

SALUD MILITAR



Volumen 29 N° 1 - Abril 2007

EDITORIAL	Se hace camino al andar.....	pág.03
HOMENAJE	Eq.Tte.Cnel. (M) Wolfgang Goller Albert.....	pág.05
ARTICULOS ORIGINALES	Matrices Hidrofilicas como agentes moduladores de liberación de fármacos.....	pág.09
	Cap.(OF) Susana Pertuso; Eq.Tte.1o. (OF) Gabriela Navarro; Alf. (Msc) Pablo Cabral PRIMER PREMIO AÑO 2005 - AREA QUIMICA	
	Síndrome de Gardner.....	pág.18
	May.(O) Nahir Barreto PRIMER PREMIO AÑO 2005 - AREA ODONTOLOGIA	
	Diagnóstico asistencial y comportamental del paciente en Hemodiálisis Crónica.....	pág.38
	Cbo.1a (Esp.B) Laura Rigamonti SEGUNDO PREMIO AÑO 2005 - AREA MEDICINA	
	La D.N.S.F.F.AA y el nuevo modelo de atención.....	pág. 50
	Eq.Tte.1o. (M) Teresa Puppo MENCION AÑO 2005 - AREA ADMINISTRACION Y SALUD PUBLICA	
ACTUALIZACIONES	Inicio de la Coordinación de Trasplante en un Hospital Público.....	pág.61
	Dr. Armando Cacciatori; Dr. Carlos Quintero; Dr. Raúl Mizraji	
	Nuevas estrategias en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador.....	pág.72
	Eq.Tte. 1o.(M) Laura Robaló	
HISTORIA DE LA MEDICINA	Batalla de Sarandí (12 de octubre de 1825) Cómo fueron asistidos los heridos de la Batalla de Sarandí.....	pág.80
	Eq.May.(M) Augusto Soiza Larrosa	
INFORMACION	Programa de Tabaquismo del H.C.F.F.AA. Una salida al problema de la adicción a la nicotina.....	pág.89
	Normas de Publicación de Originales.....	pág.90

SALUD MILITAR



Volumen 29 N° 1 - Abril 2007

MONTEVIDEO - URUGUAY

ISSN 1510 - 8023

PUBLICACION DE LA DIRECCION NACIONAL
DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS

DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FF.AA.

General Miguel A. Dalmao

Sub Director Nacional de Sanidad de las FF.AA.
CORONEL (AV) LUIS G. RODRIGUEZ

Director Técnico de la D.N.S.FF. AA.
Director de la Publicación "SALUD MILITAR"
CORONEL (M) GUILLERMO FROCHT

Jefa del Servicio de Publicaciones Científicas
EQ.TTE. 1° (M) TERESA PUPPO

Comité Editorial
CORONEL (M) GUILLERMO FROCHT
EQ.TTE. 1° (M) TERESA PUPPO

Traducción
ALF. (M) MARCOS POUSO
SDO. 1° DIEGO MARTINEZ

Secretaría Gráfica y Editorial
SGTO.(Adm.) ADRIANA ARANCO

Las opiniones o declaraciones expresadas por los autores en la Revista Salud Militar son de su exclusiva responsabilidad. Se autorizada la reproducción parcial o total de los artículos publicados indicando por escrito su procedencia.

DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FF.AA.
SERVICIO DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS
Avda. 8 de octubre 3050 - Código Postal 11600
Teléfono: (5982) 487 66 66 Interno 1238
Telefax: (5982) 487 44 09

www.dnsffaa.gub.uy/revista

 dirtecrevista@dnsffaa.gub.uy

CONTENTS

EDITORIAL

The way is done by the gait.....p.03

HOMAGE

Eq.Lieutenant Colonel (Dr.) Wolfgang Goller Albert.....p.07

ORIGINAL ARTICLES

Hydrophilic Matrixes as modulating agents of drugs liberation.....p.09
Capt.(Chem.Pharm.) S. Pertuso; Eq.1st.Lt (Chem. Pharm.) G. Navarro; 2Lt. (Msc) P. Cabral
FIRST PRIZE - YEAR 2005 - CHEMISTRY AREA

Gardner Syndrome.....p.18
Maj.(D) Nahir Barreto
FIRST PRIZE - YEAR 2005 - DENTISTRY AREA

Diagnosis of Assistance and Behavior of the Patient in Chronic Dialysis.....p.38
1st. Cpl. Laura Rigamonti
SECOND PRIZE - YEAR 2005 - MEDICINE AREA

The Armed Forces National Health Direction and the new model of attention.....p.50
Eq.1st.Lt(Dr.) Teresa Puppo
MENTION - YEAR 2005 - PUBLIC HEALTH AND ADMINISTRATION AREA

ACTUALIZATION

Beginning of transplant coordination in a public hospital.....p.61
Dr. Armando Cacciatori; Dr. Carlos Quintero; Dr. Raúl Mizraji

New strategies in the address of diagnosis and therapy of the smoker.....p.72
Eq.1st.Lt.(Dr.) Laura Roballo

MEDICINE HISTORY

Battle of Sarandi (12th October of 1825).....p.80
Maj. (Dr.) Augusto Soiza Larrosa

INFORMATION

Nicotine's Program of the Armed Forces Central Hospital
An exit to the problem of the addiction to the nicotine.....p.89

Publication Rules of Originals.....p.90

ARMED FORCES NATIONAL HEALTH DIRECTION
SERVICE OF SCIENTIFIC PUBLICATIONS
Avda. 8 de octubre 3050 - ZIP code 11600
Phone: (5982) 487 66 66 - Int. 1238
Fax: (5982) 487 44 09

www.dnsffaa.gub.uy/revista

dirtecrevista@dnsffaa.gub.uy



La Escuela de Sanidad de las Fuerzas Armadas (E.S.F.F.AA.) tiene como cometido principal brindar instancias de capacitación en disciplinas vinculadas a la Salud a los integrantes de las FF.AA. Estas actividades se vienen realizando desde su fundación, y han sido muy proficuas, permitiendo que el Hospital Central de las Fuerzas Armadas (H.C.F.F.AA.), los Servicios Sanitarios de las Fuerzas (Ejército, Armada y Fuerza Aérea) y, más recientemente, la Dirección General de Atención Periférica (D.G.A.P.), se nutrieran de los egresados, profesionales y técnicos, de los diferentes cursos de formación, capacitación y perfeccionamiento dictados en el ámbito de la Escuela.

Para el cabal cumplimiento de su misión, la Escuela cuenta con su clásico Anfiteatro(actualmente en período de reforma para modernizarlo y re - acondicionarlo), dotado de la infraestructura edilicia y de medios audiovisuales de apoyo a la docencia necesarios para el normal desarrollo de las actividades de enseñanza - aprendizaje que en él se llevan a cabo, y varios salones de clase, últimamente también dotados de apoyo audiovisual.

Pero la Escuela no quiere quedarse solamente con este papel, quiere crecer, seguir andando, evolucionar y acompasarse con los nuevos conceptos y metodologías educativas que se están aplicando a nivel mundial. Quiere tener un papel más protagónico, quiere trascender y lograr reconocimiento más allá de los límites de la D.N.S.F.F.AA., quiere ocupar un lugar en el crisol educativo nacional.

Además de la modernización física, la E.S.F.F.AA. está haciendo esfuerzos para plasmar en sus actividades una mayor y mejor oferta de oportunidades educativas, teniendo como norte la mejora continua en la calidad de los cursos y el crecimiento académico de sus integrantes y alumnos.

Con estos objetivos en mente, la Escuela trazó sus planes de desarrollo para este 2007, dentro de los cuales citamos por su importancia estratégica los siguientes puntos:

1. La E.S.F.F.AA. siempre ha sido reconocida por la calidad de los Auxiliares de Enfermería que de ella egresan. Ahora, se está trabajando para la puesta en marcha de Cursos de Especialización en varias áreas de la Enfermería Profesional, en acuerdo de complementación con la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UDELAR).
2. Desde el año 2004, la D.N.S.F.F.AA. está acreditada por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la UDELAR para organizar actividades de Educación Médica Continua (EMC), y la tarea de asesoramiento y apoyo se ha ejecutado desde la Escuela de Sanidad, habiéndose realizado ya más de 20 actividades acreditadas.
3. El siguiente paso fue la solicitud de acreditación de la Escuela de Sanidad como Unidad Docente Asociada (UDA) a la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, hecho que permitirá la progresiva acreditación de los Servicios y Departamentos del H.C.F.F.AA. como UDA en las distintas especialidades, y que significará un importante espaldarazo a la docencia en el ámbito de las FF.AA.

4. Por si fuera poco, también actuando en acuerdo con la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, se están desarrollando proyectos para llevar a la práctica Cursos de Especialización en áreas específicas de las Ciencias Médicas bajo la forma de Diplomaturas como complemento de la formación de especialistas médicos o quirúrgicos.
5. Atentos a los acontecimientos de actualidad, se lleva adelante un programa de información al personal sanitario frente a enfermedades emergentes o re - emergentes (por ejemplo, gripe aviar y dengue), con instancias de capacitación periódicas.
6. La E.S.FF.AA. mantiene un papel primordial en la formación y capacitación de los recursos sanitarios que concurren en apoyo a las Misiones para Mantenimiento de la Paz organizadas por la O.N.U.

Todas estas actividades y planes, algunos ya en ejecución, otros en la fase de últimos apurtes, han convencido a las autoridades de la Escuela que es el momento para dar un salto hacia delante, y se ha fijado el objetivo de transformarla en Instituto Terciario Universitario.

Para ello estamos trabajando todos mancomunadamente, sin pausa, con la íntima seguridad que con el apoyo de la familia militar, sólo puede pasar una cosa: éxito total.

Cap.(M) *Ciro Alonso Jaumandreu*

Jefe del Servicio de Educación Médica Continua

Escuela de Sanidad de las Fuerzas Armadas





EQ. TENIENTE CORONEL (M) WOLFGANG GOLLER ALBERT

Es con enorme satisfacción que he aceptado el pedido de redactar éste recordatorio al Dr. Wolfgang Goller, a casi 2 años de su fallecimiento. Ello se debe al reconocimiento de los méritos profesionales de Wolfgang, los que de por sí harían la tarea sumamente fácil. Pero más significativo aún es el cariño que se supo ganar entre aquellos que lo conocimos y compartimos con él horas de trabajo, estudio o recreación, y dentro de éste grupo me siento particularmente halagado por la amistad que nos brindamos mutuamente.



El Dr. Goller nació el 12 de febrero de 1928. Realizó sus estudios en Montevideo, habiendo elegido por vocación innegable, la carrera de Doctor en Medicina, graduándose en nuestra Facultad el 10 de junio de 1959.

Con clara orientación hacia la actividad quirúrgica, obtiene el título de Cirujano General el 1 de junio de 1963. Ya desde esa época, siente un particular interés por la patología cardio vascular y su tratamiento. Esto lo lleva a viajar a Europa, donde realizó cursos de especialización y pasantías en destacados centros de Suiza y Alemania. En 1963 realizó Cirugía Cardíaca en la Clínica Quirúrgica Universitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zurich (Suiza), con el Prof. Dr. A. Senning, a quien frecuentemente recordaba por su elevada calidad docente.

En los años 1964 a 1966, estuvo en la Clínica Quirúrgica del Hospital de Heilbronn, y en la Clínica Angiológica del Hospital de la ciudad de Itzehoe, ambos en Alemania.

Vuelve de allí a nuestro País, siendo uno de los pioneros de la cirugía cardio vascular en nuestro medio.

Comienza a trabajar como cirujano general y torácico en la órbita del Ministerio de Salud Pública, institución en la que ya se había desempeñado como Practicante Externo en los años 1952 y 1953 y luego como Practicante Interno desde 1955 a 1959.

A partir de 1970, comienza una intensa carrera docente en la Facultad de Medicina. Así, a lo largo de varios años de actividad, transitó desde el cargo de Docente Auxiliar de Clínica Quirúrgica y del Departamento de Anatomía hasta los de Profesor Agregado Titular de Anatomía, de Clínica Quirúrgica, y del Departamento de Cirugía Cardíaca del Hospital de Clínicas.

En el año 1979, llegó a ocupar transitoriamente el cargo de Director de la Clínica Quirúrgica A.

Su permanente deseo de superación le hizo mantener un relacionamiento con centros asistenciales extranjeros, que lo llevaron a realizar en el año 1971 una pasantía por las Universidades de Ulm, de Dusseldorf y la Clínica de Enfermedades Vasculares de Engelkirchen, en Alemania. En 1981 visitó el Servicio de Cirugía Cardíaca de la Clínica Mayo, donde entabló amistad con el Dr. Francisco J. Puga.

HOMENAJE: EQ.TTE.CNEL.(M) PROF. WOLFGANG GOLLER

Esta trayectoria laboral se vio complementada con su participación en numerosos congresos, simposios, cursos, jornadas, etc., tanto a nivel nacional como en el extranjero, siendo invitado especial en múltiples oportunidades. También integró decenas de tribunales de concursos, así como de monografías y tesis de doctorado.

Su producción científica fue permanente, abarcando las tres áreas a las que dedicó su actividad profesional: la Anatomía, la Cirugía General y la Cirugía Cardiovascular. Más de 120 trabajos publicados – 2 de ellos ganadores de primeros premios -, una Tesis de Doctorado y una Tesis de Profesorado (ambas calificadas con sobresaliente), dan prueba de ello.

Participó de varias organizaciones científicas: la Sociedad de Cirugía del Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Cardiología, la Sociedad de Angiología del Uruguay, la Sociedad Rioplatense de Anatomía, la Pan American Association of Anatomy, y el Capítulo Latinoamericano de la International Cardiovascular Society.

Hemos querido señalar aparte, su actividad en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, que fue donde lo conocimos profundamente, donde compartimos muchas horas y donde cultivamos una sincera amistad.

En el Hospital Militar, Wolfgang (o como le decíamos los amigos: Wolf o Alemán), constituyó un hito en la historia de la Institución. Cirujano de muy buena formación general y conocedor detallado de la anatomía, se caracterizó por su actitud siempre serena aún en los momentos más difíciles de un acto quirúrgico, poseedor de una excelente habilidad manual, y de un claro criterio en las conductas a adoptar.

No solamente fue el pionero de la cirugía vascular; también enseñó a todos los integrantes del Servicio de Cirugía General, iniciando una verdadera escuela que continuaron luego varios de sus discípulos. Siempre fue absolutamente generoso, tanto al compartir sus conocimientos y experiencias, como también en la actividad quirúrgica en sí, dándole oportunidad a todos los cirujanos de participar en las intervenciones, de acuerdo al nivel de formación por cada uno alcanzado, y siempre acompañando su gesto bondadoso con una palabra de aprobación y aliento a la tarea realizada por sus colaboradores.

Compartió su actividad profesional con un hobby al que dedicó tiempo y entusiasmo. Hábil jinete, tuvo en la equitación una de sus pasiones. Hasta casi las últimas etapas de su vida, seguía concurriendo a su Carrasco Polo Club, para jinetear un rato.

Wolf enviudó hacia fines de la década del 70, teniendo en ese momento tres hijos: Alfredo, Claudia y Patricia. Pero reconstituyó su familia casándose nuevamente y teniendo de éste segundo matrimonio a su hija Bettina.

Lamentablemente en los últimos años de su vida tuvo que vivir alguna situación familiar angustiante, pero fue capaz de superarla gracias a su personalidad fundamentalmente optimista y al apoyo de su esposa Ana.

El 8 de junio de 2005 fallece mientras dormía. La noticia fue un tremendo shock para todos los que lo conocimos y lo quisimos. Pero sabemos que Wolf solamente dejó el cuerpo físico que lo acompañó en ésta etapa de su vida, y que su espíritu se encuentra en otro plano, donde continua prodigando esas dotes personales que hemos sabido apreciar y valorar en él. Desde ahí, y si nos estás mirando y escuchando, recibe nuestro fraterno abrazo, con todo el cariño y amistad que tú te supiste granjear.

A su familia, a sus amigos, a sus camaradas, a sus alumnos, les decimos que hemos dejado de tener junto a nosotros a un entrañable compañero. Recordémoslo siempre con todas sus virtudes, y practiquemos en nuestras vidas la bonhomía que el supo prodigar.

Hasta siempre Wolfgang !

Cnel.(M) Gonzalo Fernández

HOMAGE

EQ. LIEUTENANT COLONEL (M) WOLFGANG GOLLER ALBERT

It is with enormous satisfaction that I have accepted the order of writing this article about Dr. Wolfgang Goller, almost two years after his death. It is due to the recognition of his professional merits. But, still more significant, is the fondness that he knew how to get from those that knew him and shared hours of job, study or just free time, and inside this group, I feel flattered because of the friendship that we mutually gave.

Dr. Goller was born on 12th February of 1928. He performed his studies in Montevideo, choosing the career of Doctor in Medicine, graduating himself in our college the 10th of June of 1959.

With a straight orientation to the surgical activity, he gets the General Surgeon degree the 1st of June of 1963. Already from that time, he feels interested about the cardio vascular pathology and its treatment. This makes him travel to Europe, where he performed courses of specialization at important medical centers of Swizz and Germany. In 1963 he studied cardiac surgery at the Surgical University Clinic of the Medicine College from Zurich University (Swizz), with Professor Dr. A. Senning, whom was reminded by Goller frequently for his high teaching quality.

From 1964 to 1966, he was in the Surgical Clinic of the Heilbronn Hospital, and in the Clinic of vascular anatomy of the Itzeboe Hospital, both in Germany.

Then, he comes back to our country, being one of the pioneers of the cardio vascular anatomy in our ambience.

He starts to work as a general and thoracic surgeon in the orbit of the Public Health Ministry, where he used to act as a external practitioner in the years 1952 and 1953, and then as internal practitioner from 1955 to 1959.

From 1970, he starts an intensive teaching career at the Medicine College. Through many years of activity, he went from the duty of Auxiliary Professor of Surgical Clinic and of the Anatomy Department, to the charge of Aggregate Professor of Anatomy, of Surgical Clinic, and of the Department of Cardiac Surgery of the Clinics Hospital.

In 1979, he occupied transitorily the position of Director of the A Surgical Clinic.

His constant feeling of progress drove him to be related with foreign welfare centers, which took him, in 1971, to perform a training at the Ulm Colleges, of Dusseldorf and the Vascular Diseases Clinic, in Germany. In 1981 he visited the service of Cardiac Surgery of the Mayo Clinic, where he began a friendship with Dr. Francisco J. Puga.

This labor development was complemented with his participation in many conventions, simposiums, courses, etc., in the national level as well as in the abroad, being a special guest in multiple opportunities.

He also was a part of dozens of boards of examiners, as well as monographs and dissertation of doctorate.

His scientist production was permanent, reaching the three areas to which he dedicated his professional activity: Anatomy, General Surgeon and Cardiovascular Surgery. More than 120 published tasks – 2 of them winners of first prizes -, a Doctorate Dissertation and a Professorship Dissertation (both excellent rated), give test of it.

He was a part of many scientist organizations: Uruguayan Surgical Society, Uruguayan Society of Cardiology, Uruguayan Vascular Anatomy Society, PanAmerican Association of Anatomy, and the Latinamerican Chapter of the International Cardiovascular Society.

We wanted to point out his activity at the Armed Forces Central Hospital, where we deeply knew him, shared a lot of hours and where we raised a sincere friend ship.

In the Military Hospital, Wolfgang (or, as the friends used to call him: Wolf or German), constituted a milestone in the history of the Institution, Surgeon of an excellent general formation and detailed connoisseur of the anatomy, he was characterized by his always calm attitude, even in the hardest moments of a surgical act, owner of an excellent manual skill, and a clear discernment in the conducts to adopt.

He was not just the pioneer of the vascular surgery, he also taught to all the staff of the service of General Surgery, starting a real school, that then it was continued by many of his disciples. He was always absolutely generous, sharing his knowledges and experiences, as also in the surgical activity, giving to every surgeon the opportunity to take part in the interventions, according to the formation level reached

HOMENAJE: EQ.TTE.CNEL.(M) PROF. WOLFGANG GOLLER

for each one, and always attaching his kind attitude with an approval word performed by his collaborators.

He shared his professional activity with a hobby to which he dedicated time and enthusiasm. Skillful rider, found in horse riding one of his passions. Even until the last stages of his life, he used to go to his Carrasco Polo Club, to ride for a while.

His wife died at the ends of the decade of 70, having at that time three children: Alfredo, Claudia y Patricia. But he re-constituted his family getting marrying again and having Bettina, his daughter of this second marriage.

Regrettably, in the last years of his life, he had to go through some familiar sad situation, but he was capable of overcoming it thanks to his optimistic personality and the support of his wife Ana.

The 8th of June of 2005 he died while he was sleeping. That news was a huge shock for everyone that knew and liked him. But we know that Wolf only left his body, and that his spirit is now in other space, where continues lavishing those gifts that we learned to appreciate in him. If you are hearing and looking at us, receive our fraternal hug, with all the fondness and friendship that you could obtain.

To his family, friends, partners, pupils, we say that we have stopped having between us an affectionate partner. Let's remember him for ever with all of his virtues, and practice in our lives the kindheartedness that he knew how to lavish.

We will always remember you Wolfgang !.

Col.(M) Gonzalo Fernández





ARTICULOS ORIGINALES



MATRICES HIDROFILICAS COMO AGENTES MODULADORES DE LIBERACIÓN DE FARMACOS

PREMIO ANUAL AÑO 2005
D.N.S.F.F.A.A. – Area Química
PRIMER PREMIO

Cap. (OF) Susana Pertuso
Eq. Tte. 1° (OF) Gabriela Navarro
Alf. Master en Química Pablo Cabral

RESUMEN

Para lograr efecto prolongado de un principio activo o fármaco, se debe modular su liberación desde la forma farmacéutica. Una forma de modulación es a través de matrices sólidas y dentro de ellas se incluyen las matrices hidrofílicas. Las tasas esperadas de liberación de fármacos sólidos incorporados en matrices sólidas derivan de modelos matemáticos. En este trabajo se diseñaron dos matrices hidrofílicas conteniendo alginato de sodio como modulador de la liberación del principio activo diclofenac. Se determinó la cinética de disolución aplicando modelos matemáticos de orden cero y uno. Asimismo, se determinó mediante la aplicación de modelos, difusional y erosionable, el mecanismo de liberación del fármaco. Ambas formulaciones lo liberan siguiendo una cinética de primer orden y mediante un mecanismo erosional con difusión concomitante. La retención de diclofenac sódico es mayor a mayor concentración de alginato de sodio, siendo su tiempo de liberación desde la forma farmacéutica más prolongado.

PALABRAS CLAVE: *liberación, matriz, cinética, disolución*

SUMMARY

To manage a prolonged effect of a drug or active principle, it is necessary to modulate its liberation from the pharmaceutical form. A kind of modulation is through solid matrixes, and within them, hydrophilic matrixes are included. The expected liberation rate of solid drugs incorporated in solid matrixes, derive from mathematical models. In this task, two hydrophilic matrixes have been designed, containing sodium alginate as a modulator of the liberation of the active principle diclofenac.

The dissolution kinetic has been determined, applying mathematical models of order zero and one. Equally, the mechanism of drug liberation, has been determined through the application of models, of diffusion and erosion. Both formulations liberate it following a kinetic of first order and through an erosion mechanism with concomitant diffusion. The retention of sodium diclofenac is higher with a higher concentration of sodium alginate, being its liberation time more prolonged from the pharmaceutical form.

KEY WORDS: *liberation, matrix, kinetic, dissolution*

1. INTRODUCCION

En las últimas décadas se ha incrementado el desarrollo de sistemas que permiten que un fármaco o principio activo pueda liberarse de manera controlada o bien dirigirse a un blanco determinado del cuerpo. En este sentido, la investigación en preparados farmacéuticos de liberación modificada ha experimentado un paulatino y constante desarrollo.[1-7]

En la actualidad existen en el mercado numerosos productos formulados para administración oral y parenteral que entregan el principio activo (p.a.) en forma controlada. Sin embargo muchos de estos preparados emplean tecnologías muy sofisticadas en su elaboración, difícilmente alcanzables para países en vías de desarrollo y con mercados reducidos que son dependientes de la compra de tecnología. Por este motivo, es de particular interés el desarrollo de formulaciones que contengan matrices donde el fármaco se encuentra uniformemente disperso y se logre una liberación controlada prolongada. La gran ventaja de estos sistemas matriciales es que el producto farmacéutico se puede obtener mediante tecnologías convencionales [1-5, 7-12]

El progreso alcanzado en la manufactura de los mencionados sistemas deriva directamente de los avances en la ciencia de los polímeros y del conocimiento cada vez más exacto de los factores que influyen en el comportamiento de estos sistemas. Los sistemas matriciales pueden ser considerados actualmente como una de las formas más simples y menos costosas de controlar la liberación de los principios activos. Estos sistemas retardan y regulan la liberación del principio activo mediante un proceso que sigue las leyes de la difusión [1-5, 7-9].

Según su característica pueden distinguirse tres tipos de matrices:

1. Matrices inertes
2. Matrices hidrofílicas
3. Matrices lipofílicas

El conocimiento de los parámetros de la formulación y el escalado industrial de las diferentes tecnologías

permite producir diversas formas de dosificación como comprimidos, cápsulas, microgránulos y también la asociación y combinación con éstos en una sola forma farmacéutica.

Las matrices hidrofílicas, resultan de la compresión de un polímero hidrofílico no digerible con un principio activo de relativa solubilidad [10-11]. El polímero se hincha por hidratación al ponerse en contacto con los líquidos del aparato digestivo lo que produce una disminución de la velocidad de liberación del principio activo hasta un valor fijo y teóricamente constante. La liberación del principio activo dependerá de su poder de difusión a través de la red formada por el gel, de la capacidad de erosionarse de la matriz o de la combinación de ambos procesos.

Debido a la naturaleza crítica del proceso de disolución, la evaluación de la disolución in vitro del fármaco es relevante para la predicción de la performance del fármaco in vivo. En particular la determinación de los perfiles de disolución a lo largo del tiempo y la aplicación de modelos cinéticos permite determinar el mecanismo de liberación que se produce desde el comprimido.

En esta misma área, la comprensión de los mecanismos de liberación del fármaco desde sistemas matriciales y el empleo de la correlación de los datos in vivo- in vitro permiten diseñar nuevas formas farmacéuticas usando asociaciones de distintos tipos de matrices.

La importancia de saber las cinéticas de los procesos y los mecanismos predominantes en la liberación de un activo incorporado en una matriz, radica en que el análisis de los resultados puede ayudar a mejorar las formulaciones adicionando otros excipientes que podrían eventualmente, y de requerirse, modificar los perfiles de liberación. [9]

Para el estudio de las matrices hidrofílicas como agentes moduladores de la liberación prolongada de fármacos se selecciona el diclofenac sódico como principio activo modelo.

La razón de esta elección se basa en que:

- El diclofenac 100 de liberación prolongada es un medicamento incluido en el vademécum general de la D.N.S.FF.AA. cuyo consumo mensual es alto, 920 unidades por 10 comprimidos. (Dato extraído del sistema informatizado del Departamento de Droguería de la D.N.S.FF.AA.)

- Asimismo, en el marco del posible intercambio de producción de medicamentos entre los Laboratorios Farmacéuticos Estatales y potencialización de los mismos, se realizaron reuniones con delegados de la Comisión de Vademécum del MSP, delegado del Laboratorio Dorrego del MSP, delegado de la Facultad de Química y delegados del Laboratorio Farmacéutico de la D.N.S.FF.AA., para analizar el listado de medicamentos solicitados en la licitación unificada del Estado (UCAMAE.).

Se confeccionó una lista de medicamentos que no son producidos actualmente por ninguno de ambos Laboratorio Estatales y que en el listado de medicamentos solicitados en la licitación de Medicamentos que se encuentran entre los ítems que inciden en un costo importante dentro del total de la licitación, ya sea por su costo unitario o por la cantidad de unidades solicitadas.

- El Diclofenac 100 de liberación prolongada se encuentra entre la medicación de primer nivel de atención, estando además, en el grupo de mayor cantidad de unidades solicitadas en UCAMAE, siendo la cantidad 74.600 unidades por 10 comprimidos. (Dato extraído de licitación de medicamentos de U.C.A.M.A.E año 2005)

El objetivo de este trabajo es diseñar y evaluar matrices hidrofílicas, tecnológicamente viables con los medios que se cuenta actualmente en el Laboratorio Farmacéutico de la D.N.S.FF.AA., como moduladoras de la liberación de diclofenac sódico, determinando además su mecanismo de liberación.

2. MATERIALES Y METODOS

2.1 MATERIALES Y EQUIPOS

- Máquina de comprimir rotativa (Manesty D3B), con punzones de 9 mm biconvexos.
- Mezcladora de cintas (Werner & Pfeleiderer).
- Durómetro (Erwecka TBH 20)
- Equipo de disolución PROLABO Dissolutest 07 170.402 .
- Cromatógrafo líquido de alta performance sistema que incluye bomba (Waters 600E), detector de arreglo de diodos (Waters 991)
- Espectrofotómetro UV-Visible (Spectronic 1201).
- Reactivos calidad analítica.
- Materias primas:
 - principio activo- diclofenac sódico
 - excipientes - alginato de sodio, celulosa microcristalina tipo PH 200, fosfato de calcio dihidratado y estearato de magnesio.

(Las materias primas cumplen con la calidad requerida para su empleo según USP XXVII.[13])

2.2 METODOS

2.2.1 Elaboración de Matrices

Se diseñaron dos matrices hidrofílicas (Fórmula A y B) a base de alginato de sodio (Protanal® LF 120 M) y otros excipientes apropiados para obtener comprimidos mediante el método de compresión directa.

Fórmula A: 20% de alginato de sodio, celulosa microcristalina tipo PH 200, fosfato de calcio dihidratado y estearato de magnesio.

Fórmula B: 30% de alginato de sodio, celulosa microcristalina tipo PH 200, fosfato de calcio dihidratado y estearato de magnesio.

La dosis de Diclofenac sódico en ambas fórmulas fue 100 mg.

2.2.2 Evaluación de aspecto

Los comprimidos fueron observados y fotografiados durante todo el ensayo de disolución.

Se determina además el porcentaje de erosión (por pérdida de peso del núcleo) en función del tiempo para cada una de las matrices estudiadas.

2.2.3 Ensayos de disolución

Los perfiles de disolución del principio activo se realizaron sobre 6 comprimidos de cada formulación. Fueron evaluados de acuerdo a la USP XXVII utilizando el método del canastillo a 50 r.p.m. a 37°C y medio de disolución con cambio gradual de pH hasta completar 8 horas.

Para evaluar la cinética de disolución se ajustan las curvas a modelos de orden 0 y primer orden.

