



*Reflexiones en tiempos  
de decisiones  
trascendentes  
para el país.  
Pág. 3*



*Dr. Pablo Anzalone:  
Comenzó el Curso de  
Promotoras/es juveniles  
de Salud y Autonomía.  
Págs. 10 y 11*

**27** años  
**JUNTOS**

AÑO XXVII . Nº 277 . FLORIDA . ABRIL 2024

# EL DIARIO MEDICO

*Salud hoy*

## SMU y ASSE firman acuerdos para mejorar atención pediátrica

### RESUMEN

**Dr. Antonio Turnes:**

*Una visión de la atención  
médica en Uruguay en la  
primera mitad del siglo XIX.  
Págs. 2 y 4*

**Colegio Médico del Uruguay:**

*El CMU avanza en la  
política de DPMC y  
convoca a sumarse.  
Pág. 5*

**Prof. Psic. Carla Francolino**

*El desafío del trabajo  
interdisciplinario en  
medicina  
Págs. 5 y 6*

**Hospital de Clínicas**

*En el Día Mundial de la  
Voz, realizará actividad  
abierta a la comunidad.*

*Pág. 12*

**Marciano Durán:**

*Con sus mismas  
palabras.  
Págs. 12, 13 y 14*

**MSP:**

*Reporte sobre  
enfermedades por  
Aedes Aegypti.  
Pág. 16*



*Info en pág. 21*

### RESCATANDO LA MEMORIA

**Dr. Beresmus Peralta: referente  
de la Medicina Uruguaya**



*Info en páginas 7, 8, 9 y 10*

### FEMI

**Primeras Jornadas Internacionales  
de Medicina y Enfermería Críticas**



*Info en página 18*

SUSCRIPCIÓN GRATUITA  
POR INTERNET

[www.eldiariomedico.com.uy](http://www.eldiariomedico.com.uy)





# Una visión de la atención médica en Uruguay en la primera mitad del siglo XIX

A través de la lectura del libro *Artistas y Cronistas viajeros en el Río de la Plata*, del Esc. Juan Antonio Varese, publicado en 2021 por editorial Planeta, puede tomarse contacto con una rica historia de quienes recogieron de primera mano y llevaron a la reproducción con imágenes o relatos, figuras y situaciones de nuestro país en la primera mitad del siglo XIX.



AC. DR. ANTONIO TURNES

Entre otras interesantes, encontramos la mención al libro de G. R. B. Horner, M.D., cirujano de la US Navy, miembro honorario de la Sociedad médica de Filadelfia y miembro correspondiente del Instituto Nacional en Washington, que en 1845 publicó su crónica de la visita a esta región bajo el título: *Medical Topography of Brazil and Uruguay: with incidental remarks*.

Allí recoge sus impresiones, como médico de una embarcación estadounidense, Delaware, que en lo relativo a Uruguay puede considerarse que aporta una visión crítica de la atención en el Hospital de Caridad, así como noticia de un sanatorio privado de un médico brasileño afincado en Montevideo, caracterizado por su buena atención y elevados honorarios.

Gustavus Richard Brown Horner vivió entre 1804 y 1892, un médico que publicó diversas obras como parte de su larga experiencia a bordo de navíos estadounidenses. Había publicado con anterioridad *Medical and topographical observations upon the Mediterranean; and upon Portugal, Spain, and other countries*. Filadelfia, Haswell, Barrington, and Haswell, 1839, y posteriormente al libro comentado aquí, dio a la prensa *Diseases and injuries of seamen: with remarks on their enlistment, naval hygiene, and the duties of medical officers* (Filadelfia, Lippincott Grambo & Co. 1854.)

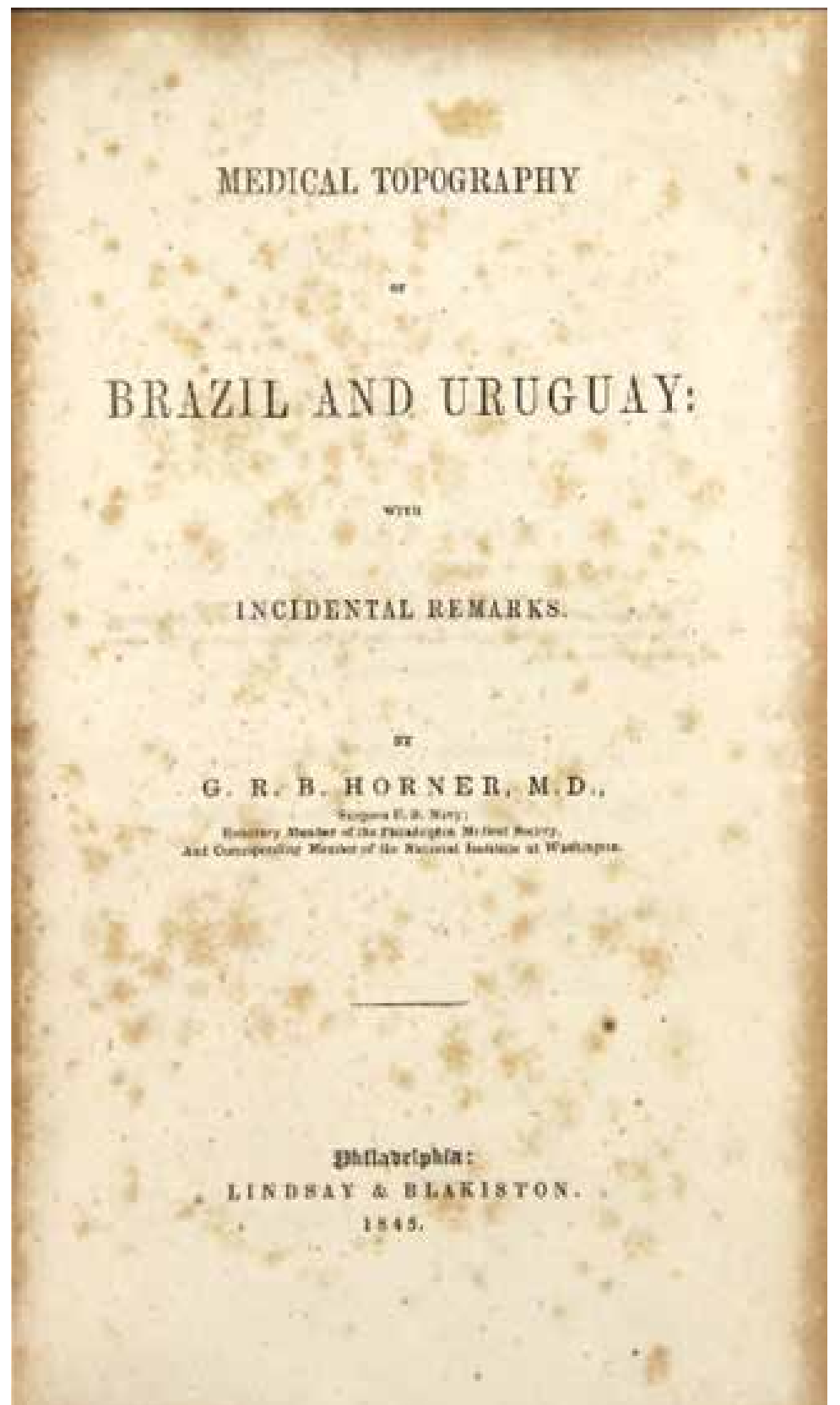
## UNA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE ESTE AUTOR, ESTABLECE QUE:

Nacido en Warrenton, Virginia, el 18 de junio de 1804, hijo de William Horner, de Maryland, y Mary, su esposa, hija del coronel William Edmonds, del condado de Fauquier, quien comandó un regimiento en la guerra revolucionaria. Asistió a la escuela secundaria del reverendo Wi-

lliam Williamson cerca de Middleburg y a la Academia Warrenton, y luego se graduó en medicina en la Universidad de Pensilvania. Fue asistente de cirujano en el barco estadounidense Macedonian durante dos años y medio, y luego fue trasladado al Brandywine durante seis meses. Luego fue enviado a la balandra de guerra John Adams, fue ascendido a cirujano y durante tres años navegó en el mar Mediterráneo, y realizó un segundo crucero de cuatro años en la fragata Estados Unidos. Luego estuvo en servicio en tierra hasta 1841, y fue a Brasil en el Delaware, permaneciendo hasta 1843 como cirujano de flota, y luego fue enviado nuevamente al Mediterráneo. En 1844 como cirujano de flota en la fragata Savannah, se fue a California, permaneció dieciocho meses y luego regresó a casa en 1850 vía Panamá. En 1856-58 fue cirujano de flota en el Wabash. En 1861 pasó como cirujano de flota a la fragata bandera Colorado, de la escuadra de bloqueo del Golfo; en 1862 fue transferido al buque insignia Niagara, y luego al San Jacinto, y luego al St. Lawrence, permaneciendo hasta 1863. Luego estuvo de servicio en el encuentro marino en Filadelfia hasta 1866, cuando fue colocado en el lista de jubilados, a la cabeza de la lista de directores médicos de la armada. Se casó con Mary Agnes Teresa, hija del Dr. Charles Byrne, de Jacksonville, Florida. (Enciclopedia de las biografías de Virginia, volumen III VII--Personas Destacadas).

La publicación comentada está dedicada al Dr. John Bell (1796 – 1872), miembro del Colegio de Médicos de Filadelfia y de la Sociedad Filosófica Americana y el autor lo dedica respetuosamente en testimonio de la gran estima que siente por ese personaje. John Bell había publicado numerosas obras sobre aspectos epidemiológicos, especialmente del cólera, sobre la influencia de la medicina, el heroísmo médico, el régimen alimentario y la longevidad, salud y belleza, las aguas termales y minerales de los Estados Unidos y Canadá, un diccionario de materia médica, sobre la importancia de la economía y las medidas sanitarias para las ciudades, la influencia del hígado en la salud y la enfermedad, y sobre los miasmas como causa de las fiebres, entre muchas otras. Publicaciones que fueron hechas desde 1817 hasta tiempos posteriores al comentado libro de G. R. B. Horner.

El libro que refiere a Brasil y Uruguay, fue escrito luego de dos cruceros realizados en el Macedonian y en el Delaware, lo que le permitió al autor ir llevando un diario de viaje. A través de 18 capítulos, aborda aspectos recogidos en sus viajes,



dedicando los correspondientes X, XI, XII, XIII y XIV a su visita a Uruguay. Aquí serán abordados solamente la parte final del XIII y el XIV, por entender que pueden resultar de interés para conocer una opinión externa a la situación de salud y al mismo tiempo tomar contacto con la realidad de un hospital privado con altos honorarios, atendido por un médico brasileño.

Horner estuvo en Sudamérica, y particularmente en Uruguay, en dos oportunidades, con un intervalo de catorce años. La primera vez entre 1826 y 1828, y la segunda entre 1841 y 1843. La descripción que nos ocupa se refiere a su segunda visita, que realizó por espacio de varios meses.

## EL HOSPITAL DE CARIDAD

En el extremo sur de la calle Portón, cerca de la Punta de San José, se levanta

la Misericordia, o sea el hospital de la ciudad, que se fundó hace muchos años y se amplió en 1825 con la erección de un nuevo frente.

El mismo consta de un cuerpo principal y dos alas, de las cuales solamente una está terminada. La otra venía llegando lentamente hasta la misma altura que la primera cuando sacaron a luz el decreto antes mencionado, y ahora no se puede estimar el número de años que se precisará para hacer habitables los pisos superiores de esa ala. La primera ala contiene la sala de mayor tamaño de todo el establecimiento y puede recibir ciento dos pacientes. Se trata de nativos, extranjeros, negros, blancos y mulatos, enfermos de tisis, disentería, sífilis y otras afecciones. Entre esas afecciones se encuentra la viruela, y la única

*sigue en pág. 4*

# Reflexiones en tiempos de decisiones trascendentes para el país



**PROF. ELBIO  
D. ÁLVAREZ**

Conscientes que quizás simplifiquemos al máximo esta reflexión, se nos ocurre – frente a las diversas variables que están jugando en distintos órdenes de la realidad nacional – que la toma de decisiones más trascendentes, son atravesadas horizontal y verticalmente por dos líneas que, al entrecruzarse, producen contradicciones y desconciertos: la de los principios (en la que incluimos los valores) y la de los intereses (fundamentalmente los materiales).

Intereses y principios no son necesariamente contradictorios. Eso está claro. Pero sí lo son cuando los intereses no trascienden lo individual, son primordialmente materialistas e incapaces de proyectarse hacia lo colectivo.

Esos intereses muchas veces transmutan los principios y éstos ceden ante la presión que ejercen aquellos. Es una constante en la vida cotidiana. Y suele adoptar formas mayúsculas cuando las decisiones tocan estructuras que parecían inmutables.

Muchas veces esos intereses no son tangibles. Como no es tangible cuando los principios se inclinan y ceden frente a los intereses. La mayoría de las veces no lo son. Pero cuando son tangibles llenan de incertidumbres a quienes buscan puntos de referencia para toma de decisiones ineludibles que, de una forma u otra, los afectarán.

En la vida en sociedad, todos tienen, tenemos, referentes. Para algunos, esos referentes son quienes defienden sus intereses materiales. Para otros, son referentes quienes coinciden con los principios, y los consideran testimonio existenciales de valores compartidos.

En sociedad es común que los intereses se corporativicen.

Los principios también. Ocurre en diversos órdenes. Y algunas corporaciones, lejos de aferrarse a los principios ceden ante los intereses y avasallan no sólo principios sino otros intereses legítimos que no están mediatizados por la búsqueda de ventajas personales.

En esta vida social complicada y compleja, navegan procurando no naufragar, quienes buscan referentes que hagan de su coherencia ejemplos vivenciales.

No es fácil no marearse en esa búsqueda. Es difícil ser libres y fiel a los principios. Hemos visto como muchos naufragan por el hecho que decisiones basadas en principios con los que ayer coincidían hoy afectan sus intereses materiales.

Estamos en la cuarta parte de un siglo de cambios profundos en los más diversos órdenes y parecen ser más visibles las claudicaciones. Y es en esas debilidades donde abrevan los oportunistas, olvidando que la tierra está en barbecho porque los cambios se profundizarán en procura del bien colectivo.

Es tiempo de profundizar reflexiones, de ahondar coherencias en la búsqueda de referentes, de analizar las propuestas que tanto en el campo de lo social como en el de la política ingresan en nuestros hogares a través de los medios, haciendo difícil ver con claridad el entrecruzamiento de las líneas de las que hablábamos al comienzo.

Son demasiadas trascendentes las decisiones que adoptemos, como para permitirnos la licencia de dejar que otros decidan por nosotros, sin esforzarnos por visualizar la ancha franja que separa la línea de los principios de la línea de mediocres intereses materiales. En estos 24 años del nuevo milenio, trascendente para sistemas y subsistemas que inexorablemente cambiarán, ya sea manteniendo su esencia y su rumbo o transmutándose para bien o para mal, pensemos en el bien colectivo, en la felicidad para los más, y en la real justicia para todos que, en definitiva, son la base de la salud moral y material de nuestra sociedad. 15.04.24.

**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 - Ance 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 - Ance: 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

precaución que se toma para evitar su diseminación es ubicar a los afectados por esta enfermedad en un extremo de la sala. El edificio principal está coronado por tres estatuas de mármol, y visto en conjunto con el ala terminada, hace una buena impresión a la distancia. En el primer piso de esta última está alojada una compañía de soldados y en el segundo residen los huérfanos y parte de las viudas indigentes. Las mujeres adultas remanentes, junto con los lunáticos, ocupan una sala y varias celdas en la parte antigua y posterior del edificio. Las celdas, en número de seis, dan a un pequeño patio, y no difieren, ni en tamaño ni en limpieza, de los cubículos de un establo común.

### EL TORNO Y SUS LEYENDAS

En el lado sur del hospital hay una ventana provista de una rueda con divisiones, para recibir expósitos. Encima de la ventana está esta conmovedora leyenda: “Mi padre y mi madre me arrojan de se; la piedad divina me recibe aquí, Año 1818”- (Aquí figura la traducción al inglés: My father and my mother casts me away from them; divine piety receives me here, year 1818”). Por encima de esta inscripción figura otra en latín, de significado similar: “Mi padre y mi madre me han abandonado, pero el Señor me ha recibido”- “Pater meus et mater mea derelinquerunt me Dominus autem assumpsit me”.

### LOS CUATRO PATIOS

Cuatro patios están rodeados por el resto del edificio, y entre dos de ellos están varias salas pequeñas para el uso de soldados inválidos. Pocos de ellos eran heridos de guerra. Los marineros de naciones extranjeras y aquellos al servicio del gobierno de Uruguay son recibidos en el hospital. Estos últimos no pagan nada por la asistencia; los primeros pagan en forma indirecta por medio de un impuesto que se recauda en toda nave del puerto, que resulta muy alto en relación con el tratamiento o las condiciones del alojamiento. Todos los internados en la institución están a cargo de un único facultativo externo y dos asistentes, de los cuales solamente uno es residente. Se formulan grandes quejas con respecto a los medicamentos y los alimentos brindados. Los marineros estadounidenses raramente van a la institución, en general prefieren las comodidades y el tratamiento elemental que les corresponden por contrato en su nave, pues muchos creen que ir al hospital es la muerte segura. Si los pacientes no mueren de las afecciones que motivaron su ingreso, la viruela o la fiebre tifoidea los esperan. Varios testigos creíbles me relataron tristes historias del tratamiento sufrido por las personas en el hospital. Un propietario de barco perdió un brazo al disparar una salva el 4 de julio; se lo trasladó al hospital, donde se le mantuvo intocada la curación hasta que se formaron gusanos en la herida. Un marinero inglés que había sufrido fractura de columna con parálisis de las piernas y de la vejiga por caída de caballo, fue vendado desde un pie hasta la pelvis y



mantenido así hasta que llegó el cirujano de su barco, retiró las vendas y extrajo la orina que habían dejado acumular en gran cantidad.

Sin embargo, aunque los internados en la Misericordia, que generalmente llegan a doscientos o trescientos, no estén adecuadamente tratados en lo corporal, en el ámbito espiritual se los atiende bien porque tienen acceso todos los días a la iglesia de la caridad, que está anexa al extremo norte del edificio.

### LA FINANCIACIÓN DEL HOSPITAL DE CARIDAD

Los gastos de la Misericordia son sufragados por donaciones de particulares; el impuesto a los buques mercantes, un medio por ciento de los derechos de aduana por las mercaderías importadas a Montevideo, y veinticinco por ciento de las ganancias de una lotería establecida en la institución, que se juega todos los martes. Del dinero obtenido de la lotería benefician los huérfanos; cinco de los chicos hacen girar las ruedas que echan las suertes, y entregan los boletos sin remuneración y los premios.

### UN SANATORIO PRIVADO EN MONTEVIDEO, POR 1840

La Misericordia es el único hospital del lugar, con excepción de un establecimiento privado fundado un año atrás por el Dr. Peixoto, que nació en Río de Janeiro y estudió en su ciudad y en París. Es hijo de un hombre acaudalado y ha demostrado alto grado de generosidad y buen gusto en la instalación de su establecimiento. El mismo comprende 30 cómodas habitaciones, una magnífica sala de fiestas y una espléndida recepción; varias salas de baños, fríos y calientes, una sala de vapor, y dos espaciosas salas donde se realizan operaciones y además se entregan los medicamentos recetados a todos los pacientes, ricos o pobres, que los necesiten. A estos últimos se les dan gratuitamente. Los pacientes internados pagan tres patacones por día. Esta suma incluye todos los pagos, salvo los correspondientes a operaciones, que se le pagan al médico según su importancia. El doctor tiene una espléndida colección de instrumentos de todo tipo, los más de uso en Francia, y todos ellos fabricados en París; pero sus honorarios son tan

exorbitantes que los puede emplear con frecuencia solamente para sus pacientes ricos, o para aquellos pobres que él decida operar. Ha publicado una lista de las operaciones que realiza, donde enumera sesenta; por ninguna de ellas pide menos de 50 patacones (que en Montevideo equivalen a 60 dólares españoles). Por la trepanación cobra \$100; por la ligadura de la arteria carótida, \$500; por la litotomía, \$1000; y por la cesárea, 2000 patacones. Pero estos altos honorarios están justificados por el enorme alquiler que paga por la casa, \$400 por mes; y por el alto precio de los sirvientes, el combustible, el agua y la mayor parte de las provisiones, salvo carne y pan.

El Dr. Peixoto, que fue alumno de Broussais, es muy inteligente y cortés, y a pesar de su juventud, es un profesional muy respetado. Fuera de él, hay en Montevideo una buena cantidad de otros facultativos de mayor edad, extranjeros en su mayoría.

### EL DOCTOR JAMES BOND EN MONTEVIDEO

Entre los más destacados se encuentran nuestro compatriota el Dr. James Bond de Maryland, los Dres. Cunningham y Hogan de Inglaterra, el Dr. Fernández, un refugiado unitario procedente de Buenos Aires, y el Dr. Carduret, de origen francés. Se desempeñan como médicos, cirujanos y obstetras. En esta última condición tienen como adversarios a mujeres sin instrucción. Entre ellas la más famosa es la que reside junto a la comisaría y que se da a conocer por un aparatoso anuncio donde aparece pintada con un bebé en sus brazos. Si viste de modo tan prolijo como aparece representada, es seguramente una mujer muy fina. Encima de su retrato está escrito “Partera” (en español el original) con letras de la mayor importancia, y está de pie en una habitación magnífica, mirando al bebé con sencillez y modestia, pero sin dejar traslucir su nombre.

### LA JUNTA DE HIGIENE PÚBLICA

Para ponerle coto a los charlatanes y proteger a los ciudadanos de facultativos mal preparados, se ha instituido una junta examinadora de facultativos. Cualquier persona que desee practicar el

arte médico en Montevideo debe rendir examen ante esa junta y dar prueba de sus calificaciones. La norma que se ha fijado para ello no es muy alta, y el Dr. Bond abandonó la junta en razón de que la misma había dado su aprobación a personas que en su opinión eran muy incompetentes.

Los facultativos que residen en la ciudad atienden pacientes tanto allí como en las regiones vecinas; pero la mayor parte del Uruguay está muy precariamente dotada de profesionales de la medicina y la situación es aún peor en lo referente a cirugía. Los matasanos más ignorantes son los únicos representantes del arte de curar en muchos lugares, y hasta en el ejército nacional existe una gran falta de médicos bien preparados. Según oí decir, no existe normalmente en el ejército un cuerpo médico, marchan al combate totalmente desprovistos en ese sentido, no tienen ni siquiera el cirujano más incompetente. Un caballero me informó que había visto cómo un muñón (debido a un disparo en combate) había sido vendado y curado con estiércol de vaca, y un gaucho viejo allí presente durante ese relato, afirmó haber sabido de un soldado que había recibido cinco lanzazos en el cuerpo y había curado de todas ellas por la aplicación del mismo extraordinario remedio, que se mantenía húmedo vertiendo, a través de las ropas que envolvían la cataplasma y el paciente, la orina del mismo valioso animal doméstico que había dado origen al emplasto.

1 <https://www.colonial-settlers-md-va.us/getperson.php?personID=176713&tree=Tree1>

2 Se refiere al decreto que – tras la derrota de Arroyo Grande – el Gobierno de la Defensa suspendió todas las obras públicas. (Pág. 193).

3 ARTURO JOSÉ PEIXOTO está registrado ante el Consejo de Higiene Pública de Montevideo, bajo el número 72, el 24 de diciembre de 1841 como médico-cirujano. Pedro Visca Visca y Héctor Brazeiro Díez, *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina*, Volumen VIII, 1986 (1991), Juan Ignacio Gil y Fernando Mañé Garzón (Editores).

4 François-Joseph-Victor Broussais (1772 – 1838). Médico del ejército napoleónico, fue profesor asistente en Val de Grace desde 1814 y desde 1831, profesor de patología general en la Academia de Medicina.

5 JAMES (Jacobo) BOND está registrado bajo el número 23 el 29 de enero de 1839, como médico. (Ref.: Pedro Visca Visca y Héctor Brazeiro Díez, op. cit.).

6 CONSTANTINO CONNINGHAM, registrado bajo el número 8 el 18 de enero de 1839, como médico.

7 Posiblemente se trata de un error en la transcripción, por el Dr. PEDRO CAPDE-HOURAT, que se hallaba registrado bajo el número 24 con fecha 6 de febrero de 1838 como médico-cirujano. (Ref.: Pedro Visca Visca y Héctor Brazeiro Díez, op. cit.).



# El CMU avanza en la política de DPMC y convoca a sumarse

**Este período ha sido particularmente rico en la oferta de actividades de educación y desarrollo profesional médico. La misma fue impulsada, desde las primeras jornadas programáticas, con definiciones políticas claras para su concreción. Hacia el demos médico y hacia los Consejos Nacional y Regionales.**

Sin coartar la libertad de abordar temas, en formas distintas y con docentes de otros perfiles, pensamos que esas definiciones dan tranquilidad en cuanto los objetivos, la transparencia de los procesos y la calidad de los contenidos.

Recordamos entonces esas definiciones para reforzar el estímulo a su concreción.

## PROPUESTA DPMC PARA MÉDICOS GENERALES

Introducción: La educación médica continua y el desarrollo profesional de los médicos generales no se encuentra

estructurada ni encuentra lugares de referencia clara para tal fin. En este sentido queda claro el rol protagónico del CMU en el trabajo para facilitarlo.

Los médicos generales del país incluyen a quienes no han desarrollado postgrados o especializaciones, como aquellos que habiendo realizado alguno, ejercen la medicina general. Las facultades de medicina del país tienen claramente definido el perfil del profesional egresado adaptado a la realidad del sistema sanitario nacional, con lo cual cualquier esfuerzo de EMC de este colectivo

debe ajustarse también a dicho enfoque.

Por otro lado, está claro que el ejercicio de los médicos generales se inscribe en diferentes ámbitos o escenarios laborales y como tal deberán asegurarse una educación médica continua y educación médica permanente que les permita el correcto desarrollo de la profesión en el escenario laboral correspondiente.

Es así que se propone desarrollar un plan estructurado de formación con contenidos de las especialidades básicas y en dos ámbitos definidos: urgencias y emergencias y, primer nivel de atención, desarrollando ambos planes para medio urbano y medio rural. Asimismo, implementarlos en todas las regiones previo ajuste a las necesidades y condiciones locales para su ejecución.

Cada Consejo Regional del CMU de-



finirá los temas a abordar así como la estructura de implementación de los talleres.

**Dr. Alejandro Cuesta**  
**Secretario CMU**

Propuesta completa del programa de Educación Médica Continua se encuentra disponible en la web del CMU: <http://colegiomedico.org.uy>

**Manejo de los casos de dengue en el Primer Nivel de Atención**

**Dirigido a:** médicos y médicas de todo el país y abierto a todo el equipo de salud.

**Fecha/hora:** Jueves 18 de abril - 19.00 a 21.00

**Lugar:** Sede del CMU, y transmisión por el canal de youtube del CMU

**Detalles de la actividad**

|                 |                                                                                                                                                                                               |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19.00           | Apertura: Lucía Delgado                                                                                                                                                                       |
| 19.05           | Presentación de la actividad: Susana Cabrera                                                                                                                                                  |
| 19.10           | Dengue. Métodos diagnósticos: Pablo López                                                                                                                                                     |
| 19.25           | Abordaje clínico: clasificación y diagnóstico diferencial: Victoria Frantchev                                                                                                                 |
| 19.40           | Manejo del dengue en domicilio: Diana Comenich                                                                                                                                                |
| 19.55           | Particularidades del dengue en niños y niñas: Patricia Barrios                                                                                                                                |
| 20.10           | Vacunas contra dengue: Steven Tapie                                                                                                                                                           |
| 20.20 (a 21.00) | Espacio para intercambio y discusión. Coordinan: Susana Cabrera y Álvaro Niggemeyer. Panel: Henry Albornoz, Zaida Artaza, Rodney Colina, María José Rodríguez, Mariana Mas, Isabel Bartolomé. |

colegiomedico.org.uy

**ACTIVIDAD**

**La recertificación médica voluntaria como oportunidad profesional y estrategia para una mejor calidad asistencial**

A fin de analizar los logros, las barreras y las oportunidades del proceso de recertificación médica voluntaria en Uruguay, el Colegio Médico del Uruguay y la Academia Nacional de Medicina invitan a participar en la jornada "Recertificación Médica Voluntaria: una realidad en Uruguay, avances y desafíos".

