumbres. Con las certezas de que uno sucederá ineludiblemente al otro y con la incertidumbre del misterio que encierra lo impredecible. Es que la inteligencia humana ha creado la inteligencia artificial y ésta con nuevas combinaciones de complejos algoritmos escapa a velocidad

asombrosa de los objetivos del creador, proyectándose a un mundo que el humano aún desconoce.

El humano intenta que la creación de su inteligencia emule en la artificial su pensamiento lógico racional. En eso está. Pero, ¿podrán las máquinas realmente percibir, razonar e imitar de manera racional el comportamiento humano?

¿De qué humanos?, ¿del de los constructores que piensan en un mundo más humanista? ¿o de los que razonan y actúan hacia un mundo alejado de lo que es la esencia de la existencia y de los valores que sustentan las armoniosas relaciones humanas?

La existencia de la inteligencia artificial y de combinaciones de sus algoritmos capaces de lograr que

aquella actúe de forma autónoma sin necesidad de programación por lo humano, nos cambian todas las interrogantes y todas las respuestas que teníamos para la interpretación del presente y, aún, para el futuro inmediato.

Si en el futuro, como se pronostica, las máquinas lograrán ser tan inteligentes como los humanos y aún superarlos, ¿el mundo se irá creando por ellas y para ellas o para ayudar y proteger a las personas en la incesante búsqueda de la felicidad?

¿Se llegará a crear máquinas capaces de generar relaciones emocionales?. Si ello sucediera ¿cómo y en qué dimensión interferirían ellas en las relaciones entre humanos?

Y si actuaran autónomamente para crear nuevas fuerzas de producción, ¿cuáles serían sus consecuencias en las relaciones de producción?. ¿Dónde el mundo del trabajo y de la seguridad social pensada en este presente?

Nos han cambiado todas las preguntas. Es hora de pensar creativamente y en profundidad en nuevas respuestas. Lo exigen nuestra inteligencia y la propia importancia y trascendencia de la inteligencia artificial. 15.03.2024

Prof. Elbio D. Álvarez Aguilar (DIRECTOR)

DIRECTOR RESPONSABLE Y COORDINADOR GRAL.:

Prof. Elbio D. Álvarez - Adj. Lic. Sebastián Álvarez Melgar

COORDINADOR MÉDICO Y DIRECCIÓN TÉCNICA:

Dr. Juan José Arén Frontera

ADMINISTRACIÓN Y EDICIÓN

PUMES S.R.L. (Publicaciones Médicas Especializadas)

DOMICILIO

Dr. González 978 - C.P. 94000 - Florida

18 de Julio 1485 Piso 2 - Montevideo - Uruguay.

Teléfono: 4432 5867 - Ancel 099 351 366

E-MAIL: eldiariomedico@eldiariomedico.com.uy

M.I.E. y M. 299108 - M.E.C. Exp. N° 1105/98 (T. XI F. 184)

COLABORAN CON EL DIARIO MEDICO:

COLUMNISTAS INVITADOS

Ac. Dr. Antonio Turnes; Dr. Miguel Fernández Galeano;

Ac. Dr. Néstor Campos; Dr. Pablo Vázquez;

Dra. Silvia Melgar; Dr. Gustavo Grecco;

Dr. Homero Bagnulo; Dr. Ramón Soto;

Lic. Pablo Anzalone; Dr. Uruguay Russi;

Pof. Dra. Patricia Fierro Alanís;

Dr. Jorge Venegas.

DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN

Marcelo Cortazzo Seoane - 099 120 067 - 435 22069

FOTOGRAFÍA Y LOGÍSTICA

Diego Álvarez Melgar - 095 505 811

DISEÑO WEB Y ADJUNTO A DIRECCIÓN

Lic. Sebastián Álvarez Melgar - PUMES S.R.L.

PRODUCCIÓN:

Teléfonos: 2408 37 97 - Ancel: 099 351 366

eldiariomedico@eldiariomedico.com.uy - eldiariomedico1@gmail.com

<http://www.eldiariomedico.com.uy>

Los artículos firmados son de exclusiva responsabilidad de sus autores. Se autoriza la reproducción total o parcial de lo publicado en esta edición mencionando la fuente



Publicación técnica
de actualización
permanente de
INTERES MUNICIPAL
(Res. 2531/02)



Publicación científica
nacional nacida
en Florida, de interés
departamental
(Res. 19486/2002)



viene de pág. 2

Hace el bien a manos llenas, pero cuatro años más tarde, en medio del cariño de la población de Las Piedras, que hubiera deseado retenerlo a cualquier precio, rechazando él todos los ofrecimientos de beneficio, se radicó en San José de Mayo, distante cien kilómetros de la capital, para dejar espacio a los médicos más jóvenes, que no acudían porque Espínola con su prestigio y sabiduría, habría quedado con todos los pacientes de provecho.

En San José de Mayo no solo atenderá a los pacientes de todas las clases sociales, dedicándose especialmente a los más necesitados, sino que se prodigarán en la enseñanza, dictando cursos de Matemáticas, Idiomas, Historia Natural, Historia, Literatura y Filosofía, tanto en los institutos como en su casa, y enseñando Astronomía en la plaza pública en las noches estrelladas. Su amplia cultura le permitía ejecutar los más diversos instrumentos musicales, para alivio de sus enfermos.

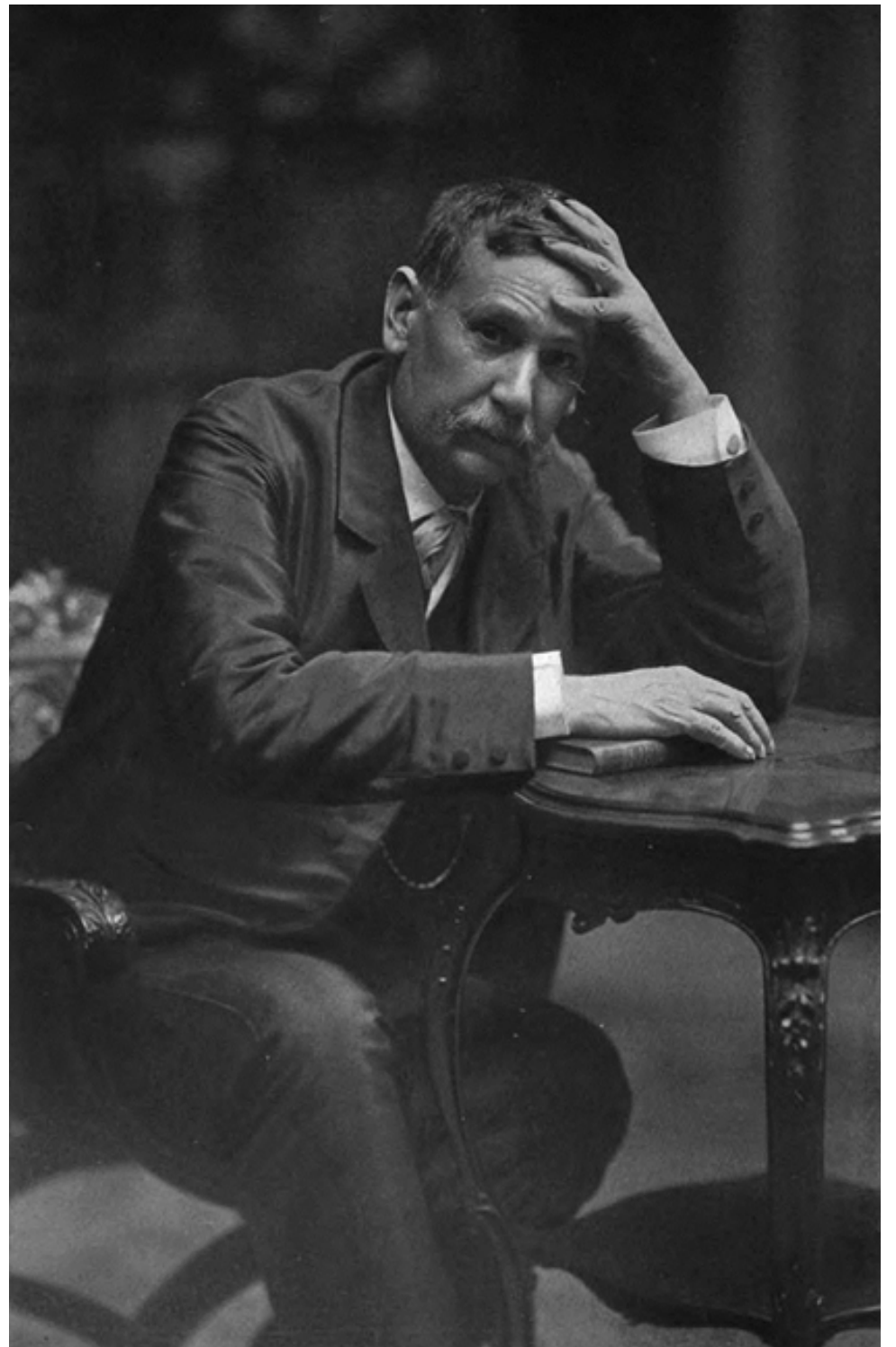
Instaló en San José, junto al Dr. Jaime Garán y Socias, el "Laboratorio Microbiológico Antirrábico Ferrán", el primero de este género que hubo en Sudamérica. Lo que le valió ser puesto en estrecha

comunicación con Pasteur, del que llegó a ser dilecto amigo. Faltaron luego los recursos y hubo que clausurar aquella casa de investigaciones científicas que ya empezaban a dar nombre al Uruguay.

Siete camas instaló Alfonso Espínola en su domicilio de San José, conduciendo allí los enfermos que no cabían en el hospital. Con esas camas ocupadas, le llevaban niños. Y él hacía pequeños lechos juntando sillas. En cierta ocasión, con el improvisado hospital de la casa lleno, le llevaron a medianoche un herido grave. Le pidió a su esposa que pusiera sábanas limpias y lo acostó en su propio lecho. El general Máximo Santos lo quiso hacer Cirujano Mayor del Ejército. Y él resistió así: "Es aquí donde me necesitan". Y permaneció atendiendo a su pueblo, andando por sus calles apoyado en un rústico bastón, recordando al mítico de Esculapio.

Así transcurre su vida, en medio del sacrificio a favor de los pacientes, hasta que, en la tarde del 19 de julio de 1905, estando él grave en cama, vienen a buscarle para asistir a un paciente moribundo, y luego de atenderlo cae ya exhausto para fallecer en la madrugada del 20 de julio.

El doctor Mateo Legnani (1884-1964) el viejo médico de Santa Lucía, que, sien-



Benito Pérez Galdós

do muy joven, pero ya titulado, conoció al doctor Alfonso Espínola, ha dicho que para obtener una figura igual, habría que fundir, en una sola personalidad, rasgos de tres caracteres cumbres: Jesús, hombre sublime, Francisco, el Poveretto de Asís y nuestro señor Don Quijote de la Mancha. Desde Chivilcoy [Provincia de Buenos Aires, Rpa. Argentina] el doctor Teodorico Nicola el 24 de julio de 1905, en cuanto se entera de la muerte de Espínola, escribe: "Como filántropo, estaba por arriba de todos los que han existido en el mundo desde que se creó. No era filántropo por asco al dinero, precisamente, sino a exigencias del corazón, si hubiera nacido como Rothschild o como Vanderbilt, habría desparramado de inmediato su fortuna para que los pobres la recogieran".

Y agregó Nicola: "Levanten un monumento por suscripción pública, que nadie se va a negar a contribuir". Y luego: "Coloquen una placa que diga: "Filántropo, médico y filósofo. Nació pobre, vivió pobre, haciendo siempre el bien, y murió pobre".

Veintiún años después de su muerte, el 5 de agosto de 1926, la Asociación de los Estudiantes de Medicina le tributó un homenaje a Alfonso Espínola, noble filántropo, apóstol de su profesión, colocando un retrato suyo en el salón

de sesiones de dicha Asociación. En la ocasión hicieron uso de la palabra la doctora Paulina Luisi, nuestra primera mujer médica egresada hace 116 años de nuestra Facultad, el profesor Alfonso Lamas, el doctor Juan Carlos Plá Verde y el estudiante José Pedro Cardoso. Poco después la Facultad descubría el busto que convoca la memoria de este ilustre isleño canario que merece el mejor de nuestros recuerdos.

Dijo de Alfonso Espínola el Dr. Isidro Más de Ayala, eminente psiquiatra y pedagogo: "Fue apóstol, fue médico, fue sacerdote y fue un poeta en acción. Su vida toda es de las más hermosas poesías que se hayan recitado bajo la Cruz del Sur".

En abril de 2018 el alcalde de Tegui, su pueblo natal, visitó Uruguay, recorriendo varios de los sitios donde Alfonso Espínola Vega trabajó, y especialmente la Facultad de Medicina, donde recogió información y se retrató junto al busto del ilustre médico canario.

En 1922 publica su libro La escuela y el progreso. En él plantea temas como el papel social de la escuela en el medio rural, la consolidación de escuelas, repetición y rezago escolar, la dignificación profesional del maestro rural y el carác-

sigue en pág. 5



El árbol de la abnegación (reproduce las higueras mencionadas), pintura que fuera exhibida en 2021 en el Museo Histórico Nacional, que evoca la actitud de Alfonso Espínola Vega durante la epidemia de viruela en Las Piedras.



Rosalía Espínola Aldana y Alfonso Espínola Vega

viene de pág. 4 Montevideo; sus restos descansan junto a los de sus padres en San José. Luego de 100 años de la fundación de la escuela, se fundaron los Centros

ter universitario de la carrera docente.
Fallece el 28 de octubre de 1963 en

Educativos con el nombre de “María Espínola”, cuyos objetivos contribuyen en mejorar sus resultados educativos y mejorar la proporción integral como la

dignidad personal, la solidaridad, y otros aspectos de los jóvenes.

1Fueron sus hijos los Dres. Juan José y Baldomero Cuenca y Lamas.



El Alcalde de Tegui, y su delegación, con el Decano de la Facultad de Medicina Prof. Dr. Fernando Tomasina (abril 17 de 2018), junto al busto que recuerda al Dr. Alfonso Espínola Vega.



Casa de Alfonso Espínola Vega en San José de Mayo



Una de sus hijas, la maestra María Espínola (1878-1963) inició escuelas modélicas y fue la primera mujer en integrar desde 1921 el Consejo Nacional de Educación Primaria y Normal.



La educación médica: Un servicio esencial

El Colegio Médico del Uruguay se ha centrado en los objetivos y funciones básicas para lo que fue creado. La educación médica continua, desarrollo profesional y la mejora de la calidad de atención que brindamos a la población son labores esenciales.

En las primeras Jornadas Programáticas del 2021 se tomaron definiciones en relación a ello:

- Se estableció la necesidad de priorizar actividades educativas dirigidas a médicos generalistas y a quienes se desempeñan en servicios de urgencia/emergencia y primer nivel de atención, en medio urbano o rural.

- Centrarse en contenidos relacionados con aspectos técnicos específicos del nivel de atención y también vinculadas a competencias transversales. Profundizar en aspectos bioéticos del ejercicio clínico, promoviendo la humanización de la asistencia y tomando en cuenta el escenario epidemiológico.

Esto parte de la constatación de que los médicos generalistas son el subgrupo más numeroso. No tienen instituciones científicas fuertes que los agrupen ni oferta suficiente de actividades educativas.

Establecimos entonces prioridades y embarcamos a todas las regionales para que generaran actividades enmarcadas en esta política.

Se invirtió en materiales para simulación y otros recursos técnicos, imprescindible para algunas de las actividades, como simulación de manejo de vía aérea.

Se estableció una norma en base a la cual se remunera a los docentes participantes y se cubre sus traslados, quedando todos los miembros con cargos electivos del CMU excluidos de esto.

Se solicitó apoyo a instituciones oficiales como AGESIC, UNASEV e Intendencias, a las cátedras de UdelAR y a Sociedades Científicas correspondientes a cada tema. Se pidió a ellos que propusieran los docentes calificados responsables.

Y el trabajo mancomunado de todos los servicios del Colegio Médico del Uruguay dio sus frutos. En el año 2023 hasta el 12 de diciembre se realizaron más de 70 actividades de formación médica. La enorme mayoría dirigidas a médicos generales con temas del primer nivel de atención y/o temas transversales incluyendo de bienestar médico.

Hubo 3500 asistentes presenciales o sincrónicos en línea y las interacciones diferidas en la plataforma Youtube alcanzaron las 10.000.

ESTAMOS SATISFECHOS CON LO LOGRADO.

Hace falta más evaluación, pero en lo inmediato se pudo inferir que; hay médicos deseosos de asistir a la oferta, distintos actores de la educación médica pueden ser convocados y colaborar con la política definida desde el CMU y el CMU puede cumplir eficientemente con éste fin para el que ha sido creado.

REGIONAL ESTE

Redes sociales en la medicina.
Límites saludables y fortalecedores. Un antídoto necesario.

Ética y seguridad vial. Un desafío personal y colectivo.

Tratamiento endoscópico del tercer espacio.

Manejo de vía de aire para médicos generales (1 taller con regional Montevideo).

Humanización de la asistencia sanitaria. Gestores del cambio

Importancia de la simulación y entrenamiento en la medicina

Disionías en emergencia para médicos

generales.

REGIONAL MONTEVIDEO

Manejo de la Vía de Aire para médicos generales (8 talleres).

Realizados en Montevideo y en apoyo a Regionales Norte, Sur, Este y Oeste).

Infarto de Miocardio (2 talleres).

Arritmias en la Emergencia (2 Talleres).

ACV isquémico en etapa hiperaguda (3 talleres).

Realizados en Montevideo y en apoyo en Norte y Sur.

Trastornos de Ansiedad (2 Talleres).

Maniobras Invasivas en el Politraumatizado para el Médico General (1 taller)

Siniestralidad Vial Parador Nómada Lagomar Regional Montevideo y Sur (1 jornada).

Manejo Médico del Certificado de defunción. Dialogo con la Fiscalía Nacional de la Nación (1 jornada).

Responsabilidad del equipo de salud en el entorno digital- AGESIC.

Jornadas de Reflexión Condiciones de trabajo medico en residentes y posgraduados (3 jornadas)

REGIONAL NORTE

Traslado interhospitalario terrestre de pacientes críticos (8 módulos, 2 talleres y evaluación)

Manejo de la hipertensión arterial
ACV isquémico en etapa hiper-aguda (1 taller con Regional Montevideo).

Abordaje de infancias y adolescencias trans.

La felicidad y el malestar en la adolescencia.

Prevención y diagnóstico de diabetes mellitus 2 en la edad pediátrica.

REGIONAL OESTE:

Actualización en el Tratamiento de la DM en el PNA- Antidiabéticos Orales.

Infarto con Elevación del ST desde el



Diagnóstico a la Reperusión.

Equipo de Respuesta Rápida en Emergencia Obstétrica, "Código Rojo", Hemorragia Postparto

Manejo de Vía de Aire para Médicos Generales (2 Talleres con Regional Montevideo)

Bioética y calidad total

Actualización en consultas frecuentes en Neuropediatría.

REGIONAL SUR

Curso de farmacología (7 módulos).

Manejo de vía de aire para médicos generales (1 taller con regional Montevideo).

Promoción de salud sexual en adolescentes, una mirada desde el PNA.

Siniestralidad vial parador nómada Lagomar (1 jornada con regional Montevideo).

Tips en alergias pediátricas.

Autolesiones en adolescentes, una mirada desde la consulta.

Herramientas para el abordaje de salud sexual en la práctica clínica del PNA (2 jornadas).

Actividad, Salud cardiovascular en la mujer.

Violencia en niñas, niños y adolescentes. Abordaje desde el PNA

Actividad, Cáncer de mama, mitos y verdades; screening.

ACV isquémico en etapa hiper-aguda (1 taller con Regional Montevideo).

Simulación y enseñanza clínica

La simulación como estrategia de enseñanza en las ciencias de la salud, irrumpe a nivel mundial desde hace más de 50 años. Esta metodología en la clínica permite la enseñanza a través del diseño de experiencias de aprendizaje activas y significativas, con el estudiante como centro del proceso, en un entorno seguro para estudiantes, docentes y usuarios del sistema de salud. Favorece la adquisición de conocimientos, habilidades técnicas y competencias que son necesarias para la formación profesional.

Existen varias definiciones sobre simulación, pero la mayoría concuerda en que el propósito es buscar emular situaciones de la vida real de manera total o parcial, presentando distintos niveles de fidelidad y complejidad, con el fin de aprender, practicar o evaluar ciertos conocimientos y destrezas.

Se realiza en escenarios simulados, es decir en un determinado contexto, con estándares de calidad y con niveles crecientes de complejidad dependiendo de los objetivos de aprendizaje. Estos

últimos deben ser definidos según la población de estudiantes y programas de formación. La amplia gama de escenarios a realizar incluye desde la realización de una técnica en concreto (suturas, colocación de vías, intubación orotraqueal) hasta el desarrollo "in situ", en los espacios de asistencia, donde cobran especial relevancia el trabajo en equipo y las habilidades comunicacionales.

