

SUPLEMENTO ESPECIAL

Salud & Bienestar

NOVIEMBRE 2026



www.grupormultimedia.com

Dirección General:
Juan Carlos Blanco

Dirección Periodística:
Valeria Machado
Leonardo Perez
Victor Palacios
Maria Arismendi
Amalia Plachot
Camila Jiménez
Inés María Alfonso
Gabriel Vidart
Marcelo Falca
Pablo Consenza

Fotografía:
Cirio Ortiz
Camila Ordoñez
Ana Laura Podesta
Servicios de Vecteezy

Departamento Comercial y Avisos:
R Multimedia SAS

Diagramación y Artes Gráficos:
Hernán Medina

Oficinas:
Cerrito 673 / 677
Montevideo, Uruguay

Teléfono:
Teléfono - +598.2618.8348
WhatsApp - +598.97.417.382

Email:
comunicacion@grupormultimedia.com

Contenidos en la web :
www.grupormultimedia.com

*Contenidos y desarrollos bajo contrato - R Multimedia S.A.S

Escudo sanitario en la infancia: las claves del esquema de vacunación y el control de salud en Uruguay

El CEV articula un plan oficial gratuito y obligatorio que acompaña el desarrollo desde la infancia hasta la adolescencia



El MSP establece un esquema de vacunación universal, obligatorio y gratuito.

Equipo de Redacción

En la estructura de las políticas públicas uruguayas, el Programa Nacional de Vacunaciones (PNV) del Ministerio de Salud Pública (MSP) constituye uno de los pilares de equidad e integración social más sólidos de la región.

Respaldado por la histórica Ley 15.272 aprobada en 1982, el sistema garantiza que la vacunación sea gratuita, obligatoria y universal para toda la población, sin distinción del prestador de salud al que se esté afiliado.

En el caso de los niños y adolescentes, este marco legal se acopla estrechamente con el sistema educativo y la red asistencial pública y privada

mediante el seguimiento del desarrollo infantil y la exigencia de la acreditación sanitaria correspondiente.

El seguimiento sanitario de la infancia en Uruguay se apoya en dos instrumentos centrales que operan de forma complementaria.

Por un lado, el Carné de Control Pediátrico (válido de 0 a 12 años) y el Carné de Salud del Adolescente (de 12 a 19 años) funcionan como la hoja de ruta de los controles antropométricos, nutricionales y de desarrollo psicomotor.

Estos documentos, emitidos por pediatras y médicos de familia, resultan indispensables para certificar la aptitud física en actividades deportivas y garantizar la inclusión plena en el sistema educativo.

Por otro lado, la acreditación de la inmunización se formaliza a través del Certificado Esquema de Vacunación (CEV).

Registrado de forma centralizada a través del Sistema Informático de Vacunas (SIV), este documento puede solicitarse en cualquier vacunatorio del país simplemente presentando la cédula de identidad.

Su vigencia al día es un requisito normativo indispensable exigido por las autoridades para la matriculación anual en centros CAIF, escuelas, liceos y UTU de todo el territorio nacional.

Un calendario dinámico y actualizado

El Esquema Nacional de Vacunación uruguayo ha sido calificado como uno de los

más avanzados de América Latina debido a la paulatina incorporación de inoculantes combinados y de última generación.

Esta actualización busca disminuir la cantidad de pinchazos necesarios durante los primeros meses de vida, asegurando a su vez una cobertura integral contra patologías invasivas.

El recorrido inmunológico se inicia en la maternidad antes del alta, donde el recién nacido recibe la dosis de BCG contra la tuberculosis.

Durante el primer año de vida, la estrategia pediátrica se intensifica: a los 2, 4 y 6 meses se aplica la vacuna Hexavalente, la cual protege simultáneamente contra la difteria, el tétanos, la tos convulsa (pertussis), la hepatitis B, la bacteria *Haemophilus influenzae* tipo b y la poliomielitis (mediante virus inactivado VPI).

A esta formulación se suman las vacunas antineumocócica y la cobertura contra el meningococo B (Bexsero).

Al cumplir los 12 meses, el lactante recibe el esquema de SRP (triple viral contra el sarampión, la rubéola y las paperas), la primera dosis

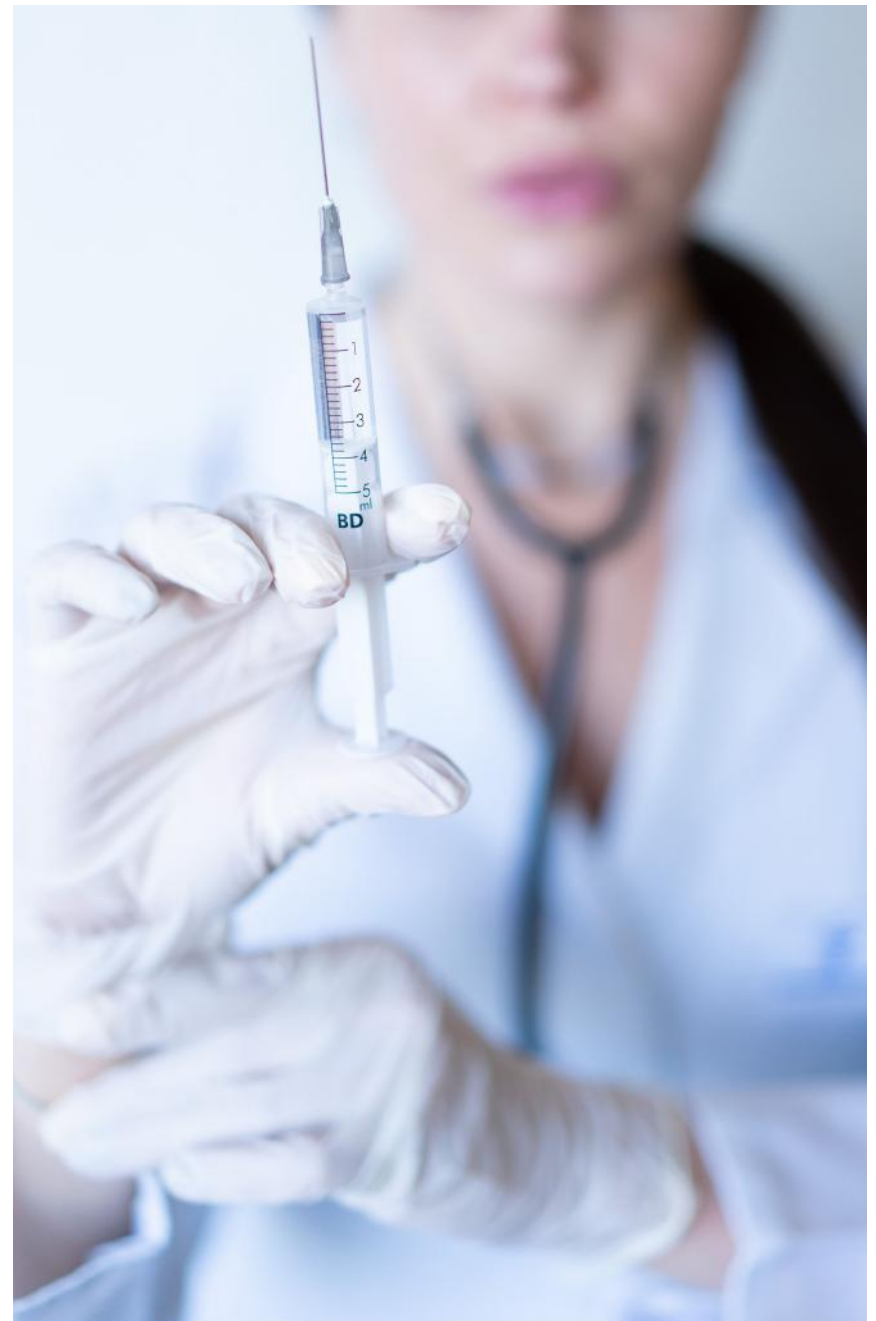
contra la varicela, el refuerzo del neumococo y la dosis de meningococo.