Para orden cero, se grafica el porcentaje liberado (promedio) en función del tiempo y para orden uno, se grafica el Ln del porcentaje no liberado en función del tiempo. [12]

2.2.4 Estudios de hinchamiento y erosión

Se realizan estudios de hinchamiento y erosión a los comprimidos bajo las mismas condiciones empleadas en los ensayos de disolución.

Con el propósito de evaluar el mecanismo por el cual, el diclofenac sódico se libera al medio de disolución, se analiza cuál de los modelos se cumple: difusional, erosionable o combinación de ambos.

Para evaluar el modelo difusional, se utilizó el de Higuchi. De acuerdo al mismo, se grafica el porcentaje de principio activo liberado (promedio) en función de la raíz cuadrada del tiempo [14].

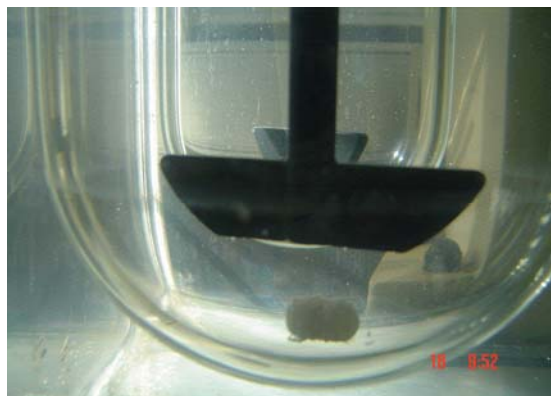
Para evaluar el modelo erosional, se grafica la raíz cúbica del porcentaje no disuelto del principio activo en función del tiempo.[12]

3. RESULTADOS Y DISCUSION

3.1 ELABORACION DE MATRICES

Tanto la Fórmula A como la B fueron tecnológicamente viables obteniéndose comprimidos de peso uniforme, friabilidad y desintegración adecuadas cumpliendo los requisitos de USP XXVII para esta forma farmacéutica.

3.2 EVALUACION DE ASPECTO



NÚCLEOS ANTES DE EMPEZAR EL ESTUDIO

PERFIL



FRENTE

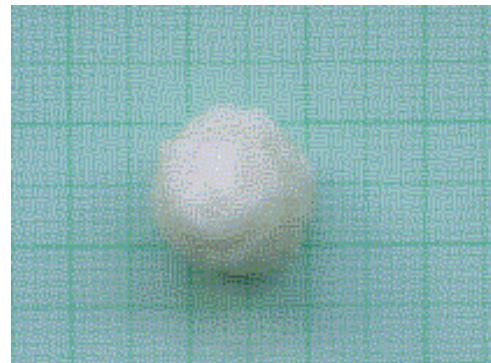


NÚCLEOS HIDRATADOS HINCHADOS

PERFIL



FRENTE



En las fotografías anteriores se observan los comprimidos durante la disolución. Se puede apreciar una instancia de hinchamiento seguida de un desgaste de tipo erosional.

Las figuras A y B representan el porcentaje de erosión de cada una de las matrices en función del tiempo.

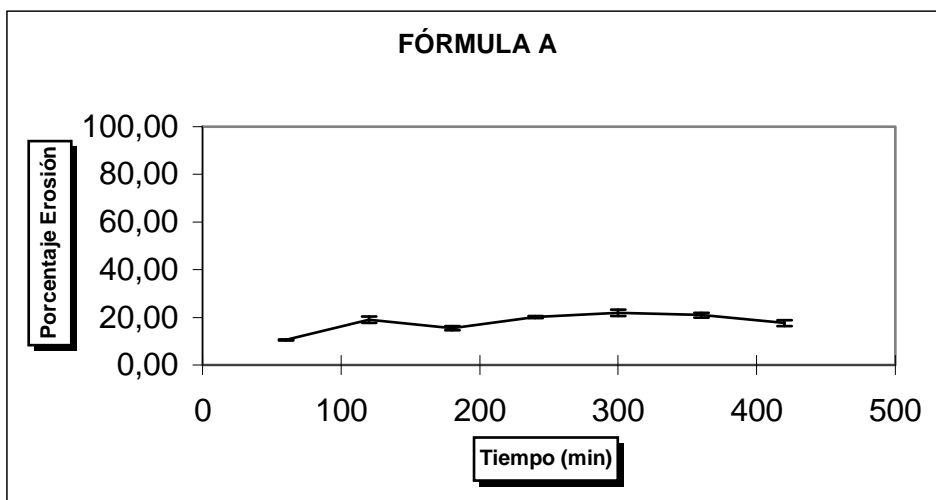


Figura A:
Porcentaje de erosión
de Fórmula A .

La matriz de la fórmula B se erosiona 22,2% a los 420 minutos mientras que la matriz de la fórmula A se erosiona 17,6% al mismo tiempo, observándose de esta forma que la matriz con mayor proporción de alginato de sodio, se erosiona un 4,6% más que la otra.

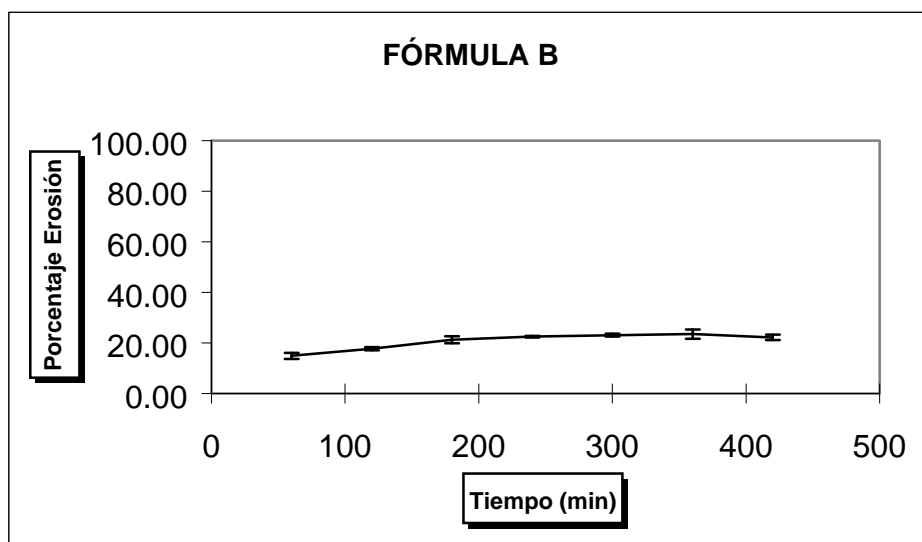


Figura B: Porcentaje de erosión Fórmula B

3.3 ENSAYOS DE DISOLUCION

3.3.1 Fórmula A

La cantidad promedio liberada a las 7 horas, tiempo que duró la cinética, fue de 100,24%

En las figuras 1 y 2 se muestran las cinéticas de orden 0 y 1 respectivamente.

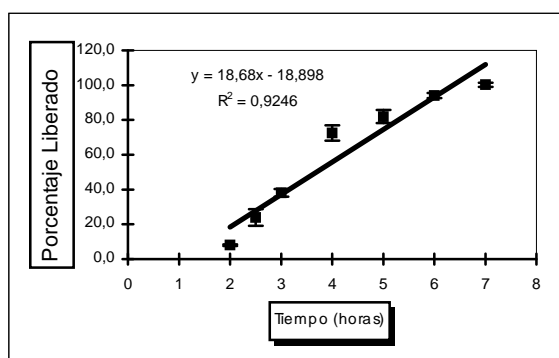


Figura 1 – Cinética de Orden 0

La cinética de orden cero, porcentaje disuelto (promedio) del diclofenac sódico en función del tiempo dio una recta cuya pendiente, que corresponde a la velocidad de disolución de orden

cero promedio, fue de **18,68 mg/h** y su coeficiente de correlación de **0,962**.

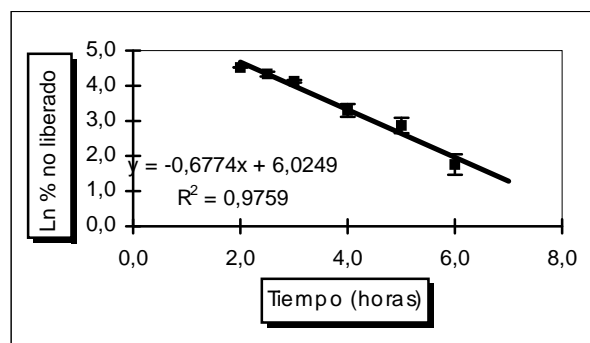


Figura 2 – Cinética de Primer Orden

Se obtiene una recta cuya pendiente, que es la constante de velocidad de disolución de orden 1, fue de **0,6774 h⁻¹** y su coeficiente de correlación de **0,988**.

La cinética del proceso de disolución de diclofenac sódico, fórmula A, se ajusta a un proceso cinético de primer orden dado que el mejor coeficiente de correlación fue el de 0.988 correspondiente al orden 1.

3.3.2 Fórmula B

La cantidad promedio liberada a las 7 horas, tiempo que duró la cinética, fue de 92,54%, valor menor al de la Fórmula A.

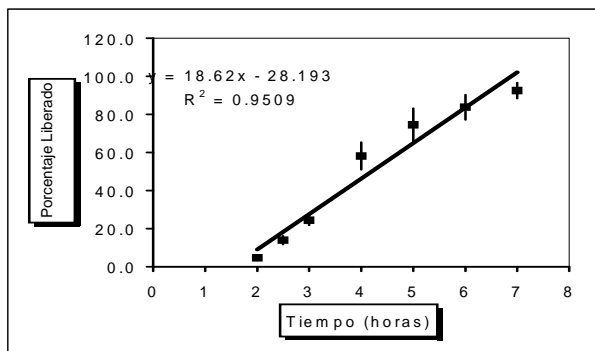


Figura 3 – Cinética de Orden 0

En las figuras 3 y 4 se grafican las cinéticas de orden 0 y 1 respectivamente.

La cinética de orden cero, en función del tiempo dio una recta de pendiente de **18,62 mg/h** y su coeficiente de correlación de **0,975**.

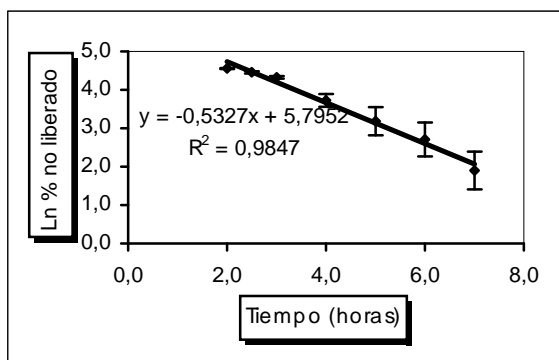


Figura 4 – Cinética de Primer Orden

Para orden uno, al graficar el Ln del porcentaje de diclofenac sódico no liberado en función del tiempo se tiene una línea recta cuya pendiente fue de **0,5327 h⁻¹** y su coeficiente de correlación de **0,992**.

La cinética del proceso de liberación de diclofenac sódico **Fórmula B** se ajusta a un proceso cinético de primer orden dado que el mejor coeficiente de

correlación fue el de 0,992 que corresponde al de orden 1.

3.4 ESTUDIOS DE HINCHAMIENTO Y EROSIÓN

3.4.1 Fórmula A

La figura 5 muestra la gráfica obtenida al aplicar el modelo difusional de Higuchi

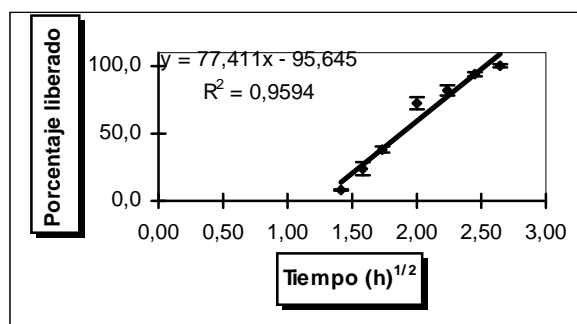


Figura 5 – Cinética de Higuchi

Con estos datos se obtiene una recta cuya pendiente da una constante de Higuchi de **77,411 h^{-1/2}** y el coeficiente de correlación de **0,979**.

En la figura 6 se aprecia la gráfica obtenida al aplicar el modelo erosional, raíz cúbica

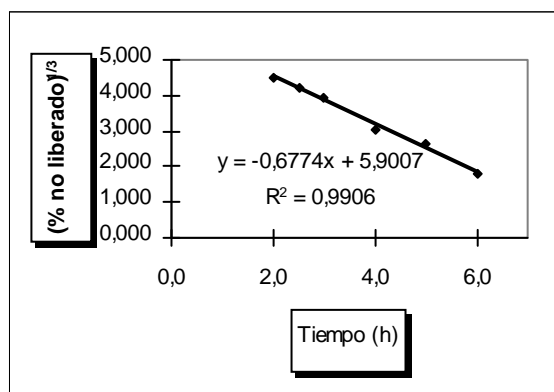


Figura 6 – Mecanismo Erosional

La pendiente da una constante promedio de **0,6499 mg^{1/3}h⁻¹** y el coeficiente de correlación de **0,995**.

Teniendo en cuenta los coeficiente de correlación obtenidos se observa que el mecanismo por el cual el

diclofenac sódico se libera de manera predominante al medio de disolución fue el que dio la mejor correlación, es decir, el modelo erosional ($r = 0,995$). El cercano coeficiente de correlación obtenido para el modelo difusional indicaría este mecanismo como secundario para la liberación del principio activo.

3.4.2 Fórmula B

La figura 7 muestra la gráfica obtenida al aplicar el modelo difusional de Higuchi

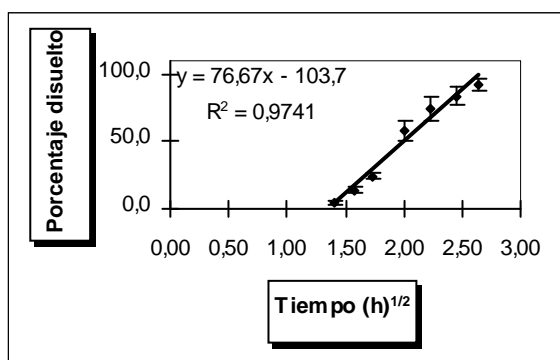


Figura 7 – Cinética de Higuchi

Se obtiene una recta cuya pendiente da una constante de Higuchi de $76,67 \text{ h}^{-1/2}$ el coeficiente de correlación de **0,987**.

La figura 8 muestra la gráfica obtenida de la aplicación del modelo erosional raíz cúbica del porcentaje no disuelto en función del tiempo.

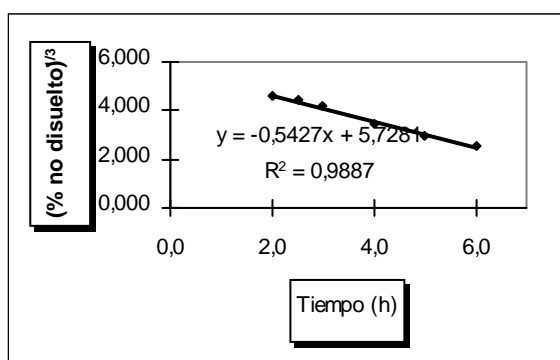


Figura 8 – Cinética Erosional

Con estos valores se obtiene una pendiente que da una constante promedio de **0,5427 ($\text{mg}^{1/3}\text{h}^{-1}$)** y el coeficiente de correlación de **0,994**

Al analizar los coeficientes de correlación se observa que el mecanismo por el cual el diclofenac sódico se libera al medio de disolución fue el que dio la mejor correlación, es decir, erosional ($r = 0,994$). El cercano coeficiente de correlación obtenido para el modelo difusional indicaría este mecanismo como secundario para la liberación del principio activo.

Este resultado es similar para la formulación A, lo cual es lógico ya que se trata del mismo principio activo

5. CONCLUSIONES

Ambas formulaciones fueron tecnológicamente viables cumpliendo con los requisitos fisicoquímicos de la USP XXVII.

Desde ambas matrices el diclofenac sódico se libera de acuerdo a una cinética de orden 1 y a un modelo de tipo erosional asociado al modelo de tipo difusional. Se dice que coexisten ambos procesos erosional y difusional.

A partir de los resultados obtenidos se puede desarrollar, con la tecnología actual, un comprimido de liberación prolongada de diclofenac 100 a base de una matriz hidrofílica de alginato de sodio.

6. BIBLIOGRAFIA

- (1) Ballard, B.E. "An overview of prolonged action drug dosage forms", en Sustained and Controlled Release Drug Delivery Systems, J.R. Robinson, ed., Marcel Drekker, Inc. U.S.A., págs. 1-51, 1978.

- (2) Aiache, J.M., J.Ph. Devissaguet , A.M. Guyot-Hermann “Biofarmacia” Ed. El Manual Moderno, México, D.F., págs. 276-319. 1983
- (3) Domnenech, J. , Escribano E. “Preparados orales de cesión modificada: cinética”, Biofarmacia y Farmacocinética, Doménech, J., Martínez J., Plá, J. Ed., Síntesis S.A., España, págs 317-347, 1998.
- (4) Gupta, P., Robinson J. “Oral controlled released delivery” en tretise on controlled drug delivery, Kydonieus, A. ed., Marcel Drekker, inc. U.S.A., págs. 225-313, 1992.
- (5) Lordi, N. “Sustained release dosage forms” en The theory and practice of industrial pharmacy, Lachman, L., Lieberman, H., Kanig, J. ed., Lea Febiger U.S.A., págs 430-456, 1986.
- (6) Ganem, A., Quintanar, D., Pharmaceutical technology, vol 3, págs. 44-7, 1999.
- (7) Longer, M., Robinson, J., “Sistemas de liberación sostenida de drogas” en Remington Farmacia 17ª ed., Gennaro, A. Ed., Médica Panamericana S.A. México, págs 2240-2264, 1987.
- (8) De Haan,P., Lerk,c. Phamaceutical Weckbl. Science, vol. 6, págs.57-67, 1984.
- (9) Aiache, J., Le Moniteur Internant, vol 4, págs. 31-39.
- (10) Buri,P. J. Suisse Pharmacie, vol. 114, págs. 405-411, 1976.
- (11) Cid Carcamo, E., “Control de calidad biofarmacéutico de medicamentos”, Imprenta Balgraf Ltda. Santiago de Chile, 1992.
- (12) Costa, E., Arancibia, A., Aiache, J., “Acta farmacéutica bonaerense”, vol. 23, págs. 260-264, 2004
- (13) United States Pharmacopeia, USP 27, Inc. Rockville
- (14) Higuchi, T., “Journal of Pharmaceutical Sciences”, vol. 52, págs. 1145-1149, 1963.

AGRADECIMIENTOS

Q.F. Edda Costa, docente de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Departamento de Ciencias y Tecnología Farmacéuticas, Universidad de Chile.





SÍNDROME DE GARDNER

May. (O) Nahir Barreto

PREMIO ANUAL AÑO 2005 D.N.S.F.F.AA. - Area Odontología PRIMER PREMIO

<https://doi.org/10.35954/SM2007.29.1.3>

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de un paciente de 19 años de edad de sexo masculino proveniente de la ciudad de Artigas derivado por tumoraciones de consistencia dura en distintas zonas del área facial.

El paciente presenta como único antecedente a destacar del punto de vista general el ser portador de la Enfermedad de Ollier.

Se le realizan:

Exámenes clínicos extraoral e intraoral, así como exámenes radiográficos. Encontrándose alteraciones intraorales: tumefacciones dispersas, piezas dentarias retenidas y supernumerarias.

Biopsia de una de las tumoraciones más prominentes correspondientes a la zona del ángulo mandibular derecho.

De los resultados del estudio clínico, radiográfico y de la Anatomía Patológica de la biopsia que informa Osteoma compacto, se realiza revisión de la bibliografía referente a Enfermedad de Ollier.

A partir de la interconsulta médica con distintas especialidades, se detecta tumoración en costilla compatible con Osteoma osteoide y poliposis intestinal con displasia severa, se plantea diagnóstico de Síndrome de Gardner.

Dadas las características que presenta este Síndrome no solo en cuanto a su tratamiento en el área maxilo facial sino por el alto número de malignización de la patología intestinal requiere de control médico permanente así como del estudio de sus familiares directos.

PALABRAS CLAVE: *Osteomas, piezas retenidas, piezas supernumerarias, poliposis intestinal, quistes sebáceos.*

SUMMARY

It is presented the clinical case of a 19 year old male patient, from the city of Artigas, who was referred due to hard consistency tumors in different zones of the facial area.

The patient only shows as a remarkable antecedent, from a general point of view, the fact that he is a carrier of Ollier's disease.

The following actions were taken:

Extraoral and intraoral clinical examinations, as well as roentgenographic examinations, where multiple intraoral alterations were found: disperse swellings, retained and supernumerary dental pieces.

Biopsy of one of the most prominent tumors, corresponding to the zone of the right mandibular angle.

From the results of the clinical and the roentgenographic studies, and the Pathologic Anatomy study on the biopsy which reports a compact Osteoma, it is revised the bibliography with reference to Ollier's disease.

Based on the medical interconsultation with different specialties.

It is detected a tumor in the rib, which is compatible with an osteoid osteoma and intestinal polyposis with severe displasia. According to these elements it is considered the patient's diagnosis of Gardner's Syndrome.

Given the characteristics shown by this Syndrome, not only as to its treatment in the maxillo-facial area, but due to the high malignancy of the intestinal pathology, it is required a permanent medical control as well as the study of his direct relatives.

PALABRAS CLAVE: *Osteomas, retained pieces, supernumerary pieces, intestinal polyposis, sebaceous cysts.*

1. INTRODUCCION

El objetivo de la presentación de este caso es la necesidad de enfatizar la importancia del diagnóstico primario. Se trata de un joven del interior donde es asistido por el Médico y Odontólogo de la Unidad, siendo el Primer Nivel de Atención quién detectará mediante la clínica las alteraciones existentes que justifiquen su derivación a otros niveles para complementar los estudios necesarios de los que surgirá el diagnóstico adecuado y la sobrevivencia del paciente.

El Síndrome de Gardner también llamado Síndrome de la Osteomatosis intestinal. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Es un trastorno hereditario autosómico dominante con un 80% a 100 % de penetrancia.

Descrito por primera vez en 1936 por Thoma y en 1956 por Fitzgerald, recién en 1953-1954 Gardner y otros lo reconocen como un síndrome que consta de:

- a) Osteomas múltiples principalmente en los huesos faciales.
- b) Quistes epidermoides en piel.
- c) Poliposis múltiples del intestino grueso.
- d) Desmoides o fibromas de la piel.

Otros autores describieron más tarde desmoides mesentéricos, lipomas, leiomiomas y odontomas.

Gorling y Claudrym sugieren que éste síndrome se debe fundamentalmente a un desorden hereditario conectivo.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las primeras manifestaciones clínicas se describen en el área maxilo facial y oral, por lo que es razonable que la primera consulta sea evacuada a nivel odontológico.

Área maxilo facial:

Se describen osteomas de tamaño considerable como para producir deformidades prominentes en maxilar superior, mandíbula y huesos frontales (1,2). Los que pueden invadir y proyectarse a los senos

parafaciales. También se han descritos casos de limitación de la apertura bucal y laterodesvío por localización a nivel del cóndilo mandibular (7).

Los osteomas son lesiones osteogénicas benignas caracterizadas por proliferación de hueso compacto y medular (7,8,9).

Pueden ser Osteomas centrales provenientes del endostio, Osteomas periféricos provenientes del periosteo y extraesqueléticos de los tejidos blandos como el músculo.

Clínicamente el Osteoma periférico es usualmente asintomático pero puede ocasionar tumefacción y asimetría. Estas lesiones son habitualmente de crecimiento lento, radiográficamente se ven opacas y bien circunscritas.

Las radiografías panorámicas así como las tomografías computarizadas y estructurales son las mejores imágenes para su definición.

Del punto de vista histológico muestran un trabeculado de hueso lamelar con una esponjosa fibroadiposa (8).

No se ha descrito recurrencias luego de su remoción.

La patogénesis de los osteomas no es conocida, muchos investigadores la consideran como una verdadera neoplasia mientras que otros la clasifican como una anomalía de desarrollo (1,2).

Todo paciente que presenta este tipo de lesión en el área maxilo facial debe ser evaluado por Síndrome de Gardner.

Estos pacientes presentan la tríada de: anomalías esqueléticas (Osteomas periféricos y endostales), múltiples piezas retenidas y supernumerarios, poliposis colorectal con un alto porcentaje de transformación maligna (100% a los 40 años) y alteraciones en piel (8).

Manifestaciones orales:

Los osteomas múltiples pueden estar diseminados por todo el esqueleto facial y en la mayoría de los casos preceden a la aparición de pólipos intestinales.

Intraoralmente se observan odontomas intraóseos, piezas dentarias retenidas y supernumerarias, quistes dentígeros, cementomas, alteraciones en la fórmula dentaria con agenesia de piezas.

Los odontomas producen deformidad en los maxilares que pueden aumentar en tamaño e invadir zonas vecinas (senos maxilares, senos paranasales, piso de órbita, ángulo mandibular, elementos vasculonerviosos como el conducto Dentario inferior y el Infraorbitario) produciendo sintomatología, desviación en los movimientos mandibulares y alteraciones oclusales (1,7,10,11).

Sistema gastrointestinal y estructuras relacionadas:

Es característica la poliposis intestinal múltiple de colon y recto con una acentuada tendencia a la degeneración maligna rápida (4,10)

Los pólipos pueden aparecer antes de la pubertad y casi la mitad de los pacientes presentan a los 20 años degeneración maligna de uno o más pólipos.

Otros hallazgos:

Piel y apéndices cutáneos, en cerca de 50% de los casos existen quistes de inclusión epidermoides en cuero cabelludo, cara, tronco o extremidades (12).

Suelen ser variables la edad de su aparición aunque por lo general aparecen en la pubertad previo a la poliposis intestinal.

También se observaron lipomas y lipofibromas.

En los huesos largos; radio, cúbito, metacarpianos pueden ser asiento de pequeños osteomas aunque su participación en comparación con el esqueleto facial es mínima y el engrosamiento óseo es por lo general subperióstico (1,2,3,10,13).

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Ollier o Displasia condromatosa múltiple.

Los condromas son tumores benignos de cartílago hialino de etiología desconocida.

La mayoría se localizan en huesos largos unilaterales y producen acortamiento óseo.

En el área maxilo facial se localizan en el cartílago nasal senos etmoidales y en maxilar superior donde se encuentran restos de cartílago embrionario, en la mandíbula en la zona de la sínfisis, apófisis coronoides y cóndilo.

Otros trastornos donde se han descrito pólipos múltiples del intestino: Poliposis adenomatosa familiar del colon, Poliposis juvenil del colon, Poliposis gastrointestinal juvenil generalizada, Síndrome de Turcot, Síndrome de Peutz-Jeghers, Síndrome de Cronkheit-Canada, y otros síndromes intestinales múltiples.

PACIENTE Y METODOS

Se trata de un paciente (E.F.R.) de sexo masculino de 19 años de edad, que presenta varias tumoraciones en el área maxilo facial.

Derivado de la ciudad de Artigas por este motivo de consulta así como por la ausencia de múltiples piezas dentarias, como único dato a destacar enviado por el médico de la Unidad, junto con el motivo de consulta el diagnóstico de que el paciente era portador de la Enfermedad de Ollier.

Por tal motivo se procede al examen clínico y estudios paraclínicos así como la realización de interconsultas y revisión de la bibliografía que nos lleva al diagnóstico de que es portador del Síndrome de Gardner lo que requiere del punto de vista terapéutico y de su evolución una conducta diferente que en la Enfermedad de Ollier.

Examen extraoral

Foto N° 1

Aspecto facial de frente: se observa marcada deformidad de ambos ángulos mandibulares y en la zona frontal.

A la palpación estas zonas son de consistencia dura, también se constata un aumento de volumen de la basilar mandibular.

La piel de los tegumentos es de características normales en cuanto a su textura con una pigmentación amarronada.

Foto N° 2

Vista de frente enfoque en hiperextensión para observar la basilar y ángulos mandibulares.

Foto N° 3

Vista de frente región frontal: se observan dos tumoraciones duras que hacen prominencia en la zona.

Foto N° 4

Región frontal vista de perfil: para observar la misma característica.

Foto N° 5

Vista lateral lado derecho: se observa la protrusión y deformidad del ángulo mandibular.

Foto N° 6

Vista lateral lado izquierdo: con iguales particularidades.

Foto N° 7

Vista lateral lado derecho: se realiza la palpación de tumoración dura de bordes irregulares y se marca señalando con los dedos la forma y espesor del ángulo y basilar mandibular.

Foto N° 8

Vista lateral lado izquierdo: iguales características en ángulo y basilar mandibular.

Foto N° 9

Palpación del ancho de la rama horizontal mandibular de aumentada magnitud.

Foto N° 10

Igual maniobra del otro lado.

Examen intraoral

Ausencia de piezas dentarias en ambos maxilares y presencia de piezas supernumerarias.

La mucosa que recubre la zona de tumefacción presenta una coloración más violácea.

A la palpación las tumoraciones son de consistencia dura y se ubica en los cuatro cuadrantes, siendo más notorias en el maxilar superior izquierdo (Foto N° 11) y mandíbula zona inferior derecha (Foto N° 12) se observan también ausencias de piezas dentarias, pieza supernumeraria de anatomía conoide y tumoración con cambio de color de la mucosa que lo recubre.

Exámenes radiográficos

Foto N° 13

En el estudio radiográfico panorámico (Ortopantomografía) se observan múltiples imágenes radiopacas localizadas en los cuatro cuadrantes, de límites definidos y tamaño variable, del lado derecho del ángulo mandibular ocupa la casi totalidad de su espesor, del lado izquierdo presenta masas radiopacas en zona de ángulo y rama ascendente en vecindad con el conducto Dentario inferior y pieza dentaria retenida.

Foto N° 14,15 y 16

Muestran a mayor aumento lo descrito en ambos sectores mandibulares.

Tratamiento

Se decide realizar toma bióptica de la mandíbula lado derecho zona de ángulo donde se localiza una gran masa radiopaca en relación con una pieza retenida.

Se realiza bajo anestesia local, incisión desde la zona molar siguiendo por el borde anterior por la rama ascendente, decolamiento de colgajo mucoperiostico hasta la basilar desde la rama horizontal continuando por la rama ascendente se expone toda la lesión que protruye el ángulo, se colocan dos separadores de Obweggesser para mantenerla expuesta desde la basilar.

Se realiza osteotomía con fresa redonda N° 8 bajo irrigación y clivaje de la zona delimitada por la osteotomía con escoplos rectos hasta tomar un sector de la lesión que comprendiera hueso compacto, esponjoso y tejidos blandos que lo rodean, se deja expuesta la pieza dentaria retenida la que es avulsionada (Foto N° 17,18,19 y 20), regularización de la zona toilette y sutura.