¿Para qué simular en la clínica? Desarrollar experiencia y poder aprender en un contexto seguro antes del contacto



con el paciente es una instancia fundamental para preservar la seguridad del paciente y la del profesional. Existe un cambio en la concepción del error. Este es el punto de partida, que permite entender las causas subyacentes del mismo (personales, de equipo y/o estructurales o sistémicas), revalorizando conceptos

previos y construyendo desde allí un nuevo aprendizaje.

Un aspecto clave en este proceso es el debriefing. Debe ser guiado de forma adecuada en un clima educativo positivo para los participantes, que consta de di-

sigue en pág. 7

viene de pág. 6

ferentes tiempos y donde se busca que prime la reflexión sobre lo sucedido en el escenario, detectando así las oportunidades de mejora y conductas que deben ser mantenidas en el tiempo.

Al igual que en otras estrategias de enseñanza, debe ser seleccionado su uso y pertinencia, según los objetivos de formación. Debemos dejar en claro que no sustituye la práctica clínica con el paciente, ni a los pies de la cama de los mismos, la cual es una etapa de formación imprescindible para el futuro profesional de la salud. No obstante, la complementa, permitiendo llegar con mayor experiencia y confianza a la realización de una primera maniobra sobre un paciente. Por otra parte, nos permite mantener el entrenamiento en patologías poco frecuentes, así como también en aquellas en que los tiempos de respuesta y coordinación del equipo asistencial son claves para mejorar la sobrevivencia del paciente. Permite fortalecer el trabajo interpersonal de los equipos y



trabajar sobre situaciones adversas que pueden haber sucedido.

Dr. Martín Everett - Asistente Unidad Académica departamento de educación Médica.

Definición de Simulación del Center for Medical Simulation de Boston, 2015 Gaba D. M. (2004). The future vision of

simulation in health care. Quality & safety in health care, 13 Suppl 1(Suppl 1), i2-i10.

https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i2
Ibdeir Sosa, N, Pizzo, J, Mello Mora, J, Sosa Suárez, M, Umpierre Sanguinetti, C y Vidal Castilho Cougo, P. (2022.). Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos y autoeficacia en posgrados



médico-quirúrgicos. Monografía.

Everett Martín, Silvera Luciana, Pereira Gabriela, Niggemeyer Álvaro. Primera experiencia en Uruguay en enseñanza curricular de resucitación cardíaca avanzada en el Ciclo Interno Rotatorio en el período 2017-2018, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Comunicación y evaluación. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2021 [citado 2024 Feb 28]; 37(): e203. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902021000201203&lng=es. Epub 01-Jun-2021. <https://doi.org/10.29193/rmu.37.2.3>.

Vendo amplio piso en pleno centro de Montevideo

OPORTUNIDAD ÚNICA POR MUDANZA



Balcones al frente sobre Av. 18 de Julio
Ideal para familia o Estudio de Profesionales

Trato directo - WhatsApp 099 376 838

30 AÑOS DE PREVENCIÓN DEL DENGUE EN URUGUAY

No es hora de bajar la guardia

Tenemos una situación preocupante en relación a la incidencia de Dengue a nivel Regional. En enero de 2023 la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) declaró alerta epidemiológica por el aumento creciente de casos en la región de las Américas. La advertencia se vio plenamente confirmada al registrarse en el año un total de 4.565. 911 casos, de los cuales un 0.17% fueron graves (7.653), con una tasa de letalidad 0,051 % que a pesar de ser muy baja significó 2.340 fallecidos.



DR. MIGUEL FERNÁNDEZ GALEANO

Según información consolidada de la Plataforma de Información de Salud de las Américas (PLISA) en las primeras nueve semanas del 2024 en Cono Sur se notificaron 1.348.272 casos (de un total 1.505.000 en toda la región), de los cuales 465 fueron graves (1.352 a nivel regional) y se produjeron 236 fallecidos en un total de 292 a nivel regional. Estas cifras suponen incrementos superiores al 200% en comparación al mismo período del 2023 y mayores al 300% con respecto al promedio de los últimos cinco años.

El crecimiento es significativo, la tendencia es sostenida y se destaca particularmente en las grandes ciudades de países vecinos de Uruguay con las que existe una comunicación fluida e intensa. En los primeros meses del 2024 Buenos Aires, Porto Alegre, Sao Pablo, Río de Janeiro y Asunción registraron altos niveles de incidencia de la enfermedad y las tasas de infestación del mosquito transmisor son alarmantes, con serias dificultades para implementar una correcta y oportuna vigilancia entomológica (presencia de formas adultas, larvarias y huevos del mosquito) y epidemiológica (casos, casos graves y fallecidos).

El agente vector, el *Aedes aegypti*, crece y se reproduce en los domicilios y los peri domicilios urbanos y a pesar de que no suelen volar más 150 metros, sus huevos se pueden trasladar largas distancias como para crear situaciones de infestación vectorial potenciadas por condiciones ambientales favorables en el nuevo contexto regional. La intensa movilidad, el tránsito comercial y turístico hacen lo suyo.

Como se desprende de los indicadores epidemiológicos regionales, mencionados más arriba, el Dengue no es un problema de salud pública porque provoque una alta mortalidad. El pro-

blema principal radica, como sucede cuando se producen brotes extendidos, en que un gran número de casos tiene la posibilidad de saturar y “estresar” los sistemas de salud por la necesidad de detectar y atender los casos con signos de alarma y las formas graves afectando y debilitando la capacidad de respuesta de otras patologías e impidiendo garantizar adecuadamente el funcionamiento exigido que sufren habitualmente los servicios de salud.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL EN URUGUAY

El último reporte epidemiológico del MSP sobre Enfermedades Transmitidas por Mosquitos *Aedes aegypti* (ETMAa) da cuenta de 4 casos autóctonos y 49 casos importados de Dengue y un caso de Chikunguña y otro de Zika, ambos importados de Brasil y del Sudeste Asiático. En cuanto al origen de los casos importados de Dengue: 23 procedieron de Brasil, 13 de Paraguay, 12 de Argentina y uno de República Dominicana.

El hecho de que se hayan llegado a confirmar casos de Dengue autóctono y se estén estableciendo ciclos de circulación viral de diferentes serotipos es lo esperable. De hecho, era lo esperable desde hace mucho tiempo. El cambio climático, el calentamiento global, temperaturas altas, la alternancia de lluvias, la humedad elevada, el crecimiento de la población urbana y el incremento exponencial de la movilidad humana potencian una presencia cada vez mayor de casos de Dengue.

La expansión de los mosquitos vectores *Aedes aegypti* y el aumento de la incidencia de Dengue a nivel de los países y áreas no endémicas es una preocupación creciente en términos de salud pública.

Uruguay no parece estar en un horizonte próximo ante un escenario en el que tengamos un número elevado de casos de dengue con la consiguiente saturación el sistema.

No esperamos tener que asistir a brotes epidémicos importantes. No parece lo más probable, particularmente si se toman las necesarias medidas de control anti vectorial, que el país pudo implementar en los últimos 30 años con la acción coordinada de los gobiernos departamentales y el MSP.

Impulsando un fuerte involucramiento de las comunidades en los diferentes territorios locales, con la participación interinstitucional e intersectorial que se logra desde los CECOED (Centros de Coordinación de Emergencia Departamental).

No esperar brotes de entidad no debería restarle importancia a la transmisión de la enfermedad. Se debería fortalecer

la organización de la red de servicios de atención a fin de contar con un diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado para prevenir complicaciones.

Asimismo, se debería jerarquizar la necesidad de implementar la sala de situación epidemiológica en forma permanente, el refuerzo de la vigilancia, la eliminación de mosquitos y sus criaderos, el apoyo a la organización de los servicios de salud, el manejo clínico y paraclínico para una rápida detección y abordaje de los casos y el trabajo conjunto con las comunidades, a través de diferentes modalidades de participación social en salud.

FORMAS GRAVES DE DENGUE

Es importante saber que esta enfermedad puede presentar formas graves e incluso llegar a causar fallecimientos. No es lo más frecuente, dado que la infección tiene una letalidad muy baja, pero no se debe desconocer que en ausencia de un diagnóstico y tratamiento oportuno se pueden producir muertes evitables. En caso de presentar alguno de los signos de alarma como dolor abdominal intenso y continuo; mareo o desmayo; vómitos persistentes; somnolencia; intranquilidad o irritabilidad; sangrado en encías, vómitos, orina o heces se debe acudir a un centro de salud de inmediato.

El 75% de las personas infectadas no tendrán síntomas. Del 25% restante, el 95% tienen síntomas leves, solo el 5% de ese 25% cursarán con signos de alarma que anticipan la severidad del cuadro clínico, pero en presencia de sistemas y servicios de salud accesibles y sólidos, como el de Uruguay, la mortalidad será siempre muy baja. Los equipos de salud deberán estar atentos y clasificar adecuadamente el riesgo de progresión hacia la severidad según varios parámetros clínicos y paraclínicos y actuar según un protocolo de evaluación y con un foco principal en la reposición de líquidos. Hay que tener presente que hay un período crítico para una eventual evolución a la gravedad que se produce a las 48 horas posteriores a la finalización de la fiebre.

Una primera infección por el virus del Dengue puede evolucionar a formas graves de la enfermedad, pero ello es por suerte poco frecuente. Este riesgo aumenta significativamente en infecciones posteriores por alguno de los cuatro serotipos diferentes del virus (DENV-1, DENV- 2, DENV- 3, DENV- 4). La exposición previa al virus facilita la producción de una mayor multiplicación del virus y aumenta la gravedad de la enfermedad en un proceso de amplificación de la infección dependiente de los anticuerpos (Antibody, Dependent, Enhancement – ADE).

Por ello adquiere mucha relevancia que estén co-circulando diferentes serotipos. Una persona se puede infectar por primera vez con un serotipo determinado de Dengue (obteniendo inmunidad permanente) y luego volverse a infectar por otro serotipo, y es en esas circunstancias que se in-

crementa el riesgo de progresar hacia cuadros clínicos graves.

LAS VACUNAS EN ESTE MOMENTO EPIDEMIOLÓGICO

Se han desarrollado tres vacunas para prevenir el Dengue, Dengvaxia de Sanofi Pasteur, Qdenga de Takeda y TV003168 de los Institutos Nacionales de Salud de EEUU, Instituto Butantan y Merk & Co.

Luego de múltiples revisiones bibliográficas, consultas con las sociedades científicas y referentes académicos en infectología e inmunizaciones, la Comisión Nacional de Vacunaciones, que funciona en el ámbito del MSP, estableció que en el contexto epidemiológico actual la inmunización no está recomendada como estrategia de salud pública para evitar una eventual propagación de la enfermedad. En efecto, Uruguay no cumple con los criterios epidemiológicos para establecer la recomendación de la vacunación, tanto por el número, como por la distribución y evolución de casos positivos. Asimismo, hay que tener presente que la vacuna se administra en dos dosis, con un intervalo de tres meses para alcanzar una adecuada protección inmunitaria.

Por su parte, la propia OPS-OMS no recomienda que se incluya la vacuna del dengue en los programas de inmunización de los países miembros. De hecho, países de la región con número creciente de casos, no están vacunando y las autoridades sanitarias por el momento no se han pronunciado en ese sentido.

En este momento, la estrategia recomendada por la OPS-OMS para prevenir y controlar las enfermedades transmitidas por mosquitos continúa estando centrada en la colaboración entre la comunidad y los equipos de salud.

Las acciones clave incluyen el control del mosquito transmisor, la prevención de picaduras, una atención oportuna y adecuada de los casos, y el compromiso continuo de las comunidades. Se entiende que la implementación integrada y simultánea de estas acciones reducirán los riesgos asociados no solo al Dengue, sino también a otras enfermedades transmitidas por el mosquito (*Aedes aegypti*) como Zika y Chikunguña.

Volver a lo importante: prevenir y controlar la presencia del *Aedes aegypti*

Hace 30 años que como país venimos apostando con éxito a la prevención, hasta mediados de la década pasada no se había tenido ningún caso de Dengue autóctono. Junto a Canadá, éramos los únicos países de la Región de las Américas y el Caribe “libres de Dengue”. A partir de esa fecha se registraron casos aislados y puntuales de Dengue autóctono que quedaron autolimitados y no llegaron a generar brotes epidémicos.

Poner el foco en el control vectorial, constituye la primera y principal estrategia para enfrentar el Dengue. Así lo entendimos en la década de los 90

sigue en pág. 9

viene de pág. 8

cuando al frente de la División Salud y Programas Sociales del gobierno de Montevideo impulsamos un plan integral de prevención con acciones educativas y de vigilancia entomológica y epidemiológica que movilizaron a las comunidades locales de todos los barrios del departamento.

En ese marco se inscribió la implementación durante muchos años de la herramienta de Levantamiento de Indicadores Rápidos de *Aedes aegypti* (LIRAA), destinada a la vigilancia epidemiológica del mosquito. Lo que se hacía era delimitar una zona y un número de viviendas para evaluar, intervenir y obtener un

índice estadístico sobre la presencia del mosquito. Los niveles de infestación superiores al 4% de los domicilios visitados, ponían en marcha acciones alertas orientadas a la eliminación de los criaderos de mosquito y se comenzaba a eliminar mosquitos adultos mediante el uso focal y peri focal de insecticidas para limitar la presencia del vector. Esta acción requería de personal del Servicio de Salubridad Pública entrenado para que las acciones fueran eficaces y evitar el desarrollo de resistencia del mosquito al insecticida. Además, se aconsejaba el uso de repelentes según las indicaciones de los fabricantes, como medida de protección individual permanente.

Siempre se trataba de combinar la uti-

lización de la herramienta de vigilancia con un conjunto de acciones comunitarias de educación, promoción y prevención en salud en aquellos lugares donde los niveles de infestación eran altos.

No tenemos ninguna duda que la principal intervención sobre el dengue se sostuvo en base a una fuerte campaña de comunicación, informando, educando, desplegando diferentes modalidades de pedagogía comunitaria. Basta con reproducir, entre muchos, un texto de hace unos años, que mantiene hoy absoluta vigencia:

“Para evitar la reproducción del *Aedes aegypti* tenemos que evitar que haya lugares donde la hembra pueda poner huevos. La primera medida es matarlo

de sed, quitando el agua estancada de recipientes de todo tipo. Dándole la vuelta a todos los recipientes, desde tapitas de refrescos, cubiertas de autos, floreros, cambiar el agua todos los días a los bebederos de mascotas, después de usar el balde, dejarlo todo dado vuelta, con esto ya comenzamos a prevenir el dengue.

Miremos a nuestro alrededor, en nuestra propia casa, conversemos con los vecinos, todo ayuda a prevenir que entre el dengue a Uruguay.

Ante esta situación la consigna es: Sin recipientes con agua no hay *Aedes aegypti* y sin mosquito no hay dengue. Evitar el dengue, es responsabilidad de todos”

Municipios, ciudades y comunidades saludables en las Américas definen criterios comunes

Desde hace mas de 30 años los gobiernos locales son actores importantes en el campo de la salud en la región latinoamericana. La cercanía con los territorios y el involucramiento de las comunidades son fortalezas para sus aportes a la promoción de salud.



DR. PABLO ANZALONE

Dr. en Sociología - Lic. en Educación
Diplomado en Políticas - Públicas e
Innovación. - Mag. en Sociología
www.pabloanzalone.blogspot.com
www.cuadernosdeltaller.com

El Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de las Américas se fue conformando como una plataforma regional de municipios que promueve la cooperación entre ellos con miras a un enfoque intersectorial de la salud. En el año 2022 este movimiento MCCS acordó un estatuto donde se definen principios, objetivos, actividades, organismos como la Asamblea General, el Comité Ejecutivo, Secretaría técnica, Mesas de Enlace, Comisiones temáticas, Encuentros anuales, etc.

Todo este proceso se apoya en la consideración de los gobiernos locales como espacios promotores de salud y la equidad, “propicios para la innovación, la acción intersectorial y la participación comunitaria” (Estatutos del Mov. MCCS punto 1.2). Asegurar Salud, bienestar y equidad en las agendas locales permite

trabajar para crear entornos saludables con participación activa de la comunidad (Estatutos punto 1.5). Expresamente el Movimiento se propone desarrollar políticas públicas saludables que actúen sobre los determinantes sociales de la salud e impulsen un trabajo intersectorial.

Las distintas crisis que se han abatido sobre las Américas en los últimos años han reforzado el desafío de los gobiernos locales tanto urbanos como rurales de contribuir a gestar políticas públicas en varios campos que influyen en la salud y la equidad. Sin contraponerla a los ámbitos nacionales y a lo regional, la dimensión local es relevante para la salud.

Hace poco, en noviembre de 2023 el Movimiento MCCS se reunió en Chile y allí acordó un conjunto de Criterios Regionales. Dichos criterios recogen las experiencias de distintas redes nacionales y subnacionales de municipios y comunidades saludables y diversos debates en foros e intercambios en la región. Su propósito es consolidar el Movimiento y profundizar su labor.

Se establecen en el documento de Criterios Regionales tres pilares estratégicos, seis áreas de acción política y 30 criterios comunes. Los tres pilares estratégicos son la participación, la acción intersectorial y la equidad.

LAS SEIS ÁREAS DE ACCIÓN POLÍTICA SON:

1. liderazgo y gobernanza local para la salud y el bienestar de todas las personas
2. promover la acción intersectorial por la salud y el bienestar
3. participación comunitaria, empoderamiento y cohesión social
4. garantizar el acceso de toda la población a servicios básicos para la salud y el bienestar

5. favorecer entornos saludables, inclusivos y seguros

6. fortalecer la capacidad para la gestión de emergencias de salud.

Una referencia importante para el Movimiento MCCS es la Agenda para las Américas sobre salud, medioambiente y cambio climático 2021-2030. Esta Agenda apunta a comunidades saludables en lo ambiental y lo vincula estrechamente a la promoción de salud. Está en sintonía con la Estrategia y plan de acción sobre promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030. Los gobiernos locales son jerarquizados aquí como implementación y adaptación de los ODS en cada territorio y sus particularidades, con énfasis en la innovación y la acción intersectorial. En este proceso de elaboración y aprobación de criterios regionales se realizó una revisión de políticas y documentos de OPS y OMS, entre ellos el de Ciudades Saludables de OMS en 2020.

La equidad en salud es uno de los pilares estratégicos de estos Criterios porque las desigualdades en el estado de salud y en los resultados de salud entre sectores sociales y territorios son el resultado de procesos sociales, políticos y económicos y no del azar, las diferencias biológicas o la responsabilidad individual. La participación social es una forma de actuar para abatir esas desigualdades de poder porque incluye y ampara a los mas desfavorecidos y les permite hacer oír su voz. Como concluyó la Conferencia de Alma Ata en 1978 la participación es el derecho de los pueblos a decidir sobre su salud. Esa democratización de las políticas de salud es un principio ético pero también una estrategia de fortalecimiento del entramado comunitario en los territorios.

Para el Movimiento MCCS se trata de ampliar espacios de participación donde las comunidades desarrollen sus capacidades de actuación colectiva, asegurando que sus aportes y su voz influyan en las decisiones. Los municipios son un

terreno fértil para estas estrategias de protagonismo comunitario, si se asegura que salud, bienestar y equidad están en la agenda fuerte de los gobiernos locales.

Las acciones hacia la equidad implican metas explícitas de reducción de las desigualdades y una tarea de monitoreo y evaluación de las brechas de inequidad en salud. Además el documento de Criterios plantea sistematizar las experiencias que aportan a la innovación social local.

La planificación local es una herramienta importante para esta estrategia tanto por la cercanía a los territorios, como por la participación social que su gestación y puesta en práctica implican.

Por eso los Criterios Regionales del Movimiento MCCS enfatizan la necesidad de un Plan de Acción de Municipio Saludable. Este plan de acción puede ser algo nuevo o una integración de planes ya existentes, como los planes estratégicos municipales o planes de desarrollo local. En cualquier caso es válido diferenciar un plan estratégico que significa orientaciones a mediano y largo plazo y planes operativos anuales que ordenan las acciones en plazos cortos. Ambas dimensiones se complementan.

Cuando nos referimos a un Plan Local no estamos hablando de una definición interna de los gobiernos sino de una herramienta pública, elaborada con amplia participación de colectivos y movimientos sociales, con fuerte articulación interinstitucional, que tenga visibilidad ante la población y que concrete rendiciones de cuenta periódicas en forma abierta y pública.

Esta planificación se basa en un diagnóstico local participativo que selecciona y prioriza uno o algunos problemas a través de un proceso donde se incorpora la comunidad a través de sus distintos actores. Para elaborar un diagnóstico local en forma participativa hay varias herramientas metodológicas que son útiles: mapa de problemas, mapa de

sigue en pág. 10

viene de pág. 9

actores, árbol de problemas y diversas cartografías sociales, entre otras.