**FECHA Y LUGAR:**  
Jueves 2 de mayo 2024  
09.00 a 12.00 horas  
Fundación Peluffo Giguens

Organiza: CMU-ANM

colegiomedico.org.uy

**PROF PSIC. CARLA FRANCOLINO**

## El desafío del trabajo interdisciplinario en medicina

**En medicina se deben enfrentar problemas complejos, que requieren de varios saberes y experticias, por lo que para una asistencia en salud mas eficiente, es necesario la participación de multiples profesionales con multiples saberes, que deben interactuar entre sí, como forma de abarcar todos los aspectos biopsicosociales de la persona con una enfermedad. Esto requiere de equipos sólidos, con miembros que tiene un objetivo común: brindar los mejores cuidados en salud posible. A su vez, brindar cuidados de salud eficientes y efectivos, requiere de una medicina enfocada en el paciente, donde el paciente es parte del equipo, con posibilidad de dar su opinión y tener responsabilidad en su tratamiento, lo que complejiza más aún la interacción entre todos los involucrados.**

La Dra Karina Rando en su trabajo: Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos?, refiere que : "El trabajo en equipo multidisciplinario aumenta la seguridad de los pacientes, minimiza los errores médicos, mejora la satisfacción y el rendimiento del personal de salud y posiblemente evita gastos generados por mala praxis y complicaciones".

Si bien el trabajo en equipo, es sin duda la forma mas beneficiosa de afrontar la asistencia en salud, favoreciendo la toma de decisiones compartidas y la disminución del estrés, éste acarrea una serie de desafíos y principalmente el desafío mayor es el de mantener una comunicación asertiva, siendo la base para conformar un equipo y posibilitar el intercambio necesario de información

*sigue en pág. 6*



viene de pág. 5

entre los miembros del equipo.

Según la World Health Organization (diciembre, 2014), "el equipo eficiente es aquel que en sus miembros, incluido el paciente, se comunican unos con otros, expresan sus opiniones, experiencias y responsabilidades en las tomas de decisiones, para optimizar el cuidado del paciente". En este enunciado se pone el énfasis en la comunicación y en el intercambio de experiencias, opiniones y responsabilidades que nos instan a estar relacionándonos unos con otros.

En la actualidad estamos conviviendo con un aumento del uso de la tecnología, en donde estamos mas cercanos a lo que nos dice una pantalla, que a lo que nos dice nuestro colega u otro profesional.

Por tanto, nos preguntamos como podemos mejorar la comunicación y el relacionamiento entre los profesionales implicados en los equipos, cuando en apariencia estamos más comunicados a través de la virtualidad, las redes sociales, el whatsapp, pero cada vez mas alejados del encuentro interpersonal. Para Bauman, "las conexiones virtuales demandan menos tiempo y esfuerzo para ser realizadas y menos tiempo y esfuerzo para ser cortadas". El uso de las TIC puede aportar mucho en cuanto

al acceso e intercambio de información, dentro del equipo de salud y entre el equipo y el paciente, ¿pero facilita el intercambio de opiniones, ideas, percepciones y puntos de vista de cada profesional involucrado en la atención a un paciente? Cuanto intercambio real existe hoy entre los equipos de salud?, intercambio que implique una comunicación asertiva, que permita una escucha activa de cada profesional, directa, sin estar mediada por la tecnología o por la distancia. No es lo mismo estar conectados con otras personas a establecer y mantener relaciones interpersonales con los demás.

Se decía que la medicina era "un arte", donde se valoraba la habilidad y la destreza del clínico, en la realización de un diagnóstico e implementar un tratamiento. ¿Se puede sustituir este aspecto a través de un algoritmo?

En la clínica es fundamental el intercambio de saberes, se necesita de las consultas con profesionales de distintas especialidades y con el paciente, a través de un diálogo franco y respetuoso. Dialogo que parece estar perdiéndose en muchas situaciones, en donde no nos relacionamos con el otro profesional, o lo ignoramos o nos imponemos como única verdad.

El trabajo en equipo es un desafío, es-

tando participando de un cambio en los canales de comunicación, donde se corre el riesgo de la realización de una práctica clínica poco eficiente y poco efectiva.

Pero no es solo la tecnología que nos pueden distanciar de los demás, sino que también existen situaciones propias de los equipos, de las personas y de las circunstancias, que nos puede entorpecer el acercamiento y la toma de decisiones compartidas.

Las razones por las cuales pueden surgir dificultades en la comunicación y en el relacionamiento entre los integrantes de los equipos de salud, podría deberse a varias causas. Algunas veces se debe a desconocer los roles que se juega en los equipos, y que lugar ocupa cada uno de los integrantes. Otras veces se puede deber a la falta del "administrador del caso" quien es quien organiza y lidera las acciones con el paciente. Otra causa frente a la falta de comunicación puede deberse a que algún integrante del equipo quiera sobresalir, que posea una personalidad con tendencia a imponer su opinión, frente a la opinión de otros. Existen otras situaciones en que algún miembro se considere con un saber que está por encima de otros y por lo tanto no considera que deba intercambiar con los otros profesionales. Otras veces se evidencia una falta de compromiso con

las situaciones, haciendo lo mínimo para la solución de la misma. Muchas veces la sobrecarga laboral, el multiempleo atenta contra la disposición al intercambio con los demás profesionales. O puede ser que los conflictos interpersonales dificultan el establecer comunicación entre los integrantes del equipo, generando malestar en el equipo.

Para actuar sobre estas dificultades en la conformación de equipos de salud, debemos tratar de fomentar la comunicación, mediante una actitud comprometida y de confianza de todos los profesionales del equipos de salud. No debemos perder las instancias presenciales en donde se establecía un intercambio muy fructífero de conocimientos y experiencias, que llevaba a una reflexión grupal de determinada situación, con un ida y vuelta de opiniones, donde no hay duda en que este trabajo en equipo interdisciplinario enriquece la práctica clínica y favorece una medicina de calidad.

#### BIBLIOGRAFIA

- Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? Dra. Ana Evelyn Karina Rando Huluk\*. Rev Méd Urug 2016; 32(1):59-67
- WHO. Being an effective team player. December, 2014

## 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



## RESCATANDO MEMORIAS

# Dr. Beres mundo Peralta Alonso: Referente de la Medicina Uruguaya (VIII)

Publicamos la entrevista que en el año 2001 le realizáramos al distinguido médico duraznense hoy fallecido. El Dr. Peralta Alonso es un referente no solo de la medicina nacional, sino especialmente de los médicos de tierra adentro como verdadero militante de la vida y de la profesión y ejemplo, por su estatura humanista, de lo que es el SER URUGUAYO

**Prof. Elbio D. Álvarez Aguilar.**

Tarde soleada, una Ruta 5 con poco tránsito de un miércoles después del mediodía. Disfrutable realmente. Nos acompañaba nuestra esposa Elizabeth y el hijo menor Sebastián, Fotógrafo en nuestras entrevistas de Referentes. Destino: Durazno. Los tres viajábamos con mucha expectativa. Esa que despierta el saber que íbamos a encontrarnos con un hombre y un médico que por sus profundos valores humanos y su entrega sin límites a los demás, haría emanar el caudal de sus afectos y prestigiaría esta página de "Referentes de la Medicina".

Lo conocíamos, claro que lo conocíamos. Más de una vez nos había atendido y nos había hecho comprender el sentido de la palabra compañero (del latín "compagnus": compartir el pan). ¡Y cómo y cuánto ha compartido con el mundo, desde muy joven, su cariño sin barreras hacia el semejante y, después, todo el saber que le brindó la ciencia!. El Dr. Beres mundo Peralta Alonso, nacido un 22 de octubre de 1922, es un referente ineludible para el pueblo de la ciudad del Yí. Es un Referente de la Medicina, pero más que ello, un referente ético y moral, para todos y cada uno de sus colegas. Y de todos cuantos lo conocen.

## UNA FAMILIA HUMILDE MATERIALMENTE PERO MUY RICA MORALMENTE

El Dr. Peralta, Lilo para sus amigos, nació en una familia humilde, en Durazno, en el barrio "el Zambullón". Fue el primer hijo del matrimonio de Pablo Peralta y Blanca Alonso, que dieron al mundo 8 hijos y adoptaron otro a quienes sus hermanos siempre lo quisieron y amaron como tal. Pablo Peralta (que falleció a los 92 años) era uncionario municipal y Blanca Alonso (que falleció a los 87 años), ama de casa, que también supo defenderse lavando y planchando ropa.

Al hablarnos de su familia, no oculta su orgullo: "Mis padres recibieron muy poca formación intelectual, sin embargo supieron inculcarnos valores cristianos universales, como el amor al prójimo, al desvalido, a la naturaleza...pero además nos formaron en el respeto a los demás, en el orden y el trabajo y, hasta te diría, con cierto rigor disciplinario, pero todo dentro de un profundo sentimiento de amor hacia nosotros".

Con una paz interior propia de los hombres buenos, rememora su pasado y nos dice: "mis padres compensaron su pobreza material e intelectual con un peculiar sentido común, intuitivo y humanitario".

## ENTRE CARENCIAS Y PRIVACIONES AGRAVADAS POR UN VICIO

No lo interrumpimos, nos hace bien escuchar sus reflexiones: «la vida familiar se desarrollaba en medio de una lucha diaria por la sobrevivencia, con muchas carencias y privaciones. Las magras entradas económicas de aquella época se agravaron, amentablemente, por el hecho de que mi padre cayó en el alcoholismo durante varios años y parte del salario se perdía en ello».

Cuando íbamos a esbozar una pregunta, él pareció intuirlo: "Debo reconocer sin embargo que aún alcoholizado mi padre jamás nos castigó. Era un hombre particularmente bueno, aún cuando estuviese alcoholizado. Fue siempre un ser querible y sin duda eso lo ayudó a superar después ese problema que tanto influyó en su vida y en la nuestra".

## A LOS 6 O 7 AÑOS COMENZÓ A TRABAJAR EN TODO UN POCO

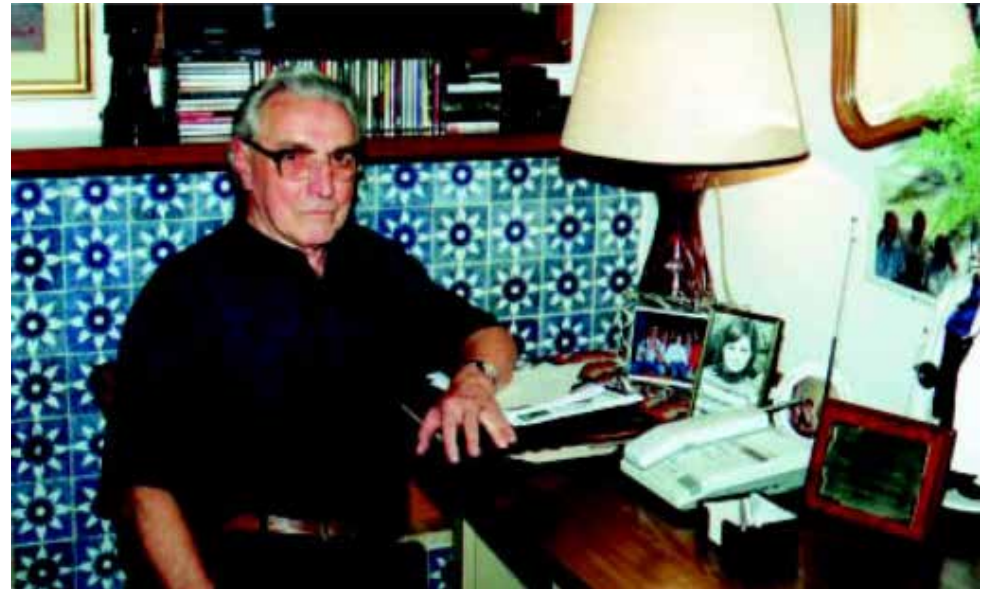
¿...?. "Sí, me vi precisado a salir a trabajar desde muy niño. A los 6 o 7 años vendía verduras cultivadas en casa y pan casero amasado por mi madre. Fui peón carrero en carros que, por aquella época, traían a la ciudad lo producido en el campo, y llevaban al campo lo que la gente necesitaba para sus familias. Repartí leche, fui lustrador, diariero, vendedor de lotería, portero de cine y mandadero de una sombrería para señoras".

Sonríe mirando a la distancia, tal como si volviera a enriquecerse como humano en su vida de privaciones.

## CONOCIÓ TODOS LOS BARRIOS Y PASÓ POR TODAS LAS ESCUELAS

¿...?. "No, no. En el Zambullón de la calle Rivera y Bolívar (donde hoy está la Ruta 5), estaba la casa donde nació. Pero después, como no teníamos casa propia alquilábamos y no siempre podíamos pagar. Nos veíamos obligados entonces a mudarnos. Fueron decenas las mudanzas. Conocí todos los barrios de Durazno, pasé por todas las escuelas y cambié de compañeros y de vecinos un sinnúmero de veces".

Y salta su optimismo vital: "Claro, al principio como niño, quizás fue traumático, pero luego, mirándolo positivamente significó que sintiera que todo Durazno fuera mi barrio". Subraya repitiendo... TODO DURAZNO. Y agrega: "Eso hace que hoy me sienta un terrón de esta tierra de mi pueblo. Es cierto que ese tiempo de mi niñez realmente fue muy duro, pero te digo con toda sinceridad que fue



muy amado por mí. Aprendí, aprendí de todo y con todos. Fundamentalmente aprendí todo lo bueno de la gente".

## LA MUERTE DE SUS HERMANOS: UN DRAMA QUE VUELVE A GOLPEARLO

Sus ojos brillan con tristeza cuando nos dice: "En esa época de mi niñez tuve que vivir otro drama que me marcó profundamente. Perdí cinco hermanitos de distintas edades en el lapso de 5 años, como consecuencias de distintas enfermedades para las cuales no existían en la época ni medicinas ni vacunas adecuadas que hoy son salvadoras. Pero,

debo decirte también, que otras de las causas fueron las dificultades para cubrir la asistencia, la desnutrición y la insalubridad de las casas donde tuvimos que vivir. Todo se unió para que la meningitis, la tos convulsa, la neumonía y la distopías, se llevaran a mis hermanitos y produjeran en mi familia desgarramientos implacables".

## SU OPCIÓN POR LA MEDICINA Y SU VOCACIÓN DE HUMANISTA

¿...?. "Pienso que esa tragedia que te contaba, que dejó huellas muy profundas en mis sentimientos e interrogantes grandes en mi niñez, fue más tarde uno de los factores determinantes de mi vocación por ser médico, y que en esas huellas, se cultivó mi voluntad de hacerme un médico arraigado en los más profundos principios humanistas".

¿...?. "Sí, tengo fe. Pienso que esa fe me ha ayudado en esas y en otras instancias. Lo que yo digo es que no tengo o no me adhiero a ninguna organización ritual. No cumplo ningún rito. Es que, sabés?, pienso que falsear un rito, hacerlo sin sentirlo profundamente, sin tenerlo incorporado a uno, es ultrajarlo".

## SU ADOLESCENCIA Y SU AMOR DE TODA LA VIDA

El tránsito por la niñez del Dr. Peralta, raíz sobre la cual comienza a construirse

el hombre que dedicaría luego su vida a servir a los demás, es largo, apasionante, formativo, pleno de humildades y riquezas.

De ese tránsito, sólo hemos realizado algunos pincelazos que sin duda no expresan fielmente la riqueza de su contenido.

Dejamos caminos, flores y piedras, para que nos lleve a su adolescencia.

"Bueno... concurrí al único Liceo que había en Durazno en la década del 30. Lo hice, te imaginarás, con las dificultades propias de quien no poseía los recursos necesarios para comprar libros y otros materiales.

Pero, felizmente, cursé los cuatro años con éxito. Pero...pensándolo bien, fue una época muy, pero muy feliz" y sonríe con esa bonhomía que le es propia.

¿...?. "Es que cultivé amistades que aún hoy mantengo. Y sin risas eh: me enamoré y para siempre de una jovencita que vino desde Bella Unión y me cautivó".

Mirando como un adolescente a su esposa, me dice: "Ahí la tenés...siempre juntos, hace más de 50 años".

¿...?. "Bueno, siempre no o siempre sí. Según como lo mirés. Porque en los años que pasé lejos como preso político, estuvo también a mi lado espiritualmente".

En esa época liceal- continúa- "conocí y disfruté de profesores de una calidad humana impresionante que enriquecieron mi personalidad, me ayudaron a crecer y me impulsaron a no decaer en mis estudios. Nunca podré olvidar la talla intelectual y humana del Profesor Carlos Scaffo, de Espinosa, del Dr. Filippini; la dulzura de Talita Carámbula y de Beba Mondragón; la serena y elegante figura de Eva Bayón; la seriedad responsable de Emilia Rosas, por nombrar solo algunos de aquellos que supieron transmitirme valores éticos imponderables".

## UN DURAZNO CASI RURAL

¿...?. "En aquella época Durazno era una ciudad muy chica, casi rural; tranquila. Había un centro adoquinado y barrios con calles de tierra. Comenzaban a nacer



viene de pág. 8

algunos barrios suburbanos: Pueblo Nuevo y Santa Bernardina con dos fábricas (una de artículos de cemento Pórtland y otra manufacturera de cereales. Aparte de eso no había otras fuentes de trabajo. Bueno... hoy es igual, a excepción de los empleos del Municipio, del Estado y en parte, de los comercios”.

### LA REALIDAD ASISTENCIAL

“¿La asistencia médica?. Bien, había una Asistencia Pública gratuita que se practicaba en el Hospital para la gente con pocos recursos. Y luego los médicos realizaban también una asistencia privada en consultorios o a domicilio. Más adelante yo también viví la época del llamado de campaña por un enfermo desconocido; conocí el meterme en una huella de barro negro en compañía del chofer de Ferrán que me llevaba; recorrer 8, 10, 12 leguas en varias horas para recién llegar a destino y encontrarme muchas veces con situaciones desesperantes.

### EL YÍ Y ARROYOS CRECIDOS Y VUELOS EN AVIONETAS

La charla, sin quererlo, nos aparta del orden cronológico, salteándonos Facultad y recordando vivencias de lo que hoy llaman Médicos de Familia y que, en aquella época, era la impronta más común en los profesionales concientes.

¿...?. “Sí. ¡Cuántas veces crucé el Yí u otros arroyos crecidos, aún de noche; otras veces me trasladaba en avioneta, descendiendo 2 o 3 veces para ubicar, en medio de la lluvia, la arboleda señalada como cercana a donde vivía el paciente.

Había que hacerlo o hacerlo ya que estaba en juego la vida de un semejante”.

¿...?. “No, no es nada extraordinario. Tampoco una heroicidad propia. Muchos médicos, en distintas partes del país te podrán contar situaciones semejantes. Ahora.. que eran otros tiempos, de verdad que eran”.

### UN CONSULTORIO JUNTO AL ARROYO FELICIANO

¿...?. “Sí, tuve un consultorio en zona rural. A unas 12 leguas de Durazno, junto al arroyo Feliciano.

Allí concurría los sábados en un viejo Mercury con pantaneras. A aquel caserío lo llamaban “el pueblo de Grillo”, nombre de un señor que tenía un gran almacén de ramos generales y que me cedía una pieza de su casa para que atendiera a los pacientes”.

En el diálogo con este hombre y médico a quien todo Durazno y gran parte del interior lo quiere, admira y cuyos colegas lo miran como un gran referente existencial, surgen anécdotas sobre las cuales quizás algún día volvamos a escribir en profundidad.

### PARTOS SOBRE COJINILLOS Y UNA ÉPOCA DE “CURANDERISMO”

¿...? “¡Cuántos partos hube de hacer sobre una mesa o cojinillos o con un banco de ceibo bajo las nalgas de la pariturienta!. Sí, claro, en esa época también estaba en auge el “Curanderismo” y eso



constituyó un problema más para la gente y para nosotros los médicos. Más aún para los jóvenes.

Pero, en primer lugar, había para los médicos la necesidad de conocer a fondo el problema y comprenderlo en sus distintas dimensiones y, después, presentar razones válidas y respetuosas que evitaran los malos entendidos y los males que podrían surgir en ciertas circunstancias”.

### EL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO

La charla sin otro libreto que el que va surgiendo de los propios relatos, nos lleva nuevamente a su juventud.

“Terminados los 4 años liceales, al no existir aquí cursos de Preparatorios, me decidí a ir a buscar trabajo a la Capital, para poder seguir estudiando. ¡Qué tarea!. Comenzaba el año 41. Yo, como era costumbre de la época, llevaba recomendaciones de autoridades de Durazno que me conocían desde chico. Pero tuve que peregrinar largo por es torios, oficinas y comercios. ¡Y sin éxito!. Claro, era difícil porque yo planteaba la necesidad de contar con horas libres para asistir a clase”

### SOLDADO EN EL BATALLÓN 13 DE INFANTERÍA

¿...?. “Sí, te cuento. Las clases ya estaban por empezar en el Vázquez Acevedo, cuando, como única instancia, conseguí entrar como soldado en el Batallón 13 de Infantería que estaba en la calle Dante y República. Se me permitió ir a clase en horas nocturnas, después de cumplir con las guardias diarias, Debo aclararte que en ese tiempo se vivía la Segunda Guerra Mundial y el ejército uruguayo tenía que cubrir guardias de protección en Embajadas Extranjeras y en empresas multinacionales (Esso, Shell, Texaco), además de las habituales en cárceles Central, Miguelete y Punta Carretas y yo, como soldado, debía cumplir con esas guardias cuando me lo ordenaban”

### OTRO RASGO DE SU GRANDEZA

Este hombre que fue torturado y estuvo preso en el Penal de Libertad por el “delito” de no omitir asistencia a integrantes del M.L.N. y quizás también por haber sido el Candidato Único del Frente Amplio para Intendente de Durazno en 1971, habla de aquel Ejército (ejército Civilista, Constitucionalista, de soldados de alpargatas y poncho), con

mucho respeto. Y recuerda con mucho cariño al alto Oficial de Estado Mayor que le abrió esa posibilidad de estudiar, pese a lo duro del trabajo: el Mayor Felipe Santiñaquí”.

¿...?. “¡Qué experiencia!. Recuerdo horas interminables de sol abrumador en verano y noches heladas en invierno, caminando continuamente sobre los muros de Puntas Carretas, envuelto en un poncho cuando me lo permitían.

¿...?. “Sí, fueron experiencias muy fuertes. Pero debo de reconocer que siempre recibí la fuerza para transformar lo difícil en fácil y lo desagradable en algo positivo que me ayudara a sobrevivir y a aprender”.

“¿Qué hacía en esas horas?. Y qué podía hacer en la soledad...repasar en la memoria lo estudiado en los libros, pensar, reflexionar serenamente, buscarme a mí mismo, conocerme y quererme tal cual era. Siempre con la mira de superar lo transitorio para lograr el objetivo que me había marcado: ser un médico al servicio de todos y poder hacerlo en mi pueblo natal, para mi gente”

### LA FACULTAD Y LOS HOSPITALES.

#### INSTRUCTOR DE RECLUTAS

¿...?. En los años de Preparatorios pude ver a mi familia sólo una o dos veces. El trabajo y lo poco que ganaba no me lo permitían. Luego, al entrar a Facultad, surgió otro inconveniente. En el 13 de Infantería no podía seguir por los horarios.

Dejé ese trabajo y logré ubicarme en el Batallón 5º. de Ingenieros de Radio-comunicaciones ubicado en Peñarol. Allí permanecí 4 años haciendo guardias nocturnas y como instructor de reservistas y de reclutas”.

### PRACTICANTE Y MÉDICO INTERNO

¿...? “Mirá, todo pasa. Cuando iba a ingresar a 5º. Año de Facultad, concursé para el cargo de Practicante y Médico Interno en el Hospital Militar Central. Salvé el concurso y pasé a ocuparme de dos Salas de Medicina y Servicios de Guardia Médica”.

¿...? “Terminé la carrera en el año 1949 y decidí volver a mi pueblo.

Antes, cursos inolvidables en el Maciel, en el Visca, en el Pereira Rossell, Vilardebó, Colonia Etchepare, Hospital de Clínicas (Traumatología aún no estaba

habilitado).

Recuerdo de sus Profesores

¿...?. “Tuve la suerte de tener profesores como García Otero, Herrera Ramos, Purriel, Ferrari en Medicina, Navarro, Stajano, Nario, Bermúdez, Chifflet en Cirugía, Bartolomé Viñales (padre) en Dermatología, Justo Alonzo (Otorrino), Velasco Lombardini e Isassi en Cardiología e iniciando la Electrocardiología, Surraco en Urología, Barcia en Radiología y, en el Hospital Militar tuve la gran suerte de conocer un médico brillante por sus conocimientos, su ética, su hacer médico y su cultura general: al Dr. Héctor H. Muiños”.

El Dr. Peralta narra con su decir cándido y nada parece escapar a su memoria. Disfruta todos y cada uno de sus recuerdos. De los buenos y de los otros. Es que es de

esos hombres que aprende permanentemente con sus vivencias y parece que refrescara su saber con los recuerdos.

Con su título de médico retorna a Durazno

El chiquilín humilde, de pies descalzos o zapatillas rotas, diariero, repartidor carrero y mil “peonadas” más, vuelve a Durazno con su título de médico, sintiendo sin duda, que además de cumplir con su vocación, ha logrado lo que silenciosamente prometió a los cinco hermanitos que perdiera por distintas enfermedades.

¿...? “Rápidamente me inserté nuevamente en mi pueblo. Fui nombrado para ocupar un cargo vacante de Jefe de Servicio Sanitario de la Base Aérea No.2 de Durazno”

Ese cargo lo ocupó hasta que renunció al mismo a fines de 1970.

Posteriormente al aceptar - (luego de consultar a su familia) - la postulación de la gente de la zona, lo eligieron candidato único del Frente Amplio a la Intendencia.

El Dr. Peralta es de origen blanco, aunque desde joven fue votante del Socialismo

¿...? “Los colegas de entonces me recibieron muy bien. Visité a cada uno de ellos y todos se mostraron gustosos de integrarme a sus tareas hospitalarias. Empecé a concurrir diariamente al Hospital. El Dr. Eduardo Calleri, Jefe de Cirugía del Hospital me dio la oportunidad de trabajar junto a él. Fue mi gran Maestro en esa especialidad que él dominaba ampliamente. Después fue también mi gran amigo. Con él y con todo el equipo de cirugía conviví 23 años de labor intensa y en forma totalmente honoraria. Tuve el honor de que Calleri me eligiera médico de su familia y tuve el honor de intervenir quirúrgicamente con éxito a dos de sus hijos, a su señora esposa y a él mismo. Mucho tendría para decirte del Dr. Calleri pero te sintetizo diciéndote que fue un HOMBRE CABAL, SINCERO, VERAZ Y HUMANITARIO...marcó mi vida, fue mi referente personal y profesional”.

“En realidad con todos los colegas de mi pueblo nos hemos ayudado mutuamente pensando siempre en el paciente. Fui médico de cabecera de los Dres. Emilio Penza,

sigue en pág. 9



viene de pág. 8

Amadeo Grosso, Pablo Paladino, Raúl Santini, Invención Ocampo y últimamente del Dr. Santana Etcheverrito”

### EN 1950 SE CASA CON MARGARITA ANZORENA

Los ojos le brillan. Mira a su esposa con dulzura y recuerda.

“En 1950 me casé con esta señora (Margarita Anzorena), que, como te había contado, nos ennoviamos en 1940. Los dos habíamos terminado las carreras: ella Magisterio y yo Medicina. Tuvimos 5 hijos: la menor, Ana Gabriela falleció a los 18 años, después de una cruel enfermedad”.