Se envían para estudio anatómo patológico dos muestras de tejido óseo resecaado que formaban la lesión principal y el tejido blando que la rodea.

Informe anatómo patológico “se trata de osteoma compacto, de acuerdo a los datos clínicos aportados es posible que se trate de un Síndrome de Gardner” (Informe N° 1).

RESULTADOS

Dado el informe de la biopsia mandibular de osteoma compacto se pide interconsulta médica en buscas de otras lesiones que ya se han descripto que constituyen este Síndrome.

Se realizó tomografía de tórax que informa “a nivel del décimo arco costal derecho se observa pequeña imagen nodular de alta densidad que se extiende hacia el sector izquierdo de la pared torácica de 2 cm. por 1 cm. Impresiona corresponder a una exostosis cortical” (Informe N° 2).

La biopsia de esta lesión de sector de costilla y tumoración ósea informa “secciones de hueso en las que se reconoce a nivel de la cortical una tumoración exófitica compatible con un osteoma osteoide” (Informe N° 3).

Se le realiza fibrocolonoscopia que informa: “fibrocolonoscopia parcial por intolerancia; pólipo de recto”.

Informe anatómo patológico “uno de los fragmentos tiene las características de un adenoma tubular con displasia severa, el otro corresponde a mucosa colónica de aspecto normal”(Informe N° 4).

DISCUSION

Se debe tener presente que las manifestaciones en el área maxilo facial así como las alteraciones intraorales en la mayoría de los casos aparecen en la pubertad y preceden a la aparición de los pólipos intestinales, de donde la consulta primaria va a estar orientada a estas manifestaciones, siendo responsabilidad del odontólogo en sus distintas

especialidades el tener presente la sospecha de otras patologías y la derivación correspondiente del paciente.

En cuanto a la terapéutica los osteomas en el área maxilo facial son asintomáticos de crecimiento lento y su resección esta condicionada a la expansión a zonas vecinas previa realización de estudios complementarios que definan su magnitud (Tomografías computadas y estructurales, resonancia magnética, dependiendo su ubicación).

Luego de su resección se describe un solo caso de recidiva a los nueve años y ninguna transformación maligna (8).

Dadas las características del paciente en consulta no presentaba sintomatología dolorosa ni invasión de zonas alejadas de los osteomas de ambos maxilares, si deformación facial que podría requerir su regularización con fines cosméticos ya que por el tamaño y extensión de los osteomas su remoción total produciría zonas de debilidad con posibilidades de producirse fracturas mandibulares o zonas de marcada debilidad.

El paciente reside en la ciudad de Artigas por lo que su seguimiento se dificulta así como el estudio de sus familiares directos.

Por lo que se envió resumen de su Historia Clínica así como de los estudios realizados y resultados obtenidos al médico de su localidad para el seguimiento clínico, dado la edad del paciente y la descripción en la literatura de la rápida malignización de la poliposis intestinal.

Destacamos que es fundamental mantener un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia en los distintos niveles asistenciales. El diagnóstico precoz se evacua en el Primer Nivel Asistencial, siendo la primera manifestación de este síndrome las alteraciones orales y faciales lo que hace que la consulta primaria o puerta de entrada la reciba el odontólogo del primer nivel quién será el responsable de sus derivaciones.

CONCLUSIONES

Frente a la tríada de: Osteomas múltiples principalmente en el esqueleto facial, piezas retenidas y supernumerarias y poliposis colorectal se debe sospechar se trate de un Síndrome de Gardner.

La aparición de alguno de estos factores descriptos debe ser seguida de la búsqueda de los demás elementos, así como la ausencia de alguno de ellos no significa que no puedan manifestarse tardíamente.

De igual forma debe estudiarse a sus familiares directos.

El trabajo en el medio hospitalario permite la rápida interconsulta con distintas disciplinas médico-odontológicas.

6. BIBLIOGRAFIA

- (1) Rober J. Gorling, D.D.S., M.S., Jens J. Pindborg, D.D.S., Dr. Odont. Syndromes of the head and neck, pág. 410-416. 1964.
- (2) SN. Bhaskar, B.D.S., D.D.S., M.S. Ph.D, Oral pathology, 4ª edición, pág. 286-287. Editorial Mosby U.E.1973.
- (3) Guillermo Raspal, Cirugía Maxilo Facial, 1ª edición, pág. 244-273, 365, 423. Ed. Panamericana. España. 1997.
- (4) P. Farreras Valenti, Tratado de Medicina Interna, 7ª edición, Tomo I: pág. 66, Tomo II: pág. 407, 1269-1271. Ed. Marin. Bs.As. 1967.
- (5) H.H. Horch, Cirugía Oral y Maxilofacial, Tomo I: pág. 290. Ed. Masson. España. 1996.
- (6) E. Pifarré - Sanahuja, Patología Quirúrgica Oral y Maxilo-Facial, 1ª edición, pág. 244. Ed. Jims. España. 1993.
- (7) Daniel Lew D.D.S., Andrew de UIT D.D.S., Riley J. Hicks, D.D.S. and Marcelo G.P. Cavalcanti, D.D.S. Ph.D., Osteomas of the condyle associated with Gardner's Syndrome causing limited mandibular movement. J. Oral Maxillofac. Surg., 57: pág. 1004-1009. 1999.
- (8) Nejat Bora Sayan, D.D.S., Ph.D, Cabit Üçok, D.D.S., Ph.D, Hakan Alpay Karasu, D.D.S. and Ömer Günhan D.D.S, Ph.D., Pheripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: a study of 35 new cases, J. Oral Maxillofac. Surg., 60: pág. 1299-1301. 2002.
- (9) Lipa Bodner, D.M.D., Albert Gatot, M.D., Netta Sion-Vardy, M.D. and Dan M. Fliss, M.D., Peripheral osteoma of the mandibular ascending ramus, J. Oral Maxillofac. Surg., 56: pág. 1446-1448. 1998.
- (10) Coli R.D. y otros. Gradner's Síndrome. Am. J. Dig. Dis., 15: pág. 551-568. 1970.
- (11) Chao-Jung Lin, MD., Yaoh-Shiang Lin, M.D. and Bor-Hwang Kang M.D. Ph.D. Taipei, Taiwan. Republic of China, Middle turbinate osteoma presenting with ipsilateral facial pain, apiphora, and nasal obstruction, Otolaryngol. Head Neck Surg., 128: pág. 282-283. 2003.
- (12) Weary, P.E. y otros: Gardner's Syndrome, Arch. Dermatol. 90: pág. 20-30. 1964.
- (13) Thomas, k.E. y otros, Natural history of Gardner's Syndrome. Am. J. Surg. 115: pág. 218-226. 1968

ANEXO



Foto.N° 1: Aspecto facial de frente. Tumoraciones ángulos mandibulares y zona frontal.



Foto N° 2: Vista de frente en hiperextensión, tamaño de basilar mandibular.



Foto N° 3: Vista de frente región frontal, zonas de tumoraciones



Foto N° 4: Zona frontal perfil, prominencia de las tumoraciones.



Foto N° 5: Vista lateral lado derecho, tumoración ángulo mandibular.



Foto N° 6: Vista lateral lado izquierdo, tumoración de ángulo mandibular.



Foto N° 7: Angulo mandibular, palpación y marcado de deformación lado derecho.



Foto N° 8: Angulo mandibular izquierdo, palpación y se marca deformidad.



Foto N° 9: Palpación de ancho aumentado de rama mandibular derecha.



Foto N° 10: Palpación del ancho mandibular de rama izquierda.



Foto N° 11: Vista intraoral, tumoración maxilar superior izquierdo.



Foto N° 12: Vista intraoral, tumoración mandibular derecho, supernumerario ausencia de piezas, coloración de mucosa bucal.

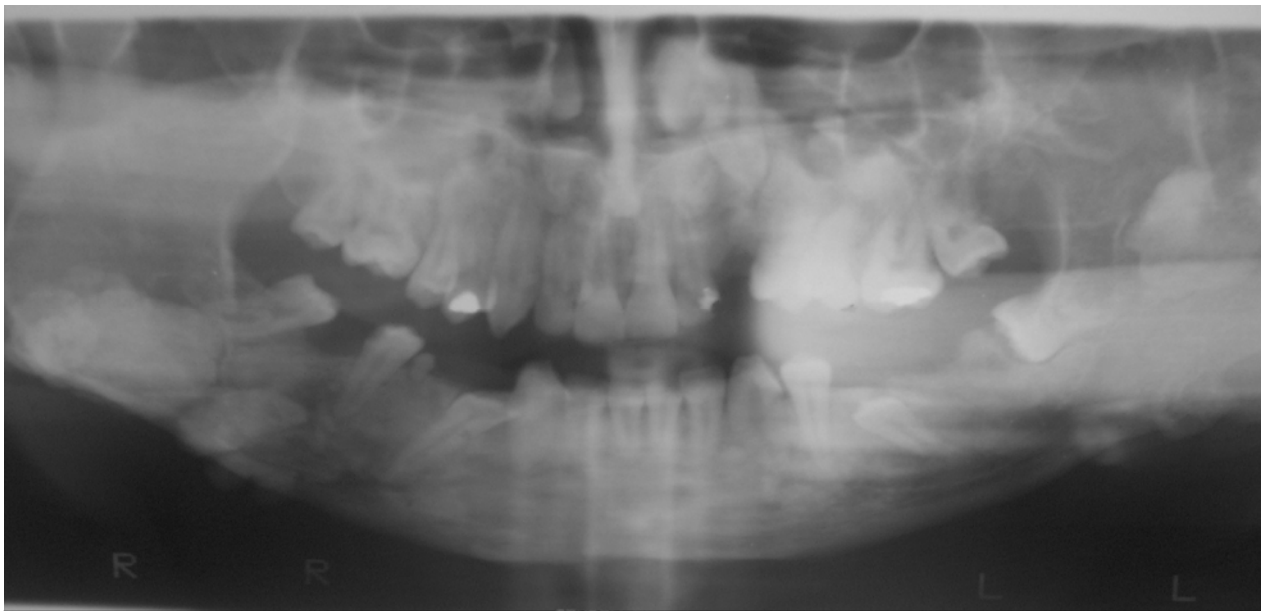


Foto N° 13: Ortopantomografía: masas radiopacas de tamaño variables, piezas retenidas, supernumerarias.

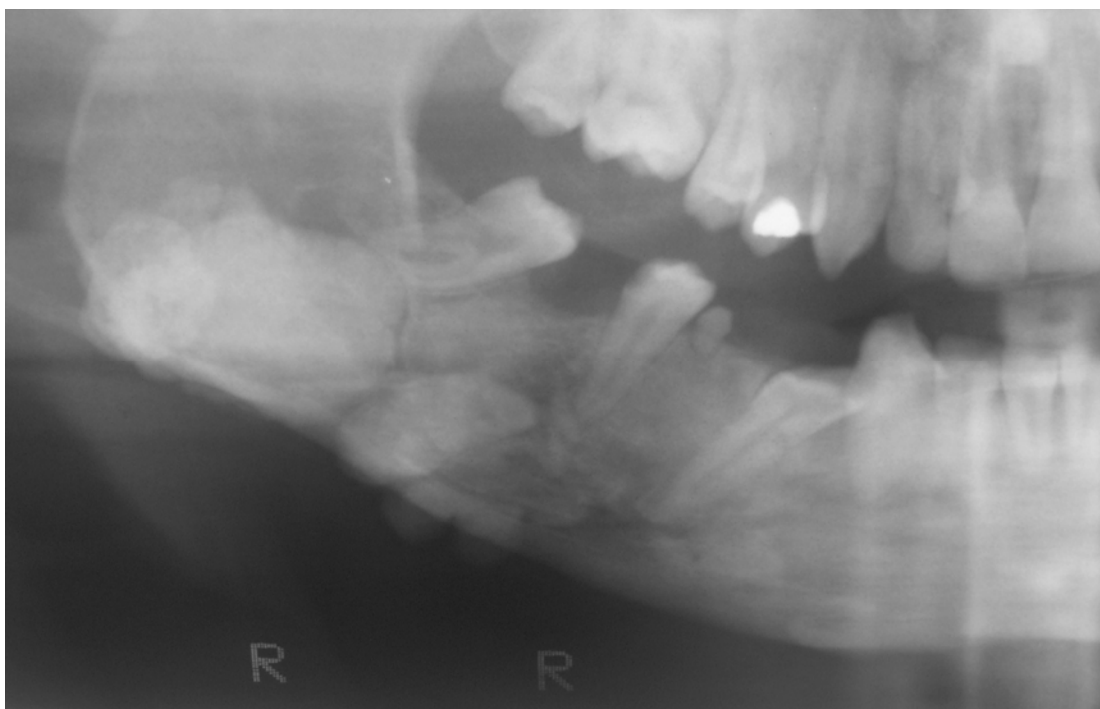


Foto N° 14: Lado derecho (mayor aumento) zonas radiopacas definidas que deforman la basilar y el ángulo mandibular. Piezas retenidas y supernumerarias.

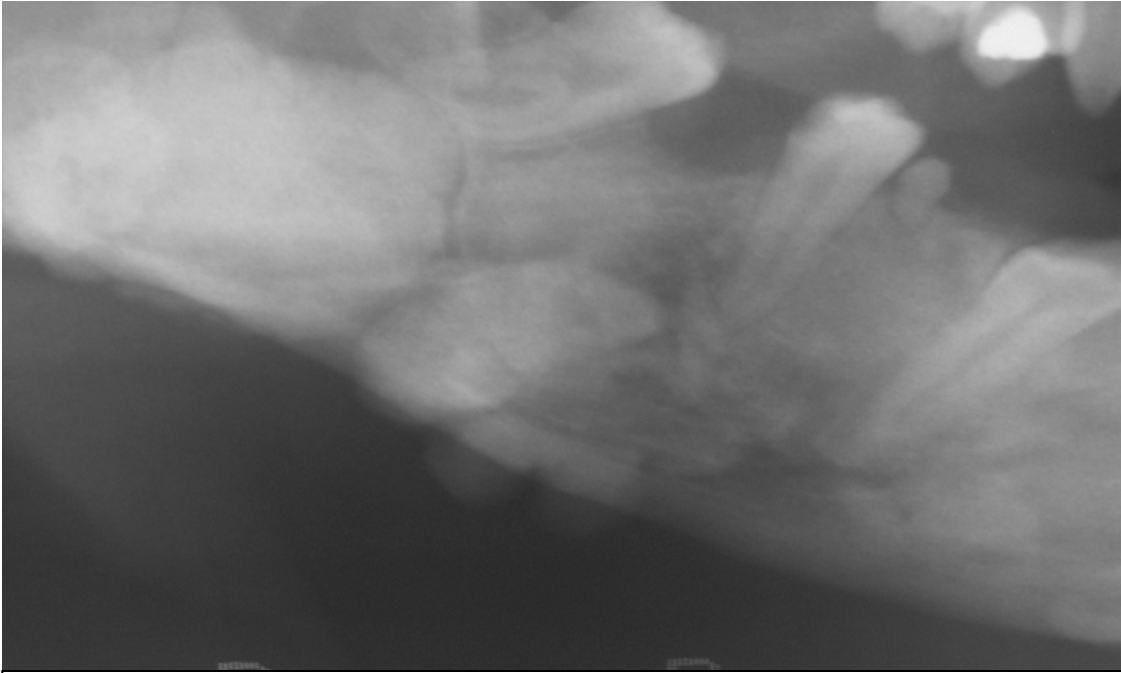


Foto N° 15: Igual zona mayor aumento.

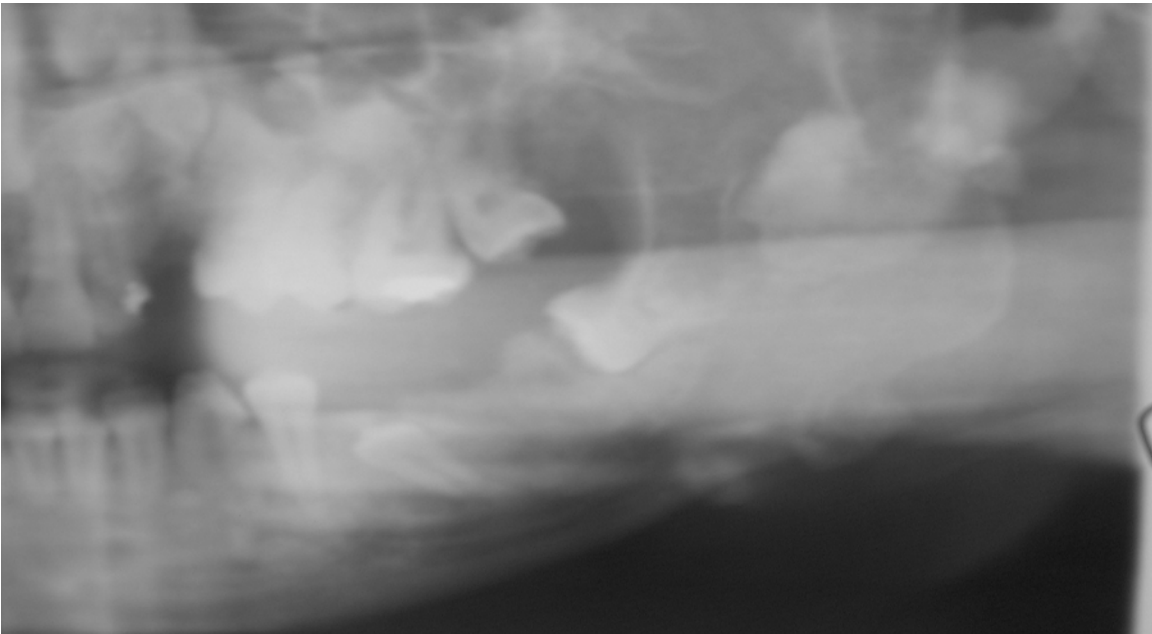


Foto N° 16: Lado izquierdo, piezas retenidas, zonas radiopacas en ángulo y rama ascendente.



Foto N° 17: Biopsia. Incisión para exponer tumoración en ángulo mandibular derecho.



Foto N° 18: Biopsia. Decolamiento de colgajo y osteotomía, se ve pieza retenida.

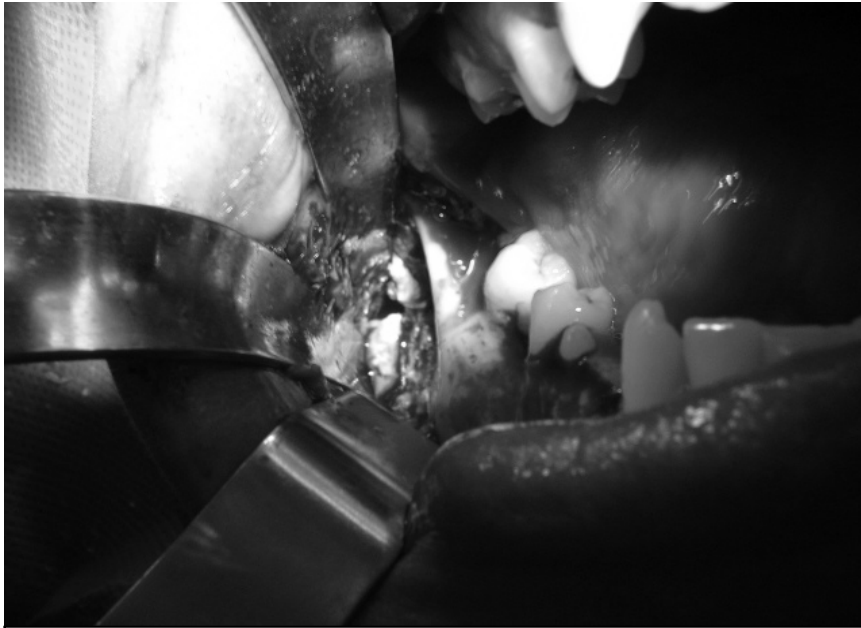


Foto N° 19: Avulsión de pieza retenida.



Foto N° 20: Lecho quirúrgico ya realizada la biopsia y avulsión de retenido.

Informe N° 1:

Edad 19 Sex M Raza B

Diagnóstico Clínico Enfermedad de Ollier. Condromas múltiples (esclerosis mandibular)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. Localización: ángulo mandibular der	5. Ubicación: combinada	9. Consistencia: firme
2. Duración de la lesión:	6. Aspecto: elevada	10. Adenopatías: <input type="checkbox"/>
3. Tamaño (mm): 20	7. Implantación: sessil	11. Radiografías: <input type="checkbox"/>
4. Color:	8. Superficie: lisa	

Observaciones Clínicas

lesiones radiopacas en ambos maxilares. Múltiples piezas retenidas. Diagnóstico médico: Síndrome de Ollier. Frasco 2: tejido "osteóide" mandibular. Frasco 2: tejido blando que lo rodea

MACROSCOPIA

1: fragmento parduzco de 10x5x3mm, 2 fragmentos. 2.- fragmento de tejido duro de 16x8x3mm.

MICROSCOPIA

1.- Tejido blando de la zona compuesto por conjuntivo fibroso y músculo. 2.- Hueso compacto maduro con zonas medulares

En Suma: OSTEOMA COMPACTO. De acuerdo a datos clínicos es posible que se trate de un Síndrome de Gardner


Dres. V. Keoghgerián

C. de Pró

M. Cuestas


J. Carzoglio

Informe N° 2

HOSPITAL CENTRAL DE LAS FF. AA.

Servicio N° 486736

IMAGENOLOGIA

TOMOGRAFIA DE TORAX

En el decimo arco costal derecho se observa una pequeña imagen nodular de alta densidad que se extiende hasta el sector interno de la pared toracica mide 2 cm. x 1 cm., impresiona corresponder a una exsostosis cortical interna.

No se observan alteraciones en la densidad del parenquima pulmonar, ni afectacion del espacio pleural.

No hay adenomegalia mediastinales ni hiliares.

Las estructuras vasculares del mediastino no presentan modificaciones.

E.B.

snp.

Saluda atentamente,


 Dr. TTE.19 ETHEL BRAITMANN (CPU 52713)

Vía 1

- Informe N° 3

**HCFFAA
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA**

MACROSCOPIA:

Fragmento de arco costal que mide 60x20mm x 13mm de espesor máximo. Sobre cara cóncava se observa tumoración de 30x18x9mm. Dista de los bordes de resección de 21 y 12mm. Superficie externa lisa gris-blancuecina, discretamente lobulada. Al corte consistencia ósea, superficie blancuecina grisácea compromete la superficie del hueso, sin infiltrar sectores profundos. 1) borde de resección próximo 1 frag. 2) Borde de resección opuesto 1 frag. 3) tumor 4 frag, se incluye en totalidad. 4) Hueso alejado, 1 frag. (vo)

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:

Secciones de hueso en el que se reconoce a nivel de la cortical una tumoración exofítica compatible con un osteoma osteoide. No se reconocen elementos de malignidad. Márgenes quirúrgicos sin compromiso lesional.

atte.

Dr(a) G. DÍAZ

(fs)

Informe N° 4

I.C.F.F.AA.

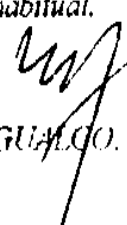
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

MAGROSCOPIA:

2 fragmentos de 3mm que se incluyen en totalidad. (vo)

CONCLUSION HISTOPATOLOGICA:

Uno de los fragmentos tiene los caracteres de un adenoma tubular con displasia severa. El otro corresponde a mucosa colónica de aspecto habitual.


Dr(a) G. GUAYLCO. (vm)



ARTICULOS ORIGINALES



DIAGNOSTICO ASISTENCIAL Y COMPORTAMENTAL DEL PACIENTE EN HEMODIALISIS CRONICA

**PREMIO ANUAL AÑO 2005
D.N.S.F.F.AA. - Area Medicina
SEGUNDO PREMIO**

Cbo.1ª. (Esp.B) Laura Rigamonti

<https://doi.org/10.35954/SM2007.29.1.4>

1. INTRODUCCION

Tomando como factor determinante, la morbi - mortalidad de los pacientes en hemodiálisis por enfermedad Cardiovascular; con la finalidad de establecer un diagnóstico situacional; se realiza cuestionario a los pacientes en Plan de Hemodiálisis Crónica del Servicio de Nefrología del Hospital Central de las F.F.AA., para medir nivel cognitivo y comportamental respecto a la importancia que para ellos tiene la presión Arterial y la sobrecarga de volumen (Ganancia Interdialítica), con respecto a su patología.

Posteriormente, se efectúa estudio retrospectivo de registros Nefrológicos de pacientes en Hemodiálisis; del último cuatrienio: Enero 2001 - Diciembre 2004 (48 meses) cerrando períodos completos.

Luego de culminada la encuesta habiendo estudiado el 100 % de la población, con posterior análisis de los resultados; se entrecruzan las variables necesarias para brindar la información adecuada a la realidad existente.

Breve reseña:

El Servicio de Nefrología del Hospital Central cuenta con 2 Áreas de Hemodiálisis de pacientes en plan de sustitución de la función renal periódica trisemanal o bisemanal ambulatoria (población objeto de este estudio) , con una población actual al momento de realizada la encuesta ; de $n = 43$ pacientes adultos crónicos .

Centrados en el trabajo a realizar ; teniendo en cuenta que los componentes de la Presión Arterial , son la resistencia vascular periférica y el volumen de eyección ; siendo un índice del componente pulsátil del ciclo cardíaco que lleva a

una hipertrofia con posterior dilatación miocárdica progresiva, que es la determinante en la morbi - morbilidad cardiovascular de los pacientes en Plan de Hemodiálisis Crónica ; es vital concientizar a los pacientes en hemodiálisis de la importancia del seguimiento dietético y/o farmacológico indicado por el médico y que el diagnóstico de la cifras elevadas de Presión Arterial y tratamiento en estadíos tempranos , enlentece la progresión del compromiso serio de la función cardiovascular .

Se realizan estudios específicos de registros en :

- Historias Clínicas del Servicio de Nefrología
- Presión Arterial Media (PAM) Pre – Diálisis
- Curva de pesos Pre y Post Diálisis
- Porcentaje de sobrepeso

Característica de la población encuestada:

Pacientes en demanda de Servicios de Salud ; con diagnostico de la insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialitico, con no menos de 4 meses en Plan de Hemodiálisis.

Población objeto de estudio :

Al momento de realizada la encuesta; $n = 43$ pacientes en plan de hemodiálisis crónica .

Lugar físico :

Servicio de Nefrología del Hospital Central .

Período de realizado el cuestionario :

Año 2004.

OBJETIVO : Nivel cognitivo y comportamental de los pacientes en Plan de sustitución de la función renal regular (hemodiálisis) ; acerca de la Presión Arterial en relación su patología y la vida cotidiana, identificando las causales ponderales y tensionales de la población de pacientes en Plan de Hemodiálisis Crónica , para posterior Plan tentativo de Prevención Cardiovascular de pacientes en Hemodiálisis.

2. MATERIAL Y METODO

Se trabajó con el sistema de levantamiento de datos entre la población asistencial en Plan de Hemodiálisis Crónica del Servicio de Nefrología del Hospital Central de las FF.AA. , mediante cuestionario.

Para el estudio retrospectivo se contó con: estudio de Historias Clínicas del Servicio de Nefrología, registros promedios de Presiones Arteriales Sistólicas y Diastólicas (PAS y PAD), con Presiones Arteriales Medias (PAM) y Porcentajes de Sobrepeso de los pacientes objetos de este estudio , del último cuatrienio (Enero 2001 – Diciembre 2004).

Luego de la obtención de los datos, se hubo de estudiar cada uno de los resultados obtenidos para entrecruzar las variables adecuadas que pudieran brindar un paisaje ajustado a la realidad asistencial existente entre los usuarios de nuestro Servicio.

El estudio fue realizado , cerrando períodos anuales completos.

Las cifras porcentuales de los cuadros, fueron redondeadas de acuerdo al criterio mas próximo, dejándose cifras con decimales a los cuadros que por criterio correspondían.

Para finalizar, se realiza análisis diagnóstico de los datos obtenidos

Se tomaron como variables :

1.- Datos patronímicos del paciente :

- 1.1.- Sexo
- 1.2.- Edad
- 1.3.- Tiempo promedio en diálisis

2.-Datos obtenidos a cada paciente mediante cuestionario personalizado

- 2.1.- Nivel educativo
- 2.2.- Actividad
- 2.3.- Características cuantitativas (sexo y rango etario) , características cognitivas (hábitos , creencias y prácticas) y cualitativas

3.- Nivel cognitivo :

- 3.1.- Conocimientos acerca de la presión Arterial ideal para una persona
- 3.2.- Conocimiento individual respecto a su Presión Arterial
- 3.3- Conocimiento de su patología al ingreso a hemodiálisis
- 3.4.- Conocimientos acerca de la medicación hipertensiva
- 3.5.-Conocimiento de la ganancia interdialítica (acumulación de líquidos entre diálisis y diálisis)
- 3.6.- Conocimientos acerca de la dieta proporcionada por la nutricionista
- 3.7.- Conocimientos en cuanto a la ingesta de sodio
- 3.8.-Probables complicaciones provocadas por exceso de Ganancia Interdialítica
- 3.9.- Conocimientos de orden genérico

4.- Análisis comportamental :

- 4.1.- Con respecto a la dieta
- 4.2.- Con respecto a la ingesta de sodio (sal común)
- 4.3.-Con respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado por el médico tratante
- 4.5 .- Dieta y comportamiento social

5.- Datos específicos de registros :

- 5.1.- Estudio de Historia Clínica Nefrológica el paciente existente en el Servicio de Nefrología del H.C.FF.AA.
- 5.2.- Estudio de registros de Presión Arterial Sistólica y Diastólica anuales
- 5.3 .- Estudio de Presión Arterial Media anuales

5.4.- Estudio de registros de porcentaje de sobrepeso (ganados entre diálisis y diálisis) .

5.5 .- Estudio farmacológico indicado para la hipertensión arterial

Población encuestada : n = 43.

RECURSOS MATERIALES

Materiales de oficina

La encuesta fue realizada en forma manual , pues la población a encuestar era muy pequeña.

Apoyo con PC. Personal y de la propia oficina.

RECURSOS HUMANOS

Quien realizara el trabajo, estudio de registros diarios del Personal de Enfermería y registros en Historias Clínicas de los Profesionales Médicos del Servicio de Nefrología

3. INFORME

Tomando como criterio las variables anteriormente expuestas , el resultado del estudio nos muestra la siguiente información :

Población estudiada: n = 43 pacientes. (100 % de la población en hemodiálisis a la fecha de realizado el estudio).

Características de la población encuestada:

Pacientes en demanda de Servicio de Salud; con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica y tratamiento Hemodialítico .