A los 15 meses, el calendario pauta los refuerzos de la hexavalente, SRP, meningococo B y la inoculación inicial contra la hepatitis A, cuyo esquema de dos dosis se completa a los 21 meses junto a un refuerzo de polio.

El ingreso escolar a los 5 años marca una segunda gran etapa de consolidación inmunológica con la administración de los refuerzos de la Triple Bacteriana (DPT), la segunda dosis de varicela y el refuerzo de polio VPI.

Lejos de concluir en la etapa escolar, el seguimiento de la salud pública alcanza la adolescencia.

Al cumplir los 11 años, el MSP estipula la aplicación del refuerzo de la vacuna dpaT (triple bacteriana acelular), el refuerzo contra meningococo y el esquema simplificado de dosis única de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, orientada tanto a varones como a mujeres para prevenir lesiones precancerosas y cánceres asociados.



El control de vacunación y el esquema de vacunación del MSP fue creado en 1982.

Una caída puede cambiarlo todo: por qué las fracturas de cadera son un riesgo para los adultos mayores

Un informe oficial revela la gravedad de las fracturas de cadera en adultos mayores. Un especialista de UCM Falck explica cómo prevenirlas y actuar ante una caída.



Para una persona mayor, una caída desde su propia altura puede terminar en una fractura de cadera.

Equipo de Redacción

Todo puede comenzar con algo insignificante. Una alfombra levantada, una baldosa floja, el apuro por atender el teléfono o una visita al baño durante la madrugada. Un segundo de desequilibrio, una caída y una frase que se repite en muchos hogares: «No fue nada, solamente se tropezó». Pero a veces sí fue algo.

Y mucho más serio de lo que parecía. Para una persona mayor, una caída desde su propia altura puede terminar en una fractura de cadera, una intervención quirúrgica y un prolongado período de rehabilitación. En algunos casos, también puede significar la pérdida

de la independencia para realizar actividades tan sencillas como bañarse, vestirse o caminar sin ayuda.

La pregunta es por qué un tropiezo que a los 30 años probablemente terminaría en un golpe puede tener consecuencias tan importantes a los 80.

La respuesta obliga a mirar más allá de la alfombra.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) publicó un informe sobre las artroplastias de cadera por fractura realizadas entre enero de 2021 y junio de 2023. En ese período financió 3.051 procedimientos correspondientes a 3.004 personas. El 78,7% de las intervenciones se realizó en mujeres y la edad promedio de los pacientes fue de 80,9 años. Pero el dato más preocu-

pante surge del seguimiento posterior: entre los 2.901 procedimientos incluidos en el análisis de mortalidad al año, se registraron 595 fallecimientos por cualquier causa durante los doce meses siguientes a la cirugía. Es decir, el 20,5%. Esto no significa que la operación o la fractura hayan causado necesariamente esas muertes.

La edad avanzada, las enfermedades preexistentes y el estado general de los pacientes influyen en el pronóstico. Sin embargo, la cifra permite comprender la gravedad que puede alcanzar una lesión frecuentemente asociada con un accidente doméstico.

El problema puede comenzar antes de la caída

Durante años se ha insistido,

con razón, en la necesidad de retirar alfombras, mejorar la iluminación y evitar obstáculos en los hogares donde viven personas mayores. Pero la prevención no termina en el entorno. «Muchas veces la familia identifica el obstáculo que provocó la caída, pero no se pregunta por qué la persona perdió el equilibrio o no pudo recuperarlo.

Con los años podemos perder fuerza muscular, estabilidad y velocidad de reacción. También hay medicamentos que producen mareos o somnolencia. No siempre hay una sola causa: frecuentemente coinciden varios factores», explica el doctor Carlos Montoya, de UCM Falck.

La pérdida progresiva de masa y fuerza muscular, conocida como sarcopenia, es

uno de los problemas que merecen atención. Los músculos no sirven solamente para caminar o levantar objetos. También permiten corregir rápidamente un movimiento cuando tropezamos o perdemos estabilidad.

Cuando esa capacidad disminuye, un pequeño desequilibrio puede resultar más difícil de controlar. A esto se agregan problemas de visión, alteraciones neurológicas, descensos de presión arterial y determinados medicamentos que pueden provocar mareos, somnolencia o inestabilidad.

Por eso, una caída no debería atribuirse automáticamente a la edad o a la mala suerte. En ocasiones puede ser la primera manifestación de un problema de salud que todavía no ha sido identificado. Y cuando las caídas se repiten, la necesidad de una evaluación médica es todavía mayor.

Los huesos también envejecen

Cada 20 de octubre se conmemora el Día Mundial de la Osteoporosis, una enfermedad caracterizada por la disminución de la resistencia de los huesos, que aumenta la probabilidad de sufrir fracturas. Su particularidad es que puede avanzar durante años sin producir síntomas evidentes. Muchas personas descubren que tienen osteoporosis después de una fractura que ocurrió ante un traumatismo de escasa intensidad.

Pero hay una distinción importante: la osteoporosis no suele ser la causa de la pérdida del equilibrio. Lo que hace es aumentar la posibilidad de que un hueso se fracture cuando ocurre una caída. Esto explica por qué dos personas pueden tropezar en circunstancias similares y sufrir consecuencias completamente diferentes.

En los adultos mayores, especialmente en las mujeres después de la menopausia, la pérdida de densidad ósea puede convertirse en un factor determinante. Cuando coincide con debilidad muscular, dificultades para caminar o enfermedades que afectan el equilibrio, el riesgo aumenta.

«Una fractura de cadera en una persona mayor no es simplemente un hueso roto.



La pérdida progresiva de masa y fuerza muscular, conocida como sarcopenia, es uno de los problemas que merecen atención.

Puede implicar una operación, semanas o meses de recuperación y, en algunos casos, la pérdida de una independencia que costó toda una vida construir.

Por eso tenemos que prestar tanta atención a lo que ocurre antes de una caída como a sus consecuencias», señala Montoya.