### LA MUERTE DE SU HIJA ANA GABRIELA

Sus ojos vuelven a ponerse brillosos y un dejo de tristeza y ternura cubre su rostro. “Yo estaba preso cuando se descubre su enfermedad. Ana Gabriela amaba la vida. Era Campeona Sudamericana de 100 metros, de 200, de salto largo, de posta x 4 y había competido en Perú, Concepción de Chile, en Río de Janeiro, en Porto Alegre y, naturalmente en el Uruguay. Pude acompañarla en los últimos meses de su hermosa vida”.

Rápidamente le preguntamos por sus otros hijos y nietos: “Dos varones y dos mujeres. Pablo, el mayor, es Sacerdote; Alejandro, el menor, es Ingeniero Agrónomo, Master y Doctorado en Ciencias Agrícolas y vive en Brasil; Rosario es Licenciada en Educación Física y vive con su hija en Barcelona y Margarita María (que estuvo presa un año y medio) es Directora de Empresa.

Y, por ahora tenemos 5 nietos. Somos felices, muy felices con esa hermosa familia”.

### UNA BODA DE ORO CON TODO UN PUEBLO PRESENTE

Lo sabíamos pero igualmente se lo preguntamos. Y ahora sus ojos brillan, vuelve a sonreír y mira a los ojos a Margarita. “Sí, cuando cumplimos 50 años de casados, nosotros a nadie le habíamos dicho. Pero todo un pueblo se hizo presente.

Vino gente de todos lados. Sólo habíamos mandado tarjetas a quienes no vivían en Durazno y aquí en CAMEDUR pusimos avisos, también en la Iglesia, en el diario y en el boca a boca. Fue maravilloso. Mi hijo sacerdote y otros sacerdotes de acá nos ofrecieron una misa que nunca olvidaremos. Fue una misa distinta, sin solemnidades, sencilla pero conmovedora”.

### PRESO POLÍTICO QUERIDO POR UN PUEBLO QUE NO LO OLVIDÓ

El Dr. Peralta, el médico de Durazno, querido y admirado por todo su pueblo, cualquiera sea su posición económica, política, filosófica, religiosa, es detenido en el año 1972 y llevado al Cuartel de la ciudad.

¿...? “Me trataron como a todos. Torturado como todos. Incluso nunca se me preguntó por mi calidad de médico, jamás por mi actuación en la Base Aérea, ni por mi candidatura del Frente. Es que



vos sabés como yo, quienes dirigieron la represión aquí: Gavazzo y 16 más vinieron a mi casa (aparentemente era “muy peligroso”), después de una sesión que habíamos tenido del Sindicato Médico. Gavazzo ya era Mayor y Encargado de Inteligencia, me interrogó personalmente, aunque no registraba en Durazno. Vino por aquí acompañado creo por Silvera (“Pajarito”).

En el Penal de Libertad con el No. 037 ¿...?. Sí, después de 6 meses me llevaron al Penal de Libertad. Soy uno de los que tienen “el honor” de haberlo inaugurado. Yo tenía el No. 037. De la vida en el Penal hay de todo para contar. Grandezas y también pequeñeces. Solidaridades profundas siempre. Oportunidad de servir a los compañeros como médico y como hermano. Ocho años en los que actuamos junto a otros numerosos colegas. Fue importante que nos dejaran ejercer: los compañeros se sentían atendidos, aunque la atención la prestábamos, como sabés, bajo el control de soldados. En las “jaulas” internas armados. En los recreos con perros y metralletas en las torres.

Hice cirugía, traumatología, medicina general. En los 8 años que estuve pasaron por allá unos cinco mil presos políticos. Para ellos logramos incluso montar un Laboratorio de Análisis Clínico elemental pero necesario para ciertos

diagnósticos a cuyo frente estuvo un prestigioso Químico-laboratorista”.

Dos recuerdos: salvando la vida de un soldado y de un compañero, con los Dres. Bonilla y Arén ¿...?. “Sí, fue así. También los soldados querían atenderse con los médicos presos. Dos recuerdos entre muchos: en una oportunidad, junto a los Dres. Bonilla y Arén, nos tocó operar en condiciones desesperantes a un soldado que se había pegado un balazo debajo del mentón. Luego de la intervención lo traqueotomizamos y lo trasladaron al Hospital Militar; en otra oportunidad me llaman porque un muchacho preso se había colgado con bolsas de nylon de las rejas de la ventana. Estaba con un paro cardíaco y logré sacarlo con respiración artificial boca a boca y masajes cardíacos. Cuando llegó el médico militar, el compañero ya respiraba”.

“Sí, vive y somos muy amigos; es un profesional del interior”.

### TENÍAMOS QUE CUIDAR UNA VIDA QUE NO ERA NUESTRA

Le preguntamos al Dr. Peralta (en cuyo rostro no se exterioriza rencores y, por el contrario, recuerda las cosas positivas vividas, sin olvido de las otras), ¿por qué habíamos logrado salir sanos mentalmente del Penal?, y nos responde con su innato humanismo:

“Pienso que salimos mentalmente sanos, porque sabíamos que teníamos que cuidar mucho esa vida que no era nuestra; que la vida que se nos había dado como seres humanos, se la debíamos a quienes estaban con nosotros, dentro de nosotros, acompañándonos y sobre todo a lo que estaban afuera, a los nuestros propios, a nuestra familia, pero también a todos los amigos que estaban sufriendo pienso, más que nosotros. ¿Por qué?. Porque nosotros sabíamos lo que estábamos viviendo. Nosotros también teníamos miedos y más o menos sabíamos lo que nos podía pasar.

Pero ellos, afuera, tenían miedo también, pero no sabían lo que les podía y nos podía pasar”

¿...? “Pienso también que nos ayudó el que se nos diera la oportunidad de servir. Y eso es vida. Y también recibíamos. Y lo que recibíamos de quienes no tenían nada que dar era demasiado. Todo aquello fue como un alerta que alimentó una esperanza, un esperar con fe”.

### DOS NOMBRES QUE NO OLVIDA

En la profundidad de sus reflexiones, el Dr. Peralta es siempre asombrosamente objetivo. Nos narra anécdotas vividas, en las que el hombre se impone al soldado a

quien pretendían disminuirle su capacidad de ser humano: voces de aliento, un sorbo de agua por debajo de la capucha, un paquetito de yerba alcanzado silenciosamente por la ventanilla de la celda, noticias buenas de la familia y mil cosas más.

Analiza también a los otros: a los que torturaban. Y dice: “es que más de uno de ellos hubiese querido ser como nosotros, y no tenían la felicidad de una familia, de unos hijos, de amigos de verdad y entonces actuaban como si quisieran vengarse de lo que no habían podido lograr en su existencia”.

“Pero, agrega sin vacilaciones, entre los Oficiales encontramos también personas, gente de bien. Yo recuerdo y lo destaco, un día en que estaban repartiendo el agua caliente en la Cárcel de Libertad, para tomar el mate de la tarde, que se abre la puerta de mi celda y entra un Teniente Coronel acompañado de sus Ayudantes y me dice: ¡Lilo, como estás!. Lilo es mi nombre de pila, de familia. Y se abrazó conmigo y me dijo que recién se había hecho cargo de la Dirección del Penal y quería verme y saludarme para comunicarle a mi familia cómo estaba”.

¿Podés nombrarlo?, le preguntamos. Y sin vacilar contesta: “No tengo ningún inconveniente: Ramón Hugo Martínez, que había sido piloto de la Fuerza Aérea y había hecho su carrera desde soldado, a quien le asistí a su señora en más de una oportunidad. En la Navidad siguiente a esa fecha, vuelve a abrirse la puerta y este mismo amigo (por qué no voy a decirlo), entra, me abraza y me dice ¿dónde voy a pasar mejor que contigo un rato en esta fecha?”.

También ambos recordamos como persona de bien al Mayor Alcides Etcheverry, quien fuera nada menos que Jefe del S-2 en el Penal: “Etcheverry fue Oficial de la Fuerza Aérea cuando yo estaba

*sigue en pág. 10*



viene de pág. 9

de médico allí. Siempre tuvo buenas actitudes. Y después supe de buenas acciones durante su actuación en el Penal. Y bueno, por algo duró poco allá. Estuvo en la época en que todavía no sabían ser carceleros. Y él no fue carcelero. De los demás no hablaremos. Que queden allí, anónimos, olvidados”.

### NUEVAMENTE EL MÉDICO MÁS VOTADO POR EL SINDICATO

Volvemos a Durazno, luego de reflexiones compartidas sobre la naturaleza del “bicho humano”, y nos encontramos en este 2001 al Dr. Beres mundo Peralta una vez más votado por todos sus colegas para la Presidencia del Sindicato Médico, cargo que no aceptará si es designado, pues “ya es tiempo de dejarle el lugar a las sabias nuevas del hacer médico”.

El Dr. Peralta, nuestro Referente de hoy, fue fundador del Sindicato Médi-

co de Durazno (se creó a su impulso e iniciativa en 1952) y fue fundador de la actual Cooperativa

Médica (CAMEDUR). Fue becado además al Primer Congreso Mundial de Medicina Espacial y estuvo tres meses visitando 19 centros de preparación del viaje del hombre a la luna, entre ellos la NASA y Cabo Kennedy ( EE.UU. 1964).

Fundó el servicio de transfusiones, fue encargado de maternidad y ejerció 23 años la cirugía total.

Trabajó (después de ser liberado en el 79 y antes de que se le permitiera volver a Durazno en 1985) en Piriápolis y Playa Verde “como sobrestante de albañil donde se construía una Planta Pesquera, en un trabajo que me consiguió mi hija; después de inaugurarse la Planta quedé como médico por dos años. Luego cerró la planta, quedé sin trabajo, mis hijos me llamaron desde Europa y nos fuimos con Margarita y estuvimos 6 meses allá”.

### UN PUEBLO YA LOS ESPERABA

### EN 1985

La odisea termina en 1985 con el advenimiento de la Democracia.

Durazno se entera de su retorno cuando ellos ya habían llegado.

Días después cientos van a esperarlo en camiones y ómnibus. Miles lo esperan en un acto que le organizan para recibirlo y transmitirle un cariño, un afecto y un reconocimiento, que los años oscuros de este país, ni atemperaron ni adormecieron. Gestionó su reingreso a la institución. No le reconocieron los casi 30 años en Salud Pública, porque siempre había prestado funciones en forma honoraria.

Reingresó a CAMEDUR (socio cooperativista desde siempre), donde sigue actuando hasta el presente como médico internista. CAMEDUR nunca lo borró del Registro, aunque en el período que estuvo preso fue funcionario sin aportes y sin rentas. Tiene sí un retiro médico de la cooperativa, que incluso aprobó un artículo para protegerlo en ese sentido. Quizás se retire en diciembre de este

año, a los 79 años de edad.

*Es tan rica y tan apasionante la vida de este médico de tierra adentro, que al hacer esta nota no hemos dejado de sentir rubores al pensar que de pronto la empobrecemos por nuestras humanas limitaciones periodísticas. El Dr. Beres mundo Peralta cuya estatura humana, lo hace un símbolo ético y moral, y cuya vida es ejemplo de quien hizo siempre de las dificultades, un escalón para proyectarse con humildad como PERSONA portadora de los más sensibles valores humanos, presenta otras facetas que, sin ser menores, han quedado lamentablemente fuera de esta nota. La vida de este hombre no ha pasado en vano. Su ejemplo, su amor a la familia centro medular en su existencia, su solidario espíritu cuyas raíces están en sus ancestrales ansias de servir al semejante, lo hacen más que un “Referente de la Medicina”, un referente moral en cuyo seno encierra un hondo sentimiento de amor hacia la gente.*

# Comenzó el Curso de Promotoras/es Juveniles de Salud y Autonomía

**El viernes 12 de abril en la Policlínica Casavalle de la Intendencia de Montevideo y el sábado 13 en el Club Huracán de Paso de la Arena comenzó el Curso de Promotoras Juveniles de Salud y Autonomía. Luego de estas reuniones iniciales el curso continuará todas las semanas, viernes de tarde en Casavalle y sábados de mañana en el Oeste de Montevideo. En mayo comienza el mismo curso en la ciudad de Bella Unión Artigas. Estas tres zonas (Cuenca de Casavalle, Oeste de Montevideo y Bella Unión-norte del país) podrán ampliarse mas adelante a otras zonas según las necesidades y posibilidades.**



DR. PABLO ANZALONE

Dr. en Sociología - Lic. en Educación  
Diplomado en Políticas - Públicas e  
Innovación. - Mag. en Sociología  
[www.pabloanzalone.blogspot.com](http://www.pabloanzalone.blogspot.com)  
[www.cuadernosdeltaller.com](http://www.cuadernosdeltaller.com)

No es un curso aislado. La Red de Municipios y Comunidades Saludables de Uruguay (Red MCS) viene desarrollando una línea de trabajo hacia la creación de una Red de Adolescentes y Jóvenes con Voz/s. Durante el año 2023 se realizaron tres actividades importantes en esta dirección en el marco de la preparación del Congreso Dr. Pablo Carlevaro: a) una conferencia sobre Adolescencias y Juventudes el 27 de mayo en Bella Unión Artigas; b) un encuentro-campamento en Punta

Espinillo Montevideo los días 7 y 8 de octubre y c) el taller sobre Adolescencias en el propio Congreso Pablo Carlevaro el 9 de noviembre en la Intendencia de Montevideo. Próximamente se publicará en formato virtual un libro con diseño a cargo de OPS, redactado con los aportes de estas actividades y sus participantes.

Los colectivos de jóvenes y los espacios e instituciones que participaron de estas experiencias acordaron para 2024 la realización de un Curso de Formación de Promotoras/es Juveniles de Salud y Autonomía en abril, mayo y junio; luego un Encuentro-Campamento nacional en setiembre y un Congreso sobre Infancias y Adolescencias en noviembre de este año.

En este proceso se propone como línea de investigación con una estrategia metodológica de Investigación Acción Participación, la realización de diagnósticos locales juveniles, la elaboración de proyectos y planes locales, el fortalecimiento de los espacios adolescentes y el trabajo en red.

### ANTECEDENTES

La formación de Promotores y Promotoras de Salud Adolescente se viene llevando adelante por parte de las Policlínicas “Casavalle” y “Los Ángeles” desde el año 2022 y por la Policlínica “Casabo” desde 2023. Son policlínicas del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo. La labor de los equipos en estas policlínicas es muy destacable como promoción de salud en contextos difíciles ayudando además a que la atención sea mas amigable y promoviendo el

encuentro y la organización de los jóvenes. La calidez, el entusiasmo, la labor en equipo, la articulación con muchas instituciones locales (en Casavalle en particular con el Centro SACUDE) le dan otro perfil a estos centros sanitarios.

Hay también antecedentes de experiencias anteriores entre 2005 y 2015 por parte de la División Salud IM con el apoyo de diversas instituciones públicas y privadas como el MSP, ASSE, Min Interior, Colegio Don Bosco, etc. Aquella formación estaba dirigida a jóvenes entre 12 y 20 años, que participaban de 18 talleres teórico-prácticos de tres horas cada uno. Luego de culminada su capacitación, los participantes elegían el tema con el cual desarrollaban un proyecto de devolución a sus pares. Esos proyectos de promoción de salud incluyeron temas como cuidado y promoción de salud, salud cardiovascular, nutrición, sexualidad, reproducción, salud mental, adicciones, accidentes y violencia.

Vale mencionar en los antecedentes que en el Municipio A se hicieron Cursos de Promotores de Salud con capacitación en Salud Adolescente, Promotores Jóvenes de Salud en Policlínica Pajas Blancas y Promotores jóvenes en Ccz 18.

### CURSOS 2024

En 2024 esta iniciativa se amplía al oeste de Montevideo y al norte del país, coordinada por la Red de Municipios y Comunidades Saludables, en el marco de la creación de la Red de Adolescentes con Voz/s.

En Casavalle la jornada del 12 de abril fue un espacio de presentación del programa del curso y de escucha. Mas de 50 adolescentes y 20 adultos referentes de la policlínica, del Sacude, de la Red MCS y centros de estudio de la zona se reunieron en círculo al aire libre y conversaron porqué iban a participar del curso, qué experiencias les dejaron los cursos anteriores, qué querían lograr en éste.

El respeto a todas y todos asegurando un espacio libre de todo acoso fue un principio reafirmado con mucha claridad. Junto al equipo de las Policlínicas son destacables los aportes de los jóvenes que habían realizado alguno de los cursos de años anteriores.

En los siguientes encuentros (19 y 26 de abril, 3, 10 y 17 de mayo) se abordarán los temas Salud Autonomía y Participación; Desnaturalizando las violencias que vivimos; Sexualidades Plenas en la Adolescencia; Diversión Segura y la entrega de certificados con un cierre musical.

En el Oeste el sábado 13 mas de 40 adolescentes y 15 adultos referentes de las instituciones de la zona como el Club Huracán, Centro Kele Kele, Casa Pueblo, Centro Cultural Julia Arevalo, Policlínica Casabó IM, Red MCS y centros educativos de la zona se juntaron en las instalaciones del Club. La reunión común de presentación del curso dió lugar luego a tres subgrupos que conversaron sobre Salud y Autonomía, Rol de los Promotores de Salud, Participación y trabajo en Red. Algunas de las preguntas fueron: ¿Porqué creemos que hay que participar? ¿En qué espacios participamos? ¿Tenemos posibilidades de transmitir nuestras ideas? ¿Qué significa y para qué sirve una Red? ¿Qué es Salud? ¿Qué significa el concepto de autonomía? ¿Cuáles son los problemas de salud mas importantes en adolescentes y jóvenes? ¿Qué debemos hacer para cuidar nuestra salud? ¿Qué es un Promotor Joven de Salud? ¿Qué funciones tiene un Promotor de Salud? ¿Con quienes comenzarías a trabajar como Promotor de Salud en tu barrio o comunidad?

En el cierre adolescentes de cada grupo informaron al colectivo las conclusiones. En esos diálogos los adolescentes destacaron: “Los promotores son personas encargadas de brindar herramientas

*sigue en pág. 11*



viene de pág. 10

a otras personas y comunidades. Sus funciones pasan por transmitir, comunicar. Debemos trabajar desde lo micro a lo macro, desde los núcleos familiares a las comunidades y las instituciones. La salud arranca con uno mismo para luego llegar al resto. La salud es sentirse bien con uno mismo, es el bienestar físico y mental y también es construir un futuro. Se necesitan entornos familiares saludables, sin problemas económicos y sin discriminación. Hay que defender nuestros derechos. Ante los problemas que vivimos no debemos quedarnos solos, ni encerrarnos en nosotros mismos sino dialogar, desahogarnos, tener personas en quienes confiar. Debemos salir de los ambientes tóxicos, del bullying y la discriminación. Muchas veces no nos sentimos escuchados por los adultos, que hacen oídos sordos a nuestros problemas y necesidades. La autonomía no es que yo puedo con todo sino poder buscar soluciones, tomar decisiones, recibir y aceptar los consejos de las personas que nos rodean o no hacerlo si no es lo que queremos. Los padres de nuestros padres vivieron en otra época. Ser autónomos significa poder elegir qué pensamientos ya no queremos aceptar. En los centros educativos hay que poder preguntar una y otra vez si no entendemos. No somos solo una nota en el liceo. La rutina no debe ser solo el liceo y la casa. Hay que hacer cosas que nos hagan sentir bien, hacer las cosas de corazón, conocer a otros jóvenes”.

Sobre los espacios para compartir entre jóvenes señalaron que “hay grupos de adolescentes donde se puede participar pero al pasar los 18 años se reducen mucho. Muchas veces los adolescentes no saben de la existencia de esos grupos, no son conocidos. Los adolescentes están muy solos. La participación es una herramienta para superar esa soledad. La experiencia del Club Huracán con el acercamiento de jóvenes del barrio es un ejemplo, “una segunda casa” para varios de ellos. La Policlínica Casabó es otro ejemplo de nucleamiento de adolescentes en barrios de la zona. También los liceos y centros culturales son bases de colectivos jóvenes. Les gustaría que en otras zonas haya ese tipo de espacios. ¡Qué distinto sería si hubiera en todos los barrios! Es importante participar y generar redes como recreación y como salud mental”.

Se les ocurrieron varias ideas para proyectos que permitan a los jóvenes juntarse. Por ejemplo “un lugar para hacer deportes, una radio comunitaria, crear circuitos deportivos o circuitos artísticos, aprender a hacer tatuajes, hacer murga, apoyos para el estudio, divertirse, hablar los problemas, crear vínculos entre los espacios juveniles, usar muchas instalaciones vacías o subutilizadas en los barrios. En estas experiencias locales aprendimos miles de cosas (...aprendí a pintar en Club Huracán) y sobre todo a trabajar en equipo”, dijeron. “Las redes son espacios de confianza. Las redes también son importantes para generar vínculos y no aislarnos porque cuando nos pasa estos es difícil salir después. Identificamos los siguientes problemas de salud como relevantes: Salud Mental, mejora del entorno familiar, problemas económicos y discriminación”.

En Bella Unión es la Intersocial quién convoca y organiza el curso junto con el

colectivo de jóvenes “Generación 2000” y la Udelar a través de Cenur Litoral Norte. Retoman así sus experiencias en el año 2023, integrando a otros adolescentes, planificando la participación de los barrios de Bella Unión y la forma de llegar a jóvenes en otras ciudades del departamento y en otros departamentos del norte. La meta es comenzar el curso en la segunda quincena de mayo.

Un criterio acordado es la participación de jóvenes de una zona en los talleres de las otras, de forma que se vaya fortaleciendo el trabajo en red. La construcción de una Red de Adolescencias y Juventudes es uno de los objetivos de todas estas actividades. La multiplicidad de instituciones y organizaciones que coordinan en cada territorio es asimismo una fortaleza y un objetivo para ir creando redes.

### PROGRAMA GENERAL

Hay un programa general flexible de estos cursos que tiene luego priorizaciones y variaciones según la zona escuchando las voces de los participantes en cada una. La elaboración de este programa surge de un intercambio amplio entre los actores. Apex Udelar presentó la propuesta de curso al Área de Educación Permanente de la Udelar.

### OBJETIVO GENERAL

Promover la participación de Jóvenes y Adolescentes para visibilizar, reflexionar y actuar en la mejora del cotidiano vivir de este sector de la población, avanzando en el ejercicio de sus derechos a través de la participación de colectivos, espacios adolescentes y trabajo en red.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimular el ejercicio de derechos y la construcción de la voz colectiva de adolescentes y jóvenes en sus comunidades que permita un abordaje integral de sus problemas y necesidades

MODULO: Participación Social Innovadora. Diagnóstico Local Participativo Joven y Adolescente como Agente de Cambio - Promotor Joven con Vos/z - Espacios Adolescentes y Jóvenes con Vos/z (Escucha e Intercambio de Saberes). Promoción de la exposición de ideas del Adolescente - Integración Social de las Ideas - Coordinación Interinstitucional - REDES. Espacios de incidencia para los adolescentes. - Permitir a jóvenes y adolescentes el desarrollo de las aptitudes sociales y capacidades de resolución de problemas cotidianos.

MODULO: Problemas Cotidianos. Diversión Segura- Malestares Psicológicos - Violencias - Habilidades Sociales - Problemas en Centros Educativos - Bullying- Identidad familiar y antecedentes- Problemas en la familia - Acceso a Alimentación Saludable. Influencia de Internet - Acoso Digital - Consumos de sustancias - Embarazo no intencional - Identidad de Género- Discapacidades. Dialogar sobre la educación en tiempos de postmodernidad que permita a los adolescentes y jóvenes, identificar un significado, un proyecto o un sentido de vida.

MODULO: Educación y Cultura en jóvenes y adolescencias. Educación en valores solidarios, participativos, comunitarios, en clave de derechos. Cultura como factor protector y desarrollador de personalidad. Danza, Teatro, Murga, Radio, Comunicación audiovisual.

MODULO: Jóvenes y Adolescentes en sus barrios. Diagnóstico Local Joven.

Planificación Estratégica - Microproyectos- Relacionamiento con la comunidad. Lo ambiental: el cuidado del espacio común/colectivo. Vida con proyectos. Contribuir a que jóvenes y adolescentes puedan tener sentido de pertenencia con oportunidades de participar y ser miembros activos que contribuyen a su comunidad, no solo como futuro de la misma sino como partícipes de su presente.

MODULO: Promoción de Salud en las adolescencias. Ambientes Saludables - Activos de Salud Comunitarios. Promover estilos de vida saludables en los jóvenes y adolescentes. Salud Sexual y Reproductiva - Nutrición - Imagen y Salud. Actividad física de ejercicios y lúdico recreativa. Pensamiento crítico ante los mandatos del mercado en los medios de comunicación. Desmedicalización y despatologización.

MODULO: Orientación Laboral. Apoyar la inclusión laboral de los jóvenes. Importancia de Curriculum - Derechos laborales - Seguridad en el trabajo - Oferta y Orientación Laboral. Desafíos de estudiar y trabajar.

### ESPACIOS ADOLESCENTES

La generación de espacios colectivos de adolescencias responde a una necesidad del tejido social en relación con una población particularmente afectada en diversos planos. Al mismo tiempo apunta a la construcción de valores solidarios, participativos, comunitarios y a fortalecer los vínculos y el entramado social integrador.

Las desigualdades afectan duramente a adolescentes y jóvenes en el plano económico, social, cultural y político. La pandemia agravó esas desigualdades. Se ha considerado poco como ha impactado en ellos el confinamiento, el distanciamiento o el stress al que están sometidos. Una política pública debería tener en cuenta sus necesidades en distintos planos de su presente y futuro. Sin embargo la voz de adolescentes y jóvenes no es escuchada ni se generan mecanismos para que puedan construirla y expresarla en relación con todas las dimensiones sociales, sanitarias, económicas y culturales involucradas.

Andrés Dean destaca en un artículo reciente la necesidad de fortalecer los “activos” y no solo los ingresos para disminuir las desigualdades en Uruguay. Entre otros argumentos referidos al activo “educación de las personas” señala que el porcentaje de jóvenes de 18 a 19 años que no habían finalizado secundaria disminuyó de 80,4% a 69,1% entre 2006 y 2019 (fuentes de INEED). A pesar del avance estas cifras colocan a Uruguay entre los peores países de América Latina. Precisaríamos más de 70 años para llegar a una cifra de 19,9 de deserción educativa como la de Chile en 2015. La desigualdad socioeconómica se reproduce en este aspecto, porque mientras 83,9% de los jóvenes del primer quintil de ingresos no terminaron secundaria esta cifra baja a 34,9 % en el quinto quintil.

No solo importa tener en cuenta y mejorar el sistema educativo formal para que responda a las necesidades de los jóvenes sino también promover procesos educativos desde las comunidades. La educación popular y comunitaria es una de las herramientas claves para el fortalecimiento de las organizaciones y colectivos sociales, incrementando su

capacidad de realizar diagnósticos integrales, construir redes, fortalecer valores solidarios e integradores y promover acciones transformadoras de sus realidades.

### ESTRATEGIA

En los intercambios generados han ido surgiendo ejes vertebradores que sirvan de marco a cada pequeño paso que se da. Algunos de ellos son:

- Crear Espacios Locales “Jóvenes con Vos/z” articulados con centros culturales barriales, centros educativos, policlínicas zonales, redes comunitarias, organizaciones sociales, espacios públicos, gobiernos locales y otras referencias territoriales desde grupos motores de jóvenes.

- Trabajar para la visibilización y solución de las necesidades sentidas que este sector de la población tiene en los diferentes barrios (diagnóstico participativo joven).

- Desarrollo de un proceso permanente de investigación multidisciplinaria de la población

- adolescente y juvenil que incluya el estudio de lo cotidiano, los factores estructurales y la coyuntura actual y las percepciones juveniles al respecto.

- Apoyo a los acercamientos de los jóvenes con la comunidad organizada que permita empoderarlos y desarrollar sus proyectos en los barrios donde residen. Apoyo a la realización de Micro Proyectos Comunitarios realizados por jóvenes y adolescentes.

