



BIENESTAR

MILAGROS
MÉDICOS

c950 Coleccionable N° 37

Abigail:
midió 31 cm,
pesó 490 g y,
hoy, tiene 4 años

**Eugenia
Fuscaldo:**
Camina gracias a
dos reemplazos
de cadera

DAI:
Dispositivo
lo salvó de
muerte
súbita

*** OSVALDO
VALERÍN**

Relata su dramática
historia tras cirugía
de 10 horas y doble
by-pass arterial

Casos asombrosos:

-  Extraer tumor cerebral a paciente despierto
-  Congelar a joven porteña para operar riñón
-  Superar isquemia intestinal a los 84 años



¡Fin de año seguro!

La revista Seguros le muestra cómo iniciar el 2012 con la tranquilidad y protección esencial para usted, sus seres queridos y sus bienes.

Encuéntrela
próximamente inserta en
el periódico *La Nación*

Con el patrocinio de:

Alico



Aseguradora del Istmo

BCR
CORPORACIÓN DE SEGUROS

BN Compañía de Seguros

INS

MAPFRE COSTA RICA
Compañía de Seguros

PAN AMERICAN LIFE
EMBAJADA DE COSTA RICA, S.A.

Popular
SOCIEDAD AGENCIA
DE SEGUROS, S.A.

SM
Seguros del Magisterio

Un proyecto educativo de **SUGESE** y **Revistas**
GRUPO NACIÓN

Prevenga el cáncer de mama



- Hágase el autoexamen de mama una vez al mes.
- Si siente alguna alteración en su mama, consulte a su médico.
- Controle su peso.
- Manténgase activa.
- Consuma diariamente cinco porciones de frutas y verduras

Cuide su cuerpo, comparta
estos consejos con amigos
y familiares.





Dra. Ileana Balmaceda
Presidenta ejecutiva
CCSS

El milagro del Seguro Social

La presente edición de *Bienestar* recoge una pequeña muestra de casos en los cuales el poder de Dios y la ciencia médica, por medio de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se unen para producir lo que hemos llamado “milagros médicos”.

En 70 años de historia, cientos de miles de personas han encontrado alivio a sus padecimientos por los salones y los pasillos de las unidades de la CCSS y, en no pocos casos, se han registrado verdaderas hazañas médicas que han posibilitado arrancar de los brazos de la muerte vidas valiosas.

La existencia de la Caja es un milagro acuñado por hombres y mujeres visionarios quienes, a lo largo de siete décadas, han apostado por un sistema solidario y universal que cobija a cada habitante de este país.

Hoy, el futuro nos reta a preservar este milagro, a defenderlo cada quien desde su trinchera y así garantizar a las futuras generaciones el abrazo protector del Seguro Social.

Lo invito a recorrer estas páginas y conocer estos testimonios de vida y aquilatar el trabajo de una institución que debe ser para siempre.

Octubre – noviembre 2011

Una producción de Revistas de Grupo Nación (San José, Costa Rica) con el respaldo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Dirección: Isabel Ovares • **Coordinación editorial:** Randall Sáenz • **Edición de textos:** Carlos Muñoz y Randall Sáenz • **Redacción:** Carlos Muñoz • **Colaboradores CCSS:** Ana Gabriela Castro, Diego Coto, Alejandro Delgado, Damaris Marín, Roberto Sancho, Susana Saravia, Paola Serrano y María Isabel Solís • **Colaboradores:** Gerardo Mora y Rosibel Vargas • **Corrección de estilo:** Laura Solano • **Coordinación de diseño:** Tatiana Castro • **Diseño y diagramación:** Laura Murillo • **Fotografía:** Róger Amoretty, Jeannine Cordero, Laura Fuentes, Germán Fonseca, Jorge Navarro, Ronald Pérez, Osvaldo Quesada, Adrián Soto, CCSS, Shutterstock y Archivo Grupo Nación • **Fotografía de portada:** Carla Saborio • **Producción fotográfica:** Laura Fuentes • **Ilustración:** Shutterstock • **Apoyo administrativo:** Silvia Céspedes y Luis Gonzalo Conejo • **Ventas de Publicidad:** GN Comercial • **Control y Pauta:** Evelyn Zúñiga • **Gerencia de Mercadeo de Revistas:** Gina Mitchell • **Asistencia de mercadeo:** Adriana Rodríguez • **Redacción:** (506) 2247-4427 • **Fax:** (506) 2247-5110 • **Publicidad:** (506) 2247-4949 • **Fax:** (506) 2247-4948 • **Circulación:** (506) 2247-4512 • **Apartado Postal:** 1517-1100, Tibás • **Distribuidor:** Comercializadora Los Olivos de Grupo Nación GN S.A. **Teléfono:** 2247-4463 **Fax:** 2247-5042.

Impresa en los talleres de Impresión Comercial de Grupo Nación GN S.A. ©2011, San José, Costa Rica. Queda prohibida su reproducción total o parcial. Esta revista es reciclable. Deséchela adecuadamente. Llame a: Kimberly Clark, Costa Rica (506) 2298-3100, extensiones 3007 y 3115.

BIENESTAR

Milagros médicos

Cuenta con la colaboración, entre otros, de los siguientes especialistas de la Caja Costarricense de Seguro Social:



Dr. Gustavo Chavarría
Cirujano plástico
Cenare



Dr. Miguel Esquivel
Neurocirujano
Hospital México



Dr. Avelino Hernández
Urólogo
Hospital México



Dr. Wálter Marín
Cardiólogo
Hospital México



Dr. Luis Gerardo Morelli
Vascular periférico
Hospital San Juan de Dios



Dr. Óscar Palma
Terapia intensiva
Hospital México



Dr. Tobías Ramírez
Ortopedista
Hospital Nacional
de Niños



Lic. Gabriel Rodríguez
Psicólogo
Hospital México



Dr. Róger Vargas
Fisiatra
Hospital Nacional
de Niños



PORTADA

08. Osvaldo Valerín. Vivo tras 10 horas de cirugía. Respira hoy gracias a las manos de los especialistas del Hospital Calderón Guardia y al apoyo de los ticos.

ÚNICOS

16. Abigail: triunfadora desde el nacimiento. Su llegada al mundo puso bajo prueba la estructura de tres hospitales de la CCSS.

20. 40 minutos a 18°C y sin sangre. Un procedimiento permite extraer complejos tumores induciendo a los pacientes al estado de hipotermia.

24. Moderno dispositivo reactiva corazones. El DAI hace la diferencia entre la vida y la muerte.

26. "Ese día regresé de la muerte". Don Alfonso se desplomó en un cajero automático. El DAI reactivó su corazón.

DE PUNTA

28. Salvación ante aneurismas de aorta. Hace diez años, los hospitales de la Caja incursionaron en la colocación de *stents* abdominales.

30. Pionera de los *stents* abdominales. María Isabel Ramírez fue la primera paciente tica a quien se le colocó.

32. Bomba de tiempo. El control permitió detectarle a Carlos Alberto Jiménez un aneurisma y dos obstrucciones arteriales.

34. Cirugía... ¡despierto! Neurocirujanos extirpan tumores en pacientes despiertos.

36. "Estuve consciente durante mi operación". Así explica David Marín, de 33 años, su experiencia.

38. Alargamientos óseos: una realidad en el país. El Hospital de Niños es el primer centro médico del mundo que los realiza en menores de un año.

ESPERANZA

42. Cuando llega más de uno... Los embarazos múltiples aumentan gracias a la práctica de las técnicas de reproducción asistida.

43. Lisbeth, 43 años, madre de trillizos: "Fue volver a empezar".

44. Rosalba, 30 años, madre de cuatrillizos: "Dios da carga a quien puede soportarla".

45. Elizabeth, 21 años, madre de quintillizos: "Mi vida cambió".

46. Corazones que hicieron historia. En 1991, un grupo de cirujanos realizó el primer trasplante en Costa Rica.

49. La primera en el Calderón.

María de los Ángeles Castillo.

50. El mejor juego de su vida.

Lemark Clark.

51. A los 15. Jocelyn Moya.

52. "A la Caja le debo alma, vida y corazón". La actriz Eugenia

Fuscaldó puede caminar gracias a dos reemplazos de cadera.

56. Contra todos los pronósticos.

A sus 84 años, doña Flora Ramírez le ganó la batalla a una isquemia intestinal.

60. Solución a la obesidad. La cirugía bariátrica se perfila como la salida para quienes sufren de obesidad.

64. Hemodiálisis y trasplante de riñón. "He superado tres trasplantes renales". Fabián Castillo.

66. "A los 24 años volví a nacer". Sharon Peralta.

ACCIDENTES

68. "Vivo por Dios, el deporte y los médicos". Sergio Arce.

72. Quemaduras: desafío diario en el Hospital de Niños. El trabajo de la Unidad de Cuidado Integral del Niño Quemado (UCINQ).

74. Julián se quemó con frijoles.

76. "Mi bebé se quemó 34% del cuerpo".

78. Tres casos de reconstrucción.

Pacientes del Cenare y el cambio en sus vidas.

SOLIDARIDAD

84. Un vital trabajo "de hormiga".

El apoyo de los voluntarios del Cenare.

86. Salud indígena con modelo innovador. Habitantes de Coto

Brus viaja seis horas para recibir atención.

90. Dar la mano más allá del hospital. Enfermeras del Tony Facio dotan de ropa a las indígenas y a sus bebés.

92. Crema con sello de la Caja. Una farmacéutica creó cremas para sanar las úlceras de sus pacientes.

INFORME ESPECIAL: CCSS: 70 AÑOS

94. CCSS: pilar de salud y paz.

97. Misión: mejorar la calidad de vida.

98. La vida no tiene precio.

99. ¡Dinero solidario!

100. ¡Alerta con los gastos!

101. Un paciente con cura.

102. 14 acciones de consenso.

104. Asegurados golpean finanzas.

106. ¿Qué dicen los médicos de la crisis?

108. CCSS: Pilar de la solidaridad nacional.

Vivo tras 10 horas de cirugía

Por: Carlos Muñoz/ Bienestar | Fotografías: Carla Saborío, cortesía del entrevistado y Archivo GN

Es la madrugada del 12 de enero de 2011. Faltan pocas horas para que Osvaldo Valerín entre al quirófano del Hospital Calderón Guardia para ser operado a corazón abierto. Respira con miedo, llora, piensa largamente en sus dos hijos, recuerda cómo lo sedujo el cigarro desde niño... llora de nuevo y siente que la noche es eterna. ¿Qué iba a pasar?

La historia de su milagro médico empezó a escribirse cuando probó el tabaco por primera vez, a los 13 años. Fue su compañero en su paso por la universidad y cuando emprendió la aventura de producir *Costa Rica y su historia*; luego vino la popularidad de la televisión, se convirtió en figura pública, más proyectos... Y el cigarro siempre en su mano.

“Cuando editaba el programa, lo hacía de noche. De tirón, podía fumar hasta cuatro cajas”, dice hoy un Osvaldo reposado, que guarda su carac-

terística voz y carga una agenda llena de tareas.

Aunque dejó de fumar una década atrás, sus arterias guardaron la eviden-

De Valerín

- **Nació el 31 de julio de 1959.** Tiene 52 años.
- **Estudió historia y sociología** en la Universidad de Costa Rica.
- **Sufrió disfemia** (tartamudez).
- **Empezó a trabajar en Canal 6 en 1989**, con el recordado segmento *Costa Rica y su historia*.
- **En 1995**, crea la Fundación Cívica Costa Rica y su historia.
- **Tiene dos hijos:** Christopher Alonso (16 años) y María Kristina (14 años).
- **Ganó en 2002** el premio Joaquín García Monge por promoción cultural.

Oswaldo Valerín respira hoy gracias a las manos de los especialistas del Hospital Calderón Guardia y al apoyo de los ticos. El historiador y documentalista afrontó un doble *by-pass* arterial para salvarlo de la trampa tendida por tres décadas como fumador, la diabetes, la comida grasosa y el estrés.





Con la ex diputada Rosemary Karpinsky.

Los primeros daños del cigarro los vivió en su voz. A veces, en medio de una grabación, se le dificultaba hacer la locución.

cia de la adicción de 30 años. La nicotina y el alquitrán volvieron rugosas las paredes de los conductos que llevaban sangre a su corazón, y, en ellos, se acumuló grasa de la comida rápida que devoraba en las producciones. Además, la diabetes viajaba con él, aunque Osvaldo no lo sabía. “El último cigarro que fumé fue en mi cama, acostado, y quemé el colchón”, repasa. “Es difícil entender que estás enfermo. No nos han preparado para eso”.

En 2004, empezó con dolores muy leves en el pecho. Creía que tenía una contractura. Era intermitentes. Lo trató de muchas formas, pero los diagnósticos no fueron certeros. Ese mismo año se enteró de su insuficiencia



Al lado de la cantante Mercedes Sosa.

de insulina: “Me dolió mucho porque mamá fue diabética y todas mis tías han muerto por esa enfermedad”.

Vino más trabajo, en exceso. Los años pasaron y la molestia no se iba.

Infarto

Una madrugada de agosto de 2010, Valerín pasó por una fuerte opresión en el pecho al ir al baño. Sintió que se desvanecía, vomitó, sudó frío. Sufría un infarto. Aún así, pensaba que el trabajo que lo esperaba a la mañana siguiente no podía posponerse. Se preparó y salió. Cumplió con el compromiso y no consultó a nadie por lo vivido horas antes.

Al mes, al terminar una grabación, detuvo todo y le dijo a su equipo “me voy a entregar. No puedo más”. Así

“Mi madre murió en mayo de 2000, de un ataque cardiaco, a los 62 años. Sufría de tabaquismo. Hasta sus últimos días fumó, aunque hacía más de 20 años que le habían dicho que tenía que cambiar su estilo de vida”.

llegó al Hospital La Católica, donde el doctor Eduardo Sáenz descubrió con un ultrasonido el extenso y profundo daño que cargaba en el pecho.

Inmediatamente, fue trasladado al Calderón Guardia. Era la primera vez que entraba a un centro médico de la Caja y que usaba el Seguro Social.

Se le practicó una arteriografía coronaria: sus arterias estaban bloqueadas en cuatro puntos y necesitaba una intervención inmediata.



Un recuerdo con Maribel Guardia.

En resumen

• Elliot Garita, cirujano de tórax y cardiovascular que comandó la operación, describe que el cuadro de Osvaldo fue



Con el Dr. Garita.

resultado de la diabetes, el fumado, la presión alta, el estrés y la mala dieta.

• El equipo de cirugía cardíaca del Hospital Calderón Guardia recibió su caso y optó por colocar cuatro *stents*, en setiembre de 2010. El cuerpo de Valerín los rechazó, dejando como única vía una operación a corazón abierto.

• En la intervención, de diez horas, el 12 de enero de este año, se le practican dos *by-pass* (una vena o una arteria del mismo cuerpo se toma para reemplazar un segmento obstruido). Superada esta fase, pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

• El 29 de enero de 2010 fue egresado. Inició su período de rehabilitación con ejercicio medicado. Hoy, tiene controlada la diabetes y es revisado periódicamente.

A los pocos días, por un costado de su cuerpo y mediante un cateterismo, entraron cuatro *stents*, que le reabrieron el camino a la sangre. Osvaldo salvaba su vida, por el momento.

Operar o morir

Diciembre de 2010. Habían pasado tres meses del “susto” y se acercaba la Navidad. Valerín sintió otra vez ese dolor en el pecho, el día 23. Simplemente, tomó su carro, se fue al Calderón Guardia y “a los 10 minutos ya estaba con la ropa del Hospital”.

Vinieron los estudios, que revelaron un rechazo de los *stents* y el consecuente cierre, otra vez, de sus arterias. ¿Y ahora? No había salida: su caso únicamente tendría futuro con una cirugía a corazón abierto, para colocarle cuatro *by-pass*, que saldrían de su vena safena –ubicada en la pierna– y de su arteria mamaria.

“Llamé a mis hijos y a mi hermana Kembly. En ese momento no quise que nadie más lo supiera”, recuerda. Con su computadora portátil y en la cama del Hospital, recibía mensajes y contestaba que “estaba en otro lado. Me invitaban a fiestas, pero todo lo evitaba; no iba a contar lo que me estaba pasando”.

Y así siguieron los días: más espera. El 25 de diciembre “me mandaron para la casa y dije ‘yo no me muevo de



Costa Rica y su historia empezó con unos guiones que Osvaldo preparó con compañeros de la universidad para promover la formación cívica. Le “tocó” ser el presentador de los pilotos: “Fue casi un golpe de suerte de la vida”.

aquí’, porque sabía que si me iba, podía morir en cualquier momento. No podía hacer ningún esfuerzo físico, ni subir una grada, ni bañarme solo...”.

La espera

Atrás iba quedando la Navidad y el final de 2010. En ese lapso asegura que “viví una demostración absoluta de amor al prójimo, de caridad por parte de todo el personal del Calderón Guardia. Nunca vi algo así”.

Le dieron una noticia temible pero ineludible: su operación sería el 12 de

enero: “nadie tiene fecha para morir... o para vivir... pero yo sí. Así lo veía”.

El primer día del año se paseaba por los pasillos. Él, en medio de pruebas y muertes de compañeros de salón, recibía otra noticia que podía cambiar el rumbo de todo: las reservas de su tipo de sangre eran insuficientes para llevar a cabo la intervención.

Los especialistas le hicieron una propuesta: emplear la televisión para difundir la urgencia, lo que haría pública su gravedad. ¿Sí o no? Lo pensó, bastante; no quería victimizarse. La respuesta final fue un sí: “Y la reacción fue impresionante. La gente llegaba hasta a hacer fila para donar sangre. Es un gesto solidario que llevo muy dentro de mí”, narra emocionado.

Pero la angustia seguía: “Ponga en orden todos sus asuntos legales. Si tiene algún credo, aférrese de él y hable con quien tenga que hablar”. Esa fue una de las indicaciones finales previas al entrar a la sala de operaciones.

Pero antes, el equipo médico le comunicó que serían solamente dos *by-pass*; los otros no eran necesarios. ¡Una alegría!

Al quirófano

Una sierra divide el esternón transversalmente. Las costillas se abren y queda expuesto el corazón. Minutos antes, Osvaldo era llevado por el pasillo, en medio de las porras de los funcionarios del Hospital Calderón Guardia: “Todo va a salir bien”, “Nos vemos en un rato”, “Aquí te esperamos”. Empezaban diez horas de operación. Su vida estaba en las manos de un equipo de primer nivel, encabezado por el cirujano de tórax Elliot Garita.

Nada inesperado en el quirófano. Un éxito la intervención. Ahora vendría la recuperación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde llegó el despertar y pasó dos semanas.

“¡Estoy vivo!”, fue la primera reacción al tomar conciencia. Inmediatamente su cuerpo le reforzó la idea: llegó el dolor aplastante. Su esternón había sido amarrado con hilos metálicos, vías intravenosas entraban y salían, drenajes y mangueras por doquier. Estaba conectado a un tanque de oxígeno.