El “mapa de problemas” ordena los problemas en forma gráfica en base a su importancia y la viabilidad de su abordaje. El “árbol de problemas” representa en la figura de un árbol el análisis de las causas y las consecuencias de los problemas priorizados donde las raíces son las causas y las ramas las consecuencias, con posibilidades de interrelaciones varias. Los “mapas de actores” caracterizan a los actores involucrados de una u otra forma en el problema priorizado, analizando los procesos negativos y positivos existentes. Poder identificar los actores con sus objetivos, antecedentes, prácticas, potencialidades es clave para poder delinear alianzas y construir un plan que los abarque. Las cartografías sociales presentan una gran variedad de instrumentos. En un texto reciente Humberto Tommasino y Eloisa Irarazabal (In Extenso

2022 p 104) refieren ejemplos de mapeos sobre: “el pasado y el presente de mi barrio/ciudad/pueblo; procesos que permitieron cambios; sensaciones sobre mi barrio/ ciudad/pueblo; planificar mi barrio (sectores, obras, reformas de esparcimiento, ordenamiento espacial, etcétera); taller intergeneracional (trabajo con familias para el análisis de los cambios en la historia); resolución de conflictos (integración grupal de grupos en conflicto espacial); construcción de miradas integradoras; problemáticas ambientales; organización de eventos y promoción de la participación comunitaria”. También pueden hacerse mapas de la desigualdad.

Hay varios textos y artículos que aportan para estudiar estas herramientas metodológicas, que se han usado en la región latinoamericana. Destaquemos solo algunos de ellos: Escribir proyectos comunitarios. Manual de planificación para organizaciones sociales (2019) de la Secretaría de extensión universitaria

de la UBA. Buenos Aires; Acuerdos de la participación: el mapeo de problemas (2013), del Equipo de campo de Programa Integral Metropolitano (PIM) – Udelar; Formulación de proyectos sociales de la Unidad de Proyectos SCEAM de Udelar; El análisis PROBES (problemas, objetivos y estrategias) un método para el análisis situacional y la formulación de estrategias (1997) de la Escuela Superior de Trabajo Social Universidad Nacional de La Plata. También es un aporte valioso el libro IN EXTENSO. Herramientas y propuestas para el desarrollo de prácticas integrales desde la extensión crítica (2022) del Servicio de Investigación y Extensión de Facultad de arquitectura, diseño y urbanismo de la Udelar.

Estas herramientas de la planificación participativa permiten intercambiar entre los distintos actores participantes y construir acuerdos sobre qué, cómo y cuando intervenir para cambiar determinados aspectos de la realidad. La construcción de acuerdos y las acciones

conjuntas es una parte fundamental de la planificación y uno de sus objetivos.

El Movimiento de Municipios Ciudadanos y Comunidades Saludables es una experiencia valiosa de nuestro continente. Hay muchos aprendizajes a generar y pasos para profundizar. En Uruguay la dimensión territorial de las políticas de salud tiene muchos pendientes. Si bien forma parte de las líneas de acción y los organismos del SNIS, las normativas son insuficientes y las prácticas efectivas han tenido carencias importantes. Seguramente una segunda generación de reformas de la salud deberá incluir normas que aseguren diagnósticos locales participativos, planificación territorial fuerte, objetivos sanitarios locales, creación de redes de salud y mayores formas de participación social relacionadas con los territorios. Junto a las normas es necesario la formación de los actores para la labor cooperativa entre ellos en este rumbo y la gestación de la voluntad colectiva de transformaciones.

En el Hospital de Clínicas la cirugía robótica está al alcance de toda la población

El Programa de Próstata del Hospital de Clínicas ofrece una variada evaluación clínica con un equipo interdisciplinario, coordinación de los estudios necesarios para el diagnóstico y rapidez en la resolución de su patología prostática.

PROGRAMA SE PLANTEA 3 OBJETIVOS:

1) Ser un centro de referencia nacional con alta calidad técnica y profesional para el diagnóstico y tratamiento de la patología prostática, integrado por un equipo interdisciplinario compuesto por: Urología, Oncología, Radioterapia, Anatomía Patológica, Enfermería, Imagenología, Psicología Médica, Medicina Nuclear, en colaboración con el CUDIM.

2) Brindar una atención centrada en el usuario, profundamente humanista y con un acompañamiento permanente del equipo de salud. - Contamos con una Nurse Navegadora que acompaña en todas las etapas al paciente y su familia, siendo responsable de la coordinación de todas las consultas y estudios, garantizando una experiencia positiva y percibida como una continuidad asistencial.

bida como una continuidad asistencial.

- Rápida resolución: en una misma consulta se realiza valoración por urología, psicología médica y oncología, identificándose si la patología es benigna o maligna. En una semana se coordina la Resonancia Magnética o PET según el caso. En la semana siguiente se efectúa la biopsia y el diagnóstico definitivo por anatomía patológica (en 1 semana). El tratamiento definitivo se planifica dentro de las 3 semanas del diagnóstico.

3) Incorporar tecnología de avanzada en el sector público logrando que todas las personas, sin importar su condición económica, puedan acceder al mejor tratamiento disponible. Para lograrlo se implementará el Primer Programa de Cirugía Robótica en el Hospital Universitario.



PROGRAMA DE PRÓSTATA
HOSPITAL DE CLÍNICAS

Generación 64 facultad de medicina Udelar

CONMEMORACION 60 AÑOS INGRESO

FECHA: sábado 27 de abril 2024

LUGAR: A DEFINIR

HORA: 21.

PARA DETALLES Y PARTICIPAR

CONECTARSE con los siguientes celulares:

(pueden llamar o dejar mensajes por SMS o WhatsApp identificándose)

099 732 482 099 631 867 098 151 179 099 694 478



Tomado de idiogram ai



Con sus mismas palabras

#00
Marciano Durán

Encuentros de un marciano con personajes de otro planeta narrados "con sus mismas palabras"

(las de ellos)

Con sus mismas palabras... PIAZZOLLA



MARCIANO DURÁN

Corría el año 81 en Uruguay y en casi todo el mundo (digo esto porque en la China o la India no corría el año 81, pero bueno... ese dato no es relevante para esta historia).

Sigo: Corría el año 81 en Uruguay y Astor Piazzolla se andaba escondiendo de los periodistas en su chalet de Rincón del Indio en Punta del Este (dicho sea de paso, nombre de barrio bastante funcional para esconderse de ellos). "El País de los Domingos" intentaba realizarle una entrevista y el músico les decía: "No voy a hablar con periodistas. Estoy trabajando, no me voy a distraer en esfuerzos laterales. No hablo con la prensa."

¡Y, justo! "La Prensa" se llamaba un diarito de mi pueblo (perdón, Enrique, pero tenía cuatro hojas) que me había prometido nombrarme corresponsal en Punta del Este si conseguía un buen reportaje.

Y, si bien Piazzolla dijo que no hablaba con periodistas, yo era portero. Portero. No muy alto de estatura pero sí de autoestima.

Tiempos en que me faltaba edad y me sobraba inconciencia (al revés que ahora) Oscurito ("marrón", hubiera dicho Puglia si me hubiera conocido).

Y me salía el marrón, pero andaba claro.

Veinticuatro pirulos, recién llegado de La Cruz a Punta y con muchas ganas de convertirme en periodista.

Así que, ese era el desafío: Astor Piazzolla, que no hablaba con la prensa, debería hablar con La Prensa.

Yo conocía la vida del músico paso a paso, minuto a minuto, amaba lo que él hacía, lo admiraba, y, de hecho, yo estudiaba bandoneón y conocía todos sus temas. Pero por sobre todas las cosas me

deslumbraba su creatividad, su pujanza, su ímpetu y su eterna juventud.

Así que, agarré mi Olivetti y se lo conté: Mire, Piazzolla, yo quiero hacerle un reportaje para un diario de mi pueblo (mi pueblo es tan chico que, si a algún tren se le diera por parar allí, sobraría tren para adelante y para atrás). Y el diario de mi pueblo también es pequeño, tan pequeño que si quisiéramos publicar una foto suya la tenemos que poner sin el bandoneón.

Mire, Piazzolla, si usted me da una entrevista yo me muero, es decir: yo me vivo. Me propulso, carreteo y levanto vuelo pa'l la'o de los diarios.

Seguro (seguía diciendo mi carta, y yo me lo imaginaba leyéndola sentado en una reposera de su jardín del chalet El Casco), seguro que usted estará diciendo en este momento: "¡Ah! ¿Pero este pibe quién se cree que es? Ya dije clarito que no doy más entrevistas".

¿Sabe quién soy? Un gurí igual a usted, que con 16 años fue al Café Terminal y pidió para hablar con Pichuco. ¿Sabe quién soy? Soy un gurí igual a usted, que con trece años fue a la calle 48 de Broadway a hablar con Gardel. ¿Sabe quién soy? Soy un gurí igual a usted, que siendo un pibe se plantó frente a la casa de Rubinstein. Así que, como dice Cantinflas "no se me haga... que yo lo conozco bien".

Y como gato chico que no conoce el peligro, un martes de tardecita le dejé la carta, yo mismo, por debajo de la puerta en su chalet.

El miércoles a la mañana me llamó por teléfono y me invitó ese mismo día para realizar la nota.

¿Y ahora?

¿Y ahora cómo sigo?

Yo no estaba preparado para un "sí".

Necesitaba a alguien que estuviera más loco que yo para darme una mano. Y no había tantos.

Me acordé del Marujo. Ferroviario, murguero y tanguero. No lo dudó.

Salimos a las corridas a pedir prestado un grabador, una máquina de fotos y un par de zapatos como la gente.

Nos vino a la cabeza "La Voz del Rioba". Minguito y el Preso.

¿El resultado?

Una nota increíble de dos horas que dio inicio a mi vida periodística. Había que estar bien loco para animarse a tanto.

Es que...

...las tardecitas de Punta del Este tienen ese que se yo ¿viste?

Salís de la portería, por los arenales, lo de siempre, en la rambla y en vos.

Cuando de repente, de atrás de una palmera, se aparece el Marujo.



Mezcla rara de linyera-ferroviario y de primer marciano en viaje a Marte.

Yo con pelo aún en la cabeza, las rayas de la albirroja pintadas en la piel.

Zapatos prestados clavados en los pies. Y un grabador y una máquina de fotos ajena en las manos (te reís...) Pero solo vos nos ves, porque los porteños no nos registran.

Los semáforos ya están apagados desde hace días

y las naranjas de Dalton en la cinco nos tiran azahares. ¡Vení! Que así, medio de atrevidos y medio de inconscientes, me saco de arriba la máquina y el grabador para saludarte.

Te regalamos nuestro "muchas gra-

cias" y te decimos: Ya sé que estamos piantaos, piantaos, piantaos.

¿No ves que está la luna y yo no estoy calla'o?

Que un corso de maldonautas y niños con un vals nos baila alrededor. ¡Bailá! ¡Vení! ¡Volá!

¡Loco! ¡Loco! ¡Loco!

Ya sé que estamos piantaos, piantaos, piantaos. Yo miro tus buenos aires del nido de la cruz.

Y a vos te vi tan grande ¡Vení! ¡Charlá!

¡Sentí! El berretín de periodista que tengo para vos.

Cuando anochezca en tu chalet de

sigue en pág. 12

viene de pág. 11

Rincón del Indio Desde Rivera y Gallinal vendré con lapicera y grabador a desvelarte el corazón.

De "El País de los Domingos" nos aplauden: "¡Viva! ¡Viva!" Los locos que inventamos la reunión.

Y un ángel, un exsoldado y un niño

grande nos dan un valsecito bailador.
¡Viva!
¡Viva, viva, loco!
¡Locos, locos!
¡Todos locos!
¡Loco Astor, loco el Marujo y loco!
Adiós Nonino.
Vuelvo al sur.
Ya sé lo que vendrá. Prepárense.

Se va este astornauta en su bicicleta blanca. Después de esta conversa, se va para lucirse.

Me madrugará algún seis de enero y tres reyes gatos devolverán los zapatos

que me prestaron, uno izquierdo y el otro también.

¡Fijate, Astor, qué cosa increíble!

¡Al final entendiste sin problemas el hambre del chiquilín!

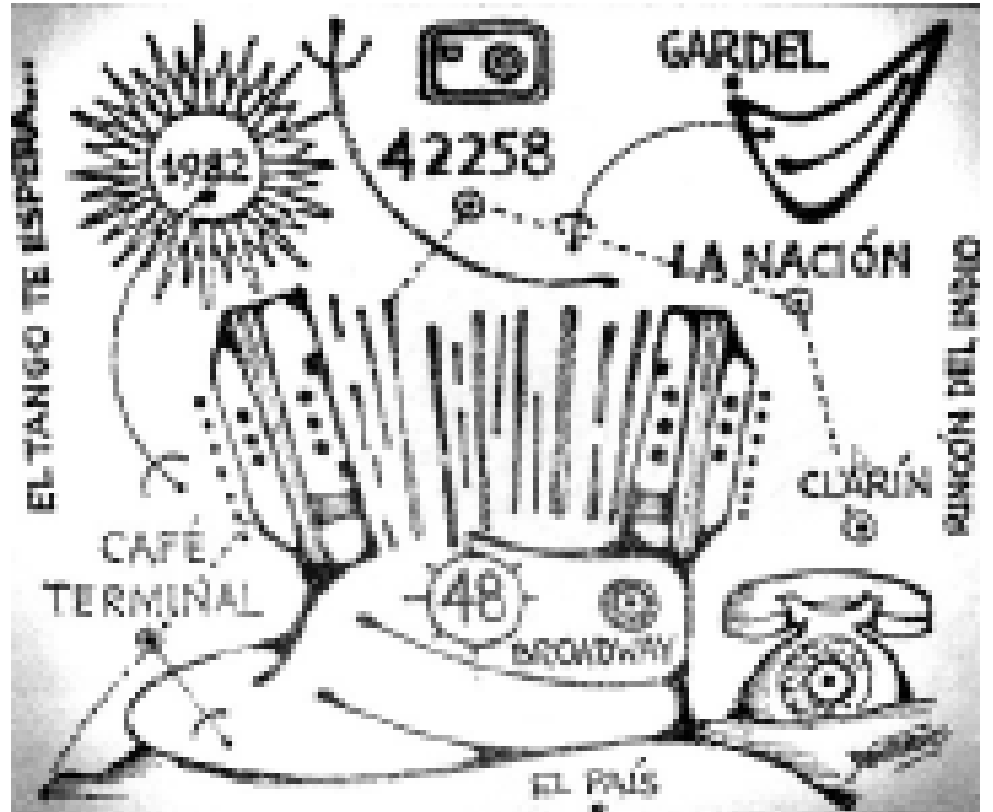


Ilustración: Juan Carlos Barreto

En mi país... ¿ESTAMOS A TIEMPO?



MARCIANO DURÁN

CAPITULO 1- COMO EL URUGUAY NO HAY

La garra charrúa, el Milagro de los Andes, el aborto, Punta del Este y José Enrique Rodó. La Vuelta Olímpica, el divorcio, José Pedro Varela, la jornada de 8 horas y el Maracanazo. Vázquez llevando del brazo a Lacalle a la asunción de Fernández.

Batlle y Ordóñez, el sufragio femenino, Peñarol, la alfabetización y la Suiza de América. La escuela laica, gratuita y obligatoria.

Tres expresidentes paseándose de la mano por el mundo.

Artigas, las Ceibalitas, el matrimonio igualitario, Nacional, el sum, el GACH y Carlos Gardel.

Ese paquete impresiona a cualquiera. A nosotros o a los de afuera.

Porque afuera también hablan de nosotros. Menos de lo que uno cree, pero hablan.

En realidad —seamos sinceros— los más informados confunden a Uruguay con Paraguay, y a Punta del Este con Ciudad del Este.

Y si preguntás en el extranjero por mi país, la mayoría te contesta con un apellido: Suárez.

En el "Test de uruguayez" que acostumbamos a hacer por ahí, después de Suárez viene Mujica y, dependiendo de en qué continente estés, sigue Natalia Oreiro, Drexler, Punta del Este o la carne uruguaya (en España incluyen a Valverde y a Araújo dentro de la carne uruguaya). En el 2024 el Milagro de los Andes arrancó en punta.

En general afuera de Uruguay tienen una buena opinión de mi país. Eso sí, nosotros tenemos una opinión mejor.

Por lo pronto nos molesta que anden comparando nuestros triunfos futbolísticos con los de Chile, nuestras playas con las de México o nuestras murgas con las argentinas.

Nos enorgullecemos tanto de nuestros compatriotas que hasta pavoneamos con Hohberg, Muslera o Pablo Cuevas.

Con Cacho de la Cruz, Gurvich o el viejo Alonso y Trelles. Con Donato Racciatti o José Luis Zorrilla de San Martín. Y ninguno de ellos nació en mipaís.

Porque somos de manotear.

Y de no dejar que nos manoteen (ni a Canaro, ni a Ferrer, ni a Laport, ni a Marreco y mucho menos al Mago)

Hasta acá llega el Capítulo 1.

Hasta acá hemos asistido a una de las posibles miradas sobre mi país. Una linda mirada.

CAPITULO 2- NÚMEROS QUE ASUSTAN

Lo preocupante es que hay otras miradas. Miradas que nos molestan.

Veamos algunos datos y resolvamos juntos si somos tan buenos como creemos y tan envidiables como surge del Capítulo 1

Mi país es el mayor consumidor de **cocaína** per cápita de Latinoamérica.

Así, sencillito: somos campeones de la Copa América Cocainbol (y en el Ranking SNIFA estamos en octavos de final).

Por ahí usted cree que estoy exagerando.

Claro, es difícil de aceptar que no haya país en América que consuma más cocaína que nosotros.

¡Ni los colombianos!

Vamos a decirlo distinto a ver si se comprende la magnitud: tenemos más cocainómanos que rochenses.

Veámoslo de otra manera: ¿Cuántos uruguayos consumen cocaína diariamente en mi país? La Paloma, Guichón y Tala.

José Pedro Varela, Sarandí Grande y Sauce. Tarariras, San Ramón y Sarandí del Yi.

Tranqueras, Pan de Azúcar y Castillos. Lascano, Cardona y Atlántida.

Para que se entienda bien: el equivalente a la población de todas esas ciudades de mi país (hombres, mujeres, niños y viejos) consumen cocaína todos los días.

Sin contar a los de los fines de semana; ahí le sumáramos al Chuy, Nueva Palmira y Libertad.

Pasamos raya, vamos a otro tema mientras aspiramos a ser mejores:

Un millón de recetas por año para los **ansiolíticos**.

El mayor índice de consumo de benzodiazepinas per cápita lo encabeza España, le sigue Serbia y enseguida venimos nosotros. En lo que usted demora en leer esta nota ASSE habrá entregado dos recetas de ansiolíticos. ¡En 10 minutos! ¡Nuestra velocidad es de 2800/día! ¡Eso da 1.000.000 por año!

No sé si estos datos lo dejarán dormir tranquilos.

Marihuana?

Campeón de América, vicecampeón, tercero, primero, segundo. Bajamos... subimos, pero siempre estamos en el podio.

Sigamos cultivándonos, sigamos armando nuestro razonamiento con los datos que llegan:

La pregunta ahora es: ¿cuántos países existen en el mundo? Yo me fijé recién en Wikipedia: hoy hay 195.

Veamos el consumo de **whisky** en Uruguay.

¿Estaremos a mitad de tabla?

¿Lugar 100? Más arriba.

¿60?

Un poco más.

¿20?

¿10?

¡No!

¡Somos vicecampeones del Mundo en tomar whisky! Borrachos, pero con flores.

Voy a sustituir el verbo "tomar" por el verbo chupar, que creo que aplica mejor: ¡Solo Francia chupa más whisky que nosotros!

¡Chupamos más whisky que el país que lo inventó!

¡Más que en Irlanda!

sigue en pág. 13

viene de pág. 12

¡Más que en Escocia!

Somos los borrachos de América, desde Ushuaia hasta Alaska y somos los vicecampeones chupadores de whisky del mundo.

Brindemos por esto.

Por ahí usted piensa que en mi país somos de paladar fino.

¡No!

No es eso

El tema nuestro es el alcohol en general.

En **vino** también somos los Campeones de la Libertadores. Nadie toma tanto vino como nosotros en América.

¡La copa es nuestra! Y nunca mejor dicho.

Con el **tabaco** no nos quedamos atrás. Los segundos fumadores de América per cápita.

Se mueren 18 compatriotas por día por culpa del consumo de tabaco.

Y en las tardes de mi país, ningún informativo empieza con esa noticia.

Televisión puro humo.

¡Y timbeamos! ¡Cómo timbeamos! Los **udópatas** de mi país son tantos que no cabrían en el Gran Parque Central. Y si le sumamos a los que padecen el llamado **uego problemático** deberíamos usar también el Campeón del Siglo.