- Desarrollo de Programas de Formación en habilidades emocionales y sociales que promuevan en los jóvenes, la empatía, la toma de decisiones, el manejo del stress, la conformación de proyectos de vida y herramientas para la resiliencia en momentos de crisis o vulnerabilidades

- Desarrollo de actividades de educación y promoción de salud en jóvenes y adolescentes que incluya la prevención de factores de riesgo, salud mental, salud sexual y reproductiva, la adquisición de buenos hábitos de alimentación así como la realización regular de actividad física y manejo del tiempo libre.

- Promoción de multiplicadores jóvenes (jóvenes con vos/z) que permitan dirigirse hacia las necesidades y las posibilidades de organización de sus pares.

- Formación de “Promotores de Vida” que actúen en la prevención del suicidio entre jóvenes.

- Promoción de controles de salud adolescente del Programa Nacional de Salud Adolescente

- Estimulos para la inclusión laboral de jóvenes.

- Desarrollo de actividades y programas intergeneracionales entre poblaciones de distintas franjas etarias e inclusivos, que contemplen la situación de jóvenes con discapacidades.

- Recopilación de experiencias de trabajo con adolescentes y jóvenes para generar un repositorio digital que sirva de herramienta para la construcción de estrategias futuras.

- Trabajo en Red con organizaciones que persigan objetivos similares.

Estos cursos en Casavalle, el Oeste de Montevideo y el norte del país, son un paso significativo en contextos llenos de desigualdades.

*1Hacia una nueva generación de políticas contra la desigualdad | la diaria | Uruguay*



# En el marco del Día Mundial de la Voz, el Hospital de Clínicas realizará una actividad abierta a la comunidad

**Mañana martes 16 de abril se llevará a cabo un screening gratuito realizado por profesionales especializados y en formación en el área**

En el marco del Día Mundial de la Voz, el próximo martes 16 de abril se llevará a cabo un screening gratuito realizado por profesionales especializados y en formación en el área, dirigido a mayores de 18 años con el objetivo de detectar alteraciones en la voz, orientando y derivando luego una evaluación laringológica completa en casos pertinentes.

Dicha actividad se realizará en el Hospital de Clínicas de la UBA (Paraguay 2200, hall entropiso) en el horario de 8 a 12 horas.

La disfonía es un término que hace referencia a cualquier alteración en la calidad, la intensidad o el tono de la voz, que afecta la capacidad de hablar de manera clara y fluida. Puede manifestarse como cambios en la voz, como ronquera, voz áspera, voz débil o falta de control sobre la misma.

Se estima que el 45% de la población presenta algún episodio de disfonía a lo largo de su vida. "El riesgo de padecer disfonía asociada a la sobrecarga del uso de la voz es habitual y puede afectar a cualquier persona en cualquier momento de su vida" advierte la Lic. Fabiana Wilder, jefa del servicio de Fonoaudiología del Hospital de Clínicas de la UBA.

Las principales señales de alteraciones en la voz suelen ser la fatiga vocal, disminución del rango de la voz, sensación de esfuerzo constante para hablar, im-

posibilidad de usar la voz de modo fácil y cómodo, la pérdida de volumen, el ardor, la picazón o sensación de cuerpo extraño. Es necesario que ante cualquier cambio en la voz o aparición de ronquera que dure más de 15 días, se realice una consulta con un profesional.

Muchas veces a todos estos factores se suman la cantidad de horas de trabajo que afrontan los docentes argentinos, los ambientes poco acustizados y con ruido y las ciudades con alta contaminación auditiva que generan un ambiente laboral dificultoso.

"Si bien existe la falsa creencia de que las alteraciones vocales se reservan únicamente a determinados sectores, como los docentes, cantantes o locutores, cualquier persona puede presentar cambios en la voz y en muchos casos, por no consultar a un especialista, se generan lesiones que se pueden volver crónicas. La mayoría de las veces el comienzo de la disfonía se asocia a un uso prolongado y exigente de la voz, por ser esta una herramienta de trabajo y de comunicación, pero también existen factores externos que podrían agravar y prolongar la disfonía" agrega Wilder.

"Entre las pautas a tener en cuenta para mejorar la salud vocal, podemos destacar mantener una buena hidratación (bebiendo al menos 2 litros de agua

diarios), evitar exponer la voz a sustancias deshidratantes como el alcohol, tabaco y cafeína, evitar comidas picantes e irritantes que pueden provocar reflujo gastroesofágico, lo que puede producir irritación del tejido de las cuerdas vocales" comenta la especialista del Hospital

de Clínicas.

Los hábitos saludables, contribuyen a tener un sistema fonatorio más resistente, la eficiencia requiere de entrenamiento vocal, sin embargo el diagnóstico, entrenamiento y tratamiento de la voz son procesos individuales.

## Con sus mismas palabras... LES LUTHIERS

Lo encontré en mi pueblo cuando yo tenía 17 años y él iba a cumplir 30.

No me vio.

No tenía cómo verme.

De cualquier manera, ese día me cambió la vida para siempre.

Yo estaba en el living de la casa de Ana María y él estaba adentro de un cajón de madera de un metro ochenta por sesenta. Más o menos.

Un mueble al que llamábamos "combinado" (nota para los más jóvenes: se le llamaba combinado porque por primera vez se combinaba la radio con el tocadiscos en un solo mueble). Lo raro es

que también le decíamos "combinado" a la selección de fútbol. Con el tiempo me di cuenta de que la llamábamos así porque eran de madera y sonaban bastante seguido.

Daniel Ravinovich formaba parte de un conjunto al que conocimos como Les Luthiers, y su inconfundible voz salía desde allí adentro.

"Los Les Luthiers", para ser más exacto.

A partir de ese día de marzo de 1973, entendí que empezaba a formar parte de una generación privilegiada que alimentaría su alma, su espíritu y su intelecto con las voces que salían de ese mueble

combinado y de los siguientes aparatos que tuvieran adentro a Daniel y al resto de "loslelutié".

Nos formamos con ellos.

Nos formamos, nos informamos y nos transformamos con ellos.

Inauguraron nuestras risas, provocaron las primeras carcajadas adolescentes y se convirtieron en la puerta grande a otras opciones de humor que llegarían desde Argentina, como Quino, Fontanarrosa o Dolina.

Tiempos de Mastropieros y no de Mastropierros.

Porque por esos días conocimos a

Johann Sebastian Mastropiero, escuchamos a Dorival Lampada (Lampiño para nosotros), nos asombramos con el pastor Warren Sánchez, reímos con Yogurtu Mghe, cantamos con Cantalicio Luna y le escribimos al querido Tío Oblongo.

Escuchamos el chelo legüero, el tubófono parafínico cromático, el dactilófono o el yerbomatófono d'amore contruidos con partes de bicicletas, barriles, bidets, tubos de ensayo, mangueras, calefones, tablas de lavar y hasta tapas de inodoro.

Todo lo que nosotros usábamos coti-

*sigue en pág. 13*



viene de pág. 12

dianamente en nuestras casas y que pensábamos tenía un único e indiscutible uso, ellos —en un alarde de creatividad sin límites— lo convertían en instrumentos musicales.

Como si fuera poco, lo teníamos que imaginar, porque al combinado le faltaba un rato largo para que le “combinaran” alguna pantalla.

Por aquellos años, la Cantata Laxatón entró como un misil en nuestros cuerpos y salió de mejor forma, porque —como decían “loslelutié”— “actuaba suavemente durante la noche; provocaba una evacuación normal y sin dolor ni irritación”.

Fue lo primero que escuché de ellos.

Unos años después, ya más grande, casado y con hijos, viviendo en Punta del Este; yo acostumbraba a correr seis kilómetros cada mañana alrededor de la península.

Y nunca imaginé que un sábado de diciembre, cerca de la Punta de la Salina, iba a ver a Daniel caminando en dirección contraria, como hacia mí, y a punto de cruzarme.

Me estremecí.

Me preparé para decirle mil cosas.

Pero me di cuenta de que no iba a ser fácil.

Porque tuve la sensación de estar encontrándome con Superman, con Mafalda o con el Quijote.

Quiero decir, uno no está preparado para cruzarse con un gigante a unas cuerdas de su casa. Sentí que “eso” se había caído de la pantalla de algún cine, como si fuera una película de Woody Allen, o —peor aún— que se había escapado de madrugada de adentro de un combinado. Entonces los pensamientos se descontrolan, las palabras se pelean por salir, las intenciones van más rápido que los dichos. Uno se tara y solo quiere agradecerle, contarle lo importante que fueron para nosotros, decirle que no me hubiera molestado que nos conocieran como “la generación lesluthiers” y mil frases más de ese tipo.

Él se me acercaba inexorablemente y yo no encontraba la primera palabra, la que abre la puerta, la que arrastra a las palabras que vienen después: la palabra llave.

Lo tenía ahí, ahí, casi lo tocaba y seguía buscando por dónde empezar a resumir en una conversación de ascensor, tantos



días y días de risas y aprendizajes.

Dejé de correr justo enfrente a él y a su esposa. Me paré casi cara a cara y sin darle tiempo a que dijera nada, miré el cronómetro en mi muñeca como hacía cada vez que me detenía, lo miré a los ojos y le dije: —¡Florde relós!

Él giró la cabeza hacia su esposa con cara de “¿qué le pasa a este pibe?” e intentó seguir caminando.

—Soy floridense —le conté obstaculizándole el paso—. Soy floridense porque he nacido en Florida.

Si no fuera floridense habría nacido en otro pago.

Miró a su mujer y volvió a mirarme a mí. Le dije que lo admiraba mucho, que se cuidara, que a esa hora ya tenía que protegerse del sol, que a las 10 de la mañana el sol es un fuego encendido, que queima hasta o apelhido y que ya es un sol sostenido.

Él, nada.

—Salgo a correr todas las mañanas, Daniel, pero nunca imaginé que iba a encontrármelo. Yo lo conozco desde que estaba adentro del cajón de madera.

Él, nada.

—Salgo solo, porque mi esposa se marchó a lavar la ropa, la mojó en el arroyuelo y cantando la lavó. La frotó sobre una piedra y la colgó del abedul.

Dio un paso para atrás y sin sacarme los ojos de arriba, tanteó con su mano derecha a sus espaldas, hasta encontrar el murito y se sentó; sin dejar de mirarme, como si se hubiera encontrado con un marciano. Abrió las piernas, clavó sus codos, apoyó su cara en las manos abiertas y siguió mirándome como tratando de entender algo.

—Una pregunta, solo una pregunta Daniel y después lo dejo seguir caminan-

do. ¿Podría decirme de quién eran los pasos que escuchó la hermosa Molly? Y una cosa más: ¿por qué había ladrado el temible Sultán? ‘Pere, ‘pere un segundo... lo que más quiero contarle es que 50 años después sigo sin ver “El Asesino Misterioso”. La última y ya sigue: ¿el asesino misterioso era Jack el Forastero?

Amagó pararse y con esa voz aflautada que le salía a veces me preguntó:

—¿Y vos quién sos?

—No me asusta el acertijo —le dije—.

La destreza y la memoria son buenas si van en yunta.

¿No se ofende si le pido: me repite la pregunta?

—¿Que quién sos vos?

—Un marciano— le contesté.

Se paró y dio el paso para seguir caminando. Yo me puse delante otra vez.

—Mi honra está en juego, y de aquí no me muevo.

Y sin dejarlo avanzar, lo invité a tomar un café, aromático y sabroso, un café de Rodrigombia.

Movió su brazo derecho como para correrme, pero yo lo atajé.

—¡Detente pecador! No me toques la espalda que me arde. Ayer me achicharré el sol y creo que

esta noche ni siquiera desnudo podré aguantar la ropa. ¿Hoy es sábado, ¿no?

—Sí ¿por qué?

—Porque me había olvidado de que a esta hora está por empezar “La kermesse de los sábados” con

un cargamento de concursos.

—¡Y sorteos! —me dijo.

—Música —agregué.

—¡Sorteos!

—Alegría.

—¡Sorteos!

—¡Cortala!

—¡Bueno! —me contestó—. Pero deberías saber que la kermesse de los sábados va los domingos.

—Estoy muy contento de haberte encontrado, Daniel— le dije tuteándolo, al darme cuenta de que

comenzábamos a entendernos.

—¿Estás contento?

—Muy contento.

—¿Muy contento?

—Sí, estoy chocho.

—Bueno, entonces... ya está. ¿Te gusta hablar conmigo?

—Sí.

—Entonces callate y sentate a la sombra de aquel árbol.

—“ArBOL”.

—Árbol.

Foto: <https://lesluthiers.org>

—“ArBOL”.



MARCIANO DURÁN

—Sí, del “arBOL”.

—Árbol.

A esta altura la esposa dio unos pasos marcha atrás, como tomando distancia de los dos. Cuando escuchó que Daniel me decía que iba entrare per la finestra per cantare una aria maestra dio un paso más largo aún.

—Están mal de la cabeza— dijo la mujer asustada.

—Nos descubrieron —le contesté—, por fin nos descubrieron—. Y ahí vi que llegaba mi esposa con mi hijo que habían notado que estaba demorando mucho en dar la vuelta.

—¿Puedo hacerte una pregunta?— me dijo Daniel.

—Dígame usted, compañero— le contesté.

—¿Es tu hijo?

—Sí.

—¡Es tan hermoso poner un hijo...!

—Mm..

—¡Tener un huevo!

—Yo me voy —dijo la mujer—. No los aguento más.

Giró en sus talones y regresó caminando por donde había llegado.

—¡Haya paz! ¡Haya paz!— le gritó Daniel.

—Achicoria— le agregué yo, y ya me puse del lado y al lado de Daniel. La miré como con bronca y le dije:

—Ámelo como él la ama a usted y los demás envidiaremos vuestro amor.

Antes de perderse entre otras personas que pasaban caminando, giró la cabeza y preguntó:

—¿Adónde van?

—A la playa con Mariana— dijo Daniel.

—Perdónala —le dije—. A veces parece fría, sujeta. ¡Ay Daniel, relator, que la calma no se pierda, que si seguís discutiendo os vais a ir a la...

—¡Haya paz! ¡Haya paz!

En eso estábamos, charlando lo más bien mientras el sol asomaba en el poniente cuando vi que mi mujer y mi hijo volvían para casa.

La conversación fue muy agradable, sentí que hablábamos el mismo idioma. Le pregunté por qué la gallina dijo eureka y él me contestó:

—Pelé banana.

—La vinchuca cuando muge hace vinchú, vinchuuuu— le dije.

—Me gusta esa programacio —contestó—. Paupá... paupá —agregó—. ¿E

sigue en pág. 14





viene de pág. 13

como foi o final da historia tan colosal?

—Achicoria —contesté—. ¡Salapalacata! ¡Sapa, talaca salapalacató!

Y eso se ve que lo dije muy fuerte y moviendo mucho las piernas y los brazos, porque casi me caigo de la cama a la vez que mi mujer se despertaba y me advertía que si seguía soñando con “loslelutié” me iba a llevar al psiquiatra.

—Desde que lo cruzaste el otro día en la rambla y no te animaste a decirle nada, quedaste como tarado. Ahora podés soñar todo lo que quieras. Eso sí, no te enojés, pero te recuerdo que no te animaste a decirle nada.

—Perdón, lo siento —le dije avergonzado—. Voy a tratar de seguir durmiendo.

Ella me miró, me tocó la cabeza y me dijo: —Cierre sus ojitos, no los deje abiertos, que si no se duerme se va a quedar despierto.

Después de todo mi mujer, también es “Generación Les Luthiers”.



## NOTA IV

# Gersomino

**El 23 de junio de 1957, hace 45 años, estaba de guardia en el Hospital de Clínicas de Montevideo, cuando llegó una ambulancia con un niño herido por un disparo a quemarropa de escopeta.**



**PROF. DR. RAÚL C. PRADERI**

*El Prof. Emérito Dr. Raúl Praderi (18.09.1927- 01.08.2014), figura trascendente en la Cirugía Internacional del Siglo XX y de la Historia de la Medicina, fue un amigo personal de nuestro Director y de El Diario Médico, cuyas páginas engalanó con sus ricas notas, no exentas de un fino humorismo que era característico en su fascinante personalidad.*

*Continuamos hoy rescatando algunas de sus notas, con esta publicada en el No. 41 de AGOSTO del 2002.*

En esa época el Hospital era nuevo y el que esto escribe también. Me había recibido el año anterior y poco después obtuve por concurso una plaza de adjunto de clínica en el Servicio del Prof. Abel Chifflet, que ocupaba el piso 9.

Como no existían cargos específicos de cirujanos de guardia, éramos los adjuntos (antes llamados Jefes de Clínica), los que cubríamos las urgencias de guardia de la puerta del hospital, con el respaldo

de los asistentes, (el cargo inmediato superior) a los que debíamos informar de los pacientes a intervenir.

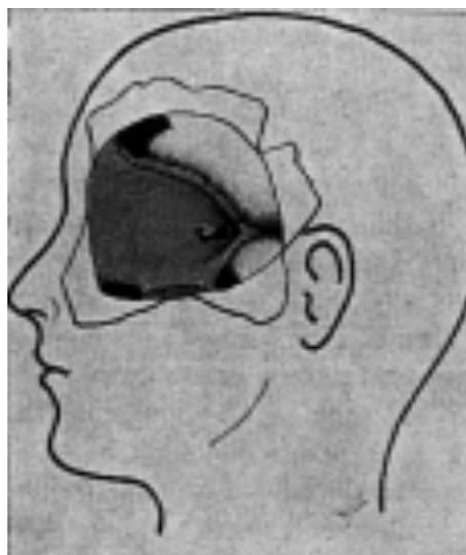
En realidad era uno de los más jóvenes que ocupaba ese cargo, pero había completado mi carrera quirúrgica, rotando por todas las especialidades como interno. También había sido Disector de Anatomía y ayudante de Patología Quirúrgica, adonde operé muchos perros, pero además en las clínicas de Urología, Cirugía, Cirugía de Niños, Traumatología y Ginecología me habían dejado operar bastante.

En esa época el cirujano estaba solo en el hospital, operaba ayudado por los internos. Los anestesiistas quedaban de retén al teléfono. Desde luego que no había neurocirujano de guardia, pues los especialistas de esa disciplina se contaban con los dedos en Montevideo y en el país.

En una palabra, había que arreglarse solo y operar lo que fuera, pero el quirófano y el instrumental eran excelentes y recién estrenados, con personal de enfermería muy capaz y expertas instrumentistas.

### UN NIÑO CON HERIDA DE ESCOPETA CALIBRE 12

El herido era un niño Gersomino G. de 8 años de edad, que había recibido dos horas antes una herida de escopeta calibre 12. Miró por el caño y apretó el gatillo, recibiendo en su totalidad el impacto de la carga de municiones de plomo. Llegó en coma, presión arterial 8 de máxima, con un extenso y profundo cráter que ocupaba la región orbitaria y frontal izquierda por donde sangraba profusamente; el padre trajo un trozo de calota craneana envuelto en algodones. Se hace rápidamente un lavado y se afeita el cráneo; venoclisis, transfusión de sangre, y se comienza a operar con anestesia local (novocaína) oxigenándolo con un catéter oral.



**Aspecto de la lesión. Después de la limpieza se ve la cavidad orbitaria vacía y el orificio dural arriba.**



**Después de suturados los colgajos. Los drenajes en posición.**

### EL INVENTARIO DE LESIONES

El inventario de lesiones es el siguiente: orificio cutáneo de 10 cms. de diámetro en región malar, orbitaria y frontal izquierda; bordes cutáneos desfilcados y quemados por la pólvora. Ha desaparecido un trozo de frontal, y toda la parte externa de la órbita, la parte de afuera del techo de ésta y casi todo el hueso malar. Esto último hace que el seno maxilar esté abierto en el foco de la contusión. Hay un hematoma subdural del área frontal y foco temporal (la duramadre no late y está cianótica por la sangre que oculta). El polo frontal anterior muestra un agujero en la meninge que expone el cerebro atricionado. Se ven chumbos a ese nivel y también en el espesor del contenido orbitario donde no se reconocen estructuras, el globo ocular que estalló es una masa amorfa. La arteria menínea media seccionada, sangra rítmicamente: los trozos de músculo que se ven; masetero y temporal, están deshinchados y llenos de chumbos. Hay varios trazos de fractura que se prolongan por la bóveda craneana hacia el otro lado; la pared interna y resto del piso orbitario tienen también fisuras óseas.

### VARIAS MANIOBRAS Y MÁS DE 20 CHUMBOS DE PLOMO

En esas condiciones se hace: 1º) lavado del foco, resección de bordes cutáneos necrosados. 2º) extracción de fragmentos de hueso libres; 3º) extirpación de todo el contenido orbitario decolándolo por el plano subperióstico hasta el agujero óptico; sección allí del nervio óptico y vasos oftálmicos; 4º) ligadura de la arteria menínea media ( en todas estas maniobras extraje más de 20 chumbos de plomo). En ese momento, como el estado del paciente mejoró con 12 / 8 de presión arterial, pulso y respiración regularizadas, el anestesiista Dr. Recine comenzó a hacerle Truene y pude seguir operando a fin de hacer una reparación plástica del foco ya limpio. Como existía un hematoma subdural lo drené, prolongando con una incisión el orificio frontal de la duramadre; comenzó a latir el cerebro del cual solo aspiré la papilla que salía hacia fuera de la meninge.

### COLGAJOS CUTÁNEOS

Frente a un foco traumático en el cual

*sigue en pág. 15*



viene de pág. 14

confluía órbita, seno maxilar y espacio subdural, pensé que la única solución era cubrirlo con colgajos cutáneos. Decolé piel hacia mas allá de la línea media e hice dos colgajos atípicos a pedículo superior que traje hacia abajo; con los flecos cutáneos regularizados hice dos colgajos posteriores y reuní todos ellos con puntos de catgut simple en la aponeurosis y lino en piel. Subiendo un pequeño colgajo malar quedó (con alguna tensión) todo el foco cubierto. Coloqué dos drenajes de goma en la órbita hacia delante y atrás. Restaba el problema del seno maxilar (cavidad séptica que comunica con las fosas nasales), que estaba en contacto con el foco operatorio que acabábamos de cerrar al coser la piel.

La técnica de Caldwell Luc Se me ocurrió que era lógico drenarlo hacia fuera para que el líquido cefaloraquídeo fluyera de arriba hacia abajo. Resolví utilizar la técnica de Caldwell Luc, que había aprendido con Pedro Hounie mi amigo otorrinolaringólogo. Para ello levanté el labio y practiqué una incisión con el escoplo en la fosa canina, colocando un tubo en el seno maxilar que salía por la boca. Con aspiración intermitente drené por allí durante 3 días líquido cefalo-

raquídeo. Después de la operación el niño bajó al piso 9 donde quedó en una habitación individua.

### EL NIÑO SALE DEL COMA Y SE RECUPERA

Gersomino salió del coma a los dos días y se recuperó rápidamente como saben hacer los niños. No tenía ningún déficit motor y comenzó a levantarse. El sector del lóbulo frontal alterado era muy anterior y yo sabía bien, por haber visto operar al Prof. Eduardo Palma, que no había riesgo en extirparlo. Palma hacía leucotomías frontales en pacientes psiquiátricos.

Pudimos apreciar que era un niño muy inteligente. Era el único internado en ese hospital de adultos.

### HABÍA QUEDADO TRANSFORMADO EN UN CÍCLOPE

Todo el personal conocía su historia que se consideraba como una especie de milagro, pero había quedado transformado en un cíclope, lo cual no me hacía mucha gracia. No solo el personal del piso 9, sino también el de sala de operaciones lo visitaban y le traían regalos que ocupaban toda la habitación.

No olvidaré nunca que Brenda Gon-

zález, distinguida instrumentista respetada y querida por todos, le regaló un hermoso traje azul. En esa época no se planteaba ninguna solución para su defecto facial.

El Profesor Chifflet me llamó y me dijo: "Praderi, tiene que publicar este caso pues usted hizo un cirugía de urgencia, cirugía plástica y otorrinolaringología, así que marché con el niño a la Sociedad de Cirugía para mostrarlo. Fue mi primera presentación científica en esa sociedad y se publicó en el Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay volumen 28: 339- 342. 1957.

Como al volver esa noche ya era tarde para cenar en el hospital, fuimos a mi casa y lo hicimos juntos. Yo en esa época no tenía hijos y pensaba qué sería de ese niño en el futuro.

Al día siguiente el vivaz Gersomino le había contado a las enfermeras que el Dr. Praderi se ponía babero para comer, efectivamente, me había puesto una servilleta en el cuello como hacía Poirot en las novelas de Agata Christie.

### CON PESAR SE FUE DE ALTA...Y 10 AÑOS DESPUÉS...

Con mucho pesar tuve que darlo de alta y volvió a las chacras del Tala con sus padres italianos. Diez años después, estaba de guardia en la puerta del Clí-

nica, ya con el grado de asistente de emergencia, cuando llegó un robusto muchacho con una crisis de epilepsia y una cicatriz en el lugar del ojo izquierdo que no tenía.

Tratado con anticonvulsivos, tuvo una gran alegría al verme y me dijo: - Dr. quiero que me ponga la vista que perdí y me contó su historia de esos años. No había ido a la escuela, ni sabía leer, pese a ser un niño inteligente. Tenía el cerebro en contacto con la piel y eso le provocó la crisis epiléptica.

Se lo confié a dos buenos amigos el Dr. Osvaldo Frejeiro, gran neurocirujano, al cual le había enseñado a operar vías biliares, pero que un día se lo llevó el Prof. Arana para Neurocirugía y lo transformó en un maestro de esa disciplina.

Entre él y el Dr. Germán Moller eximio cirujano plástico lo operaron y le pusieron un fragmento de cráneo de acrílico y un ojo de plástico. Anduvo bien, una enferma del Tala, que había operado con una cirrosis e hipertensión portal, me trajo algunas referencias de Gersomino, pero luego no supe más de él. Aclaro al lector al cual tal vez le suene su nombre, que Gersomina era el personaje que interpretaba Giulietta Massina en "La Strada", la famosa película de Anthony Quinn que representaba a Zampanó.

## CUENTOS PEDIÁTRICOS IX

# Una extremada urgencia oncológica. Poliserositis blastomatosa aguda

**Una noche de domingo fui llamado por el doctor Gonzalo Etcheverry para ver en consulta un niño en el Sanatorio Británico. Se trataba de un varón de un año y medio, sano hasta esta enfermedad, que el viernes anterior había comenzado con dolor abdominal y fiebre, por lo que fue visto y medicado como un trastorno banal, pues el examen era totalmente normal**



PROF. DR. MAÑÉ GARZÓN.

*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 Pediátricos", 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. 42 de SETIEMBRE del 2002 de El Diario Médico.*

El sábado nuevamente se quejó (se le suministró medicación analgésica), tuvo falta de apetito y algún vómito. El domingo por la mañana le notaron el abdomen distendido y tenso, aunque no dolorido, signo que se acentuó con el correr de las horas y que motivó la consulta.

Cuando lo vi, el paciente estaba totalmente lúcido, sin fiebre, jugaba, pero había vuelto a vomitar y el vientre era francamente grande, con el ombligo desplegado. Había movilizado el intestino y la orina era clara. Se trataba de un abdomen mate a la percusión con onda líquida y no se palpaban vísceras. Ya se le habían hecho varios exámenes de laboratorio, todos inconducentes, así como las radiografías de abdomen y tórax.

Quedé perplejo ante esta signología tan inusitada y formulé el diagnóstico semiológico anatomoclínico de ascitis aguda: vientre grande, mate, onda líquida. Inmediatamente quise descartar un origen extrabdominal, es decir por bloqueo circulatorio, suprahepático, una descompensación brusca por una pericarditis, por el hecho excepcional de pre en forma tan aguda y a esta edad.