Sexo :

56 % Sexo Femenino

44 % Sexo Masculino

(Cuadro N° 1)

Rango Etario:

7 % 21 y 30 años

5 % 31 y 40 años

14 % 41 y 50 años

30 % 51 y 60 años

23 % 61 y 70 años

19 % 71 y 80 años

2 % < 80 años

(Cuadro N° 2)

Edad promedio : 59.1 años

Tiempo en diálisis promedio :

88 % de los pacientes : 5 años

12 % de los pacientes : 4 meses

(Cuadro N° 3)

Nivel educativo :

Enseñanza primaria

65 % primaria completa

30 % primaria incompleta

5 % no posee

(Cuadro N° 4)

Enseñanza secundaria o UTU

19 % secundaria o UTU completa

21 % secundaria o UTU incompleta

60 % no posee

(Cuadro N° 5)

Enseñanza terciaria

9 % enseñanza terciaria completa

(Cuadro N° 6)

Actividad desempeñada

40 % personal subalterno de las FF.AA.

26 % amas de casa

25 % empleos de diversa índole

7 % personal superior

2 % magisterio

(Cuadro N° 7)

Nivel cognitivo

En cuanto a la Presión Arterial ideal para una persona

28 % consideran que el valor ideal es 140/90 mmHg

35 % consideran que el valor ideal es 130/80 mmHg

19 % consideran que el valor ideal es 120/ 70 mmHg

18 % no lo conoce a ciencia cierta y prefiere no responder

Conocimiento individual de su Presión Arterial

-74 % de los pacientes reconocen haber ingresado hipertensos a Plan de hemodiálisis

-63 % de los pacientes encuestados reconocer haber mejorado su presión arterial luego de ingreso al Plan de hemodiálisis

En cuanto su Patología al ingreso a hemodiálisis :

-74 % de los pacientes reconocen haber ingresado a plan de hemodiálisis por hipertensión y otras patologías concomitantes (tales como diabetes, madre o padre con patologías de riñón, etc.)

-32 % del total aduce ser diabéticos

En cuanto a medicación hipertensiva:

58 % de estos pacientes dice estar medicado

37 % cree no estar medicado

5 % dice no saberlo, pues está medicado por familiares

Información en cuanto a la Ganancia Interdialítica

(acumulación de líquidos entre diálisis y diálisis)

72 % aduce contar con dicha información

26 % aduce no contar con tal información a ciencia cierta

2 % aduce no saber la importancia de ello

En cuanto a la dieta proporcionada por la nutricionista

95 % reconoce la importancia de la dieta

5 % no reconocen la importancia de la dieta

En cuanto a la ingesta de sodio

-90 % conocen los riesgos que conllevan a la salud las ingestas de alimentos con sal de sodio común

-5 % dice no saber los riesgos

-5 % no lo sabe

Información en cuanto a complicaciones provocadas por exceso de Ganancia Interdialítica)

30 % lo relaciona a edema agudo de pulmón

28 % lo relaciona con aumento de peso

22 % no sabe, no responde

9 % lo relaciona a problemas cardíacos

7 % lo relaciona con HTA

2 % lo relaciona con dolores de cabeza

2 % dice que no influye

-74 % de los pacientes conocen (si bien no todas) , las causas que conlleva la ganancia interdialítica (sobrecarga de volumen) ,esto nos habla de una información bastante adecuada a lo que deben saber respecto a ello

Conocimientos de orden genéricos:

-70.5 % promedio de los pacientes objeto de estudio, saben que la obesidad, el sedentarismo ,la diabetes, el tabaquismo , el Stress y la dislipemia; son factores de riesgo para la hipertensión arterial , lo que nos lleva a concluir de una buena información genérica de nuestra población asistencial.

Nivel comportamental :

En cuanto a cumplimiento de la dieta

-70 % reconoce la importancia de la dieta , aunque saben no cumplirla estrictamente

-25 % cumplen con la dieta

-5 % no reconocen la importancia de la misma, no cumpliéndola

En cuanto a cumplimiento de la dieta baja en sodio :

-70 % cumple la dieta

-16 % reconoce cumplirla a medias

-14 % reconoce no cumplir la dieta

(Cuadro C)

Los motivos por los cuales no la cumplen, son muy variados, falta de adaptación, deseo de saborear la sal , etc.

En cuanto al cumplimiento de la medicación indicada por el médico tratante para la hipertensión:

- 47 % reconoce cumplir con la medicación
- 44 % reconoce no cumplir con la misma estrictamente
- 5 % no lo sabe, pues está medicado por familiares
- 4 % no sabe , no responde

Comportamiento social con respecto a la dieta :

- 85 % de los pacientes, aducen que si salen a comer fuera de la casa, no cumplen con la dieta .

Resultado arrojado del estudio de Historias Clínicas :

- 72 % ingresan a plan de HD hipertensos; (el 74 % nos habla de haber ingresado hipertensos) ello nos lleva a inferir que probablemente estén informados con respecto a su patología hipertensiva
- 32 % de los pacientes encuestado , son portadores de diabetes el 100 % de estos pacientes conocen su patología .

Es importante puntualizar ciertas definiciones:

Parámetros de hipertensión :

Presión Arterial Sistólica Pre - hemodiálisis \leq de **140 mmHg** ,

Presión Arterial Diastólica Pre –hemodiálisis \leq de **90 mmHg** ; determinado con esfignomanómetro de mercurio

De los estudios realizados en el cuatrienio (2001 - 2004), se desprende que: PAS promedio en el HD es de **131 mmHg** y PAD promedio es de **71 mmHg**

(Cuadro B)

- 72 % ingresan a plan de HD hipertensos
- 53 % de estos pacientes está medicado para la hipertensión arterial

El resto de esta población que ingresa hipertensa (19 %) ; no necesita medicación, lo que nos habla de una buena adhesión al tratamiento dialítico de estos pacientes .

(Cuadro A)

Es de importancia, puntualizar las siguiente definiciones :

Presión Arterial Media :

La Presión Arterial Media (PAM) es la resultante del cálculo :

$$\text{Calculo PAM} : (\text{PAS} - \text{PAD}) + \text{PAD}$$

3

Parámetros de Presión Arterial Media elevada :

Los pacientes fueron definidos como hipertensos si su Presión Arterial Media Pre - Diálisis era mayor de **102 mmHg**.

En cuanto a los registros mensuales y anuales de los pacientes , se desprende:

La Presión Arterial Media se encuentra en un rango promedio entre 80 y 110 mmHg. , predominando el rango de : **91 mmHg** (Cuadro B)

Porcentaje (%)de sobrepeso entre diálisis y diálisis ideal :

Normal : hasta **5 %** del peso seco estimado

Definición de Peso seco estimado : Es el peso por debajo del cual el paciente sufre síntomas de hipotensión y calambres , exigiendo una valoración conjunta y dinámica del equipo asistencial .

Cálculo de % de sobrepeso:

$$\frac{(\text{Peso Pre Diálisis} - \text{Peso seco estimado}) \times 100}{\text{Peso Pre Diálisis}}$$

Del porcentaje promedio de sobrepeso de los pacientes estudiados se desprende :

El porcentaje de sobrepeso promedio se encuentra en el rango de **7 %** , dándonos una visión de la ganancia interdialítica elevada, con retención hidrosalina. Es de destacar que podría existir un peso seco no adecuadamente calculado al momento de realizar el estudio, dada la variabilidad del mismo y la dificultad de precisarlo .

4. DISCUSION

El resultado del estudio, nos muestra un buen conocimiento genérico con respecto a la importancia del cumplimiento de la dieta y la ingesta de sodio, pero del resultado final , podemos concluir del no cumplimiento estricto de la misma. El índice de Ganancia Interdialítica por sobrecarga de volumen intradiálisis , nos muestra claramente lo expuesto .

El 100 % de los pacientes encuestados reconocen los efectos perjudiciales que conlleva la suspensión de la terapia farmacológica indicada por el médico tratante. Los efectos secundarios al abandono de la medicación, son asociados por la población encuestada a patologías de diversas índoles. Si bien reconocen la importancia del tratamiento farmacológico, el mismo no es cumplido de la manera indicada por el médico tratante , restándole importancia a este.

El 18 % de los pacientes encuestados reconocen tener alguna enfermedad causada por la hipertensión arterial , asociándolo a accidentes vasculares, infarto ocular , arritmia, etc..

Si bien existen factores de riesgo inmodificables, tales como la edad, el sexo , los antecedentes familiares , diabetes, etc; se puede y debe trabajar con los modificables , como lo son: los inadecuados hábitos alimentarios , el stress , el sedentarismo, la dislipemia , etc.

El tratamiento de los factores de riesgo , tomados tempranamente (aún en estos pacientes sumidos en la etapa puramente asistencial), reduce la enfermedad cardiovascular y por ende la Hipertensión Arterial (cuarto nivel de atención : delimitación del daño).

Para ello, es fundamental insistir en el conocimiento de los diferentes factores de riesgo que agravan el

deterioro de la función Cardiovascular y las medidas terapéuticas a concretar, que conllevan variables individuales y conductuales de la población objeto.

Se debe concientizar a los pacientes en hemodiálisis crónica que el descontrol de las cifras tensionales , aceleran la patología vascular y que la presión arterial elevada produce una sobrecarga de presión en todo el árbol vascular (agravada en este tipo de pacientes), ante los cuales los vasos responden fortaleciendo su capa muscular y por ende aumentando la mencionada presión arterial .

Los pacientes encuestados nos muestran una información genérica y puntual acerca de su enfermedad y de la presión arterial , que nos hablan de buen nivel cognitivo , aunque restan importancia a ciertos aspectos estrictamente fundamentales para lograr una mejor calidad de vida , como lo son la dieta para el control del peso seco ; siendo estos el primer escalón para el control de la presión arterial, y la causa mas frecuente de no respuesta al tratamiento a lo que se debe pasar indefectiblemente a la terapia farmacológica.

Del estudio realizado, se desprende que estos pacientes saben de la importancia del seguimiento farmacológico indicado por su médico tratante, pero no siempre conllevan una conducta acorde a su grado cognitivo .

La importancia de concientizar a los mismos de seguir el consejo medico en todo momento, es básico y fundamental.

La HTA , en pacientes en Plan de Hemodiálisis Crónica , está estrechamente asociada a la morbi-mortalidad en la enfermedad cardiovascular, siendo la principal causa de muerte en este tipo de pacientes.

5. CONCLUSIONES

Del resultado del estudio realizado se desprende que:

En todas las etapas de atención, se tiene un componente educativo (siempre dentro del marco y la variable institucional correspondiente) por lo cual es indispensable el diagnóstico de la población a quien va dirigido el estudio y las técnicas aplicables a la misma; del tratamiento que los profesionales del equipo multidisciplinario, le darán a los pacientes, con el sistema cardiovascular comprometido, por falta de hábitos saludables higiénico dietéticos y / o farmacológico.

El factor relevante es la importancia de la ingesta de agua = ó > de 1 Lt./ (dependiendo de la diuresis de cada uno de los pacientes) y la no ingesta o no ingesta mayor a la cantidad diaria recomendada de sodio (dependiendo de cada paciente) son causales que disminuirá forzosamente en la incidencia del aumento de la presión arterial y la ganancia interdialítica por sobrecarga de volumen.

Para ello, debemos tener en cuenta, los hábitos y creencias (health beliefs models Becker 1974, Brown y otros autores 1983) las actitudes (health attitudes) y el modo en que se considere pueda controlar su conducta (health locus of control), percepción de los valores (health values) y de la capacidad de autocuidado (self - care) que mantiene esta población frente a su patología.

Desde esta perspectiva, se puede poner en marcha, programas para educación de pacientes crónicos para optimizar medidas terapéuticas y/o preventivas. Enseñando adecuadamente el plan de salud que el equipo multidisciplinario ha decidido para cada uno de estos pacientes (using yours health plan).

Matarazzo (1980) ha definido la salud conductual como “Un campo interdisciplinario cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud, que estimula la responsabilidad individual; hacia la aplicación de conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales” para la prevención u conservación de la de las causales de salud; definiéndose la salud en función de la conducta.

Valorar las situaciones y conducta de riesgo para la salud, decidiendo los medios que se adecuen para evitarlas o disminuirlas; reconociendo la autoestima individual, su autonomía y su capacidad de toma de decisiones.

El principal propósito de este programa, sería lograr que los pacientes alcancen una mejor calidad de vida y una sobrevivencia adecuada, haciendo énfasis en la corrección de las complicaciones que conlleva las cifras tensionales elevadas y sus complicaciones asociadas; concientizándoles de las normas higiénico dietéticas, medicamentosas y características de la diálisis.

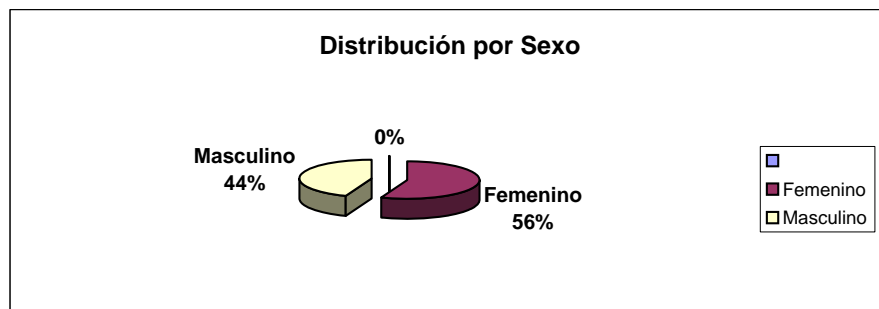
Desde la perspectiva de promoción de salud; capacitar al paciente para adoptar un estilo de vida con conductas positivas; para que el mismo no se centre solo en el saber; sino en saber hacer; incidiendo en la responsabilidad y potenciando la adquisición de hábitos higiénico dietéticos adecuados, para mejorar su calidad de vida.



DISTRIBUCIÓN POR SEXO

SEXO	PTES.	%
Femenino	24	56
Masculino	19	44
Total	43	100

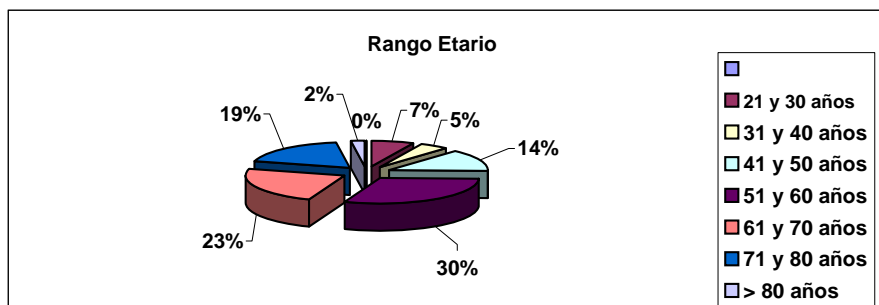
Cuadro N° 1



Rango Etario

EDAD	PTES.	%
21 y 30 años	3	7
31 y 40 años	2	5
41 y 50 años	6	14
51 y 60 años	13	30
61 y 70 años	10	23
71 y 80 años	8	19
> 80 años	1	2
Total	43	100

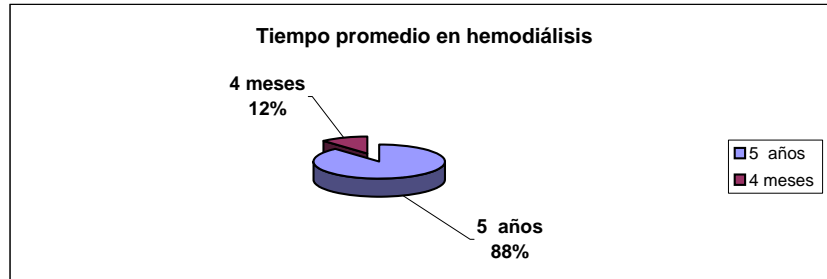
Cuadro N° 2



Tiempo Prom. en Hemodiálisis

	Ptes.	%
5 años	38	88
4 meses	5	12
Total	43	100

Cuadro N° 3

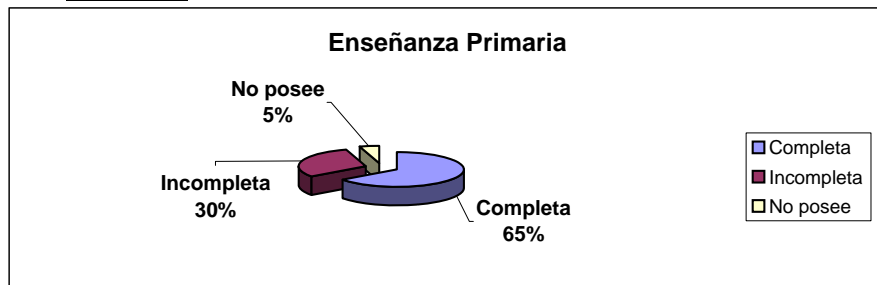


Nivel Educativo

Enseñanza Primaria

	Ptes	%
Completa	28	65
Incompleta	13	30
No posee	2	5
Total	43	100

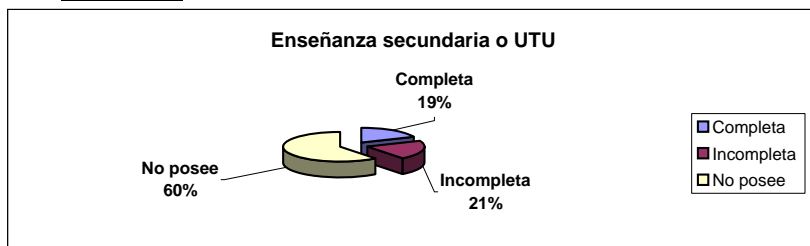
Cuadro N° 4



Enseñanza Secundaria o UTU

	Ptes	%
Completa	8	19
Incompleta	9	21
No posee	26	60
Total	43	100

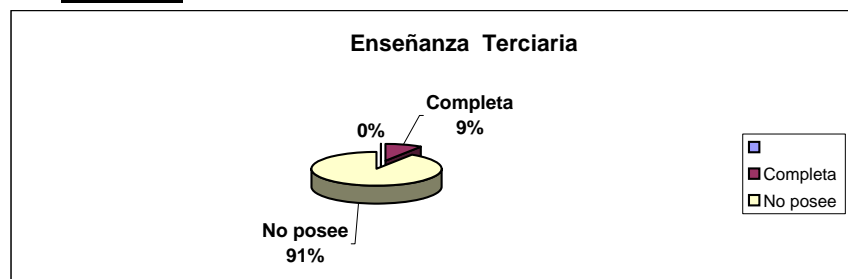
Cuadro N° 5



Enseñanza Terciaria

	Ptes.	%
Completa	4	9
No posee	39	91
Total	43	100

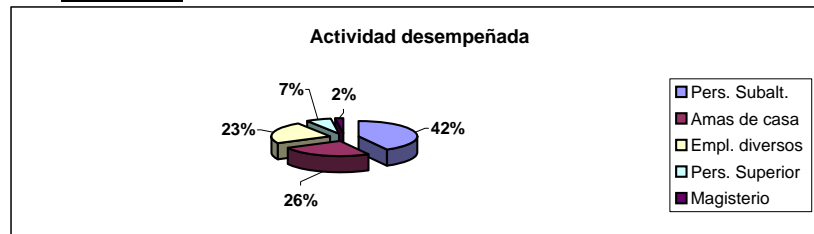
Cuadro N° 6



Actividad desempeñada

	Ptes	%
Pers. Subalt.	18	40
Amas de casa	11	26
Empl. diversos	10	25
Pers. Superior	3	7
Magisterio	1	2
Total	43	100

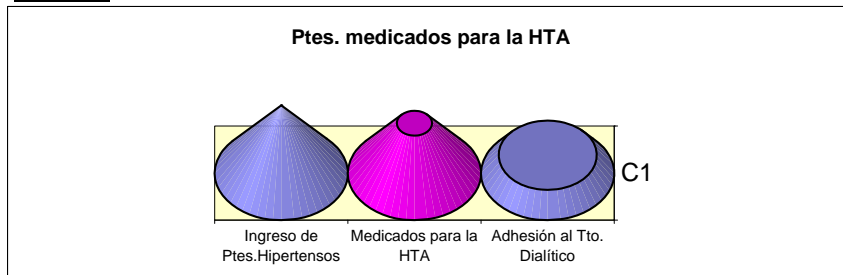
Cuadro N° 7



Resultados

Ptes. Hipertensos(Med. Y Adh. al Tto HD)	
	%
Ingreso de Ptes.Hipertensos	72%
Medicados para la HTA	53%
Adhesión al Tto. Dialítico	19%

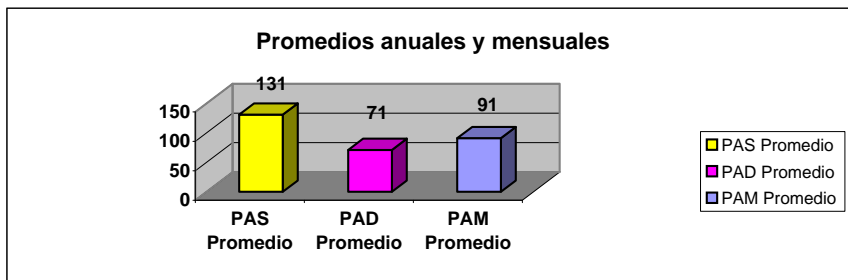
Cuadro A



Registros mensuales y anuales en mmHg

PAS Promedio	131
PAD Promedio	71
PAM Promedio	91

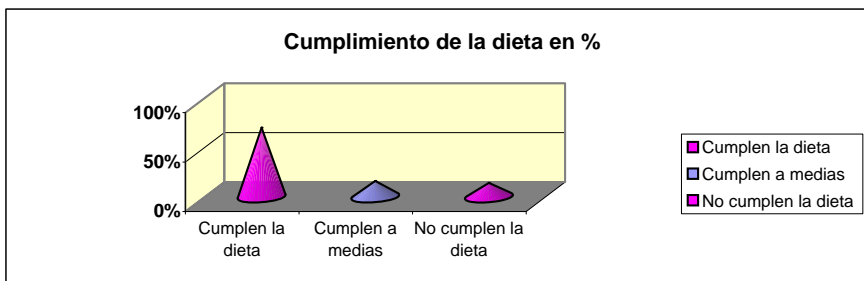
Cuadro B



Cumplimiento de la dieta

	%
Cumplen la dieta	70%
Cumplen a medias	16%
No cumplen la dieta	14%

Cuadro C



6. BIBLIOGRAFIA

Epidemiología de la hipertensión arterial en hemodiálisis crónica. Estudio multicéntrico
Bueno D., Inchausti E., Gelfman R., García R.
Gambro Healthcare, CENDIAL-CETER Temperley,
San Salvador de Jujuy, Jujuy, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Investigación sobre factores de riesgo Cardiovascular en Uruguay. Dres. Sergio Curto , Omar Prats , Ricardo Ayestarán. Com. Honoraria para la Salud Cardiovascular, Área Epidemiología Ministerio de Salud Pública Rev. Med. Uruguay 2004; 20: 61-71

Hipertensión Arterial en Hemodiálisis.

Claudia Schnidrig, Felipe Repepe, Jorge Sesín, Ana Sesín, Juan C. Vergottini. Hospital Nacional de Clínicas- Facultad de Ciencias Médicas. Córdoba - Argentina-Rev. Nefrol. Diál. y Transpl., N° 58 - Marzo de 2003, Pág. 3 –8.

Educación en Valores: Educación para la Salud
Pilar Llanderas y Manuel Mendez

POSTGRADO: Propuestas Educativas para la Promoción de la Salud en Sociedades Multiculturales Educación para la Salud. Universidad de Barcelona (Noviembre 2004- Junio 2005)

EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Aquilino POLAINO – LORENTE
Barcelona.1987 – Cap . 1 Pag : 13 –28.





ARTICULOS ORIGINALES

LA D.N.S.FF.AA. Y EL NUEVO MODELO DE ATENCION

Eq.Tte.1º (M) Teresa Puppo



PREMIO ANUAL AÑO 2005 D.N.S.FF.AA. – Area Adm. y Salud Pública MENCION

<https://doi.org/10.35954/SM2007.29.1.5>

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar como se adecua la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas (D.N.S.FF.AA.) al nuevo modelo de gestión propuesto por el Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de la Ley de Presupuesto.

Se analizan a nivel de macrogestión algunas de las características principales y los principios rectores de la reforma propuesta a nivel panamericano y a nivel nacional. Para visualizar la brecha entre la situación actual y la imagen objetivo a alcanzar se comentan algunas características del modelo vigente, la situación regional de la reforma sanitaria y de la institución.

Se resaltan las fortalezas derivadas del Decreto N° 356/999 sobre Política Sanitaria de las FF.AA.

Se hace hincapié en las áreas de atención y de gestión, dejando de lado el área de financiamiento.

Como herramientas o líneas de acción tendientes a apoyar el proceso de cambio, a nivel de mesogestión se priorizan tres áreas: sistemas de información, capacitación de recursos humanos e investigación institucional.

Como conclusión se enfatiza que la D.N.S.FF.AA. tiene un rol fundamental que cumplir en la actual coyuntura nacional, tendiente a transformarse en un “valioso copartípe auxiliar” dentro del sector salud.

PALABRAS CLAVE: *Reforma Sanitaria, Gestión de Servicios de salud, Política sanitaria, Fuerzas Armadas, Uruguay.*

SUMMARY

The aim of this task is to analyze how the Armed Forces National Health Direction adapts itself to the new model of administration proposed by the Ministry of Public Health, through the Budget Law.

Some of the main characteristics and the essentials of the reform proposed in a Pan-American level and national level, are analyzed in macro-management level. To visualize the breach between the current situation and the aim image to reach, it is talked about some characteristics of the standing model, the regional situation of the health reform and of the institution.

The fortitudes derived from the Decree N° 356/999 about Health Policy of the Armed Forces are highlighted.

Attention and administration areas are handle with emphasis, leaving a side the financial area.

As tools or action lines with tendency to support the process of change, at a meso-administration level three areas are prioritized : information system, human resources, training and institutional research.

As a conclusion, it is pointed out that the Armed Forces National Health Direction has a main role to execute at the current national conjuncture, with tendency to transform itself into a valuable auxiliary participant within the health section.

KEY WORDS: Health Reform, Health Services Administration, Health Policy, Armed Forces, Uruguay.

Características generales de la REFORMA SANITARIA

En el año 1994 se realiza una Reunión Cumbre de las Américas en Miami en la cual se aprueba “Garantizar un acceso equitativo a los servicios básicos de salud”. En 1995 se realiza un Foro en la cual se definen cinco principios rectores de las reformas: Equidad, Eficiencia, Efectividad y Calidad, Sustentabilidad y Participación Social.

Se considera fundamental en el proceso de reforma, orientar los sistemas y servicios de salud a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y asegurar sistemas de educación permanente para el personal de salud en actividad.

Sin embargo se ha señalado que “cambiar el modelo de gestión de las instituciones constituye una tarea más compleja y difícil de lograr que plantear reformas estructuradas de las reglas y la dinámica de los sistemas”. (González García)

Cambiar el modelo de gestión de una institución, implica necesariamente reconvertir la institución, aunque la mayoría de las veces se tiende simplemente a intentar una reingeniería. Ambos conceptos son muy diferentes: “Mientras que la reconversión significa cambiar de misión y funciones y por lo tanto de prioridades, la reingeniería se limita a una redefinición de estructuras y procesos”.

Como se puede notar, en un caso se trata simplemente de readecuar los procedimientos, los recursos humanos y aún la organización con el fin de mejorar lo que ya se está haciendo (reingeniería). En cambio, lo que se busca actualmente es un cambio de misión, lo que significa que al menos debería repensarse todo el funcionamiento institucional.

La gran dificultad que se enfrenta en este nivel es que las instituciones tienen una gran inercia frente a los cambios. Se ha señalado que uno de los principales obstáculos para profundizar la reforma sanitaria en los países latinoamericanos, surge de “la falta de instituciones que las puedan respaldar.... La ineficiencia institucional, la duplicación de funciones y la falta de misión suelen ser características muy

frecuentes de las instituciones encargadas de llevar a la práctica las políticas sociales en la actualidad” . (Vergara, Simonet)

Como esquema general de todas las áreas que involucra el proceso de la reforma de salud se señalan 12 contenidos: marco jurídico, derecho a los cuidados de la salud y al aseguramiento, aumento de la cobertura, función rectora de los ministerios de salud, separación de funciones, descentralización, participación y control sociales, financiamiento y gasto, oferta de servicios, modelo de gestión, recursos humanos y calidad y evaluación de tecnología. (Infante)

Dentro de las dificultades que se han observado en muchos países en la primera etapa de la reforma del sector salud y que dificultan la evaluación de las mismas, se señalan:

a. No se incluyen desde el comienzo, en los proyectos iniciales, los mecanismos de evaluación de proceso, plazos e impacto.

b. No se adaptan los sistemas de información a los nuevos requerimientos, lo que origina datos dispersos, inconexos, inoportunos e inadecuados para el seguimiento de los cambios.

c. No se utiliza la información generada como insumo para rediseñar el contenido y las estrategias para implantar la reforma.

d. Existe una carencia de información sobre recursos humanos, aunque se señalan algunas características generales como la rotación, el ausentismo y la falta de motivación. (Brito)

“Se detectan dos incongruencias notables entre el reconocimiento, por un lado, de la necesidad de mejorar los sistemas de información para seguir los procesos de reforma y evaluar los cambios conseguidos y, por otro, el escaso esfuerzo que aún se dedica a tal mejora; y entre el reconocimiento de la importancia de los recursos humanos y su escasa implicación en los procesos de reforma del sector salud”. (Infante)

Otro aspecto inseparable del proceso de reforma es la búsqueda de la mejor calidad de las prestaciones de los servicios básicos de salud. (Ross)

La calidad está definida en función de las necesidades y las expectativas del usuario o cliente. Se acepta que en el ámbito de los servicios de salud la calidad tiene dos grandes dimensiones: la técnica y la percibida por el usuario.

El desarrollo de los recursos humanos no es un tema menor, ya que muchos no han sido capacitados de acuerdo a las exigencias actuales, lo cual supone un verdadero esfuerzo institucional reforzando las actividades de formación en los servicios y la Educación Profesional Continua. (Muñoz)

Actualmente, el Ministerio de Salud Pública (MSP) promueve un nuevo modelo de atención, de gestión y financiamiento, priorizando la equidad y la atención primaria de salud. Esto significa en grandes líneas, reorientar las instituciones prestadoras hacia un modelo preventivo, con claro fortalecimiento del primer nivel de atención, descentralizado y orientado a necesidades. El modelo actual de prestación de salud es curativo, basado fundamentalmente en la demanda y centralizado.