Le apuesto que estos datos no los tenía. Quizás podríamos atar este tema con el que viene: de los 700 **suicidios** que hay por año en Uruguay, 30 están relacionadas a la adicción al juego.

El resumen hasta acá sería que mi país en la tabla de "Propensos a los vicios" (alcohol, ludopatía, tabaco y drogas) está segundo en toda América Latina.

Vamos a números que duelen más.

CAPITULO 3 - AQUELLAS LLUVIAS TRAJERON ESTAS INUNDACIONES

¡Salvo en Surinam y Guayana, en ningún lugar de América Latina la gente se

mata a sí misma tanto como en mi país! ¡Somos los mejores **suicidas** de América! Pero no en un final cabeza a cabeza. ¡Duplicamos al resto de América y estamos en el lugar 11 de 195 países.

¿Femicidios?

Nuestras mujeres son asesinadas como en casi ningún lugar del mundo. Solo Honduras, República Dominicana y El Salvador superan a mi país en este triste ranking. ¡Los uruguayos estamos primeros en Sudamérica y décimos en el mundo matando a nuestras propias mujeres!

Cárceles

De cada 200 uruguayos, uno está preso.

Es decir, en la ciudad de Libertad hay 10.000 habitantes y en las cárceles uruguayas (incluyendo el Penal de Libertad hay 15.000)

Somos el país de Sudamérica con más encarcelados per cápita, y estamos décimos en el mundo.

¿Sobrepeso?

Segundos los uruguayos. Cuartas las uruguayas en América (y eso que América es el continente con mayor sobrepeso del mundo).

¿Sobrepeso infantil?

Los uruguayitos y uruguayitas en los primeros lugares.

Superado solo por Jamaica, Uruguay es el segundo de 35 países relevados —incluso por encima de El Salvador— en **homicidios por crimen organizado**, según el Estudio Global de Homicidios 2023, llevado adelante por la Oficina de Drogas y Crimen de la Organización de Naciones Unidas.

Si le parece que nuestros números son tristes, prepárese, hay más:

Primero en América del Sur, 20 en todo el mundo.

Primero de América del Sur, 18 en el

mundo.

Primero de todas las Américas, 8 en el mundo. El peor del mundo. El 1 de los 195 países del planeta.

CAPITULO 4.- CONCLUSIONES

Los números nos emplazan, nos golpean y no nos dejan mentir. Intentemos juntos llegar a alguna conclusión, por favor.

O por lo menos —a falta de respuestas— hagamos preguntas.

¿Será que nos quedamos mucho tiempo sentados en las vías, nos dormimos en los laureles, y nos pasó por arriba el tren de la modernidad?

¿Será que ya no gritaremos los goles de Ghiggia, Berna no será nunca más nuestra capital y los que una vez nos encontramos en los bancos de una escuela ya no nos sentiremos tan iguales?

¿Será culpa de los gobiernos?

¿Será un tema de izquierdas y derechas?

¿Será que nuestra generación no estuvo a la altura?

¿Somos los padres del Uruguay que les dejamos a nuestros hijos y a nuestros nietos?

En mi país... ¿ESTAMOS A TIEMPO? Febrero de 2024

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.infoba.com/salud/2022/06/27/argentina-es-el-pais-sudamericano-donde-mas-crecio-el-consumo-de-cocaina-segun-un-informe-de-la-onu/> 2022

<https://es.statista.com/estadisticas/1382318/tasa-de-suicidios-en-paises-de-america-latina-y-el-caribe/> 2019

<https://www.publico.es/sociedad/ansioliticos-espana-espana-pais-mundo-toman-tranquilizantes.html> 2020

<https://www.eltelgrafo.com/2022/10/generaciones-pa-ra-el-consumo-de-ansioliticos/> 2022

<https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/mapa-consumo-mundial-cannabis/> 2023

<https://www.elobservador.com.uy/nota/consumo-de-whisky-el-impensado-lugar-que-ocupa-uruguay-en-el-ranking-mundial-203118111210> 2023

<https://lahoradelcampo.com.uy/site/uruguay-es-el-segundo-consumidor-per-capita-de-vinos-en-sudamerica/> 2019

<https://cnnespanol.cnn.com/video/fumadores-america-oms-redaccion-buenos-aires/> 2023

<https://larepublica.pe/mundo/2023/11/17/el-pais-de-sudamerica-con-mas-fumadores-en-2023-supe-ro-a-argentina-y-brasil-ranking-mundial-peru-oms-1370404> 2024

<https://udelar.edu.uy/portal/2023/05/ludopatia-una-problematica-que-crece/> 2023

<https://es.statista.com/estadisticas/1382318/tasa-de-suicidios-en-paises-de-america-latina-y-el-caribe/> 2024

<https://www.dw.com/es/am%C3%A9rica-latina-en-alerta-por-aumento-en-tasas-de-suicidio/a-65493663> 2024

<https://www.dw.com/es/am%C3%A9rica-latina-en-alerta-por-aumento-en-tasas-de-suicidio/a-65493663> 2023

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48258937> 2019

<https://www.carasycaretas.com.uy/sociedad/uruguay-es-el-tercer-pais-la-region-mas-femicidios-n70294> 2024

<https://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio> 2023

<https://www.elobservador.com.uy/nota/uruguay-llego-a-15-000-presos-es-el-decimo-pais-del-mundo-con-mas-reclusos-per-capita-20238915949> 2023

<http://noticiasc21.uy/uruguay-segun-do-segun-la-onu/> 2023

[https://www.ciu.org.uy/novedad.php?n=780#:~:text=Siendo%20el%20segundo%20pa%C3%ADs%20de,Mundial%20de%20Valores%20\(EMV\)](https://www.ciu.org.uy/novedad.php?n=780#:~:text=Siendo%20el%20segundo%20pa%C3%ADs%20de,Mundial%20de%20Valores%20(EMV)) 2024

EL **Aedes aegypti** ESTÁ
DÓNDE MENOS
LO ESPERAS



Dale vuelta o revisá
recipientes y objetos
que puedan juntar agua.



Ministerio
de Salud
Pública

CUENTOS PEDIÁTRICOS VIII

Durante un largo período de la historia de El Diario Médico, tuvimos el privilegio de contar con los aportes del Prof. Dr. Fernando Mañé Garzón (24.01.2025-23.01.2019), Maestro de la Pediatría y de la Historia de la Medicina quien, con sus "Cuentos Pe-

diátricos", honró nuestras páginas y sirvió de orientación a cientos de sus exalumnos en la Cátedra de Pediatría. Hoy publicamos su "VIII Cuento Pediátrico", rescatado de la edición No. 41 de AGOSTO del 2002 de El Diario Médico.

Gatear de cola o mejor colear*



ESCRIBE PROF. DR. MAÑÉ GARZÓN MAÑÉ (*En colaboración con el Dr. José Luis Díaz Rosello).

El inicio de la marcha en el niño se ve precedido muchas veces por maneras prebipedas que se instalan en general después de los siete meses.

La forma inicial es la reptación, es decir la traslación del cuerpo en posición

decúbito ventral, utilizando rodillas y codos pero con el vientre aplicado al suelo. Poco éxito motor obtiene el infante con ello.

El segundo es el gateo, es decir el movimiento en cuatro patas. Disponiendo en forma completa de los miembros superiores, apoya en el suelo las manos y las rodillas: es una marcha mano-rodilla. De este modo logran los infantes una independencia motora muy eficaz que les permite trasladarse a veces con soltura y destreza admirables.

Pero existe otra forma mucha más rara, diría excepcional, aunque si prestamos suficiente atención se suele ver más de un caso cada año. Es la marcha obtenida partiendo de la posición sentada. Con los miembros inferiores semiflexionados, apoyan los talones y mediante una contracción de los cuádriceps logran elevar el tronco y trasladarlo hacia adelante.

Adquieren así la ejecución de una secuencia motora que sorprende por la velocidad que son capaces de obtener. No conocemos ninguna descripción de esta forma de secuencia motora. La

hemos observado muchas veces y como hemos dicho se inicia alrededor de los siete meses y se prolonga hasta el año y medio, cuando se inician en la marcha bípeda.

II. Una observación muy valiosa es la de una familia en la que se presentó en tres generaciones en línea vertical. Cabe pues proponer que esta modalidad de inicio de la traslación del niño puede cumplir una herencia autosómica dominante o recesiva ligada al cromosoma X, pues los casos esporádicos que hemos observado fueron también todos en varones.

III La herencia mendeliana simple de muchos rasgos de conducta no ha merecido demasiada atención en su determinismo, tanto ambiental como genético. Hemos recogido pocos estudios sobre la onicofagia, la tricofagia y otros hábitos menos frecuentes. Creemos que es un aspecto interesante al que se debe prestar mayor atención y no dar una explicación patogénica ambiental simplista.

Un ejemplo de ello es la rumiación, en la que se ha comprobado que en muchos casos cumple una herencia autosómica dominante. (1) La enfermedad de Gilles

de la Tourette (2), que he llamado la enfermedad de los Tics Secuenciales, se interpreta como un trastorno neurótico de determinación patogénica circunstancial (3). Hoy se ha reconocido en una aberración cromosómica consistente en una traslocación balanceada en el cromosoma 18, que condicionaría enzimáticamente un desequilibrio de la secuencia mesencéfalo mesolímbica (4). Es de prever que la conducta asiente en disfunciones moleculares y sean más variantes funcionales que trastornos determinados exclusivamente por el ambiente (5).

2 Mañé Garzón, F. y García Rocco, H., Enfermedad de los tics convulsivos (enfermedad de Gilles de la Tourette), Arch. Pediatr. Uruguay, 1976, 47:84-91. 3 Comings, D.E. y Comings, B.G., Tourette syndrome: clinical and psychological aspects of 250 cases, Am. Journ. Hum. Genet., 1985, 37: 415-430. 4 Comings, D.F., Blood serotonin and triptophan in Tourette syndrome, Am. Journ. Hum. Genet., 1990, 36:418-430. 5 Comings, D.F., The genetic of human behavior, Am. Journ. Hum. Genet., 1989, 44:452-460.

SEXOLOGÍA – NOTA I

Prof. Dr. Andrés Flores Colombino

El Dr. Andrés Flores Colombino (1942 -2022), fue otro de los grandes referentes que honró las páginas de EL DIARIO MÉDICO en un largo período de su historia. Presidente durante años de la Sociedad Uruguaya de Sexología, marcó un hito trascendente en la historia de la especialidad, siendo guía y maestro no sólo a nivel nacional sino también en el ámbito internacional. Hoy comenzamos con la nota con la que iniciara su serie en nuestra edición No. 37 de abril de 2002, año en el que precisamente la Facultad de Medicina incorporó la enseñanza de la Sexología Clínica en el post grado de Psiquiatría.



DISFUNCIONES SEXUALES

Tal como lo anunciáramos, comenzamos hoy con el espacio que, en lo sucesivo, ocupará en EL DIARIO MÉDICO, como columnista permanente, el Dr. Andrés Flores Colombino sobre temas de su especialidad. De su libro "Disfunciones y Terapias Sexuales", escrito con destino

primordialmente a médicos, psicólogos, sexólogos y psiquiatras, transcribe las bases conceptuales sobre disfunciones sexuales, que permitirán luego una lectura más ágil de sus planteos.

A. BASES CONCEPTUALES Las disfunciones sexuales son los trastornos de la respuesta sexual en sus diferentes fases o en su función eficaz. Otros trastornos sexuales como los referidos a la identidad sexual, las parafilias o desviaciones sexuales, las enfermedades de transmisión sexual, los delitos sexuales, o las variantes de la orientación sexual como al homo y bisexualidad, no se consideran disfunciones sexuales.

Clásicamente, las disfunciones sexuales eran estudiadas dentro de la patología sexual, que en nuestro reloj de la Sexología ocupa la Hora 4. Pero en la actualidad, y luego de la propuesta de la respuesta sexual humana de Masters y Johnson como modelo de normalidad en 1966, y de su estudio de la Incompatibilidad Sexual de 1970, se ajustaron los términos.

Cuando hablamos de disfunción sexual nos referimos a trastornos más definidos, delimitados y diferenciados. Conceptualmente se ha avanzado mucho en los últimos lustros, y puede decirse que en Sexología está perimida la antigua nomenclatura, vigente hasta hace poco tiempo y todavía en uso en disciplinas médicas y psicológicas sin actualización sexológica.

Así, todas las disfunciones sexuales masculinas eran englobadas en el concepto de "impotencia sexual". Y todas las femeninas en el concepto de "frigidez". Nosotros mismos utilizamos esta terminología en nuestro libro sobre 'Patología y Clínica de la Impotencia Sexual', escrito en 1978 (23). Y el chileno Quijada cerda tituló "Frigidez" a su importante trabajo sobre los trastornos de la respuesta sexual femenina en el año 1975 (87).

La impotencia sexual comprende exclusivamente a la fase de excitación de la respuesta sexual masculina y se la denomina "disfunción eréctil", para evitar confusiones. Es que antiguamente se distinguía entre "impotentia coeundi" e "impotentia generandi", para designar la incapacidad del coito y la incapacidad de engendrar, respectivamente, pero hoy a la esterilidad ya no se la denomina impotencia.

En Sexología se prefiere utilizar el término disfunción eréctil o excitación masculina inhibida. Desde la urología y

la andrología, sin embargo, se insiste en el término 'impotencia', que tiene una larga consagración, pese a su connotación peyorativa y lapidaria.

La frigidez designó por un tiempo, para Masters y Johnson (72), a la inhibición de la fase de excitación de la mujer, y luego solo al deseo sexual inhibido, pues la mujer estaría "fría".

Primitivamente, como vimos, la palabra se había aplicado a todas las disfunciones sexuales de la mujer, sobre todo a la ausencia de orgasmo. Pero con este término también perimido, se ha tenido más éxito en cuanto a su erradicación y la adopción de las propuestas por la Sexología para el trastorno de cada una de las fases de la respuesta sexual de la mujer, pues se eliminó por impreciso - el término 'frigidez' designaba cualquier disfunción sexual femenina.

La denominación común, con un solo término, a todos los trastornos de la respuesta sexual tanto masculina como femenina, obedecía a la creencia científica, hoy superada, de que las causas y los mecanismos de producción de los mismos, obedecía a una sola patología física o psicológica que se expresaba en diferentes grados. Ahora sabemos, gracias a los estudios de las últimas décadas y sobre todo a partir de 1969, que cada fase de la respuesta sexual po-

sigue en pág. 15

viene de pág. 14

see un aparato fisiológico, anatómico y psicológico propio, lo cual condiciona la vulnerabilidad de esa fase, con mecanismos de producción de la alteración bien definidos para cada uno.

Por ende, también hay una terapéutica diferente y específica. Naturalmente, estas separaciones no son absolutas, pero poseen gran validez didáctica y clínica. El 'Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales' de la Asociación Psiquiátrica Americana ha



denominado Disfunciones psicosexuales a las disfunciones sexuales, en el Capítulo del DSM-III-R (5), junto a las parafilias y a los trastornos de la identidad sexual. En el DSM-IV de 1995 (6), las denominó simplemente Trastornos sexuales, junto a las otras dos categorías señaladas. Las disfunciones sexuales no obedecen sólo a causas psicológicas o psicopatológicas, y en este trabajo también incluiremos las causas orgánicas y los condicionamientos sociales y antropológicos que las determinan.

(Seguiremos en la próxima nota)

Reanimación neonatal y traslado

Los invitamos a participar del taller "Reanimación neonatal y traslado" que se realizará el próximo 13 de abril, de 8 a 17hs, en el Centro Socio Cultural de Young, Río Negro. Los cupos son limitados, por lo que

solicitamos a los interesados inscribirse en educacion@femi.com.uy. El taller contará con la presencia de docentes de la Unidad Académica de Neonatología, CHPR.

12 créditos

ESCUELA DE GRADUADOS
FACULTAD DE MEDICINA



13
ABRIL
8 a 17h

Taller reanimación neonatal y traslado

Sin costo para médicos FEMI
Médicos: \$2000 - Enfermería, obstetras y parteras: \$1000



Centro Socio Cultural de Young
Young, Río Negro

Docentes:

Dr. Fernando Silvera
Dr. Juan Gesuele
Dr. Andrés Vigna
Dr. Alejandro Álvarez
Dr. Yaser Aranibar

EU Lic. Dilvar dos Santos
EU Lic. Juliana Novas
AE Virginia Piñero
AE Florencia Dreyer

Unidad Académica de Neonatología, CHPR

Cupos limitados | Inscripciones a educacion@femi.com.uy

Organiza

FEMI
FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR

Sindicato Médico
de Río Negro

Apoyan

CAMY
CENTRO ASISTENCIAL MÉDICO DE YOUNG - RÍO NEGRO

asse

EMMY

FEMI conmemoró el 8M junto a 6 mujeres referentes de la Federación

La Federación Médica del Interior conmemoró el #8M junto a 6 grandes mujeres y referentes de FEMI.

¡En ellas saludamos a todas las mujeres que forman parte de nuestra Federación!

-Alejandra Cresci- Presidente de FEMI

-Victoria Curbelo - Presiente Asociación Médica de Flores

- Karina Carreño – Coordinadora de Comisión de Género, Violencia y Discriminación de FEMI

-Gabriela González- Vocal de C. Ejecutivo de FEMI

-Victoria García – Secretaria del Gremio Médico e San José

- Angela Almeida – Presidente de Asociación Médica de Paysandú

Promoción de la seguridad vial con audiovisuales en todo el país



El 21 de febrero, en representación de FEMI, el Dr. Javier Bonora asistió a la firma de convenio entre Estación Viva y UNASEV en Torre Ejecutiva.,

El convenio y la presencia de FEMI tuvieron como finalidad promocionar la seguridad vial a través de piezas audiovisuales que se difundirán en estaciones de servicio de todo el país.

PLAN DE TELEMIDICINA

Recordando la experiencia pionera del Dr. Norberto Borba en el 2014



FEMI estuvo presente en el lanzamiento del Plan de Telemedicina de ASSE, modalidad que permitirá el acceso a consultas con especialistas en todo el territorio. La oportunidad es propicia para recordar una experiencia pionera en ese sentido, desarrollada por el Dr. Norberto Borba, en Cerro Largo, en 2014.

FEMI continúa trabajando en lograr el acceso equitativo a la salud para todo el país.

27 años junto a la Salud!



Publicita en...

EL DIARIO MEDICO
Salud hoy



LORENA
TABORDA
CONTADORA

IVA - IRF - IASS - FONASA

Certificados de Ingresos

Liquidación de Sueldos

cra.lorenataborda@gmail.com

098 939 239

No hay sexo consentido a los 12 años; Femi respalda declaración de las asociaciones científicas

Desde FEMI manifestamos nuestro absoluto apoyo a los comunicados de las sociedades científicas: Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP), Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (SUPIA), la Asociación de Psiquiatras del Interior (API), la Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica de

la Facultad de Medicina- @udelar_uy y la Sociedad Uruguaya de Ginecología de Infancia y Adolescencia (SUGIA), en relación a declaraciones públicas realizadas por un representante político nacional.

No hay sexo consentido a los 12 años. Es violación. Cuidemos a nuestras niñas, niños y adolescentes.



Unidad Académica de
Psiquiatría Pediátrica
FACULTAD DE MEDICINA
Universidad de la República



COMUNICADO

A LA OPINIÓN PÚBLICA

La Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (SUPIA), la Asociación de Psiquiatras del Interior (API) y la Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina- UDELAR, expresan su profundo repudio y preocupación frente a las declaraciones vertidas por el Dr. Gustavo Zubía, Representante Nacional, en un programa televisivo reciente.

El abuso sexual infantil y adolescente constituye una grave violación a sus derechos humanos y genera uno de los traumas psíquicos más intensos. Existe robusta evidencia de que sus consecuencias (de no mediar una intervención adecuada) ponen en alto riesgo la salud mental presente y futura de quien lo sufre y están a la base de situaciones complejas que preocupan a la comunidad toda como son: el alto índice de suicidio, las preocupantes alteraciones comportamentales en niñas/os y adolescentes y el aumento en el consumo de drogas, entre otras.

Como lo dice su nombre se trata de un "abuso", es decir de un "aprovechamiento" de la relación de asimetría en que los niños y niñas se encuentran frente a los adultos: **asimetría de poder, asimetría de conocimiento y capacidad de comprensión, asimetría de necesidades** propias de cada edad y nivel de desarrollo.

Esto hace que, contrariamente a lo que sostiene el Dr. Zubía, en manera alguna pueda considerarse válido el consentimiento de una niña/o a mantener contactos sexuales con una persona adulta. Esta situación constituye **SIEMPRE** una vulneración, porque una niña no es una mujer, es una niña, un ser humano en desarrollo.



Comunicado a la opinión pública

La Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP) tiene entre sus objetivos principales la defensa de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Desde ese lugar, manifestamos nuestra preocupación por declaraciones públicas ocurridas estos días referidas al abuso sexual infantil.