La prevención, por lo tanto, requiere atender dos problemas diferentes: reducir la posibilidad de caerse y disminuir la fragilidad que puede transformar esa caída en una fractura.

Qué hacer durante los primeros minutos

Hay una reacción casi instintiva cuando encontramos a una persona mayor en el suelo: ayudarla a levantarse cuanto antes. Pero esa decisión, tomada con la mejor intención, puede resultar peligrosa si existe una fractura o una lesión de columna.

El dolor intenso en la cadera o la ingle, la dificultad para mover una pierna, la imposibilidad de ponerse de pie o una extremidad que parece más corta o girada de manera anormal son señales que requieren atención médica urgente.

«Cuando una persona mayor se cae, nuestra primera reacción es ayudarla a levantarse. Pero si tiene dolor intenso de cadera, no puede apoyar una pierna o sospechamos una fractura, lo correcto es no movilizarla innecesariamente y solicitar asistencia médica urgente.

Querer ayudar no siempre significa mover al paciente», advierte el médico de UCM Falck.

Ante estos síntomas, no se debe intentar levantar a la persona ni obligarla a caminar. Lo indicado es solicitar asistencia médica, evitar movimientos innecesarios y mantenerla acompañada y abrigada mientras llega el equipo de salud.

También requieren especial atención las caídas acompañadas de pérdida de conocimiento, confusión, dolor de cabeza intenso o traumatismos craneales, particularmente si la persona recibe medicamentos anticoagulantes.

Incluso cuando no aparecen lesiones evidentes, es importante conocer qué provocó la caída. No es lo mismo tropezar con un objeto que perder súbitamente el conocimiento, sufrir un mareo o experimentar una debilidad inesperada.

«Que una caída no haya terminado en una fractura no significa que debamos ignorarla. Es importante averiguar qué ocurrió. ¿Hubo un mareo? ¿Una pérdida de conocimiento? ¿Dificultades para caminar? Una caída puede ser una oportunidad para identificar problemas de salud y reducir el riesgo de que vuelva a ocurrir», explica Montoya.

La prevención comienza mucho antes

La buena noticia es que existen medidas capaces de reducir el riesgo de caídas.

El entrenamiento de fuerza, especialmente de los músculos de las piernas, y los ejercicios que mejoran el equilibrio y la marcha ocupan un lugar importante.

También es necesario controlar la visión, revisar periódicamente la medicación y evaluar la salud ósea cuando corresponda.

La actividad física debe adaptarse a la capacidad y las condiciones de cada persona. Caminar es beneficioso, pero no siempre resulta suficiente para recuperar la fuerza muscular o mejorar un equilibrio deteriorado.

En el hogar, una iluminación adecuada, los pasamanos, el calzado estable y la eliminación de obstáculos siguen siendo medidas sencillas y útiles.

Pero quizá el cambio más importante sea abandonar una idea demasiado extendida: considerar que caerse es una consecuencia natural e inevitable de cumplir años. No todas las caídas pueden prevenirse.

Tampoco todas terminan en fracturas. Pero muchas de las condiciones que aumentan el riesgo pueden identificarse y tratarse antes de que ocurra un accidente.

Porque el verdadero objetivo no es solamente evitar una fractura.

Es preservar algo que con los años adquiere un valor cada vez mayor: la posibilidad de seguir viviendo con independencia.

Un servicio humano y profesional

- ✓ Planes de afiliación adaptados a cada realidad.
- ✓ Acompañantes calificados, egresados de la Escuela de Capacitación con la mayor carga horaria del país, habilitada por el MEC, apoyados por médicos, enfermeros y psicólogos.
- ✓ Certificada en todos sus procesos por la última norma vigente (ISO 9001-2015)
- ✓ Más de 70 millones de horas de compañía brindada.

Y ahora también cumple con los estándares internacionales en seguridad de la información, contando con la certificación ISO 27001:2022. Garantizando la protección de la información de los afiliados, colaboradores, proveedores y otras partes interesadas.

SECOM

PRIMER SERVICIO DE COMPAÑÍA DE URUGUAY Y DEL MUNDO



0800 4584 | www.secom.com.uy

Laparoscopia: la tecnología que cambió la forma de operar

La laparoscopia permite intervenir a través de incisiones de milímetros, con menos sangrado, menos dolor y pacientes que vuelven antes a su casa.



Las pinzas laparoscópicas entran por incisiones de pocos milímetros y el cirujano las maneja desde afuera

Valeria Machado

Durante más de un siglo, operar el abdomen significó abrirlo. Desde que el alemán Carl Langenbuch extirpó la primera vesícula en Berlín, en 1882, el cirujano necesitaba ver con sus propios ojos y meter las manos, y para eso hacía falta un corte de varios centímetros.

Esa lógica empezó a cambiar el 17 de marzo de 1987 en Lyon, Francia, cuando Philippe Mouret sacó una vesícula guiándose por una pantalla: había conectado una cámara de video al laparoscopia, un tubo óptico que entra por una incisión mínima.

Ese gesto, abrió la era de la cirugía de mínima invasión.

La operación no estaba pensada como un hito.

Según un artículo histórico difundido por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM), la paciente, una mujer de unos 50 años, iba a una cirugía ginecológica y pidió que aprovecharan para sacarle la vesícula.

Mouret, que llevaba 8.000 laparoscopias, lo resolvió sin abrir.

Al día siguiente la encontró vestida y lista para irse, reprochándole que no le hubiera operado la vesícula como le había prometido.

El alemán Erich Mühe ya había hecho 94 operaciones de este tipo desde 1985, pero la comunidad médica de su país lo ignoró.

En esa época regía en la cirugía general el dogma de "cuanto mayor sea el corte,

mejor el cirujano", recuerda la NLM.

El quiebre llegó en 1989, cuando el francés Jacques Perissat proyectó un video de la técnica en un stand apartado de un congreso en Estados Unidos y reunió más público que el auditorio principal.

En dos o tres años se volvió parte de la cirugía general, aunque los primeros críticos la habían tildado de cirugía de circo.

Un físico detrás del quirófano

Antes de la cámara hubo que resolver un problema de luz y de lentes. Los primeros endoscopios eran tubos rígidos, oscuros y de imagen pobre.

El salto llegó con el físico británico Harold Hopkins, que en los años 50 ideó un sistema de varillas de vidrio para transmitir mejor la luz.

De acuerdo con el Real Colegio de Médicos de Londres, los fabricantes no mostraron interés, hasta que en 1963 Karl Storz combinó esas lentes con su sistema de luz fría. Con la fuente de luz fuera del cuerpo bajó el riesgo de quemaduras internas.

Pantallas que ven más

Hoy una torre de laparoscopia reúne cámara, fuente de luz, insuflador (que llena el abdomen de gas para crear espacio de trabajo) y monitores 4K, con cuatro veces la resolución del Full HD, o 3D, con anteojos parecidos a los del cine.

Un ensayo de la revista *Facts, Views & Vision in ObGyn* comparó ambos: ninguno fue más rápido, pero los cirujanos prefirieron el 4K por generar menos molestias visuales.