El cambio de modelo se sustenta en un modelo de salud integral, que contempla distintos determinantes y prioriza la estrategia de Atención Primaria en Salud como componente fundamental del proceso. Esto supone, entre otras cosas, un alerta contra la hegemonía médica y resalta la importancia del trabajo multidisciplinario. (Láuz)

CONSIDERACIONES ESTRATÉGICAS:

De acuerdo a la misión y a la visión establecidas para una institución es importante realizar el análisis de la organización y su entorno.

“El análisis FODA es una técnica que permite identificar y evaluar los factores positivos y negativos del “ambiente interno” y del “ambiente externo” y adoptar decisiones sobre objetivos, cursos de acción y asignación de recursos sustentados en este análisis”. (CEPRE)

Este análisis se utiliza para identificar las oportunidades, obstáculos, amenazas y fortalezas.

De este análisis surge una lista de factores críticos o estratégicos que enfrenta la organización y una definición de prioridades, a partir de las cuales se elabora el Plan Estratégico.

Es importante tener en cuenta que si bien en la “administración pública estos objetivos están en parte definidos por el marco normativo y por las prioridades de gobierno”, la institución tiene un espacio para definir sus alternativas y darle un perfil propio al proceso.

“Los objetivos, las metas, los indicadores y las iniciativas brindan a la organización una importante herramienta para manejar sus recursos.”

REDEFINIR INDICADORES:

En el marco de la estrategia de crecimiento con equidad surge la necesidad de analizar el valor de los actuales indicadores elaborados por el sector.

Algunos aspectos cobran fundamental importancia: territorialidad, género, factores de riesgo y problemas emergentes.

1. Territorialidad

El fortalecimiento del primer nivel de atención pone de relieve la importancia de contar con información referida específicamente al territorio asignado a cada centro. Esta información local es esencial para la planificación y la toma de decisiones en el área de referencia. También es importante complementar esta información local con un análisis global que permita ubicar a cada centro en relación al resto del país y permita medir la desviación de cada indicador con respecto a los promedios nacionales. (Magnífico)

Este aspecto busca lograr un objetivo fundamental que es la atención adecuada de la demanda en cada localidad. “La complejidad de la demanda debe ir acompañada de la complejidad de los servicios, ya que es posible resolver casi todos los problemas de salud diarios de la población cuando existe una capacidad adecuada de resolución en los servicios básicos de salud”. (Azevedo)

Para apoyar esta tarea es fundamental que la institución disponga en forma regular de publicaciones con indicadores locales elaborados de acuerdo a las necesidades actuales.

Los responsables de la salud de un territorio definido deberían contar al menos con la información censal del área, nacimientos, mortalidad, morbilidad, medio ambiente.

2. Género

“En el ámbito de la salud se llama enfoque de género al estudio de la realidad social, cultural y económica en que viven y trabajan hombres y mujeres, para determinar las diferencias y efectos que esa realidad implica.” (Pinto)

Para aclarar este concepto se muestran algunos ejemplos:

- Las mujeres viven más que los hombres pero consultan más en los servicios de salud.
- En el Uruguay actualmente existe una brecha en la esperanza de vida de hombres y mujeres, con una sobre mortalidad masculina que ha ido aumentando en los últimos años.
- La mortalidad masculina por accidentes y violencia es mucho más elevada.

Más allá de estas características generales, que se repiten en muchos países, es importante analizar las características de los usuarios de la D.N.S.F.F.AA. en función de este eje.

3. Enfermedades emergentes

Por definición una enfermedad infecciosa emergente es “una infección nueva, re-emergente o droga-resistente cuya incidencia en humanos se ha incrementado en las últimas dos décadas, o cuya incidencia amenaza aumentar en el futuro próximo”. (Jormanainen)

Este tema sumamente complejo y dinámico, puede ser abordado a partir de una estrategia de expectativa armada que permita por un lado la vigilancia de nuevos eventos (por ejemplo es el caso de la notificación de síndromes hemorrágicos febriles) y por otro que permita implantar respuestas rápidas y

adecuadas ante el surgimiento de epidemias. También se debe insistir en el conocimiento, seguimiento y control de los factores de riesgo como forma de prevención.” (CDC)

En algunas situaciones es posible llevar a cabo un estudio previo de los diferentes escenarios posibles, que constituya una importante herramienta de análisis frente a las epidemias. (van Genutgten)

En algunas situaciones de riesgo inminente, como es el caso del dengue en aquellas zonas donde se ha identificado la presencia del vector, es fundamental mantener una vigilancia activa y tener un plan de contingencia adecuado y actualizado. (Aviles)

Algunos aspectos importantes a tener en cuenta son el control de reservorios potenciales de Aedes Aegypti (Parque Nacional de Santa Teresa y Unidades de todo el país), control de zoonosis (leptospirosis, hanta virus), control de enfermedades importadas (efectivos que viajan en Misión de Paz, animales ingresados al país sin autorización de zonas de riesgo como los monos pequeños). (Glass, Pinner)

4. Factores de riesgo

La importancia de identificar riesgos a nivel local como insumo imprescindible para la planificación de acciones preventivas en un área determinada, es un verdadero desafío para los equipos de conducción. Se define “riesgo” como la “probabilidad de un resultado adverso, o factor que aumente esa probabilidad”. (OMS Informe 2002)

A nivel mundial y por la carga de morbilidad que causan se consideran los diez factores más importantes: el bajo peso, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el alcoholismo, el agua insalubre, la falta de saneamiento, la carencia de hierro, el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados, la hipercolesterolemia y la obesidad.

La evaluación de riesgos “es un procedimiento sistemático para estimar la carga de morbilidad y traumatismo debido a diferentes riesgos”.

Centrarse en los riesgos para la salud es la clave de la prevención. Esta tarea debe conseguir un equilibrio en los estudios y control entre los riesgos de toda la población y al mismo tiempo de los grupos muy vulnerables.

En el momento actual cobran importancia las enfermedades no transmisibles como los accidentes, las toxicomanías, cardiovasculares, oncológicas, nutricionales, etc. (Thacker)

Las acciones enfocadas a promover hábitos de vida saludables son una de las más importantes en esta área.

El Servicio de Educación para la Salud, orientado a la capacitación de los usuarios, es otra de las fortalezas institucionales que debe ser apoyada.

SITUACIÓN INSTITUCIONAL **MARCO LEGAL**

Una de las fortalezas de la institución es el decreto del Poder Ejecutivo N° 356/1999 del 16 de noviembre de 1999, sobre Política sanitaria de las FFAA (Anexo I).

En el mismo se establecen varios puntos que es importante señalar y analizar:

- La finalidad de “enmarcar el funcionamiento de nuestra política sanitaria dentro de la Política de Gestión de Salud a nivel nacional”. (Considerando)
- La intención de desarrollar “todas las potencialidades de la Medicina Preventiva y de satisfacer las necesidades de salud a través de acciones de promoción, de asistencia y de rehabilitación”. (Artículo II)
- La intención de procurar, sin prejuicio de su especificidad, que “las acciones desarrolladas ... coadyuven a las llevadas a cabo por el sector salud a nivel nacional transformándose en un valioso copartícipe auxiliar de éste”. (Artículo III)
- El deber de “establecer un Sistema Integral de Atención de salud militar instrumentar un sistema

de información centralizada que permita aportar los elementos necesarios para la planificación y toma de decisiones Planificar la articulación de recursos ... definir las políticas de docencia e investigación ...”. (Artículo IV)

- La necesidad de “desarrollar un modelo de atención médica ... en base a los siguientes lineamientos”:
 - regionalización de la atención médica
 - integración al sector Nacional de salud
 - establecer tres niveles de atención: el Primer Nivel integrado por los Centros de Atención de las Unidades (CAU) y los Centros de Atención de Primer Nivel (CAP). “Los CAP brindarán atención de Primer Nivel de complejidad a todos los usuarios que corresponda, residentes en la zona de influencia”. (Artículo V)

LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORITARIAS

En esta propuesta y desde una visión de la mesogestión (nivel institucional) tendiente a consolidar fortalezas, se consideran tres áreas potencialmente muy fructíferas: la formación de recursos humanos, la investigación local y los sistemas de información.

Sistemas de Información adecuados.

La información que se recoge en una institución debe ser útil para la toma de decisiones y accesible económicamente, con un costo razonable en relación a los beneficios que brinda.

En la elección de los indicadores siempre debe tenerse en cuenta las siguientes características: relevancia, objetividad, ser inequívocos, completitud, sensibilidad y accesibilidad.

Los datos recogidos deben brindar información sobre los tres niveles de gestión y sobre la estructura, el proceso y los resultados.

Investigación de líneas prioritarias.

La orientación de la investigación hacia líneas prioritarias institucionales es un aspecto muy

importante, aunque complejo. Parte de la investigación se realiza a en función de intereses particulares de los profesionales involucrados. A su vez los financiadores externos promueven líneas de investigación de acuerdo a sus intereses empresariales que no siempre coinciden con los de la institución. A su vez la institución gasta recursos humanos y materiales, y expone, en el caso de las investigaciones clínicas a sus usuarios a potenciales riesgos.

A fin de potenciar la realización de investigaciones propias, orientadas fundamentalmente al Primer Nivel de Atención, o a resolver problemas propios, es importante contar con estímulos específicos. En esta línea de acción cobra gran importancia el Proyecto de un Fondo Concursable que está en etapa de implementación.

También es importante consolidar las actividades del Comité Científico y el Comité de Ética, fortaleciendo su trabajo y asignando los recursos necesarios.

Capacitación de recursos humanos.

La capacitación de los recursos humanos es uno de los pilares claves que debe sustentar cualquier reforma.

Existen a nivel institucional muchas fortalezas y experiencia acumulada. El Servicio de Educación Continua, cumple un rol fundamental en el liderazgo de la capacitación profesional. Desde fines del año 2004 la D.N.S.F.F.AA. está acreditada ante la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Durante el año 2005 se han organizado varias actividades también acreditadas.

CONCLUSIONES

El Sector Salud se enfrenta actualmente en un momento de cambio, tanto a nivel regional como nacional.

Como todo cambio es un desafío y una oportunidad para repensar y redefinir aspectos importantes a nivel institucional, orientados a una mejora en el cumplimiento de la misión asignada.

Algunas características de este cambio propuesto son fortalecer la descentralización, promover una estrategia de Atención Primaria en Salud y extender y consolidar el Primer Nivel de Atención.

Para poder avanzar en esta reforma es imprescindible contar con información oportuna y adecuada, que sirva de insumo para la planificación estratégica y también permita evaluar los avances del proceso.

La D.N.S.F.F.AA., como integrante del sector salud, está participando de este proceso. Es importante analizar las fortalezas y debilidades internas, para consolidar y potenciar todos aquellos aspectos que ya están orientados hacia los objetivos actuales. En este sentido, el Decreto N° 356/999 sobre Política Sanitaria de las Fuerzas Armadas constituye un marco jurídico de gran valor para las líneas de acción a seguir.

Dentro de este proceso hay algunas áreas estratégicas como los sistemas de información, la formación de recursos humanos y la investigación orientada a aspectos prioritarios, que es necesario adecuar a las nuevas metas, para potenciar y consolidar el cambio.

BIBLIOGRAFIA

Aviles G, Rangeón G, vorndam V, Briones A, Baroni P, Enria D, Sabattini MS. **Dengue Reemergence in Argentina.** *Emerg Infect Dis*, 1999, 575-578

Azevedo Mercadante O, Yunes J, Chorny AH. **Descentralización y municipalización de los servicios de salud en San Pablo, Brasil.** *Bol Oficina Sanit Panam* 116 (5), 1994

Brito Quintana P. **Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral** *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000

CDC. **Preventing Emerging Infections Disease. A strategy for the 21 st Century.** Atlanta, Georgia. Octubre, 1998.

CEPRE – OPP- Presidencia de la República. **Guía Metodológica de Planificación Estratégica.** Mayo 2005.

Glass G, Cheek J, Patz JA, Shields TM, Doyle T, Thoroughman DA y col. **Using Remotely Sensed Data to Identify Areas at Risk for Hantavirus Pulmonary Syndrome.** *Emerg Infect Dis*, 2000, 238-247

González García, Infante A, de la Mata I, López-Acuña D. **Reforma de los sistemas de salud en América latina y el caribe: Situación y tendencias.** *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000

Jormanainen V, Jousimaa J, Kunnamo I, Ruutu P. **Physicians Database searches as a tool for Early Detection of Epidemics.** *Emerg Infect Dis*, 2001, 474-476.

Láuz I. **La participación ciudadana en salud. Desafíos y perspectivas desde el trabajo social.** *Trabajo Social.Revista Regional. AñoXIX, N°33, 2005.*

Magnífico G, Noceti C, Rodríguez N. MSP – ASSE. **Planificación de la Red Asistencial de ASSE.** Abril 2002. Uruguay.

Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, Ubilla S, Cevallos JL. **Las funciones esenciales de la salud pública: una tarea emergente a las reformas del sector salud.** *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000

OMS. **Informe sobre la salud en el mundo. 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana.** Panorama General.

OPS. **Reunión Consultiva Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud.** *Rev Panam Salud Pública*, 10 (1), 2001

Pinner R, Rebmann C, Schuchat A, Hughes JM. **Disease surveillance and the Academic, Clinical and Public Health Communities.** *Emerg Infect Dis*, 2003, 781-787

Pinto Dias JC. **Las enfermedades tropicales y el enfoque de género.** *Bol Oficina Panam* 121 (3), 1996

Ross AG, Cevallos JL, Infante A. **La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe.** *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000

Simonet Thacker SB. **How Do We Ensure the Quality of the Public Health Workforce?** Editorial. *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice and Policy*, Vol 2, N° 2, Abril 2005.

Van Genutgeten MLL, Heijnen MLA, Jager JC. **Pandemic Influenza and Healthcare demand in the Netherlands. Scenario Analysis.** *Emerg Infect Dis*, 2003, 531-538.

Vergara C. **El contexto de las reformas del sector de la salud.** *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), 2000.

ANEXO

POLITICA SANITARIA DE LAS FUERZAS ARMADAS

**Decreto del Poder Ejecutivo N° 356/999
de 16 de Noviembre de 1999**

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Montevideo, 16 de noviembre de 1999

VISTO: las actuaciones por las cuales la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas solicita se reglamente la Política Sanitaria de las Fuerzas Armadas.

CONSIDERANDO: I) la necesidad de racionalizar el empleo de los medios humanos y materiales disponibles, a fin de enmarcar el funcionamiento de nuestra política sanitaria dentro de la Política de Gestión de Salud a nivel nacional.

II) lo informado por la Dirección Nacional mencionada, en tal sentido de que la presente reglamentación cuenta con la aprobación de los señores Comandantes en Jefe del Ejército, Armada y Fuerza Aérea.

ATENTO: a lo precedentemente expuesto, a lo dictaminado por la Asesoría Letrada del Ministerio de Defensa Nacional y a lo preceptuado por el artículo 271 del Decreto-Ley 14.157 (Orgánico de las Fuerzas Armadas) de 21 de febrero de 1974, en la redacción dada por el artículo 110 de la Ley 16.320 de 1ro. de noviembre de 1992, Decreto-Ley 15.675 de 16 de noviembre de 1984, en la redacción dada por la Ley 15.903 de 10 de noviembre de 1987, artículo 1ro. de la Ley 16.720 de 13 de octubre de 1995, artículos 4to. y 5to. del Decreto-Ley 14.747 (Orgánico de la Fuerza Aérea) de 28 de diciembre de 1977, Decreto 449/984 de 11 de octubre de 1984 en la redacción dada por el Decreto 145/994 de 13 de abril de 1994, Decreto 30/990 de 30 de enero de 1990 y 475/996 de 10 de diciembre de 1996 y Resolución del Ministerio de Defensa Nacional 20.242 de 1ro. de setiembre de 1988.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DECRETA:

ARTICULO 1ro.- Apruébase la Reglamentación de la Política Sanitaria de las Fuerzas Armadas, la cual quedará redactada de la siguiente manera:

Artículo I.- La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, para cumplir la misión establecida en el artículo 271 del Decreto-Ley 14.157 (Orgánico de las Fuerzas Armadas) de 21 de febrero de 1974, en la redacción dada por el artículo 110 de la Ley 16.320 de 1ro. de noviembre de 1992, deberá cubrir las necesidades de salud de los integrantes de las Fuerzas Armadas y de su familia, en la medida de lo dispuesto en el Decreto 449/984 de 11 de octubre de 1984 en la redacción modificativa dada por el Decreto 145/994 de 13 de abril de 1994.-

Artículo II.- Deberá asimismo cubrir y complementar las necesidades de salud en las áreas que se indican:

A) Personal Militar en situación de actividad, civiles equiparados y civiles en dicha situación, alumnos de escuelas o liceos y reservistas (acorde a los Decretos 449/984 y 145/994 mencionados): satisfacer las necesidades de salud desarrollando todas las potencialidades de la Medicina Preventiva ya sea en estado de salud, enfermedad o incapacidad, priorizando las acciones de Medicina Operacional. -

B) Personal Militar y equiparados en situación de retiro, civiles en situación de jubilación y familiares que corresponda: satisfacer las necesidades de salud a través de acciones de promoción, de asistencia y de rehabilitación.-

Artículo III.- Consecuentemente con lo establecido en los artículos anteriores y sin perjuicio de su especificidad,

procurará que las acciones desarrolladas para el cumplimiento de lo dispuesto en los mismos, coadyuven a las llevadas a cabo por el sector salud a nivel nacional transformándose en un valioso copartícipe auxiliar de éste.-

Artículo IV.- *La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas ejercerá la dirección general, planificación, supervisión, coordinación y evaluación de todos los órganos ejecutores de atención médica directamente afectados a la Misión, en coordinación con los Servicios Sanitarios de cada Fuerza y del Ministerio de Defensa Nacional, para lo cual deberá:*

A) Realizar la planificación estratégica, organizar, supervisar, coordinar y evaluar los programas de desarrollo de los órganos ejecutores de la atención de la salud.-

B) Realizar la apertura programática de tal forma de instrumentar acciones adecuadas para satisfacer las necesidades y la demanda real y potencial.-

C) Establecer un sistema integral de atención de salud militar.-

D) Coordinar la definición de estrategias para las situaciones de conflicto y de guerra, en consideración a las peculiaridades técnicas sanitarias atinentes a cada Fuerza.

E) Instrumentar un sistema de información centralizada que permita aportar los elementos necesarios para la planificación y toma de decisiones.

F) Racionalizar y reorganizar las actuales estructuras sanitarias en base a los Programas de Salud establecidos.-

G) Determinar proyectos, normas-técnicas y administrativas, que permitan una mayor uniformidad, coordinación, eficiencia y eficacia, de las prestaciones de atención de la salud.-

H) Estructurar los planes de administración y distribución de tecnología y recursos materiales acorde a la Política de Salud establecida.-

I) Optimizar la administración de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles, buscando perfeccionar la calidad de las prestaciones.-

J) Planificar la articulación de recursos en base a la población real, su distribución geográfica, grupos etarios, situación socio-económica y Programas de Salud establecidos a nivel Institucional y Nacional.

K) Administrar los recursos humanos, estructurando planes de reclutamiento, políticas de destino, plan de carrera y determinando las perfiles de los profesionales y de los técnicos que han de integrar los diferentes niveles de atención.-

L) Unificar la metodología de los procedimientos administrativos comunes y la nomenclatura, instituyendo para ello manuales de normas y procedimientos de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas.-

M) Definir las políticas de Docencia e Investigación a aplicar en el ámbito de las estructuras sanitarias de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas.-

N) Analizar la articulación de la capacidad actual, como base para situaciones de movilización, desastre o emergencia nacional.-

Ñ) Definir las políticas de control y preservación del medio ambiente a aplicar en el ámbito de las Fuerzas Armadas, en coordinación con los organismos nacionales competentes.-

Artículo V.- *La Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas desarrollará progresivamente un modelo de atención médica para el cumplimiento de las políticas instituidas y de las coordinaciones establecidas, acorde a lo dispuesto en las artículos anteriores, centralizando su planificación, supervisando y evaluando su ejecución*

descentralizada y promoviendo su integración al sistema sanitario nacional, adecuando los recursos disponibles, en base a los siguientes lineamientos.-

A) Desarrollo de la regionalización de la atención médica según niveles de complejidad de servicios y de atención progresiva del usuario.

B) Integración al Sector Nacional de Salud, sin perjuicio de mantener la especificidad correspondiente al ámbito militar.

C) Establecer un sistema de salud de las Fuerzas Armadas, con tres niveles de atención como modelo asistencial para el personal militar en actividad, en retiro, los familiares y demás beneficiarios que le corresponda, que se desarrollará en los siguientes niveles de complejidad:

1) Primer Nivel de Atención.-

a) Desarrollará sus acciones en los Centros de Atención de las Unidades (C.A.U.) y los Centros de Atención del Primer Nivel (C.A.P.).-

b) Los C.A.U. brindarán atención exclusivamente al personal militar, equiparado o civil de cada unidad.-

c) Los C.A.U. dependerán del Servicio Sanitario de la Fuerza respectiva y las estructuras sanitarias del Ministerio de Defensa Nacional dependerán del Servicio Sanitario del mismo.-

d) Los C.A.U. desarrollarán actividades de Medicina General, Odontología, Educación Sanitaria, Medicina Preventiva y Operacional adecuándose esta estructura técnica a la que la demanda justifique.-

e) Los C.A.P. brindarán atención del Primer Nivel de complejidad a todos los usuarios que corresponda, residentes en su zona de influencia.-

f) Los Centros de Atención de Primer Nivel (C.A.P.), dependerán técnicamente de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y se coordinará con cada una de las Fuerzas la transición de su dependencia administrativa a dicha Dirección Nacional. Desarrollarán actividades de Medicina General, Pediatría, Ginecología, Medicina Preventiva, Educación para la Salud y Odontología, adecuándose esta estructura a la que la demanda justifique.-

2) Segundo Nivel de Atención.-

a) Será brindado por algunos Centros que también realicen Atención de Primer Nivel en la zona, por el Hospital Central de las Fuerzas Armadas y por los Hospitales Departamentales del Ministerio de Salud Pública cuando corresponda, de acuerdo a los convenios vigentes.-

b) Desarrollarán las acciones propias del Segundo Nivel en lo ambulatorio y en la internación hospitalaria para personal militar en actividad, retiro, equiparados y civiles en actividad y en retiro y para los que les corresponda.-

c) En caso de que las circunstancias lo requieran y establecida una regionalización en Salud, existirá en cada región un Centro de Atención Regional para la atención ambulatoria de las especialidades necesarias en cada una de ellas, así como atención inmediata las veinticuatro horas del día. -

d) Las estructuras sanitarias del Segundo Nivel dependerán de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, salvo las del Ministerio de Salud Pública que actuarán de acuerdo a los convenios vigentes.-

3) Tercer Nivel de Atención.

Estará a cargo del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, para el personal militar en actividad, retiro, equiparados y civiles en actividad, retiro, alumnos de escuelas o liceos, reservistas y para los familiares de los mismos a los que les corresponda recibir asistencia. El Hospital Central de las Fuerzas Armadas dependerá de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y desarrollará la totalidad de las actividades que requieran la atención de la Salud.-

D) Los Servicios Sanitarios de las Fuerzas dependerán en lo operativo del respectivo Comando de la Fuerza y en lo técnico-administrativo de la Dirección Técnica de la Dirección Nacional de Sanidad, la cual integrará un Organismo Coordinador quien planificará, supervisará, evaluará y asesorará sobre el modelo de atención médica determinado por la Dirección Nacional de Sanidad.-

Artículo VI.- Para el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 4to. y 5to. del Decreto-Ley 14.747 (Orgánico de la Fuerza Aérea) de 28 de diciembre de 1977, se excluye a los órganos de atención de la Medicina Aeroespacial de la Fuerza Aérea del Sistema General de Salud, los que mantendrán los criterios técnico-administrativos del

mismo y una estrecha colaboración a través del Organo de Coordinación.-

Artículo VII.- *Asimismo serán excluidos del Sistema General de Salud, aquellos órganos responsables de realizar acciones de salud vinculadas a la Medicina Operacional Específica y que fueren creados en el ámbito de cada Fuerza, los que mantendrán los criterios técnicos administrativos del mismo y una estrecha colaboración a través del Organo de Coordinación.-*

ARTICULO 2do.- *Comuníquese, publíquese y pase a la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas para su conocimiento y efectos pertinentes. Cumplido, archívese.-*
FERNANDEZ FAINGOLD, JUAN LUIS STORACE.





ACTUALIZACIONES



INICIO DE LA COORDINACION DE TRASPLANTE EN UN HOSPITAL PUBLICO

Dr. Armando Cacciatori

Coordinador Hospitalario de Trasplante. Hospital Central de las FF.AA.
Integrante del Comité de Trasplante del H.C.FF.AA.

Dr. Carlos Quintero

Médico Adjunto a la Dirección Técnica. Hospital Central de las FF.AA.
Integrante del Comité de Trasplante del H.C.FF.AA

Dr. Raúl Mizraji

Coordinador General de Trasplante. Instituto Nacional de Donación y
Trasplante de Células, Tejidos y Organos.(INDT)

RESUMEN

El Trasplante constituye una posibilidad cierta de tratamiento para algunos estadios terminales de disfunción de órganos. El objetivo prioritario del Coordinador Hospitalario de Trasplante es conseguir el mayor número de órganos viables para implantar en el Receptor, siendo necesario mejorar en todas las fases del proceso Procuración/Donación.

En este Artículo se analizó la actividad de la Coordinación Hospitalaria de Trasplante en el Hospital Central de las FF.AA uruguayas, durante el primer año de gestión, tomando en cuenta los Indicadores Clásicos de Capacidad Generadora de Donantes.

Se objetivó un ascenso real de los Indicadores Clásicos de Capacidad Generadora de Donantes: Muertes Encefálicas/Total de Fallecidos del Hospital y Muertes Encefálicas/Total fallecidos de CTI Polivalente, en comparación con los años anteriores.

Se concluye que, la figura del Coordinador Hospitalario de Trasplante, señala un impacto en la captación precoz de los pacientes que pueden evolucionar a la Muerte Encefálica, así como en la optimización de las medidas de sostén del Donante, incrementando la posibilidad de transformar un Donante Potencial en Real.

PALABRAS CLAVE: Muerte Encefálica, Donante Potencial, Donante Real, Coordinador Hospitalario de Trasplante.

SUMMARY

The Transplant is a possibility of treatment for terminal phases of organs failures. The principal objective of the Intrahospitalary Coordinator is to obtain most quantity organs to implant in the Receptor, therefore is necessary to improve in all phases of the Procurement/Donation process.

In this article, we have analyzed the Intrahospitalary Coordination of Transplant activity in the uruguayan Armed Forces Central Hospital, during the first year. We have considered the Classics Indicators of Donors Generator Capacity.

We have found an increased level of these Classics Indicators : Relations between Brain Deaths / Total Deaths of the Hospital and Brain Deaths / Total Deaths Critical Care Unit, in comparison with the previous years.

Conclusion: the Transplant Intrahospitalary Coordinator shows a strong impact in the precocious attract of patients, who can develop Brain Death, as well as, to improve the support of Donor and his transformation from Potential Donor to Real one.

KEY WORDS: Brain Death, Potential Donor, Real Donor, Transplant Intrahospitalary Coordinator.

INTRODUCCION

En El presente trabajo está dirigido a los Profesionales de la Salud del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, quienes en algún momento de su ejercicio en la Institución, pueden participar en un operativo de Donación. De la misma manera, está dirigido a los Profesionales Militares, que cumplen servicio en el Hospital; y a aquellos que desempeñan tareas en la Fuerza Aérea, encargados de los traslados del equipo de profesionales, en el momento de un operativo de ablación de órganos y tejidos en el interior del país.

El trasplante de órganos sólidos se ha consolidado como una terapéutica efectiva en múltiples patologías, para las que ofrece una mayor expectativa vital, con una buena calidad de vida.

En la última década estamos asistiendo a un aumento de las listas de espera de receptores potenciales de órganos, y a pesar de que el número de donantes de órganos se ha incrementado en los últimos años y con ello, el número de órganos susceptibles de ser trasplantados, existe un desbalance entre la oferta real de órganos y la demanda de los mismos (1).

Latinoamérica no escapa a esta situación Universal y tiene una tasa de donación de órganos que ha ido creciendo en los últimos 10 años, duplicando su cifra de 3 donantes por millón de población (pmp) a 6 en la década del 2000, y llegando a realizar en el año 2006 sus primeros 100.000 trasplantes.

A pesar de estos avances mantenemos una tasa de donación y trasplante absolutamente insuficiente, con una mortalidad en lista de espera para corazón , hígado ó pulmón que oscila entre 15 % y el 30 %, dependiendo del tipo de órgano(2,3).

En el Uruguay, tenemos una tasa de 19 donantes por millón de población (pmp) en el año 2005, muy superior al resto de los países de América Latina, a pesar de lo cual las listas de espera siguen incrementándose.

El objetivo prioritario del Procurador es conseguir el mayor número de órganos viables, para lo que es necesario mejorar en todas las fases del proceso, fundamentalmente en la detección del Donante Potencial (DP), y posteriormente en el mantenimiento del paciente en situación de Muerte Encefálica, potencial donante de órganos.(1)

De esta manera se alcanzaría el objetivo de lograr el mayor número de órganos y tejidos disponibles para el receptor.

DEFINICIONES

Creemos necesario realizar las siguientes definiciones para la mejor comprensión del tema.

1. Muerte Encefálica

Es la confirmación del cese irreversible de las funciones del Tronco Encefálico, siendo clínico en la gran mayoría de los casos.(4)

2. Donante Potencial

Se considerará donante potencial a cualquier persona diagnosticada de muerte cerebral, **una vez se han descartado las contraindicaciones médicas**, que representan un riesgo potencial para los receptores.

3. Donante Real

Es cualquier donante potencial del cual **se ha extraído al menos un órgano sólido y/o tejidos, con el fin de ser trasplantado.**

4. Proceso de Donación / Trasplante

Es el procedimiento médico compuesto por una serie de pasos ordenados de una forma muy precisa, que **consigue transformar** los órganos y tejidos de un cadáver en órganos y tejidos susceptibles de ser trasplantados.

Comienza con la identificación de un donante en Muerte Encefálica y finaliza con el trasplante ó

almacenamiento de los diferentes órganos y tejidos extraídos.

5. Coordinador de Trasplante

Es el profesional sanitario responsable del proceso de donación de órganos en un área / hospital específico.(5)

RESEÑA HISTORICA Y MARCO DE REFERENCIA

El Hospital Central de las Fuerzas Armadas (H.C.FF.AA.) inició su oficialización el 12 de setiembre de 1905, inaugurándose oficialmente el 18 de julio de 1908, destinándose en un inicio a la atención del personal exclusivo de las Fuerzas.(6)

En octubre de 1919 la atención de los servicios hospitalarios se hizo extensiva para esposas, viudas, hijos y cuerpo técnico.