Lo llevamos- de inmediato a la pantalla de rayos X y el corazón era totalmente normal y latía con toda libertad. Era casi obvio que debía ser así pero antes de

proseguir la investigación diagnóstica era mandatorio estar seguro. Quedaron las siguientes posibilidades muy diferentes: podía ser y ojalá lo fuera un exudado inflamatorio (peritonitis tuberculosa principalmente) pero lo más probable es que fuera una siembra peritoneal metastática de un linfoma, ya fuera linfoblástico o un linfoma de Burkitt.

Coordinamos inmediatamente la laparoscopia, que se realizó a las siete de la mañana del día siguiente, en la que estuve presente. La apertura abdominal dio salida a abundante líquido claro, cetrino, y por el laparoscopia pudimos ver todo el peritoneo, tanto parietal como visceral, sembrado de pequeños nódulos blanquecinos, de los que pudimos extraer algunos.

Yo mismo llevé el líquido al doctor Daniel Pien y la biopsia a la doctora Carmen Gutiérrez: se trataba de un linfoma indiferenciado tipo Burkitt. El enfermo siguió agravándose tormentosamente. El vientre se hizo enorme con signos de oclusión intestinal mecánica; fue necesario puncionar para evacuar el líquido. Se colapsó por una caída brusca del gasto cardíaco, lo cual motivó su ingreso a un centro de tratamiento intensivo.

Cuando lo volví a ver allí su estado era gravísimo. Tenía una poliserositis blastomatosa: un derrame pleural bilateral y un derrame pericardíaco con toda la signología que vemos en las pericarditis agudas (alejamiento de ruidos, roces pericárdicos e incluso en un momento [ruidos de aspas de molino!]). Ya había planeado con los hematooncólogos

Daniel Pien y Agustín Dabiezies el tratamiento, como extremo de una urgencia neoplásica: hidrocortisona, ciclofosfámid, vincristina.

El tratamiento se inició al mediodía del lunes, a menos de doce horas de la consulta inicial. La respuesta fue espectacular. En pocas horas se fundió la sintomatología. No se reabsorbieron los derrames pleurales y la ascitis, la función respiratoria se normalizó en el día, el vientre se hizo depresible y el tránsito intestinal se normalizó y empezó a orinar normalmente.

Salvada la urgencia tumultuosa de la siembra blastomatosa, el ajustado tratamiento oncológico lo llevó a una remisión clínica casi inmediata y con un plan terapéutico adecuado el paciente está ya, hace de esto diez años, fuera de todo peligro.

Referimos este caso por dos motivos especiales: la rapidez con la que logramos el diagnóstico y la extrema urgencia con la que agresivamente iniciamos el tratamiento. A este paciente, cualquier consideración diagnóstica, o demora de cualquier tipo en emprender la terapia oncológica, le hubiera costado la vida. Esta vida se jugó en pocas horas, y en pocas horas logramos vencer riesgadamente, es cierto, a un enemigo implacable. Muchos tratamientos de base pueden haberse realizado después, planes o protocolos, todos eficaces, todos con sus limitaciones tanto vitales como como tóxicas o secuelas, pero lo que lo salvó fue la solución rápida de la emergencia oncológica.



# Reporte sobre enfermedades transmitidas por *Aedes Aegypti* al 12.04.2024

**Fuente:** elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del sistema informático SG-DEVISA. Área de Vigilancia en Salud de la Población. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Casos nuevos desde último reporte

- Dengue autóctono: 8
- Dengue importado: 32

Dengue confirmados

- Autóctono: 266
- Importado: 245

Dengue probable\*

- Con antecedente de viaje: 39
- Sin antecedente de viaje: 17
- Sin dato: 2

Fallecidos

- Dengue: 3\*\*
- Chikungunya: 0

• Zika: 0

Chikungunya confirmados

- Autóctono: 0
- Importado: 1

Zika confirmados

- Autóctono: 0
- Importado: 2

\*Caso probable: todo caso sospechoso

con test de antígeno positivo.

\*\*1 fallecido considerado por dengue y 2 con comorbilidades que pudieron ser determinantes del fallecimiento.

Países de importación:

Dengue: 133 ARG, 89 BR, 18 PY, 2 MX, 1 ABW, 1 DOM, 1 CUW.

Zika: 1 Sudeste Asiático, 1 BR.

Chikungunya: 1 BR.

Casos de dengue actualmente internados: 7 en cuidados moderados.

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



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



Ministerio  
de Salud  
Pública

## En mi país... LOS NOMBRES NOS CONDICIONAN



MARCIANO DURÁN

Y nos llamamos distinto.

Claro que nos llamamos distinto.

Después de todo la gente en Corea se llama Min-Ho, Ji-Hoon o Hyun-Woo, en Rusia se llaman Alexey o Dmitry, y en Senegal tienen nombres como Abdou o Jawara.

¡Claro que nos llamamos distinto!

Lo que quiero decir es otra cosa.

Digo que en mi país nos hemos dado maña para marcar nuestra identidad también desde las cédulas.

Nos llamamos como somos.

Desde siempre.

Yo recuerdo que las abuelas de mi barrio tenían otros nombres.

Clotilde, Josefa y Adela. Aurora, Ofelia y Amalia. Justa y Brígida.

Y los maridos de ellas se llamaban Nepomuceno, Cipriano, Bonifacio, Casimiro, Nicasio y Epifanio.

Sugerile, solo sugerile a tus hijos que le pongan un nombre de esos a un nieto

tuyo y en diez minutos estás internado compulsivamente.

Eso sí, cuando se trataba de nuestras abuelas y abuelos, nos importaba un poco cuáles eran sus nombres, porque enseguida los rebautizamos Tata, Iaia, Lala y Abu.

Y al tiempo llegó la siguiente generación.

Nuestras hermanas comenzaron a lucir con orgullo nombres como Mariana, Teresa, Susana y Raquel. Nuestras primas eran todas Anas, Sonias, Silvanas y Cristinas.

Entonces, las madres —que todo lo saben— cuando quisieron tener hijas maestras, escribanas o doctoras, llamaron a sus hijas Beatriz, Ana María, Alicia y Graciela. Así de fácil. Cuando las anotaban en el Registro Civil ya les entregaban el título junto a la partida de nacimiento.

Claro que hubo otros nombres que se pasearon por las calles de mi país.

Por ejemplo, un día alguien se dio cuenta de que su hija iba a deslumbrar si se llamaba Sandra, Claudia o Patricia.

Y no le erró.

El tipo del Registro las inscribía con uno de esos nombres y enseguida les daba un carnecito que decía: “Nunca, pero nunca te vas a quedar sin bailar”.

Y así era.

Si llegabas media hora tarde a un baile, olvídate de bailar con alguna de ellas; todas las Claudias, las Patricias y las Sandras giraban en la pista desde la primera pieza.

¿Por qué?

No lo sé, pero lo cierto es que siempre ha dado gusto ver a una Patricia alejarse.

Y con las Claudias funciona al revés. De la mujer de Poncio Pilato para acá, pasando por la Cardinale, la Lapacó, la

*sigue en pág. 17*



viene de pág. 16

Shiffer o la Fernández, las Claudias se acercan mejor de lo que se alejan. Y las Sandras... imagino que son todas hijas de las eternas amantes del jetón de "Dame Fuego".

Como dice Rada: "admirar las tradiciones que hacen grande a mi país; las Patricias, las Claudias y las Sandras".

Otro problemita que hemos tenido es que cada poco nos embalamos con alguna letra. Por ejemplo, por los años 40 y 50 a los padres se les ocurrió internacionalizar a sus hijos.

Precusores de la "www" con la que ingresamos después al mundo de Internet, empezaron a aparecer por nuestras escuelas los Washington, Walter, Wilson y Wellington. Los Waldo, Walberto, Waldemar, Wilfredo, William, Wilmar y hasta los Wiston.

Supongo que todos conocemos a alguno de ellos. Los ayudo a ubicarlos: son los actuales abuelos de los Máicol, los Yónattan y los Braian.

Con las mujeres pasó lo mismo.

Deslumbrados por la Hepburn, la Taylor y la Temple, castigaron a sus hijas con nombres como Catherine, Elizabeth y Shirley. Les presento a las abuelas de Yennifer, Daina y Jessicas.

Por los 50 con la llegada del cine francés nos tupieron a Jacqueline, Edith, Ivonne, Margot, Solange y Marie-Claire.

Y treinta años después, recién salidos de la dictadura, a las madres y a los padres se les ocurrió llamar a los varones Nicolás, Rodrigo, Sebastián y Santiago.

¡Todos los niños se llamaban así!

"¡El penal lo tira Nicolás!", gritaba el técnico del baby fútbol, y arrancaba una excursión de niños para el área contraria.

Les habían puesto esos nombres porque eran largos, sonoros y con una gran personalidad, pero los luego los llamaban Nico, Ro, Seba y Santi.

Las niñas fueron todas Carolinas, Agustinas y Valentinas.

"Carolina, ¿puedes leer la página tres por favor?", decía la maestra, y arrancaban a leer cinco chiquilinas.

Cómo habrá sido, que, de tres mujeres que nos quieren leer desde el sillón presidencial ¡dos son Carolinas!

Y algo extraño sucedió con tres nombres: los Carlos, los José y los Pedros.

Los tres nombres consiguieron atravesar las distintas generaciones.

Todos tenemos un tío, un primo o un vecino que se llama así. Y en todas las generaciones, los Carlos a los que le dijeron Carlitos se convirtieron en buena gente. Los que no consiguieron pasar esa barrera quedaron en deuda con la sociedad y seguramente con el carnicero.

Yo desconfío mucho de los Carlos que nunca fueron Carlitos.

Ejemplo: Carlos Rohm, Juan Carlos Blanco, Carlos Daners, Carlos Reyles, Juan Carlos Paysee, Carlos Vaz Ferreira.

Esos son todos Carlos.

Y, sin embargo, Carlitos Roldán, Carlitos De Lima, Carlitos Bueno y Carlitos Gardel, a poco de crecer abandonaron el Carlos. ¿Si estoy seguro?

Claro. Solo hay que pensar en los Carlos que conocemos y ver si les decimos Carlitos.

Y lo mismo sucedió con los Pedros y



los Pedritos.

¿Han visto algo más bueno que un Pedrito?

Para entenderlo mejor: Pedro Bordaberry, Pedro Picapiedra, José Pedro y Juan Pedro Damiani nunca serán Pedritos.

Yo no le prestaría plata a un Pedro que no sea Pedrito.

Y a los José les pasó lo mismo. No si hay algo peor que un José al que no le digan Pepe.

José Peirano, José Rohm, José Nino Gavazzo.

¿Y los Pepes?

Mujica en los 60 era José, cuando llegó a la presidencia se transformó en Pepe.

El Pepe Sasía, el Pepe Guerra, el Pepe Urruzmendi, el Pepe Vázquez, el Pepe Delía.

El premio se lo lleva el Pepe Schiaffino, que consiguió ser Pepe siendo Juan Alberto.

No hay dudas de que en mi país nos llamamos distinto.

Hubo un tiempo en que les pusimos profesión a los nombres.

Así todos los Cono se convirtieron en futbolistas de Florida, los Manuel en bolicheros de Montevideo y los Samuel en tenderos del Chuy.

Los que quisieron que sus hijos fueran basquetbolistas les pusieron Ramiro, Óscar y Omar. Los que se la jugaron por tener hijos buena gente los crucificaron con Jesús, Ángel, Rosario y Belén.

Los que soñaron con relatores de fútbol los llamaron Víctor Hugo, Walter Hugo, Carlos María, Luis Víctor, Julio César o Javier. Los que odiaron a sus crías los llamaron Mamerto, Gilberto, Simeón y Cornelio.

Y así como en los 40 se puso de moda la letra W, medio siglo después le tocó a la F. Por esos años todos nos llamamos Facundo, Fabio, Felipe, Florencia, Fabiana, Fabricio y Fernanda.

Eso sí, donde nos exprimimos la cabeza fue en el fútbol. La selección del 24, de 18 jugadores tenía seis Pedros (Arispe,

Casella, Cea, Etchegoyen, Petrone y Zignone). La del 28 tuvo otro tanto. De ahí seguramente llegaron los Pedros de los 60 y 70 (Rocha, Grafiña, Pedrucci y algún otro).

Hoy es más difícil descubrir un Pedro jugando al fútbol que encontrar un futbolista de bigote.

Cuando, a fines de los 70 y comienzos de los 80, empezamos a ver por la tele cómo aparecía, crecía, se proyectaba y triunfaba Maradona, todos quisieron tener un hijo que jugara así.

Los mundiales desde el 82 al 94 llegaron en horarios extraños a mi país.

Nacidos en esas noches de espera de partidos mundialistas, los Diegos dijeron presente en la siguiente década en las

canchitas de baby fútbol.

Me refiero a los Godín, Forlán, López, Lugano, Pérez, Laxalt, Dorta, Arismendi, Ferreira, Polenta, y tantos y tantos Diegos que transpiraron la camiseta por todo el país.

Pero en lo que realmente nos destacamos del resto del mundo fue en la política.

Esto lo contás en Europa y dicen que es mentira.

Si alguien se aviva te hace una serie de Netflix.

"El milagro de los nombres" podría llamarse o "La sociedad que se atreve".

La historia es esta: los que se llamaban Rodney, León, Fidel o Vladimir, no tuvieron más remedio que ingresar al Frente Amplio en el año 71.

El nombre los acorraló. No les dejó alternativa.

Ellos se dieron cuenta de que con esos nombres era inevitable ser izquierdista, porque sabían que contra el destino nadie la talla.

Entonces llamaron a sus hijos Ernesto, Germán, Líber, Tabaré y Camilo.

Claro que los demás no se quedaron atrás.

Por esos años todos los que se llamaban Aparicio, Leandro, Carlos Julio y Juan Andrés... ¡se volvieron blancos!

Y llamaron a sus crías Álvaro, Luis Alberto y Juan Martín.

Mientras tanto los César, los Julio María, los Juan María y los Lorenzo se pusieron colorados.

A los que les pusieron de nombre Gilberto, Gregorio, Máximo, Basilio o Guido se volvieron militares.

A todos los políticos del Partido Independiente les pusieron Pablo y Gerardo (en este caso no es una forma de decir, es un recuento puntual).

Lo cierto es que en mi país... los nombres nos condicionan.

Te lo digo yo.

Mi nombre no me deja mentir.



  
LORENA  
TABORDA  
CONTADORA

IVA - IRF - IASS - FONASA

Certificados de Ingresos

Liquidación de Sueldos

cra.lorenataborda@gmail.com

098 939 239



# Primeras Jornadas Internacionales de Medicina y Enfermería Críticas

En conmemoración del 40 aniversario del CTI de COMEPA se desarrollarán las **Primeras Jornadas Internacionales de Medicina y Enfermería Críticas: "La sinergia entre la medicina intensiva y la inteligencia artificial"**.

Las mismas tendrán lugar en la ciudad de Paysandú del 9 al 11 de mayo de 2024. Hay dos becas disponibles para socios y socias del SMU.

Costos:

- Médicos: \$4.000
  - Socios SUMI, SATI: \$3.500
  - Postgrado y Residentes: \$2.000
  - Lic. Enfermería y Aux. de Enfermería: \$2.000
  - Fisioterapeutas: \$2.000
  - Estudiantes: \$1.000
  - Costos de fiesta:
  - Fiesta para inscriptos: \$800
  - Fiesta acompañantes y NO inscriptos: \$1.600
- Compartimos Programa de la actividad.



www.comepa.com.uy

**COMEPA** IAMPP  
Hacemos hoy la salud del mañana

**FEPREMI**  
Federación de Prestadores Médicos del Interior

**"La sinergia entre la medicina intensiva y la inteligencia artificial"**  
Conmemorando los 40 años del CTI de COMEPA, Paysandú.

9, 10 y 11 de mayo

**1as. Jornadas internacionales de medicina y enfermería críticas.**  
**Curso pre jornadas de medicina y enfermería.**

📍 **Mac Center Shopping** - Luis A. de Herrera 925, Paysandú.

## Invitados internacionales

- Dr. José Angel Lorente.
- Dr. Eduardo San Román.
- Dra. Rosa Reina.
- Dr. Marcos Las Heras.
- Dr. Indalecio Carboni Bissio.
- Lic. Ana Díaz.
- Lic. Nazareno Castro.
- Klgo. Juan Martín Nuñez.

## Invitados nacionales

- |                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| Dr. Arturo Briva.         | Lic. María del Carmen Alvarez. |
| Dr. William Manzanares.   | Lic. Paola Vázquez.            |
| Dr. Alberto Biestro.      | Lic. Verónica Casanova.        |
| Dr. Gastón Burghi.        | Lic. Lourdes Ferro.            |
| Dr. Pedro Alzugaray.      | Lic. Carlos Amorin.            |
| Dr. Henry Albornoz.       | Lic. Álvaro Fernández.         |
| Dr. Pedro Grille.         | Lic. Jorge Tejada.             |
| Dr. Leandro Moraes.       |                                |
| Dra. Cecilia Villariño.   |                                |
| Dr. Martín Angulo.        |                                |
| Dr. Matias Pécora.        |                                |
| Dra. Florencia Rodríguez. |                                |
| Dr. Rodrigo Beltramelli.  |                                |

**POU**  
PAYSANDÚ  
TERRA MEDICA

Declarado  
de Interés  
Departamental



Ministerio  
de Educación  
y Cultura

Declarado  
de Interés  
Ministerial

Formulario de inscripción:  
[inscripcionesjornadas@comepa.com.uy](mailto:inscripcionesjornadas@comepa.com.uy)

📞 098 883 800

**CTI**  
COMEPA  
40 años

1984 - 2024



Institución Acreditada como  
Organizadora de Actividades de  
Educación Médica Continua



# Prevención del Dengue

En el marco de la campaña de prevención de dengue, exhortamos a toda la población desde FEMI a tomar algunas medidas: elimina agua estancada,

usa repelente y viste ropa adecuada. ¡Prevenir el dengue es responsabilidad de todos!



## Claves para prevenir el Dengue



El dengue es una enfermedad viral transmitida por el mosquito Aedes aegypti y **sus síntomas principales incluyen fiebre, dolores musculares y articulares, malestar ocular, náuseas, vómitos y erupciones cutáneas.**

**FEMI** EL GREMIO DE LOS MÉDICOS DEL INTERIOR



### Descacharrización

Se debe tapar, poner bajo techo, dar vuelta, perforar, rellenar con arena, descartar todos los cacharros y recipientes en donde puede estancarse agua para evitar la reproducción del Aedes aegypti.

Aunque en algunos casos puede no presentar síntomas, **la mayoría de las personas afectadas experimentan síntomas leves,** aunque en ocasiones la enfermedad puede progresar a formas más graves.

**FEMI** EL GREMIO DE LOS MÉDICOS DEL INTERIOR



### Uso de repelente

Se debe utilizar siempre que se esté a la intemperie. Reaplicarlo en caso de haber transpirado o haber tenido contacto con el agua. A modo de repelente se recomienda también el uso de pastillas termo-evaporables especialmente en la noche o espirales. No se recomienda a menores de 6 meses.

**FEMI** EL GREMIO DE LOS MÉDICOS DEL INTERIOR



## Reanimación neonatal y traslado

El sábado 13 de abril en el Centro Socio Cultural de Young, Río Negro, la Federación Médica del Interior junto al gremio local, el Sindicato Médico de Río Negro – FEMI, llevarON adelante el taller “Reanimación neonatal y traslado”.

El taller contó con la participación de destacados docentes de la Unidad Académica de Neonatología, Centro Hospitalario Pereira Rossell.



La Federación Médica del Interior hace público su dolor ante el abominable infanticidio e intento de femicidio ocurrido en Rivera, sufrido por una colega.

Los médicos del interior manifestamos nuestro más profundo rechazo a los hechos de violencia de género en todas sus formas. Enviamos nuestras condolencias a su familia y a los colegas del Sindicato Médico de Rivera.

**FEMI**  
FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR

# 27 años junto a la Salud!



*Publicita en...*  
**EL DIARIO MEDICO**  
*Salud hoy*

## Consejo de Salarios G15: tiempo de consulta en ginecotocología

El Sindicato Médico del Uruguay (SMU), acompañado por la Federación Médica del Interior (FEMI), el Sindicato Anestésico Quirúrgico (SAQ) y la Sociedad de Ginecotocología del Uruguay (SGU), participó de la primera reunión de la comisión prevista en la cláusula 8.6 del acuerdo del Consejo de Salario grupo 15. Su cometido es estudiar las condiciones y requisitos para un eventual aumento del tiempo de consulta por paciente en la policlínica de ginecotocología.

También participaron de la reunión: la delegación de las empresas, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Trabajo (MTSS), quienes escucharon los argumentos que fundamentan la necesidad de mejorar las condiciones asistenciales en la mencionada policlínica, expresados por la delegación de

trabajadores.

Las empresas darán su repuesta a esta propuesta en la próxima reunión que se llevará a cabo el 2 de mayo de 2024.

El SMU entiende fundamental el avance en esta reivindicación que tiene como objetivo aportar calidad y equidad a la atención en salud de las mujeres.



## Emergencia por inundaciones: SMU donó colchones, sábanas y frazadas

El plenario intersindical de Florida colaboró con el traslado de los materiales.

El Comité Ejecutivo del SMU, en conjunto con la directiva de su Colonia de Vacaciones, resolvió donar un centenar de colchones, juegos de sábanas y frazadas al Centro Coordinador de Emergencias Departamentales (CECOED) de Florida.

Estos materiales pertenecían al hotel Alción, ubicado en Solís, departamento de Maldonado y se encuentran en excelentes condiciones. Para su traslado, realizado el jueves 4 de abril, el SMU recibió el apoyo del plenario intersindical de Florida.





# SMU y ASSE firman acuerdos para mejorar las condiciones de atención pediátrica

Esta firma abarca la atención pediátrica del Hospital del Cerro y Pereira Rossel; el equipo de pediatras de la Unidad de Cuidados Intensivos del CHPR retiró su renuncia.

Durante varios meses no se vislumbraban avances en la negociación entre ASSE y el SMU para solucionar los problemas vinculados a cuatro áreas de la atención pediátrica.

Plantearon sus reivindicaciones: pediatras del Cerro, pediatras de emergencia, intensivistas y neonatólogos del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Importa aclarar que dichos reclamos no eran salariales; básicamente respondían a

condiciones de trabajo inadecuadas que afectaban la calidad de la asistencia.

Los principales desafíos para resolver eran:

- dotaciones insuficientes
- brechas entre las horas necesarias y disponibles
- condiciones edilicias inaceptables.

En cuanto al Hospital Pereira Rossell, el estancamiento en las negociaciones, por un lado, y el hecho de derivar pacientes



hacia el sector privado, por otro, llevó a que, en su momento, la totalidad de los médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos presentaran su renuncia firmada.

Sin embargo, todas las partes mantuvieron el diálogo, negociaron y acordaron cuatro convenios en donde se aseguran:

- en el Hospital del Cerro 2 (dos) pediatras de guardia las 24 horas los 7 días de la semana.
- dotación completa para 20 (veinte) camas de CTI pediátrico en el Pereira Rossell.
- disminución progresiva de la brecha asistencial en neonatología (cantidad de horas reales menor a la cantidad de horas necesarias de neonatólogos).

• reformas edilicias en la puerta de emergencia del Pereira Rossell.

• asegurar la presencia de atención psiquiátrica para niños y adolescentes en el Pereira Rossell.

Todos estos acuerdos incluyen comisiones de seguimiento, para asegurar su cumplimiento, integradas por: ASSE, el Sindicato Médico del Uruguay y representantes de los grupos de colegas involucrados.

Se destaca la participación de las médicas y médicos de los sectores involucrados en este conflicto en la búsqueda de soluciones. El objetivo era claro: lograr mejores condiciones de atención a las niñas, niños y adolescentes que recurren a este prestador.



## Declaración del Comité Ejecutivo del SMU

En el norte de nuestro país un hombre armado hiere a una mujer, asesina a sus hijos y luego se suicida.

Como SMU no podemos quedarnos en silencio ante esta tragedia. Estamos siendo testigos de situaciones de violencia hacia niñas, niños y mujeres en nuestra sociedad que nos interpelan. Desde lo vocacional, como médicos y médicas nos golpea en lo más profundo de nuestra sensibilidad.

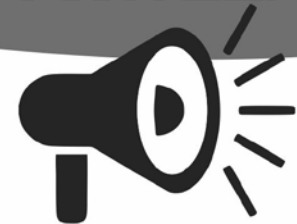
Somos conscientes de las dificultades para lograr un cambio cultural y social, pero esto no quita que debamos exigir mayores recursos y mayor compromiso de los poderes del Estado, del Gobierno, de todo el espectro político y también de la ciudadanía para lograrlo.

Hoy salimos a expresar nuestra congoja y solidaridad con una colega, pero también con todas las mujeres, niñas y niños víctimas a diario de la violencia.

Cambiar esta realidad es un deber ético que implica asumirlo sin buscar réditos políticos menores, como una causa común de todo el espectro político y social. No para el futuro lejano; es imprescindible que sea para el presente.



Visítanos en  
TWITTER



EL DIARIO  
MEDICO



## Medicina y Ciencia

PÁGINAS. 22 - 32



# La FDA concede la aprobación acelerada a lifileucel para melanoma no resecable o metastásico

**El 16 de febrero de 2024, la Administración de Alimentos y Medicamentos otorgó la aprobación acelerada al lifileucel (Amtagvi, Iovance Biotherapeutics, Inc.), una inmunoterapia de células T autóloga derivado del tumor, para pacientes adultos con melanoma no resecable o metastásico previamente tratado con un anticuerpo bloqueado PD-1, y si BRAF V600 positivo, un inhibidor de BRAF con o sin inhibidor del MEK.**

La seguridad y eficacia se evaluaron en un ensayo global, multicéntrico, multicohorta, abierto, de un solo brazo en pacientes con melanoma irresecable o metastásico que previamente habían sido tratados previamente con al menos una terapia sistémica, incluyendo un anticuerpo de bloqueo PD-1, y si BRAF V600 mutation-positive, un inhibidor de BRAF con o sin inhibidor de MEK. Entre los 89 pacientes que recibieron lifileucel, dos pacientes fueron excluidos porque el producto no cumplía con las especificaciones y cinco pacientes fueron excluidos debido a la comparabilidad del producto.

Lifileucel se administró siguiendo un régimen de agotamiento de la linfosfárida consistente en ciclofosfamida 60 mg/kg al día con mesna durante 2 días seguido de fludarabina 25 mg/m<sup>2</sup> al día durante 5 días. Tres a 24 horas después de la perfusión, los pacientes recibieron IL-2 (aldesleucina) a 600.000 UI/kg cada 8 a 12 horas durante un máximo de 6 dosis con el fin de apoyar la expansión celular in vivo. La mediana de la dosis de lifileucel administrada fue de 21.1 a 10<sup>9</sup> células viables. La mediana de número de dosis administradas de IL-2 (aldesleucina) fue de 6.

Las principales medidas de resultados de eficacia fueron la tasa de respuesta objetiva (ORR) y la duración de la respuesta (DoR). La mediana de tiempo hasta la respuesta inicial al lifileucel fue de 1,5 meses. ORR se basó en 73 sujetos que recibieron lifileucel dentro del rango de dosificación recomendado de 7,5 x 10<sup>9</sup> a 72 x 10<sup>9</sup> células viables. La ORR fue de 31,5% (IC 95%: 21,1, 43,4) y no se alcanzó la mediana de la DR (NR) (IC 95%: 4,1 meses, NR).

La información de prescripción contiene una advertencia en caja para la mortalidad relacionada con el tratamiento, citopenia grave prolongada, infección grave, cardiopulmonar y insuficiencia renal. Las reacciones adversas más frecuentes (-20%) en orden decreciente de frecuencia fueron escalofríos, pirexia, fatiga, taquicardia, diarrea, neutropenia febril, edema, hipotensión por erupción,

alopecia, infección, hipoxia y disnea.

La dosis de lifileucel recomendada es de 7,5 x 10<sup>9</sup> a 72 x 10<sup>9</sup> x 10<sup>9</sup> células viables.