En Uruguay, el abuso sexual infantil es un drama que afecta a muchas niñas, niños y adolescentes. Se produce en un contexto de vulnerabilidad, indefensión en una relación asimétrica de poder físico y/o psíquico, y tiene gravísimas consecuencias para la salud física, psíquica y social de niñas, niños o adolescentes afectados. Por eso, nuestra legislación procura protegerles de la violencia, la explotación y el abuso sexual, considerándolos delitos muy graves que, como tales, no admiten otra postura que su más férrea condena.

Es muy importante que los mensajes de referentes públicos no minimicen la trascendencia del tema o habiliten justificaciones para estas situaciones tan dolorosas para las víctimas y para toda la sociedad.

Es responsabilidad de todos los actores sociales trabajar intensamente para explicar, visibilizar y atacar esta problemática, buscando proteger a niñas, niños y adolescentes.

Comisión Directiva

Sociedad Uruguaya de Pediatría

Febrero, 2024



sugiauy

...

La Soc Uruguaya de Ginecología de Infancia y Adolescencia mediante este comunicado manifiesta enérgicamente su posición frente al abuso sexual en N,N y A.

Nuestras leyes son muy claras al respecto que por debajo de 13 años siempre se configura la figura de Abuso. Las leyes al respecto, se basan en opiniones científicas que aclaran que por debajo de esa edad no hay capacidad de consentir.

Como sociedad científica que trabajamos con las víctimas de estas situaciones queremos ratificar nuestro compromiso con su protección.

Y recordamos que ignorar la edad o ignorar la ley no son atenuantes para este delito.

Pedimos a la sociedad entera que continúe protegiendo nuestros N,N y A porque ellos no son nuestro futuro, si no nuestro presente.

Visítanos en
FACEBOOK



EL DIARIO
MEDICO

Comunicado de la Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia y la Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina

El Comité Ejecutivo del SMU apoya por unanimidad el comunicado de la Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (SUPIA) y la Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina, UdelAR, en el que expresan su profundo repudio y preocupación frente a las recientes declaraciones vertidas por el Dr. Gustavo Zubía, en un programa televisivo.

Las siguientes Sociedades Científicas expresan su acuerdo con el comunicado:

Sociedad de Medicina Interna del Uruguay (SMIU)

Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria (SUGG)

Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría (SUNPI)

Sociedad de Dermatología del Uruguay (SDU)

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU)

Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC)

Sociedad Uruguaya de Nefrología (SUN)

Sociedad Uruguaya de Reumatología (SUR)

Sociedad de Neurología (SNU)

Sociedad Uruguaya de Neumología (SUN)

Sociedad Uruguaya de Neonatología (SUNeo)

Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI)



Unidad Académica de
Psiquiatría Pediátrica
FACULTAD DE MEDICINA
Universidad de la República



COMUNICADO A LA OPINIÓN PÚBLICA

La Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (SUPIA), la Asociación de Psiquiatras del Interior (API) y la Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina- UDELAR, expresan su profundo repudio y preocupación frente a las declaraciones vertidas por el Dr. Gustavo Zubía, Representante Nacional, en un programa televisivo reciente.

El abuso sexual infantil y adolescente constituye una grave violación a sus derechos humanos y genera uno de los traumas psíquicos más intensos. Existe robusta evidencia de que sus consecuencias (de no mediar una intervención adecuada) ponen en alto riesgo la salud mental presente y futura de quien lo sufre y están a la base de situaciones complejas que preocupan a la comunidad toda como son: el alto índice de suicidio, las preocupantes alteraciones comportamentales en niñas/os y adolescentes y el aumento en el consumo de drogas, entre otras.

Como lo dice su nombre se trata de un "abuso", es decir de un "aprovechamiento" de la relación de asimetría en que los niños y niñas se encuentran frente a los adultos: **asimetría de poder, asimetría de conocimiento y capacidad de comprensión, asimetría de necesidades** propias de cada edad y nivel de desarrollo.

Esto hace que, contrariamente a lo que sostiene el Dr. Zubía, en manera alguna pueda considerarse válido el consentimiento de una niña/o a mantener contactos sexuales con una persona adulta. Esta situación constituye **SIEMPRE** una vulneración, porque una niña no es una mujer, es una niña, un ser humano en desarrollo.

Sus recientes afirmaciones públicas evidencian un desconocimiento grave y negligente del desarrollo psíquico de niños y niñas afectados por la violencia sexual (a pesar de haber participado en la Comisión de salud del Parlamento, en donde oportunamente y con motivo de la discusión de la Ley de tenencia compartida y corresponsabilidad en la crianza, explicitamos detalladamente estos riesgos).

En un país en el que se reportan más de 4 situaciones de abuso sexual infantil diarias (SIPIAV 2023), en donde el clamor permanente es por más profesionales de la salud mental que den respuesta a la sintomatología múltiple generada por la violencia, **NO PODEMOS ACEPTAR, BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA**, que un Representante Nacional afirme, frente a la comunidad, que una niña de 12 años es "una mujer", que si se vincula sexualmente con un adulto "puede estar contentísima" y que esto "no constituye violencia".

Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

Asociación de Psiquiatras del Interior

Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina UDELAR

Montevideo, 16 de febrero de 2024

PICNIC EN EL ALCIÓN

Se desarrolló el 24 de febrero una hermosa jornada de confraternización en balneario Solís

La Comisión Directiva de la Colonia de Vacaciones del Sindicato Médico del Uruguay organizó una jornada de confraternización en los jardines del hotel Alción, con el apoyo de funcionarios del SMU, de la que participaron socios y socias con sus familias, además de la comunidad del balneario.

La actividad se realizó el 24 de febrero y contó con el apoyo de la Intendencia de Maldonado, la Junta Departamental y el Municipio de Solís Grande. También apoyaron empresas que actualmente tienen convenio con el gremio como: Antel, Altos del Arapey Club de Golf & Hotel Termal, Óptica Prada y Movistar Empresas. También colaboró Gossip Uniformes, empresa de Maldonado.

Esta actividad se realizó en el marco del trabajo que viene realizando la comisión con la mirada puesta en la reconversión de los espacios de la Colonia de Vacaciones.

Comenzó a partir del mediodía con propuestas para toda la familia; hasta la tardecita niños y niñas se divirtieron con diversos juegos como la cama elástica, un inflable gigante, un tobogán, globos,

además de participar de otras actividades lúdicas coordinadas por un dúo de animadores.

Los adultos también tuvieron su cuota de entretenimiento con la presentación de dos espectáculos musicales. El primero fue Hospital Tangó, proyecto que nació en 2021 para ofrecer música en vivo a enfermos hospitalizados y en tratamientos crónicos ambulatorios y está liderado por el Dr. Gerardo Pérez, integrante de la Comisión de Cultura del SMU. La fiesta vino de la mano de Mauri y los Arroba, banda musical integrada por Esteban, Matías, Cesar, Alejandro y Mauricio, quienes al ritmo de grandes éxitos de la cumbia levantaron al público de sus asientos que bailaron sin parar en plena tarde soleada.

A mitad de la tarde se realizaron sorteos entre todos los concurrentes, con el apoyo de las empresas anteriormente mencionadas, quienes recibieron botellas y vasos térmicos de Movistar, un par de lentes de sol de Óptica Prada, un celular de ANTEL, un uniforme de Gossip Uniform y una estadía de 2 noches para 2 personas en el hotel Altos del Arapey en régimen all inclusive.

Para finalizar, una delegación de Aves del Uruguay integrada por Adrián Stagi y Vivienne Gepp dieron una charla sobre las aves de la zona, que recibe una variedad de 200 especies entre un total de 500 que existen en todo el país.

En resumen, la jornada permitió disfrutar de tiempo al aire libre, reencontrarse e intercambiar con colegas, amigos y familiares y divertirse con las diferentes propuestas.



Adhesión al 8M

Declaración del Comité Ejecutivo reivindicando derechos de la mujer y, en especial, de las mujeres médicas

Nuestro sindicato se adhiere a la conmemoración del Día Internacional de la Mujer (8M) en búsqueda de la equidad de género y convocó a la marcha que se realizó el viernes 8 de marzo.

El Informe sobre la Brecha Global de Género 2023 del Foro Económico Mundial plantea que harán falta otros 131 años para alcanzar la paridad de género.

Basado en este informe, este año la ONU plantea como campaña "Invertir en las mujeres: Acelerar el progreso".

EN ESTE SENTIDO NUESTRO SINDICATO REIVINDICA:

- Lograr la participación de las mujeres en condiciones de igualdad en todos los órdenes sociales, principalmente en los procesos y lugares de adopción de decisiones como acción fundamental para el logro de la igualdad, el progreso y la paz.
- En particular, erradicar los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres médicas en el ejercicio y desarrollo profesional; mejorar las condiciones laborales, así como facilitar y estimular la participación en la actividad gremial de forma equitativa.
- Rechazar todo tipo de violencia basada en género.

Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay

Medicina y Ciencia

PÁGINAS. 20 - 29



Mitos y realidades sobre la vitamina D: ¿estamos abusando de los complementos?

En las últimas décadas, el interés por la vitamina D ha aumentado exponencialmente, debido, sobre todo, a que su déficit se ha asociado a múltiples enfermedades y a que parece existir una elevada deficiencia de este micronutriente en la población general.

Desde la identificación de la estructura química de la vitamina D en 1930, se han producido importantes avances en la investigación sobre sus funciones en el organismo. Inicialmente, los estudios se centraron en el papel de este compuesto y sus metabolitos en la homeostasis del calcio y el metabolismo óseo.

Más tarde, con el descubrimiento de la 25-hidroxivitamina D (25(OH)D), en 1968, y de la 1,25-hidroxivitamina D (1,25(OH)2D), después, las investigaciones se ampliaron y se focalizaron en el rol que desempeña en la aparición de enfermedades inmunológicas, infecciones, cáncer y dolencias crónicas no transmisibles (afecciones cardiovasculares, obesidad, diabetes tipo 2, etc.).

Actualmente, no hay dudas respecto a que la vitamina D interviene en los mecanismos de regulación del sistema inmunológico. De hecho, su déficit está relacionado con un peor pronóstico de la infección por covid-19.

UN DÉFICIT CRECIENTE

Datos epidemiológicos actuales muestran carencia de esta vitamina en el 40 % de la población europea, el 24 % de la estadounidense y el 37 % de la canadiense. Son cifras realmente elevadas que pueden generar cierta alarma. Los grupos de población con más riesgo de desarrollar hipovitaminosis son las mujeres embarazadas, los niños, las personas mayores, las personas obesas, los individuos con tono de piel más oscuro y aquellos poco expuestos a la luz solar.

Los seres humanos pueden cubrir una parte de sus necesidades de vitamina D por la síntesis cutánea a partir del colesterol, si se exponen suficientemente a la radiación del sol. Es difícil concretar

el tiempo mínimo recomendable, ya que depende de factores como la estación del año, la hora del día, la latitud geográfica, la edad o el fototipo de piel.

Un panel de expertos de la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral recomienda para la población caucásica una exposición solar diaria de 15 minutos en cara y brazos entre los meses de marzo y octubre. En personas ancianas y en pacientes con osteoporosis, el consejo es que se alargue hasta los 30 minutos. En ambos casos hay que utilizar un factor de protección entre 15 y 30, según la latitud y la intensidad de la radiación UV (ultravioleta).

No obstante, el aporte a través de la dieta también es necesario. Como buenas fuentes dietéticas de esta sustancia se pueden destacar el pescado azul (especialmente, el salmón y la trucha), los lácteos no desnatados y las margarinas y bebidas vegetales enriquecidas.

¿Y a qué se debería entonces el creciente déficit de vitamina D? Factores como el uso cada vez más frecuente de protectores solares o la tendencia a la baja en el consumo de alimentos ricos en grasa podrían contribuir a esta situación.

¿CUÁNDO HAY QUE TOMAR COMPLEMENTOS DE VITAMINA D?

Actualmente, para evaluar los niveles de vitamina D se determina la concentración sérica de 25(OH)D, aunque los resultados pueden variar en función del método analítico.

En general, se considera que valores superiores a 20 nanogramos por mililitro (ng/mL) son óptimos para la población general, y superiores a 30 ng/mL para personas mayores de 65 años, pacientes



con afecciones óseas o con tratamientos farmacológicos crónicos (corticoides, anticonvulsivantes).

Valores de entre 12 y 20 ng/mL se consideran insuficientes, y por debajo de los 12 ng/mL, deficientes. También existe una clara preocupación por los riesgos de una hipervitaminosis D, que se asocia con niveles de 25(OH)D por encima de los 100 ng/mL.

La necesidad o conveniencia de prescribir suplementos de vitamina D a personas que presentan niveles séricos de 25(OH)D adecuados, con el objetivo de mejorar su respuesta inmune, es una cuestión controvertida.

En este sentido, un metaanálisis reciente evaluó una suplementación de 1 000-2 000 unidades internacionales (UI) por día en individuos sanos y concluyó que no daba lugar a mejoras significativas en la función del sistema inmune. Tampoco era útil como herramienta de prevención de enfermedades respiratorias agudas, gripe, infección por covid-19, etc.

Sin embargo, otros autores han observado efectos positivos de esta intervención en individuos con enfermedades respiratorias, especialmente en aquellos con deficiencia de la vitamina. Existen también resultados contradictorios acerca de sus beneficios en pacientes con enfermedades metabólicas y con

dolencias neurodegenerativas.

Los peligros de la hipervitaminosis

La ingesta de la vitamina D presente en los alimentos difícilmente va a dar problemas, pero la suplementación indiscriminada, sin que haya una deficiencia que la justifique, sí puede generar toxicidad crónica. Así, por ejemplo, la administración de complementos de vitamina D en dosis superiores a 4 000 UI/día durante periodos prolongados podría elevar la concentración sérica de 25(OH)D a valores superiores a 50 ng/mL, con el consiguiente riesgo de hipervitaminosis.

La manifestación más característica de la hipervitaminosis D es la hipercalcemia, caracterizada por la aparición de síntomas gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómitos, estreñimiento...), debilidad y fatiga. En los casos más graves, puede producir poliuria (exceso de producción de orina), polidipsia (aumento anómalo de la sed), insuficiencia renal, calcificaciones ectópicas (fuera del lugar donde corresponde), depresión, confusión, dolor óseo, fracturas y cálculos renales.

En los últimos años, debido al mayor consumo de complementos, los casos de toxicidad han aumentado notablemente.

sigue en pág. 21

viene de pág. 20

Así, el informe del Sistema Nacional de Datos de toxicidad de Estados Unidos indica que esta sobreexposición a la vitamina D ha provocado un aumento de casos de hipervitaminosis, pasando de una media anual de 196 en el periodo 2000-2005 a 4 535 en el quinquenio siguiente.

HAY QUE ACTUAR CON PRUDENCIA

En conclusión, el interés por la vitamina D ha aumentado notablemente debido a su asociación con múltiples enfermedades y a una posible, pero quizás no bien establecida, deficiencia

en la población. Sin embargo, los efectos de la suplementación en personas que no tienen déficit no son en absoluto concluyentes.

Sí existe evidencia sobre su efectividad para disminuir la gravedad de enfermedades respiratorias en personas con deficiencia del micronutriente que nos ocupa. La hipervitaminosis D, derivada de una suplementación indiscriminada, es un riesgo real y puede ser peligrosa, provocando hipercalcemia y otros problemas de salud.

Por ello es esencial abordar este tema con precaución, siempre actuando en base a la evidencia científica y con prudencia a la hora de tomar o recomendar

un complemento con vitamina D.

Con la evidencia científica actual, el mito de la supervitamina D cae y se impone la realidad de que se necesita más investigación.

AUTORÍA

1. M. Carmen Vidal Carou
Catedrática de Nutrición y Bromatología, Campus de la Alimentación de Torribera, Universitat de Barcelona
2. Maria Teresa Veciana Nogués
Profesora Titular de Nutrición y Bromatología. Campus de l'Alimentació de Torribera., Universitat de Barcelona
3. Natalia Toro Funes
Profesora de Nutrición y Bromatología,

Universitat de Barcelona

4. Sònia Sánchez Pérez

Investigadora postdoctoral Juan de la Cierva. Doctora en Alimentación y Nutrición. Campus de la Alimentación de Torribera, Universitat de Barcelona

CLÁUSULA DE DIVULGACIÓN

Las personas firmantes no son asalariadas, ni consultoras, ni poseen acciones, ni reciben financiación de ninguna compañía u organización que pueda obtener beneficio de este artículo, y han declarado carecer de vínculos relevantes más allá del cargo académico citado anteriormente.

Fuente: theconversation.com

Hora de una conversación equilibrada sobre la menopausia

Para la mayoría de las mujeres, la menopausia es una fase natural de la vida que hacen la transición como parte del envejecimiento biológico. Sin embargo, como se destaca en una serie de cuatro artículos en Lancet publicado antes del Día Internacional de la Mujer el 8 de marzo. Las empresas comerciales y personas con intereses creados tienen una menopausia sobremedida y medicalizada. El encuadramiento de este período natural de transición como una enfermedad de la deficiencia de estrógenos que sólo se puede aliviar reemplazando las hormonas que faltan, alimenta las actitudes negativas hacia la menopausia y exacerba el estigma. Además, la apropiación de narrativas feministas por parte de organizaciones comerciales, que posicionan el uso de la terapia hormonal menopáusica (MHT) como una forma de empoderar a las mujeres para recuperar el control de sus cuerpos, al tiempo que restan importancia al encuadramiento de la menopausia como enfermedad.

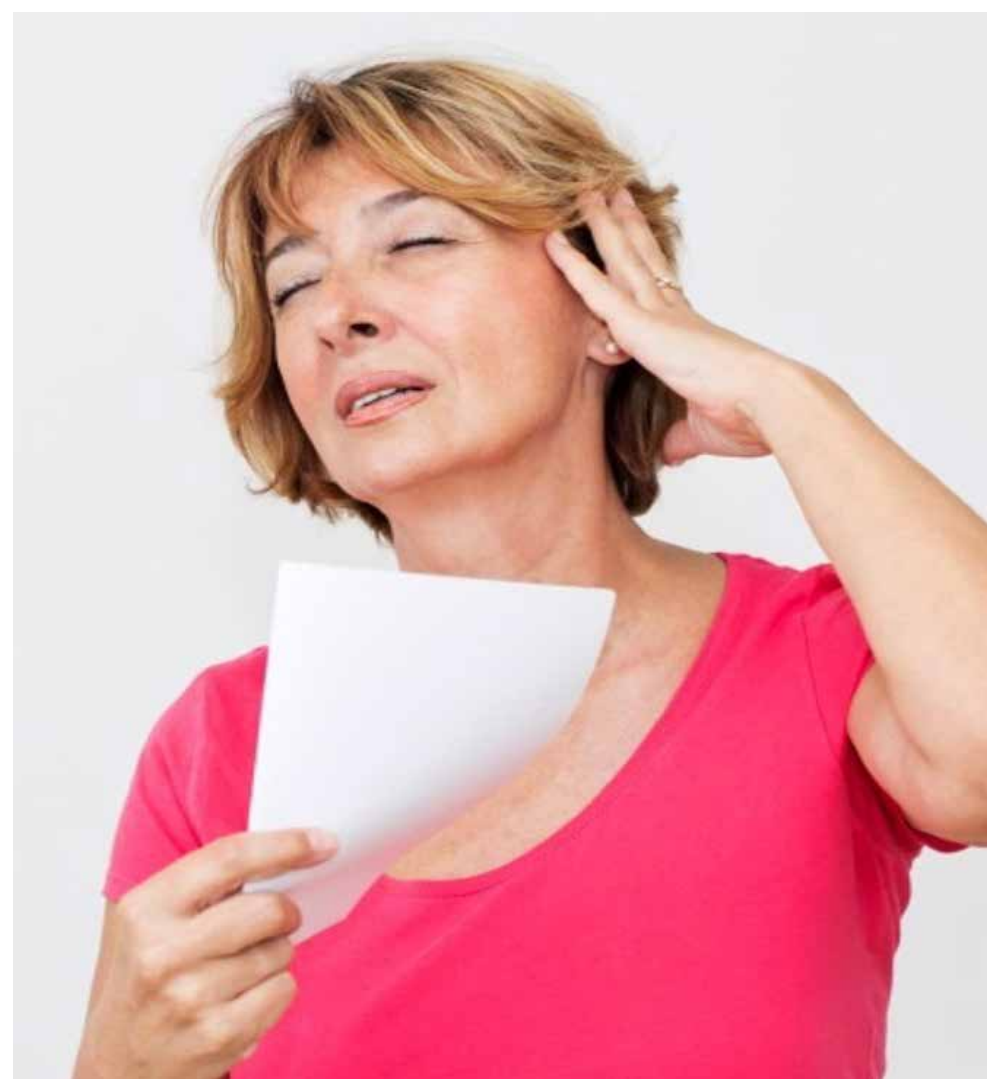
Como se describe en la Serie, la experiencia de la menopausia de las mujeres varía enormemente y no hay un enfoque único de la gestión. Muchas mujeres pasan esta etapa de la vida sin incidentes, mientras que algunas experimentan síntomas prolongados o severos y necesitan información, apoyo o tratamiento médico. Los síntomas más comunes asociados con la menopausia incluyen síntomas vasomotores como sofocos y sudores nocturnos, trastornos del sueño, sequedad vaginal y dolor muscular y articular. La menopausia se percibe comúnmente como asociada con una mala salud mental. Sin embargo, no hay evidencia sólida de que el riesgo de depresión clínica de inicio se incremente durante la menopausia, aunque este puede ser un período vulnerable para la recurrencia en aquellos con depresión clínica previa.