El historial del vínculo entre el H.C.FF.AA. y otras Instituciones Públicas, se remonta al 27 de julio de 1920, donde por Decreto del Poder Ejecutivo, se establece la instrumentación de los cursos libres completos de la Facultad de Medicina, creándose cuatro Cátedras con sede en la Institución (dos Clínicas Quirúrgicas, una de Patología Quirúrgica y una Clínica Médica).

El 15 de junio de 1921, el Poder Ejecutivo (P.E.) autoriza la realización de Cursos , Encuentros y Trabajos conjuntos en el H.C.FF.AA., con el fin de tratar asuntos científicos.(7)

Por resolución del Poder Ejecutivo N° 1397/975 del 21 de agosto de 1975, se designa al edificio del Hospital : Monumento Histórico Nacional.

Actualmente es un Hospital General de adultos y niños, cuya misión es proporcionar asistencia médica integral al personal de las Fuerzas Armadas y a sus familiares, tanto en tiempo de Guerra como de Paz, a fin de conservar y recuperar sus actitudes psicofísicas, mediante la hospitalización y atención en Primeros Auxilios.

Constituye además un Centro de Enseñanza e Investigación Científica y Técnica en las diversas áreas de su responsabilidad.

Se ha implementado la coordinación de la actividad docente y de investigación con la Universidad de la República a través de la Facultad de Medicina, Química, Odontología, Escuela de Tecnología Médica y Escuela de Nurse y Enfermería (Sanidad Militar), con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de atención a la salud.

Integra el Subsector Público de Salud, dependiendo de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas (D.N.S.FF.AA.).

Es un Centro de Referencia dentro del sistema del Servicio de Salud de la D.N.S.FF.AA. e integra el Nivel Superior de complejidad en la Organización Sanitaria Nacional, brindando servicios en todos los niveles de complejidad, desde la consulta del Primer Nivel hasta el Tercer Nivel de Atención.

El H.C.FF.AA. brinda asistencia integral a más de 180.000 usuarios ,siendo en la actualidad uno de los centros asistenciales más importantes del país, llegando a ser en algunas áreas Centro de Referencia Nacional.Para cubrir dicho requerimiento cuenta con casi 2.200 funcionarios en permanente actualización técnica y una planta edilicia modernizada.

Nuestro país posee la Ley de Injertos y Trasplantes (Ley N° 14.005) del 17 de agosto de 1971, modificada por la Ley 17.668 del 15 de julio del 2003, las cuales regulan todos los procedimientos relacionados a la Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.

Por Decreto del Poder Ejecutivo 86/977 del 8 de febrero de 1977 se crea el Banco Nacional de Órganos y Tejidos (BNOT) ,que se instaló en el Hospital de Clínicas (Dr.Manuel Quintela).

El 4 de abril del 2003, el BNOT solicita al H.C.FF.AA. se conforme el Comité de Trasplante Institucional, constituyéndose el 21 de mayo del 2003, fecha a partir de la cual, comienza su actividad, apuntando su función a la Protocolización de Procedimientos, Auditoría de Gestión y Coordinación de Docencia .

El 1° de diciembre del 2004 comienza la actuación del Coordinador Hospitalario de Trasplante, cuyas funciones son: Asistencia, Docencia, Gestión e Investigación.

En el año 2005 el BNOT cambia su denominación a Instituto Nacional de Donación de Células, Tejidos y Organos (INDT).

El perfil del Coordinador es el de un profesional médico intensivista, dado que es el profesional que tiene contacto con la muerte encefálica, y está mejor entrenado en el paciente crítico, con mucha motivación por el tema, iniciativa, creatividad y buen relacionamiento con la gente y sus pares. No importa su experiencia en el tema, dado que la formación la adquiere en el Servicio.(8)

El Coordinador Hospitalario de Trasplante, cumple un rol fundamental en el escalón inicial del Proceso Donación/Trasplante, ya que son muchas las acciones integradas que deben ser iniciadas al mismo tiempo :

- desarrollo de los registros de muerte cerebral.
- definición de los estándares de calidad locales en cuanto a tasas de donación.
- definición de las metas que se deben alcanzar.
- desarrollo de los programas de detección de donantes.
- desarrollo de protocolos específicos.

Es el trabajo de esta persona clave, lo que va a marcar la diferencia entre un programa de donación con éxito y uno que no lo tenga.

La persona responsable de la donación necesariamente debe ser miembro del staff del hospital y profesionalmente respetado. Debe trabajar en estrecha relación, pero con independencia del equipo de trasplante del hospital, y debe depender directamente del director médico de la Institución y/o de la Organización Nacional de Donación y Trasplante.(5)

Durante el primer año de gestión en el Hospital Central de las FF.AA, la actividad se encaró de la siguiente manera:

1. Visita diaria a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Polivalente y Cardiológico).
2. Actividades de Docencia.
3. Trabajos de Investigación Científicos.
4. Reuniones mensuales con el Comité de Trasplante del Hospital, con la participación del Coordinador General de Trasplante, Dr.Raúl Mizraji.
5. Participación activa en Eventos Científicos Nacionales e Internacionales.

De todos estos puntos, queremos destacar que, la visita diaria a la unidad consistió en el seguimiento de todos aquellos pacientes ingresados con Score Glasgow $< \text{ó} = 8$, fundamentalmente aquellos que presentaron Injuria Encefálica Aguda Estructural (confirmada por TAC). La razón de este seguimiento se basó en que, estos pacientes son los potenciales generadores de ME y por ende de Donantes Potenciales. Se los integra bajo el rótulo de Grupo de Riesgo de Muerte Encefálica (GRME) y comprenden : los ingresos por Accidente Cerebrovascular Isquémico, Hemorrágico, que incluyendo a la Hemorragia Subaracnoidea (HSA), el Traumatismo Craneoencefálico (TEC), incluyendo la herida por Arma de Fuego, la Injuria Encefálica Anoxo-Isquémica post-Parada Cardíaca, los Tumores Cerebrales y los Post-operatorios Neuroquirúrgicos.

Se realizó el seguimiento "on-line", ingresando sus datos a un Registro Global (pág.Web: <http://www.gpuntacana.org/proygc/index.php>).

La visita diaria a la UCI implicó también la tarea de Docencia para los Médicos integrantes del Equipo Asistencial, en los tópicos referentes al Diagnóstico de ME y Sostén del Donante.

Las actividades de Docencia consistieron en Jornadas y Talleres dirigidos a médicos intensivistas

y de áreas afines (Emergencia, Salas de Medicina y Cirugía, Block Quirúrgico), así como también al personal de enfermería.

Se realizaron en total 3 Eventos en el año.

OBJETIVO

Será el análisis de la actividad de la Coordinación Hospitalaria de Trasplante en el Hospital Central de las FF.AA., en el primer año de actuación, tratando de identificar los ingresos y egresos en la Unidad de Cuidados Intensivos, el porcentaje de las Patologías integrantes del GRME así como también las de aquellos pacientes que evolucionaron a la Muerte Encefálica.

MATERIAL Y METODOS

Se realizará el Análisis Retrospectivo de los últimos 5 años (2000-2004) y del primer año, en el Hospital Central de las FF.AA, que cuenta con 485 camas generales, con un promedio de 438 ingresos anuales en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en dicho período, y catorce camas para la asistencia.

La UCI está constituida por una Unidad de Cuidados Polivalente, que cuenta con 8 camas, y una Unidad de Cuidados Cardiológicos, con 6 camas. Todas ellas cuentan con respirador.

Se analizará: Número (N°) de fallecidos. N° de Muertes Encefálicas (ME) comunicadas. N° de Donantes Reales(DR). Relación ME/cama. Relación ME /fallecidos de la Unidad y ME por total de fallecidos del Hospital.

A partir del año 2005 se inicia el Programa de Coordinación Hospitalaria de Trasplante, con el seguimiento de pacientes con Score Glasgow (SCG) menor ó igual a 8 y se muestran los resultados al finalizar el primer año.

RESULTADOS

Muertes Encefálicas desde los años 2000 al 2005, desglosadas por cada año.

Se enumera en la Tabla 1 las siguientes Variables e Indicadores :

N° de fallecidos en el Hospital , N° de fallecidos en la U.C.I., N° de ME, N° de ME/Total de fallecidos, N° de ME/fallecidos UCI, N° de Donantes Reales, N° de Donantes Reales/Camas de UCI., N°de ME./Camas de UCI.

Estas Variables e Indicadores son los denominados "Clásicos ", vinculados a la Procuración /Donación.

El análisis de la Tabla 1 objetiva el aumento de las ME en el último año y de los Donantes Reales. Asimismo se observa la tendencia ascendente de la relación N° de ME/Total de Fallecidos en el Hospital, indicador de Capacidad Generadora de Donación de una Institución, sabiendo que los valores internacionales de referencia son de 1 a 4 %.

También destacamos la tendencia ascendente de las relaciones DR/Camas UCI y ME/Camas UCI.

En la Tabla 2 se observa el significativo ascenso del porcentaje de ME/Fallecidos del Sector Polivalente de la UCI (mayor generador de ME), llegando a cifras de 11,2%, también enmarcadas dentro del estándar aceptado internacionalmente.

En la Tabla 3 se objetiva el conjunto de Patologías integrantes del GRME y un nuevo indicador de Capacidad Generadora de Donación: ME/GRME- ME.

En lo que respecta a las Patologías que evolucionaron a la ME, en la Unidad, se desglosaron de la siguiente manera :

- 10 Accidentes Cerebro Vasculares, de los cuales 9 fueron de naturaleza Hemorrágica (incluyendo 6 HSA y 3 Hematomas Intraparenquimatosos) y uno de naturaleza Isquémica.

- 1 Injuria Encefálica Anoxo-Isquémica post-Parada Cardíaca.
- 1TEC por Herida por Arma de Fuego.

DISCUSION

Conocer los éxitos hospitalarios y el porcentaje de los mismos que se producen en situación de muerte cerebral, es una tarea fundamental que debe realizar la coordinación de trasplante, para tener un diagnóstico de situación en cuanto al potencial generador de donantes que puede tener, y a su vez ser luego un control de calidad de su actividad en la procuración.

Conocer cuantos pacientes fallecen en situación de muerte cerebral, es conocer cuantos donantes potenciales genera un hospital. Promedialmente en estudios retrospectivos realizados en diferentes hospitales, la cifra teórica de la capacidad generadora de donantes de un país, es de 40 a 60 muertes encefálicas por millón de población (pmp). Se estima que fallecen en situación de muerte cerebral el 1 a 4 % de todos los pacientes de un hospital y un 10 % en las unidades de cuidados intensivos (se considera la cama de cuidado intensivo polivalente). Partiendo de estas cifras, solamente llegan a ser donantes efectivos de órganos un 15 a 67 %.

El resto se pierden por negativas a la donación, negativa judicial ó parada cardíaca durante el mantenimiento.(8)

El Coordinador Hospitalario de Trasplante, a través del seguimiento de los pacientes con SCG menor ó igual a 8, logra un conocimiento de las Patologías que llevaron a la ME, hecho éste muy importante, dado que orientará al perfil de la Unidad, permitiendo aventurar Hipótesis para realizar Prevención Primaria en los Usuarios de la Institución.

Durante el primer año de la Coordinación Hospitalaria de Trasplante en el Hospital Central de las FF.AA., se objetivó un ascenso real de los Indicadores Clásicos de Capacidad Generadora de Donantes, en comparación con los años anteriores. Se destaca

una relación ME/Total de Fallecidos del Hospital de 2,4%, y un ascenso significativo del Indicador ME/Fallecidos de Polivalente a 11,2% con respecto a los registrados los años anteriores (el mayor porcentaje previo a la Coordinación Intrahospitalaria fue de 8,7% en el año 2003).

CONCLUSIONES

La figura del Coordinador Intrahospitalario de Trasplante, señala un impacto en la captación precoz, de aquellos pacientes que pueden evolucionar a la Muerte Encefálica, así como también en la optimización de las medidas de sostén del Donante en ME. De esta manera, se incrementa considerablemente la posibilidad de transformar un Donante Potencial en Real.

La presencia de este profesional en su área de trabajo servirá de referencia para sus colegas y para el personal colaborador, no sólo en el plano asistencial sino en cuanto a gestión, docencia e investigación.

El Comité de Trasplante podrá asimismo iniciar, a través de sus vinculaciones con los Servicios afines institucionales (Emergencia, Block Quirúrgico) y con la Dirección del Hospital , todas las Actividades inherentes a la creación de un Programa de Trasplante de Organos y Tejidos propio de la Institución, regularizado de acuerdo al INDT.



Figura 1 Imagen que muestra la fachada del Hospital Central de las FF.AA. a inicios del siglo XX.



Figura 2 Hospital de Clínicas. En el 4º piso (ala Este) funciona el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Organos (INDT).



Figura 3 Fachada actual del H.C.FF.AA. (puerta de entrada por Avda. 8 de Octubre).



Figura 4 Torre 6 del Hospital Central de las FF.AA. (acceso de entrada por Avenida Centenario).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
M.Encefálicas.	7	7	6	11	10	12
NºFallec.Hosp.	457	437	441	477	488	492
Nº Fallec.U.C.I	149	158	147	151	163	160
M.E./Tot.Fallec.	1,5	1,6	1,3	2,3	2	2,4
ME/Fallec.U.C.I	0,047	0,044	0,041	0,073	0,061	0,075
Donantes.Reales	2	3	2	3	4	6
D.R./Camas.U.C.I	0,14	0,21	0,14	0,21	0,28	0,43
M.E./Camas U.C.I	0,5	0,5	0,43	0,8	0,71	0,86

Tabla 1

Variables e Indicadores de la Unidad de Cuidados Intensivos considerados en el período referido 2000-2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
M.Encefálicas.	7	7	6	11	10	12
NºFallec.Hosp.	457	437	441	477	488	492
M.E./Fallec.Poliv.	5,9 %	5,5 %	4,8 %	8,7 %	8 %	11,2
M.E/Cama Poliv.	0,875	0,875	0,75	1,375	1,25	1,5

Tabla 2

Variables e Indicadores de la Unidad de Cuidados Intensivos (sector Polivalente) considerados en el período referido 2000-2005.

EVALUACION A TRAVES DE INDICE ME / GDr-ME						
CTI HOSPITAL MILITAR . Año 2005.						
Fallecidos por	AVE	TEC	EPAI	TUMORES SNC	OTROS	TOTAL
ENERO	4	0	0	0	0	4
FEBRERO	4	0	1	0	2	7
MARZO	1	2	3	1	3	10
ABRIL	3	0	3	0	6	12
MAYO	3	0	3	0	1	7
JUNIO	3	2	4	0	1	10
JULIO	1	0	1	0	2	4
AGOSTO	4	0	3	0	9	16
SEPTIEMBRE	1	2	0	0	1	4
OCTUBRE	2	0	5	0	1	8
NOVIEMBRE	1	1	5	0	4	11
DICIEMBRE	5	1	1	0	4	11
TOTAL	32	8	29	1	34	104
ME	10	1	1	0	0	12
ME/GDr-ME	0,5	0,14	0,04	0	0	0,21

Tabla 3

Discriminación de pacientes fallecidos de acuerdo a la Patología de ingreso a CTI y Evaluación de acuerdo al Índice ME/ GDr- ME.

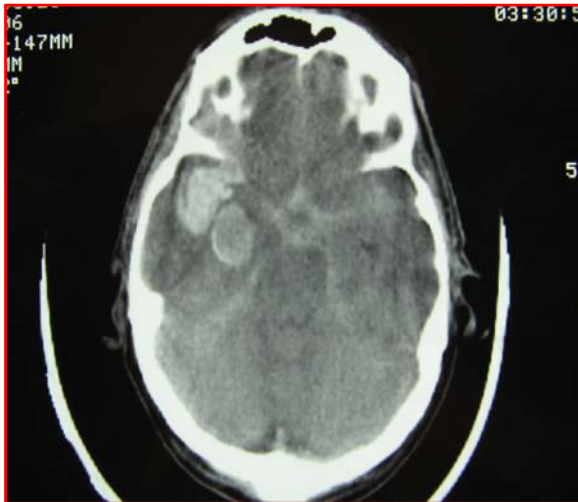


Figura 5
Tomografía Axial Computarizada (TAC) de Cráneo que objetiva HSA con hemocisterna y hematoma satélite de paciente fallecido en situación de ME.

*Gentileza del Archivo del CCE
Hospital Central de las FF.AA.*

Figura 6
TAC de Cráneo mostrando HSA Grado 4 de la Clasificación de Fischer. Paciente fallecido en situación de ME.

*Gentileza del Archivo del CCE.
Hospital Central de las FF.AA..*



Figura 7
Voluminoso hematoma intraparenquimatoso causal del fallecimiento del paciente en situación de ME.

*Gentileza del Archivo del CCE.
Hospital Central de las FF.AA.*

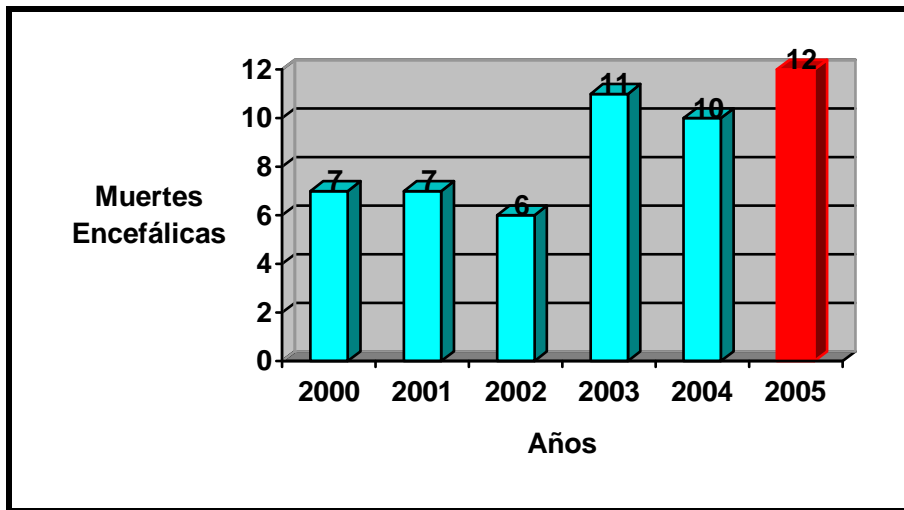


Figura 8

Gráfico que objetiva el incremento de las Muertes Encefálicas diagnosticadas en el C.C.E., con su pico máximo en el año 2005, con el inicio de la Coordinación Hospitalaria de Trasplante.

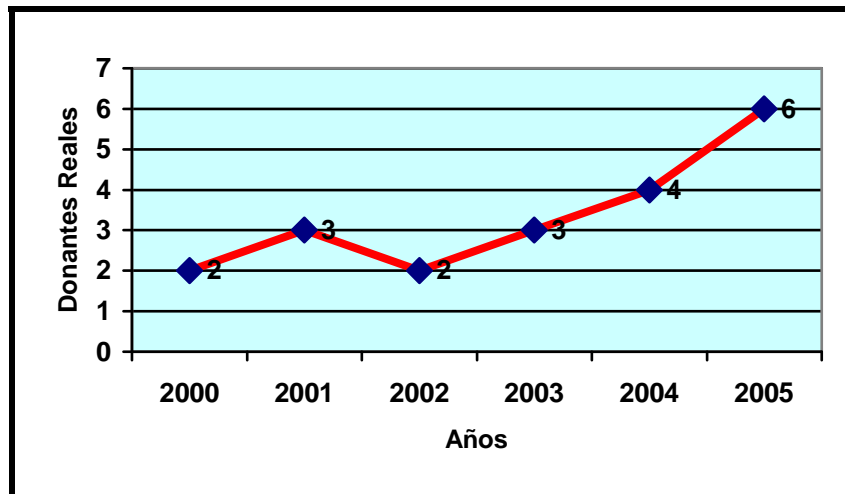


Figura 9

Gráfico que objetiva la evolución del numero de Donantes Reales de la Unidad en el periodo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Seller Perez G., Herrera Gutierrez M.E., Lebrón Gallardo M., Fernandez Ortega J.F., Arias Verdú D., Mora Ordóñez J. Donantes de órganos en una Unidad de Cuidados Intensivos.En : Medicina Intensiva 2004;28(6): 308-15.
- (2) Transplant 1194 (Vól.7).Oficial report on Transplant Activities of Council of Europe.Lyon, Francia : Ed.F.M.Mèrieux, 1996.
- (3) 1194 Annual Report of the US Scientific Registry of Transplants Recipients, the Organ Procurement and Transplantation Network.
- (4) Correa H., Puppo C., Biestro A., Mizraji R., Cancela M. Diagnóstico de Muerte Encefálica en adultos.VIII Congreso de Medicina Intensiva Montevideo, Octubre 2001.En: Banco Nacional de Organos y Tejidos.Muerte Encefálica.2002: 2-15.
- (5) Documento del Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes.Solución a la escasez de donantes.Escasez de Donantes.Posibles Soluciones.2006.
- (6) Soiza Larrosa A. La Sanidad Militar y el Hospital Militar Central 1918-1935 (1ª parte).En : Salud Militar.1999; Vól.21(1): 1-16.
- (7) Soiza Larrosa A. La Sanidad Militar y el Hospital Militar Central 1918-1935 (2ª parte).En : Salud Militar.2000; Vól.22(1): 66-78.
- (8) Mizraji R. Manejo del potencial donante.En: Juambeltz C., Machado F., Trostchansky J.L. Trauma.La enfermedad del nuevo milenio.Montevideo: ARENA, 2005: 827-834.
- (9) Mizraji R., Pérez S., Alvarez I.Epidemiología de la muerte encefálica de la capacidad generadora de donantes.Control de calidad.Revista Española de Trasplante.2002.Vól.12(4) : 257-262.

AGRADECIMIENTOS

- A la Dirección General y Técnica del Hospital Central de las FF.AA., por su constante apoyo y facilitación para nuestra tarea.
- Al Staff Médico y Personal de Enfermería del Centro de Cuidados Especiales (CCE) del Hospital Central de las FF.AA., por su invaluable colaboración.
- Al Dr.Augusto Soiza Larrosa, por su desinteresada colaboración, y el aporte de su investigación sobre la historia de Sanidad Militar.





ACTUALIZACIONES



NUEVAS ESTRATEGIAS EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DEL FUMADOR

Eq. Tte. 1° (M) Laura Roballo

Jefa del Programa de Cesación de Tabaquismo del Hospital Central de las FF.AA.

INTRODUCCION

A nadie escapa, en el ámbito de los profesionales de la salud, que el tabaquismo es un reconocido factor de riesgo para la salud. A lo largo de más de 5 décadas de investigación científica tal cual hoy la conocemos, se han acumulado cientos de artículos publicados que han añadido información, no solo respecto al daño ocasionado en prácticamente todos los órganos y tejidos del fumador, sino también en relación al daño ocasionado a quienes se exponen involuntariamente al humo del tabaco, los fumadores pasivos.

Es imperativo a la hora de definir estrategias para el control del tabaquismo, tener muy presente la verdadera magnitud del tabaquismo como factor de riesgo para la salud, siendo responsable de una lista de casi 50 tipos de enfermedades, entre las cuales se cuentan tres de las cuatro primeras causas de muerte de nuestro país: enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. El riesgo acumulado de muerte anticipada para un fumador es del 50% (o sea que, uno de cada dos fumadores morirá por causa de su tabaquismo). La mitad de estas muertes ocurrirá en la etapa media de la vida, con una pérdida de 20 a 25 años de vida.

El riesgo acumulado de muerte anticipada para un fumador es del 50%. La mitad de estas muertes ocurrirá en la etapa media de la vida, con una pérdida de 20 a 25 años de vida.

Dejar de fumar constituye la acción más importante en materia de salud, que un fumador puede tomar a lo largo de toda su vida.

Esta evidencia a llevado a que el tabaquismo sea considerado por la OMS como la primera causa de muerte evitable, superando largamente las muertes causados por accidentes de tránsito, suicidios, homicidios, SIDA e incendios, tomados en su conjunto. Se estiman 5.000 muertes por tabaquismo por año en nuestro país. Se considera por lo tanto, que dejar de fumar constituye la acción más importante en materia de salud, que un fumador puede tomar a lo largo de toda su vida.

Sin embargo, a pesar de la sólida evidencia en relación al daño causado por el tabaquismo y el conocimiento médico de las enfermedades tabaco dependientes, las estrategias terapéuticas específicas para facilitar el abandono del tabaquismo que han demostrado eficacia, son poco conocidas por los profesionales de la salud, con un muy bajo porcentaje de aplicación en los usuarios de las instituciones de salud.

Esto en parte puede explicarse por cuanto el concepto de tabaquismo como enfermedad en sí misma es relativamente reciente y muchos profesionales reconocen no haber recibido formación específica sobre tabaquismo. Hace ya más de 10 años que tanto la OMS como la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos han definido al

tabaquismo como una dependencia o adicción al consumo de sustancias psicoativas. Esta condición, la adicción o dependencia a la nicotina, está presente en más del 90% de los fumadores, constituyendo por lo tanto una enfermedad adquirida, crónica, socialmente inducida y de difícil resolución. Aun hoy, a pesar del conocimiento acumulado sobre las características adictivas del consumo de tabaco, algunos profesionales y el público en general, consideran que dejar de fumar es únicamente un problema de voluntad y que valerse de la razón es un elemento suficiente para suspender el consumo, desconociendo las enormes dificultades físicas y psicológicas que debe afrontar el fumador en su proceso de abandono del tabaquismo.

Las chances de lograr la abstinencia cambian sustancialmente en función del recurso terapéutico aplicado: la abstinencia al año es de sólo 1 a 3% en los fumadores que intentan el abandono sin ayuda, se duplica cuando se realiza una intervención mínima efectiva, se duplica nuevamente con el uso de medicación específica y puede alcanzar hasta un 60% cuando se aplican estrategias integrales (medicación, técnicas cognitivo-conductuales y tratamiento en formato grupal).

Diversos estudios han señalado que un porcentaje cercano al 70% de los fumadores actuales, desea dejar de fumar. Además, se estima que el 70% de los fumadores, realizará por lo menos una consulta médica en el correr de un año. Por lo tanto, a la luz del conocimiento actual sobre esta patología, estamos en excelente oportunidad de comenzar a cambiar el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente fumador.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica con tendencia a la recaída, para la cual hoy existen tratamientos específicos que posibilitan alcanzar la abstinencia e incluso mantenerla a largo plazo

La mayoría de los fumadores desea dejar de fumar. Las posibilidades de lograr abstinencia al año mejoran sustancialmente mediante la aplicación de estrategias terapéuticas específicas, de un 3 a 6% hasta un 60%.

RECOMENDACIONES

PARA EL ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO DEL PACIENTE FUMADOR

1) ABORDAJE DIAGNOSTICO

La primera definición consiste en establecer el "Estado de Fumador":

- a) **Fumador:** se consideran dos situaciones
 - i. Fumador diario: fuma por lo menos 1 cigarrillo por día
 - ii. Fumador ocasional: no fuma diariamente

- b) **Ex fumador:** cuando no ha consumido ningún cigarrillo en los últimos 6 meses.

- c) **No fumador:** el que nunca fumó o fumó menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

Otra definición importante, porque tiene implicancias para el abordaje terapéutico, es la ETAPA DE CAMBIO en que se encuentra el fumador. Prochazka y DiClemente establecieron en 1983 distintas fases por las que atraviesan los fumadores desde que se inician en el consumo hasta que logran abandonarlo. Estos investigadores definieron 5 fases:

1. **Precontemplación:** en esta etapa el fumador percibe más beneficios que perjuicios en el acto de fumar; no está considerando el abandono y no está receptivo para intentar una cesación. En esta etapa la estrategia debe ser en todos los casos evitar la confrontación y buscar la empatía para introducir ambivalencia. Se buscará trabajar sobre los perjuicios que le ocasiona su conducta de fumar. Esto debe realizarse en forma personalizada, buscando algún elemento que el fumador pueda considerar como una desventaja, no necesariamente en el área de la salud (cuánta plata gasta en cigarrillos, no poder fumar casi en ningún lado, el olor en la casa y la ropa, el daño a su familia, etc)
2. **Contemplación:** en esta etapa el fumador comienza a considerar el abandono y se proyecta dejando de fumar en los próximos 6 meses. Es receptivo a las intervenciones de apoyo para comenzar a ensayar conductas de cambio. Manifiesta ambivalencia. En esta etapa es fundamental reforzar los beneficios que obtendrá al dejar de fumar y brindar información sobre alternativas terapéuticas.
3. **Preparación:** en esta fase el fumador ya está ensayando y preparándose para dejar de fumar (fuma menos cantidad, cambia la marca a un cigarrillo light, hace intentos de abstinencia) y está considerando dejar de fumar en el próximo mes. Está pronto para recibir apoyo y guía en el proceso de abandono. En esta etapa debe brindársele tratamiento de apoyo para la cesación.
4. **Acción:** es cuando el fumador se decide a iniciar la abstinencia. La probabilidad de éxito en esta etapa depende directamente de las intervenciones de apoyo que se realicen. Debe continuarse con las estrategias iniciadas durante la preparación, durante el tiempo necesario para consolidar la abstinencia.
5. **Mantenimiento:** en esta etapa el fumador mantiene la abstinencia, que debe ser total (ningún cigarrillo) en los últimos 6 meses para pasar a la categoría de ex fumador. En esta etapa son muy frecuentes las recaídas, pudiendo reciclarse nuevamente a la abstinencia o volver atrás a cualquiera de las etapas para reiniciar el ciclo. En esta etapa es fundamental hacer un seguimiento y reforzar en cada oportunidad el logro alcanzado.

En general se necesitan varios intentos (5 a 7 promedio) antes de que se alcance la abstinencia, dependiendo de las estrategias de intervención aplicadas. Este aspecto es importante tenerlo presente para evitar frustraciones tanto del profesional que está realizando la intervención, como del fumador que falla en un intento de cesación o que recae luego de haber alcanzado la abstinencia.

Finalmente, en los diagnósticos a realizar en todo fumador, debe evaluarse el GRADO DE DEPENDENCIA. Para ello se utilizan diversos métodos, siendo el más frecuente la aplicación del Test de Fagerström, en el cual se realizan 6 preguntas con distintas opciones de respuesta, asignándole un puntaje a cada una y un puntaje final. De una manera práctica, puede aplicarse un test abreviado realizando tres preguntas sencillas al fumador:

- 1) ¿cuántos cigarrillos fuma por día?
- 2) ¿cuánto tiempo demora en fumar el 1er cigarrillo después que se despierta?
- 3) ¿qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar?