Esta revisión utilizó la Ayuda de Evaluación, una comunicación voluntaria del solicitante para facilitar la evaluación de la FDA.

Esta solicitud recibió una revisión prioritaria, designación de vía rápida, designación de terapia avanzada de medicina regenerativa y designación de medicamentos huérfanos. Los programas acelerados de la FDA se describen en la Guía para la Industria: Programas Acelerado para Drogas y Biológicos Graves.

Los profesionales de la salud deben reportar todos los eventos adversos graves que se sospecha que están asociados con el uso de cualquier medicamento y dispositivo en el Sistema de Reporte de Medaje de FDA.

## “Es hora de cambiar el paradigma: debemos controlar la gingivitis y no esperar hasta que se desarrolle la periodontitis”

**Una Cumbre Internacional de Expertos destaca el papel de los antisépticos bucales para la prevención de enfermedades periodontales**

“Es hora de cambiar el paradigma: debemos controlar la gingivitis y no esperar hasta que se desarrolle la periodontitis”, ha asegurado el Dr. Iain Chapple, profesor de periodoncia y jefe de investigación del Institute of Clinical Sciences de la Universidad de Birmingham (Reino Unido), durante la Cumbre Internacional de Expertos celebrada en la Casa de las Encías de Madrid (España), sede de la Fundación SEPA.

La gingivitis es un estadio previo de

enfermedad en el que existe inflamación y sangrado de las encías, pero donde aún no se ha producido una afectación del hueso alveolar y de los tejidos del periodonto. “La periodontitis tiene un impacto importante en morbilidad y costes económicos. El objetivo es reducir la inflamación gingival para conseguir que no reaparezca la periodontitis o directamente que no se desarrolle”, afirma el Dr. David Herrera, patrono de la Fundación SEPA y codirector del Grupo de Investigación de

Etiología y Terapéutica de Enfermedades Periodontales (ETEP) de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

El encuentro, que se incluye en la iniciativa Principles for Oral Health, pretende facilitar a los profesionales de la salud bucal el acceso a los fundamentos y conocimientos más actuales en prevención de las enfermedades periodontales. Así, los diferentes expertos han analizado la literatura científica y las directrices internacionales para aclarar el papel de ciertos colutorios en la higiene bucal, y en el tratamiento de la gingivitis y la prevención de la periodontitis.

Este encuentro se incluye en la iniciativa “Principles for Oral Health”, que busca facilitar el acceso a los profesionales de la salud bucal a los conocimientos más actuales sobre la prevención de las enfermedades periodontales.

“Las enfermedades periodontales son muy prevalentes en todo el mundo y afectan a cientos de millones de personas. Centrarnos en la prevención y promoción de la salud periodontal a nivel poblacional permite reducir la carga de esta enfermedad, mejorar la equidad en

*sigue en pág. 23*



viene de pág. 22

salud bucal y promover la salud pública en general”, ha destacado, ha asegurado la Dra. Paula Matesanz, vicepresidenta de SEPA y coordinadora del encuentro. “La idea de esta iniciativa es crear contenidos y materiales educativos claros que ayuden a los profesionales dentales a comprender el verdadero valor añadido del uso de antisépticos en la prevención y el manejo de las enfermedades periodontales en las diferentes etapas de la salud y la enfermedad periodontal”, ha detallado.

### IMPORTANCIA DE LOS ANTISÉPTICOS BUCALES

Los antisépticos bucales (generalmente colutorios o enjuagues antimicrobianos) pueden desempeñar un papel clave en la prevención de las enfermedades periodontales y su recurrencia, dada su capacidad para reducir la formación de biofilm dental. Dependiendo de los principios activos que incluyan, según revela el análisis de la literatura científica, pueden ayudar a reducir la carga bacteriana, funcionar como complemento en las prácticas diarias de higiene bucal, ayudar a reducir los índices de placa e inflamación o, incluso, incorporarse como recursos adicionales en programas de mantenimiento periodontal, ayudando a preservar la salud y el soporte periodontal, así como colaborando en el éxito a largo plazo del tratamiento periodontal.

El limitado conocimiento por parte del equipo de salud bucodental de las recomendaciones y evidencias disponibles actualmente sobre los antisépticos orales limita su empleo

“Muchos estudios muestran que los agentes antisépticos incluidos en algunos enjuagues bucales pueden ser capaces de mejorar las condiciones orales, reduciendo la inflamación gingival y controlando el biofilm supragingival. Con esta iniciativa queremos traducir estos conocimientos científicos para elaborar recomendaciones más fáciles de entender para la práctica clínica”, ha indicado el Dr. Herrera. Además, ha comentado que “los antisépticos pueden beneficiar a cualquier persona”, abogando por identificar a los pacientes donde mayores ventajas pueden generar.

En esta línea, la Dra. Matesanz ha coincidido en la importancia de acercar a los profesionales de la salud bucal las guías de práctica clínica, desarrolladas por la Federación Europea de Periodoncia (EFP) y adaptadas por SEPA para su uso en España. “Así, el conocimiento científico es más accesible y favorable para el acceso a un recurso capaz de mejorar la salud”, ha señalado. La vicepresidenta de SEPA ha recordado que el empleo de los antisépticos bucales “no sustituye al cepillado dental, pero puede ser un valioso complemento para apoyar la salud periodontal”.

El Dr. David Herrera ha subrayado que los agentes antisépticos de algunas enjuagues bucales ayudan a reducir la placa bacteriana y la inflamación gingival

Las evidencias científicas y clínicas disponibles actualmente, las revisiones sistemáticas de estudios y las guías de referencia para los profesionales de la



odontología respaldan actualmente la eficacia y el valor de los antisépticos como complemento de la higiene bucodental diaria y su uso se puede considerar dentro de las intervenciones de prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales. La Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la periodontitis en estadio I-III, y las conclusiones del XI Workshop de Periodoncia de la Federación Europea de Periodoncia proporcionan recomendaciones e indicaciones para la utilización de estos recursos. Sin embargo, estas recomendaciones a veces resultan complejas para el equipo de salud bucodental, pudiendo limitar su empleo.

La Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Periodontitis en los estadios I-III, desarrollada por la Federación Europea de Periodoncia y que ha sido traducida a muchos idiomas y adaptada para su uso en muchos países del mundo, es una de las principales fuentes de información y orientación sobre la prevención y manejo de la periodontitis. “La evidencia derivada de revisiones sistemáticas para el uso complementario de los antisépticos bucales fue sólida pero, debido a las implicaciones de costes, factores ambientales y la presencia de alcohol en muchos enjuagues bucales, el consenso fue reducir la recomendación de fuertemente favorable a una recomendación ‘abierta’”, ha explicado el Dr. Iain Chapple. Este aspecto se ha tratado durante la reunión de expertos, de la que próximamente se extraerá un informe para difundir e implementar a nivel mundial.

La prevención y promoción de la salud periodontal a nivel poblacional podría reducir la creciente carga de las enfermedades de las encías, mejorar la equidad en salud bucal y promover la salud pública

### PREVENCIÓN Y CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA

Eliminar la gingivitis, evitando así la progresión a periodontitis, ahorraría costes considerables durante un período

de 10 años en comparación con “hacer lo de siempre” (por ejemplo, unos 36.000 millones de euros en Italia, unos 7.800 millones de euros en Países Bajos), y el retorno de la inversión es enorme (desde los 15.200 millones de euros en Italia hasta los 57.500 en Alemania). Además, recientes investigaciones revelan que la periodontitis tiene efectos sistémicos en la salud.

La intervención principal para el manejo de la gingivitis y la periodontitis es la eliminación mecánica de la placa. Sin embargo, no es posible eliminar el 100% de la biopelícula y, en algunas personas con alto riesgo de enfermedad periodontal, su umbral de acumulación de placa es extremadamente bajo. “A veces no es realista que personas de alto riesgo eliminen suficiente placa diariamente para permanecer periodontalmente sanos”, ha precisado el Dr. Chapple.

Por su parte, el Dr. Filippo Graziani, profesor de Periodoncia de la Universidad de Pisa (Italia) y profesor honorario en el University College de Londres (Reino Unido), ha resaltado que el control mecánico de la placa mediante el cepillado dental es la piedra angular de la salud bucal. En este sentido, ha recordado que requiere un uso y técnica correctas, precisando cierta destreza y una gran motivación diaria. “En aquellos pacientes que carecen o que han perdido destreza manual los enjuagues bucales pueden complementar los procedimientos de higiene bucal”, ha afirmado.

La falta de destreza es uno de los factores clave que aconsejan el uso complementario de un enjuague bucal

En los últimos 5 años, la Federación Europea de Periodoncia (EFP) ha promovido revisiones sistemáticas (Serrano et al. en 2015, Figuero et al. en 2020) donde se demuestra que, si bien el control mecánico de la placa realizado por el paciente sigue siendo la base del tratamiento periodontal exitoso, los agentes antisépticos que incluyen algunos enjuagues bucales pueden ser más efectivos que los de los dentífricos en la eliminación de la placa y la reducción de

la inflamación gingival.

Recientemente, el grupo de investigación del Prof. Graziani ha publicado los resultados de un gran ensayo clínico aleatorizado que revela como la diferencia clave para resolver la gingivitis es un alto nivel de control de la placa y el uso de dispositivos adecuados. Por ello, según afirma el experto italiano, “los enjuagues bucales son una herramienta eficaz no sólo por su efecto antiplaca, sino también por su efecto de modulador inflamatorio”.

Los expertos reunidos en este foro también han puesto en común las posibilidades de los antisépticos en pacientes sujetos a cuidados periodontales de apoyo, es decir, aquellos que han recibido tratamiento periodontal y en los que se pretende efectuar una prevención secundaria para evitar la recurrencia de la periodontitis. “Uno de los principales componentes de esta prevención es el control del biofilm supragingival, basado fundamentalmente en el control mecánico (cepillado de dientes interdental...)”, ha señalado el Dr. David Herrera. “Para aquellos pacientes con más del 10% de sitios de sangrado, se pueden considerar medidas adicionales, incluido el uso de antisépticos”, ha resaltado.

En los pacientes con periodontitis que siguen un programa de mantenimiento periodontal terminado el tratamiento activo y que presentan más del 10% de inflamación gingival, podrían usarse agentes antisépticos específicos para reducir el riesgo de recidiva

### DESIGUALDADES ECONÓMICAS Y ALIANZA ESTRATÉGICA

El impacto socioeconómico actual de la periodontitis es enorme y su prevalencia e incidencia se relacionan fuertemente con las desigualdades en salud. “Los más desfavorecidos son los más expuestos: un bajo nivel educativo se asocia con un 86% más de riesgo de periodontitis”, ha expuesto el Dr. Chapple. Esto se destacó en el 2021 White Paper by the Economist Impact “Time to take gum disease seriously”, donde se ponía de relieve como el cuidado periodontal era simplemente inasequible para muchas personas, y se identificaban importantes problemas de acceso a los recursos básicos de salud bucodental.

Actualmente, hay 4 millones de profesionales de la salud bucal en todo el mundo, de los cuales unos 2,5 millones son dentistas: alrededor del 80% de estos dentistas trabajan en países de ingresos altos o medianos altos, mientras que sólo el 1,4% ejerce en países de bajos ingresos.

Por otro lado, Soha Dattani, director and head scientific engagement, Listerine Oral Care, EMEA, ha destacado la trascendencia de este encuentro para mejorar la difusión de información científica relevante sobre la prevención de enfermedades periodontales a los profesionales de la salud dental. “Esta colaboración entre Listerine y SEPA supone un paso importante para educar y capacitar a los profesionales de la salud bucal, de forma que reciban el apoyo óptimo para ayudar a sus pacientes en su viaje hacia la salud periodontal”, ha concluido.



POR RAÚL LIMÓN

# La OMS lanza Sarah, un avatar de inteligencia artificial sobre temas de salud

La organización mundial reclama ayuda para el proyecto, que presenta múltiples deficiencias, pero aspira a convertirse en una fuente de información médica alternativa a los buscadores habituales

Más de la mitad de la población consulta temas de salud en internet, según una encuesta de las Sociedades de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), para encontrar explicaciones a síntomas, molestias, diagnósticos, medicamentos, vacunas, tratamientos y estilos de vida, entre otras cosas. Este filón lo quieren explotar las empresas tecnológicas, que ya disponen de asistentes médicos de inteligencia artificial. Pero estos servicios, más enfocados a profesionales, deja en manos de los recursos gratuitos una información sobre la que María del Campo, integrante de la semFYC, destaca la importancia de que “existan mecanismos de búsqueda de información médica depurada”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha intentado, con muchas deficiencias, según las primeras experiencias, aportar su parte con un chat de inteligencia artificial sobre salud, Sarah, que acaba de lanzar.

Sarah son las siglas de Smart AI Resource Assistant for Health (Asistente inteligente de recursos de IA para la salud) y es un avatar que ya se probó durante la pandemia con otro nombre (Florence), pero que resurge con un nuevo modelo de lenguaje y tecnología y, por ahora, en ocho idiomas, incluido el español.

Sarah responde con la empatía mínima cuestiones muy generales y siempre recomienda acudir al médico. Se le presupone capacitada para proporcionar información sobre los principales temas de salud, pero en las pruebas realizadas en estos primeros pasos, ha fracasado a la hora de aportar enlaces a información médica más concreta y se ha limitado a ofrecer recomendaciones muy generales o un listado básico de síntomas vincula-

dos a algunas dolencias. Tampoco puede visualizar imágenes.

Pero, a pesar de las deficiencias en este lanzamiento, la OMS no quiere perder el tren de la inteligencia artificial en el ámbito que le corresponde o dejarlo a empresas con intereses económicos y comerciales. “El futuro de la salud es digital y apoyar a los países para que aprovechen el poder de las tecnologías digitales para la salud es una prioridad”, ha explicado en una nota Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS.

“Sarah nos da una idea de cómo la inteligencia artificial podría utilizarse en el futuro para mejorar el acceso a la información sanitaria de una manera más interactiva”, asegura para admitir las deficiencias del sistema actual. En este sentido, el director de la OMS pide “a la comunidad investigadora ayuda para continuar explorando cómo esta tecnología podría reducir las desigualdades y ayudar a las personas a acceder a información de salud actualizada y confiable”. Como todo sistema de inteligencia artificial, Sarah aspira a crecer con la interacción humana.

Del Campo, durante la semana del autocuidado de hace dos años, destacó que la alta frecuencia de búsquedas de temas de salud “indican que existe una preocupación a la que debemos dar respuesta”, pero también advirtió de la importancia de “acompañar al paciente en el cribado de información”.

Tampoco elude la OMS las dificultades de este tipo de herramientas para asegurar un acceso equitativo, privacidad, seguridad, precisión, la ausencia de prejuicios y la protección de datos.

“Los desarrolladores, los responsables



políticos y los proveedores de atención médica deben abordar estas cuestiones éticas y de derechos humanos al desarrollar e implementar la IA para garantizar que todas las personas puedan beneficiarse de ella”, asegura la OMS.

La advertencia de la organización mundial se refiere al asalto de las grandes tecnológicas a las consultas para llevar sus máquinas conversacionales al ámbito de la asistencia primaria, pero siempre, dicen, como herramienta de apoyo, copiloto del médico y posible solución al colapso de la atención. A estos servicios acuden al menos una vez al año el 81,4% de las mujeres y el 72,3% de hombres, según el Instituto Nacional de Estadística.

IBM dispone de Watson Health, un robot conversacional disponibles a cualquier hora, que recopila información básica y alerta de posibles alteraciones que precisan atención adicional.

Microsoft desarrolla en el ámbito profesional Azure Health Bot, un sistema conversacional basado en información médica, protocolos de clasificación y modelos de lenguaje entrenados para comprender la terminología clínica.

Google también ha entrado en este mercado con la familia de modelos integrada en MedLM. Greg Corrado, jefe de Inteligencia Artificial para la Salud en la

multinacional, destaca las herramientas de análisis de imágenes radiográficas y AMIE, una aplicación “optimizada para el razonamiento diagnóstico y la conversación que emula las interacciones entre el paciente y el cuidador”.

El avatar lanzado por la OMS ha sido creado por Soul Machines con el apoyo de Rooftop y, pese a que advierte que no puede acceder a imágenes, exige acceso al micrófono y la cámara “para mejorar la experiencia conversacional”. La organización asegura que “todos los datos recopilados se anonimizan y cumplen con las prácticas y regulaciones de privacidad vigentes”.

La OMS advierte que “es posible que las respuestas no siempre sean precisas porque se basan en patrones y probabilidades en los datos disponibles”. En este sentido, la organización avisa que no se hace responsable de ningún contenido de conversación creado por la IA generativa ni este “representa o comprende los puntos de vista o creencias de la OMS”. La advertencia final al usuario es determinante: “Usted entiende y acepta que no debe confiar en las respuestas generadas como única fuente de información veraz o fáctica, ni como sustituto del asesoramiento profesional”.

Fuente: El País Madrid

POR LUCÍA CANCELA

## Entrevista al pediatra español Pepe Serrano

**Cuando Pepe Serrano estudiaba medicina, compartía edificio con una de las clínicas pediátricas más prestigiosas de su ciudad. «Hice los deberes y preparé el MIR con los bebés llorando de fondo. Así que solo tenía dos opciones: odiarlo o amarlo», cuenta. Cuarenta años después es Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría y secretario general de la Societat Catalana de Pediatría, por lo que queda bastante claro por qué opción se decantó.**

El pediatra acaba de publicar Bebepe-dia (Roca Editorial, 2024), una guía para que las familias sepan sobrellevar la crianza. Dos meses después de jubilarse, dedica parte de su día a la divulgación científica porque, como dice, para criar a un hijo «no existe cursillo ni carnet que valga».

—¿Sigue viendo muchos mitos en relación a la crianza?

—Cada vez llegan menos mitos. La población está mejor formada, no solo a nivel de madres y padres, sino también a nivel de cuidadores en general.

—¿Qué le diría a alguien que se está

planteando tener un bebé? Explícale que su salud se cuida desde que está en la barriga.

—Exacto. Hay el concepto de los mil primeros días, que es el primer año de vida más los meses del embarazo. Es un proceso continuo que empieza desde la concepción hasta que el bebé ya es mayorcito. Es muy importante, antes de que se quede embarazada la futura mamá, acudir a una consulta de ginecología, porque ahí le pueden asesorar. Hay ciertas vitaminas que se tiene que tomar ya incluso antes del embarazo y que, además, si se las toma el papá mejor que mejor. Hay algunas vacunas que se deben poner antes del embarazo. Así que

cuando la cosa es planificada, lo principal sería acudir a un servicio de ginecología o obstetricia para que ese embarazo, que todavía no se ha producido, salga adelante de la mejor forma posible.

—Habla de la importancia de las vacunas en los adultos. ¿Cómo influye el sistema inmunitario de la madre en el de su hijo que todavía no ha nacido?

—Está demostradísimo que los anticuerpos que tiene la madre pasan al bebé por vía placenta. Así que si la madre está bien vacunada, esos anticuerpos

sigue en pág. 25



viene de pág. 23

pasan al bebé. Hay algunas, como por ejemplo, la de la tos ferina, cuya inmunidad va decayendo con el tiempo. Entonces, se recomienda que la mamá se la ponga durante el embarazo, para que le suban los títulos de anticuerpo, y cuando nazca el bebé esté protegido contra ello. Este es un ejemplo.

**—¿Qué momento cree que atraviesan las vacunas en la actualidad? Este invierno se llegó a hablar de la fatiga vacunal en relación con la gripe.**

—Aquí tengo el corazón dividido. A nivel general, atraviesan un buen momento porque el ministerio, y los organismos oficiales encargados de regular el tema de vacunación, cada vez incluyen más vacunas que se consideran que son más beneficiosas para los niños. Por otro lado, hay otras vacunas cuyas tasas de cobertura han sido muy bajas. Tenemos que poner más empeño en que son beneficiosas, que se han demostrado altamente efectivas y que, además, ahorran costes al sistema sanitario. Por parte de los profesionales, recomendarlas y ponerlas, y por parte de las familias, por supuesto, tener absolutamente la confianza depositada en ellas.

**—Explica que, cuando el bebé nace hay muchas cosas que no necesita: la**



**colonia o el chupete, por ejemplo.**

—Claro, todo eso que le regalan a los bebés y no solo no sirven para nada, sino que en algunos aspectos, como el uso de colonia, podría ser hasta nocivo. Lo primero que tienen que hacer los papás es estar tranquilos y disfrutar el momento. Son unos meses en los que su vida va a cambiar, pero también van a ser muy felices. Casi lo primordial es ponerse en mano de un servicio de pediatría, para que se empiece a pesar al bebé, obtengan los consejos adecuados y que confíen en que la mayoría no tienen ningún tipo de problema de salud y saben andar solos por la vida.

**—En el libro insiste mucho en que,**

**durante el embarazo y la lactancia, el consumo de alcohol debe ser cero. ¿Todavía le siguen llegando preguntas sobre ello?**

—Un aspecto negativo de todo esto es que las dudas no surgen. Es muy poco probable que una embarazada o una madre lactante me pregunte si puede tomar algo de alcohol, porque estigmatiza un poco, aunque no dejaría de ser una consulta normal y corriente. Tal vez esa madre cree que una o dos copas a la semana, o una cerveza al día, no son malas y no lo pregunta. Cualquier cantidad de alcohol durante el embarazo es malo; y el alcohol que se toma durante la lactancia pasa a la leche materna y el bebé lo acaba absorbiendo.

**—Entiendo que el hábito tabáquico es igual de malo.**

—Fatal, claro. Si fuman en casa delante del bebé lo convierten en un fumador pasivo, por lo tanto mal. Pero es que, si lo que hace es salir a fumar a la calle, a la ventana de la cocina, o fumar en casa cuando el bebé está con los abuelos, es lo que se llama fumar de segunda mano, porque la nicotina queda impregnada en la ropa, en las paredes y en muchos sitios, y cuando el bebé vuelve ahí, inhala la nicotina.

**—¿Qué es lo que más preocupaba a los padres cuando llegaban a su consulta?**

—En la primera visita lo que les suele preocupar, y más si tienen confianza contigo porque te han visto por el centro de salud o porque ya has tratado a anteriores hijos, es todo ese tiempo que pasan hasta escuchar que el niño está sanísimo. A partir de ahí, les preocupa no saber interpretar el llanto, saber si come suficiente o no, especialmente, con el tema de la lactancia materna; les preocupan las horas que tiene que dormir. Son los temas por los que todos preguntan.

**—¿Hasta qué punto es normal que un bebé no quiera comer y rechace el biberón o la lactancia materna?**

—A nosotros, tanto a los pediatras como a las enfermeras, lo que coma el bebé no nos importa demasiado, la verdad. Lo que sí nos importa es ver que está sano y que va siguiendo sus curvaturas de incremento de peso y de talla. Si esto es así, que el bebé coma lo que quiera, porque a lo mejor lo que nosotros pensamos que debe ingerir, no es lo que él necesita. No todos son iguales, afortunadamente. Aquello que se decía

antes de tomar 90 mililitros de dosis cada tres horas no se aplica a todos. Uno necesitará una toma cada tres, mientras que otro cada cuatro y más cantidad. Tienen su ritmo de regulación de hambre y saciedad y eso es lo que marca cuando tiene que comer.

**—En el libro dice que al chupete no se acostumbra, sino que nacen acostumbrados.**

—Sí, porque el hábito de succión de los bebés es innato, y ese hábito le sirve tanto para alimentarse, como para calmarse. Así que, en este punto de la succión y la calma, aparece la dicotomía. O bien el chupete hasta que tenga dos años y medio o tres, se lo quitamos y hay una noche o dos malas y se acaba el tema; o un niño de seis años chupándose los dedos, porque como no tenía chupete, el hábito de succión se lo ha gestionado chupándose los dedos y no se los podemos cortar. Por eso, entre esa dicotomía, prefiero el chupete.

**—Para terminar de sorprender, señala que las visitas de cortesía deberían estar prohibidas, al menos en el hospital. ¿Por qué?**

—La gente que va al hospital a ver a un bebé es una fuente de infecciones e impurezas, y su sistema inmunológico todavía se está formando cuando acaba de nacer y durante los primeros meses de vida, por lo que la capacidad de defenderse frente a la mayoría de infecciones no está completa. Por lo tanto, eso de que la gente vaya a verlos, los coja y los bese, y luego se lo pase a la abuela, y después a la prima, nos lo podemos ahorrar. Y así, si la prima o la abuela está constipada, no se lo transmite la bebé.

**—Para algunas familias con hijos mayores, la llegada de un bebé puede hacer que se despierten los celos. ¿Cómo se pueden gestionar?**

—Hay una edad en la que los niños empiezan con este tipo de situaciones y son más celosos, que es más o menos, a partir de los 18 meses hasta los dos años y medio. Es decir, eso es una advertencia. Puede ser una opción no tener un hermanito en esta fase. Es algo que está demostrado y tiene que ver con el neurodesarrollo. Y después, existen algunos consejos. Por ejemplo, hacer que los hermanos mayores sean partícipes de la zona padres. Que ayuden a cambiar el pañal, a hacer la camita, que salgan a pasear juntos. Es decir, hacerles hacer cosas como si tuviesen más edad y compartir las cosas del bebé con ellos.

**—¿Cómo evoluciona el sueño de un bebé? Es otra de las consultas más frecuentes.**

—Claro, lo típico de «no me duerme nada» y «no me come nada» es bastante habitual. Son los dos temas más recurrentes. Hombre, de lo que no nos damos cuenta es de que el bebé, cuando tiene sueño, duerme. Lo que sucede es que su descanso, especialmente durante los primeros meses, no coincide con el de los adultos. Tú lo tienes por la noche, y durante el día estás despierta, pero el

sigue en pág. 26

**Dr. PEPE SERRANO**  
Pepe Pediatra

**BEBEPEDIA**

Guía imprescindible  
para sobrevivir  
a la crianza

con humor  
y rigor

INCLUYE 14  
TEST PARA  
APRENDER A  
CONducir A  
TU BEBÉ

Rocaeditorial •





viene de pág. 25

bebé durante el día se ha echado doce siestecitas de media hora, y al final, son seis horas que se ha pegado. Si por la noche, entre unas cosas y otras, ha dormido cinco, al final suma once. Eso no se valora porque se mide en el patrón de sueño de un adulto, de once a siete, mientras que el bebé no tiene un horario de sueño establecido y descansa cuando tiene sueño.

—«Que los niños coman de todo». ¿Sigue siendo aceptable hoy en día?

—En la actualidad, el «comer de todo» incluye muchísimas cosas que están patrocinadas por la industria, publicitadas y esponsorizadas, que llevan envases de colorines, que son muy apetecibles y, además, muy golosas. Están hechas adrede para que les gusten a los niños, y ya no solo desde un aspecto de palatabilidad, sino que llevan un regalito o en la caja aparece su dibujo favorito. Como sabemos, eso hace 40 años no existía. Por eso, esa recomendación de que hay que comer de todo incluye una cantidad de ultraprocesados que han aparecido últimamente, que no son comibles en

ninguna dieta que consideremos saludable.

—Invita a no hacer excepciones con los ultraprocesados ¿Caemos mucho en este error?

—Las familias cada vez tienen más prisa, y por muy buena voluntad que tengan, el tiempo es limitado. A mí me parece importante llamar la atención sobre algo. Si una familia piensa que le está dedicando poco tiempo al niño y lo compensa con caprichos que sabemos que no son buenos, con regalos que no son adecuados para su edad, con un móvil, o con irnos dos días a la semana a tomar comida basura, porque así estamos todos juntos y el niño está contento, no es lo mejor. Ese día con más tiempo, pueden hacer un guiso a la abuela, o preparar algo bueno, y comerlo en casa, sin necesidad de recurrir a ultraprocesados para que el bebé, o el niño en este caso, vea que le damos atención. El niño eso no lo valora, él se fija en que sus papás estén con él.

—¿Pueden salir de casa sin desayunar?