Una mañana, cuando volvía de una noche de trabajo, Osvaldo llegó a su casa y le pidió un beso a su hija, entonces de tres años. “No, papá, usted huele muy feo”, fue la respuesta de ella. Ese acto fue el giro que le hizo ver el daño que el cigarro le estaba ocasionando.



“La Seguridad Social está pegada a mi corazón. No sé qué haríamos si no existiera la Caja. Yo no estaría vivo. Ahí trabajan verdaderos genios, desde los médicos hasta quien barre. Tenemos que fortalecer nuestro sistema solidario”.

Los medicamentos para soportar aquel trance lo llevaron a rincones de su mente que recuerda con claridad, a pesar de la sedación. “Vi a mi madre fallecida, a mi amiga Raquel Ramírez, quien había muerto en ese mismo hospital. Sentía que estaba en un parqueo porque no había campo en el Hospital”, describe aliviado. “Luego, ya consciente, el doctor Garita me dijo: ‘tuviste suerte’. Esas son las palabras más bonitas que me podían decir en aquel momento. Y mis hijos, fueron mi mayor apoyo... Ellos dos, mis sostenes”.

Superada la primera fase de su recuperación, hubo más tiempo para pensar, para hacer planes, para soñar de nuevo y reconstruir la esperanza. Su cama estaba cerca de una ventana, y Osvaldo la abrió para sentir brevemente la vida entrar del exterior. Era su único contacto con una atmósfera diferente a la de la fría pero imprescindible UCI.

“Me enfermé de la garganta tres meses. Fue una infección que me impidió trabajar. Ahí me propuse un cambio. Tenía que dejar el cigarro. Puse un paquete en la mesa de noche para usarlo por si sentía ganas de fumar; no lo abrí nunca”.

Vida nueva

El 29 de enero de 2011, Osvaldo Valerín estaba fuera del Hospital Calderón Guardia. La nube oscura se esfumó cuando puso un pie de nuevo en su casa. Mucha alegría, muchos cuidados, mucha paciencia. Todo en su vida retomó color.

Ya han pasado 10 meses de aquella madrugada, cuando esperaba ser operado, cuando “lloré como un niño pequeño. Fue interminable, pero aquí estoy”. ¿Proyectos? Todos los que vengan, pero, primero, la salud.

Su gratitud con quienes lo ayudaron y ayudan es inagotable: al equipo de salvavidas del sistema público de salud que lo arrancó de las manos de la muerte, a los donadores de sangre, a quienes le escribieron para confortarlo, a sus amigos, a su familia.

Después de una sonrisa plena, toma una postura seria y deja caer en la mesa una frase de cierre: “El cigarro es un asesino”.

Abigail: triunfadora desde el nacimiento

Por: María Isabel Solís/Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Róger Amoretty y Archivo GN

Su llegada al mundo puso bajo prueba la estructura de tres hospitales de la CCSS: pesó 490 gramos y midió 31 centímetros. Hoy, tiene cuatro años.



Cuando se le ve correteando con otros pequeños de su edad en la guardería “Rayos de Esperanza”, en Limón, nadie imaginaria que esta pequeña pesó 490 gramos y tuvo una talla de 31 centímetros al nacer: la más baja registrada en Costa Rica.

Abigail, como dice su madre, “es un milagro viviente, una batalla de fe. Los médicos nos decían que las probabilidades de vida eran escasas, pero ella se aferró a la vida y nosotros a la fe”.

La historia comenzó el 10 de junio de 2007. Su madre Belladira Ramírez llegó al Servicio de Emergencias del Hospital Tony Facio de Limón con un embarazo de 26 semanas y un cuadro de presión alta muy severo.

Su estado era tan delicado, que tras convulsionar en el hospital limonense fue trasladada de madrugada al Hospital Calderón Guardia.

Los médicos de ese centro médico josefino la atendieron de inmediato y determinaron que el embarazo había que interrumpirlo; solamente así se podría garantizar la vida de la madre, que era la prioridad en aquel momento.

Para sorpresa de los médicos del Calderón Guardia, Abigail nació el 11 de junio y, a pesar de su bajo peso, tenía muy buenas condiciones, aunque los doctores nunca dieron esperanzas de vida a sus progenitores.

“La vi al día siguiente de nacida. En aquel momento, me puse a llorar, pues era una niña diminuta que contrastaba con todos los recién nacidos. Tampoco me daban esperanza y me recordaban que la naturaleza era sabia: era mejor un desenlace a que la niña creciera con alguna malformación”, recuerda doña Belladira.

La complicación

A los ocho días de su nacimiento, le detectaron un problema intestinal y fue preciso trasladarla al Hospital Nacional de Niños. Allí, Abigail se aferró a la vida y, a su corta edad, empezó a luchar como “una heroína, como una súper mujer”, señaló en aquella

oportunidad el doctor Alberto Sáenz Pacheco, entonces jefe del Servicio de Neonatología.

Abigail empezó a superar una y otra dificultad: fue operada, recibió ventilación mecánica, alimentación especial y estuvo en una incubadora conocida como jirafa, que le permite reproducir el ambiente uterino.

Todos los cuidados, los conocimientos y los recursos tecnológicos de la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología del Hospital Nacional de Niños se pusieron al servicio de esta pequeña.

Pero las complicaciones no se detenían: el 5 de julio de 2007, Abigail estaba tan grave que los especialistas optaron por operarla, una vez más, a pesar de su bajo peso: “es la niña más pequeña que hemos llevado al quirófano”, cuenta Sáenz.

“Ese día mi esposo y yo guardábamos la esperanza. Recurrimos a Dios, porque sabíamos que para Él no había nada imposible; fue una batalla de fe. Nos aferramos al 2% de posibilidades de vida que decían los médicos. Hubo oraciones, ayunos, palabras de apoyo, motivaciones, intercesiones, mucho clamor a Dios por Abigail. También

En el momento más crítico del trance de Abigail, los especialistas apenas daban 2% de posibilidades de que sobreviviera.

“Los médicos y los cirujanos pusieron la ciencia. Dios puso el resto”. Edwin Alméndarez, padre de Abigail.

hubo momentos de abatimiento y de debilidad, cuando creí haber perdido la batalla, pero me sobrepuse. Le dije a Dios que se hiciera su voluntad. Le entregué la situación”, cuenta con gran franqueza Belladira. “Pero, a pesar de momentos de flaqueza, no perdimos nunca la fe. Sabíamos que iba a sobrevivir y ese día mi esposo Edwin Alméndarez y yo oramos y le dijimos a Dios que, para Él, Abigail, era su milagro perfecto.

“Al día siguiente, cuando mi esposo y yo llegamos al hospital, Abigail tenía otro semblante, estaba rosadita y se movía. Había vencido una nue-

va adversidad y creo que los médicos pusieron la ciencia y Dios puso todo lo demás. Aquel día renové mi fe, fue un giro de 180 grados, nos aumentó el optimismo”, recuerda su madre.

La niña permaneció tres meses internada en el Hospital de Niños. Allí, el esmero y la preocupación de todos los profesionales quedaron plasmados en su salud.

El 17 de setiembre de 2007, los especialistas le dieron de alta, pues ya había alcanzado un peso cercano a los 1.890 gramos: “Hoy, gracias a todo aquel esfuerzo sobrehumano, mi hija es una niña encantadora, hablantina,

2007 •



2008 •





cariñosa y es nuestra única hija, nuestra razón de vivir”.

Abigail, a su corta edad, puso a prueba a tres hospitales y a toda una red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), cuya respuesta fue inmediata.

Los besos, las sonrisas y travesuras de la pequeña lo respaldan.

El camino de Abigail en 2007

- **10 de junio.** Su madre llega al Hospital Tony Facio de Limón. Con un embarazo de 26 semanas y un cuadro de grave hipertensión; es trasladada al Hospital Calderón Guardia.
- **11 de junio.** Nace la bebé, que pesa apenas 490 gramos y mide 31 centímetros. El pronóstico de sobrevivencia es más que reservado; en ese momento, la prioridad era salvar a la madre.
- **18 de junio.** Se traslada a la pequeña al Hospital Nacional de Niños por un problema intestinal. Es operada y los especialistas se empeñan en salvar su vida, mientras que sus padres se apegan a su fe.
- **5 de julio.** Abigail es intervenida quirúrgicamente de nuevo. Para buena noticia de todos, al día siguiente, empieza su asombrosa recuperación.
- **17 de setiembre.** Es dada de alta con un peso de 1890 gramos.



2010 ●



2011 ●





Un novedoso procedimiento realizado en el Hospital México permite extraer complejos tumores induciendo a los pacientes al estado de hipotermia. Así, se elimina el riesgo de hemorragias que comprometan la vida.

40 minutos a 18°C y sin sangre

Por: Susana Saravia/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: CCSS y Shutterstock

Parece una historia sacada de la imaginación o de la exageración de una película hollywoodense. Sin embargo, es real y se basa en la idea de aprovechar el comportamiento del cuerpo humano en condiciones extremas –como la baja temperatura– para corregir algo que anda mal; de esta manera, se disminuye el riesgo para el paciente.

Según explica Oscar Palma, especialista en Terapia Intensiva del

Hospital México, algunos tumores se forman en lugares muy complicados, donde la cirugía implicaría un enorme riesgo, sobre todo por la posibilidad de hemorragias que puedan comprometer la vida del paciente.

Este fue el caso de doña Ana Patricia Molina, de 31 años y oriunda de Puntarenas.

“Ella –recuerda Avelino Hernández Osti, médico urólogo del Hospital México– presentaba una tumo-

ración en su riñón derecho, con tal tal crecimiento que invadió su vena cava”.

La cava es la vena principal de nuestro organismo. Por ella circula toda la sangre del cuerpo, desde nuestros pies hasta la cabeza. Funciona como vía principal de retorno al corazón.

“Realizar una cirugía convencional para extraer el tumor implicaba un enorme riesgo, lo que la hacía prácticamente imposible”, amplía Hernández.

De primer mundo

Dado que la cirugía convencional ponía en serio riesgo la vida de doña Ana, los médicos decidieron recurrir a una técnica utilizada sólo en los países del primer mundo y que en nuestro país se ha realizado únicamente en tres personas –Molina, la segunda de ellas–.

El tumor era tan grande que, para poder eliminarlo, debía no sólo extraerse el riñón en su totalidad, sino que además debía abrirse la vena cava y sacar una parte por arriba y la otra por abajo. Debido a su cercanía

con el corazón, se debía abrir el tórax para sacar la parte de arriba del tumor y el abdomen para extraer la parte inferior restante.

Es así como se hacía indispensable la participación de un cirujano de tórax, además del urólogo para realizar el procedimiento.

Para lograrlo, los médicos debían antes colocar a la paciente en una condición especial, extrema, que les

permitiera realizar la extracción del tumor, sin que se produjera un sangrado fatal.

Como hielo y sin sangre

Esa condición se conoce como “arresto cardíaco”, que consiste en detener el corazón y llevar la temperatura corpo-

ral de 37°C a 18°C, es decir, se debía llevar a la paciente a una condición de hipotermia.

De esta forma, se aprovecha la capacidad que tiene el cuerpo de permanecer sin circulación sanguínea hasta por 40 minutos, cuando cae en ese estado, ya que, a esa temperatura y por ese tiempo, ninguna célula del cuerpo muere.

Cuando la temperatura del cuerpo se baja, de manera controlada, de los 37°C a los 18°C, se dispone de 40 minutos para realizar el procedimiento, pues a esa temperatura y por ese tiempo ninguna célula del cuerpo muere.

Durante la operación, la sangre extraída se almacena en un contenedor especial, donde se mantiene anticoagulada, para luego ser incorporada de nuevo en el cuerpo.

La hipotermia o condición de enfriamiento se logra mediante la extracción paulatina de la sangre. La idea es extraer toda la sangre de la paciente para extraer el tumor y eliminar el riesgo de un sangrado.

Para ello es necesario contar con una bomba de circulación extracorpórea, mediante la cual la sangre se va extrayendo, se pasa por la bomba donde se enfría un poco, luego la sangre ingresa de nuevo al organismo de donde vuelve a salir nuevamente a la bomba que la enfría aún más. Regresa de nuevo al cuerpo y así sucesivamente hasta que se llega a los 18°C requeridos.

La sangre extraída se deposita y almacena en un contenedor donde se mantiene anticoagulada durante el tiempo que dure

la cirugía, para luego ser incorporada de nuevo en el cuerpo. La sangre ingresa al cuerpo de la misma forma en que se extrajo, se va calentando poco a poco y al llegar a los 36°C el corazón empieza a latir por sí mismo. En el caso de doña Ana, ella permaneció en “arresto cardíaco” durante 12 minutos.

Una vez concluida la cirugía, la paciente fue trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva donde permaneció por unos días. En esta cirugía participa todo un complejo y especializado grupo de profesionales, entre cirujanos de urología y de tórax, intensivistas, anesestesiólogos y personal de enfermería y sala de operaciones.



"FUE COMO HABER TENIDO UN HIJO"

Así describe doña Ana su felicidad tras año y medio de ser sometida a una cirugía poco convencional para extraerle el tumor que crecía en su riñón.

// Yo no tenía ningún dolor ni sentía ningún síntoma. Sólo noté que mi abdomen empezó a crecer mucho y todo el mundo me preguntaba si estaba embarazada, pero no. Supuse que se trataba de sobrepeso, así que decidí ingresar a un gimnasio y luego de casi un mes de asistir al gimnasio empezaron los dolores".

Esto hizo que doña Ana decidiera acudir al Ebais de Puntarenas, donde, después de varios exámenes, la doctora del lugar decidió realizarle pruebas más específicas e incluso referirla al Hospital Monseñor Sanabria.

Recuerda que al llegar a este centro médico, la dejaron hospitalizada por unos días hasta que luego fue trasladada al Hospital México, donde también fue hospitalizada de forma inmediata.

Después de muchos exámenes, pruebas y procedimientos, su cirugía se programó para el 7 de abril de 2010.

Aunque no tenía claro la magnitud de su cirugía y sobre todo las condiciones en las que se le realizaría, doña Ana estaba muy confiada de que todo sal-

dría bien, además de que contaba con todo el cariño y apoyo de su esposo Jack Lamarche, de nacionalidad canadiense, de su madre y de su hermana.

Cariño y profesionalismo

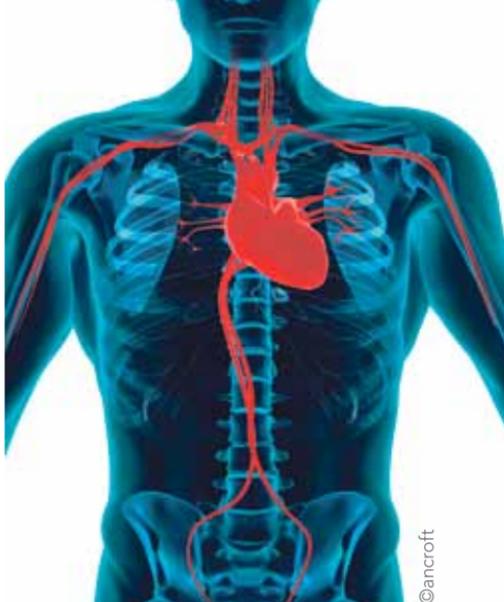
Más allá del temor que le generaba someterse a una cirugía tan compleja, recuerda el afecto y buen trato recibido por el personal del Hospital México, sobre todo mientras permaneció en la Unidad de Terapia Intensiva.

"Realmente me sentía querida y que le importaba a mucha gente. Eso también me dio fuerzas para poder superarlo".

Doña Ana aún no es madre. A pesar de ello, afirma que superar su tumor le hizo experimentar una felicidad tan grande, casi como si hubiera tenido un hijo.

"Todos los días al mirar mi enorme cicatriz, que va desde tres dedos abajo del ombligo hasta mi cuello, lejos de sentirme mal o triste, tengo una gran alegría, porque es el signo que me recuerda esta nueva oportunidad de vivir que me dio Dios por medio de los doctores de la Caja".

Moderno dispositivo reactiva corazones



©ancroft

Por: Susana Saravia/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Carla Saborío y Shutterstock

La muerte súbita es una condición que llega de forma inesperada. Sin embargo, un pequeño dispositivo, que se coloca en el corazón, puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte.

Parecería inimaginable que un deportista profesional, que no llega a los 30 años, se desplome en medio de un partido o de un entrenamiento porque su corazón sencillamente ha dejado de latir. Sin embargo, las escenas de futbolistas que caen en medio de la cancha se han vuelto frecuentes en los últimos años. Ellos han sido víctimas de la muerte súbita.

La muerte súbita cardíaca es repentina e inesperada, pero, además, fulminante. Por desgracia, es la última y más dramática manifestación de

una enfermedad que hasta ese momento el paciente no sabía que tenía.

Aunque pueden existir diferentes causas para esta “parada del corazón”, se relaciona, por lo general, con una arritmia cardíaca compleja, como las taquicardias ventriculares o fibrilaciones ventriculares.

Al detenerse el corazón, se merma de riego sanguíneo el cerebro, lo que lleva a una pérdida del conocimiento. Esta falta de sangre ocasiona la muerte de las células cerebrales, con lo que llega el deceso de la persona.

Por lo general, la muerte súbita suele aparecer en quienes han tenido afecciones del corazón, como infartos y disfunción en la contracción cardíaca. Sin embargo, también se asocia con enfermedades genéticas.

Dispositivo DAI

Hoy es posible detectar mejor a quienes están en riesgo de ser víctimas de una muerte por la inesperada detención de su corazón. El Desfibrilador Automático Implantable (DAI) manda un impulso eléctrico cuando el corazón se detiene; esto reactiva la marcha cardíaca.

Desde enero de 2008, la Clínica de Arritmias del Hospital México –centro médico de Centroamérica y del Caribe que más dispositivos implanta– ha venido colocando estos dispositivos.

El DAI es un pequeño aparato metálico del tamaño de una galleta, que se coloca en la parte superior del pecho, por debajo de la piel o el músculo pectoral y que se conecta al corazón por medio de unos cables.

Este dispositivo guarda información que permite detectar la arritmia cardíaca compleja. En el momento en que se produce la falla en el ritmo o se detiene el corazón, envía un cho-

que eléctrico que regresa a la normalidad el ritmo cardíaco, es decir, devuelve la vida a quien tenga en ese momento una muerte súbita.

Estudios recientes han evidenciado que los DAI han logrado una reducción de 39% de muerte súbita en relación con la ingesta de medicamentos.

A la fecha, en el Hospital México, se han intervenido cerca de 800 pacientes, de los cuales más de 10% ha tenido

muerte súbita y taquicardias, o como prevención primaria.

Inesperada, pero no invencible

Hoy, los cardiólogos tienen la posibilidad de realizar diagnósticos precisos para identificar de

forma oportuna a un paciente que se encuentra en el grupo de riesgo.