La MHT es el tratamiento más eficaz para los síntomas vasomotores, pero no está exento de riesgo: evidencia epidemiológica robusta sugiere que se producirá un caso adicional de cáncer de mama por cada 50 mujeres que toman MHT sistémicas, combinadas a partir de

50 años, y uno de cada 70 para MHT solo para estrógenos. No hay riesgo excesivo de estrógeno vaginal. Todas las mujeres que solicitan MHT, después de sopesar los beneficios y riesgos a corto y largo plazo con su médico, deben recibir tratamiento a menos que estén contraindicadas. La aguda escasez de MHT, como se ve en muchas partes del mundo, podría tener un efecto perjudicial en la calidad de vida de las mujeres. Sin embargo, no todas las mujeres desean o pueden tomar MHT, y los tratamientos como la terapia cognitiva conductual también pueden ayudar a contrarrestar los síntomas vasomotores y potencialmente mejorar el estado de ánimo y el sueño. El fácil acceso a información imparcial. No de aquellos que están comercializando un producto o servicio, tanto antes como durante la transición de la menopausia, así como un médico informado y comprometido que escuchará con empatía, son cruciales para facilitar la toma de decisiones compartidas.

Históricamente, las mujeres han sido mal atendidas tanto por la comunidad de investigadores como por la sociedad. En The Lancet, estamos redoblando nuestros esfuerzos en este sentido al designar a la Mujer y la Salud como una de nuestras áreas de enfoque en 2024, con el objetivo de mostrar un trabajo importante y promover el sexo y la equidad de género en la investigación. Una mayor conciencia y promoción de la salud de la mujer son cruciales para invertir los prejuicios de género de larga data en la medicina. Pero la sobre-medicalización de la menopausia y la promoción de MHT como panacea es inútil y sólo sirve para dividir más las opiniones. Es hora de una conversación sensata sobre la menopausia que permita la toma de decisiones informada e individualizada sobre la gestión óptima de esta transición.

Se necesita una mayor diversidad en la investigación que aborde las esferas prioritarias para las mujeres. La escasez de información y educación sobre la menopausia ha llevado a que los profesionales de la salud desinformados hayan sido desechados por profesionales de la salud desinformados y a la falta de com-



presión en el lugar de trabajo. Después de intentos fallidos en el Reino Unido de hacer de la menopausia, como el embarazo, una característica protegida bajo la Ley de Igualdad de 2010, la Comisión de Igualdad y Derechos Humanos publicó recientemente directrices sugiriendo que los síntomas de la menopausia podrían ser considerados una discapacidad lo suficientemente perturbadora como para interferir en las actividades cotidianas, y que los empleadores están legalmente obligados a hacer ajustes razonables. Sin embargo, interpretar la menopausia de manera más amplia como una discapacidad corre el riesgo de alimentar aún más el ageismo y el estigma que las mujeres mayores ya enfrentan. Las mujeres menopáusicas pueden ser fuertes, saludables y felices, como destaca la selección de imágenes

inspiradoras de mujeres mayores que acompañan a la Serie. La menopausia también puede ser un momento para que las mujeres reevalúen sus identidades, abracen esta siguiente fase en sus vidas y la libertad de la menstruación y el dolor menstrual, y desafían las percepciones negativas de las mujeres mayores, que prevalecen en algunas sociedades. Tenemos que enviar un mensaje realista y equilibrado a las mujeres y a la sociedad: la menopausia no anuncia el inicio de un período de decadencia, sino que es una etapa de la vida del desarrollo que se puede negociar con éxito desde un acceso a información basada en pruebas, así como contar con un apoyo social y médico adecuado. Las mujeres no merecen menos.

Fuente: <https://www.thelancet.com/series/menopause>

Amylyx ALS: Falla el fármaco y deja a pacientes, defensores e investigadores tambaleándose y preguntándose qué sigue

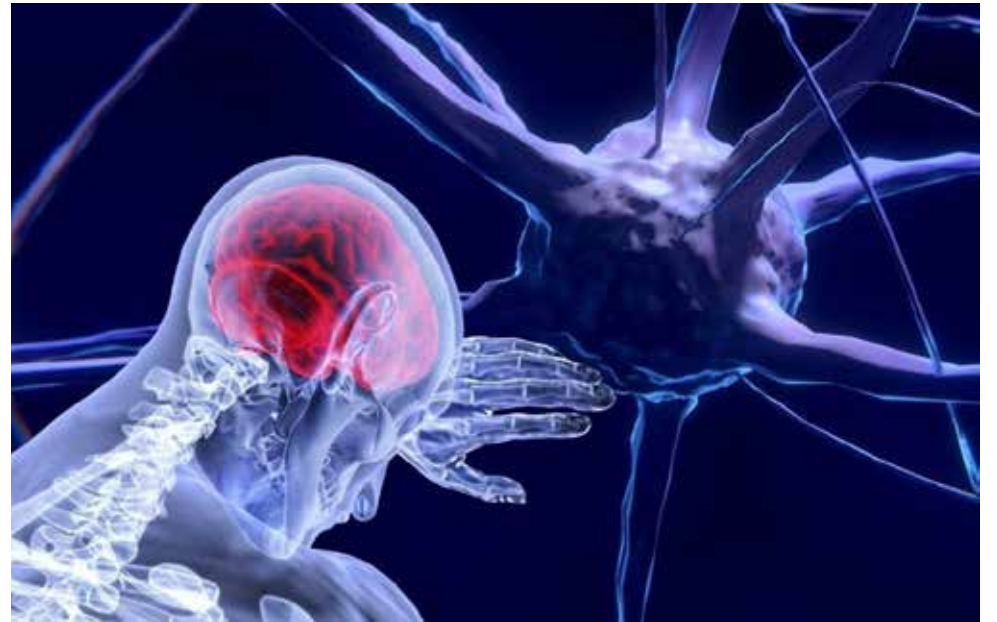
La última decepción en la investigación de la esclerosis lateral amiotrófica supuso una noticia aplastante para pacientes y médicos, obligando a la comunidad a plantearse qué hacer con un medicamento aprobado que no parece funcionar.

El anuncio hecho por Amylyx Pharmaceuticals de que su fármaco, comercializado como Relyvrio, no había superado al placebo en un estudio fundamental supone "un día triste para nosotros, pero tenemos que creer en los datos", afirmó Mary Catherine Collet, defensora de la ELA. "Son datos científicos duros a los que tenemos que enfrentarnos, y agradezco que no intenten darnos la vuelta como si fuera un ensayo de animadoras".

La cuestión ahora es si Relyvrio, aprobado en 2022, debe retirarse por com-

pleto del mercado - y si la Administración de Alimentos y Medicamentos cometió un error al autorizarlo en primer lugar. Tras años de presión por parte de los defensores de los pacientes, la agencia ha adoptado un enfoque más flexible con respecto a los medicamentos para enfermedades devastadoras e incurables como la ELA. Pero el caso de Relyvrio, que el año pasado reportó a Amylyx 381 millones de dólares en ventas y 49 millones en beneficios, ha puesto de relieve los límites de la indulgencia reguladora.

Fuente: statnews.com



POR BEATRIZ OLAIZOLA

Yolanda Sanz, investigadora del CSIC: "Las bacterias intestinales pueden determinar una mayor o menor resistencia al estrés"

Lidera el equipo de ecología microbiana, nutrición y salud del Instituto de Agroquímica y Tecnología de Alimentos de España, que estudia la flora bacteriana y su potencial para tratar enfermedades como la diabetes o los trastornos del ánimo

Yolanda Sanz (Teruel, 55 años) estudia el intestino. En concreto, las bacterias que habitan en sus paredes, lo que se conoce como microbiota o flora intestinal. Doctora en farmacia, lidera el grupo de investigación de ecología microbiana, nutrición y salud en el Instituto de Agroquímica y Tecnología de Alimentos del CSIC de España, centrado en encontrar bacterias, ya presentes en el organismo, que reduzcan el riesgo de padecer enfermedades. En 2020, su equipo patentó una de estas bacterias, relacionada con los trastornos como la ansiedad o la depresión. Dos años más tarde, descubrieron una capaz de reducir los niveles de glucosa en sangre. La investigadora también ha coordinado el proyecto europeo MyNewGut, iniciativa financiada con nueve millones de euros por la Unión Europea. Sanz, que atiende por teléfono, habla de lo que supone conocer bien los microorganismos de cada individuo, cómo funciona el eje intestino-cerebro y qué papel puede jugar en el avance de la medicina personalizada.

Pregunta: ¿Qué es exactamente el eje intestino-cerebro?

Respuesta: Hablamos del eje intestino-cerebro para referirnos a la comunicación e interacciones que existen entre todo lo que ocurre en nuestro tracto

intestinal, donde se generan una gran cantidad de señales químicas, tanto derivadas de la ingesta, del metabolismo de los nutrientes, como de las bacterias, que también participan en ese proceso. Todas estas señales que se generan en el intestino pueden llegar al cerebro y viceversa. A esa comunicación de doble vía llamamos eje intestino-cerebro.

P: ¿Y qué implicaciones tiene?

R: Muchas. Desde la regulación del estado de ánimo y comportamiento hasta el control del buen o mal funcionamiento del sistema digestivo. Por ponerte un ejemplo, el estrés, un estímulo que podríamos llamar psicológico o emocional, puede causar alteraciones en el sistema digestivo. Todo el mundo ha oído hablar de alguien o le ha ocurrido alguna vez que en una situación de estrés tienes problemas digestivos. Eso también modifica la microbiota. La microbiota de un individuo puede determinar una mayor o menor resistencia al estrés.

P: Usted y su equipo estudian, en concreto, las bacterias intestinales que pueden ser potencialmente beneficiosas para la salud. ¿Cómo diferencian unas de otras?

R: Para seleccionar las bacterias nos basamos en estudios epidemiológicos



Yolanda Sanz, investigadora del CSIC, en una foto cedida.

en los que, por ejemplo, se compara a individuos con un alto grado de estrés. Si comparas la microbiota de pacientes sometidos a mucho estrés o pacientes con depresión con la de individuos que llamamos "controles", porque no están

en estas situaciones patológicas, puedes ver qué bacterias abundan en un grupo y en otro, y las que están aumentadas en los individuos sanos y las reducidas en

sigue en pág. 23

viene de pág. 22

los sometidos a una situación estresante o a una patología.

P: En 2020 patentaron una bacteria relacionada con los trastornos depresivos y la ansiedad.

R: La *Christensenella* minuta. Observamos que esta bacteria aumentaba la resistencia a las situaciones estresantes. Un ratón [con altos niveles de la bacteria] al que sometíamos a un estrés social que simula las situaciones de bullying que pueden sufrir los adolescentes era más resistente. La bacteria reducía la producción de corticosterona a largo plazo. Se reducían los síntomas de tipo depresivo y algunos de los signos de la ansiedad. También era una bacteria que normalizaba las concentraciones de neurotransmisores como la serotonina y dopamina, implicados en el estrés y la depresión.

P: ¿Podría utilizarse esta bacteria para prevenir o tratar trastornos del estado de ánimo o situaciones como las que ha descrito?

R: Una de las ideas es que se produzca a gran escala en fermentadores y que al final funcione como una terapia biológica. Esa es la primera alternativa que se está valorando empresarialmente. Además, es una bacteria cuya fase de producción ha ido bastante bien, para lo que son las bacterias intestinales. Las dificultades que tenemos en el proceso de explotación comercial es que son anaerobias [viven sin oxígeno] y fuera del laboratorio y del intestino crecen con mucha más dificultad. Uno de los retos es hacerlas crecer a gran escala fuera del intestino, simular el ambiente. Pero sí que se podría comercializar como un producto biológico con fines preventivos o como ayudante de la terapia. Ahora falta evaluar la bacteria en un estudio clínico en humanos.

P: ¿Todas las bacterias de la microbiota pueden ser beneficiosas para la salud?

R: Es difícil generalizar porque se han identificado más de 1.000 especies distintas [de bacterias]. Queda todavía mucho por descubrir. Un gran porcentaje

de las bacterias todavía no han sido ni siquiera cultivadas en laboratorio, y no se pueden estudiar sus funciones hasta que no puedes producir la bacteria y hacer estudios experimentales. Se están empezando a averiguar las funciones de algunas de estas bacterias y se han relacionado de una forma más consistente con el estado de salud.

P: En 2022 identificaron una bacteria que reduce los niveles de glucosa en sangre. ¿Qué tiene de especial este microorganismo?

R: Estimula la producción de hormonas que controlan los niveles de glucosa. Sobre todo de una que estimula la producción de insulina, regula el apetito y todo el proceso de entrada de glucosa en las células. Eso es lo que hace reducir la hiperglucemia [glucosa acumulada en el torrente sanguíneo] y mantener una secreción adecuada de insulina para que la glucosa, una vez comemos, pase a las células y no quede en sangre.

P: ¿Qué es lo que determina que en una persona las bacterias funcionen de manera más activa o incluso haya más que en otra?

R: Hay una serie de condicionantes. El genotipo [conjunto de genes] del individuo ya es uno, aunque no es el factor principal. Cada persona tiene una microbiota que es como su huella dactilar y que es compartida solo en una pequeña parte. De 300 especies bacterianas, a lo mejor compartimos 20 con individuos de nuestro entorno, pero no muchas más. La microbiota en parte está definida por el genotipo, pero también por toda la historia de su vida, el ambiente en el que vive, la alimentación, la medicación. Estos factores condicionan y modifican la microbiota, la personalizan.

P: ¿Una bacteria puede desaparecer por completo en la microbiota?

R: Sí. Se han hecho muchas comparaciones entre la microbiota de poblaciones occidentales y de países en desarrollo. Lo que se observa es que en los segundos, además de tener una dieta mucho más rica en vegetales y en fibra, tienen abundancia de bacterias que nosotros hemos perdido. En los países occidentales tenemos una microbiota

un tanto diferente, adaptada a nuestro estilo de vida. Pero eso no quiere decir que nos esté favoreciendo funcionalmente. Una de las claves es la dieta. Se han hecho estudios en los que privaban a los ratones, por ejemplo, de fibra y se observa que hay una pérdida de diversidad. Además, esto se transmite a través de las generaciones y cuesta bastante revertirlo. Parte de nuestros microorganismos los heredamos de nuestros padres.

P: ¿Qué se considera una microbiota sana?

R: Esa es la pregunta del millón. No existe una única microbiota que podamos llamar sana o que beneficie nuestra salud. Hasta ahora hablamos de microbiota sana a la que identificamos en un individuo que no tenga ninguna patología. Pero también sabemos que la microbiota de estos individuos varía mucho. Tenemos que dejar ese concepto un tanto maximalista o simplista. Una microbiota será sana para un determinado individuo y en una determinada circunstancia. No hay una única.

P: ¿Es más fácil identificar lo que no es sano?

R: Exacto. En un individuo no sano hay un cambio en el ecosistema. Deja de ser tan anaerobio [sin oxígeno] y empieza a ser un poco más aerobio [con oxígeno], porque, por ejemplo, hay inflamación. Eso es un indicador de que algo va mal. Luego, una pérdida de diversidad en las especies bacterianas también es un indicador de que algo no va bien. Si hay una reducción de la diversidad de las bacterias que hay en un ecosistema, [estas] van a ser menos competentes.

P: ¿Y si esto ocurre, qué consecuencias puede tener?

R: Aumenta el riesgo a desencadenar cualquier patología o puede contribuir a la patología en sí misma. Pongamos un individuo que ya tiene una enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que su respuesta inmune ya está exacerbada ante cualquier estímulo. Entonces, una microbiota [no sana] aumenta ese grado de inflamación y retroalimenta la enfermedad.

P: ¿La investigación de la microbiota bacteria a bacteria puede contribuir al desarrollo de la medicina personalizada?

R: Sí, es una de las herramientas que ya está intentando abrirse camino. Nos va a permitir predecir con mayor precisión el riesgo que un individuo tiene de desarrollar diabetes u obesidad. O establecer estrategias preventivas y terapéuticas mucho más dirigidas. Si identificas que hay determinadas alteraciones en la microbiota que hay que corregir, podrás también, no solo a través de bacterias que administres como terapias bioactivas, sino de la dieta, hacer recomendaciones personalizadas. También se está viendo, por ejemplo, con las inmunoterapias para cáncer, que dependiendo de la microbiota, el paciente responde mejor, peor o no responde.

P: ¿Estos estudios se pueden hacer también con los virus presentes en el organismo?

R: Los virus son otro tipo de microorganismos, bastante diferentes a las bacterias. Sabemos poco todavía de ellos. Lo que sabemos es que muchos son bacteriófagos, infectan a las bacterias. Entonces, se está explorando cómo nos podrían ayudar a controlar la población de bacterias. A lo mejor eliminar las que no nos interesan, aquellas que veamos que pueden constituir un riesgo.

P: ¿Hacia dónde se dirige la investigación de la microbiota?

R: A identificar no solamente qué hace una bacteria concreta sobre nuestra salud, sino también qué interacciones tiene con otras bacterias. Al final, la microbiota intestinal es un ecosistema, hay muchísimas bacterias que están interaccionando unas con otras y a lo mejor unas ayudan a otras a que se mantengan. No es que sean las actrices directas de su efecto, pero sí que ayudan a que en el ecosistema esa bacteria funcione bien y se mantenga abundante. Estamos empezando a entender cómo se comunican unas bacterias con otras y tenemos que llegar a descubrir qué grupo de bacterias interacciona positivamente y permite que una de ellas ejerza una función determinada.

Fuente: El País Madrid

POR ESPER GEORGES KALLÁS

La aprobación de una vacuna brasileña podría dar un giro a la epidemia de dengue

El Instituto Butantan de Brasil desarrolla una vacuna contra el dengue desde los años noventa y está ahora en la fase final para buscar su aprobación. En el segundo semestre de 2024 podría solicitar el registro de la vacuna ante la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa).

El dengue, causado por el virus que transmite la picadura del mosquito *Aedes aegypti* y, en menor medida, el *Aedes albopictus*, es una enfermedad

aguda que se caracteriza estos síntomas: fiebre alta, dolores corporales y enrojecimiento de la piel. Los primeros signos comienzan, en promedio, cinco

días después de la picadura, un período llamado incubación.

Los síntomas pueden empeorar después de la primera semana y agravarse en algunas personas. Estos casos, catalogados como dengue con signos de alerta y dengue grave, son los más preocupantes.

En el dengue con signos de alarma,

además de los síntomas clásicos, pueden aparecer pequeñas cantidades de sangre en las mucosas, hematomas, dolor abdominal, vómitos, deshidratación, inquietud, mareos, cansancio excesivo y somnolencia.

En el dengue grave, que es el más

sigue en pág. 24

viene de pág. 23

PRINCIPALES VÍCTIMAS DEL DENGUE GRAVE

preocupante, se produce una mayor reacción inflamatoria sistémica, que altera la coagulación sanguínea y provoca la pérdida de líquidos.

La consecuencia puede ser un sangrado intenso y una caída repentina de la presión arterial, responsable del shock asociado al dengue, principal causa de muerte. La grave manifestación se conoció como dengue hemorrágico, pero el término cayó en desuso dadas las otras características involucradas.

El número de personas con manifestaciones graves es pequeño en comparación con la incidencia total de la enfermedad. De los 3 millones de casos confirmados de dengue en Brasil en 2023, sólo el 0,1% presentó la peor cara de la enfermedad, según la OMS.

Sin embargo, a medida que el número de casos siga aumentando en 2024, este pequeño porcentaje podría tener un gran impacto, ejerciendo aún más presión sobre los servicios de salud.

Brasil registró más de un millón de casos sospechosos y decenas de muertes entre enero y principios de marzo de 2024, según el Ministerio de Salud. Un aumento significativo en comparación con el mismo período de 2023.

Esta situación se enmarca en un aumento global de la enfermedad, que ya registra 5 millones de casos y más de 5.000 muertes en 80 países, como destacó el director general de la OMS, Tedros Adhanom, en su más reciente visita a Brasil. Por ello, es importante que el Estado amplíe las medidas para combatirla ante una posible aceleración de la enfermedad.