El equipo quirúrgico sigue la operación en pantallas de alta definición, sin necesidad de abrir el abdomen.

Además, la minilaparoscopia usa instrumentos de 3 milímetros o menos que hacen menos sombra y dejan acercar más la cámara.

El cuerpo del cirujano

Con estos cambios, el cirujano dejó de inclinarse sobre la mesa y pasó a trabajar con la vista al frente, en un monitor a la altura de los ojos, mientras sus manos mueven pinzas largas.

Esa relación entre persona y máquina obligó a pensar la ergonomía: altura de pantallas, peso del instrumental, carga visual. Un estudio difundido por Springer Medicine encontró que, en la operación más compleja analizada, el 3D también redujo la exigencia mental y física del cirujano.

Menos días de internación

Para el paciente, el resultado se mide en los días que pasa internado.

Los especialistas, destacan una menor pérdida de sangre, menos dolor y menos días de hospital que con la cirugía abierta.

También agregan que la internación suele ser de uno a tres días. El cambio fue tan profundo que, según la NLM, hoy la mayoría de las cirugías abiertas de vesícula son casos que empezaron por laparoscopia y debieron convertirse. La técnica, también permite realizar cirugías a distancia. En 2001, un cirujano que se encontraba en Nueva York operó a un paciente en Francia, a 6.500 kilómetros.

Últimos avances: lo que llega al quirófano

En marzo de 2024, la FDA de Estados Unidos autorizó el da Vinci 5, de Intuitive. Su novedad es un sistema que permite al cirujano percibir la fuerza que ejerce sobre el tejido: en ensayos preclínicos

redujo esa presión hasta 43%. Su capacidad de cómputo supera en más de 10.000 veces la del modelo anterior, según la empresa.

En julio de 2025, investigadores de la Universidad Johns Hopkins presentaron un robot guiado por inteligencia artificial que extirpó vesículas en cerdos.

En setiembre de 2025, en la Clínica Las Condes de

Santiago de Chile, el cirujano Ricardo Funke operó una vesícula sin ayudante: una cámara 4K guiada por IA siguió sus instrumentos magnéticos y ajustó los ángulos por su cuenta.

El mercado mundial de robots quirúrgicos rondó los 15.600 millones de dólares en 2024 y podría llegar a 64.400 millones en 2034.



Servicio integral de salud



Atención profesional y personalizada aplicada con compromiso, vocación y trabajo colectivo.

Internación

Enfermería a domicilio

Tele enfermería

Análisis clínicos

Carné de salud

Traslados

☎ **1970**

Priorizamos la calidad de nuestros servicios pensando en más bienestar para la gente.

+bienestar

Climaterio y menopausia: “Casi todos los síntomas son reversibles y tratables”

En el Día Mundial del Climaterio y la Menopausia, la Dra. Natalia Benavides explicó a Diario La R qué cambia en el cuerpo después de los 40, por qué cada vez más mujeres consultan antes de tener síntomas y qué se puede hacer para vivir mejor esta etapa.



Las mujeres de 30 y 40 años ya consultan para prevenir, antes de tener síntomas

Valeria Machado

Hoy, domingo 18 de octubre, se celebra el Día Mundial del Climaterio y la Menopausia, una etapa por la que pasan todas las mujeres y de la que todavía cuesta hablar en la casa, en el trabajo y hasta en el consultorio. Para entender qué ocurre en el cuerpo y cuándo conviene consultar, Diario La R entrevistó a la Dra. Natalia Benavides Osorio, ginecóloga, especialista en disfunciones del piso pélvico y diplomada en Menopausia y Climaterio.

“Soy ginecóloga + 40”

Benavides contó que, cuando empezó la especialidad se dio cuenta de que le interesaba “la calidad de vida de las mujeres”.

Así llegó al piso pélvico y, después, a la endocrinología ginecológica. Más tarde hizo la diplomatura latinoamericana en menopausia y se formó en medicina genital regenerativa y funcional, que usa toxina, ácido hialurónico y láser para problemas que “no se solucionan solamente con hormonas o con cirugía”. “Yo digo que soy ginecóloga más 40, porque después de esa edad me siento capacitada para evaluar distintos síntomas. La integralidad es lo que más me define en este momento”.

Menopausia y climaterio

Muchas personas usan las dos palabras como sinónimos, pero no lo son. “La menopausia es una fecha”, explicó la especialista. “Así como tuvimos la menarca, la primera menstruación, la menopausia es la última.

Es un diagnóstico retrospectivo, porque se confirma 12 meses después del último sangrado”.

El climaterio, en cambio, es un período. “Empieza antes, tiene en el medio esa fecha y termina después.

Y podríamos decir que no termina nunca, porque siguen pasando cosas en distintos órganos y sistemas por la ausencia de hormonas”, sostuvo.

Desde los 40 años se habla de premenopausia, cuando la capacidad reproductiva y las hormonas empiezan a bajar, aunque hay mujeres con síntomas antes y otras que a los 45 no sienten nada.

El problema, según Benavides, es que los primeros síntomas son tan generales que cuesta identificarlos.

“Yo tengo 41 años.

¿Cuánto de mi cansancio es porque trabajo mucho, porque tengo una hija chica o porque estoy teniendo un cambio hormonal?

Es muy complejo”, reconoció. Tampoco hay un estudio que lo resuelva: un análisis es “una foto del día”.

Más allá de los sofocones

La mayoría de las mujeres asocia la menopausia con los calores.

La ginecóloga explica que los sofocones y la sudoración aparecen cuando las variaciones de estrógeno alteran el hipotálamo, la parte del cerebro que regula la temperatura. En la mayoría de los casos son transitorios y se van cuando el organismo se adapta.

Suelen ser el primer motivo de consulta, pero no los primeros en aparecer.

“Seguramente mucho antes esa mujer tiene problemas de concentración, alteraciones del sueño, baja libido, dolores de cabeza, cambios en la piel y en la vagina. Lo que pasa es que no lo asociamos”, dijo.

Casi a la misma altura que los sofocones están el insomnio, el cansancio mental y la llamada niebla mental. Benavides reprodujo lo que escucha en la consulta: “Vengo, doctora, porque no puedo razonar. Abro la heladera y no me acuerdo qué iba a buscar, me despierto de madrugada siempre a la misma hora”.

Sobre el deseo sexual, pidió no generalizar. “Yo les pregunto: si te vas de vacaciones, ¿mejora?”

Si la respuesta es sí, no es hormonal. Ahí pesan el cansancio, los chicos, la rutina, la carga mental”, explicó. Cuando la causa sí es hormonal, se trata de un trastorno específico, el deseo sexual hipoactivo: “Te cuesta la fantasía. Tenés adelante a alguien que te gusta mucho y es como ver una pared”.