Algunos de los síntomas más frecuentes que presentan son el cansancio fácil, la debilidad permanente, las palpitaciones rápidas y los síncope, es decir, la pérdida del conocimiento con recuperación espontánea. No obstante, no existen los síntomas específicos para la muerte súbita.

Fuente:

Dr. Walter Marín, cardiólogo y especialista en electrofisiología. Hospital México.

El DAI es un aparato que se coloca en la parte superior del pecho. Tiene un costo de ¢12,5 millones.



“Ese día regresé de la muerte”

Para don Alfonso Redondo, de 63 años y vecino de Moravia, el 10 de abril de 2011 quedará por siempre grabado en su memoria, pero sobre todo en su corazón.

Víctima de un padecimiento cardíaco, se desplomó dentro de un cajero automático. En ese momento, el DAI reactivó su corazón, pudo reincorporarse y buscar ayuda.

Este economista de profesión, pensionado desde los 51 años por padecer de una miocardiopatía dilatada, incorporó desde entonces ciertos cambios en su vida que le ayudan a sobrellevar mejor la enfermedad. Fue así como aprendió a comer de forma saludable, con poca grasa y casi sin sal ni azúcar, decidió bajar el nivel de estrés de su vida y tratar de vivir más tranquilo.

Cumplió siempre con su tratamiento y con las visitas y controles médicos, pues comprendía que el mal podía ser controlado, pero no era algo reversible.

En una de las consultas regulares en el Servicio de Cardiología del Hospital México, fue referido a la Clínica de Arritmias, donde determinaron que era necesaria la colocación de un DAI, pues se había convertido en un candidato de muerte súbita.

Después de algunos días de internamiento, se le colocó el dispositivo el 22 de diciembre de 2010 y, un día después, estuvo de regreso en casa.

El 10 de abril de 2011, por la mañana, se disponía a salir de paseo.

Antes, pasó a un cajero automático para retirar dinero. Debido a que éste se encontraba fuera de servicio, decidió caminar a un segundo cajero, mientras su familia esperaba en el auto.

Justo en el momento en que hacía su retiro, sufrió un desvanecimiento que lo hizo caer al piso. En el suelo, tuvo una especie de “brinco” que le hizo llevar su mano al pecho. Volvió su conciencia y, aunque con dificultad, se levantó y pudo salir caminando.

Don Alfonso sufrió una muerte súbita. Su corazón se detuvo y provocó que no llegara sangre al cerebro, lo que hizo que perdiera la conciencia y cayera al suelo. El DAI detectó el problema, envió un impulso eléctrico e hizo que volviera a latir: “A pesar de vivir tantos años con esta enfermedad, realmente ha sido con esta experiencia que se me devolvió la vida. Estoy muy agradecido con Dios por esta oportunidad. Valoro más lo que tengo, mi familia y la vida misma. Pero también agradezco a la Caja, porque sé que, sin ella, la oportunidad de vivir no hubiera sido posible”.

Salvación ante aneurismas de aorta

Por: María Isabel Solís/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Shutterstock

©Sebastian Kaulitzki



Hace diez años, los hospitales de la Caja incursionaron en la colocación de *stents* abdominales. Se estima que unos 200 pacientes han salvado su vida con ellos.

Cincuenta años atrás se hubiera creído que era una historia de fantasía, pero hoy es una realidad: los cirujanos son capaces de corregir defectos haciendo un viaje a través de los conductos arteriales.

Hace exactamente una década, los especialistas en vascular periférico del Hospital San Juan de Dios comenzaron la era de la colocación de *stents* para la corrección de aneurismas de aorta abdominal. Esto revolucionó las opciones de tratamiento de los pacientes con esa malformación y llegó a darles una opción más de vida a pacientes como María Isabel Ramírez o Miguel Zúñiga.

“Muy pocos países habían incurrido en esta nueva técnica. Nosotros, en el San Juan de Dios, fuimos los primeros en realizarla en Centroamérica. Requerimos el soporte de un especialista mexicano que se tomó el tiempo para venir y entrenarnos. Afortunadamente, hubo buena disposición de las autorida-

El *stent* es un tubo (resorte) diminuto que se coloca dentro de la arteria con el fin de mantenerla funcional. De no atenderse, la ruptura del aneurisma llevaría a la muerte.

des del Hospital y de los pacientes”, recuerda el doctor Luis Morelli, jefe del Servicio de Vascular Periférico de este centro médico.

Los pacientes tenían solo una opción quirúrgica: la cirugía a corazón abierto.

La intervención es muy compleja, requiere gran pericia de los cirujanos, cuidados intensivos posquirúrgicos, un período de convalecencia bastante largo, incapacidad por al menos un mes y complicaciones que pueden afectar hasta un 30% de los pacientes.

Sin embargo, con los nuevos avances, los especialistas introducen por la arteria femoral un *stent*, que es una especie de resorte con el diámetro arterial que permite reducir el aneurisma y evitar su ruptura: una complicación que lleva irremediablemente a la muerte.

Ahora, la colocación de un *stent* en la aorta abdominal es un procedimiento de rutina en ese centro médico, pues se implanta, al menos, uno por semana.

Inicialmente eran los pacientes los que adquirirían la endoprótesis, cuyo costo podía ascender a los €5.000.000.

Sin embargo, las autoridades de la Caja decidieron introducirlo al arsenal terapéutico institucional.

€5.000.000

Valor promedio de un *stent*. Al inicio del programa, los pacientes debían adquirirlo por cuenta propia. Hoy, la Caja lo tiene dentro de su arsenal terapéutico institucional.

Esta política ha permitido que pacientes, como don Carlos Alberto Jiménez, un jardinero vecino de plaza González Víquez, mejoren su calidad de vida con la colo-

cación de la prótesis.

El grupo del San Juan de Dios ya ha adquirido gran experiencia en la colocación de *stents*, al punto que perdieron la cuenta de cuántos se han colocado. Sin embargo, se estima que unos 200 pacientes se han visto beneficiados con este procedimiento de muy pocas complicaciones.

La mortalidad prácticamente es cero y, hoy, pacientes como doña María Isabel Ramírez pueden disfrutar plenamente de la vida.

María Isabel Ramírez fue la primera paciente tica a quien se le colocó una endoprótesis para corregirle un aneurisma de aorta abdominal. Hoy, a los 78 años, narra la angustia que vivió cuando le detectaron la malformación.



Pionera de los *stents* abdominales

Por: María Isabel Ramírez/ Para Bienestar | Fotografía: Ronald Pérez

Era sábado 5 de mayo de 2001. Asistí por casualidad a una consulta que daría la médico naturista Alcira Baltodano en el salón comunal del residencial El Encanto, en Goicoechea.

Las primeras auscultaciones bastaron para que la profesional se detuviera sobre mi abdomen por varios minutos; sobrevino el silencio, la expresión de su rostro me lo decía todo: “Ya no la toco más. Hablaré con su hija”.

Había descubierto algún hallazgo que era preciso dilucidar. La indicación fue tajante: “Llévenla en forma urgente para que le hagan un ultrasonido”. Me hice la valiente, pero, en aquel momento, sentí que el mundo se me derrumbaba: no sabía qué tenía, pero comprendía que se trataba de algo delicado.

Mi camino hacia la clínica era de abatimiento, incertidumbre y preocupación, que se incrementó cuan-

do el especialista me empezó a realizar el ultrasonido, un examen que no terminaba. Al final, una nueva indicación: es necesario que la valore en forma urgente un especialista en vascular periférico.

El lunes siguiente busqué ayuda de emergencia en el Hospital San Juan de Dios. Me atendió el doctor Carlos Calderón, quien, tras ver el ultrasonido y las anotaciones del radiólogo, me explicó: “Doña Isabel... tiene un aneurisma de aorta abdominal gigante que es necesario tratar. Existen dos posibilidades: una cirugía convencional que es una operación muy riesgosa o la opción de colocar un *stent*, una especie de resorte que se coloca dentro de la arteria para cubrir el aneurisma”.

Fue claro en explicarme las ventajas que tenía el procedimiento: menos riesgos, tiempo de internamiento menor y una recuperación más rápida. El único problema es que no se realizaba en la CCSS ni en el territorio nacional.

La opción era ir al extranjero, pero las posibilidades económicas familiares eran escasas y no quería que mis hijos incurrieran en un gasto de

esa magnitud: cerca de \$50.000 en el procedimiento, sin contar los costos de alojamiento, comida y pasajes de mi acompañante.

Pero el doctor Calderón me abrió el camino: solicitó el permiso respectivo para realizarlo en el San Juan de Dios con el soporte de un especialista mexicano que estaba entrenado en el procedimiento.

Calderón había iniciado en el país la colocación de *stent* en las arterias coronarias y en carótidas; sin embargo, aún no había incursionado en la aorta abdominal, la arteria más grande del ser humano y que se le conoce como “tubo madre”.

No todos los médicos y cirujanos estaban convencidos de que la colocación del *stent* fuera la mejor opción para mi caso, debido a la falta de experiencia en el país y al riesgo de que me convirtiera en una “conejilla de Indias”.

Como paciente, tuve la última palabra y asumí el riesgo agarrada de Dios. El 10 de agosto de 2001, fui una de las primeras tres pacientes que se sometieron a este procedimiento y, todavía, por la gracia de Dios, estoy aquí para narrar y compartir mi historia.

Mi camino hacia la clínica era de abatimiento, incertidumbre y preocupación, que se incrementó cuando el especialista me empezó a realizar el ultrasonido.

Una bomba de tiempo



Por: María Isabel Solís/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Ronald Pérez

Este jardinero no tenía ningún síntoma que lo hiciera candidato a un infarto o a un derrame cerebral. Las citas de control permitieron detectarle un aneurisma y dos obstrucciones arteriales.

Don Carlos Alberto Jiménez, de 72 años, ingresó el 25 de septiembre al San Juan de Dios, referido del Calderón Guardia, con el diagnóstico de aneurisma abdominal.

El lunes iniciaron los exámenes de rigor para analizar su caso y ver cuáles opciones de tratamiento tenía el vecino de Plaza González Víquez.

Sin embargo, los médicos tuvieron tres hallazgos: una obstrucción de 70% en las arterias que llevan la sangre hacia el cerebro, otra en las coronarias y un único riñón en forma de herradura.

Para don Carlos, la noticia de que era una “bomba de tiempo”

fue sorpresiva; jamás se lo hubiera imaginado.

Un ultrasonido confirmó la presencia de un aneurisma en su aorta, que debía operarse a la brevedad porque corría el riesgo de reventar y causar una muerte por desangramiento. Por eso, fue remitido al San Juan de Dios, dada la experiencia acumulada en ese centro médico en la corrección de este tipo de malformación.

Además, sumaba otros riesgos: corría el peligro de sufrir un accidente vascular periférico o un infarto cardiaco por la obstrucción tan severa que tenía en sus carótidas y sus coronarias.

Los médicos tuvieron que decidir sobre la marcha cuál procedimiento efectuar primero. El doctor Luis Morelli, jefe del Servicio de Vascular Periférico del San Juan de Dios, explica que debieron estudiar cuidadosamente su caso para darle la mejor calidad de vida.

A don Carlos se le colocará un *stent* en sus carótidas, otro en las coronarias y, por último, se le corregirá su aneurisma con una endoprótesis. La esperanza



de los médicos y del paciente es que tras estos procedimientos pueda recuperarse en su casa, en compañía de su esposa Rita Ortiz y de sus siete hijos.

Esta es la única opción de tratamiento que tiene don Carlos, pues, si opta por una cirugía convencional para corregir su aneurisma, tendría primero que separar sus riñones: un defecto embrionario impidió que se dividieran.

Con este procedimiento endovascular no habrá necesidad de tocar sus riñones y el médico estima que, hasta el momento, no se considera que la malformación le produzca mayores dificultades en su función renal.

Para este abuelo de 72 años, que se dedica actualmente a cuidar jardines, la evolución de nuestra ciencia médica le permite la realización de este “combo” de procedimiento, que en otras naciones tendrían un costo cercano a los €100.000.000.

Don Carlos considera que esto ha sido maravilloso.

En este caso, la atención, el diagnóstico y la colocación de los *stents* y de la endoprótesis alcanzan una inversión cercana a los **€100.000.000.**



©CLIPAREA | Custom media

Cirugía... ¡despierto!

Con el propósito de no lesionar áreas fundamentales del cerebro, neurocirujanos extirpan tumores mientras el paciente permanece completamente despierto.

Por: Susana Saravia/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Shutterstock

El cerebro es un órgano complejo que controla todas y cada una de las funciones que realiza nuestro cuerpo. Como cualquier otra zona, puede verse expuesto a la formación de tumores que, con el paso del tiempo y de acuerdo con su crecimiento, pueden ocasionar serios problemas a quien los padece.

Extraer un tumor cerebral no es tarea sencilla. Además de implicar un riesgo, como cualquier cirugía, se pueden afectar áreas involucradas en el tumor que aún ejercen una función; por lo general, éstas son las áreas elocuentes del cerebro, encargadas del lenguaje y del movimiento.

Movilidad y lenguaje

El neurocirujano del Hospital México, Miguel Esquivel Miranda, explica que la forma ideal para extraer ciertos tumores del cerebro es mediante cirugía mientras el paciente se encuentra despierto.

Así, una vez que el médico logra llegar hasta este órgano, estimula con electrodos áreas de la corteza cerebral y, de acuerdo con la respuesta que se obtenga del paciente, logra identificar las áreas que controlan el movimiento y el lenguaje.

Esa es la principal ventaja de este procedimiento quirúrgico. Antes el problema al operar zonas elocuentes del cerebro era, precisamente, la posibilidad de afectar áreas involucradas

en el tumor pero que continuaban ejerciendo una función específica.

Debido a las características de esta cirugía, es imprescindible la participación de un equipo interdisciplinario de profesionales.

Durante los días previos, el personal de anestesia y psicología trabaja con el paciente. En esta fase, además de explicarle el paso a paso de la cirugía, le valoran para sopesar si es un candidato al procedimiento.

Así, el psicólogo le aplicará una serie de pruebas, que se usarán durante la operación.

Optimismo vital

Para Esquivel, la actitud y la motivación del paciente son vitales para terminar con éxito la cirugía y alcanzar una recuperación satisfactoria.

Con su cabeza totalmente rapada y ya en el quirófano, se le coloca anestesia local en su cabeza para colocarle un aparato llamado “sujecador” que mantendrá fijada y sostenida la cabeza del paciente.

Los médicos empiezan a abrir la piel, hasta exponer el cráneo. QUITAN la parte de hueso necesaria, así como la meninge, que es una especie de tela delgada que recubre el cerebro.

Cuando se llega a este punto, los radiólogos realizan un ultrasonido de cerebro, para precisar la ubica-

ción, extensión y profundidad exacta en la que se encuentra el tumor.

Posteriormente, el neurocirujano estimula con electrodos las áreas que supone corresponden al lenguaje y al movimiento. En este punto, se torna vital la participación del paciente.

Despierto y con su cerebro expuesto, el paciente se encuentra en completa capacidad de señalar expresiones y coordinaciones, conforme recibe los estímulos que aplica el cirujano.

El psicólogo le aplica al paciente lo que se conoce como “*Test* de denominación”, que consiste en preguntas sencillas y en mostrarle –por computadora– unas 80 imágenes. Se debe ir mencionando el nombre de cada una (barco, gato, perro, ardilla, etc.).

Asimismo, se le pide al paciente que realice movimientos con sus brazos y que hable, para lograr identificar las áreas que controlan el movimiento y el lenguaje.

Una vez que se llega a este punto, el neurocirujano decide por donde ingresar para lograr la extracción del tumor.

Fuentes:

Dr. Miguel Esquivel Miranda, neurocirujano y médico asistente en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México.

Dr. Gabriel Rodríguez Portuguez, psicólogo del Servicio de Neurocirugía del Hospital México. Tel.: 2242-6790.



“Estuve consciente durante mi operación”

Por: Susana Saravia/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Carla Saborío

Así explica David Marín, de 33 años, su experiencia. Él estuvo despierto mientras las manos de los cirujanos le extraían un tumor de su cerebro.

Mareos, fuertes dolores de cabeza, pérdida del equilibrio y un malestar general, sufridos a finales de 2010, fueron los motivos para que David consultara con la médica de la empresa donde trabaja.

Él fue tratado por presión alta, pero los síntomas continuaron. Gracias a una Tomografía Axial (TAC), practicada en 2011, se le detectó una lesión tumoral de 6 x 9 centímetros.

La noticia la recibió exactamente el 3 de mayo. No lo olvida porque ese día cumplía tres años de matrimonio y el tumor cambió los planes de celebración.

Recuerda que se sintió muy temeroso y con mucha preocupación; sin embargo, la labor del psicólogo Gabriel Rodríguez –quien forma parte del equipo que realiza esta cirugía en el Hospital México– controló sus miedos. Él lo ayudó a prepararse para la que sería una de las más increíbles experiencias de su vida.

El psicólogo explicó a David y a su esposa el procedimiento durante los días previos.

¡A pasar el examen!

“Yo sólo me repetía que iba para un examen para el que había estudiado”, recuerda David. Esa fue su estrategia durante la cirugía en la que le extraerían el tumor de su cabeza, mientras permanecía despierto.

Durante todo el procedimiento, el psicólogo fue su “conexión con la

vida”, pues era quien le hablaba y le preguntaba cómo se sentía durante las 11 horas que tardó su cirugía.

Recuerda y agradece profundamente el detalle de la anesthesióloga Laura Jiménez, del Hospital México, quien en tres oportunidades llamó a su esposa para contarle cómo iba todo y para que pudieran conversar.

“Cuando la escuché, lo primero que pude decirle fue: ¡sí habrá 13 de julio!, que es la fecha de mi cumpleaños. Y conversamos como cinco minutos”, recuerda.

Hoy, después de algunas sesiones de terapia física para recuperar la movilidad de la parte izquierda de su cuerpo –pues el tumor estaba en el hemisferio derecho de su cerebro–, David se encuentra prácticamente

recuperado.

Ahora debe terminar la radioterapia y asiste a sesiones de grupo, coordinadas por el psicólogo Gabriel Rodríguez, con todos los pacientes a los que se les ha intervenido de esta forma: “Me siento muy bien, ya no tengo miedo a caminar solo, ni mi familia tampoco. No tengo ninguna secuela de la cirugía y los dolores de cabeza y mareos se han ido para siempre”.

La cirugía para extraerle el tumor a David tuvo una duración de 11 horas. Incluso, pudo conversar con su esposa.

A close-up photograph of a person's lower leg and ankle, fitted with a complex, multi-layered metal orthopedic device. The device consists of several horizontal rings connected by vertical rods and bolts, designed to gradually lengthen the bone. The skin shows some bruising and a small white bandage. The background is dark and out of focus.

Alargamientos óseos: **una realidad en el país**

El Hospital Nacional de Niños es el primer centro médico en el mundo que realiza alargamientos óseos en pacientes menores de un año. Incluso, un bebé de cinco meses fue intervenido con resultados positivos.