A principios de febrero, el Gobierno del Estado de São Paulo creó el Centro de Operaciones de Emergencia para movilizar esfuerzos en la lucha contra el dengue. Por su parte, el Ministerio de Salud también estableció el Centro de Operaciones de Emergencia de Dengue, en conjunto con gestores de salud estatales y municipales, para analizar la evolución de los casos y movilizar acciones. Pero la población también puede ayudar, ya que, según una encuesta del gobierno federal, más del 70% de los brotes de mosquitos se producen dentro de los hogares.

Además de las cifras, debemos prestar atención a las principales víctimas del dengue grave para protegerlas: los niños pequeños y los ancianos con comorbilidades. Ambas poblaciones pueden tener más dificultades ante infecciones graves por motivos inmunológicos.

Otro factor importante relacionado con el dengue grave es que es más común en la segunda y tercera infección. Como hay cuatro variantes que causan el dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), una persona puede infectarse cuatro veces. La probabilidad de desarrollar los síntomas más graves en la primera infección es muy baja, pero en la segunda y tercera puede aumentar, especialmente entre quienes forman parte de grupos con comorbilidades.

Esto sucede porque, aparentemente, los anticuerpos producidos por el organismo contra el primer virus facilitan la entrada de un segundo virus, que no está completamente neutralizado. Entraría más fácilmente en las células y se multiplicaría más rápidamente. Este mecanismo se denomina "escalada dependiente de anticuerpos". Dado el aumento del número de casos, el fenómeno necesita recibir especial atención.

En términos generales, es necesario hacer el siguiente razonamiento: para evitar esta situación intermedia, es preferible tener protección contra los cuatro tipos de virus del dengue. En tiempos de brotes cíclicos, ya no podemos permanecer descubiertos. Luego dependerá de la vacunación ayudarnos a lograr este objetivo.

LA VACUNA DE DOSIS ÚNICA PODRÍA CAMBIAR LAS REGLAS DEL JUEGO

La vacuna contra el dengue debe poder garantizar una alta eficacia contra los cuatro virus que causan la enfermedad, ser segura para la salud humana y poder ayudar a contener la propagación de la transmisión. Es decir, debe inducir protección contra al menos tres y, preferiblemente, contra las cuatro variantes del virus del dengue al mismo tiempo.

Ofrecer esta posibilidad en menos



La vacuna Butantan-DV, formulada con cuatro serotipos atenuados, demostró una eficacia promedio del 80%, alta seguridad y tolerabilidad.

tiempo, es decir, en una sola dosis, sin necesidad de pasar meses entre dosis, podría suponer un punto de inflexión para garantizar una protección completa más rápidamente, previniendo nuevos brotes y protegiendo a quienes más lo necesitan.

El Instituto Butantan se dedica a desarrollar una vacuna contra el dengue desde fines de 1990, por iniciativa del entonces director del Instituto, el profesor Isaías Raw (1927-2022).

Recientemente, publicamos los resultados de la fase primaria 3 del candidato vacunal en The New England Journal of Medicine, una de las revistas médicas más prestigiosas del mundo, dando fe del rigor, importancia e impacto de su resultado.

Con una sola inyección proporciona una buena protección en un rango de edad muy elástico, desde los dos hasta los 60 años, según los resultados publicados. También tiene la ventaja de poder aplicarse a quienes han contraído o no el dengue.

La protección se observó en todos los grupos de edad, siendo del 90% en adultos de 18 a 59 años, del 77,8% en los de 7 a 17 años y del 80,1% en niños de 2 a 6 años.

El análisis de la eficacia de la vacuna se llevó a cabo durante dos años, con poco menos de 17.000 voluntarios en

16 centros de investigación. El estudio se encuentra en su fase final y completará el seguimiento de sus voluntarios en junio de 2024.

El próximo paso será finalizar el expediente con toda la información del estudio para solicitar el registro de la vacuna ante la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) hasta el segundo semestre de 2024.

Butantan mantiene un diálogo permanente con la Anvisa para acelerar este procedimiento de manera responsable, teniendo en cuenta posibles ajustes y mejoras de procesos y la necesidad de contribuir a combatir este problema de salud pública. Paralelamente, el Instituto trabaja para aumentar su capacidad de producción, con el fin de ofrecer la mayor cantidad posible de dosis de vacuna contra el dengue a la población brasileña.

Butantan también mantiene estrecha comunicación con el Ministerio de Salud, con la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) e incluso con la OMS, dispuesta a colaborar con los esfuerzos colectivos para combatir el dengue en Brasil y América Latina.

Esper Georges Kallás. Director del Instituto Butantan y Profesor Titular del Departamento de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias de la Facultad de Medicina de la USP (FMUSP)



La hembra del mosquito Aedes aegypti infectado es el principal vector de la enfermedad. Sus pequeños huevos parecen tierra pegada a las paredes de criaderos como jarrones, platos, latas, envases y neumáticos. Foto: Muhammad Mahdi Karim/Wikipedia

Visítanos en

TWITTER

X

EL DIARIO MEDICO

POR PAM BELLUCK

El síndrome de fatiga crónica podría ser una condición biológica, según un estudio

Investigadores hallaron evidencias de que esta condición es impulsada por la desregulación del sistema inmunitario de quienes la padecen. Se trata de un problema fisiológico y no de una enfermedad psicosomática.

Jennifer Caldwell era activa y enérgica, cuando desarrolló una infección bacteriana caracterizada por mareos intensos, fatiga y problemas de memoria.

Eso fue hace casi una década, y desde entonces ha luchado con la condición conocida como encefalomiелitis miálgica/síndrome de fatiga crónica, o EM/SFC. Caldwell, de 56 años, de Hillsborough, Carolina del Norte, dijo que pasó de poder esquiar, bailar y trabajar en dos empleos como coordinadora de investigación clínica y proveedora de comida a tener que quedarse en cama la mayor parte del día.

“No he estado bien desde entonces, y no he trabajado ni un solo día desde entonces”, dijo Caldwell, cuyos síntomas incluyen un mareo severo cada vez que sus piernas no están elevadas.

La condición también la “ha afectado cognitivamente”, dijo. “No puedo leer algo y comprenderlo bien, no puedo recordar cosas nuevas. Es como estar en un estado de limbo. Así lo describo, perdida en el limbo”.

Hace siete años, los Institutos Nacio-

nales de Salud comenzaron un estudio de pacientes con EM/SFC, y Caldwell se convirtió en uno de los 17 participantes que se sometieron a una serie de pruebas y evaluaciones de sangre, cuerpo y cerebro.

Los hallazgos del estudio, que se publicaron el miércoles en la revista *Nature Communications*, mostraron diferencias fisiológicas notables en el sistema inmunitario, la función cardiorespiratoria, la microbiota intestinal y la actividad cerebral de los pacientes con EM/SFC en comparación con un grupo de 21 participantes saludables en el estudio.

Los expertos médicos dijeron que aunque el estudio fue una muestra reducida de un pequeño número de pacientes, fue valioso, en parte porque la EM/SFC ha sido durante mucho tiempo desestimada o mal diagnosticada. Los hallazgos confirman que “es biológico, no psicológico”, dijo Avindra Nath, jefe de infecciones del sistema nervioso en el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, quien lideró el estudio.



Jennifer Caldwell en 2019, durante un estudio de los Institutos Nacionales de Salud. Ha luchado durante casi 10 años con una condición conocida como síndrome de fatiga crónica. Foto: Jennifer Caldwell

Los hallazgos pueden tener implicaciones para los pacientes con covid persistente, que a menudo incluye síntomas similares o idénticos a los de la EM/SFC. Aunque los participantes fueron reclutados antes de la pandemia, todos tenían un tipo de EM/SFC precedido por una infección, al igual que la covid persistente es precedido por una infección por coronavirus.

“Creo que lo que aprendamos de la EM/SFC beneficiará a los pacientes con covid persistente, y lo que aprendamos de la covid persistente beneficiará a los pacientes con EM/SFC”, dijo Nath, quien señaló que las infecciones experimentadas por los pacientes en el estudio variaron. (Ninguno tenía la enfermedad de Lyme; la infección de Caldwell fue por *C. diff.*)

Las diferencias en el sistema inmunitario fueron algunos de los hallazgos más claros, dijo Anthony Komaroff, profesor de medicina en la Facultad de Medicina de Harvard que no participó en la investigación pero sirvió como crítico del estudio para *Nature*. “Encontraron una activación crónica del sistema inmu-

nitario, como si estuviera involucrado en una larga guerra contra un microbio extranjero, una guerra que no podría ganar por completo y, por lo tanto, tuvo que continuar luchando”, dijo.

Nath dijo que su teoría es que en ambos, en la covid persistente y la EM/SFC postinfecciosa, “o tienes pedazos de ese patógeno que permanecen y producen esto” o “el patógeno se ha ido, pero lo que le hizo al sistema inmunitario simplemente nunca se calmó de nuevo”.

Otro hallazgo distintivo fue que cuando a los participantes se les pidió realizar tareas que medían la fuerza de su agarre, una parte de su cerebro involucrada en coordinar y dirigir acciones mostró una activación disminuida, mientras que en personas sanas mostraba una activación aumentada.

Esa región del cerebro, la unión temporoparietal derecha, está involucrada en “decirle a las piernas que se muevan, decirle a la boca que se abra y coma, indicar que se haga algo”, dijo Komaroff. “Cuando no se enciende de manera ade-



Caldwell recibiendo estimulación magnética transcraneal como parte del estudio. La estimulación, según el reporte, se realizó para “sondear la excitabilidad de la corteza motora primaria”. Foto: Jennifer Caldwell

sigue en pág. 26

viene de pág. 25

cuada, es más difícil lograr que el cuerpo haga ese esfuerzo”, continuó, agregando que los investigadores de los Institutos Nacionales de Salud “especulan que la estimulación inmunitaria crónica que encontraron y los cambios en la microbiota intestinal podrían conducir a estos cambios cerebrales, que luego provocan los síntomas”.

Los expertos advirtieron que es posible que los resultados del reducido estudio no reflejen la experiencia de muchas personas que tienen EM/SFC.

La condición también puede desarrollarse en personas que no han experimentado infecciones. Y aunque la EM/SFC a menudo se caracteriza por una severa disminución de energía después de un esfuerzo físico o cognitivo (un fenómeno llamado malestar posesfuerzo), los participantes del estudio tenían que ser lo suficientemente funcionales como para someterse a una evaluación intensa durante los días de visitas a los Institutos Nacionales de Salud en Maryland.

“Seleccionaron pacientes bastante saludables”, dijo Carmen Scheibenbogen, profesora de inmunología en el Instituto de Inmunología Médica del hospital Charité en Berlín, que no participó en el estudio. “Creo que hay muchos hallazgos interesantes, es solo un poco decepcionante porque era un enfoque tan importante y seleccionaron pacientes que no son muy representativos”.

Beth Pollack, científica investigadora en el Instituto de Tecnología de Massachusetts, señaló que en los años posteriores a su participación, cuatro de los diecisiete pacientes “se recuperaron espontáneamente” de la condición, lo

que dijo que “no es típico de la EM/SFC”.

Tanto ella como Scheibenbogen también señalaron que el estudio no encontró algunas señales médicas de la condición que han sido documentadas por otras investigaciones. Por ejemplo, no detectó que los pacientes tuvieran un rendimiento más pobre en pruebas cognitivas o que tuvieran neuroinflamación.

“Estas son patologías bien establecidas y realmente centrales para la EM/SFC”, dijo Pollack, agregando “que esto no abordó todo, y contradecía algunas cosas que sabemos”.

Scheibenbogen dijo que los hallazgos más importantes son que la condición es impulsada por la disregulación del sistema inmunitario, y que los investigadores señalaron claramente que es una condición fisiológica “no es una enfermedad psicosomática”.

Los expertos dijeron que el estudio, la primera mirada detallada de los Institutos Nacionales de Salud a la EM/SFC, debe considerarse como un paso en la comprensión de la condición, su gravedad y los posibles remedios. “Debemos avanzar en el campo hacia la investigación sobre el tratamiento”, dijo Pollack.

Para Caldwell, algunos aspectos de la experiencia como participante del estudio fueron sombríos, como cuando obtuvo una puntuación de 15 en una escala de funcionamiento físico de 100 puntos, y un 6.25 en una escala de “vitalidad” de 100 puntos que mide el nivel de energía, la fatiga y los sentimientos de bienestar.

Afirmó que su principal esperanza respecto al estudio es que alentará a los médicos, y a otras personas, a reconocer la EM/SFC y tomarla en serio.

“Estamos como en el punto de tratar de ser entendidos, así que este estudio



Caldwell con su hija en 2010, cuatro años antes de desarrollar EM/SFC. Trabajó como coordinadora de investigación clínica en Duke, un trabajo que tuvo durante 17 años, hasta que se enfermó. Desde entonces, no ha podido trabajar.

Foto: Jennifer Caldwell

es un gran tema”, dijo. “Durante tanto tiempo me han engañado, desestimado, invalidado, menospreciado”, agregó, “así que la validación es muy importante para mí”.

Fuente: The New York Times

Link del artículo: Walitt, B., Singh, K., LaMunio, S.R. et al. Deep phenotyping of post-infectious myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. Nat Commun 15, 907 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41467-024-45107-3>

POR JESSICA MOUZO

Martín Lázaro, oncólogo: “Con la inmunoterapia, logramos largos supervivientes en tumores impensables”

El médico del Hospital de Vigo, impulsor de un simposio sobre oncología de precisión, admite que algunos pacientes no responden a estos fármacos y asume que falta conocimiento sobre la inmunidad en el cáncer

Una revolución científica apuntala los cimientos de la lucha contra el cáncer: ahora se sabe que no hay dos tumores iguales, aunque estén cobijados en el mismo órgano, y la investigación oncológica, inmersa en conocer esa letra pequeña de los tumores que revela la biología molecular, avanza hacia fármacos más y más personalizados, pensados y diseñados, incluso, a medida de cada paciente. “Se han descubierto fármacos dirigidos que nos van a permitir seleccionar qué tratamientos van a ser más efectivos y adecuados para los pacientes en función de sus alteraciones moleculares”, expone el oncólogo Martín Lázaro (A Coruña, 59 años), médico del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y artífice, junto a sus colegas Sergio Vázquez

y Joaquín Casal, del Simposio Nacional de Oncología de Precisión, que hace un par de semanas se celebró en Vigo.

Lázaro, presidente de la Sociedad Oncológica de Galicia y especialista en tumores de pulmón y genitourinarios, disecciona las distintas esferas de esta nueva medicina personalizada de precisión: implica un arsenal terapéutico con tratamientos cada vez más dirigidos, pero también un mayor protagonismo del paciente en la toma de decisiones. “Afortunadamente, hemos pasado la etapa de la medicina paternalista. Ahora tenemos en cuenta las preferencias de los pacientes y estos también deciden lo que es mejor para ellos”. Y pone un ejemplo: “Si un paciente tiene una enfermedad avanzada de un tumor con



Martín Lázaro, oncólogo y presidente de la Sociedad Oncológica de Galicia, durante el Simposio de Oncología de Precisión celebrado en Vigo. ROCÍO CIBES

sigue en pág. 27

viene de pág. 26

hallazgos?

mal pronóstico, en el que cabe esperar una supervivencia de un año, y le vamos a ofrecer un tratamiento que le puede prolongar de media dos meses la supervivencia, él puede decidir que, a lo mejor, no le compensa estar yendo y viniendo al hospital teniendo unos efectos secundarios que le pueden limitar y prefiere invertir ese tiempo de otra manera, porque hay que tener en cuenta lo que llamamos time toxicity [el tiempo dedicado a recibir atención médica relacionada con el cáncer, incluidos los viajes y los tiempos de espera]", explica el oncólogo.

Pregunta. ¿Cuánto pesa esa toxicidad del tiempo?

Respuesta. Hay pacientes que pasan mucho tiempo entre pruebas, desplazamientos al hospital, tratamientos. En cáncer de páncreas, eso puede llegar a implicar casi el 20% del tiempo que le queda de supervivencia a un paciente. Y eso es algo que tenemos que tener muy en cuenta también.

P. ¿Eso quiere decir que no todo el arsenal terapéutico merece la pena?

R. Siempre le digo a los pacientes que tenemos unos tratamientos que pueden ser más o menos efectivos. Sabemos que un fármaco puede prolongar la supervivencia, que esa prolongación en la supervivencia es significativa a nivel estadístico, pero que a lo mejor es más o menos significativa a nivel clínico. Es decir, yo veo las estadísticas y la influencia de ese tratamiento en la supervivencia es real, pero a lo mejor ese tiempo que aumentamos la supervivencia es más o menos importante, y la significación real de lo que es se debe valorar en la consulta con cada paciente.

P. Hace unos días, se viralizó el anuncio de un test de saliva para detección precoz de cáncer y tuvo que salir la Sociedad Española de Oncología Médica a advertir de que ese experimento no tenía valor médico. ¿Se magnifican los

R. Ese estudio de detección en saliva es algo muy precoz como para decir que eso nos puede ayudar a encontrar pacientes de forma temprana. Es cierto que, a veces, magnificamos lo que se publica. Estamos tan deseosos de ver noticias buenas en ese sentido que vemos la parte que nos llama la atención, pero nos cuesta ver las connotaciones que tiene después y si realmente eso implica algo o no. Tenemos que ser muy cautos porque eso a veces lleva a que las personas se hagan unas esperanzas falsas.

P. ¿La oncología personalizada de precisión ha llegado a una etapa de madurez?

R. Estamos en una etapa de madurez en algunas partes: cada vez hay más conocimiento de la biología molecular y se van implementando más fármacos en algunos tumores. Pongo como ejemplo el cáncer de pulmón: cuando yo hice la especialidad, cabía esperar 10 u 11 meses de mediana de supervivencia. Afortunadamente, este cáncer se ha ido segmentando como en pequeñas partes, que son como tumores un poco diferentes, y si una persona me viene con un cáncer de pulmón ALK positivo [con una alteración en este gen, que supone el 4% de los tumores de pulmón], yo le voy a empezar una terapia sabiendo que cuando a ese paciente le deje de funcionar el tratamiento, seguramente ya habrán salido nuevos fármacos que me van a permitir seleccionar para esa persona un mejor tratamiento. El problema es que esto no es así en todos los tumores, en algunos cánceres nos queda camino por recorrer: hay un porcentaje importante de pacientes para los que no podemos seleccionar bien cuál es el tratamiento.

P. Usted está especializado en cáncer de pulmón, un tipo de tumor donde la inmunoterapia ha funcionado y cambiado el curso de la enfermedad en algunos casos, pero el pronóstico global sigue siendo desfavorable. ¿Cómo se interpreta eso?

R. Sigue habiendo muchos subgrupos

de personas que no van bien con el tratamiento, pero hay pacientes que responden a la inmunoterapia y la respuesta es de más calidad y, en ocasiones, muy duradera. Tanto es así que ya empezamos a tener pacientes que después de haber recibido dos años de tratamiento y habérselo parado, llevan dos o tres años o incluso cuatro, sin haber progresión de la enfermedad y sin necesidad de recibir más tratamientos, haciendo una vida normal. Hay tumores, sin embargo, que crecen en un ambiente inmunológico más frío, de menos potenciación de la inmunidad, y ahí tenemos que explorar estrategias que nos permitan convertir ese tumor frío en un tumor caliente y que la inmunoterapia también funcione mejor. Pero hay muchas cosas que desconocemos de la inmunidad contra el cáncer.

El cribado de cáncer de pulmón se va a tener que implementar porque mejora la supervivencia"

P. En cáncer de pulmón se está viendo un cambio de perfil: desciende en hombres y sube en mujeres. ¿Cambia el tumor?

R. Se empieza a ver que las mujeres tienen más incidencia porque ellas se han incorporado más tardíamente al hábito tabáquico. Pero es cierto que en la mujer parece que es un tumor un poquito diferente. En los hombres, el hábito del tabaco está presente en más del 90% de los pacientes y en la mujer, en el 50% u 80%. Hay otros factores que están influyendo en ellas: se ha hablado del entorno hormonal, que podría ser uno de los favorecedores; se ha visto también que hay procarcinógenos en el tabaco que necesitan ser activados para que luego se conviertan en carcinógenos, y eso se puede hacer a través de citocromos [unas proteínas] y algunos están más expresados en mujeres. También es cierto que parece que las mujeres tienen un mejor pronóstico si lo comparamos con los hombres.

P. Son tumores diferentes, pero ¿su forma de tratarlos también es distinta?

R. Eso deberíamos tenerlo muy en cuenta porque, hasta ahora, la forma de tratar es muy parecida. Las mujeres, en general, con la quimioterapia y algunos fármacos, tienen algo más de toxicidad y no se sabe muy bien por qué. Sabemos que la enfermedad parece algo diferente y debemos aprender a estratificar en los estudios en función del género también.