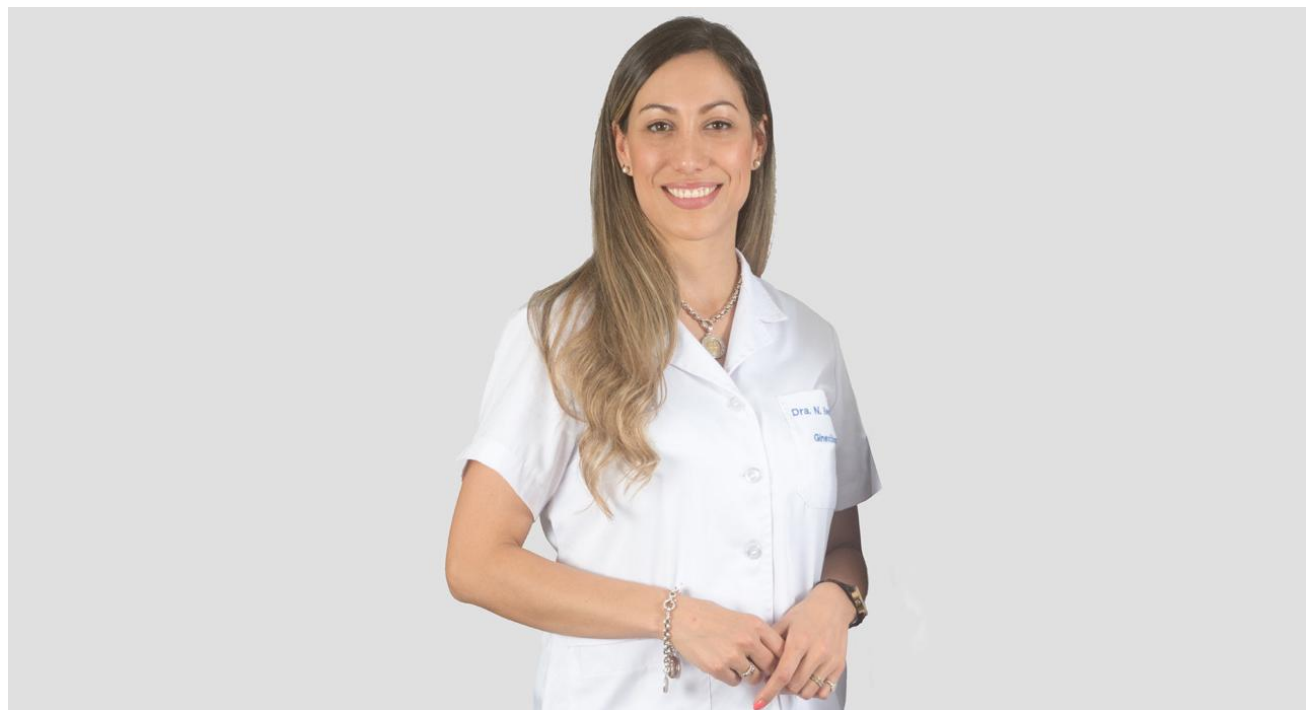
Cambio generacional

La especialista notó “un cambio drástico”. “En piso pélvico la demanda se mantiene parecida, pero con la menopausia estoy desbordada. Hubo un quiebre”, afirmó.

Para ella, la diferencia es generacional.

Mujeres mayores, como su madre, “naturalizaron todo” y les cuesta aceptar incluso un tratamiento local vaginal “porque son hormonas”.

En cambio, las mujeres entre 30 o 40 años llegan para prevenir. Sin síntomas, el trabajo se centra en la alimentación, el ejercicio y los suplementos. También influyen el nivel socioeconómico y cultural y los medios, que “cada vez hablan más del tema”.



La ginecóloga Natalia Benavides se especializa en climaterio, menopausia y piso pélvico

“No se termina la vida sexual”

Frases como “se termina la vida sexual” o “es el comienzo de la vejez” siguen circulando. Benavides recordó que el cuerpo empieza a envejecer desde los 28 años.

Lo que sí trae la menopausia es una caída más marcada que en el hombre, que se nota en la piel, el pelo, el corazón, el cerebro y los huesos.

“Es más dramático, sí, pero hay un montón de cosas para hacer”, aseguró.

La vida sexual tampoco se termina. “Muchas mujeres la dejan de lado por el dolor y por las alteraciones que aparecen después de la menopausia, no por la edad ni por la menopausia en sí”, explicó. Y agregó: “Casi todos los síntomas, por no decir todos, son reversibles y tratables”.

Los cinco pilares después de los 40

Para llegar mejor a esta etapa, la ginecóloga trabaja con cinco pilares que no se pueden separar.

La alimentación tiene que

ser saludable y, sobre todo, rica en proteínas.

El “top 4” de suplementos son: creatina, magnesio, omega 3 y vitamina D, aunque cada caso se ajusta según los antecedentes de la paciente.

El ejercicio debe enfocarse en la fuerza, para sostener músculos y huesos y prevenir la osteoporosis. Sobre el sueño agregó que “no hay buena regulación hormonal sin un buen descanso”. Eso implica rutina, menos pantallas y, en algunos casos, magnesio o melatonina. Por último, la terapia hormonal de reemplazo.

El mejor momento para la primera consulta, según la especialista, es entre los 40 y los 45 años. “Ahí empezamos con todo lo anterior, menos las hormonas. Son cuatro pilares de cinco”.

En su consultorio, la terapia hormonal “es súper bien recibida”. Lo que sí remarcó es la llamada ventana de oportunidad, que reúne tres condiciones: tener menos de 60 años, menos de 10 años de menopausia y no tener factores de riesgo de trombosis.

Saber derivar

Sobre el primer nivel de atención, Benavides contó que la formación en ginecología no profundiza en menopausia ni en piso pélvico, aunque en Uruguay se viene mejorando. “Si yo no me hubiera formado, no sabría nada, y seguramente creería que les estoy dando lo mejor a mis pacientes”.

“El no saber no es el problema; el problema es no derivar. Yo no sé de fertilidad, pero si alguien me pregunta, derivó. No todos tenemos que saber de todo”, sostuvo.

Para cerrar, la ginecóloga dejó un mensaje a las lectoras: “Tenemos que pensar no en vivir más tiempo, sino en vivir mejor el tiempo que vamos a vivir.”

No hay que desahuciarse. Siempre hay algo que podemos hacer”.