El avance logrado en alargamientos óseos abrió el horizonte para los pacientes con asimetría de piernas y de brazos. Gracias a nuevas técnicas médicas, se ofrece una alternativa distinta a la amputación.

El Hospital Nacional de Niños inició los alargamientos de brazos en 2001 y 2002. Fue el primer centro médico en el mundo en realizarlos en pacientes menores de un año; incluso, en un niño de cinco meses.

Posteriormente, se efectuó en diez pacientes más y se obtuvo alargamientos hasta de diez centímetros. Dado el éxito obtenido en miembros superiores, se inició en los inferiores de niños con defectos congénitos.

Aunque no existe un acuerdo universal acerca de la edad óptima para efectuar el alargamiento, sí hay certeza de que los niños dan menores dificultades que los adultos.

Hoy, la Clínica de Fijación Externa del Hospital Nacional de Niños realiza alargamientos óseos con un rango de longitud entre 3 y 24 centímetros.

Fases del alargamiento

- 1. Descanso.** El período entre el día de la cirugía y el comienzo del alargamiento. Generalmente dura ocho días, dependiendo del hueso y de la edad del paciente. En este período, los extremos del hueso inician un acercamiento capaz regenerar el hueso progresivamente.
- 2. Alargamiento.** El hueso se va extendiendo gradualmente. Esto lo realiza el paciente, o algún asistente, en su hogar. En general, el hueso puede extenderse a razón de un milímetro diario. La duración de esta fase depende de cada caso.
- 3. Consolidación.** El espacio que transcurre entre el cese del alargamiento y el retiro del fijador externo. Complicaciones como infecciones crónicas, deformación del hueso, contracturas de articulaciones o tendones rígidos, entre otras, pueden alargar esta fase.



En promedio, por cada centímetro de alargamiento, el fijador externo debe ser utilizado por 35 días. Para un alargamiento de tres centímetros, debe estar instalado por 105 días.

Actualmente, se registran alrededor de 400 casos practicados, con 80% de éxito.

¿En qué consiste?

El procedimiento se basa en un estímulo producido en el hueso cuando se somete a fuerzas distractoras. Éstas tratan de separar los bordes, lo que envía una señal a las células para

que se reproduzcan. Se utiliza para compensar diferencias en el largo de las extremidades superiores e inferiores, o para alargar piernas, muslos o brazos con el fin de generar simetría o para una mayor estatura.

También se practica cuando hay pérdidas masivas de sustancia ósea, como, por ejemplo, después de un

accidente con fractura abierta o cuando el hueso no se ha consolidado o se ha infectado. De igual forma, se emplea para corregir deformidades por malformaciones congénitas, como acortamientos, encorvamientos, traumatismos, tumores, infecciones o talla baja.

Para su realización, el hueso comprometido debe ser seccionado y, una vez dividido, con la ayuda de un fijador externo, los extremos son separados por el paciente o un asistente en casa, a razón de un milímetro diario. Esto permite simultáneamente el alargamiento y la regeneración ósea.

En promedio, por cada centímetro de alargamiento, el fijador externo debe ser utilizado por 35 días, exceptuando las eventuales complicaciones que puedan presentarse. Así, para un alargamiento de tres centímetros, debe estar instalado por 105 días.

El paciente deberá acudir a control médico cada ocho o quince días, ocasión en que se solicitarán radiografías para evaluar la progresión del tratamiento.

Durante toda esta fase, es estrictamente necesario que el paciente tenga movilidad de las articulaciones involucradas. Es una condición indispensable para someterse al tratamiento.

Luego de obtener el objetivo y de una adecuada formación del hueso alargado, el especialista está en condiciones de retirar el fijador externo.

Los niños tienen mayor resistencia en los tejidos blandos para ser alargados, son más flexibles, más tolerantes a los procedimientos invasivos y están exentos de cargas psicológicas previas.

Habitualmente esto se realiza en consulta externa o mediante cirugía, depende de la complejidad del caso. Es un procedimiento ambulatorio.

Luego del retiro del fijador externo, no se debe correr ni saltar durante un año, debido a que un porcentaje importante de pacientes sufre fracturas posteriores al retiro del fijador.

Se contraindica someterse a esta intervención a pacientes con males que afecten su calidad ósea y aquellos que sean más susceptibles a contraer infecciones, como los diabéticos.

Los pacientes sometidos a una cirugía de alargamiento o reconstrucción ósea, con utilización de un fijador externo, deben tener en cuenta que se trata de un proceso, donde están involucrados junto al médico, las enfermeras y, sobre todo, su entorno familiar.

Fuentes:

Dr. Tobías Ramírez y Dr. Rodolfo Arroyo, especialistas de la Clínica de Fijación Externa del Servicio de Ortopedia del Hospital Nacional de Niños.

Cuando llega más de uno...

Por: Diego Coto/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Jeannine Cordero, Germán Fonseca y CCSS

Los embarazos múltiples van en aumento gracias a la práctica de las técnicas de reproducción asistida. Los hospitales de la Caja están totalmente preparados para atender a las madres antes, durante y después del parto.

Miedo, confusión, ansiedad y alegría son sentimientos que se entretienen en las entrañas de quienes reciben la noticia de una futura paternidad. Algunos experimentan estas sensaciones multiplicadas por dos, por tres, por cuatro o por cinco. Estos son tres casos en hospitales públicos del país.

Fuente:

Rafael Mora, ginecólogo del Hospital Max Peralta en Cartago. Teléfono: 2550-1990.

Genética y ciencia

- Entre 18 y 25 niños por cada 1.000 nacidos vivos pueden ser gemelos. Este es el embarazo múltiple de mayor frecuencia. Los trillizos, los cuádruples y los quintuples, en casi todos los casos, se deben a técnicas de reproducción asistida.
- En la mayoría de los casos, los embarazos múltiples no llegan a término; lo usual es que no superen las 36 semanas –ocho meses–.
- En los gemelares, el parto puede ser vaginal si los niños vienen de cabeza. Sin embargo, en embarazos de trillizos o más, debe ser por cesárea.
- Para estos partos debe prepararse un equipo completo de especialistas: dos pediatras o neonatólogos, dos enfermeras, dos auxiliares, dos asistentes y un único ginecólogo.

Lisbeth, 43 años, madre de trillizos:
"Fue volver a empezar"



Dos de los trillizos son atendidos en el Hospital de Cartago.

Tenía una vida tranquila en Cot de Cartago: una familia constituida por su esposo y sus seis hijos. Quince años después de su último parto, volvió a quedar embarazada y, esta vez, la felicidad sería triplicada. Es la historia de Lisbeth Redondo.

"Durante el embarazo, me asusté mucho. Al principio, tuve amenazas de aborto; sin embargo, luego, todo se fue dando muy bien. No tuve ningún contratiempo y hasta el momento puedo decir que me ha ido muy bien", narra la madre.

El 26 de agosto de 2010 llegaron Tatiana Pamela, Tannia Vanessa y Justin Andrey, con 35 semanas de gestación, en el Hospital Max Peralta: "Todo el mundo se asustaba de que ya tenía muchos hijos y muy grandes, que cómo iba a hacer con trillizos y con la edad que tenía. Sí puedo decir que es muy dura la experiencia, pero sin duda es muy linda. No la cambio por nada. Ha sido como volver a empezar con todo. Mis hijos me han rejuvenecido y seguiré por ellos".

Rosalba, 30 años, madre de cuatrillizos:
“Dios da carga a quien puede soportarla”



Jorge, esposo de Rosalba, cuida a uno de los cuatrillizos.

Uno de los mayores deseos de Rosalba Miranda era convertirse en madre. Durante dos años y medio, lo intentó sin lograrlo. Recurrió a la reproducción asistida y, mediante la inseminación artificial recomendada por su médico, logró quedar embarazada.

La mayor noticia la recibió diez días después de la concepción, cuando se enteró de que, en vez de gestar a su deseado hijo, su vientre llevaba cuatro.

“Al principio estuve asustadísima. Me preguntaba: ¿cómo es posible que cayera en el 1% de probabilidades de tener un embarazo múltiple? Poco a poco, me fui tranquilizando, puse todo en la manos de Dios e ilusionada es-

peraba la llegada de estos cuatro seres”, afirma la madre. “Hasta que no se tiene la experiencia propia uno no entiende; es imposible ponerse en los zapatos de los demás, pero sí tengo clara una cosa: Dios da carga a quien puede soportarla”.

Los niños, por haber sido prematuros, permanecieron un mes en el Hospital México para observación. Sin embargo, el parto fue muy rápido, los niños nacieron sin complicaciones y respiran por sus medios.

Rosalba se preparaba para recibir en su casa a sus hijos. Ya se está organizando para cuando entre a trabajar: “Por dicha, la licencia de maternidad le da a una madre con embarazos múltiples el derecho de permanecer de baja un mes más por cada hijo luego del tiempo general del permiso”.

Ella y su esposo están felices con sus hijos y saben que Dios sabrá ayudarlos a salir adelante con todo lo que tengan que enfrentar de ahora en adelante.

Rosalba fue la protagonista del segundo parto de cuatrillizos en 2011. Nacieron el 22 de setiembre.

Elizabeth, 21 años, madre de quintillizos:
"Mi vida cambió"



Elizabeth con sus cinco hijos.

María Celeste, María Belén, María Jimena, Gabriel y Mauricio le cambiaron la vida por completo a Elizabeth Camacho, de 21 años, hace dos años y dos meses cuando vinieron al mundo en el Hospital México.

Esta madre, a pesar del cansancio de atender a sus quintillizos, asegura que sus hijos son una bendición, que no se arrepiente de nada y que cada día los atiende con más amor: "Cuando lo supe, me sorprendí. Me pregunté cómo iba a cuidar a cinco niños de la misma edad. Sin embargo, dos años después, le puedo afirmar que ha sido una excelen-

te experiencia, pues mi vida cambió por completo".

Al inicio, los amamantó; sin embargo, luego, fue difícil continuar, por lo que tuvo que recurrir a otros alimentos. Su mayor apoyo son sus papás, sus tías y sus familiares, quienes, además de cuidarlos, la ayudan a alimentarlos.

Estos quintuples combinan sus juegos con la asistencia a la escuela de estimulación temprana a la que deben ir, ya que, por ser prematuros, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) los incluye en este programa para apoyar su desarrollo.

Trasplantes que hicieron historia

Por: Damaris Marín/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: CCSS, Róger Amoretty, Jorge Navarro, Osvaldo Quesada, Shutterstock y Archivo GN

En marzo de 1991, un grupo de cirujanos cardiovasculares y de cirugía de tórax, liderado por el doctor Longino Soto Pacheco, realizó el primer trasplante de corazón, hito que aún permanece en la memoria de los ticos.

©Patryk Kosmider

El Hospital México fue el centro médico en el que, en 1991, se llevó cabo uno de los actos memorables de la medicina costarricense. El doctor Longino Soto Pacheco, falle-

cido el año pasado, integró un equipo de especialistas y realizó el primer trasplante de corazón en el país.

Juan Rueda, vecino de Liberia, fue el paciente de 38 años que in-

Los trasplantes de corazón se empezaron a realizar en el Hospital México, en 1991. El programa se suspendió en 1999 y se retomó en 2007, en el Hospital Calderón Guardia.

auguró esta intervención en Costa Rica. Si bien murió un año después de la operación, le siguieron nueve personas más; Blanca Vega es la única que aún vive. El último en recibir esta intervención médica fue Florencio Briceño, el 24 de abril de 1999, con quien se cerró el ciclo en el Hospital México.

Ocho años después, la Caja envió a cuatro profesionales a especializarse al extranjero. El 30 de agosto de 2007, acontece el primer trasplante de corazón en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, que salva la vida a María de los Ángeles Castillo, vecina de Limón y de 42 años de edad.

A partir de ese día y hasta la fecha, en dicho centro médico se han realizado trece trasplantes. Uno de ellos fue de corazón y pulmón, y otro de corazón y riñón, efectuado a una joven de quince años, vecina de Cartago.

Estas complejas cirugías no significan costos adicionales para la Caja, pues se utiliza la infraestructura, el



Juan Rueda fue el primer tico al que se le practicó un trasplante de corazón, en el Hospital México.

personal y los medicamentos existentes en los hospitales nacionales.

El único gasto en que incurre la institución es el pago de horas extras, pues se trata de intervenciones quirúrgicas que consumen mucho tiempo, pues inician desde el momento cuando se informa al receptor del nuevo corazón. Curiosamente, en varios casos, ha ocurrido un domingo y en las primeras horas de la mañana.

De acuerdo con el doctor Rodrigo Chamorro, especialista en cardiología del Calderón Guardia e integrante del equipo de trasplantes, tras la operación, el paciente recibe control y vigilancia médica las 24 horas del día. La recuperación lleva varios días, un promedio de dos semanas.

Convivio de trasplantados



En agosto, los pacientes que han recibido corazones en el Calderón Guardia se conocieron por primera vez. Se reunieron con el equipo de especialistas que los operó.

Este emotivo encuentro unió también a los 20 integrantes del equipo de trasplantes del Calderón Guardia, quienes, durante los últimos cuatro años, han realizado once operaciones de este tipo.

Durante toda una mañana, médicos y pacientes rieron, lloraron, se abrazaron y dieron las gracias a Dios por haberles devuelto la salud y la vida.

Cada uno de los trasplantados recordó el antes y el después de sus vidas. Resaltaron de manera muy elocuente el acto tan humano de parte de los padres al permitir que sus hijos e hijas donaran el corazón, que late con fuerza en otros seres humanos.

Se presentaron seis de nueve pacientes: María de los Ángeles Castillo, Jocelyn Mejía, Lemark Clark, Olman Navarro, Denisse Ramírez y Edier Jiménez.

Ninguno se conocía. Ignoraban la historia que se guardaba en cada uno de ellos.

Su rasgo en común: un corazón nuevo palpitaba en sus cuerpos.

Un día de tantos, el doctor Carlos Salazar lanzó la idea de reunirlos y hacer un simbólico reconocimiento a cada uno de estos héroes anónimos, en su mayoría bastante jóvenes.

La iniciativa fue acogida y aprobada por el resto del equipo médico y por las autoridades hospitalarias.

El pasado 31 de agosto, los pacientes trasplantados se reunieron por primera vez. Se vieron cara a cara e intercambiaron experiencias, en especial el día que se les llamó para recibir la noticia de que “tenían un donador”.

La primera en el Calderón

Con ella, empezaron los trasplantes de corazón en el Calderón Guardia: María de los Ángeles Castillo, de 42 años y vecina de Limón. Cuatro años después, lleva una vida normal.

Tras el nacimiento de su última hija, María sufrió una trombosis pulmonar que le cambió la vida. Tanto así que el padecimiento la obligó a dejar su trabajo como secretaria en Japdeva.

Debido a lo delicado de su salud –no podía caminar ni alimentarse– estuvo internada en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Tony Facio de Limón. Luego de 41 días, le dieron de alta.

En vista de que su estado empeoraba, acudió a una consulta privada, de donde la refirieron de inmediato a Emergencias del Calderón Guardia. Ahí, se internó el 26 de junio de 2007, precisamente el día cuando su hijo mayor cumplía años.

Por semanas esperó un donador –su única alternativa–. Y ese milagro por el que tanto había orado, se le cumplió.



Recientemente, María visitó por primera vez la familia del donador.

Siempre le rogó a Dios por una nueva oportunidad y le prometió que dedicaría el resto de su vida a servirle: “Él me escuchó”. Desde el año pasado, se convirtió en catequista y ya “sacó” su primer grupo.

El resto de su tiempo diario lo destina a los quehaceres del hogar y a la atención de sus hijos, un varón y tres niñas, quienes en estos cuatro años

se han convertido en sus ángeles más cercanos: “Además de ayudarme en la casa, están pendientes de que no se me olvide tomarme los medicamentos”.

Para la limonense, vivir con un corazón “ajeno” tiene un significado profundo. Es de eterno agradecimiento a Dios, a los padres del donador y a todo el equipo de trasplantes que, desde el primer momento y hasta hoy, le ha proporcionado cuidados médicos y personales.



El mejor juego de su vida

Un joven apasionado del baloncesto tuvo que someterse a un trasplante cardíaco para salvar su vida. Hoy, sus días transcurren con normalidad y goza su segunda oportunidad.

A sus 23 años, Lemark Clark, vecino de Sabanilla, se enfrentó a la situación más difícil de su vida: despedirse del corazón con que nació y recibir el de un joven, al que precisamente vio, horas antes, sufrir un grave accidente automovilístico. Sin embargo, por su mente nunca pasó la idea de que sería su donante.

Al día siguiente de aquel accidente, recibió la llamada de Marietta Daley, coordinadora de Enfermería del Programa de Trasplantes: debía ir de inmediato al Calderón Guardia.

No tuvo oportunidad de preguntar ni de reaccionar. Se encaminó al centro médico, con mucha fe y esperanza de que todo fuera a salir bien.

Semanas después de la intervención, se enteró de que el donador siempre le había dicho a su mamá que cuando muriera entregara todos sus órganos: "Para mí es y seguirá siendo mi ángel, mi gran amigo, al que todas

las noches le doy un abrazo. Jamás me canso de decirle '¡muchas gracias!'".

La historia de Lemark empezó cuando su estado de salud decayó y acudió al servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, donde fue valorado por un cardiólogo.

Luego de un ultrasonido, se le diagnosticó miocardiopatía dilatada, que le producía graves problemas para respirar y caminar. Requería, con urgencia, un trasplante. Todo esto significó abandonar una de sus mayores pasiones: el baloncesto, al que espera algún día regresar.

Mientras tanto, continúa sus estudios de terapia física y sigue los tratamientos de rigor, que lo obligan diariamente a tomarse cerca de 40 pastillas.

Su recuperación fue satisfactoria. Pocas semanas después, retomó su vida, sin ningún problema, excepto el cuidarse mucho y seguir al pie de la letra las recomendaciones médicas.

A los 15

Jocelyn es una de las pacientes más jóvenes que ha recibido un corazón en el país. También, se le trasplantó un riñón de su padre.



Pocos días después de cumplir sus 15 años, en agosto de 2010, Jocelyn Moya permaneció internada en el Calderón Guardia por siete meses, en espera de un corazón.

El día tan esperado por ella y sus padres llegó el domingo 27 de marzo de este año, cuando recibió la buena noticia. En ese momento, se encontraba en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde pasó más tiempo.

La cardiopatía dilatada congénita que sufría le produjo, por mucho tiempo, serias crisis de vómito con sangre y enorme cansancio que la llevaron a dejar sus estudios. Hoy, espera reanudarlos el próximo año; entraría a octavo año en el Liceo Braulio Carrillo de Cartago, donde vive.

Jocelyn recuerda que ingresó al quirófano cerca de la una de la tarde. El procedimiento se extendió hasta las diez de la noche.