P. El cribado de cáncer de pulmón es controvertido entre los científicos, pero las autoridades europeas lo recomiendan. ¿Cómo lo ve?

R. En mi opinión, el cribado se va a tener que implementar porque ha demostrado en estudios que mejora la supervivencia o disminuye la mortalidad por cáncer de pulmón. ¿Qué pasa? Que tiene muchas connotaciones por lo que conlleva. Es una población a la que vamos a detectar pocos tumores y que vamos a provocar también exploraciones como consecuencia de hallazgos que vamos a ver en los TAC y que no saben lo que son, lo que requerirá hacer un diagnóstico y que muchas veces vayan a ser lesiones benignas, lo que puede derivar en complicaciones también a veces importantes. Y también hay que ver cómo se va a implementar esa cantidad importante de pruebas diagnósticas.

P. La supervivencia de algunos tumores ha pasado de contarse en meses a contarse en años, pero a los oncólogos les cuesta siempre hablar de curar o cronificar. ¿El objetivo último es ganar tiempo?

R. Hay situaciones en las que ayudamos a curar y, cuando la enfermedad es avanzada, lo que hacemos es intentar prolongar el mayor tiempo posible la enfermedad. Con la inmunoterapia ya estamos consiguiendo que, en algunos tumores donde antes era impensable, haya largos supervivientes que antes no los teníamos. Y eso sí que es un hecho irrefutable. Pero, de entrada, en la enfermedad avanzada, el planteamiento va a ser en la mayoría de los tumores retrasar su evolución.

Fuente: El País Madrid

Estrategia fracasada contra la obesidad

El exceso de peso por una alimentación inadecuada afecta ya tanto a los países de mayor renta como a los que están en vías de desarrollo

Hay malnutrición por defecto y malnutrición por exceso y en las últimas décadas se está invirtiendo la tendencia. Mientras afortunadamente disminuye en el mundo el número de personas con bajo peso y problemas de salud por carencias nutricionales, aumenta a una velocidad preo-cupante la incidencia del sobrepeso y la obesidad. Esto tiene una gran repercusión social porque actúan como factor de riesgo de un gran número de enfermedades, desde las afecciones cardiovasculares a la diabetes o el cáncer.

Una investigación dirigida por el Imperial College de Londres, publicada en The Lancet, revisa la evolución de la

malnutrición a partir de los datos de más de 3.600 estudios realizados entre 1990 y 2022. Los resultados constatan que en esas tres décadas la obesidad infantil se ha cuadruplicado y en los adultos se ha multiplicado por tres, de manera que es ya la forma más común de malnutrición en el mundo. Eso significa que en poco tiempo aumentará de forma acusada la incidencia de patologías crónicas y muertes prematuras vinculadas a ella.

A diferencia de la desnutrición, que tiene mayor incidencia en los países pobres, el exceso de peso por una ali-

sigue en pág. 28



Una mujer con sobrepeso en Reino Unido. Alamy Stock Photo

viene de pág. 27

mentación inadecuada afecta ya tanto a los países de mayor renta como a los que están en vías de desarrollo. Su crecimiento está relacionado con una mayor disponibilidad de comida combinado con un cambio sustancial en los hábitos alimentarios, de modo que la bollería industrial y la comida barata procesada, con importantes aportes de azúcares y grasas nocivos para la salud, están teniendo un peso mayor en la dieta. Eso ex-

plica que, aunque la obesidad afecte de hecho a todas las capas de la población, tiene mayor incidencia precisamente en las más desfavorecidas. Especialmente preocupante es el aumento de la obesidad infantil y que aparezca cada vez a edades más tempranas porque eso presagia problemas de salud a lo largo de toda la vida.

El estudio señala una paradoja que debería llevar a un cambio general de estrategia. Mientras que el mayor desarrollo económico y los programas de

lucha contra el hambre y la pobreza han dado como resultado una menor incidencia de la desnutrición, los programas que la OMS y los diferentes países han emprendido para frenar la obesidad están fracasando. En los últimos 30 años se ha pasado de 347 millones de personas con bajo peso a 45. En cambio, ningún país ha logrado disminuir la obesidad y a nivel global ha escalado hasta afectar a 878 millones de adultos y 160 millones de niños. Como advierte el estudio y que se ha subrayado ya en ocasiones anterior-

es, el gran error de la estrategia seguida hasta ahora es centrar los esfuerzos de prevención en los comportamientos individuales, cuando el ambiente induce constantemente a consumir un tipo de comida que favorece el aumento de peso y es perjudicial para la salud. Es preciso incidir de forma más decidida sobre aquellos factores imputables al funcionamiento de la industria alimentaria que se traducen en un aumento de la obesidad.

Fuente: The Lancet

AUTORA PRINCIPAL: ELENA SIERRA BELTRÁN

Neumatosis intestinal, cuando no es un signo de gravedad intestinal

Neumatosis intestinal, cuando no es un signo de gravedad intestinal. Vol. XIX; nº 4; 102. Incluido en Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XIX. Número 4 Segunda quincena de Febrero de 2024 – Página inicial: Vol. XIX; nº 4; 102

AUTORES

1. Elena Sierra Beltrán
2. Jorge Gómez Madrona
3. Marcos Berdejo Alloza
4. Paloma Briceño Torralba
5. Jorge López Mareca
6. Amalia Aranaz Murillo
7. María Beatriz Fernández Lago

RESUMEN

La neumatosis intestinal es un signo radiológico que indica presencia de gas en la pared intestinal, solemos asociar este signo a gravedad, dado que se encuentra en patologías amenazantes para la vida como la isquemia intestinal. Sin embargo, hay ocasiones en las que la presencia de este signo no implica gravedad si no que se trata de un hallazgo incidental. Diferenciar de manera aislada si la presencia de neumatosis es por causa benigna o grave es difícil, si bien existen algunas sutiles diferencias. La neumatosis benigna suele afectar más frecuentemente al colon derecho, tiene morfología quística, con burbujas de gas aisladas en mesenterio y/o epiplón sin mucho neumoperitoneo. Más allá de estas diferencias, tendremos que fijarnos en la ausencia de otros signos radiológicos de gravedad (como la neumatosis portal) y la presencia de una clínica y analíticas anodinas, para poder concluir que estamos ante un caso de neumatosis intestinal benigna.

Palabras clave: Neumatosis intestinal, neumoperitoneo, isquemia intestinal, neumatosis portal.

Los autores de este manuscrito declaran que: Todos ellos han participado en su elaboración y no tienen conflictos de intereses

La investigación se ha realizado siguiendo las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El manuscrito es original y no contiene plagio. El manuscrito no ha sido publicado en ningún medio y no está en proceso de revisión en otra revista.

Han obtenido los permisos necesarios para las imágenes y gráficos utilizados.

Han preservado las identidades de los pacientes.

CASO 1

Mujer de 81 años con buen estado general que acude a urgencias por cuadro de edemas en las extremidades inferiores de una semana de evolución. Niega cuadro de disnea, dolor torácico o palpitations. La paciente refiere además, molestia gastrointestinal y reflujo de meses de evolución que lo asocia a la hernia de hiato ya diagnosticada hace años.

A la exploración presenta edemas con fovea hasta rodillas sin signos de trombosis venosa profunda. El abdomen es blando y depresible, con leve molestia a la palpación en epigastrio pero sin signos de irritación peritoneal. La analítica de sangre es estrictamente normal.

Se realiza una radiografía simple de tórax y abdomen, en la cual se visualiza, a parte de la voluminosa hernia de hiato una imagen compatible con neumoperitoneo, razón por la que se hace una TC.

La TC reporta la presencia de gas en la pared del colon a nivel del ángulo esplénico e infinidad de burbujas de gran tamaño en epiplón mayor y mesenterio con pequeño neumoperitoneo "benigno". Además de una voluminosa hernia de hiato, ya visualizada en la radiografía simple y que se encuentra en la misma disposición que en TC previo de 2012, por lo que se descarta presencia de vólvulo. El resto del estudio compatible con la normalidad.

La neumatosis visualiza en la TC no impresiona de origen isquémico ni perforación de víscera hueca. Dada la clínica abdominal anodina y la presencia de analítica y exploración normales, sugieren una neumatosis intestinal "benigna" con neumoperitoneo «benigno», por lo que no está indicada la intervención quirúrgica urgente. La paciente es dada de alta y se recomienda la valoración por parte del servicio de digestivo de manera ambulatoria.

CASO 2

Varón de 55 años, asintomático, con antecedente de tumor renal en 1999 y en seguimiento ecográfico por el mismo. En una ecografía de control se visualiza una lesión quística tabicada sospechosa



en el riñón contralateral y se solicita un uro-TC para filiar la lesión.

El cual describe una lesión quística en el tercio superior de riñón izquierdo de casi 2 cm con polo sólido de unos 8 mm que realza en fase arterial y lava progresivamente en fases venosa y tardía.

Además se observa neumoperitoneo en hemiabdomen superior sin objetivar perforación de víscera hueca o signos de isquemia intestinal. Dado que no se encuentran signos que orienten a una causa grave de neumoperitoneo se realiza interconsulta radiológica con otro centro. Dicho centro refiere escasa presencia de escasas burbujas de neumoperitoneo en el compartimento supramesocólico izquierdo junto con aire en la pared del ángulo esplénico del colon, estos hallazgos junto ausencia de otros signos radiológicos de complicación y en un paciente asintomático, son sugestivos de neumatosis intestinal "benigna".

El paciente fue dado de alta en cuenta al hallazgo de neumatosis se refiere pero fue derivado a urología para estudio de la lesión renal.

INTRODUCCIÓN

La neumatosis intestinal es un signo que se define por la presencia de gas en el interior de la pared del tracto gastrointestinal (capa submucosa o subserosa) y que puede presentarse en cualquier parte del tubo digestivo (esófago, estómago, duodeno, yeyuno, ileon y colon) aunque lo más frecuente es la

localización intestinal, ya sea en intestino delgado o en colon.

A menudo usamos el término en latín "pneumatosis" seguido de una especie de apellido para hacer referencia a la localización del signo: intestino delgado "pneumatosis intestinalis" o colon "pneumatosis coli"; y a sus características: si tiene un patrón quístico "pneumatosis cystoides" o un patrón lineal o circunferencial "pneumatosis no cystoides". De esta manera podemos encontrarnos con distintas combinaciones como "pneumatosis intestinalis cystoides", "pneumatosis intestinalis no cystoides", "pneumatosis coli cystoides" y "pneumatosis coli no cystoides".

La neumatosis como signo puede deberse a un signo de gravedad, como en la isquemia mesentérica o puede ser un signo sin repercusión de gravedad, lo que denominaremos neumatosis benigna.

DISCUSIÓN

NEUMATOSIS BENIGNA

Dentro de la neumatosis benigna diferenciamos una forma primaria o idiopática y una forma secundaria a etiologías no amenazantes para la vida. En las formas benignas el paciente suele estar asintomático aunque algunos pacientes tienen leve molestia abdominal inespecífica y /o distensión abdominal y la exploración física y analítica suelen ser anodinas.

La neumatosis primaria o idiopática

sigue en pág. 29

viene de pág. 28

no tiene un agente causal conocido, sin embargo la forma benigna secundaria puede deberse a múltiples causas: pulmonares, intestinales, enfermedades sistémicas, trasplantes de órganos, medicamentos, o iatrogenia;

La primera prueba de imagen que se realiza es la radiografía simple, lo que encontraremos en las formas de neumatos intestinal (en general, tanto benigna como grave) son líneas/ burbujas radiolúcidas en la pared intestinal junto con la presencia o no de neumoperitoneo.

Sin embargo la prueba de elección es la TC, ya que es más sensible para la detección de aire en la pared intestinal. No es imprescindible el uso de contraste para visualizar neumatos pero sí es necesario contraste para confirmar o excluir la presencia de causas graves. Lo que encontraremos en la TC es la presencia de burbujas/ patrón quístico ("pneumatos cystoides") o un patrón lineal/ circunferencial ("pneumatos no cystoides") en la pared intestinal. Es muy importante no confundir este signo con la presencia de aire en la luz intestinal, entre el contenido fecal y la pared intestinal, la llamada "pseudoneumatos". De la misma manera que en la radiografía simple, en la TC podemos o no visualizar neumoperitoneo.

NEUMATOSIS GRAVE-ISQUEMIA MESENTÉRICA

La neumatos grave, es secundaria a una etiología amenazante para la vida del paciente, la más frecuente y conocida es la isquemia intestinal, pero hay muchas otras causas como obstrucción intestinal, enteritis, enterocolitis necrotizante en los neonatos, ingestión de tóxicos, o traumatismos. En esta forma de neumatos el paciente tendrá una clínica grave con alteraciones analíticas, las cuales mencionaremos más adelante.

La isquemia intestinal es provocada por un compromiso vascular del intestino y el mesenterio. La gravedad de la isquemia intestinal varía desde leve (afec-

tación transitoria de la mucosa intestinal), hasta muy grave por necrosis transmural de la pared intestinal. En estos últimos casos la mortalidad es muy alta.

La isquemia mesentérica aguda puede ser oclusiva arterial (embólica o trombótica), no oclusiva arterial (por bajo gasto cardíaco), o venooclusiva.

Actualmente la TC es la técnica de elección para su diagnóstico, ya que permite una adquisición en distintas fases vasculares, (arterial, venosa portal y tardía). Permite además diagnosticar causas alternativas de dolor abdominal agudo. El estudio suele tener varias fases:

- Sin contraste: es útil para identificar calcificaciones, coágulos, sangrado en la luz. Hay autores que señalan que esta fase no es necesaria para el diagnóstico de isquemia mesentérica pero ayuda a identificar otras alteraciones.

- Fase arterial (100 UH en la aorta abdominal): sirve para ver la vascularización, defectos de repleción, etc.

- Fase venosa portal (30 segundos de retraso desde la fase arterial): permite ver el grosor y el realce parietal.

- o En pacientes estables se puede dar a parte del contraste intravenoso un contraste intraluminal neutro, como el agua, para evaluar mejor el realce y el espesor de la pared intestinal.

- o En pacientes inestables el contraste oral no se suele usar por la dificultad para tolerarlo o la falta de peristaltismo que dificultaría el paso del mismo.

La actual incorporación de los TC de energía dual aporta nuevos hallazgos para el diagnóstico de la isquemia intestinal. Los mapas de yodo permiten visualizar segmentos isquémicos ya que los segmentos isquémicos muestran concentraciones de yodo más bajas en comparación con los segmentos no isquémicos.

Los hallazgos en imagen pueden variar según la etiología de la neumatos y el curso evolutivo de la misma, pero hay una serie de signos que se objetivan habitualmente, sobre todo, en los casos más graves debido a la necrosis y la per-

foración de la pared intestinal:

- Engrosamiento de la pared intestinal (en caso de oclusión arterial completa puede estar adelgazado)

- Neumatos intestinal: gas en la pared intestinal

- Neumatos portal: gas en la vena porta o en la vena mesentérica.

- o Se puede diferenciar de la neumobilia porque el gas suele llegar a la periferia del hígado, mientras que la neumobilia el gas se encuentra más central, cercano al hilio hepático.

- Neumoperitoneo: perforación del intestino

- Líquido libre

Aunque el tratamiento variará según la gravedad y la causa de la isquemia, en general el tratamiento es quirúrgico. Es necesario evaluar la viabilidad del intestino y si es necesario resecar la necrosis. En algunos casos, la trombólisis/trombectomía endovascular puede ser beneficiosa. A pesar de los tratamientos la tasa de mortalidad es alta, alrededor del 60%.

DIFERENCIA ENTRE NEUMATOSIS BENIGNA Y GRAVE

Si nos centramos estrictamente en las características radiológicas de la neumatos es difícil diferenciar entre una neumatos benigna de una grave. No obstante, hay algunas cuestiones que nos pueden orientar más hacia una forma de neumatos u otra.

La neumatos benigna, sobre todo la forma idiopática o primaria, es más frecuente que se localice en el colon derecho, pero puede localizarse en cualquier otro tramo del tubo digestivo. Por otro lado, la neumatos grave suele localizarse en el intestino delgado, pero de la misma manera, no es exclusivo y puede presentarse en cualquier otra localización. Por lo tanto, la localización no nos permite diferenciar una forma de otra.

En ambas formas de neumatos, benigna y grave, podemos encontrar un patrón lineal o circunferencial. Sin embargo, en la forma benigna, fundamentalmente en la forma idiopática o

primaria podemos encontrarnos un patrón quístico (pequeños quistes que no tienen comunicación con la luz intestinal) junto con la presencia o no de pequeñas burbujas de gas en mesenterio y/o epiploon. Por lo tanto, si estamos ante un patrón circunferencial o lineal no podremos distinguir si se trata de una forma grave o benigna pero si encontramos un patrón quístico sí que puede orientarnos hacia una forma benigna, fundamentalmente idiopática.

Por último, en ambas formas podemos encontrar neumoperitoneo, si bien es cierto que en las formas benignas suele ser menor, burbujas de aire secundarias a la ruptura de quistes subserosos. Todas estas características quedan recogidas en la Tabla nº1.

Dado que en la mayoría de casos no podremos concluir ante qué tipo de neumatos nos encontramos solo por las características radiológicas de la misma, tendremos que recurrir a otros signos radiológicos que nos orienten. Las formas benignas no suelen asociar otros signos radiológicos a parte del neumoperitoneo, sin embargo, las formas graves asocian signos propios del agente causal que las provoca. Ejemplos de ello son: la presencia de gas porto-mesentérico, una distribución vascular de la neumatos, signos de trombosis venosa/ trombosis o embolia arterial, la presencia de ascitis, dilatación de asas, hipoperfusión parietal o edema periintestinal/mesentérico. Estas diferencias quedan recogidas en la Tabla nº2.

Si los signos radiológicos no nos sacan de dudas podemos recurrir a valorar signos analíticos y clínicos que nos orientarán a una forma grave como la presencia de ácido láctico >2 mmol/L pero también un pH <7,3, un bicarbonato <20 mmol/L o una hiperamilasemia >200 U/L; o una clínica de abdomen agudo (dolor intenso, distensión abdominal, signos de peritonitis o de shock).

CONCLUSIÓN

La neumatos intestinal es un signo radiológico y no una entidad clínica. La neumatos intestinal no siempre es indicativa de gravedad, a tener en cuenta formas benignas. Los hallazgos radiológicos pueden ser similares en las causas benignas y las graves, por lo que nuestra función es descartar en primer lugar signos radiológicos que nos hagan sospechar gravedad. Ante la ausencia de signos de gravedad y la presencia de neumatos intestinal benigna, correlacionar con la clínica y los datos analíticos (habitualmente anodinos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ho LM, Paulson EK, Thompson. Pneumatos intestinalis in the adult: Benign to life-threatening causes. AJR. 2007
2. Díez ADD, Daben RP, La J De, Lorenzo C. Neumatos intestinal: Un signo radiológico de gravedad ¿siempre? 2018
3. Lassandro G, Picchi SG, Romano F, Sica G, Lieto R, Bocchini G, et al. Intestinal pneumatosis: differential Abdom Radiol. 2020
4. Foessel L, Faucher V, Lujic M, Charton J, Jeung MY, Roy. Pneumatos intestinalis: A review. Radiology. 1998
5. Framis A, Ballesteros E, Cano C, Casanovas E, Costilla M. Hallazgos y diagnóstico diferencial del neumoperitoneo no quirúrgico. 2021
6. Wang JH, Furlan A, Kaya D, Goshima S, Tublin M, Bae KT. Pneumatos intestinalis versus pseudo-pneumatos: review of CT findings and differentiation. Insights Imaging. 2011
7. Di Pietropaolo M, Trinci M, Giangregorio C, Galluzzo M, Miele. Pneumatos cystoides intestinalis: case report and review of literature. Clin J Gastroenterol. 2020

ANEXOS.

Tabla 1. Características radiológicas de la neumatos benigna y grave

NEUMATOSIS BENIGNA	NEUMATOSIS GRAVE
Más frecuente en colon derecho Puede darse en otras localizaciones	Más frecuente en intestino delgado Puede darse en otras localizaciones
Forma quística (quistes que no tienen comunicación con la luz intestinal) Puede haber burbujas de gas en mesenterio y/o epiploon	
Forma lineal o circunferencial	Forma lineal o circunferencial
Neumoperitoneo espontáneo incidental (secundario a la ruptura de los quistes subserosos o burbujas de mesenterio)	Neumoperitoneo más frecuente (secundario a patología subyacente)

Tabla 2. Como diferenciar la neumatos benigna de la grave.

NEUMATOSIS BENIGNA	NEUMATOSIS GRAVE
Forma quística, en colon, con burbujas de gas en mesenterio y/o epiploon	Intestino delgado o colon afecto con presencia de neumoperitoneo
Sin otros signos radiológicos	Asocia signos radiológicos de complicación
Sin alteraciones analíticas graves	Asocia alteraciones analíticas graves
Clínica anodina	Clínica de abdomen agudo