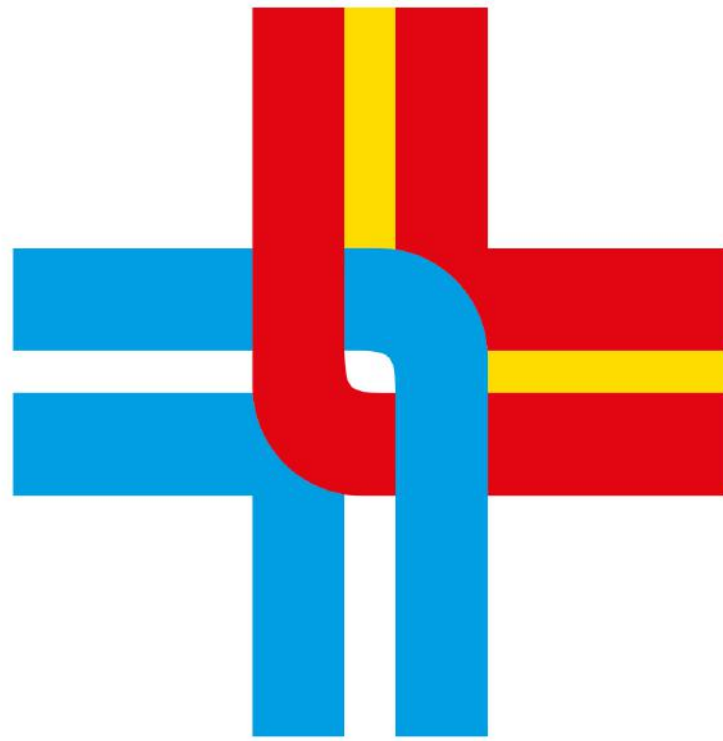
Y recordó que hay especialistas en esta área en todas las mutualistas: “Solo hay que saber a quién ir”.



La menopausia se confirma 12 meses después de la última menstruación.



El ejercicio de fuerza ayuda a sostener músculos y huesos y a prevenir la osteoporosis



Prevení PreAsociate



1920-1234

PreAsociate.com

ASOCIACION



ESPAÑOLA

CONSTRUYENDO CONFIANZA DESDE 1853

Cobertura total de asistencia médica.

Pie diabético: la amenaza silenciosa que empieza con una simple herida

Una combinación de daño neurológico y problemas circulatorios convierte pequeñas lesiones en heridas de difícil cicatrización.

Equipo de Redacción

En el ámbito de la salud metabólica, la diabetes mellitus representa uno de los desafíos más urgentes a nivel global.

Sin embargo, más allá de los niveles de azúcar en sangre, existe una complicación silenciosa pero devastadora que afecta la calidad de vida de millones de personas: las lesiones en el pie diabético.

Lo que a menudo comienza como un pequeño corte, una ampolla insignificante o un callo mal tratado puede transformarse en una úlcera profunda e infectada capaz de comprometer la extremidad inferior.

Especialistas e instituciones de referencia internacional, advierten que la clave del pie diabético reside en la interacción de dos factores patológicos principales: la neuropatía diabética y la enfermedad arterial periférica. La primera actúa desactivando el «sistema de alarma natural» del organismo.

La glucosa elevada de forma prolongada daña las fibras nerviosas, privando al paciente de la sensibilidad al dolor, al calor o al frío. En consecuencia, rozaduras causadas por un calzado ajustado o pequeñas heridas provocadas al caminar descalzo pasan desapercibidas durante días.

El segundo componente de este círculo vicioso es el compromiso vascular.

La diabetes altera el recubrimiento interno de las arterias, endureciéndolas y estrechándolas.

Al reducirse el flujo sanguíneo hacia los pies, el tejido recibe menos oxígeno y defensas naturales, lo que ralentiza o paraliza completamente el proceso de cicatrización.

Cuando la piel finalmente se rompe y se forma una úlcera, el área abierta se convierte



Las lesiones en el pie diabético afecta la calidad de vida de millones de personas.

en una puerta de entrada idónea para bacterias.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Uruguay, la diabetes afecta a aproximadamente el 9.5% de la población adulta (unas 270.000 a 300.000 personas).

De este total, más de 40.000 uruguayos se encuentran en riesgo directo o sufrirán lesiones de pie diabético en algún momento de su vida.

La progresión de la lesión

La literatura médica consolidada en publicaciones científicas como el World Journal of Diabetes, el desarrollo del pie diabético rara vez ocurre de forma abrupta; sigue un patrón evolutivo identificable. Inicia con una lesión superficial o hiperqueratosis (callosidad) provocada por puntos de presión excesiva.

Si la herida persiste abierta durante semanas sin mejorar, se consolida una úlcera crónica.

A partir de este punto, el riesgo de infección invasiva aumenta considerablemente, pudiendo comprometer tendones, articulaciones y tejido óseo (osteomielitis).

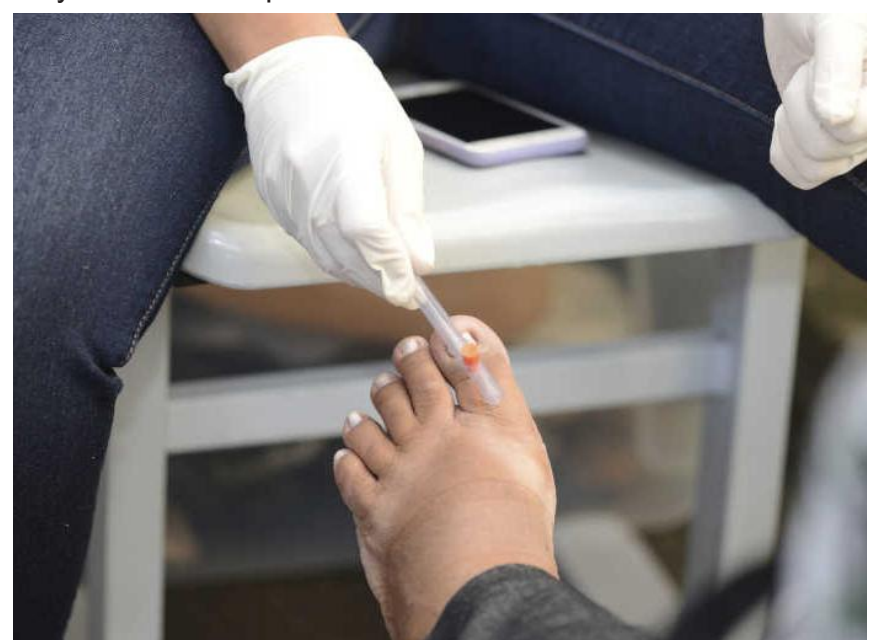
En los escenarios más graves, donde el bloqueo arterial es severo o la infección se extiende, aparece la gangrena o necrosis del tejido.

Ante esta etapa, la intervención quirúrgica y la amputación parcial o total de la extremidad se convierten muchas veces en el último recurso para frenar una sepsis y salvar la vida del paciente.

A pesar de la gravedad del cuadro, los expertos coinciden en un mensaje central: la gran mayoría de las amputaciones

por pie diabético son prevenibles mediante el cuidado constante y la detección temprana.

La rutina preventiva incluye la inspección diaria de la planta y los espacios interdigitales del pie, el lavado con agua tibia y secado minucioso, la hidratación adecuada de la piel (evitando los espacios entre los dedos) y el uso de calzado protector ancho, cómodo y sin costuras internas agresivas.



La OPS advierte que más de 40.000 uruguayos se encuentran en riesgo de sufrir lesiones de pie diabético.

TDAH: del diagnóstico temprano a la integración en la vida adulta

El TDAH es una condición neurobiológica que impacta tanto en la infancia como en la adultez

Equipo de Redacción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se ha consolidado como una de las condiciones del neurodesarrollo más frecuentes en la práctica clínica y en el ámbito educativo.