Su evolución fue muy rápida; a los tres días del trasplante, pidió comida. Primero le dieron “sustancias” y gelatinas; luego, pasó a una dieta blanda.

Permaneció tres semanas en Cuidados Intensivos, totalmente aislada. Sus padres la visitaban y la observaban a través de una ventana.

A los dos meses de permanecer en su hogar, estuvo cerca de sufrir un infarto. Luego de los exámenes médicos del caso, se le informó que necesitaba con urgencia un trasplante de riñón.

La primera persona en decirle “yo te dono” fue su propio padre, Olman Moya, de 36 años, quien de inmediato se sometió a todos los estudios y pruebas de compatibilidad, que arrojaron resultados favorables.

El trasplante de riñón se le realizó el domingo siete de junio. Al tercer día, a don Olman se le dio de alta y su hija permaneció internada quince días.

Al igual que con el trasplante de corazón, Jocelyn respondió de manera excelente al de riñón, lo que considera como dos milagros y oportunidades que le ha dado Dios: “aprovecho al máximo cada día de mi vida, al lado de mis padres y mis tres hermanos”.

ESPERANZA

"A la Caja le debo alma, vida y corazón"

La actriz Eugenia Fuscaldó puede caminar gracias a dos reemplazos de cadera practicados en los hospitales San Juan de Dios y San Vicente de Paul. La artrosis había consumido su movilidad y estaba cerca de dejarla incapacitada.

Es una de la actrices más populares del país. Sus personajes “Auristela” y “doña Tere” son entrañables para muchas generaciones. Pero, detrás del escenario y de la pantalla, Eugenia Fuscaldo sufría un desgaste en ambas caderas que amenazaba con alejarla de su carrera.

“Fue por artrosis. La heredé de mamá. Me la detectaron a los 51 años. Pasé por todas las posibilidades para no entrar en la lista de reemplazos. Tuve una crisis horrible: ni dormida, ni acostada se me quitaba el malestar; me dolía todo, desde los pies hasta las piernas, la espalda... Pasé casi tres años con bastón”, describe.

La cirugía se hizo inminente: “Andaba casi arrastrada, porque ya me estaban chocando los huesos. La intervención me daba mucho miedo, la traté de evitar, pero en ese punto era la única opción”.

Después de todas las pruebas necesarias, le explicaron en qué consistiría la operación: una prótesis de metal sustituiría el tejido desgastado por su padecimiento. Primero fue la cadera derecha, en marzo de 2010.

Primer paso

Eugenia asegura que una vez que puso un pie en el Hospital San Juan

de Dios para ser intervenida, sus miedos desaparecieron; fue un domingo. Se encontró pacientes que le decían “si yo hubiera sabido que iba a quedar tan bien, me lo hubiera hecho hace años”. De ahí nacieron lazos de amistad que siguen hasta hoy.

“Me impresionó que a todos nos daban el mismo trato. El personal estaba siempre atento a lo que necesitáramos. El sistema de medicina solidaria es maravilloso”, señala con fuerza Fuscaldo.

Llegó el día. La cirugía salió muy bien, pero una condición muy propia de su cuerpo la hizo tener una recuperación pesada: los medicamentos para el dolor le generaban una reacción adversa, que los médicos llaman “paradójica”.

Por ello, tuvo que aguantar mucha molestias en la primera etapa de recuperación: “Pasé por un cuadro de presión baja del que no salía. Me lo generaba la morfina, hasta empecé con fiebre y vómito. Por dicha, no tenía infección en ninguna parte”.

Tras el paso de esos días difíciles, la actriz empezó a notar el cambio positivo. El sábado siguiente le dieron permiso para irse a su casa, eso sí, con un arsenal de medicamentos, incluidos los anticoagulantes.



“Sofía, mi hija, (a la derecha) nació en el San Juan de Dios. Yo he sido de hospital público, porque la Caja es de todos. Y claro que también deben haber opciones privadas, las dos deben coexistir”.

Vinieron dos meses para retomar el ritmo cotidiano de su vida, con una rehabilitación intensa: la piscina y la bicicleta se volvieron habituales. Pero, no tenía en cuenta en ese momento que muy pronto le esperaba la misma cirugía, en la cadera izquierda.

De vuelta

Cuando fue intervenida la primera vez, los especialistas y la misma Fuscaldo pensaron que la cadera izquierda tendría más aguante para retrasar la opción de entrar de nuevo al quirófano. Pero, su articulación no soportó y apenas a unos meses de la primera cirugía, le comunicaron que

Datos de “doña Tere”

- Eugenia Fuscaldo Peralta.
- 58 años. Tiene una hija: Sofía, de 25 años.
- Sufre de artrosis (desgaste de los cartílagos de las articulaciones).
- En marzo de 2010, se le hizo un reemplazo de cadera en el Hospital San Juan de Dios.
- En febrero de 2011, se sometió al mismo procedimiento, en la cadera izquierda.
- Hoy está recuperada, controla su peso y sigue activa en sus proyectos como actriz.

debía someterse al otro reemplazo. Sería en noviembre.

Pero, una neumonía alteró el plan. A la sala de operaciones no se podía entrar con infecciones de ningún tipo; ni con una caries. Así, tuvo que esperar hasta febrero.

Para la fecha, los quirófanos del Hospital San Juan de Dios no estaban habilitados, por lo que aunque se internó en ese centro, la operación se le realizó en el Hospital San Vicente de Paul, en Heredia. Luego, fue trasladada de nuevo a San José. Esta vez, la recuperación se complicó, aún más.

Perdió mucha sangre en la operación, su presión bajó de nuevo y tuvo taquicardia por doce horas. Le prac-

ticaron una transfusión y no podía moverse.

“Ahí se comprende lo que es la dedicación por los demás. Los asistentes, los enfermeros, los médicos; todos hacen el mejor esfuerzo para sacar a los pacientes adelante. Me tenían hasta que bañar en la cama”, narra emocionada.

Luego de una semana de internamiento y de más amistades nuevas, volvió a casa, esta vez, con la alegría de saber que ya no tendría que volver a pasar por el trance operatorio: “Estaba tan agradecida y tan feliz de haber nacido en este país”.

La recuperación en casa de este reemplazo transcurrió un poco más lenta: “Tuve que usar andadera, que es complicado al inicio”.

Eugenia asegura que hoy es otra persona, gracias a las intervenciones. “Antes, tenía la cara marcada por el dolor. Pero ya se me quitaron absolutamente los dolores. Mi recuperación ha sido maravillosa. Puedo estar tranquila, porque sin salud no hay nada”, dice alegremente. “Mis reemplazos son de titanio; imagínese, operaciones millonarias que están para todos los que las necesitamos”.

“Mi mamá tenía artrosis en todo el cuerpo. Incluso, sus hermanas, mis tías gemelas, tuvieron que pasar por el doble reemplazo de cadera. Hoy estoy a dieta, porque no quiero que sigan las rodillas”.



ESPERANZA

Contra todos los pronósticos



Los especialistas consideran que en el caso de doña Flora hubo tres milagros: que a su edad –84 años– saliera con vida de la operación, que volviera a caminar y que no le tuvieran que colocar la bolsa de ostomía.

Doña Flora está acostumbrada a vivir en el campo. Decidió irse a vivir con su esposo, José Fabio, al Rodeo de Mora hace 20 años, cuando por la noche tenían que iluminarse con velas y donde si uno se enfermaba tenía que tomarse alguna pastilla del botiquín casero.

Quizás por esa forma de vida, un día del pasado mes de febrero, no quiso ir al hospital. A sus 84 años, siempre estuvo acostumbrada a acostarse temprano y a amanecer temprano también.

Pero ese día se despertó a la medianoche por un fuerte dolor abdominal. Luego de una tacita de té, a seguir durmiendo; no obstante, el dolor regresó mucho más fuerte después. Su esposo, un farmacéutico ya pensionado, llamó a su hija para llevar a doña Flora a un médico. Así lo hicieron.

Fueron a Ciudad Colón. Ahí, el profesional les dijo que los síntomas que ella presentaba, ese dolor agudo en el abdomen y un cuadro diarreico de varias semanas, ame-

ritaban que la llevaran de una vez al hospital para una mejor evaluación. Pero, esta abuela de 16 nietos es fuerte y no lo quiso así. Ante su insistencia de que ya se sentía mucho mejor, se la llevaron de vuelta a su casa, con el acuerdo de que al amanecer la llevarían al centro médico. Al llegar a su hogar, allá en El Rodeo, su cuerpo entró en *shock* y se desvaneció.

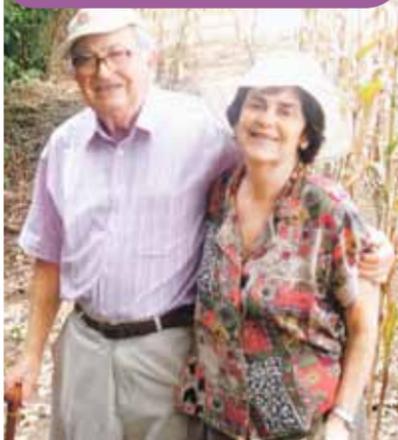
El caso de doña Flora

- 84 años.
- Sufrió una isquemia mesentérica en el intestino delgado, lo que le provocó la muerte de tres metros del tejido.
- Los médicos le extirparon esa sección del órgano. Sus riñones se paralizaron en el trance.
- Permaneció en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México por tres semanas.
- Afrontó fuertes cuadros de fiebre, neumonía y estuvo conectada a un respirador artificial por 14 días.

En casa

Al darle de alta del Hospital México, la familia de doña Flora debió afrontar un gran gasto económico el primer mes de su etapa de recuperación:

- **Atención** de enfermeras en casa por un mes durante las 24 horas: ₡240.000 diarios (₡7.200.000).
- **Rehabilitación física** diaria con una terapeuta: ₡10.000 diarios (₡300.000 mensuales).
- **Medicamentos**, exámenes de laboratorio, los alquileres de equipo (silla de ruedas, respirador y cama), entre otras necesidades.
- **Traslado** en ambulancia privada para exámenes por una recaída.



Con José Fabio, su esposo.

Los médicos nunca le negaron la vida a doña Flora pese a su avanzada edad. Por el contrario, le dieron una atención excepcional, como lo hacen con todos los pacientes, sin distinguir condición social, género ni edad.

Su hija Ligia llamó la ambulancia para trasladarla a un hospital privado, donde, después de radiografías, ultrasonidos y un TAC, se le diagnosticó una isquemia mesentérica: cuando la sangre no llega a un tejido y éste muere.

Definir el rumbo

Había entonces que tomar una decisión: dejarla en el hospital privado o trasladarla a uno público. La familia optó por ir al Hospital México. Ahí, muy rápidamente, el cirujano la valoró y recomendó de inmediato una operación. El internista dio el visto bueno y de una vez al quirófano.

Ya dentro, se dieron cuenta de la magnitud del caso: alrededor de tres metros de intestino delgado estaba muerto, pues se había “enrollado” con la arteria que oxigena parte de ese intestino. Procedieron entonces a cortar parte de este último.

Después de la cirugía, la supervisaron en la Unidad de Terapia Intensiva.

Luego, en recuperación, la atendieron internistas, intensivistas, enfermeras, anesthesiólogos, cirujanos, residentes e infectólogos. Se le hicieron siempre exámenes completos como hemogramas, pruebas de función renal, pruebas de función hepática y de electrolitos. En fin, una atención de lujo. Nunca se le negó la vida a doña Flora a pesar de su avanzada edad.

Retener la vida

Hubo dos factores que salvaron a esta mujer: primero, llevar una vida extremadamente saludable “con una buena dieta y sin ningún tipo de vicios, por lo que no tenía ni el azúcar ni la presión alta”. Segundo, la rápida atención de los especialistas de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital México.

Incluso, y para hacer más increíble esta historia, doña Flora superó valientemente una neumonía y altas fiebres posteriores a la operación, que la tuvieron al borde de la muerte, conectada a un respirador artificial.

Hoy, está de vuelta en su casa, en el campo, donde los pájaros despiertan al amanecer y las chicharras anuncian la caída del día. Está agradecidísima con el Seguro pues le permitió continuar con vida y seguir chineando a sus hijos, nietos y bisnietos con la exquisita cuchara de su cocina, aunque, como ella dice entre

sonrisas, “ya me canso más rápido. Prefiero darles las instrucciones a mis nietos para que ellos cocinen, y yo los superviso”.

Uno de los médicos que la atendió lo definió así. “Éste es un caso definitivamente excepcional. Nunca había visto una situación en la que alguien haya entrado tan mal a esa edad y haya salido tan bien”.

UTI del Hospital México

Atiende casos graves, con expectativa de vida y que requieren de apoyo tecnológico, vigilancia y tratamiento médico continuos.

- **Pacientes.** Recibe por año unos 500, con promedio de edad de 60 años, pero trata a toda persona mayor de 12 años.
- **Sobrevida.** Entre 80% y 85%. Inversión. \$669.625 por día, cada paciente. En medicamentos es variable: en algunos alcanza hasta \$2.500.000.
- **Equipamiento.** Tecnología de punta: monitores, ultrasonido, arco en C (fluoroscopías), hemodiálisis, camas especiales, bombas para broncoscopios, entre otros.
- **Personal.** Una enfermera por cada dos pacientes, tres médicos especialistas en terapia intensiva, cuatro infectólogos, residentes y terapistas respiratorios.

Solución a la obesidad

La cirugía bariátrica se perfila como la salida para quienes sufren de obesidad y creen que su problema no tiene tratamiento.

Por: Rosibel Vargas/ Para Bienestar | Fotografías: Cortesía de las entrevistadas

En Costa Rica, la cirugía bariátrica, se práctica desde 2005.

Tomó auge en 2010 –año en el que se le realizó a 30 personas–. Hoy, se aplica a cuatro personas por mes en el Hospital Calderón Guardia, con una lista de espera de 100 pacientes.

El país cuenta con quince especialistas que realizan este procedimiento de restricción gástrica, los cuales ofrecen consulta en los hospitales México, Calderón Guardia, San Juan de Dios y en el servicio privado.

Sufrir a solas

Según la doctora Ana Carrasquilla, especialista en bariátrica y laparoscopia, muchos casos van desde 120 kilos, “que son los flaquitos”,

hasta 205 kilos, quienes no salen de sus casas y no trabajan, porque les cuesta moverse, subir a un bus o a un taxi. Además, sufren la burla de la gente.

La obesidad puede comprometer seriamente al paciente al aumentar los riesgos de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

La cirugía bariátrica mejora su salud, les da movilidad y trae resultados estéticos y aumento en el autoestima.

El paciente debe comprometerse, seguir procesos alimenticios rigurosos antes y después de la cirugía y tener paciencia y mucha persistencia. De las 100 personas que esperan la cirugía en el Calderón, solamente 20

¿Qué es la cirugía bariátrica?

Hay 3 tipos de cirugía bariátrica:

- Restrictiva de banda gástrica ajustable.
- Restrictiva de manga gástrica.
- *By-pass* gástrico.

La más usada es el tipo restrictiva de manga gástrica, que elimina la parte del estómago donde se localiza la hormona ghrelina, responsable del apetito.

Es una recesión gástrica en forma tubular que restringe el paso del alimento. "Al quitar esta hormona y disminuir el tamaño del estómago, la persona se siente satisfecha con poca comida y de aquí el proceso de pérdida de peso". En la segunda fase a los pacientes se les practican cirugías reconstructivas.

están comprometidos por lograr resultados a largo plazo.

El paciente pierde 15 kilos en los primeros 15 días y luego un kilo por semana durante los 18 meses posteriores a la cirugía. Se puede perder 60% u 80% del peso extra. Los hombres pierden más que las mujeres.



Antes: Krissia en diciembre de 2007.

Después: Tras el procedimiento, en 2008, perdió 75 kilos.

"Hasta alistar a mi hijos me dejaba agotada"

Krissia Vargas pesaba 146 kilos cuando empezó con la nutricionista y bajó 30 kilos antes de la cirugía.

Le practicaron la técnica de manga gástrica, en el Calderón Guardia, en marzo de 2008 y perdió 45 kilos más.

"La obesidad no es un asunto de estética; es también de salud" dice Krissia. "Mi obesidad complicó mi salud, yo sufría de diabetes, hipertensión, colesterol y triglicéridos".

"Levantarme y preparar a mis hijos para ir a la escuela era tan agotador como ir y venir a pie a Cartago. Quedaba tirada en el sillón todos los días. No es una vida saludable ni deseable".

"Con la operación y la nutrición no solamente estabilicé el peso, sino también mi diabetes y los males paralelos. Me llena de satisfacción".



Antes: Marisol con su sobrino Alejandro, en 2008.

Después: Marisol en febrero de 2011.



“Pesaba 207 kilos, hoy 90”

“La cirugía me dio una vida nueva, tengo más ánimo, más energía, la gente me felicita. De hecho, ¡muchos ni me conocen! Tengo que mostrarles una foto de como era antes para que me crean; yo soy otra persona”, cuenta Marisol Mora.

Ella pasó 10 años sin subir a un bus porque la gente la veía feo y se burlaba de ella: “Una sufre a escondidas; incluso, el aseo personal se vuelve una dificultad”.

Esperó tres años para someterse a la cirugía. En su caso, no querían hacérsela por el riesgo y porque los equipos que tenía la Caja eran pequeños para su tamaño, pero su per-

sistencia logró que en noviembre del 2008 entrara al quirófano. Pesaba entonces 207 kilos y hoy 90.

“He tenido que pasar también por dos cirugías reconstructivas, la primera fue del abdomen y me quitaron ¡22 libras de piel! Y perdí en total el 80% del estómago”. Cada operación da más seguridad, pero “yo he sido muy constante y con un gran compromiso personal porque aquí nada es mágico, 50% lo aporta la cirugía y el otro 50% una “, dice Marisol, quien afirma que puede comer de todo, pero poquito y el cuerpo mismo le hace rechazar ciertos alimentos, como la comida chatarra.

“Parecía un globo”

Lina López se percató de su problema al llegar a la consulta de Emergencias por un fuerte dolor de espalda. Ahí la refirieron a la unidad de bariátrica y en sólo 15 días la estaban operando.

Ella aumentó el consumo de azúcar, harinas, grasas y carbohidratos de forma desmedida hasta llegar a los 122 kilos: “Yo sufría porque no podía atender a mi segundo hijo, no podía ni moverme y tenía cansancio extremo; parecía un globo, era gorda desde el cuello”.

La operaron en junio del 2005, le practicaron *by-pass* gástrico.

“A pesar de mi obesidad tenía el factor de gorda sana lo que ayudó a la rapidez del proceso”.

Hoy en día pesa 62 kilos, tiene una dieta regular, sin limitaciones y su



Hoy: Lina (a la derecha) pesa 62. Antes de la cirugía, alcanzó 122 kilos.

cuerpo le acepta poca comida.

Su mayor satisfacción, después de la cirugía, fue cuando su hijo le dijo mamá, porque yo se sentía ausente para él. “Por fin me podía mover y atenderlo”, dice Lina, quien añade que ver “los dedos pequeños de mis pies fue una faceta fantástica” para su vida.