—Ahí hay un mito también. El cerebro

se alimenta de glucosa, y esta glucosa no proviene de la que se toma justo en el desayuno, por así decirlo. Sino que es de la que hay en los depósitos que el organismo ha ido almacenando, y si los depósitos fallan, la grasa que tenemos en el organismo, también dispone de un mecanismo para generar glucosa. Aunque nosotros no desayunamos, el nivel de alimentación que tiene nuestro cerebro es exactamente el mismo. Por tanto, qué más da que se vaya desayunado o sin desayunar. Hay gente, ya no solo niños, que al levantarse no les entra nada, y para qué le vamos a forzar si no le apetece. Al igual que hay otros que se levantan y comerían un camión.

—En resumen, hay que dejar que escuchan sus señales.

—Exacto. Si al niño no le apetece, y sabes que a media mañana tiene hambre, le pones una fruta y bocadillo. Si sabes que se lo come, que se vaya de casa como quiera. No vamos a empezar el día mal pero una cosa que no tiene trascendencia.

—Con más de 30 años de experiencia, ¿qué retos piensa que afronta la salud

infantil?

—La obesidad es algo que preocupa y sobre lo que me gusta hablar. A veces, cuando doy charlas, pongo fotos de los 50 de unas piscinas municipales en Madrid. Podía haber miles de personas y nadie tenía obesidad. Eso ahora es inverosímil. Tenemos unos índices de obesidad en general, y obesidad infantil, muy importantes y en gran medida, por estos productos que te he dicho antes, por la falta de tiempo por hacer comidas más saludables, por compensar esa falta de tiempo con comidas menos sanas, por los caprichitos, por el nivel de vida que ha aumentado también. Antes, en los años 70, tomarse un refresco era una cosa excepcional, y ahora hay niños que se lo toman cada día, uno o dos, cuando salen de casa, al hacer los deberes, y ya no te digo, los que toman refrescos como bebida habitual, y no saben lo que es el agua. Por eso es tan importante la alimentación, marca mucho las pautas de salud. Sí que las familias están más predispuestas a hacerlo bien, pero tenemos una industria con una publicidad, que nosotros con buena voluntad no podemos compensar.

Fuente: lavozdela salud

# Las alteraciones en la respuesta del sistema inmunitario desempeñan un papel clave en la progresión de la fibrosis pulmonar

Investigadores del Clínic-IDIBAPS han evaluado el papel de la respuesta del sistema inmunitario en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) a través de tres estudios.

En los estudios han determinado el perfil inmunológico periférico de los pacientes recientemente diagnosticados de la enfermedad y las diferencias entre pacientes estables y aquellos que progresan; han definido dos subgrupos de pacientes FPI según el nivel de infiltración pulmonar; y también han determinado las diferencias en el perfil inmunológico entre pacientes con fibrosis pulmonar progresiva y no progresiva.

Los estudios los han coordinado el Dr. Jacobo Sellarés y la Dra. Rosa Faner, investigadores del grupo Inflamación y reparación en enfermedades respiratorias del IDIBAPS.

La fibrosis pulmonar engloba un conjunto de enfermedades minoritarias graves en las que el tejido pulmonar se estropea y produce cicatrices que sustituyen al tejido sano, con lo que existe un deterioro progresivo de la función pulmonar. La forma más común es la fibrosis pulmonar idiopática, de la que se desconoce la causa que la provoca.

Los tratamientos antifibróticos actuales no son curativos y sólo reducen la progresión de la enfermedad con lo que es necesario buscar otras dianas terapéuticas. En este sentido, el papel de cómo la respuesta inmune interviene en el proceso fibrótico es poco conocido.

Alteraciones en la respuesta inmunitaria en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática

El primer estudio, publicado en la revista International Journal of Molecular Sciences, se centró en cuál es el papel de la respuesta del sistema inmunitario en la heterogeneidad de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y determinó su relación con la severidad y la progresión de la enfermedad.

Para contrastar este hecho, se analizó la sangre de 32 pacientes con FPI y se comparó con 32 personas sanas con edad y hábitos fumadores equivalentes. Se realizó el seguimiento clínico de los pacientes a lo largo de un año para determinar su progresión. Pasados entre 18 y 60 meses, se volvieron a determinar los perfiles inmunes en sangre.

“La mayoría de los estudios de caracterización inmunológica en FPI se han realizado en pacientes en últimas fases de la enfermedad y, generalmente, de forma transversal. Por esta razón, nos parecía muy interesante poder determinar el perfil inmunológico en el momento del diagnóstico, y ver si este perfil inicial podría diferenciar a los pacientes que durante el seguimiento se mantenían estables y los que progresaban, a pesar del tratamiento antifibrótico”, explica Núria Mendoza, primera autora del estudio.

Los resultados confirmaron que las personas con FPI tienen un perfil celular distinto a los controles. “Hay anomalías en la respuesta inmunitaria innata y adaptativa que se detectan en los pa-



cientes en el momento del diagnóstico y que se correlacionan con la severidad de la función pulmonar. Éstas se dan sobre todo en el dominio de las células citotóxicas y los pacientes con FPI presentan más neutrófilos, linfocitos T CD8+HLA-DR+ y linfocitos T CD8+CD28-, y menos linfocitos B y linfocitos T naifs, que ayudan a combatir las infecciones”, explica Jacobo Sellarés.

Por otra parte, la presencia de determinadas células del sistema inmunitario de forma sostenida durante los años de seguimiento se relacionó con la progresión de la enfermedad, a pesar del tratamiento con fármacos antifibróticos. “Estas pacientes que progresan muestran un inmunofenotipo característico ya en el momento del diagnóstico que se mantie-

ne en el tiempo, a pesar del tratamiento antifibrótico”, señala Rosa Faner.

Profundizar en los perfiles inmunitarios de los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática

El segundo estudio, publicado en la revista Respiratory Research, ha tenido como objetivo identificar la heterogeneidad en la respuesta inmune entre los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en el punto final de la enfermedad. Utilizando la transcriptómica para analizar el tejido pulmonar de pacientes con fibrosis, se han podido identificar dos subgrupos con firmas inmunológicas distintas.

Se han identificado dos clústeres de pacientes con IPF con niveles muy distintos de firmas inmunológicas en trans-

sigue en pág. 27



viene de pág. 26

criptómica pulmonar. Existe un clúster de pacientes con mayor expresión de firmas inmunológicas y el otro clúster presenta una mayor expresión de firmas epiteliales.

Ambos grupos presentan características clínicas similares al estadio final de la enfermedad, justo antes del trasplante. "Es posible que, en estadios iniciales, las manifestaciones clínicas sean diferentes o bien que entre ambos grupos haya diferencias en cuanto a la tasa de progresión, la frecuencia de recaídas o la respuesta al tratamiento", señala Tamara Cruz, primera autora del estudio.

"Los resultados de los estudios contribuyen a un mejor conocimiento del papel de la respuesta inmunitaria en la fibrosis pulmonar idiopática, proporcionan nuevos biomarcadores pronósticos que pueden tener utilidad en la práctica clínica y exponen nuevas dianas terapéuticas para explorar futuros tratamien-

tos", concluyen los autores.

Diferenciar enfermedades pulmonares en base al perfil inmunológico en sangre periférica de los pacientes

El tercer estudio, publicado en la revista Archivos de Bronconeumología, ha analizado si el perfil inmunológico de la sangre periférica es distinto entre pacientes con fibrosis pulmonar progresiva (FPP) de los pacientes con enfermedad pulmonar fibrosante no progresiva (no-FPP) y de esta forma ver cuál es la relación con su gravedad clínica.

Para ello, se analizó el perfil inmunitario en sangre periférica de 33 pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa fibrosante en el momento del diagnóstico (11 pacientes con FPP y 22 pacientes no-FPP). Se realizó el seguimiento de estos pacientes durante un año y se clasificaron como estables o en progresión según el empeoramiento de los síntomas respiratorios, la evidencia radiológica de la progresión de la enfermedad y/o la disminución de la

capacidad vital forzada o la capacidad de difusión de monóxido de carbono. Las poblaciones inmunitarias en el momento del diagnóstico se compararon entre ambos grupos.

"Lo que observamos es que el perfil inmunológico de sangre periférica en pacientes con enfermedad pulmonar fibrosante presenta anomalías comunes y que un perfil inmunológico envejecido y agotado se asocia principalmente con la función pulmonar deteriorada", señala Fernanda Hernández, primera autora del estudio. Además, la inmunofenotipificación de los pacientes con progresiva fibrosis pulmonar sugiere una respuesta inmunitaria citotóxica aumentada que se correlaciona negativamente con la función pulmonar en el momento del diagnóstico.

#### REFERENCIA DE LOS ESTUDIOS:

Mendoza N, Casas-Recasens S, Olvera N, Hernandez-Gonzalez F, Cruz T, Albacar N, Alsina-Restoy X, Frino-Garcia A,

López-Saiz G, Robres L, Rojas M, Agustí A, Sellarés J, Faner R. Blood Immunophenotypes of Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Relationship with Disease Severity and Progression. Int J Mol Sci. 2023 Sep 7;24(18):13832. doi: 10.3390/ijms241813832.

Cruz T, Mendoza N, Casas-Recasens S, Noell G, Hernandez-Gonzalez F, Frino-Garcia A, Alsina-Restoy X, Molina M, Rojas M, Agustí A, Sellarés J, Faner R. Lung immune signatures define two groups of end-stage IPF patients. Respir Res. 2023 Sep 28;24(1):236. doi: 10.1186/s12931-023-02546-8.

Hernandez-Gonzalez F, Mendoza N, Casas-Recasens S, Cruz T, Albacar N, López-Saiz G, Alsina-Restoy X, Rojas M, Agustí A, Sellarés J, Faner R. Peripheral Immune Cell Profiling Reveals Distinct Immune Hallmarks in Progressive Pulmonary Fibrosis. Arch Bronconeumol. 2023 Oct;59(10):681-684. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2023.06.009. Epub 2023 Jul 4. PMID: 37468400.

# Edemas en miembros inferiores. Un reto diagnóstico

Incluido en Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XIX. Número 6 Segunda quincena de Marzo de 2024 – Página inicial: Vol. XIX; nº 6; 163

Autor principal: Javier Sánchez Ibáñez. Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Autores secundarios:

- Eduardo Tomás Ortega Mata. Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

- Elena Pérez Galende. Médico Interno Residente de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

- Gualber Vito Angel Mayo Carlos. Médico Interno Residente de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

- Yasmina Saker Duffalah. Médico Interno Residente de Medicina Nuclear. Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España.

- Yolanda Goded Bajén. Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

- Pedro Roberto Sancho Ortega. Técnico superior de Radioterapia. Hospital Clínico

de este.

A nivel de la exploración, comentar la importancia de los signos clínicos presentes a la exploración de ambas extremidades, sabiendo diferenciar las posibles patologías que puede llegar a ocasionar dicho proceso, ayudando los antecedentes de los pacientes. Es de gran importancia el uso de pruebas complementarias para el correcto diagnóstico, y así poder tratar el proceso con la terapia correcta.

#### PALABRAS CLAVE

Edemas en extremidades inferiores, lateralidad, pulsos pedios, pruebas complementarias

#### ABSTRACT

The medical consultation for edema in the lower extremities, whether unilateral or bilateral, is increasingly becoming a medical consultation, given how disabling it can be. This symptom, with the entire clinical history of the patient and the context of the condition, can lead to an accurate diagnosis, helping the patient and reducing his or her concern.

At the level of the examination, comment on the importance of the clinical signs present during the examination of both extremities, knowing how to differentiate the possible pathologies that this process may cause, helping the patients' history. It is of great importance to use complementary tests for the correct diagnosis, and thus be able to treat the process with the correct therapy.

#### KEYWORDS

Edema in the lower extremities, late-



ality, pedal pulses, supplementary tests

#### DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS.

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 preservado las identidades de los pacientes

#### INTRODUCCIÓN

Los edemas en miembros inferiores son cada vez más frecuente como motivo de consulta tanto en atención primaria como en servicio de urgencias hospitalarias, pudiendo llegar a ser un reto diagnóstico dada su amplia variabilidad y posible etiología, teniendo que obligar al facultativo encargado del paciente estar actualizado y pendiente de otros síntomas asociados.

Como bien se refleja en la bibliografía actual, los edemas pueden ser secundarios a una gran cantidad de enfermedades, manifestándose como una hinchazón de los tejidos blandos debido a la acumulación de líquido en el compartimento intersticial, siendo como resultado de un desequilibrio entre las fuerzas que regulan el paso del líquido de un compartimento a otro. (1) siendo las más frecuentemente la Insuficiencia

sigue en pág. 28



viene de pág. 27

cardiaca, insuficiencia venosa crónica en las situaciones de bilateralidad y en caso de unilateralidad aparece la imagen de la trombosis venosa profunda (2)

Este aumento de acumulación de líquido en miembros inferiores, junto a la aparición del aumento del perímetro en dicha área anatómica, se puede asociar al aumento de peso que conlleva, pudiendo provocar dificultad en el movimiento de los pacientes, siendo cada vez más incapacitante. (3)

### ETIOLOGÍA

Para poder ir descartando las posibles causas que han podido provocar la aparición de los edemas, tenemos que diferenciar las etiologías en las que se produce por un aumento de la presión hidrostática o por una disminución de la presión oncótica. La primera causa se produce por un aumento del volumen circulante del plasma con retención renal de sodio, en cuanto a la disminución de la presión oncótica puede ser secundario a una hipoproteinemía, aumento de la permeabilidad vascular, por obstrucción linfática o aumento de la presión oncótica linfática. (3)

Dentro del primer grupo, por aumento de la presión hidrostática aparece la figura del fallo cardíaco, retención renal de sodio, como pueden ser las enfermedades renales crónicas, o secundarias a la toma de medicación, el embarazo y el edema idiopático. En cuanto al segundo grupo dentro la hipoproteinemía destaca la imagen de pérdida de albúmina como en el síndrome nefrótico y en la enteropatía exudativa. También destaca déficit de producción hepática como la insuficiencia hepática crónica de la cirrosis o la malnutrición. No hay que olvidar dentro de este grupo el hipermetabolismo proteico de origen infeccioso o neoplásico, ni el déficit de absorción intestinal como en el esprue. (3)

Por otro lado, en cuanto al aumento de la permeabilidad vascular destacan el edema inflamatorio y edema angio-neurótico, por daño vascular localizado. También puede verse favorecido por daño vascular difuso como es el caso de la poliserositis, vasculitis o glomerulonefritis. Destacando por último la ascitis maligna, pudiendo ser secundaria a un amplio abanico de procesos de alteración a nivel vascular dado el aumento de volemia, y la alteración de la permeabilidad vascular. (3)

Otra manera de poder clasificar los edemas en miembros inferiores es según la localización y lateralidad del proceso (4):

- Unilateral, y en este caso debemos catalogarlo como doloroso o no doloroso, siendo el doloroso muy susceptible de trombosis venosa profunda (5) o trastorno musculoesquelético. En el caso de la trombosis venosa profunda, se debe de buscar la causa subyacente.

- Bilateral, en este caso ya entraría en juego el papel de enfermedades sistémicas como puede ser la Insuficiencia cardíaca congestiva, la cirrosis hepática, secundario a fármacos, edema hormonal y linfedema. (3). Este tipo de edemas es más frecuente en pacientes de mayor edad.

### DIAGNÓSTICO

Para poder llegar a un correcto diagnóstico, hay que realizar una anamnesis correcta, completa y dirigida, asociando una exploración física minuciosa, teniendo en cuenta el tiempo de instauración del cuadro, y valorando todas las posibilidades. (1)

En el caso de la Insuficiencia cardíaca congestiva habría que interrogar al paciente de posibles dolores torácicos, descartando la posibilidad de un infarto agudo de miocardio como antecedente, u otras patologías como pueda ser alguna arritmia del corazón, entre las que destaca la fibrilación auricular. Como se ha comentado anteriormente, la presentación típica de edemas en miembros inferiores de un/una paciente con insuficiencia cardíaca es un edema bilateral, dejando fovea a nivel pretibial, soliendo ser indoloro. (6)

Para llegar al correcto diagnóstico habría que hacer, como se ha comentado anteriormente, una exploración correcta a nivel de auscultación cardíaca y pulmonar, en la que podemos objetivar normalidad de ambas, aunque a nivel de la auscultación pulmonar podemos observar crepitantes húmedos. A nivel analítico se deberá de solicitar marcadores como el Péptido Natriurético, perfil hepático con patrón tanto de colestasis como de citólisis y un electrocardiograma. (6)

Por otro lado en referencia al edema secundario a cirrosis hepática, habría que realizar lo anteriormente comentado, junto con una ecografía. En muchos casos de edemas secundarios a la cirrosis, los pacientes suelen asociar líquido ascítico a nivel peritoneal, dado el fallo crónico hepático. En este caso también tendrá un importante valor la historia clínica y antecedentes del paciente, sobre todo a nivel de antecedentes tóxicos alcohólicos. (7)

En cuanto al diagnóstico del linfedema puede llegar a ser un diagnóstico de exclusión, aparte de también clínico, dado que en este caso, si que es verdad que el edema se presenta de manera bilateral, pero con la diferencia de que no deja fovea. (3)

Por último pero no menos importante, se encuentra la entidad de la trombosis venosa profunda, dentro de las patologías conocidas como tromboembolismo venoso (8), en la cuál está más que justificado el continuar estudiando cuál puede haber sido la causa del proceso. Recalcar que este tipo de procesos es más frecuente en personas de edad avanzada, llegando a presentar una incidencia anual de 1-2 personas por cada 1000 habitantes, representando la tercera causa de mortalidad en países desarrollados, no por el hecho de presentarla, sino por el hecho de las posibles complicaciones desencadenadas por el proceso (9). En cuanto a la exploración, se puede objetivar un aumento del perímetro de la extremidad inferior de manera unilateral, junto con enrojecimiento de dicha extremidad, pudiendo observarse un aumento de los pulsos con respecto a la extremidad contralateral. (9)

Hay que tener en cuenta que los coágulos se forman por varias razones, entre las que hay que descartar:

- Inmovilidad: personas que por

distintos motivos deben permanecer encamados, debiendo en estos procesos incentivar la movilización de la persona.

- Cirugía o traumatismo.

- Hormonas: píldoras anticonceptivas y otros anticonceptivo con estrógenos como anillos vaginales y parches, el embarazo o incluso las hormonas utilizadas para la menopausia.

- Enfermedades: cáncer y el mismo tratamiento para el cáncer, la insuficiencia cardíaca, enfermedades inflamatorias (destacando el lupus, la artritis reumatoide, la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn), trombofilias.

- Otros factores: antecedentes personales o familiares con historia de coágulos, obesidad el tabaquismo.

Entre las herramientas diagnósticas aparece la figura de la ecografía clínica, la cual gracias a los ultrasonidos, se puede objetivar el sistema venoso si se encuentra alguna obstrucción. Otra técnica que su uso tiene un gran valor es la eco-doppler, el cuál se basa en el uso de los sonidos no para la visualización del propio trombo, sino para la valoración de la onda de sonido que deja a su paso el flujo sanguíneo, en el caso de se haya producido un estrechamiento del vaso, o la ausencia de onda de sonido en el caso de que se haya obstruido de manera total la circulación en dicho vaso sanguíneo. (10)

En cuanto a parámetros analíticos que podemos objetivar alterados destaca la función del Dímero D, el cual es un marcador de reactante de fase aguda, que no solo puede ser alterado en un proceso trombotico, sino también puede estar alterado en una infección en el brote agudo de un proceso inflamatorio, etc. Si bien es cierto que es un marcado con alta sensibilidad, siempre y cuando se relacione con la clínica, dentro del contexto del cuadro que presente el paciente. (9)

En cuanto a las complicaciones que pueden llegar a presentarse aparece una enfermedad dentro de la entidad de las patologías tromboembólicas venosas: el tromboembolismo pulmonar, pudiendo ser de instauración aguda, brusca y fatal. (8)

También es importante hacer resaltar la figura de los edemas por tóxicos, siendo mas frecuentemente causados por los fármacos, siendo mas significativa la imagen de los antagonistas del calcio como el Nifedipino, el cuál debido a la vasodilatación que se produce al inhibir los canales del calcio, puede provocar un aumento del perímetro de las extremidades inferiores, siempre y cuando sea un diagnóstico de exclusión, tratándose como la desprescripción del tratamiento causante del proceso. (3)

### TRATAMIENTO

A la hora de abordar el tratamiento de los edemas en miembros inferiores debemos de tener en cuenta el diagnóstico y valoración integral de los pacientes, dado que como se ha comentado anteriormente, cada paciente es un caso distinto. (1)

En el cuadro clínico de la insuficiencia cardíaca lo mas imparte es el hecho de intentar vaciar de todo el líquido que hay acumulado a nivel del intersticio de los miembros inferiores con la utilización

de diuréticos, siendo el mas frecuentemente usado los diuréticos de asa, como por ejemplo la furosemida. Como tratamiento complementario se encuentra la utilización de los diuréticos ahorradores de potasio como la espirinolactona o la eplerenona. (11)

En las ultimas guías del manejo de la insuficiencia cardíaca, está cogiendo mas peso el uso de los inhibidores de los canales SGLT2, los cuales son unos canales que se encargan de la recaptación de la glucosa que llega a la nefrona, y al inhibir dicho canal se produce una eliminación de exceso de líquido, estando indicado tanto en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada, como en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo disminuida. (11)

En cuanto al tratamiento de los edemas en un paciente con cirrosis, la metodología del tratamiento se va a basar en algo similar al tratamiento de la insuficiencia cardíaca, dado que los edemas son secundarios a la acumulación de líquido en exceso. En este caso el tratamiento será con diuréticos de Asa y de los diuréticos ahorradores de potasio. (12)

Sin embargo en el tratamiento de la insuficiencia linfedematosa o linfedema, se basa en medidas posturales y ejercicios de presión en dicha zona para favorecer el retorno linfático, mediante rehabilitación, aunque también se puede llegar a realizar abordaje quirúrgico como la anastomosis linfovenosa o la cirugía de linfedema profiláctica. (13)

Por otro lado, para el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa profunda, nos centraremos en el tratamiento de la patología de manera aguda, que consiste en la instauración de anticoagulación con anticoagulantes como la heparina de bajo peso molecular, la heparina no fraccionada, o los anticoagulantes de acción directa, los cuales actúan a nivel de la inhibición del factor X de la coagulación. (8)

### CONCLUSIÓN.

Como conclusión, comentar que el realizar una correcta una correcta anamnesis, junto con una correcta exploración, puede ayudar a la realización de un diagnóstico acertado. También tener en cuenta las distintas armas que podemos tener a nivel de la propia consulta, como puede ser el electrocardiograma, la ecografía, la ultrasonografía y las propias analíticas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Edemas [Internet]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/edemas>

2. Diouri M, Bueno MB. Edema en atención primaria. FMC – Form Médica Contin Aten Primaria. 2020;27(9):432–41.

3. es. [citado el 1 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://sagunto.san.gva.es/documents/7967159/8053918/edemas.pdf>

4. Nadler P.L., & Gonzales R Edema de las extremidades inferiores. Papadakis M.A., & McPhee S.J., & Rabow M.W.(Eds.), [publicationyear2] Diag-

*sigue en pág. 29*



viene de pág. 28

nóstico clínico y tratamiento 2021. McGraw-Hill Education. <https://access-medicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3002&sectionid=252419202>

5. Estalayo-Gutiérrez B. Edema y dolor de pierna. La fisiopatología en el punto de mira: a propósito de un caso [Edematous and painful leg. Pathophysiology in the spotlight: presentation of a case]. Semergen. 2013 Nov-Dec;39(8):e75-8. doi: 10.1016/j.semerg.2012.07.012. Epub 2012 Sep 14. PMID: 24315082.

6. Morillas P, Pallarés V, Llisterri JL, Sánchez C, Sánchez T, Fácila L, Pérez-Alonso M, Castillo J, Redón J, Bertomeu V; en representación de los investigadores del registro FAPRES. Prevalencia de fibrilación auricular y uso de fármacos antitrombóticos en el paciente hiper-

tenso  $\geq 65$  años. El registro FAPRES. Rev Esp Cardiol. 2010 Aug;63(8):943-50. English, Spanish. doi: 10.1016/S0300-8932(10)70206-2. Epub 2010 Sep 16. PMID: 23020978.

7. Romero-Gómez M. Non-alcoholic steatohepatitis. Med Clin (Barc). 2022 Oct 28;159(8):388-395. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2022.06.017. Epub 2022 Sep 6. PMID: 36075749.

8. Barnett B, Frank C, Ratchford EV, Moll S. Información para Pacientes con Enfermedades Vasculares: Una guía para pacientes recién diagnosticados con trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar. Vasc Med. 2023 Oct;28(5):487-492. doi: 10.1177/1358863X231175929. Epub 2023 Jul 4. PMID: 37401770; PMCID: PMC10559638.

9. Muñoz Rodríguez FJ. Diagnosis of

deep vein thrombosis. Rev Clin Esp. 2020 Jun 27;S0014-2565(20)30132-6. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rce.2020.03.009. Epub ahead of print. PMID: 32600570.

10. Moya Mateo E, Muñoz Rivas N. Clinical ultrasonography in venous thromboembolism disease. Rev Clin Esp (Barc). 2020 Mar;220(2):126-134. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rce.2019.05.014. Epub 2019 Aug 8. PMID: 31400809.

11. Girerd N, Leclercq C, Hanon O, Bayés-Genís A, Januzzi JL, Damy T, Lequeux B, Meune C, Sabouret P, Roubille F. Optimisation of treatments for heart failure with reduced ejection fraction in routine practice: a position statement from a panel of experts. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2023 Oct;76(10):813-820. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2023.03.005. Epub 2023 Mar 11. PMID: 36914024.

12. Martínez J, Albillos A. Tratamiento

de la ascitis refractaria [Treatment of refractory ascites]. Gastroenterol Hepatol. 2014 Jul;37 Suppl 2:68-73. Spanish. doi: 10.1016/S0210-5705(14)70072-X. PMID: 25087715.

13. Maldonado AA, Ramos E, García-Alonso P, Jover JJ, Holguín P, Fernández-Cañamaque JL, Cristóbal L. Abordaje multidisciplinar en el paciente con linfedema: de la rehabilitación a la microcirugía [Multidisciplinary approach in the lymphedema patient: From rehabilitation to microsurgery]. Rehabilitación (Madr). 2022 Apr-Jun;56(2):150-158. Spanish. doi: 10.1016/j.rh.2021.06.003. Epub 2021 Sep 17. PMID: 34538653.

Fuente: Incluido en Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XIX. Número 6 Segunda quincena de Marzo de 2024 – Página inicial: Vol. XIX; nº 6; 163

# La OMS reclama mayores esfuerzos conjuntos para poner fin a la tuberculosis y señala como cruciales estos próximos años

**La OMS reclama mayor esfuerzo conjunto para poner fin a la tuberculosis y señala como cruciales estos próximos años desde la 12ª Jornada de la Red TBS-Stop Epidemias celebrada en Madrid**

Los datos del organismo internacional indican que la tuberculosis desterró en 2023 a la COVID-19 en el liderazgo mundial de agente infeccioso más letal: los expertos reunidos en este encuentro anual remarcan la necesidad de no bajar la guardia pese a que España sea ya un país de baja incidencia y se destaca la posible futura influencia del cambio climático como impulsor de vectores que propagan esta enfermedad infecto-contagiosa que los profesionales califican de paradigma de enfermedad de la injusticia.

“La lucha contra la tuberculosis es una carrera de fondo en la que, aunque parezca paradójico en pleno siglo XXI, queda mucho por hacer”, reivindicaba hace unos días el doctor Julio Ancochea, presidente del Comité Científico de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad (Red TBS-Stop Epidemias) quien no dudaba en usar una gráfica metáfora que hoy ha vuelto a recordar: “y mejor si la visualizamos como una carrera de relevos: somos un equipo y todos juntos, con nuestro compromiso y solidaridad, lograremos un avance real”. Una unión de esfuerzos para una acción coordinada y continuada que hoy ha reclamado la directora del Programa Global de Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tereza Kasaeva, en el mensaje dirigido a los miembros de esta Red que se ha emitido esta mañana en su 12ª Jornada de Actualización.