Lejos de tratarse de una simple dificultad transitoria para concentrarse o de una cuestión de falta de voluntad, es un trastorno de origen neurobiológico que suele manifestarse de forma temprana en la infancia y que, en una proporción considerable de casos, perdura hasta la edad adulta.

Comprender su verdadera naturaleza es el paso fundamental para derribar mitos, evitar culpas innecesarias en el entorno familiar y propiciar un abordaje médico y terapéutico adecuado.

En cuanto a sus causas, la evidencia científica señala que el origen del TDAH es predominantemente genético, estimándose en torno al 75%.

Está vinculado a un desajuste funcional de neurotransmisores clave como la dopamina y la noradrenalina en la parte frontal del cerebro, los cuales regulan la atención sostenida, el control de impulsos y la toma de decisiones.

Las fuentes médicas subrayan categóricamente que esta condición no es provocada por problemas ambientales, malos hábitos alimentarios ni por el estilo de crianza o el entorno social.

Clínicamente, se clasifica en tres subtipos: el tipo combinado (con inatención, hiperactividad e impulsividad, más frecuente en varones), el tipo predominantemente inatento (con mayores despistes y dificultad para sostener el foco, más común en niñas) y el tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo. Una de las dudas más recurrentes es si el TDAH se mantiene para siempre.



El TDAH es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

La evolución clínica muestra que, si bien el trastorno acompaña a la persona desde el inicio, su impacto y la forma en que se expresan los síntomas cambian significativamente con los años.

Aproximadamente entre un 30% y un 50% de los niños diagnosticados experimentan una disminución o logran compensar sus síntomas de tal manera que ya no cumplen con los criterios clínicos completos al llegar a la vida adulta.

No obstante, mientras que la hiperactividad motora suele transformarse con los años en una sensación interna de inquietud o impaciencia, los problemas de organización, planificación y distracción tienden a persistir, afectando a cerca de un 4% de los adultos.

El diagnóstico del TDAH es estrictamente clínico y requiere un proceso riguroso. Los especialistas indican que los síntomas centrales deben haberse manifestado antes de los 12 años y generar

alteraciones continuas tanto en el hogar como en la escuela.

Como no existe una única prueba de laboratorio para detectarlo, el protocolo incluye un examen médico completo para descartar otras afecciones con manifestaciones similares, como trastornos de ansiedad, depresión, dificultades de aprendizaje, problemas visuales o auditivos, o alteraciones del sueño, junto con la revisión de antecedentes y la aplicación de escalas de evaluación respondidas por familiares, docentes y cuidadores.

El tratamiento más eficaz es multidisciplinario y personalizado.

Este enfoque integral contempla el tratamiento farmacológico bajo supervisión médica, utilizando psicoestimulantes como el metilfenidato u opciones no estimulantes como la atomoxetina para regular los neurotransmisores, la psicoterapia

conductual y la terapia cognitivo-conductual, así como la psicoeducación y formación a los padres para que comprendan la condición y actúen como coterapeutas en la gestión de conductas.

Asimismo, resulta indispensable la coordinación con el entorno escolar para adaptar el ambiente de aprendizaje a las necesidades del estudiante.

Finalmente, integrar el TDAH a la vida diaria exige diseñar un entorno estructurado que reduzca los obstáculos derivados de las dificultades en la memoria de trabajo.

Entre las recomendaciones más prácticas destacan el uso de estructuras fijas y apoyos visuales, la organización estricta del espacio personal para minimizar distracciones, la aplicación de técnicas de gestión del tiempo en bloques cortos de actividad y la incorporación de hábitos de autocuidado.

FAMILIA

A C O M P A Ñ A N T E S



Especialistas
en cuidarte

Agrandá tu familia

 **1920-1234**

familiaacompanantes.com.uy

OMS publica las primeras directrices globales sobre obesidad en niños y adolescentes

El organismo prioriza los cambios de hábitos y desaconseja fármacos y cirugía en menores de 10 años.



En 2024, 170 millones de jóvenes de 5 a 19 años vivían con obesidad.

Equipo de Redacción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó sus primeras directrices mundiales para el manejo integrado de la obesidad en niños y adolescentes.

El documento responde a un fenómeno que se ha convertido en una de las mayores preocupaciones de salud pública de las últimas décadas: el fuerte y sostenido aumento de la obesidad en las primeras etapas de la vida.

Según los datos difundidos por el organismo, en 2024 había 170 millones de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años que vivían con obesidad. De ese total, 70 millones tenían entre 5 y 9 años, y otros 100 millones entre 10 y 19. La prevalencia en este grupo etario se cuadruplicó desde 1990, cuando se ubicaba en el 2%, hasta alcanzar el 8% en la actualidad. Además, 400 millones de jóvenes de esa franja de edad presentaban sobrepeso. La OMS advierte que la obe-

sidad ya superó al bajo peso como la forma más común de malnutrición entre escolares y adolescentes a nivel mundial. Las nuevas directrices marcan una clara diferencia por edades.

Para los niños de 0 a 9 años, el organismo establece una recomendación.

No se aconseja el uso de tratamientos farmacológicos incluidos los agonistas del receptor GLP-1, la cirugía bariátrica ni dispositivos para bajar de peso.

La evidencia disponible sobre seguridad, eficacia y posibles efectos a largo plazo durante el crecimiento y el desarrollo es insuficiente. Por ello, el cuidado en esta etapa debe centrarse en intervenciones estructurales: alimentación saludable, actividad física regular y apoyo para cambios de conducta, siempre con participación activa de las familias o cuidadores.

En el caso de los adolescentes de 10 a 19 años, el panorama es diferente.

Los medicamentos aprobados pueden considerarse

únicamente cuando un programa multimodal supervisado de modificación del estilo de vida que combine dieta, ejercicio y acompañamiento conductual y no haya logrado los resultados esperados.

La cirugía bariátrica, por su parte, podría evaluarse bajo condiciones estrictas en adolescentes con obesidad severa y complicaciones asociadas, como diabetes tipo 2 o hipertensión, y solo después de un período de tratamiento intensivo sin respuesta suficiente.

Las directrices enfatizan que el objetivo del tratamiento no debe limitarse a la reducción del peso o del índice de masa corporal.

El foco debe estar en mejorar la salud general, el funcionamiento cotidiano, el bienestar emocional y la calidad de vida a largo plazo.

La OMS destaca la importancia de abordar de manera integrada aspectos de salud mental, como ansiedad, depresión, baja autoestima o dificultades en la regulación emocional, que frecuentemente se asocian con patrones alimentarios poco

saludables, menor actividad física y aislamiento social.

Entre las recomendaciones principales figuran las intervenciones estructuradas de dieta, actividad física y cambio de conducta, que pueden entregarse de forma individual o como parte de un programa multimodal. Las intervenciones digitales de salud se contemplan de manera condicional, siempre bajo supervisión de padres o cuidadores.