Grupo de apoyo en Internet

Como parte de las iniciativas de apoyo a la población que desea bajar de peso y mantener un estilo de vida sano, el Hospital Calderón Guardia creó en *Facebook* el grupo “Baja peso y aumenta tu encanto”.

La idea, con esta iniciativa, es darle seguimiento al proceso, compartir experiencias e

información, así como mantener la fuerza de voluntad.

El grupo, además, se reúne dos veces por año.

Si usted sufre de obesidad y desea información, puede buscar en esa red social bajo el siguiente nombre: “Hospital Calderón Guardia: Grupo Baja de Peso y Aumenta tu Encanto”.

Hemodiálisis y trasplante de riñón

La Caja ofrece cobertura y transporte cada día desde todos los rincones del país a los pacientes que requieren purificar su sangre.

Por: Paola Serrano/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Adrián Soto

"He superado tres trasplantes renales"



Fabián ha luchado desde su adolescencia contra el Síndrome de Alport, que desgastó sus riñones.

Fabián Castillo es un ejemplo de que los milagros existen. Desde su nacimiento, los médicos le detectaron que era portador de Síndrome de Alport, como uno de sus hermanos mayores.

Esta enfermedad hereditaria provoca la inflamación de los riñones (nefritis), entre otros problemas de salud y afecta con mayor frecuencia a los hombres.

Cuando Fabián tenía entre 13 y 14 años, la aparición de síntomas –como hemorragias nasales, can-

Al hacer pruebas para medir el trabajo de sus riñones, los especialistas se dieron cuenta de que funcionaba solamente el 15%. Luego, vino la hemodiálisis.

sancio y espuma en la orina— le indicaron que algo no estaba bien.

Los chequeos médicos demostraron que, a pesar de su temprana edad, a Fabián le funcionaba solamente el 15% de sus riñones. A partir de ahí, los doctores lo refirieron a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios. Este lugar, como para otros enfermos renales, se convirtió en un lugar de esperanza.

La lucha por su vida comenzó entre sesiones de hemodiálisis y pasó por tres trasplantes en poco más de diez años. Se reconoce como un milagro de Dios. “Él me ha enseñado lo que es la paciencia, a apreciar los pequeños detalles y a confiar en que siempre quiere lo mejor para uno. Mucha gente me dice ‘pobrecito’ porque no pude sacar el colegio, pero yo les digo que yo fui a la universidad de Dios y aprendí mucho”. Finaliza con un “yo sé que lo que viví es un milagro”.

¿Qué es la hemodiálisis?

- Es una terapia temporal de sustitución renal, que consiste en filtrar el exceso de líquidos y las toxinas del cuerpo a través de un dializador o riñón artificial. Éste drena la sangre, que pasa por un filtro, se limpia y se devuelve al organismo.
- Debe realizarse de dos a tres veces por semana. Requiere crear un acceso vascular (fístula o catéter de hemodiálisis) por el cual se drena la sangre.
- En el San Juan de Dios se atiende, en promedio, a 40 pacientes por mes. Se cuenta con 14 riñones dializadores. Los pacientes disponen de cinco nefrólogos, cinco enfermeras, auxiliares de enfermería y dos asistentes.
- Para la Caja, cada sesión de hemodiálisis tiene un costo aproximado a los 700 dólares. Este puede aumentar por el uso de otros insumos en el procedimiento.

"A los 24 años volví a nacer"



De su madre provino el riñón que hoy le ha devuelto la salud. Pero, antes, la hemodiálisis fue una compañera que le permitió llegar a la meta del trasplante.

Por: Paola Serrano/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Adrián Soto

Sharon Peralta es una joven de 24 años. Desde niña empezó a sufrir de problemas renales. Como muchos de los pacientes que desarrollan una enfermedad silente, a sus 19 años comenzó con síntomas como mareos, fiebre, inapetencia, desvanecimientos y anemia, que indicaban un deterioro importante de sus riñones.

Esta situación la llevó al Servicio de Emergencias del San Juan de Dios. A partir de ese momento, llegaron momentos duros para la joven y su familia: el deterioro de sus riñones y terapias de sustitución.

Primero, fue la diálisis peritoneal. Sin embargo, las complicaciones con el catéter de este procedimiento hi-

cieron que los médicos decidieran remitirla al Programa de Hemodiálisis y Trasplante Renal del centro hospitalario. Allí inició la hemodiálisis.

El 7 de setiembre de 2009 empezó las sesiones. Tres veces por semana: lunes, miércoles y viernes, de 7 de la mañana a 12 mediodía, en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios. El personal recibía a la joven que "muchas veces sentía enojo, frustración y dolor de estar allí, de no poder llevar una vida 'normal' y de depender de una máquina".

Cada día de diálisis, el primer pensamiento de Sharon era pedirle a Dios que no le dolieran las punzadas: "Rogaba cada vez que llegaba al Hos-

Insuficiencia renal crónica

- Deteriora, de forma lenta y progresiva, el funcionamiento de los riñones.
- A partir de este momento, los médicos determinan la necesidad de aplicar terapias de sustitución renal.
- Las terapias temporales son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal aguda o crónica.
- El trasplante de riñón ofrece al enfermo la posibilidad de recuperar su salud y desempeñarse con normalidad.

pital por que estuviera don Guillermo (enfermero del servicio) porque con él me dolía menos cuando me ponían las agujas”, recuerda. “Muchas veces pensé en el momento del trasplante, que era la única opción que tenía para recuperar mi salud, pero me preocupaba que mi mamá fuera la donante”.

Este pensamiento sobrevino en la mente de Sharon durante incontables sesiones de hemodiálisis. Desde el momento cuando el médico informó a la joven y a su mamá doña Blanca Gianolli que el trasplante era una cura, su progenitora se ofreció como donadora.

La idea nunca le gustó a Sharon; por el contrario, sufría al pensar que

a su mamá le pudiera pasar algo en la intervención. “Aprovechaba el rato que tardaban las diálisis para pedirle a Dios que apareciera un donante de cadáver para que no fuera mi mamá”.

Para doña Blanca, mientras tanto, las cinco horas de diálisis de su hija significaban desesperación y angustia; cada sesión le deterioraba la salud. “100 metros caminando y se descomponía. Ella se cansaba muy rápido, por lo que quería estar durmiendo. Además, le daban muchas infecciones y yo le pedía a los médicos que se apuraran a realizar el trasplante y ellos me contestaban que tuviera paciencia”.

Problemas con el peso, que hacían más difícil la cirugía y que complicaban su salud, hicieron a los médicos esperar por año y medio el trasplante. Durante ese tiempo, Sharon asistió todas las semanas a las sesiones de hemodiálisis, que se volvió para ella como “una segunda casa”, hasta que, en mayo de este año, recibió el órgano.

Sharon y su familia agradecen a Dios que ya pasó todo. “Dos veces le di la vida”, dice orgullosa doña Blanca, su madre, quien recuerda que, aunque muchas veces los pensamientos pesimistas llegaron durante este período, la fe en Dios les permitió superar la prueba.

“Vivo por Dios, el deporte y los médicos”

Fe, disciplina y buena alimentación se unieron contra un metal incrustado en mi pecho que quiso quitarme la vida hace un año. En el Hospital México, viví los días que cambiaron mi camino.



Por: Sergio Arce/ Para Bienestar* | Fotografías: Jeannine Cordero y cortesía de Sergio Arce

Este 9 de octubre cumplí un año de mi segunda oportunidad de vida, regalo que debo a Dios, a los médicos del Hospital México, al deporte, a una buena alimentación y a mi familia de vida, mis amigos y mi hermana.

Un pedazo de metal –a pesar de que nunca apareció y exactamente no sé si fue un metal– quiso arrebatarme la vida una mañana soleada del décimo mes del año mientras corría por el bulevar de Rohmoser, en Pavas.

Todo transcurrió muy rápido, diría que fue cuestión de segundos: escuché un zumbido, me quité los audífonos, sentí un pellizco en el pecho y el aire comenzó a faltarme.

Me ahogaba; el aire no estaba llegando a mis pulmones y la vista comenzó a nublarse.

En mi desesperación por auxilio, en una calle que suele estar desierta a las horas en las que corro por esa vía josefina, busqué alguien que me viera, que supiera que me estaba

ahogando por ese zumbido, por ese pellizco. No quería morir. Dios sabe que así fue y así es.

Mientras esos segundos corrían presurosos, por mi cabeza pasaron muchos pensamientos, aunque uno se me clavó punzante con especial angustia: ¿quién cuidaría a mi hermana Marcela? A pesar de que es una mujer hecha y derecha, velar por ella fue la promesa que en silencio le hice a mi madre antes de su muerte y el simple hecho de no cumplirla me aterrorizó ese nueve de octubre.

Manos solidarias

Creo que no pasó un minuto desde el impacto de ese metal contra mi pecho cuando recibí la asistencia de muchas personas, quienes de manera desinteresada me tendieron su mano franca, su cariño y sus palabras de aliento.

La ayuda de los doctores Julián Peña y Lorna Castro fue vital para estabilizarme, previo al traslado al Hospital México en la microbús de Esteban Flores. También fue vital la

asistencia de Johanna Zomer y Debbie Kushner, amigas y vecinas del lugar.

Llegué directamente a la sala de *shock*, donde su personal me mantuvo estabilizado. Después de estudios, análisis y valoraciones no hubo duda: tenían que operarme de urgencia.

Mi corazón, mis pulmones y mi esternón resultaron severamente afectados por ese objeto y no había tiempo que perder. En las afueras del Hospital, mis amigos se congregaron con la fe clavada en sus corazones y otros lo hicieron desde sus casas y sus trabajos.

El equipo médico, enfermeras, asistentes y auxiliares liderados por los doctores Juan José Pucci y Eduardo Induni me intervinieron con esmero, compromiso y amor por su profesión pero, ante todo, por respeto a la vida.

Estuve tres días en Cuidados Intensivos y seis en sala de recuperación, en el último piso del Hospital, donde compartí experiencias de vida

Creo que no pasó un minuto desde el impacto de ese metal contra mi pecho cuando recibí la asistencia de muchas personas, quienes de manera desinteresada me tendieron su mano franca, su cariño y sus palabras de aliento.



Apoyo mutuo

“Estuve tres días en Cuidados Intensivos y seis en sala de recuperación, donde compartí esperanzas con operados del corazón de Miramar, de San Carlos, de Grecia y de Cóbano”.

Mientras corría una mañana, mi corazón, mis pulmones y mi esternón resultaron severamente dañados por un objeto metálico. Me operaron de urgencia y mis heridas cicatrizaron como si no hubiera sucedido nada.

esperanzadoras con operados del corazón de Miramar, de San Carlos, de Grecia y de Cóbano, entre otros lugares.

Una semana después del accidente, me hicieron un chequeo al corazón y, bendito Dios y para sorpresa del cardiólogo y de este servidor, estaba intacto, sin ningún rasguño. Cuatro meses después, en mi última cita de chequeo, el esternón estaba totalmente cicatrizado, como si nada hubiese pasado.

En las radiografías solamente se veía el metal que me colocaron en la operación para que ‘amarrara’ el esternón. “Si quiere se lo quita, pero hay que operarlo otra vez”, me dijo el médico con un tono jocoso, a lo que espeté con otra risa: “¡No, señor, ya estuve en quirófano una vez! No quiero estar una segunda”.

Mi hoy

Un año después estoy chineando el metal y una herida de poc

menos de una cuarta de tamaño, que cada día me demuestra el inmenso amor de Dios, pero también las manos generosas de un rosario de personas que velaron y aún velan por mí.

Pero, en honor a la verdad, debo decir que buena parte del hecho de que hoy les esté contando esta historia en *Bienestar* es gracias al ejercicio, a mi disciplina y constancia con el deporte.

Los médicos me contaron que, de no haber sido por mi buena condición física, no hubiese resistido probablemente el impacto del metal o de la cirugía.

Mis huesos del esternón estaban duros como rocas, lo cual ayudó a que a la hora del impacto no se quebrasen como una galleta. Y esto fue gracias a que estaban bien calcificados, producto de la ingesta regular de lácteos y de proteína, fósforo y vitamina D, que ayudan a que el calcio se absorba con facilidad.

Desde luego, existen factores que imposibilitan la rápida o la adecuada absorción del calcio en los huesos como el cigarro o el alcohol, pero, gracias a Dios, nunca me ha dado por tomar o fumar.

A este estilo de vida también debo agradecer que mi cuerpo haya sido tan agradecido para soportar

un trance tan doloroso, inexplicable pero reconfortante.

Aquí estoy. Ahora con una mayor pasión por la vida, una enorme gratitud y amor por mi gente, que estuvo pendiente de todo lo que me pasaba, minuto a minuto, hora a hora, día a día por medio de las redes sociales, por teléfono y hasta con palmadas en el hombro y cafe-cito caliente.

Los menciono brevemente: Marcela, Arnoldo, Antonio, Robert, Gonzalo, Ricardo, *Vicky*, William, *Mao*, Osvaldo, María Marta, *Pollo*, Desireé, Monique, Vanessa, *Meche*, Carolina, Laura, Adriana, Ariadna, Gustavo, Andrés, Frank, Érick, Mariano, Édgar, Sandra, Carmen, Miguel, Juan Pablo, Hassel, *Nana*, Gerardo, Olga, Marisol, Leonora, Jaime (Q.d.D.g), Gioconda, Uriel, Rigo, Aisen, *Nela*, Andrés, Angelita, Digna, Gioconda, Myriam, Nena, Berlioth, Carlos, Alejandra y muchos más.

No me arrepiento de nada de lo que ha ocurrido desde ese día. Todo ha sido un hermoso viaje por un trayecto que recorro con una mayor conciencia de cuidar y mejorar mi calidad de vida emocional, mental y física.

* *Periodista de La Nación.*



Quemaduras: desafío diario en el Hospital de Niños

Por: Gabriela Castro/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Adrián Soto

Mediante una atención especializada de alta calidad, la Unidad de Cuidado Integral del Niño Quemado (UCINQ) brinda un proceso de prevención, curación y rehabilitación para el mejoramiento de la salud de los pequeños.

Es la única unidad pediátrica especializada en el tratamiento de quemaduras en todo el país. Actualmente, la mayoría de los niños que ingresa es menor de tres años y sufre la lesión cuando se encuentra en compañía de un adulto en el hogar.

En este momento, la principal causa de quemaduras en los pe-

queños es la producida por líquidos como agua, leche, sopa, té, café, aceite o chocolate.

De igual forma, la quemaduras se producen por contacto directo con objetos calientes, como planchas de pelo y ropa, muflas de motocicletas y carros, quemaduras eléctricas, fuego y pólvora, entre otras causas. Estas generan, particularmente, graves lesiones que comprometen la funcionalidad e independencia de los niños.

La característica común de todos estos casos es la falta de prevención por parte de los adultos encargados del cuidado de los niños.

Hoy: atención integral

Tradicionalmente, a los niños quemados se les ofrecía un abordaje curativo desde el ingreso al Hospital Nacional de Niños (HNN) hasta su egreso, con el objetivo principal de lograr el cierre de la herida con curaciones o a través de injertos. Una vez egresado, el niño se refería a la consulta de cirugía plástica y permanecía sin supervisión de su cicatriz algunos meses.

Esta situación ocasionaba que, en muchos casos, el proceso de cicatrización produjera complicaciones y retracciones en el tejido afectado, con la necesidad de realizar más proce-

dimientos quirúrgicos, con mayores estancias hospitalarias y menor capacidad de reinserción a su medio familiar y escolar.

Por eso, se planteó la necesidad de realizar un cambio en el paradigma de la atención del niño quemado. Desde 2007, inicia el Proyecto de Rehabilitación Integral del Niño Quemado. Finalmente se conceptualiza dicho espacio como la Unidad de Cuidado Integral del Niño Quemado (UCINQ).

En este sentido, la atención de la población pediátrica víctima de quemaduras no solamente se limita a un proceso curativo, sino que se enfatiza en las necesidades individuales en materia de atención de la secuela física, ocupacional, funcional y psi-

¿Cómo se queman?

- En promedio, **dos niños** sufren quemaduras por día en el país.
- **90%** ocurre en el hogar, principalmente en la cocina.
- **57%** se da con líquidos.
- **80%** en presencia de adultos.
- Las quemaduras de **primer grado** requieren, por lo general, **una semana** de internamiento.
- Las de **segundo y tercero** necesitan **más tiempo**, dependiendo de la gravedad.

cológica, así como en las necesidades al volver a los estudios.

Lo anterior aunado al trabajo que la unidad ejerce en conjunto con la Asociación Pro Unidad de Quemados. Esta es una organización legalmente constituida y conformada por miembros de la UCINQ y ciudadanos, quienes promueven actividades que contribuyen a solventar sus principales necesidades con la provisión de insumos para pacientes, equipamiento, capacitación de personal y estrategias de prevención.

Fuente:

Dr. Róger Vargas, médico especialista de la UCINQ del Hospital Nacional de Niños.

Situación actual

La Unidad cuenta hoy con especialistas en cirugía pediátrica, fisiatría, terapia física y ocupacional, psicología y enfermería, entre otros, que le han dado un giro a la perspectiva y la proyección de la atención al niño quemado.

Los esfuerzos están orientados al área curativa, al manejo de las secuelas físicas, funcionales, ocupacionales y psicológicas, y al abordaje psicosocial, desde el ingreso del paciente a la unidad y una vez egresado con el seguimiento oportuno.

Julián se quemó con frijoles

Por: Gabriela Castro/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Adrián Soto

A sus 12 años, una olla de presión abierta antes de lo debido lo llevó a la Unidad de Cuidado Integral del Niño Quemado.

El 28 de setiembre de 2010 arrancó marcado por el drama de una dolorosa experiencia para Julio Andrey Arias.

El niño, vecino de Higuito de San Miguel de Desamparados, desconocía el peligro potencial que representa una manipulación inadecuada de una olla de presión caliente.



Un simple descuido ocasionó que Julián tuviera quemaduras en sus manos, su rostro y su pecho.

Aún es un recuerdo fresco en la vida de doña Carmen María Rivera, su madre, quien se encontraba ausente en casa en aquel momento: “Yo iba camino a Turrialba, a visitar a mi papá y dejé a Julio Andrey, mi hijo menor, con mi otro hijo mayor, quien se recuperaba de una cirugía en la clavícula. Quise dejarles cocinando frijoles y les expliqué cómo manipular la olla de presión. Como Julio siempre ha sido un ‘comelón’, cuando sintió hambre se acercó a la olla, levantó y creyó que ya podía abrirla sin problema. La destapó y explotó sobre su rostro, su pecho y sus manos, e incluso llegó al techo”.