## MENSAJE DE BIENVENIDA DE MÓNICA GARCÍA

Tras el mensaje de bienvenida a la 12ª Jornada enviado por la ministra de Sanidad, Mónica García, cerca de doscientas personas llenaban el salón

de actos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos-Organización Médica Colegial (entidad que fundó en mayo hará 11 años la Red TBS junto a la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica -SEPAR-; la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia -SEMG- y Cruz Roja, coordinados por Ibsen Comunicación).

Dos centenares de profesionales y estudiantes del ámbito sociosanitario, vinculados de uno u otro modo al abordaje de esta enfermedad infecciosa, que han podido escuchar como Kasaeva les llamaba a la acción en un 2024 que se erige como crucial según la responsable de la OMS, por los compromisos para hacer frente a la tuberculosis que los mandatarios políticos suscribieron el pasado septiembre en la reunión de Naciones Unidas... y porque, aunque haga décadas que tiene cura, en pleno siglo XXI, como recordaba el doctor Ancochea, la tuberculosis mata cada día a más de 3500 personas y enferma a otras 30 000. En 2023, siguiendo con los datos aportados en el encuentro por los miembros de la OMS, la tuberculosis recuperó el liderazgo en el nefasto ranking de enfermedad infecciosa más letal del año que le había arrebatado la COVID-19. También el año pasado, explicaba Tereza Kasaeva, recuperado en gran parte el acceso a los servicios sanitarios y la detección, se constataba el mayor número anual de diagnósticos desde que la OMS inició su registro en 1995.

## QUEDA MUCHO POR HACER

“Por todo ello, desde la Red TBS-Stop Epidemias no nos cansaremos de insistir en que queda mucho por hacer y que debemos ponernos a ello todos juntos”



reiteraba el doctor Julio Ancochea, también responsable del Servicio de Neumología del Hospital de La Princesa, “y encuentros como esta Jornada y los Iberoamericanos que la Red promueve periódicamente, son un marco ideal para que los profesionales que de una u otra manera estamos vinculados al abordaje de esta enfermedad podamos actualizarnos y sigamos dando pasos hacia adelante con la vista puesta en poder derrotarla un día, esperemos que más pronto que tarde” y siguiendo las directrices que marca la OMS que la Red TBS-Stop Epidemias adoptó como propias ya desde su creación.

Sí, podemos poner fin a la tuberculosis: 5 claves para conseguirlo juntos en este momento crucial

“Este es un momento crucial de la lucha para acabar con la tuberculosis: tenemos los compromisos firmes con objetivos específicos hechos por los líderes mundiales en la declaración política de la segunda Reunión de Alto Nivel de NU sobre TB en septiembre de 2023, que han supuesto grandes impulsos para acelerar la respuesta a la tuberculosis” alentaba Tereza Kasaeva, “2024 es un año de acción para asegurar el cumplimiento de estos compromisos y que millones de

personas se beneficien de los servicios de atención y prevención de la TB, que pueden salvar vidas”.

“Los avances en las técnicas moleculares que ayudan a un diagnóstico más rápido tanto de la enfermedad como del perfil de resistencias y los nuevos fármacos para las multidrogorresistencias que permiten tratamientos orales y más cortos nos dan bastante esperanza a corto plazo para seguir en la lucha para frenar la tuberculosis”, reconocía en esta misma 12ª Jornada el doctor Javier García Pérez, secretario general del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias y presidente de NeumoMadrid.

Eso a nivel científico, a nivel estructural, la responsable de la OMS marcaba en cinco las claves para el éxito que se incluyen en el plan 2023-2027:

1. Alto nivel de acción y liderazgo: Los compromisos están asumidos ahora es el momento de convertirlos en acciones tangibles. Kasaeva enumera algunos objetivos como llegar al 90 % de la gente que necesite servicios de atención y prevención de TB, usando una prueba rápida recomendada por la OMS como primer método para diagnosticar la TB.

*sigue en pág. 30*



viene de pág. 29

Que todos los enfermos de TB tengan acceso a paquetes de prestaciones sanitarias y sociales, y asegurar la disponibilidad de al menos una nueva vacuna de TB que sea segura y efectiva, todo ello salvando las brechas de financiación para investigación e implementación de TB para 2027.

2. Inversión de recursos considerable: Para Kasaeva, las inversiones en investigación e innovación son fundamentales para acelerar los esfuerzos para lograr los objetivos para poner fin a la TB. “El apoyo, la atención y la información son vitales para el acceso universal a la atención e investigación de la TB. Esto es especialmente crítico para salvar brechas en la atención y para asegurar un acceso equitativo a la atención y prevención, en línea con el objetivo de la OMS de lograr la cobertura sanitaria universal.” Explicaba la responsable de Programa Global para la TB, quien aportaba más ejemplos: “Más inversiones para apoyar la implementación de opciones de tratamiento preventivo de TB recomendadas por la OMS, tratamientos más cortos, diagnóstico molecular rápido y pruebas para la infección por TB, otras innovaciones y herramientas digitales supondrán mejoras en los resultados médicos” resumía también Kasaeva en la línea del doctor García Pérez.

3. “En tercer lugar, nos centramos en la importancia de hacer frente a las desigualdades sanitarias, incluyendo el estigma y la discriminación, para asegurar la salud de todos, Las personas con TB son de las más marginadas y vulnerables y tienen dificultades para obtener atención.” La Directora del Programa Global de Tuberculosis les ha recordado que “la OMS llama a la acción global para tratar las desigualdades sanitarias de personas con TB y otras enfermedades.

4. “En cuarto lugar, estamos pidiendo

la ampliación del acceso a servicios de cribado y tratamiento preventivo para la tuberculosis, porque esto aumenta las eficiencias y permite obtener considerables ganancias sanitarias y financieras.” Kasaeva lo dejaba claro: “Integrar el cribado con el tratamiento preventivo de la tuberculosis aumenta las oportunidades de proteger a la gente contra la infección por TB, además de salvar un gran número adicional de vidas.” Y dada la importancia de este aspecto, la directora anunciaba que sin ir más lejos este Día Mundial de la Tuberculosis la OMS hará pública una nueva inversión para ampliar el despliegue de este tratamiento preventivo.

5. La quinta clave pasa por lo que la Red TBS-Stop Epidemias lleva trabajando desde su creación: “terminar con la TB”, esgrimía Tereza Kasaeva, requiere acciones coordinadas por parte de todos los sectores, la comunidad y la sociedad civil, para prestar los servicios adecuados, apoyo y crear un entorno seguro en el lugar adecuado y en el momento correcto”.

#### DETERMINANTES SOCIALES

Y como se ha recordado en esta misma Jornada, “la pobreza, la desigualdad, la desnutrición, las comorbilidades, la discriminación y el estigma son grandes impulsores de la epidemia de TB.” Por tanto, concluía la responsable de la OMS, “no se puede progresar en la lucha contra la TB y sus causas subyacentes solo desde el sistema sanitario.”

Una consideración que también señalaba Fátima Cabello, directora del Área de Salud de Cruz Roja ya en la inauguración del encuentro: “Tener en cuenta los determinantes sociales en salud es primordial, y especialmente en la tuberculosis”. Un abordaje multidisciplinar que no debe dejar nunca de lado, como recordaba también desde la inauguración el doctor Higinio Flores,

vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, el aspecto solidario que se recoge también y le da nombre desde el inicio de la Red TBS-Stop Epidemias y que sigue como eje en las actuaciones y actividades de esta entidad y que seguirá siendo así en este, como lo calificaba la responsable de la OMS, “momento crucial”: “Los próximos cinco años serán críticos para asegurar que el impulso político que tenemos ahora se traduzca en acciones concretas y se acelere el progreso para lograr los objetivos y compromisos mundiales sobre la TB”.

#### MOMENTO CRUCIAL EN EL QUE EL CAMBIO CLIMÁTICO SE SUMA A LA ESCENA

Y lo hace de una forma a tener muy en cuenta, tal como esgrimía desde su ponencia Ernesto Jaramillo, del Departamento del Programa Global de TB de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra. “La pobreza, la desnutrición, la vivienda precaria, la exclusión social y otras condiciones médicas determinadas también para las mismas condiciones sociales (por ejemplo, VIH, diabetes, trastornos mentales, tabaco, consumo nocivo de alcohol y otras sustancias, privación de libertad en condiciones de hacinamiento, entre otros) son los impulsores de la epidemia de tuberculosis” enumeraba de nuevo Jaramillo, “este círculo vicioso de pobreza que causa tuberculosis y tuberculosis que causa pobreza se ve agravado por las emergencias sanitarias y humanitarias. En este contexto, se prevé que el cambio climático impulse aún más los determinantes sociales, económicos y ambientales bien conocidos de la tuberculosis”.

Y en su argumentación, este responsable de la OMS añadía que será la seguridad alimentaria la que marque la clave en ese cambio: “Un determinante particular de la tuberculosis, que pro-

bablemente empeore debido al cambio climático, es la seguridad alimentaria. La inseguridad alimentaria hace que las personas y las comunidades sean más vulnerables a las enfermedades y a los malos resultados en materia de tratamiento y salud de la tuberculosis, y desencadena fácilmente desplazamientos masivos, lo que hace que las personas sean más vulnerables al desarrollo y la transmisión de la enfermedad de tuberculosis, al tiempo que interrumpe el acceso a los servicios de atención de la salud”.

#### DESNUTRICIÓN COMO CAUSA

Sin ir más lejos, siguiendo con los datos aportados por Ernesto Jaramillo, “en 2022, uno de cada cinco casos incidentes estimados de tuberculosis fue atribuible a la desnutrición”. “Es probable que la seguridad alimentaria sea la vía más influyente para que el cambio climático afecte a la tuberculosis a través de sus efectos en la producción agrícola, la diversidad alimentaria y la disponibilidad de alimentos debido a los cambios en la temperatura, las precipitaciones, la pérdida de biodiversidad y los eventos climáticos extremos.” Explicaba Jaramillo quien añadía que “los fenómenos climáticos extremos también inducen el desplazamiento de la población, lo que se ha asociado con un aumento de la transmisión de la tuberculosis y si bien la mayoría de los países con una alta carga de tuberculosis se consideran muy vulnerables al cambio climático, las economías de altos ingresos también corren el riesgo de perder los avances logrados en la erradicación de esta enfermedad”.

Un final para la tuberculosis en el que la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad (Red TBS – Stop Epidemias) seguirá trabajando, reiterando el lema de la OMS para este 24 de marzo: “Sí, podemos acabar con la tuberculosis”.

Fuente: [medicosypacientes.com](https://medicosypacientes.com)

POR FEDERICA PÉREZ

# La Udelar realizó el primer estudio para medir la recepción de los fármacos para la tuberculosis en pacientes hospitalizados

**El objetivo es mejorar la efectividad del tratamiento al evaluar si la dosis, las vías de administración y las formulaciones utilizadas actualmente son “efectivas y seguras”**

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud presente en la población uruguaya y un desafío para el sistema sanitario. De hecho, según los últimos datos, los organismos esperan que durante los próximos años la incidencia de la enfermedad continúe en ascenso. En este marco, un conjunto de instituciones, entre ellas, la Universidad de la República, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, realizaron un estudio observacional para averiguar cómo responden los pacientes

con tuberculosis, específicamente los hospitalizados, críticos y moderados, a los tratamientos farmacológicos que se aplican.

Para tratar la enfermedad se utiliza una asociación de fármacos, que a su vez se combinan con otros, en tomas que se extienden por aproximadamente seis meses. Cada uno tiene determinado objetivo: por ejemplo, la isoniácida se indica debido a su eficacia para la eliminación de bacterias, y la rifampicina porque, entre otras cosas, disminuye la posibilidad de que haya recaídas.

Según explicó Manuel Ibarra, res-

ponsable científico del proyecto, en la presentación de la investigación, los objetivos del proyecto fueron “evaluar si las dosis, vías de administración y formulaciones utilizadas actualmente en pacientes críticos y moderados para el tratamiento antituberculoso con rifampicina e isoniácida producen niveles sanguíneos efectivos y seguros” y, a la vez, “desarrollar herramientas para su optimización a nivel individual”.

Los investigadores se plantearon varias preguntas a responder sobre el tratamiento, como, por ejemplo, qué proporción de pacientes presentan niveles asociados a eficacia y seguridad, qué impacto tienen las diferentes vías de administración utilizadas y qué otras

características individuales, además del peso corporal, habría que considerar al momento de definir el tratamiento en la población seleccionada, para optimizar las posologías. El objetivo, entonces, fue generar herramientas para mejorar la efectividad del tratamiento evaluando si la dosis, las vías de administración y las formulaciones utilizadas actualmente son “efectivas y seguras”.

#### UN PRIMER ACERCAMIENTO

Participaron en el monitoreo 99 pacientes internados en el hospital Pasteur, el hospital Español y el Hospital de Clínicas. A cada uno se le realizó una evaluación mediante un esquema de

*sigue en pág. 31*



viene de pág. 30

muestreo limitado de muestras tomadas entre una y dos horas posdosis y entre cuatro y seis horas posdosis, en las que se midió la concentración en sangre, porque “las concentraciones sanguíneas nos dan más información sobre los posibles efectos en el paciente”, explicó Ibarra a la diaria.

Aunque los pacientes reciban la misma dosis, “pueden tener concentraciones diferentes”, es decir, diferentes niveles de exposición al fármaco administrado, y esto puede provocar diferencias en la eficacia y la seguridad del tratamiento entre los individuos. En esto interfieren “diversos factores”, entre ellos, el peso corporal, la edad y el sexo, que contribuyen a que existan diferencias en cómo el cuerpo “procesa” un medicamento.

En particular, en este estudio se hizo énfasis en las diferencias entre los pacientes en la actividad de la enzima NAT2, principal responsable del metabolismo de isoniacida. En este campo, se encontraron subpoblaciones de pacientes metabolizadores rápidos, intermedios y lentos. “A mayor metabolismo, mayor eliminación, y por lo tanto menor exposición tras la administración de la misma dosis”, detalló el investigador.

La rifampicina y la isoniacida, “al igual que otros antibióticos que se utilizan en

tratamientos intrahospitalarios”, son de estrecho margen terapéutico, es decir que “diferencias relativamente pequeñas en la exposición pueden causar un im-

pacto significativo en los resultados clínicos, originando ineffectividad o toxicidad”. La ineffectividad en el caso de los antibióticos es aún más importante, porque, además

de que no se controla la enfermedad, se puede desarrollar resistencia a los tratamientos, explicó Ibarra.

Para este tipo de fármacos, “lo que se hace es medir concentraciones” y evaluarlas utilizando rangos terapéuticos “reportados a nivel mundial”: se busca una población similar a la del paciente y se usa el rango de referencia. Para esto hay distintas métricas de exposición: “Lo que vimos es que tomando la exposición máxima, por ejemplo, para rifampicina, que es uno de los más usados para tuberculosis, casi todos los pacientes se encuentran por debajo del rango terapéutico”, es decir, que no estaría haciendo efecto, pero “lo que se observa en la clínica es que evolucionan bien”.

En línea con lo anterior, se está viendo qué métrica de exposición “conviene usar de ahora en más”. En el caso de la isoniacida, se detectó que “muchos pacientes están por debajo del rango utilizado”, por eso se va a seguir investigando si es válido su uso o no, detalló Ibarra.

En esta primera etapa lo que se hizo fue “establecer la medición de concentración, validar los modelos para tomar las muestras y caracterizar, para después proyectar qué dosis se necesitan”, concluyó Ibarra.

Fuente: La Diaria, en Investigación en Salud



# Un diccionario global de la tuberculosis: términos y definiciones unificados para el campo de la tuberculosis

- Alberto L García-Basteiro
- Joanna Ehrlich
- Maryline Bonnet
- Marianne Calnan
- Stephen M Graham
- Sabine Hermans
- et al.

La tuberculosis es uno de los enemigos más antiguos de la humanidad, con un alcance que abarca todas las naciones. La tuberculosis se ha cobrado la mayor cantidad de vidas de cualquier enfermedad infecciosa de la historia.

Sólo en 2022 hubo alrededor de 10-6 millones de episodios de enfermedades, y tres millones de muertes atribuibles a la tuberculosis.

La investigación sobre la tuberculosis ocupa un lugar destacado en el panorama científico y cuenta con uno de los organismos más extensos de publicaciones. Los resultados científicos en el campo de la tuberculosis han mostrado un crecimiento exponencial desde el decenio de 1990

Impulsados por inversiones renovadas y avances sin precedentes en la investigación, incluyendo el desarrollo de diagnósticos moleculares, mejores regímenes de tratamiento y una búsqueda de nuevos candidatos a vacunas.

Algunos de estos avances han ampliado nuestra comprensión del espectro

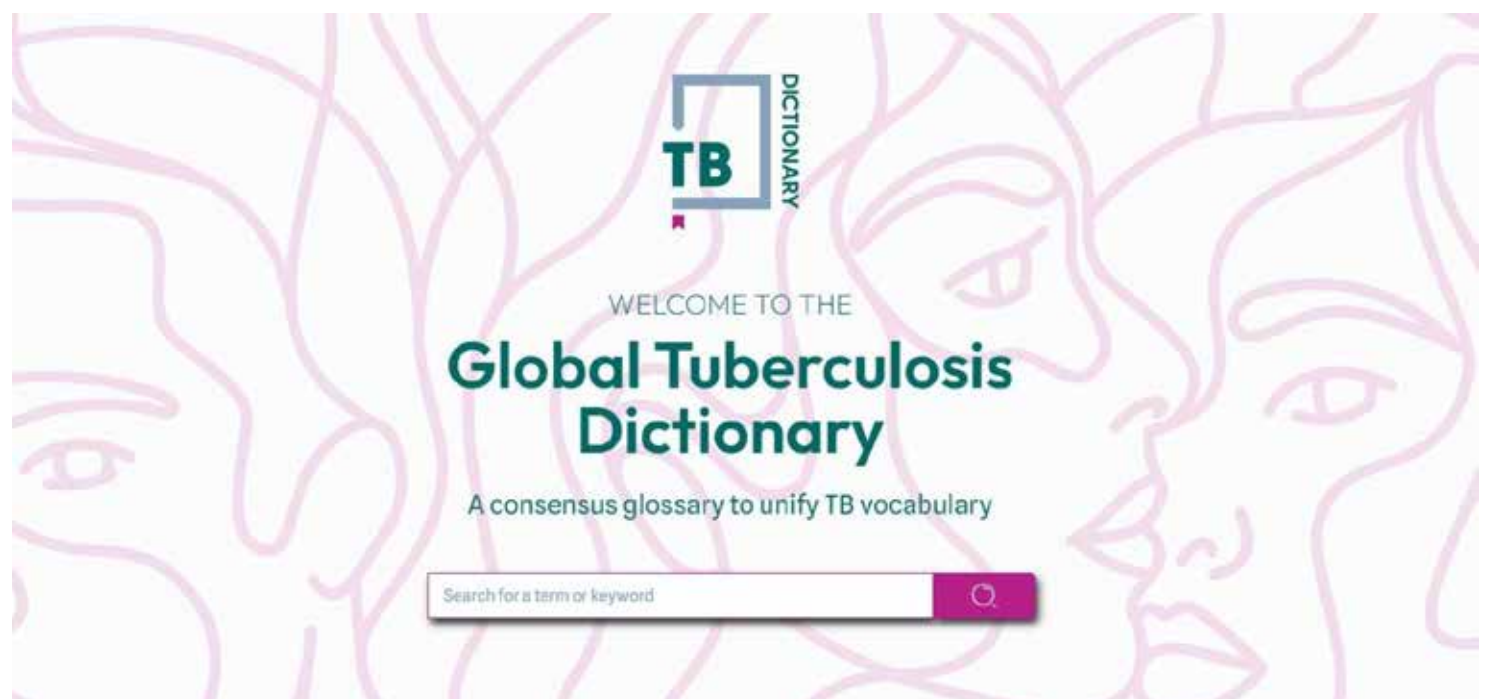
de la tuberculosis desde la exposición a la infección hasta la enfermedad, desafiando conceptos de larga data e introduciendo términos novedosos para su aplicación en todos los esfuerzos de investigación y control. Sin embargo, la introducción de nuevos términos definidos, o la modificación de definiciones anteriores a lo largo del tiempo, puede conducir a confusión, malentendidos e incoherencias en el uso de terminología relacionada con la tuberculosis.

Por ejemplo, el término infección por tuberculosis latente se ha utilizado ampliamente para denotar la presencia de la infección por *Mycobacterium tuberculosis* en el cuerpo y para definir la exposición inmunológica pasada a la tuberculosis M. La OMS ha considerado recientemente el término inexacto, y recomienda el uso de la infección por tuberculosis en su lugar.

El término tuberculosis activa se utiliza con frecuencia para denotar a una

persona con enfermedad causada por la tuberculosis M, en contraste con el término tradicional, la infección por tuberculosis latente. Sin embargo, ahora sabemos que la llamada tuberculosis latente no es verdaderamente inactiva, ni siquiera latente como se entiende en otros campos. Del mismo modo, las definiciones de casos ampliamente utilizadas para la tuberculosis pediátrica

sigue en pág. 32





viene de pág. 31

(probable tuberculosis, posible tuberculosis, tuberculosis no confirmada) han sido objeto de múltiples revisiones por parte de diferentes autores, que utilizan diferentes términos para describir la misma condición.

Los términos o conceptos emergentes han acaparado una atención sustancial en los últimos años, como la incipiente tuberculosis y la tuberculosis subclínica, pero se han utilizado y definido de manera diferente entre la literatura científica y los documentos relacionados con la política.

En reconocimiento de la naturaleza dinámica del vocabulario y la lexicología, en particular en el ámbito evolutivo de las empresas científicas que tienen por objeto desafiar los conceptos y definiciones establecidos, es necesario armonizar y racionalizar la terminología asociada a la tuberculosis. El desarrollo de un diccionario vivo podría servir de referencia para las personas interesadas en la tuberculosis, incluidas las que se dedican al control y la investigación de la tuberculosis, o a las directamente afectadas por esta condición. Se espera que ese recurso contribuya a la claridad, la coherencia y la comunicación efectiva sobre el terreno.

Impulsado por esta motivación, un grupo diverso de investigadores independientes, oficiales de salud pública y sobrevivientes de tuberculosis, con diferentes antecedentes, experiencia y orígenes geográficos, colaboró para establecer la primera edición del Dic-

cionario Global de Tuberculosis. Primero llevamos a cabo una revisión completa de la literatura relacionada con la tuberculosis (publicada entre el 1 de enero de 2000, y el 31 de diciembre de 2022) para identificar términos y definiciones asociados con la tuberculosis. Todas las publicaciones del Programa Mundial de la Tuberculosis de la OMS se seleccionaron como fuente principal de extracción de términos, ya que estas publicaciones suelen representar una referencia internacional. También revisamos publicaciones de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Pulmonales y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Además, realizamos una búsqueda sistemática en PubMed (usando las palabras clave "tuberculosis" y "definiciones" o en el que se identifican los artículos en los que el objetivo principal era discutir las definiciones de términos y conceptos de tuberculosis, o aquellos que contenían glosarios. Los términos se examinaron inicialmente para determinar su relevancia para la tuberculosis y se excluyeron si no eran específicos de la tuberculosis (por ejemplo, "cultura" o "adolescente"). Los Términos fueron clasificados en categorías y distribuidos para su revisión por un panel de expertos en tuberculosis, que fueron enmascarados a todas las otras revisiones y contribuyeron al diccionario como el equipo editorial (que incluye a todos los autores de este comentario). Cada término y definición fue evaluado por dos revisores del equipo editorial, quienes podían rechazar, enmendar o aceptar cada término y

definición. Las opiniones contradictorias se resolvieron por consenso o, en caso necesario, por discusión con un tercer revisor del equipo editorial. Todas las enmiendas fueron objeto de una revisión final de la cohesión y la coherencia por parte de los editores del diccionario (ALG-B y MAB), y en caso de opinión contradictoria, los editores se reunieron para discutir y encontrar consenso. En el último trimestre de 2023, hubo dos iteraciones finales de revisión del proyecto de diccionario con el equipo editorial. Los términos y definiciones de consenso fueron compilados en un glosario, que formó la primera edición del Diccionario Global de Tuberculosis. El glosario fue refinado para asegurar la alineación con la Guía de Lenguas de la Asociación para Parar de la TB, y revisado por dos sobrevivientes de tuberculosis que proporcionaron información sobre la aceptabilidad del idioma a la comunidad afectada por la tuberculosis.

A lo largo de la revisión editorial del proyecto de diccionario, a lo largo del proyecto de diccionario, hubo varios ejemplos notables de términos y definiciones desalineados, que tenían tres temas comunes: nuevos términos que no tienen una comprensión coherente en la literatura, se utilizan de diferentes maneras; términos más antiguos que no se alinean con la comprensión científica actual o el lenguaje no estigmatizante actualmente aceptado; y definiciones que se utilizan de manera inconsistente, en publicaciones de la misma organización, e incluso del mismo año. Una amplia discusión dentro del equipo editorial giró en torno al término tuberculosis misma, que se ha utilizado de forma variable, seguida a menudo por la palabra enfermedad (es decir, enfermedad de tuberculosis), precedida por la palabra activa (es decir, tuberculosis activa), o ambas. El término tuberculosis se ha utilizado tanto para referirse a la enfermedad (en lugar de la infección por M tuberculosis), como para el campo más amplio de las interacciones de la tuberculosis dentro del cuerpo humano. Mimeticismo la lexicología utilizada en otras enfermedades (por ejemplo, la infección por VIH es la causa del SIDA o SARS-CoV-2 es la causa

del COVID-19), nuestra recomendación es utilizar el término infección por tuberculosis para referirse a los términos tradicionales de infección por tuberculosis o infección latente por tuberculosis, y utilizar el término tuberculosis para referirse a la etapa de la enfermedad causada por la tuberculosis. Dentro del sitio web del Diccionario Global de Tuberculosis, proporcionamos una lista de muchos de los términos y definiciones que fueron seleccionados inicialmente para la evaluación de los revisores, y tomamos nota de la variabilidad entre ellas.

El Diccionario Mundial de la Tuberculosis se ha elaborado mediante un enfoque sistemático, que se guió por pruebas y un examen de expertos, para elaborar una lista de términos y definiciones para armonizar el lenguaje mundial relacionado con la tuberculosis. A medida que evoluciona nuestra comprensión de la tuberculosis, también debería hacerlo la terminología y las definiciones respectivas. Por lo tanto, los términos y definiciones nuevos o modificados pueden ser propuestos a través del sitio web del Diccionario Global de Tuberculosis para su inclusión en ediciones posteriores del diccionario. Estas sugerencias, junto con los nuevos términos de la literatura, serán revisadas anualmente por el equipo editorial, y posteriormente se actualizará el diccionario. Esperamos que este diccionario de acceso abierto represente un recurso útil que permita a la comunidad de investigadores de tuberculosis, responsables políticos, financiadores y afectados por tuberculosis unificarse en torno a un entendimiento común del vocabulario relacionado con la tuberculosis, con los objetivos finales de mejorar los esfuerzos generales de comunicación y armonización en el control de la tuberculosis.

No declaramos intereses contrapuestos. Agradecemos a Ramiro García su contribución al primer borrador del diccionario, y a María Beltrán e Israel Torres por su apoyo en el diseño y desarrollo de la página web del diccionario de la tuberculosis.

**Fuente: The Lancet**  
Accede al diccionario en  
[www.tbdictionary.org](http://www.tbdictionary.org)

**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**

**Piense y realice una opción inteligente**  
**Invierta en publicidad**  
**Publicite en...**



**EL DIARIO MEDICO**  
*Salud hoy*

Telefax: 2 408 37 97 - Cel.: 099 351 366  
[eldiariomedico@eldiariomedico.com.uy](mailto:eldiariomedico@eldiariomedico.com.uy)  
[www.eldiariomedico.com.uy](http://www.eldiariomedico.com.uy)