El organismo también insiste en que los programas deben adaptarse a la edad, el contexto cultural, las circunstancias socioeconómicas y las necesidades específicas de cada niño o adolescente y su familia.

“La base del tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes no son los medicamentos ni la cirugía, sino el acceso a un apoyo integral que permita una alimentación saludable, la actividad física y un cambio de comportamiento sostenible”, señaló Luz María De Regil, directora del Departamento de Nutrición y Seguridad Alimentaria de la OMS.

Nacer en el quirófano: más del 51% de los partos terminan en cesárea y en el sector privado la cifra supera el 70%

En un país atravesado por el desplome histórico de la natalidad, la vía por la que los bebés llegan al mundo enciende severas alarmas sanitarias.



La OMS establece que las cesáreas epidemiológicamente justificadas no deberían superar el 10% o 15% del total de nacimientos.

Alejandra Araújo

Investigaciones de la Universidad de la República y reportes epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública advierten sobre las consecuencias biológicas de la sobremedicalización de la gestación, mientras las profundas asimetrías entre la salud pública y el mutualismo privado exponen la urgencia de devolverle la centralidad fisiológica a la mujer. La forma en que las nuevas generaciones llegan al mundo se transformó en un objeto de estudio crítico para la salud pública. Los registros oficiales consolidados a través del Certificado de Nacido Vivo Electrónico del Ministerio de Salud Pública (MSP) confirman una tendencia alarmante: más del 51% de los partos registrados en el territorio nacional se ejecutan mediante intervención quirúrgica.

Esta cifra no sólo coloca a Uruguay en el podio internacional de intervencionismo obstétrico, sino que lo distancia drásticamente de los parámetros internacionales fijados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece que las cesáreas epidemiológicamente justificadas no deberían superar el 10% o 15% del total de nacimientos. La pronunciada brecha entre la atención brindada por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y los prestadores privados del mutualismo —donde en diversas instituciones entre siete y ocho de cada diez nacimientos ocurren sobre una mesa de operaciones.

Uruguay atraviesa un fenómeno demográfico caracterizado por la caída acelerada de su tasa global de fecundidad, la cual se ubica marcadamente por debajo de la tasa de reemplazo generacional fijada en 2,1 hijos por mujer.

Sin embargo, a menor número absoluto de gestaciones en el país, mayor es el porcentaje de nacimientos que se resuelven mediante laparotomía abdominal.

En la cultura popular, la consulta sobre la vía de nacimiento suele percibirse como un detalle organizativo o una preferencia logística sin mayores implicancias de fondo. Sin embargo, la cesárea no es una variante higiénica o rápida del parto, sino una intervención quirúrgica mayor que requiere anestesia local o general y la incisión metódica de siete capas de tejido abdominal y pélvico.

El problema de salud pública surge cuando el procedimiento se banaliza y se aplica de forma profiláctica, electiva o inducida por la comodidad de los cronogramas institucionales. Reportes clínicos del sistema sanitario indican que una proporción relevante de los

ingresos de mujeres jóvenes a Unidades de Cuidado Intensivo (CTI) durante el puerperio inmediato se vincula a complicaciones derivadas de cirugías abdominales obstétricas de urgencia o mal indicadas.

El bebé que nace mediante cesárea programada antes del inicio espontáneo del trabajo de parto no experimenta la descarga fisiológica de hormonas del estrés positivo (como las catecolaminas) ni el drenaje mecánico del líquido amniótico de sus pulmones que ocurre durante el pasaje por el canal vaginal.

En relación con la salud reproductiva futura, cada intervención quirúrgica sobre el miometrio genera una cicatriz permanente que condiciona las gestaciones posteriores.

Las mujeres con antecedentes de cesáreas previas presentan un riesgo sustancialmente más elevado de

sufrirplacenta previa, acretismo placentario —condición donde la placenta se adhiere o invade la pared muscular del útero provocando hemorragias cataclísmicas en el alumbramiento— y rotura uterina durante futuros intentos de parto.

La probabilidad de que una mujer termine en una mesa de operaciones está condicionada en gran medida por la puerta de entrada al sistema de salud que utiliza.

En la cima del intervencionismo quirúrgico se posicionan las instituciones del mutualismo privado y los seguros de salud. En diversos centros de asistencia médica, el porcentaje global de cesáreas supera holgadamente el 60%, registrándose instituciones donde la cifra alcanza picos superiores al 70% o 75%.

Por el contrario, en el sector público administrado por ASSE, la tasa media nacional de cesáreas se ubica significativamente por debajo, rondando el 43%, con variaciones regionales.

Un trabajo de parto fisiológico en una mujer primigesta es un evento biológico dinámico e impredecible que puede extenderse entre 12 y 24 horas de evolución continua.

Este proceso requiere la presencia de personal capacitado de forma ininterrumpida, disponibilidad de salas de nacer confortables y una alta dosis de paciencia clínica. En contraposición, una cesárea programada es un procedimiento altamente estructurado que se ejecuta en aproximadamente 45 a 60 minutos, permitiendo a las



Más del 51% de los partos registrados en el territorio nacional se ejecutan mediante intervención quirúrgica.

instituciones maximizar el uso del quirófano, prever con exactitud las altas médicas y organizar la agenda de guardia de los profesionales de la salud.

Frente a complicaciones eventuales durante un parto vaginal prolongado, muchos equipos de guardia optan por indicar una cesárea al menor indicio de enlentecimiento o duda, utilizando la cirugía como un escudo de protección legal más que como una necesidad clínica genuina. Influye de forma determinante la falta de acceso garantizado y oportuno a métodos de alivio del dolor, en particular la analgesia epidural.

El Hospital de Clínicas implementó un sistema de auditoría continua sobre cada

indicación quirúrgica obstétrica, complementado con la jerarquización del trabajo de las obstetras-parteras en la atención de guardia y la adopción de la clasificación de Robson —el estándar internacional promovido por la OMS para evaluar y comparar las tasas de cesárea de forma homogénea—.

La maternidad universitaria logró reducir de manera sostenida sus tasas de cesáreas sin registrar ningún incremento en las tasas de asfixia perinatal, trauma obstétrico o morbilidad materna.

Este modelo confirma que la restitución del parto fisiológico es una meta realizable cuando existe voluntad médica e institucional.

La cesárea fue, es y seguirá siendo una bendición de la ciencia médica para preservar la vida cuando la naturaleza enfrenta un obstáculo insuperable. Sin embargo, su transformación en una herramienta de conveniencia corporativa, logística o financiera.

El desafío en materia de salud reproductiva consiste en transformar de raíz la arquitectura asistencial que mercantilizó y deshumanizó el parto.

Devolverle a la mujer la confianza en su potencial biológico, garantizar condiciones dignas de atención y respetar los tiempos de la vida son tareas urgentes para construir una salud pública a la altura de las necesidades del siglo XXI.



En el sector público administrado por ASSE, la tasa media nacional de cesáreas se ubica significativamente por debajo del sector mutual.

SUPLEMENTO ESPECIAL

**Salud
&
Bienestar**

www.grupormultimedia.com