Cuando Julio comenzó a pegar gritos de dolor, su hermano se levantó de la cama. Al verlo, lo envolvió en una sábana, llamó por teléfono a su mamá y le dijo que lo llevaría de emergencia al Hospital Nacional de

Niños. Doña Carmen volvió de Turrialba lo más pronto que pudo: “Mi impresión fue tremenda, al ver a mi hijo con su rostro inflamado y enrojecido. Cuando llegué, lo primero que me dijo fue: ‘mami, no llores, estoy bien. ¿Me ves muy desfigurado?’”.

Los especialistas de la UCINQ diagnosticaron que las quemaduras no poseían un grado alto de severidad y que su estancia en el centro médico se extendería por dos semanas, para darle el tratamiento integral respectivo.

Doña Carmen resiente el exceso de confianza que tuvo. Cree que todo pudo evitarse, pero su espiritualidad y su confianza en que Dios y los médicos tienen el control de la situación de su hijo le permiten estar serena.

Asegura que esta experiencia es una prueba de Dios que más adelante se convertirá en un testimonio de vida.

“A mi bebé se le quemó 34% del cuerpo”



Poco antes de cumplir los dos años, Natan se quemó con agua caliente. Sus heridas sanan lentamente, pero la fe de sus padres de llevarlo sano y feliz a casa sigue intacta y fuerte.

Por: Alejandro Delgado/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Adrián Soto

En un cuarto del Hospital Nacional de Niños, Yeinner Arguedas, de 21 años, mira llorar a su hijo vendado. Lo calma hablándole al oído, con ternura; sus ojos reflejan el amor que siente por su pequeño de un año y diez meses.

El 18 de setiembre, el pequeño Natan sufrió quemaduras en 34% de su cuerpo. Hoy, su papá no tiene trabajo y, desde hace varios días, su labor es cuidar al pequeño, tarea que comparte con la mamá y el abuelo del niño.

Una mañana, María Corrales preparaba el baño para Natan y sus dos hermanas. Las pequeñas entraron a la ducha primero, mientras su mamá lavaba los platos sucios y enfriaba agua caliente para bañar a Natan.

De repente, un ruido captó su atención. Cuando volvió a ver, una olla con agua caliente estaba en el aire dirigiéndose hacia su hijo. El pequeño había logrado preparar un armario y tiró de él hasta traérselo abajo.

Corrió desde su casa en el Invu Las Cañas hasta el Hospital de

Alajuela, con Natan en sus brazos, sin cartera y sin dinero.

En Colima de Tibás, el día transcurría con normalidad para Yeinner. No se percató de nada, hasta que su jefe le dijo que tenía una llamada.

Al ver su teléfono encontró un mensaje desesperado de una prima que le decía que contestara urgentemente: “Mi prima me dijo que mi bebé se había quemado un poquito, seguro para no asustarme. Llamé a mi esposa y me dijo que necesitaba que me fuera al hospital”, narra el joven.

Yeinner, desesperado y solamente con €5.000, se apresuró a buscar un taxi que lo llevara a San José para tomar un bus al Hospital de Alajuela: “Apenas me alcanzó, yo estaba dispuesto a correr hasta San José si fuera el caso. Al llegar al Hospital, no pensé nada, salté la malla y fui a buscar a mi hijo”.

A los pocos metros, los oficiales de seguridad lo esperaban para detenerlo, mientras la desesperación del joven aumentaba cada vez más. Luego de explicar su caso, pudo entrar y ver a su bebé.

“Me dolió bastante, me dolió en el alma. No es fácil ver a un hijo en ese estado”, recuerda Yeinner con suspiros de por medio. Acompañó a su hijo en ambulancia al Hospital Nacional de Niños.

Desde ese día, una habitación en el tercer piso de ese centro médico es la casa de la familia, que ha pasado por curaciones e injertos del banco de piel. La ayuda psicológica también ha sido un bastión en este difícil trance.

Por sus problemas económicos, Yeinner no cree que su casa sea apta para su hijo y lo único que puede hacer para cambiarlo, según sus palabras, es trabajar con más esfuerzo que nunca.

Si todo avanza bien, los especialistas esperan dar de alta a Natan en un mes y medio.

A Yeinner le avisaron hace poco que en la empresa donde labora su papá le tiene un empleo, para que en cuanto sane el niño tenga cómo salir adelante. Al final, como él mismo dice: “Dios aprieta, pero nunca ahorca”.

Yeinner, el padre de Natan y hoy desempleado, espera que su hijo se recupere para volver a trabajar y mejorar las condiciones de su hogar.



Tres casos de reconstrucción

Por: Roberto Sancho/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Carla Saborío y Shutterstock

Pacientes del Centro Nacional de Rehabilitación, provenientes de San Ramón, Puriscal y Santo Domingo de Heredia, muestran cómo la cirugía y la terapia física cambiaron sus vidas, a pesar del trago amargo de un accidente.

"Sufrí úlceras por muchos años"



Omar estuvo postrado por largo tiempo. Esta situación generó úlceras en su piel; por ese motivo, fue sometido a una operación para sustituir el tejido dañado por piel de su pierna.

Los aires navideños le trajeron a Omar Méndez –de, entonces, 20 años– la noticia: al mes siguiente, viajaría en avioneta desde La Sabana hasta San Vito para disfrutar unos días de vacaciones en una hermosa finca de un amigo.

Era enero de 1968 y, mientras hacían el placentero viaje, el piloto se percató que en pocos minutos se quedarían sin combustible, por lo que debió realizar un aterrizaje forzoso.

El fuerte impacto catapultó a Omar por los aires hasta caer bajo la aeronave. Sufrió una fractura lumbar a la altura de la tercera y cuarta vértebra. Sabía que su trabajo como peón agrícola en su San Carlos natal era pasado.

Al regresar del hospital, los médicos le ofrecieron desplazarse en silla de ruedas o con muletas. Esta última alternativa le pareció la mejor.

Su vida dio un giro y, por eso, decidió concluir los estudios secundarios y matricularse en la universidad, donde culminó con éxito la carrera de educación. Trabajó como orientador en el Colegio Nocturno de Río Frío y como director del Liceo de La Fortuna los últimos 20 años antes de jubilarse.

Úlceras crónicas

Don Omar recuerda que sus problemas de úlceras en los glúteos se presentaron desde que era estudiante.

Hace dos años le informaron que requería una cirugía reconstructiva: “El doctor Chavarría me quitó el tejido malo y lo relleno con piel que me quitaron de la pierna. Quedé muy bien”.

Para el cirujano plástico del Centro Nacional de Rehabilitación (Cenare) Gustavo Chavarría, es frecuente tratar a pacientes que, como don Omar, sufren un accidente y, por permanecer mucho tiempo sentados o acostados, desarrollan úlceras por presión que requieren eliminarse.

Durante su recuperación, debió pasar 22 días boca abajo, pero tenía claro que solo si seguía las recomendaciones obtendría los mejores resultados. Hoy, vive en San Ramón.

Para quienes se someten al procedimiento, el Cenare ofrece, además, un plan de rehabilitación, el cual se debe seguir con disciplina para progresar con la movilidad y reincorporarse sin problema a las actividades diarias.

Si debe permanecer en cama, el personal de enfermería le enseñará a sus seres queridos o cuidadores temporales los cambios posturales conforme a sus necesidades. Estos demandarán, por lo general, una rotación cada dos o menos horas.

El equipo interdisciplinario le diseña, además, un plan de alimentación para prevenir deficiencias nutricionales y asegurar la correcta hidratación.

“Me desbaraté un tendón del brazo”

Una imprudencia sobre su bicicleta llevó a Kevin Mora, de 15 años, a permanecer seis meses en el Hospital San Juan de Dios, tres en el Cenare y someterse a varias cirugías para recuperar la movilidad.

Hace cinco años, Kevin Mora Badi-lla, de 15 años de edad, ardía en deseos de viajar al centro de Puriscal para cambiar su pequeña bicicleta número 20 por una 24, que le ofreciera mayor comodidad.

Estaba acostumbrado a recorrer la distancia entre su Cerbatana natal y Santiago, cabecera del cantón puriscaleño, a gran velocidad. De regreso a casa, con su nuevo transporte, experimentaba el placer de pedalear y pasar las marchas para conocer las cualidades de su nueva compañera de aventuras.

Pasó la palanca hasta dejarla en séptima, en una curva apenas pudo sobrepasar al bus que estaba bajando pasajeros para toparse de frente un camión, cuyo conductor por sorteárselo colisionó con un poste. Kevin quedó incrustado en el cajón, pero no recuerda el desenlace de los acontecimientos, pues despertó en el hospital 15 días más tarde.

“Me astillé el fémur en varias partes. Me tuvieron que poner varios pines, me desmonté el brazo y el doctor Chava-

rría me colocó unas platinas; además, me desbaraté un tendón del brazo y el doctor me pasó el de abajo hacia arriba para levantar la mano”, explica Kevin, quien es paciente del Centro Nacional de Rehabilitación (Cenare).

Intervención a la mano

El cirujano plástico Gustavo Chavarría atiende en el Cenare desde hace quince años. Él indica que la mayoría de pacientes requiere cirugía en la mano.

Son, usualmente, niños con deformidades en esa extremidad debido a problemas congénitos, parálisis al nacer o por traumas que les generan inmovilidad.

En el caso de Kevin, hubo que efectuar una cirugía donde se tomaron músculos propios para trasladarlos y, así, ofrecerle mayor movilidad con excelentes resultados.

Kevin se mantuvo seis meses internado en el Hospital San Juan de Dios y tres meses más en el Cenare, donde continuó su rehabilitación.

Recuerde

- Una bicicleta es un vehículo y, por tanto, debe respetar la Ley de Tránsito.
- Asegúrese de mantenerla en buen estado.
- Use casco protector y un chaleco reflector.
- No exceda la velocidad ni viaje con otro pasajero (mucho menos, si es un niño).



“La operación fue muy buena porque puedo volar pala y chuchillo, trabajar en todo y la mano actúa bien”, afirma Kevin, quien ahora realiza tareas de jardinería en una casa.

Tras cinco años del accidente, le gusta poco viajar en bicicleta y le recomienda a los jóvenes que valoren la vida. Él sentía que nunca sufriría un accidente porque era muy bueno conduciendo, pero ahora sabe que la imprudencia paga sus consecuencias.

“No podía sostener ni una taza”



En un ataque por desconocidos, Hernán sufrió cortaduras que lesionaron los nervios de su brazo. Debió someterse a una cirugía reconstructiva y a terapia de fisioterapia en el Cenare. Hoy ha recuperado la movilidad y la flexibilidad en su mano.

La madrugada sorprendió a Hernán Bolaños y su esposa camino hacia Nicaragua. Al mediodía, se detuvieron para almorzar en Santa Cruz de Guana- caste. Junto a ellos, siete comensales bebían. De pronto, un muchacho levantó la voz lanzando improperios contra ellos.

La esposa le pidió al joven que se calmara, pues ellos no lo conocían. Él, sin embargo, se levantó con la idea de callarla a golpes. Hernán se puso de pie y lo impidió sin mayor dificultad.

Tras pagar la cuenta, se dirigieron hacia el tráiler, pero tres del grupo los interceptaron. “Puse las

manos para protegerme, pero sentía como hojas de afeitar que me cortaban”, recuerda Bolaños.

La pareja llegó a la clínica de la Caja en Santa Cruz, donde tras estabilizarlo lo trasladaron al Hospital Enrique Baltodano Briceño de Liberia.

De regreso a su casa, continuó el tratamiento en el hospital de Heredia donde, luego de un mes, los ortopedistas lo refirieron al Centro Nacional de Rehabilitación (Cenare).

Ahí, el cirujano Gustavo Chavarría tuvo a cargo la atención del transportista. “Tenía una lesión en el nervio radial (brazo), por lo que no podía emplear la mano en forma adecuada”.

Reconstrucción muscular

La alternativa era trasladar músculos del mismo brazo a la parte afectada, proceso durante el cual, antes y después de la cirugía, es fundamental el apoyo del servicio de fisioterapia que se brinda mediante el Cenare.

“Es un gran placer intervenir a pacientes con problemas del plexo

braquial (estructura nerviosa que va del cuello a la mano), pues en otros centros ajenos a la seguridad social en el mundo cierran los expedientes por el tiempo y el costo de la atención. En el Cenare, los atendemos con resultados que son envidiables”, enfatiza Chavarría.

La mayoría de pacientes con este problema son motociclistas que colisionan y se fracturan la clavícula o se la golpean tan fuerte que, a los días, el brazo está como un “trapo”. Pero, una vez reparado el nervio roto y con la rehabilitación requerida, recuperan gran parte de sus funciones habituales.

“Mi operación es reciente y tengo que esperar varios meses, pero ya es un éxito los movimientos y la flexibilidad que tengo en la mano”, cuenta Hernán, quien vive en Santo Domingo de Heredia.

Su viaje a Nicaragua lo culminó un primo y aunque al principio no podía sujetar ni una taza, hace dos meses consiguió un nuevo trabajo donde se desempeña con toda normalidad. Para Hernán, la vida no se ha detenido.

En el Cenare, se atiende a pacientes con problemas del plexo braquial. En centros ajenos a la seguridad social, en otros países, se cierran los expedientes por el tiempo y el costo.



Un vital trabajo "de hormiga"

Por: Roberto Sancho/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: Germán Fonseca

El apoyo de los voluntarios del Centro Nacional de Rehabilitación es esencial para la marcha cotidiana de la institución y la plena recuperación –física y emocional– de los pacientes.

En febrero de 1997, Cristian Chinchilla se lanzó por el tobogán de una piscina y sufrió un accidente. Una mala maniobra le produjo una tetraplejía.

Lo trasladaron al Hospital México y su rehabilitación continuó en el Centro Nacional de Rehabilitación (Cenare), donde los voluntarios le brindaron, en sus palabras, un gran apoyo.

"Yo tenía el ánimo muy bajo, pero los voluntarios me traían revistas,

me ayudaban a comer, me trasladaban a los distintos servicios médicos y hasta me recortaban el cabello", recuerda Cristian, quien se propuso en esa cama hospitalaria retomar los estudios para ayudar a otros pacientes como él.

En 1996 –en buena parte gracias al apoyo que recibió de los voluntarios y funcionarios– hizo realidad su sueño de regresar al centro médico, esta vez como psicólogo del Cenare.

Apoyo esencial

Para Florybeth Pérez Rodríguez, subjefa de trabajo social, los voluntarios cumplen una importante labor de alimentación, traslado y apoyo.

Si, por ejemplo, el paciente requiere atención en el Hospital México, un voluntario se desplazará por él para obtener la cita o lo acompañará desde el salón hasta la terapia y de regreso a su cama. Los pacientes no internados cuentan también con apoyo.

Los familiares y los pacientes internados que lo deseen pueden esperar el “carrito” con libros y revistas que los voluntarios llevan a los salones.

Angelita Jiménez, coordinadora general del voluntariado en Cenare, recuerda que cuando cuidaba a su esposo —a quien le diagnosticaron una neuropatía— notó la falta de voluntarios.

Hace quince años ingresó como voluntaria y cinco más tarde se convirtió en la coordinadora. Asegura que tienen mucho trabajo y que es muy reconfortante acompañar, por ejemplo, a niños con parálisis cerebral, adultos mayores o jóvenes con serias limitaciones a sacar su expediente, visitar al odontólogo o a que les tomen radiografías en el menor tiempo posible.

“Yo he visto personas llorando con ganas de quitarse la vida, que tienen que permanecer seis meses o un año aquí. Nosotros le damos el soporte es-

piritual para que, con el tiempo, regresen por su cuenta”, enfatiza.

Jiménez cuenta que, para paliar algunas necesidades de los pacientes con menores recursos, preparan una vez al mes platillos que venden en la institución; de esta manera, recaudan fondos.

“Algunos no cuentan con dinero ni para alimentarse, por lo que junto al colchón, suplementos nutricionales o calzado, les damos un diario para que estén más tranquilos”, comenta.

En 2010, durante la Semana Nacional de Rehabilitación, los trabajadores del Cenare aportaron ropa, víveres y dinero para alimentar el fondo del voluntariado. Esos recursos se distribuyen en coordinación con Trabajo Social, tras un estudio previo de las necesidades de cada usuario.



Cristian sufrió un accidente en un tobogán que le provocó tetraplejía. Hoy, es psicólogo en el Cenare.



Salud indígena con modelo innovador

Buena parte de los 10.000 indígenas del cantón de Coto Brus viaja hasta seis horas para recibir atención médica, bajo un modelo que ha sido reconocido internacionalmente entre los más exitosos de Latinoamérica.

Por: Diego Coto/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: CCSS

En las partes más inhóspitas del cantón de Coto Brus, un grupo de indígenas, algunas embarazadas, camina entre trechos empedrados, de difícil tránsito, con niños en brazos, bajo el sol o la lluvia, entre cuatro y seis horas, con el

propósito de acercarse a los puestos de salud para realizarse chequeos médicos de rutina.

Estos pobladores han dejado de seguir una de sus tradiciones: su curandero, para visitar las unidades médicas que la Caja Costarricense de



Seguro Social (CCSS) ha instalado cerca de su territorio.

No tienen más que banano, arroz y algunos vegetales para comer. Su estancia en Costa Rica es temporal, pero vienen en busca de un sustento que los ayude a sobrevivir.

Así, por ejemplo, Felicia Arau Montezuma visita al menos una vez a la

Con prestigio internacional

- La Comisión Económica para América Latina (Cepal) escogió el programa “Casa Sana” como el décimo tercer proyecto más exitoso –de 4800 participantes de América Latina– dirigido a poblaciones vulnerables.
- En la designación, la Cepal resaltó que se logró cumplir con los objetivos propuestos desde inicio. Esto se refleja en la calidad de vida de los pobladores de la zona y en la reducción de hospitalizaciones y consultas en los centros de salud, gracias al trabajo preventivo.
- Esta designación no ha sido la única, ya que en el 2007, el área de salud de Coto Brus recibió del Banco Mundial \$200.000 como premio al éxito de un programa dirigido a poblaciones vulnerables. En 2009, la Cepal lo catalogó como el tercer proyecto más innovador de América Latina.
- La consulta de la población indígena a Emergencias en el Hospital de San Vito se redujo 55%: pasó de 2.500 anuales –a inicios de la década– a 1.100 en 2010.



semana la sede del Equipo Básico de Atención Integral en Salud (Ebais) de La Casona, en Coto Brus, para realizarse chequeos de rutina o, bien, hacerle a alguno de sus seis hijos.

Sus consultas más frecuentes son por resfriados, para los cuales –en la mayoría de ocasiones, según cuentan– aplican inyecciones, medicamentos y les realizan diversas pruebas.

Arau pertenece a la población indígena costarricense de la zona y afirma que la calidad, la prontitud y la amabilidad caracterizan al personal de salud. “Lo más importante es el respeto que siempre mantienen por la cultura indígena”, afirma.

Así como Felicia, Valentín González Palacios, de 44 años de edad, asiste con frecuencia al centro de salud para recibir atención médica.