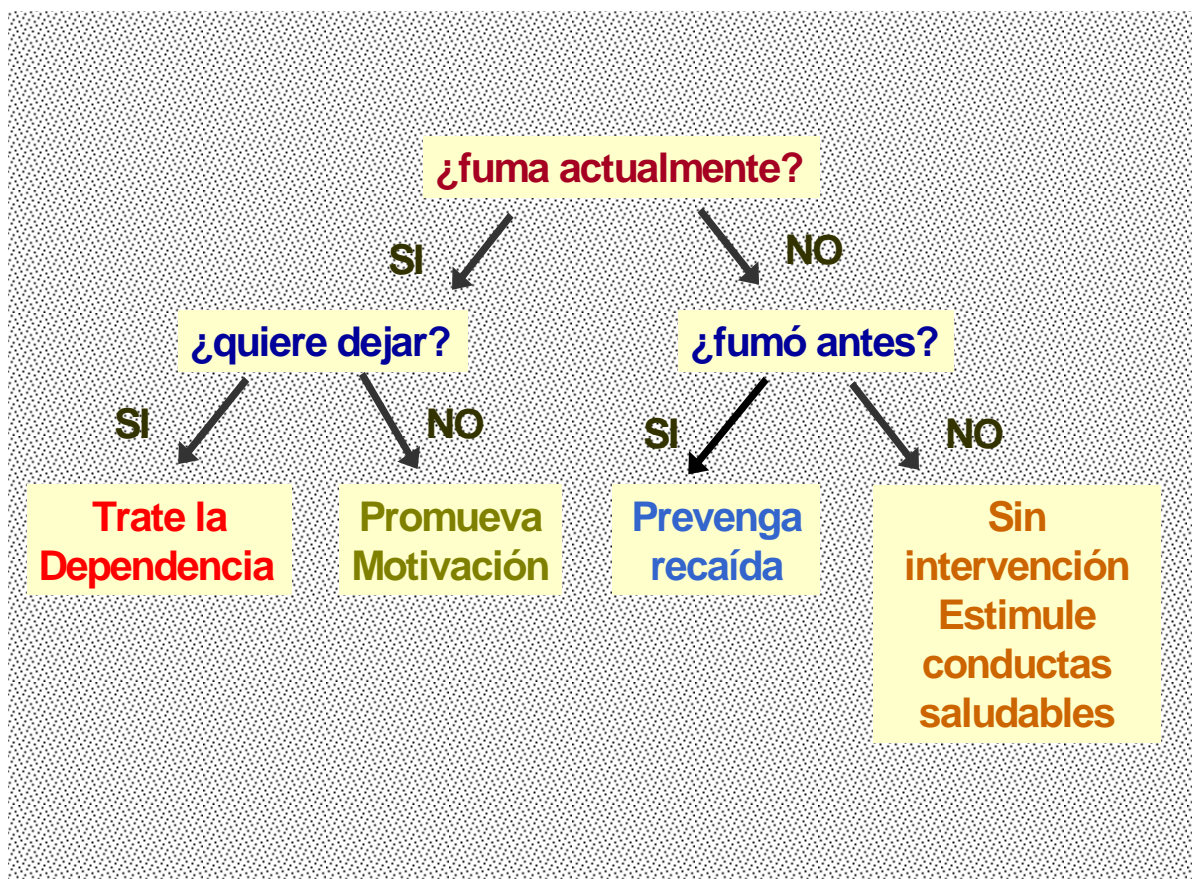
Si contesta que fuma más de 20 cigarrillos por día, el primero lo fuma antes de 5 minutos y el que más le costaría dejar es el 1º de la mañana, estamos frente a una dependencia severa a la nicotina.

De todos los criterios empleados para evaluar el grado de dependencia, el indicador más sensible no es el número de cigarrillos que fuma sino cuánto tiempo tarda en fumar el primer cigarrillo del día. Cuanto menor el intervalo, mayor la dependencia.

2) ABORDAJE TERAPÉUTICO

El objetivo terapéutico final debe ser siempre la cesación completa del consumo de tabaco, ya que no existe ningún nivel seguro de consumo.

Se plantea el siguiente algoritmo para el abordaje sistemático en atención primaria:



PRINCIPIOS DE LA TERAPEUTICA

- 1) El tabaquismo es una enfermedad crónica que frecuentemente requiere intervenciones reiteradas
- 2) Los tratamientos actuales pueden producir abstinencia prolongada o aún permanente
- 3) Todo paciente fumador debe recibir información sobre el daño ocasionado por el tabaco y consejo para dejar de fumar (nivel de evidencia A) y esto debe realizarse sistemáticamente en cada consulta y de modo personalizado
- 4) A todo paciente se le debe ofrecer por lo menos uno de los tratamientos que han demostrado efectividad (nivel de evidencia A)
- 5) Hay una estrecha relación entre la intensidad del consejo y su efectividad (nivel de evidencia A)
- 6) El consejo y las terapias comportamentales se comprobó que son especialmente efectivas y deberían usarse con todos los pacientes que intentan la cesación (nivel de evidencia A)
- 7) Actualmente existen numerosas farmacoterapias eficientes; excepto en presencia de contraindicaciones deberían emplearse con todos los pacientes que intentan el abandono del tabaquismo (nivel de evidencia A)
- 8) Los tratamientos de la dependencia al tabaco son costo efectivos (nivel de evidencia A)

RECURSOS TERAPEUTICOS

Se dispone de dos tipos de recursos terapéuticos:

- I. Tratamientos cognitivo-conductuales
- II. Fármacos

Estos recursos a su vez pueden aplicarse en 3 niveles de intervención

- a) intervención mínima
- b) intervención integral
- c) intervención intrahospitalaria

Intervención mínima

Los pilares de esta estrategia son los denominados “ases de la intervención”:

AVERIGÜE – ANIME – AYUDE. El tiempo necesario para aplicar la misma suele ser de 3 minutos.

El consejo médico de 1 a 3 minutos debe aplicarse de modo sistemático en cada consulta (nivel de evidencia A)

Averigüe: todo paciente que acude a la consulta debe ser interrogado sistemáticamente sobre su tabaquismo consignando en la historia su estado de fumador, etapa de cambio y nivel de dependencia.

Anime: a todo fumador se lo debe alentar para el abandono del tabaquismo. Este consejo debe realizarse con firmeza y simpatía, buscando la empatía con el paciente y personalizando el mensaje de acuerdo a la patología de base o síntomas que presente vinculados a su tabaquismo. El consejo de “dejar de fumar” es el elemento fundamental de la intervención y debe incluir información haciendo hincapié en los elementos a favor de dejar más importantes para el paciente (mejoría en la calidad de vida, mayor autoestima, mejor relación con su familia, menos enfermedades, etc) Una frase que podría ser de utilidad sería “Como su médico, me preocupa su salud y le recomiendo que se proponga dejar de fumar tan pronto le sea posible”

Ayude: si el paciente quiere dejar, debe recibir apoyo con los tratamientos que han demostrado eficacia. Para ello se lo puede citar para una intervención integral donde reciba el asesoramiento adecuado o derivarlo a los centros especializados en estos tratamientos.

Intervención integral

Implica más tiempo y mayor compromiso del profesional. Se deben dedicar consultas específicas de al menos 15 a 20 minutos para aplicar los recursos terapéuticos disponibles, ya sea tratamiento cognitivo-conductual y / o fármacos.

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

Consiste en acciones específicas en las que se instruye al fumador para que paulatinamente adquiera habilidades en el cambio de su conducta. Estas acciones son de gran ayuda sobre todo para el manejo de los automatismos y condicionamientos característicos de esta adicción.

Los folletos de autoayuda pueden ser de utilidad para guiar al paciente en los cambios conductuales.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico triplica el % de abstinencia al año comparado con el abandono espontáneo. Existen dos tipos de tratamientos farmacológicos que han demostrado eficacia con niveles de evidencia de tipo A:

- 1) Tratamientos de sustitución nicotínica
- 2) Bupropión

Recientemente se ha incorporado un nuevo fármaco que ha demostrado una eficacia ligeramente superior al bupropión, que es el varenicline.

TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN NICOTÍNICA (TSN)

En nuestro país disponemos de dos modalidades de TSN:

- a) Chicles de nicotina
- b) Parches de nicotina

Chicles de nicotina

Están compuestos por resinas de intercambio iónico que contienen 2 mg de nicotina (hay de 4 mg no disponibles aún en nuestro medio) que se libera al masticar el chicle. La posología puede ser a demanda (cada vez que el fumador tiene deseos de fumar) o consumo programado, siempre buscando sustituir cigarrillos. El máximo por día no debe superar las 20 piezas.

Es importante instruir al paciente sobre el uso correcto de los chicles, remarcando la importancia del

mascado intermitente para permitir la absorción de la nicotina a través de la mucosa de la boca. Si se realiza un masticado continuo la nicotina es deglutida dando lugar a irritación de garganta y síntomas gastrointestinales. No deben ingerirse alimentos ni bebidas 15 minutos antes y mientras se usan.

Se recomienda comenzar su uso cuando el paciente se está preparando para dejar de fumar (etapa de preparación) y mantenerlos durante la abstinencia, con un plazo de hasta 6 meses.

Los efectos adversos más frecuentes son irritación de garganta, náuseas, dolor mandibular y palpitaciones.

Parches de nicotina

Los parches de nicotina se presentan en tres tamaños y concentraciones diferentes: 30, 20 y 10 cm² conteniendo 21, 14 y 7 mg de nicotina respectivamente, para aplicación durante 24 horas (hay de 16 horas para retirar en la noche, no disponibles en nuestro medio). Se aplican sobre piel libre de vello corporal, limpia y seca en la mañana para retirarlos al día siguiente, rotando la aplicación de los mismos. Deben usarse cuando el paciente inicia la abstinencia y el tamaño del parche a emplear dependerá del grado de dependencia al iniciar el tratamiento:

- a) más de 20 cigarrillos/día, comenzar con 21 mg durante 4 semanas
- b) Menos de 20 cigarrillos/día, comenzar con 14 mg durante 4 semanas
- c) Se continúa bajando el tamaño del parche cada 4 semanas

Se ha visto que el tratamiento de ocho semanas con parches es tan eficaz como en períodos más prolongados. La duración del tratamiento promedio es de 2 a 3 meses pudiendo prolongarse.

Los efectos adversos más comunes son locales a nivel de la zona de aplicación (dermatitis).

Contraindicaciones generales de uso:

Hipersensibilidad, embarazo, lactancia, niños, patología cardiovascular severa no controlada.

Contraindicaciones particulares:

- Chicles: trastornos de la articulación de la mandíbula, lesiones orofaríngeas, prótesis dentarias.
- Parches: afecciones dermatológicas

Bupropión

Es un psicofármaco que se caracteriza por la inhibición selectiva de la recaptación neuronal de dopamina y noradrenalina, generando un aumento en las concentraciones de estos dos neurotransmisores. Aunque no está muy claro el mecanismo de acción, se supone que imita el efecto de la nicotina disminuyendo el deseo de fumar y atenuando los síntomas de abstinencia.

Se inicia el tratamiento con 1 comprimido por día hasta el 6º día, con el paciente fumando. A partir del 7º día se comienza con dos comprimidos por día, administrados en dos tomas separadas con un intervalo no menor a 8 horas interdosas.

El mantenimiento continúa con 2 comprimidos por día, debiendo buscarse una fecha para iniciar la cesación de tabaco hacia la segunda semana de tratamiento. En el contexto de tratamientos en grupos bajo supervisión de especialistas en tabaquismo, la administración puede prolongarse al iniciar el tratamiento en la etapa de contemplación. El tratamiento se mantiene promedialmente entre 7 y 9 semanas luego de alcanzar la abstinencia, pudiendo prolongarse hasta los 6 meses e incluso 1 año. Esto ha demostrado que previene y retrasa las recaídas además de controlar la ganancia de peso que ocurre frecuentemente al dejar de fumar.

Los efectos adversos más frecuentes son sequedad bucal e insomnio. Se han reportado convulsiones con una frecuencia de 0,01% en pacientes con factores de riesgo predisponentes a las mismas o cuando se administran dosis mayores a las recomendadas.

Las contraindicaciones de uso son: antecedentes de epilepsia o convulsiones, hipersensibilidad, TEC

severo o tumores del SNC, deshabituación de alcohol o abandono de benzodiazepinas, anorexia-bulimia, cirrosis hepática, administración concomitante de IMAOs y embarazo o lactancia.

Vareniclina

En los estudios clínicos disponibles hasta la fecha la vareniclina ha demostrado eficacia ligeramente superior a la sustitución nicotínica o el bupropión para lograr abstinencia al año. No existen estudios comparativos del uso de vareniclina aislada versus bupropión combinado a sustitución nicotínica ni estudios de eficacia del uso de vareniclina combinada con bupropión.

Vareniclina es un agonista y antagonista competitivo de los receptores nicotínicos a nivel del sistema nervioso central. De esta manera determina una atenuación en los síntomas de abstinencia y un cambio en la percepción del placer al fumar, por lo que se pierde el reforzamiento positivo de la conducta de fumar, facilitando la transición hacia la abstinencia.

La dosis recomendada es de 0,5 mg por día durante los 3 primeros días, aumentando a 0,5 mg dos veces por día a partir del 4º día y hasta el 7º. La dosis de mantenimiento a partir del 8º día es de 1 mg dos veces por día. Los estudios clínicos han demostrado eficacia para alcanzar y mantener la abstinencia en regímenes de administración hasta 12 semanas o hasta 24 semanas. Los efectos adversos reportados más frecuentes fueron náuseas, cefaleas, insomnio y pesadillas, aunque rara vez requirieron la interrupción del tratamiento. En pacientes que no toleran la dosis habitual de mantenimiento o portadores de insuficiencia renal, se recomienda una dosis de mantenimiento de 0,5 mg dos veces por día.

Vareniclina no posee interacciones medicamentosas relevantes ni contraindicaciones de uso salvo embarazo y lactancia. Dado su mecanismo de acción agonista de los receptores nicotínicos, no debe emplearse en combinación con sustitutos nicotínicos.

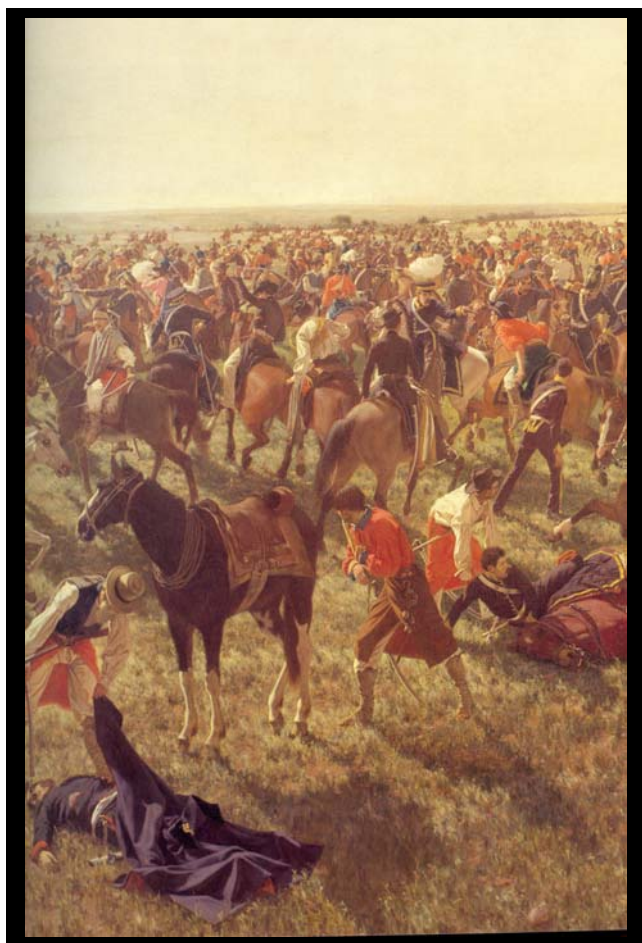
CONCLUSIONES GENERALES

- 1) El tabaquismo es una enfermedad en sí misma, de carácter adictivo en la mayoría de los fumadores, con tendencia a la recaída y bajas tasas de abstinencia librada a su evolución natural.
- 2) El tabaquismo conlleva un muy alto riesgo de morbimortalidad por lo que dejar de fumar se considera la acción más importante en materia de salud que un fumador puede adoptar a lo largo de toda su vida.
- 3) Existen tratamientos efectivos y costo efectivos que poseen altas tasas de abstinencia cuando se aplican por personal capacitado, por lo que deberían ofrecerse siempre estas alternativas terapéuticas al fumador.

REFERENCIAS

- 1) "Treating tobacco use and dependence. A Clinical Practice Guideline". U.S. Department of Health and Human Services 2000. CDC
- 2) "Evidence based recomendations on the treatment of tobacco dependence. European Partnership to reduce tobacco dependence. WHO/OMS 2001.
- 3) La Epidemia de Tabaquismo. Los Gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud, 2000, Pub. Cient. N° 577.
- 4) Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de políticas para dejar de fumar y tratamiento de la dependencia al consumo de tabaco. 2003.
- 5) Tonstad et al. for the Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA. 2006: 296:64-71.





Juan Manuel Blanes - 1881

HISTORIA DE LA MEDICINA



BATALLA DE SARANDÍ (12 de octubre de 1825)

Cómo fueron asistidos los heridos de la batalla de Sarandí

Eq.Mayor (Med) AUGUSTO SOIZA LARROSA

*Jefe del Dpto. Médico Legal del Hospital Militar
Académico del Instituto Histórico y Geográfico del Uruguay
Correspondiente de la Real Academia de la Historia de Madrid
Miembro de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina*

La batalla de Sarandí, impresionante combate de caballería, tuvo lugar el 12 de octubre de 1825, enfrentándose el ejército oriental al mando del general Juan A. Lavalleja (2000 hombres) y el imperial brasileiro comandado por el coronel graduado Bentos Manuel Ribeiro. Ese día, aciago para el Imperio y de gloria para los orientales, cumplía años el emperador del Brasil, don Pedro I.

La sanidad oriental y el hospital patriótico

No hubo un Cuerpo de Sanidad “móvil” agregado al ejército oriental en operaciones, mal endémico de las guerras de independencia y civiles uruguayas durante todo el siglo XIX. Ningún ejército en ninguna época pudo prescindir de los “cirujanos” (denominación vaga y amplia, para denominar a los encargados del arte de “curar”).

Estos acompañaban las tropas y se ubicaban generalmente a retaguardia, provistos de equipo pesado, acondicionado con el Parque de guerra.

Era después del combate que comenzaban a llegar los heridos supervivientes para su asistencia, conducidos por sus compañeros o desplazándose por sí; los que quedaban en el campo de batalla podían quedar allí hasta ser encontrados (a veces días después, como sucedió en Sarandí) o morir. La sanidad oriental se mantuvo acantonada en el **Hospital Patriótico de la Villa del Durazno**.

Efectuado el desembarco de los 33 Orientales en costa uruguaya (25 de abril de 1825), lentamente se fue organizando desde la nada, un precario sistema sanitario de apoyo al ejército. El gobierno de Buenos Aires no intervino en su auxilio hasta que la invasión mostró síntomas de éxito y consolidación, al establecerse una autoridad gubernativa provisoria en la Provincia Oriental.

En junio, se estableció el *Gobierno Provisorio de la Provincia Oriental*, primero en San José y luego en Florida, con lo que el movimiento revolucionario adquirió carácter formal. Se regularizaron las relaciones con Buenos Aires, y la representación oriental ante esa ciudad (Pedro Trápani) impulsó la ayuda material al ejército en operaciones. Numerosas embarcaciones cruzaron desde entonces el río Uruguay trayendo pertrechos y dinero para la paga de los soldados. El 17 de junio, el teniente coronel Manuel Oribe, a cargo del sitio de Montevideo remitió el siguiente oficio a Lavalleja:

“ . . . El conductor es **D. Antonio San Martín** quien se ofrece para asistir a los heridos del Ejército y lo remito para que V.E. lo destine en caso que haga falta. Dios guarde a V.E. ms.as. Junio 17 de 1825. Manuel Oribe”.
(CORRESPONDENCIA MILITAR DEL AÑO 1825, tomo I, doc. 130).

¿Quién era el que se ofrecía?. Dice el historiador Rafael Schiaffino “No hace referencia el jefe patriota de los títulos, ni de la capacidad del recomendado, ni siquiera le adjudica el genérico de cirujano en toda su vaguedad. No tenemos, por otra parte, antecedentes a su respecto, pero podemos presumir (ver mas adelante por esta presunción) que hubiera actuado antes en el Hospital de Canelones . . . no está demás señalar que en los casos de asedio a Montevideo siempre fue Canelones el punto obligado para toda clase de recursos, tanto los hospitalarios como los políticos como lo atestiguaron los primeros asedios patriotas, el de Lecor en el año 22, y éste del que ahora nos ocupamos” (HISTORIA DE LA MEDICINA EN EL URUGUAY, tomo 3º: 609).

Destinado al **Hospital del Cuartel General en Florida**, como cirujano mayor, se dirigió al Gobierno Provisorio informando de sus carencias:

“Exmo. Señor: Hallándose el Hospital bastante escaso de los remedios mas necesarios para curar alguno de los enfermos que actualmente están en él; por no ser suficiente, ni aptos los suples con que podemos valernos para su curación: pongo en su consideración de V.E. la suma necesidad que hay de hacer conducir algunos remedios (los mas necesarios) de Canelones para poderse curar: a cuyo efecto estimaré que V.E. me ordene lo que halle por mas conveniente. Dios guarde a V.S. ms.as. Junio 24/825. **Antº. Benito de San Martín. Cirujano del Ejército**” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo I, doc.162).

Equivocó –por ignorarlo- el destinatario de su oficio; San Martín debió dirigirlo a su superior inmediato, el Jefe del Estado Mayor; éste, teniente coronel Pablo Zufriategui, designado por Lavalleja el día anterior, lo pasó a informe del mayor Pedro Lenguas. La inspección que Lenguas hizo del hospital es reveladora de la mísera situación sanitaria del ejército:

“Luego que recibí la comunicación Oficial de esta fecha en que V.S. se sirve comisionarme para visitar y celar el Hospital del Ejército existente en esta Villa, quité un lugar a las ocupaciones de mi encargo, y

pasé a dar cumplimiento a su orden. **Encontré el Hospital servido del mejor modo que lo permite nuestras circunstancias.** Impondré a V.S. del estado de este establecimiento, y medidas tomadas por el Exmo. Gobierno para su mejora, de las que estoy orientado por haber por mi conducto corrido las diligencias a este efecto. **Está el Hospital sin medicina alguna**, y sólo se suministran medicamentos hechos de simples que se recogen en el campo; pero por el momento se esperan medicinas mandadas traer del Canelón, **sin perjuicio del botiquín formal pedido a Buenos Aires.**

No hay camas, ni demás útiles precisos para el servicio de los enfermos; mas se espera también lleguen con las medicinas de Canelón, **los dejados por el enemigo en aquel punto**, y otras piezas que se mandaron allí comprar.

La habitación es pequeña e incómoda, y subsistirá así hasta que el tiempo permita hacerla nueva, como está acordado.

Creo dejo a V.S. bastante impuesto de lo que se ha servido encargarme. Dios guarde a V. ms.as. Florida 30 de Junio de 1825. Pedro Lenguas. Al Tte. Coronel, Jefe del Estado Mayor Don Pablo Zufriateguy” (CORRESPONDENCIA; cit., tomo I, doc. 204).

El hospital estaba “servido”, es decir atendido por el cirujano, pero . . . el aspecto material era totalmente insuficiente. La solicitud del cirujano fue atendida en unas dos semanas:

“Tengo el honor de remitir a V.E. **todos los útiles de hospital que aquí se han podido encontrar de los que expresa la adjunta lista** (no está). En la primera oportunidad daré a V.E. cuenta de su importe. . . Dios guarde a V.E. ms.as. Canelones Julio 10 de 1825. Manuel de Araúcho. Exmo. Gobierno Provisorio de la Provincia” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo I, doc.235).

Los medicamentos fueron proporcionados bajo papel de pago, por **Pedro Conilh**:

“Vale a favor de D. Pedro Conil por treinta y siete pesos que importan las medicinas remitidas por mi al Supr. Gobno. por su Comisión. Hoy 11 de Julio de

1825. Manuel de Araújo. Son 37 ps. Del Comte. De Viana en Com.on” (SCHIAFFINO, cit., tomo 3º: 612).

Pedro Conihl era natural de Burdeos, y había ejercido como “cirujano” en el primer sitio artiguista de Montevideo. Artigas le nombró *cirujano del Cuerpo de Blandengues* en 1812. Luego se desempeñó como “profesor de farmacia” (boticario) en Canelones, desde donde aprovisionó con medicinas al hospital patrio en 1825 (AUGUSTO SOIZA LARROSA, *Evolución de la sanidad militar en el Uruguay 1811-1839*, Rev. Serv. San. FF. AA., Montevideo, 1990, vol. 14, N° 1: 126).

También aumentó la capacidad del hospital con la construcción de algunos ranchos o cobertizos:

“ . . . dos (soldados) se prendieron y uno se escapó que eran tres, infiero sean desertores aunque ellos niegan no he tomado mas averiguación **porque voy en marcha al corte de las maderas para el Hospital**. Dios guarde a V.E. ms.as., Costas del Maciel Julio 8 de 1825. **José Alvarez**. Sor. Brigadier Gral. en Jefe Don Juan Antonio la Balleja” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo I, doc.228). José Alvarez era capitán de Milicias y estaba bajo las órdenes del sargento mayor Felipe Duarte, que fue capitán y jefe de la vanguardia en el ejército artiguista. Duarte residía en Florida y había sido designado Comandante de Armas por sus conocimientos y cualidades (SCHIAFFINO, cit., tomo 3º: 612). Fue el encargado de todo lo referente al hospital (ampliación, traslado, provisión). ¿Quiénes eran los “prendidos”? Eran soldados portugueses o guaraníes, negros y aún desertores del ejército, que fueron en seguida puestos a trabajar para mejorar el hospital:

“El Capitán Don José Alvarez, de Milicias de este punto, estaba encargado **de los prisioneros que construyeron el hospital y cortaron sus maderas**. Deseo saber si este señor debe o no marchar conmigo con los prisioneros. Dios guarde a V.E. muchos años. Florida, Setiembre 14 de 1825. Felipe Duarte. Exmo. Señor Brigadier General en Jefe del Ejército de la Provincia D. Jn. Antº. Laballeja” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc.737). Se

trata del abandono del hospital para reinstalarlo en Durazno.

Llegaron los botiquines desde Buenos Aires:

“Quedan entregados en esta comisaría las dos cajas de medicinas que se ha servido remitir V.S. con su oficio de esta data, y **condujo desde Buenos Aires el Capitán Don Santiago Gadea para nuestro Hospital**. Dios guarde a V.S. ms.as. Agosto 2 de 1825. Carlos Anaya. Sr. Jefe del Estado Mayor Dn.Pablo Zufriategui” (SCHIAFFINO, cit., tomo 3º: 612).

En agosto el hospital estaba listo, con las medicinas adquiridas en Canelones y las cajas botiquines enviadas desde Buenos Aires.

Aparte de Antonio Benito de San Martín, otros “cirujanos” sirvieron en el hospital:

“Según me ordena por el oficio de Vd. fecha 21 del que luce, **va el 2º cirujano de éste** (se refiere al hospital de Durazno, entonces en plan de ampliación), *conduciendo un botiquín y nueve soldados de alta pertenecientes a ese Cuartel General, lo que comunico a Vd. para su inteligencia*. Dios guarde a Vd. muchos años. Villa de Durazno, Setiembre 23 de 1825. Felipe Duarte. Al Jefe del Estado Mayor General Don Pablo Zufriategui” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc. 793). Según Schiaffino (cit., tomo 3º: 613). Ese **2º cirujano era Pedro Velarde**, “practicante” (enfermero) en 1814 aunque se le refiere como “cirujano de marina”, “cirujano del ejército” y aún “cirujano mayor del Ejército”, tal la vaguedad de la calidad de “cirujano” que se daba entonces a quienes se dedicaban al arte de curar. Velarde estaba en el campamento de la Villa del Durazno con el general Fructuoso Rivera, y desde allí fue enviado con los enfermos dados de alta al hospital del Cuartel General en Florida.

Completa el plantel sanitario, un “practicante”, enviado desde la Villa de Guadalupe (Canelones) al hospital de Florida. Era un **hijo del procurador don Antonio García**, quien para escamotearlo al servicio de guerra, intentó hacerlo pasar como “licenciado y con certificado de cirujano” en el hospital de la Villa.

Los certificados sólo demostraron su “*compostura de practicante de ese hospital*”. Así, descubierto el fraude, se le envió a servir a la Patria “*el tal mejor que otros hijos tantas infelices pobres viudas y sin amparo*” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo I, doc. 450, oficio de Mateo Quiroga al Jefe del Estado Mayor General, 20 de agosto de 1825). Aparte del hospital de Florida, sabemos que se habilitaron “enfermerías” en las villas donde existían divisiones del ejército: San José, con el cirujano francés Santiago José Rapet; Porongos, con el cirujano de 1ª de la División del general Fructuoso Rivera, Francisco Floribal (A.SOIZA LARROSA, cit.: 127). Francisco Floribal estuvo en la batalla de Sarandí pues revistaba como cirujano en el Estado Mayor de la División del general Rivera (EL EJERCITO ORIENTAL DE 1825, *Boletín Histórico del Ejército*, Montevideo, 1977, N° 227-230: 1).

En previsión de futuras operaciones militares y seguramente para tener más a mano su Cuartel General, Lavalleja decidió trasladarlo al Durazno con la artillería, infantería, maestranza y reforzar el hospital de la Villa de Durazno con lo que había en Florida. El ascendido a coronel Felipe Duarte partió de Florida el 14 de setiembre para instalar el Cuartel General en aquella Villa:

“Las carretas de la Comisaría, Hospital y Armería marcharon ayer tarde y al cargo de un Oficial de esta Comisaría por disposición del señor Coronel Duarte, hasta la estancia de Don Basilio Fernández . . . Florida, Setiembre 15 de 1825. Carlos Anaya. Señor Jefe del Estado Mayor General” (CORRESPONDENCIA; cit., tomo II, doc. 745). La casa o estancia de Basilio Fernández (un coronel portugués) se transformó en una prisión para los oficiales brasileños capturados.

La batalla de Sarandí y sucesos posteriores

Ya dijimos que el ejército oriental en operaciones no tuvo un Cuerpo de Sanidad móvil.

La mortandad de la batalla (12 de octubre) ha sido desigualmente evaluada por los actores. En su primer parte, Lavalleja (Durazno, 13 de octubre) dice:

“. . . siendo el resultado quedar en el campo de batalla de la fuerza enemiga más de 400 muertos sin contar los heridos que aún se están recogiendo y dispersos . . . Nuestras pérdidas han consistido en un oficial muerto, trece heridos; 30 soldados muertos y 60 heridos” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc. 952).

Cinco días después (18 de octubre) en un oficio desde (arroyo) Timote al Gobierno Provisorio de la Provincia, Francisco Xavier Caballero, el número había aumentado:

*“. . . pacé al campo de Batalla aberificar lo que ceme ordena adonde encontré al becino Caceres el cual estaba encargado por el Exmo. Señor Capitán General de la provincia para recoger todos los cadáveres y amontonarlos donde fuese conveniente adonde le ayudé con mi vecindario asta concluir a la disposición, por cuenta que me da el dicho Caceres asiende la totalidad de los difuntos a **cuatrocientos y noventa**, fuera de algunos muertos que puede aber fuera de dicho campo . . .”* (HORACIO J. VICO, “LA BATALLA DE SARANDÍ”, 2ª ed., Montevideo 1975: 130).

Todavía Lavalleja hizo aumentar el número de muertos (parte ampliatorio del 26 de octubre):

*“Los enemigos dejaron en el campo de batalla **572 muertos, 133 heridos** . . . no se tiene aún conocimientos de los muertos, heridos y prisioneros que hasta la fecha se toman por los vecinos y partidas que persiguen a los dispersos en todos los puntos de la campaña”* (SCHIAFFINO, cit., tomo 3º: 622).

La mortalidad de los orientales fue estimada por Luis De La Torre de esta forma:

*“La pérdida de los patriotas fue de 80 muertos y 120 heridos, **todos de bala y de la descarga a quemarropa que recibieron**”* (“MEMORIA DE LOS SUCESOS DE 1825”, fragmento en H.J.VICO, cit., pág. 133-134).

Una visión del campo de la batalla, según expresiones del propio Lavalleja:

*“Es imposible poder a Vd. manifestar el sentimiento que me oprimía cuando **a las veinte y cuatro horas** después de la acción, andabamos buscando nuestros compañeros y encontrábamos algunos que se habían arrastrado mas de diez cuadras para hallar agua con que apagar la sed que **causaban las heridas de las balas, porque la mayor parte ó todos están heridos de bala**”* (SCHIAFFINO, cit., tomo 3º: 623).

Mientras Rivera perseguía al resto del ejército brasileño, Lavalleja se dirigió a Durazno, desde donde redactó su primer parte de batalla el día 13 de octubre. Carretas con numerosos heridos de ambos contendientes fueron arribando a Durazno, desbordando el hospital. Debieron ser atendidos por los vecinos de las cercanías, donde iba pasando el ejército. El hospital de Durazno no podía hacerse cargo de la avalancha de sufrientes. El delegado en Buenos Aires, Pedro Trápani, urgido por Lavalleja, pidió ya al otro día de la batalla al médico Justo García Valdez del Tribunal de Medicina de Buenos Aires, que *“en el nombre sagrado de la Patria saque si es posible de las entrañas de la tierra, uno o mas cirujanos qe. instantáneamente marchen a curar a los heridos qe. han resultado de la gloriosa simpar jornada del 12 del corriente en Sarandí”* (REVISTA HISTORICA, Montevideo, 1924, tomo XII: 433, doc. 274). Justo García Valdez respondió de inmediato, enviando a los cirujanos José Torasso, de la Universidad de Turín, y Antonio Teully, de la marina francesa, con un enfermero mayor “semiboticario” (no se conoce su nombre; fue conocido como *Monsieur Morandy*) y :

“. . . una caja grande de amputación bien surtida; 60 o mas varas de crea; 108 vs. de brámante de algodón; 30 de franela; igual porción de efetantes todo para vendages y compresas; también llevarán todas las hilas qe. se encuentren, y ámas estopa fina qe. puede suplir; estos renglones se consumen mucho en un hospital de heridos y es mejor qe. sobre y no qe. falte” (idem, ídem).

La incorporación de cirujanos y enfermero fue comunicada desde Buenos Aires por Pedro Trápani al general Lavalleja (24 de octubre):

“En atención a la necesidad que creo habrá en ese Ejército de Cirujanos, pasa el Sr. Don José Tortosa (por Torasso), de dicha facultad en clase de primero del otro que lo acompaña, Dn. Antº Tuly (por Teully), a ponerse a las órdenes de V.E” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc. 1022).

“Considerando con igual falta a ese Ejército de un enfermero Mayor, que la de cirujanos, pasa Mr. Morandy en esa clase a ponerse a las órdenes de V.E.” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc. 1024).

Recibidas en el Cuartel General estas comunicaciones, el 5 de noviembre estaban los cirujanos y el enfermero en su destino:

“Exmo. Señor.

*Paso a manos de V.E. las tres comunicaciones que se han recibido de Don Pedro Trápani, referentes a la remisión de dos Cirujanos, uno primero y otro segundo, y de un Enfermero Mayor; los que han llegado y están ejerciendo su facultad desde el día que llegaron, hasta tanto V.E. no dispusiese otra cosa; **mas el Enfermero Mayor aún no ejerce**, por cuanto no es plaza que por las circunstancias de nuestros Hospitales pueda crearse, según informe dado por el Cirujano Mayor de este Ejército. Lo que comunico a V.E. para su superior conocimiento. Dios guarde a V.E. muchos años. Noviembre 5 de 1825. Pablo Zufriategui. Exmo. Señor Gobernador y Capitán General”* (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc. 1159).

El “cirujano mayor” Antonio Benito de San Martín reclamaba medicamentos desde Durazno (25 de octubre):

“Señor Jefe del Estado Mayor General.

*Sabiendo que en el Pueblo de Mercedes **hay una botica formal**, de donde nos podemos suplir de algunos medicamentos que nos hacen falta para la curación de los heridos que se hallan a mi cargo, he determinado elevar al conocimiento de V.S. la adjunta relación de los que nos son de suma necesidad, para que teniendo V.S. a bien hacerlos conducir de aquel destino, nos proveyamos de ellos en éste. Dios guarde a VS. muchos años. Durazno y Octubre 25 de*

1825. Antonio Benito de San Martín. Cirujano Mayor del Ejército” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc. 1050).

¿Qué botica “formal”, es decir **provista de todo** podía haber en aquella Villa?. Según Schiaffino, era la que existía en el ejército brasileiro y que seguramente había abandonado tras la capitulación y retiro a la Provincia de Río Grande luego del 12 de octubre del general Abreu; en efecto, había en Mercedes bien provista botica:

“ . . . las tropas de los Generales Abreu y Barreto habían pasado por ese lado del Río Negro en los días 5 y 6 del corriente (julio) y de la misma villa de Mercedes habíales enviado provisiones para el abastecimiento de esas tropas **y que también fuera un cirujano con boticas bien provistas**” (cit., tomo 3º: 637).

Efectivamente, los imperiales tenían en Mercedes un **Hospital Regimental** a cargo del cirujano José Miguel Neves (BOLETÍN HISTORICO DEL EJÉRCITO, Montevideo, 1936, Nº 18: 135).

Ante el pedido del cirujano mayor, Zufriategui se dirigió a Lavalleja desde el Campamento del Durazno:

“Exmo. Señor:
Adjunto la relación de los medicamentos que necesariamente se necesitan para seguir la curación de los enfermos en el Hospital General del Ejército, según se hace entender por el Cirujano Mayor, **los que se hallan con abundancia en la Capilla de Mercedes**. Lo que si V.E. tuviese a bién podrá mandar. Dios guarde a V.E. muchos años, Campamento en el Durazno, 25 de octubre de 1825. Pablo Zufriategui. Exmo. Señor Gobernador y Capitán General” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc. 1038).

La urgencia en medicinas y material de cura fue transmitida por el general Lavalleja a los Cabildos, y éstos rápidamente respondieron.

El Cabildo de la Villa de Guadalupe (Canelones) comunicó a Lavalleja (18 de octubre) que una Comisión había recorrido el vecindario logrando:

“. . . colchones, almohadas, sábanas e hilas que expresa la adjunta relación, a la cual van agregadas dos mas: la una sobre medicamentos y la otra sobre las piezas de gasa Hirlanda y demás que se pide, cuyas cuentas y precios son dados por sus legítimos dueños a efectos de que V.E. disponga el pago de ellas, a excepción de la relación designada con el Nº 1, por cuanto a que ello es puramente donativo” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc. 978). Sobre esta remisión, comunicaba el coronel Quiroga, Comandante de Canelones:

“Ayer a la cuatro de la tarde se despachó de aquí un carretón que conducía colchones, sábanas, almohadas, **un cajón de medicina**, aguardiente, vino blanco y aceite, todo al cargo del Ayudante de V.E. Don Pedro Pereyra, con la precisa condición de ponerse en ese destino si posible era hoy mismo, en virtud de la necesidad en que se encuentran los heridos de ese punto . . . Y acabo de saber ahora que son las siete y media de la mañana, que dicho Ayudante lo que salió de la Villa, mandó el carretón con la custodia que se le franqueó **y él se volvió para la Villa**; cuyo carretón se encuentra en la costa del Canelón, detenido por la ausencia de dicho Edecán, **y aún estar durmiendo en su cama** . . . Dios guarde a V.E. muchos años, Guadalupe, Octubre 19 de 1825. Mateo Quiroga. Exmo. Señor Gobernador y Capitán General de la Provincia Oriental” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc. 988).

El Cabildo de San José (20 de octubre):

“ Al momento que fue recibida por este Ayuntamiento la comunicación de V.E., fecha 16 del que luce, se dieron activas disposiciones para aprontar los medicamentos, hilas y vendajes. Tomando con empeño, las señoras tienen el gusto de haber entregado al efecto al señor Don Manuel Saura, cuantas han podido hacer y verá V.E. Asimismo han sido remitidos con oficio de esta fecha al señor encargado del **Hospital Patriótico**, los medicamentos que pudo encontrarse, por no haber el todo de la nómina recibida, pues no se ha encontrado ni encuentra el ácido sulfúrico, el ácido muriático oxigenado y la pieza de Irlanda de hilo . . . “

(CORRESPONDENCIA, cit., doc. 990). Esta remesa contenía, según parte de Zufriategui:

“ . . . instrumentos de cirugía que no se sabe de que número de piezas constan, quien los ha remitido, mas ni comunicación ni relación, todo entregado a la disposición del carretero que los condujo. Los que he hecho depositar en la Comisaría General del Ejército hasta tanto aparezca la relación de lo que comprende” (SCHIAFFINO, cit., tomo 3º: 636).

El Cabildo de Maldonado (27 de octubre), sobre el donativo enviado al Cuartel General:

“ . . . que ha hecho aquel vecindario, de varios artículos para socorrer a los heridos del día 12, que contiene varias varas de gasa, hilas, etc . . .” (CORRESPONDENCIA, cit., tomo II, doc. 1074).

El Cabildo de Minas (sin fecha):

“El Pueblo de Minas, en los efluvios de su gozo, siente con dolor inexplicable las desgracias de los que han tenido la suerte de ser heridos en la acción, y considerando que el Hospital necesitará de todo auxilio, han presentado y están presentando vecino por vecino el corto auxilio que presenta su indigencia para el indispensable servicio de la curación de aquellos, así es que hoy se haya recogido sólo esa cortedad . . . los **cortos reales que dieron en donación piadosa**” (BOLETÍN HISTÓRICO DEL EJÉRCITO, Montevideo, 1942, N° 22: 130).

Siendo las necesidades de atender los heridos, urgentes, y no bastando con el hospital **hubo que arrendar varias fincas en la Villa del Durazno para disponer enfermerías** (SCHIAFFINO, cit., tomo 3º: 628-629).

¿Qué tratamiento recibía el soldado herido en el hospital de la Villa del Durazno?. Dice el cirujano Torasso a Lavalleja:

“Vista la posición de los enfermos que están a mi cargo, he tenido por conveniente recetar tres raciones diarias de **gallinas** a fin de mejorar el caldo de los que no pueden comer carne de vaca . . . Receté hoy un **linimento volátil alcanforado** al Sr. Mayor General, la cual receta se mandó al Sr. San Martín por el enfermero de mi hospital. Me contestó dicho señor que no tenía tales medicinas . . . registré la botica y **encontré todo lo que se mandaba pedir en la receta y en cantidad**; ignoro cual será el motivo . . . Receté últimamente **una onza de quina** para uno de mis enfermos; se me mandaron dos dracmas . . . He también recetado por varias veces **cebada para tizanas**; me contestó que no había (mas) que malva y zarza . . .” (SCHIAFFINO, cit., tomo 3º: 639-40).

Schiaffino hizo notar la situación de tirantez que existía entre los cirujanos, lo que motivó el retiro de Torasso a Buenos Aires en enero de 1826.

Así, las providencias que se tomaron **antes de Sarandí** fueron el traslado del hospital de Florida con sus médicos a la Villa del Durazno, y el arrendamiento de fincas en la propia Villa. **Después de Sarandí** se urgió el envío desde Buenos Aires de cirujanos provistos de cajas con material de cura y amputación y se ofició a los Cabildos de las Villas para recoger todo el material de curación y medicamentos que se pudiera.

El 25 de octubre, el Congreso General Constituyente reunido en Buenos Aires, sancionó la ley por la que **la Provincia Oriental se reincorporaba de hecho a la República Argentina**, cuyo Poder Ejecutivo quedó encargado de proveer su defensa y seguridad. Así, en 1826 pasó a esta Provincia el **Ejército Republicano** con 7000 hombres, y un Cuerpo de Sanidad completo al mando del coronel cirujano mayor Francisco de Paula Rivero. Con ellos vino, como capitán cirujano 2º, el aún estudiante de medicina en Buenos Aires, Fermín Ferreira.

ANEXO

Gastos para el Cuerpo de Sanidad

Cuando fueron enviados desde Buenos Aires los dos cirujanos y el enfermero mayor, se les retribuyó con expensas mensuales:

“24 (de octubre de 1825) -

“Por 100 p.s entregados al Cirujano del Exto.Oriental D. José Toraso á cuenta de sus sueldos”

“Por 200 p.s entreg.s al de igual clase N.Ant.º Fecil (Teully) y en los mismos términos”

“Por 80 p.s entreg.s igualm.te al enfermero mayor y Ayudante del hosp.l M.r Morandy”

“Por 177 p.s 7 ½ r.s pagados a S. Juan Carlos Blanco p.a la compra de utiles p.a el Hosp.l”

“Por 178 p.s 4 r.s pag.s á D. Enrique Akinson importa de utiles e instrum.tos de Cirugía”

“21 (de noviembre de 1825) -

“Por 78 p.s á Roberto Taylor p.r la conducción de los Cirujanos á la vanda Oriental”

“26 (de noviembre de 1825) -

“Por 12 p.s pag.s á Pantaleón Nievas por el flete de una carr.ta que3 condujo varios utiles de medicina desde S. José al Durazno según recibo”

“26 (de enero de 1826) -

“Por 80 p.s entreg.s á D.a Florinda Valdès á cuenta delos haveres desu marido el Cirujano del Exto. Oriental D. Antonio Taly (Teully)” (DOCUMENTOS PARA SERVIR AL ESTUDIO DE LA INDEPENDENCIA NACIONAL, Montevideo, 1937, tomo I: 231 y ss., *Razón de las cantidades administradas por don Pedro Trápani suministradas por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires*).

Este fue el salario habitual en los ejércitos de las Provincias Unidas del Río de la Plata. La ley de sueldos del Congreso General Constituyente (Buenos Aires, noviembre 21 de 1825) estipuló:

- * cirujano del ejército (en guarnición) 50 pesos
- * cirujano del ejército (en campaña) 100 pesos
- * cirujano de la marina 75 pesos
- * sangrador de la marina..... 22 pesos

El salario del cirujano en campaña era equivalente al de un capitán de marina o un mayor del ejército (BOLETÍN HISTÓRICO DEL EJERCITO, Montevideo, 1942, Nº 22: 72-73).

El cirujano Juan Miguel Neves

Cirujano brasilero, casó luego con una oriental y se afincó en Colonia. Durante la Guerra Grande se le nombró ayudante de cirujano mayor. En la toma de la ciudad por las fuerzas del general Oribe, se sublevó la guarnición local muriendo uno de sus hijos y salvándose el cirujano milagrosamente de ser fusilado. Otro de sus hijos, Juan Carlos nacido en tierra oriental, fue médico graduado en Filadelfia (AUGUSTO SOIZA LARROSA, *Los hospitales de Montevideo durante la Guerra Grande*, Montevideo, 1973, Sesiones Soc. Urug.Hist.Med.).

Algunos recursos medicinales

Las *hilas secas*, eran manojos de hilos de géneros diversos, apelotonados como estopa y que se aplicaban fuertemente sobre las heridas para cohibir la hemorragia.

El *aguardiente* era usado como un “vino generoso” al igual que el *caldo de gallina* para estimular la recuperación por las abundantes hemorragias; se le administraba por la acción euforizante del primero, y calórica del segundo. También se le hacía *oler sustancias irritantes* como el ácido sulfúrico o amoníaco. El cocimiento de *cebada o avena* proporcionado como tisana eran reconstituyentes.

El *ácido muriático oxigenado* era ácido clorhídrico que se diluía en agua y se administraba por boca con algún jarabe azucarado para los febriles. Los dolores reumatoideos, por enfriamiento y largas jornadas a caballo, eran tratados con *revulsivos* aplicados localmente (linimentos a base de alcanfor o mostaza).

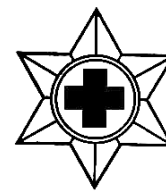
La *fiebre*, acompañante obligada de las heridas, requería de los “febrífugos”, como la cinchona o “quina” por boca. Medicamento ampliamente utilizado desde su descubrimiento en el siglo XVII, persistió en la farmacopea hasta muy entrado el siglo XX. Fue con el opio uno de los dos únicos medicamentos de eficacia comprobada. Es de las drogas que América dio al mundo.

El *aceite* (de oliva, no había otro de origen natural) era muy usado para fabricar “ungüentos” con que cubrir las heridas. Tal el *ungüento de Basilicon* (aceite de oliva, cera, sebo o unto y colofonia, una resina pardusca para dar consistencia al unguento).

La amputación

Operación heroica, en cuyas diferentes técnicas (un solo corte o *en guillotina*; en dos o en tres; con o sin colgajo), se hacía sin anestesia y con material cortante extraordinariamente filoso. Se hablaba de *caja de amputación*, ya que esta constaba de varios cuchillos: 4 a 5 cm para dedos; 15 cm para mano y pie; 15 a 20 cm para parte superior de antebrazo, brazo, pierna e inferior de muslo; 25 a 35 cm para el muslo alto. Además una rugina para desprender la membrana del hueso (periostio); torniquete; hilos para ligadura de arterias; sierra para el hueso. El miembro se limpiaba con agua y jabón (de haberlo); se dejaba exangüe mediante un torniquete; un ayudante tomaba la extremidad por su parte superior, y otro por la inferior, en tanto el cirujano empuñaba con su mano hábil el cuchillo con el que tenía experiencia o preferencia. Una vez seccionados limpiamente los planos de la piel, tejido subcutáneo y músculo-aponeurótico, remangados con la mano opuesta, raspaba la membrana del hueso con la rugina y lo cortaba con la sierra mientras el ayudante flexionaba la extremidad *como si se estuviera cortando un palo* para facilitar el vaivén del instrumento. Los bordes del hueso eran mordidos con pinza para redondearlos; las arterias sangrantes retorcidas o ligadas y se controlaba su obliteración al descomprimir el torniquete. El muñón se dejaba entreabierto para drenaje. *En manos experimentadas, una amputación no podía exceder los cinco minutos*. El control postoperatorio era toda una odisea, amenazado por las hemorragias secundarias, la inflamación, el dolor y sobre todo *la infección local* secundariamente generalizada. De curar había una tercera etapa: lograr el reconocimiento del acto de servicio y el pensionamiento por el Estado (TEODORO BILLROTH, *Patología quirúrgica general y su terapéutica*, 3ª ed. española, Barcelona, 1877; *Amputaciones, desarticulaciones y resecciones*).



INFORMACION
PROGRAMA DE TABAQUISMO DEL H.C.FF.AA.
 UNA SALIDA AL PROBLEMA DE LA ADICCION A LA NICOTINA

El tabaquismo está definido hoy día como una enfermedad en sí misma, dada por la dependencia o adicción a una sustancia psicoactiva: la nicotina. La dependencia a la nicotina está presente en más del 90% de los fumadores y es la responsable del consumo crónico durante varios años (promedio 25 años) de casi 5000 sustancias tóxicas y casi 50 cancerígenos catalogados tipo A (no existe ningún nivel seguro de exposición), que a su vez determinan inexorablemente una repercusión orgánica que se manifiesta en más de 50 tipos de enfermedades tabacodependientes.

En los últimos años, se han realizado extensas recopilaciones de la información relativa a intervenciones terapéuticas específicas, llegándose a la conclusión de que los tratamientos para dejar de fumar son seguros y altamente costo efectivos y debieran por lo tanto ofrecerse a todo paciente fumador.

En el hospital Central de las FFAA se realizan tratamientos de deshabituación tabáquica desde hace varios años, los cuales comenzaron en el sector de policlínicas, primero de neumología sumándose luego cardiología. En aras de optimizar el funcionamiento de estas dos áreas asistenciales, desde el año pasado los tratamientos de deshabituación tabáquica se integraron a un Programa de Control del Tabaquismo que incluye entre otros aspectos la inclusión de más profesionales capacitados en cesación de tabaquismo, la captación intra hospitalaria de los pacientes fumadores, la firma de convenios interinstitucionales para contar con la medicación específica en forma gratuita para el paciente y el funcionamiento de las sesiones de tratamiento en una nueva área física, adecuada para el formato de tratamiento grupal.

Las sesiones de introducción para el tratamiento de deshabituación tabáquica a través de la anotación correspondiente del usuario - único requisito para ingresar al programa - se realizan todos los jueves a las 13:00 horas en el Salón de Reuniones de la torre 6 Piso 3.

Una vez que los pacientes asisten a la sesión de introducción, pueden optar por los días y horarios de su conveniencia para las sesiones de tratamiento semanales, las cuales se desarrollan actualmente los días lunes y martes a las 18:00, los miércoles a las 11:00 y los viernes a las 13:00. Los últimos días martes de cada mes a las 17:00 se realiza además asesoramiento nutricional personalizado como parte del programa de mantenimiento, a los pacientes que ya se encuentran en abstinencia.

Los profesionales que integran actualmente el equipo asistencial multidisciplinario son:

- Dra. Laura Roballo
- Psic. Miguel Grassi
- Lic. Enf. Cristina Campaña
- Nut. María José Ayres.

☆☆☆

NORMAS DE PUBLICACION DE ORIGINALES

Los artículos entregados para su publicación en la Revista "Salud Militar" de la D.N.S.F.F.AA. deberán adecuarse a las siguientes normas:

1. Los trabajos deberán ser escritos a máquina, en idioma español, de un solo lado, a doble espacio y con un margen izquierdo de 3 cm. como mínimo. Con el original se adjuntará un diskette con el archivo de texto.
2. El trabajo debe ir acompañado con una carta de presentación y la firma y autorización de todos los autores, aprobando los resultados del trabajo.
3. Los artículos serán analizados por el Comité Editorial, quien valorará su forma y contenido. Si son tenidos en cuenta serán enviados a doble arbitraje. De este pueden surgir tres posibilidades:
 - 1) aceptados sin modificaciones,
 - 2) publicados previas modificaciones propuestas por el Comité Editorial y aceptadas por los autores,
 - 3) no aceptados, los motivos de la no aceptación y las correcciones propuestas serán notificados a los autores.
4. La revista "Salud Militar" de la D.N.S.F.F.AA. consta de las siguientes secciones: Editorial, Homenaje, Artículos Originales, Actualizaciones, Casos Clínicos, Misiones de Paz, Historia de la Medicina, Posters e Información.

ARTICULO ORIGINAL: consta de los siguientes elementos: 1) título, 2) resumen y palabras claves, 3) texto 4) tablas y 5) bibliografía.

- 1) El Título del artículo será redactado en forma concisa pero informativa, con subtítulos si corresponde.
- 2) Resumen y palabras clave: resumen en español de no más de 250 palabras. El mismo debe exponer el objetivo de la investigación, el diseño del estudio, los procedimientos básicos (selección de

individuos, métodos de observación y de análisis), las mediciones y los resultados principales y las conclusiones. Resaltar los aspectos nuevos e importantes del estudio o de las observaciones.

Debajo del resumen se citarán 3 a 10 palabras claves o frases cortas que describan el contenido del artículo, facilitando su inclusión en índices. Se deben utilizar en lo posible los términos del Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.

3) Texto: habitualmente consta de las siguientes secciones: *Introducción, Revisión de literatura, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones.*

INTRODUCCION: describir los fundamentos del estudio, dando una idea de su alcance e importancia y sus limitaciones. Los objetivos deben figurar al final de la introducción.

REVISION DE LA LITERATURA: orientada a actualizar los conocimientos relacionados directa y específicamente con el trabajo en cuestión. Se deben mencionar las fuentes de información utilizadas.

MATERIAL Y METODOS: se describen los procedimientos en forma detallada, de manera de permitir la reproducción de los resultados obtenidos.

NORMAS ETICAS: cuando se presentan experimentos en seres humanos se debe indicar si se siguieron las normas de la Declaración de Helsinki.

ESTADISTICA: describir los procedimientos de modo de permitir al lector verificar los resultados. Se debe discutir la elegibilidad de los sujetos de experimentación y detalles sobre la aleatorización. Precisar el número de observaciones y mencionar los casos perdidos de las observaciones. Especificar los programas de computadora utilizados.

RESULTADOS: se presentan en forma clara, concisa y lógica, para facilitar la comprensión de los hechos que muestran. Deben ajustarse a los objetivos planteados en la introducción.

DISCUSION: analizar y comparar los resultados obtenidos, explicando sus alcances y limitaciones.

CONCLUSIONES: destacar los aportes del trabajo, los que deben estar íntegramente

respaldados por los resultados obtenidos y ser una respuesta a los objetivos de la investigación.

4) Tablas, Cuadros y Gráficos: cada tabla se numerará correlativamente y se encabezará con un título descriptivo de su contenido. La tabla debe ser fácil de leer e interpretar sin tener que consultar el texto (autoexplicativa). Los encabezamientos de datos numéricos deben incluir la unidad de medida utilizada.

Los mismos criterios se tendrán en cuenta para los cuadros, gráficos o figuras (número, título, claridad, sencillez). Se recomienda no incluir más de cinco elementos gráficos en total en un artículo.

5) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán consecutivamente, en el orden en que aparecen mencionadas en el texto. Se redactarán de acuerdo con las normas de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos y usadas en el Index Medicus Latinoamericano.

En las Publicaciones Periódicas se escribe: el autor o autores. Título. Título abreviado de la revista, año de publicación; volumen: páginas. Se mencionan hasta 6 autores, si son más se utiliza la expresión "et al".

EJEMPLO:

FERNÁNDEZ BARBOZA R, RIVERO D, ECHEVERRÍA B, MACHADO EV. Costo Beneficio de la vacunación contra la hepatitis B en trabajadores de hospitales de Venezuela. *Bol Of Sanit Panam*, 1991; 111 (1): 16-23.

Libros y Monografías : autor o autores. Título. Subtítulo. Edición. Lugar de publicación (ciudad): editorial, año; páginas o volumen.

Autores: Se menciona el apellido del autor y la inicial del nombre, todo en mayúsculas. En caso de varios autores se mencionan todos separados por una coma. La inicial del nombre no lleva punto.

Autor corporativo: Es la entidad responsable del trabajo. Se la menciona en su idioma original, en forma desarrollada.

EJEMPLO:
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Parte o Capítulo de un Libro: Autor. Título. Edición (si es la primera no se menciona). Lugar de publicación: editor, fecha: páginas. La entrada principal se hace por el autor del capítulo, seguido del título y a continuación la referencia completa del libro, precedida de la expresión latina "in"

EJEMPLO

WEINSTEIN L, SWARTZ MN. *Pathogenetic properties of invading microorganisms*. In: SODEMAN WA Jr., SODEMAN WA, eds. *Pathologic Physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia; WB Saunders, 1974:457-472.

Congresos, Conferencias y Reuniones: Se ingresan los autores y luego el título del Congreso, número del mismo, lugar de realización y fecha.

EJEMPLO:

PEREZ J. *Lactancia*. Congreso Uruguayo de Pediatría, 10. Montevideo, 1965.

Medios electrónicos: Al citar medios electrónicos se deben tener en cuenta cinco principios básicos: accesibilidad, propiedad intelectual, economía, estandarización y transparencia. Dividimos los mismos en dos grandes tipos: los MEDIOS ON LINE (sitios en la web, artículos y revistas de Internet, abstracts) y los otros medios en CD, DISQUETES, SOFTWARE.

Sitio WWW (web)

AUTOR(es). Título (tipo de recurso). Año y mes si es una publicación; Volumen (Número de revista si corresponde): [Número de pantallas o páginas]. Obtenido de: Dirección URL: (fecha de acceso)

EJEMPLO:

MORSE S. *Factors in the emergence of infectious disease (on line)*. 1995 Jan-Mar; 1(1): [24 screens]. Obtenido de: www.cdc.gov/ncidoc/EID.eid.htm (acceso 6/4/2000)

Software, CD-ROM, Disquetes:

Título (tipo de recurso). Autor (si es un libro). Versión (si es un programa). Lugar de Producción. Productor; Año.

5. Abreviaturas y siglas: utilizar sólo abreviaturas estándar. Evitar las abreviaturas en el título y en el resumen. La primera vez que se cita el término, debe hacerse en forma completa seguido de la abreviatura o sigla entre paréntesis.

6. Todas las personas designadas como autores deben acreditar su autoría. El orden de los firmantes debe ser decisión conjunta de los autores.

Cada uno de ellos deberá haber participado de modo suficiente en el trabajo como para asumir públicamente la responsabilidad sobre su contenido.

Deberán indicar:

- Nombre completo de cada autor, con la mención del más alto grado académico.
 - Cargos docentes o científicos que ocupa(n), nombre del departamento, institución o dependencia donde actúa(n).
 - Nombre del departamento o Institución responsable.
- Nombre completo, dirección, teléfono, fax o e-mail del autor responsable de la correspondencia acerca del manuscrito.
7. Los originales impresos y sus soportes informáticos no serán devueltos en ningún caso.
 8. Por mayor información consultar en la Secretaría del Servicio de Publicaciones Científicas de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas:

Tel.: 437 66 66 - Interno 1233
E-mail: revistadns@hotmail.com