Las visitas de González son frecuentes porque, además, desde hace tres años se convirtió en lo que en la

zona se denomina “facilitador”, que es el traductor y mediador entre el personal de salud y los indígenas. Su función principal, además de la traducción, es ser asesor cultural de ambas poblaciones, para alcanzar un mejor entendimiento.

Felicia y Valentín son solo dos de los entre 15 y 64 indígenas que diariamente visitan el Ebais de La Casona, y de los 10.000 que son atendidos en todo el área de salud de Coto Brus.

Atención por tres vías

El doctor Pablo Ortiz Roses, director general del área de salud, explica que el programa “Casa Sana” dirigido a la población indígena posee tres modalidades:

- **Atención de la población** en las fincas cafetaleras (visita domiciliar).
- **En la zona fronteriza** (puesto en Río Sereno).
- **En la sede del área** y los Ebais.

Éste se desarrolla entre setiembre y diciembre de cada año, porque es cuando hay mayor afluencia de indígenas por la recolección de café. Durante estos meses, la inversión institucional alcanza los €25 millones.

Las visitas a las fincas cafetaleras se realizan después de las cuatro de la tarde y los sábados, pues son las horas en las que los recolectores de café ya han llegado a sus viviendas. Se visitan 165 fincas cafetaleras y se atiende alrededor de 3.600 personas.

Durante estas visitas se les educa en temas como lavado de manos, higiene personal, uso de preservativos y enferme-

“Casa Sana”
requiere de una
inversión anual de
€25 millones.

dades respiratorias, entre otras. Se les realiza un chequeo general, actualización de vacunas y desparasitación, y se les traslada al centro médico, en caso necesario. El grupo que realiza estas visitas está compuesto por enfermeros y asistentes técnicos en atención primaria (ATAP).

Similar a las visitas, en el Ebais de La Casona se les ofrece atención primaria, se les informa sobre métodos de planificación, lavado de manos, cáncer de mama y cérvix, y educación sexual.

En el caso de Río Sereno, en la frontera con Panamá, el trabajo se realiza en conjunto con las autoridades de salud del vecino país.

Para ingresar a Costa Rica, primero deben ir al puesto de salud donde se les realiza un control de vectores, se les pesa, mide, vacuna y se les actualiza el carné de vacunación.

Diariamente por este puesto ingresan 70 personas.

Lucha exitosa

Según el Hospital de San Vito, la consulta de la población indígena a Emergencias se redujo 55%: pasó de 2.500 anuales –a inicios de la década– a 1.100 en 2010.

Durante 2004, por ejemplo, se realizaron alrededor de 150 traslados de pacientes a otros centros de mayor complejidad, mientras que el año pasado se realizaron menos de 50.

Las diarreas y la mortalidad infantil también se redujeron. Antes del programa, el índice de mortalidad era de 17,2 niños fallecidos por cada 1000 nacidos vivos. Durante los últimos tres años, solamente ha fallecido un menor.

Fuentes:

Doctor Pablo Ortiz Roses, director general del área de salud de Coto Brus. Tel.: 2773-4213.

Doctora Xóchitl Quirós Sáenz, Ebais de La Casona. Tel.: 2773-4213.

Sigifredo Ríos Elizondo, enfermero del área de salud de Coto Brus. Tel.: 2773-4213.



Dar la mano más allá del hospital

Además de atender durante el parto, las enfermeras del Tony Facio en Limón se esmeran por dotar a las madres indígenas y a sus bebés de ropa, calzado y otros enceres esenciales.

Cuando un madre indígena ingresa a las salas de maternidad del Hospital Tony Facio de Limón, tiene la tranquilidad de que su bebé saldrá bien arropado hacia su, usualmente, distante hogar.

Esta iniciativa es realidad gracias al trabajo de enfermeras y damas voluntarias de ese centro médico, quienes hace diez años decidieron hacer un alto en su quehacer hospitalario y ayudar a los cientos de mujeres indígenas que llegan a dar a luz y a sus bebés.

El programa consiste en la recolección de ropita, zapatos, pañales, paños, jabones, pastas y artículos para bebé, los cuales almacenan en un pequeño ropero y se entregan según las necesidades.

Ocasionalmente, en el hospital también se le suministra ropa y calzado al esposo o compañero de la mujer embarazada.

Hoy, estos hombres deben esperar la salida de su esposa e hijo en alguna de las bancas del hospital o, bien, en las afueras del hospital, pues no tienen donde quedarse.

Dada la frecuencia de estas situaciones, se esta impulsando la construcción de un albergue para las familias indígenas, donde se puedan hospedar cuando asisten a una cita médica, tras una cirugía, mientras esperan el nacimiento de su bebé o la

salida de algún familiar. El plan tiene apoyo de toda la comunidad, instituciones y organizaciones limonenses.

Aún así, algunos inconvenientes han impedido su avance.

Desde las montañas

Durante siglos, las mujeres indígenas parieron sus hijos en su propia choza –según las costumbres y tradiciones de cada pueblo, muchas de las cuales se conservan y respetan–.

La construcción de trece Ebais, de los cuales siete se encuentran en territorio indígena, incentivó a las madres a realizarse el control prenatal. Estos centros, junto a las visitas médicas a las comunidades más alejadas, como las de Alto Telire, han propiciado un aumento de 80% del control.

Esto ha incidido positivamente en la reducción de la mortalidad infantil en Talamanca.

En el caso de las mujeres que viven en el corazón de la montaña, periódicamente ingresa el equipo médico de la CCSS a dar atención médica general y, desde luego, control prenatal con ginecobstetras.

Durante esas visitas a Alto Telire y otras comunidades –como Catsi, Sepecue, Yorkin y Suretk–, los médicos aprovechan, además, para completar

Los partos en Talamanca se dan, usualmente, en las instalaciones del Ebais de Suretka –donde se trabaja las 24 horas– o en el Área de Salud de Hone Creek.

esquemas de vacunación y atender los padecimientos que más afectan a estas comunidades, como diarreas, desnutrición, problemas respiratorios, alergias y heridas.

Usualmente, el equipo médico se mantiene dos o más días en una misma comunidad, para atender a la mayoría de las familias, pues sólo se puede ingresar a pie o por helicóptero.

Cuando hay embarazos en menores de edad o mujeres en extrema pobreza, el personal de la Caja los canaliza a las oficinas de trabajo social en procura de apoyo, para que inicien o reanuden sus estudios y estén en capacidad física, mental y psicológica para cuidar a sus hijos.

Según registros de la CCSS, de enero a agosto de 2011, nacieron 506 bebés en Talamanca. De ellos, 21 son hijos de madres indígenas.

Fuente: Seannie Palmer, enfermera obstetra del Área de Salud de Hone Creek.

Crema con sello de la Caja



Por: Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografías: CCSS

Una farmacéutica, muy identificada con sus pacientes, creó cremas para sanar sus úlceras. Los medicamentos se producen en la misma clínica y se entregan con las instrucciones personalizadas.

Los trabajadores de la Clínica de Puriscal-Turrubares tienen tres años de llevar a cabo un proyecto maravilloso, que ha logrado aliviar el dolor de cientos de pacientes y hacer más llevadera su enfermedad.

Se trata de un programa liderado por la farmacéutica Natalie Acosta Fernández, quien labora para la Caja desde 2008. Ella tomó en sus manos

la elaboración de cremas y productos para la prevención y el tratamiento de úlceras.

La iniciativa arrancó gracias a una capacitación que la profesional recibió en la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativos de la CCSS tres años atrás. Ahí, una doctora les instruyó sobre cómo crear los medicamentos, enseñanza que Natalie llevaría de inmediato a su centro de trabajo.

De esta forma, iniciaron con la elaboración de cinco productos, en los que se incluyen de prevención de úlceras, cicatrizantes y antibióticos.

El paciente es prioridad

En setiembre de este año, la producción alcanzó las 95 unidades mensuales, un número que, según la profesional, ha seguido en aumento desde el inicio del proyecto.

Estos tratamientos se entregan a los pacientes siempre bajo una recomendación médica y su presentación varía según la necesidad del usuario.

Para esto cuentan con cremas en envases, tubos de aluminio y hasta enjuagues bucales. La elaboración de cada producto toma

unos 20 minutos en promedio. Para producirlos, el centro de salud cuenta con un cuarto especialmente diseñado, con las condiciones sépticas y físicas necesarias.

Natalie afirma que este proyecto los ha llenado de satisfacción, pues la reacción de los pacientes ha sido fabulosa. “La llaman la ‘cremita milagrosa’. Es muy satisfactorio ver el resultado positivo en los pacientes”, cuenta Acosta.

A cada paciente, se le lleva un amplio control médico, que permite identificar y determinar los avances del tratamiento; además, incluye fotografías para su evaluación.

Se trabaja muy cerca de los pacientes; incluso, se les entregan diagramas con las horas y los productos que deben aplicar. Cada presentación tiene un color específico que facilita esta labor.



Fuente:

Natalie Acosta F.

Teléfono: 8316-7841.

La crema se emplea en pacientes que por las condiciones de sus enfermedades sufren úlceras en su piel, sobre todo en las zonas de roce.

CCSS: pilar de salud y paz

Por: Gerardo Mora/ Para Bienestar | Fotografías: Archivo GN y con fines ilustrativos

70 años atrás, se dio uno de los grandes distintivos que gozan los ticos: la creación del seguro social. Hoy, la institución da cobertura a casi la totalidad de los habitantes del país.

La Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) fue sancionada el 22 de octubre de 1943. Se le debe al doctor Rafael Ángel Calderón Guardia su creación en medio de la reforma social que impulsó su gobierno entre 1940 y 1944.

Por Ley, la CCSS es la entidad encargada de los seguros sociales en el país y al principio, como lo dice el artículo 3 de la Ley, las coberturas eran obligatorias para los “trabajadores manuales e intelectuales”.

La forma en que se financia la CCSS, que con el paso del tiempo alcanzó el control total del cuidado de la salud en el país, es un sistema tripartito compuesto por ingresos de trabajadores, patronos y el Estado. Los trabajadores independientes acceden a los servicios mediante cuotas voluntarias.

A partir de sus servicios, podemos decir que en 1940 por cada 1.000 nacidos morían 190 niños, y hoy mueren menos de 10. Y en cuanto a población, pasamos de 600.000 habitantes a 4.500.000 en solamente siete décadas.

La CCSS en el tiempo

1941. Se establece el Seguro Social.

1943. Es sancionada la ley constitutiva de la CCSS.

1961. Universalización garantizada por el Estado.

La Caja en cuatro visiones



Solidaridad previsora

**MIGUEL ÁNGEL
RODRÍGUEZ**

EX PRESIDENTE DE COSTA RICA

“La reforma social de los 40 es la mejor construcción de la solidaridad previsora costarricense. La joya más deslumbrante de esa transformación es la Caja, que requiere hoy el inteligente y comprometido esfuerzo de todos para salvarla y fortalecerla”.



Alta calidad de servicios

**MAUREEN SALGUERO
PRESENTADORA DE
TELEVISIÓN**

“La Caja es una bendición. Mis dos hijas nacieron en el San Juan de Dios; ni me imagino lo que habría tenido que pagar por cada parto. Hoy, los mejores doctores del país trabajan ahí, y eso garantiza un servicio de calidad”.



Por y para el pueblo

**HANNA GABRIEL
BOXEADORA**

“Como usuaria, la considero de gran calidad y uno de los mejores aportes de nuestra sociedad: un servicio pensado por y para el pueblo. Tengo mucha familia que ha utilizado la Caja en momentos difíciles y todo ha salido muy bien”.



Orgullo costarricense

**ROCÍO CARRANZA
ACTRIZ**

“A mí me llaman de la Caja cuando tengo exámenes pendientes, cuando se acerca una cita... ¿en cuál país del mundo sucede eso? Casi en ninguno. Yo toda mi salud y la de mi familia la recibo ahí y estoy muy orgullosa de que sea así”.

1973. Traspaso de los hospitales de la Junta de Protección a la CCSS.

1994. La Caja asume por completo el cuidado de la salud nacional.

2011. Urge de medidas para que siga siendo pilar de Costa Rica.

La misión es mejorar la calidad de vida



Bajo la estructura solidaria, las enfermedades de alto costo son cubiertas por la CCSS, sin importar la cantidad de pacientes que lo necesiten: una tercera parte de los medicamentos son consumidos por menos de 1% de la población.

Una población cada vez más longeva y los avances en fármacos para enfermedades puntuales dan una gran responsabilidad para la seguridad social costarricense.

Igualmente, la complejidad de los servicios especializados y la obligación de hacer frente a mandatos constitucionales han llevado a la

Caja a invertir más recursos en medicamentos y tiempo de atención de un sector reducido de la población, que tiene derecho pleno al servicio de salud.

“Si alguna persona requiere un tratamiento especial y hablamos de solidaridad y equidad, la CCSS no puede abandonar a nadie, aunque salga muy caro hacer un trasplante de hígado en un niño, por ejemplo”, detalla Rogelio Pardo, ex ministro de Salud.

“Es un modelo que hace 70 años adoptó Costa Rica y debemos mantenerlo”, acuerpa la doctora Ileana Balmaceda, presidenta ejecutiva.

¿Cuánto dinero destina la institución a padecimientos complejos? Estos son los números:

La Caja debe hacer caso de los mandatos constitucionales sin importar si los tratamientos se salen de su presupuesto.



Lucha millonaria

Tratar enfermedades específicas requiere una gran inversión de la CCSS por año (en millones de colones):

Grupo terapéutico	Costo	Porcentaje del gasto
Oncología	12.513	17,46%
Hemostáticos	3.415	4,77%
Inmunomoduladores	2.590	3,61%
VIH/ Sida	2.188	3,05%
Trasplantes	1.433	2%
Esclerosis múltiple	395	0,55%
Esclerosis lateral amiotrófica	121	0,17%
Total:	22.658	31,61%

La vida no tiene precio

Se despachan 60 millones de medicamentos por año. Es la mejor inversión para tener índices de primer mundo en salud.

Legar a una esperanza de vida de casi 80 años y bajar la cifra de mortalidad a una sola unidad por cada 1.000 nacimientos son datos que no pueden verse a la ligera. La apuesta de Costa Rica va más allá de la cuota tripartita entre patrono, obrero y Estado.

“La CCSS es una institución única en América y a nivel global”, sostiene

Federico Hernández, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Va más allá de un concepto solidario: la vida no tiene precio.

Solamente en medicamentos, la Caja despacha 161.450 diariamente, para alcanzar casi 60 millones al año.

Hay un costo multimillonario para mantener estos estándares. El recuento revela los datos pormenorizados:

Recursos para la vida

Rubro	Monto*
Servicios personales (sueldos y otros)	¢663.574
Teléfono, luz, agua y servicios municipales	¢10.876,9
Alquiler de locales, edificios y otros	¢2.350
Útiles y materiales de limpieza	¢610,6
Materiales médicos	¢3.041,2
Productos alimenticios	¢9.103,8
Productos químicos y de laboratorio	¢16.177,4
Medicinas, envases y etiquetas	¢83.724,2
Materiales de construcción y mantenimiento	¢2.166,4
Utensilios de cocina, comedor y otros	¢204,5
Mantenimiento y reparación de equipo por terceros	¢8.689,8
Total de egresos (incluye otros rubros)	¢1.021.491,7

* En millones. Corresponden a egresos en 2010.

¡Dinero solidario!

Por día, se invierten ₡4.254 millones, de los cuales ₡219 millones en medicamentos.

Estados Unidos invierte en salud, por persona, casi seis veces más de lo que se invierte en Costa Rica.

Sin embargo, el resultado es más efectivo en nuestro país: la esperanza de vida tica es superior.

También hay índices de trascendencia, como la cobertura de la seguridad social, con casi el 90% de la población, la más alta de América Latina.

Por el modelo que se adoptó hace siete décadas con esta institución, se puede decir que los miles de millones de colones que se invierten en salud son más que solidarios.

La CCSS ocupa para mantener su operación actual ₡4.254 millones diarios. Esto permite atender la salud de cada habitante con poco más de ₡260.000, mientras que en el país del norte se invierten ₡1.500.000 aproximadamente.

Cifras de atención

- Las "tarifas" de cada hospitalización se determinan mediante el sistema de Costeo Hospitalario Automatizado.
- Estas están definidas por unidad ejecutora (cada Hospital) y variarán cada mes dependiendo del gasto y la producción.
- A la CCSS le cuesta desde ₡61.000 hasta ₡1.000.000 el día de estancia hospitalaria entre una y otra unidad.
- El promedio para agosto de 2011 por estancia diaria fue de ₡372.980.
- Un parto normal cuesta ₡55.784 y una cesárea ₡97.542.
- Una exclusión de aneurisma o aorta (cirugía endovascular con angiógrafo) tiene un costo aproximado a ₡8.000.000.
- Por día, la CCSS invierte ₡219.000.000 en medicamentos.

El Banco Mundial indica que, a diferencia de América Latina, solo en Costa Rica se garantiza acceso real a los medicamentos.

¡Alerta con los gastos!

Una ecuación peligrosa puede convertir a la Caja en una bomba de tiempo: menos servicios y más gastos. Pero, lo primero es revisar la situación inmediata.

Filas y listas de espera. Estos son dos de los males que arrastra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que no le permiten dar un salto cualitativo.

Según Rodolfo Piza Rocafort, ex presidente ejecutivo, “hay un estancamiento serio de los servicios” y eso trae efectos negativos en todos los niveles (financieros, administrativos o salud).

Un dato revelador: en 2002, se daban 65 citas por cada 100 habitantes, mientras que en 2010 bajó a 58, es decir, 12% menos.

Al mismo tiempo los egresos hospitalarios (atención de pacientes) han descendido 25%, de 333.000 en 2002 a 329.000 en 2010. No obstante, los gastos van hacia arriba.

Existen 997 Ebais, 103 Áreas de Salud y 29 hospitales, entre ellos tres nacionales y seis especializados.

Números

10.800 plazas de más en 5 años

24% de aumento en remuneraciones de 2006 a 2010

10% de costo de más por consulta cada año

1,2 camas por cada 1.000 habitantes

¢33.000 por consulta (se triplicó en ocho años)

De acuerdo a su posición, hay un desequilibrio financiero por un “crecimiento desmesurado del gasto y limitado del ingreso”.

Se requiere direccionar la inversión y aumentar la calidad del servicio para lograr un sistema más eficiente.

Un paciente con cura

La institución ya está tomando medidas para recuperar su salud financiera.

La CCSS está enferma. El dictamen lo dio la Organización Panamericana de la Salud a mediados de este año en un estudio “basado en evidencia, transparencia e imparcialidad, y realizado por un equipo experto en Seguridad Social”.

Así lo afirma Federico Hernández, representante de la OPS para Costa Rica, quien señala que las bondades de la entidad permiten índices de salud de primer mundo en el país.

Cabe resaltar que este estudio de la OPS se basa solamente en la situación financiera del seguro de salud. Es decir, temas como pensiones quedan al margen de este dictamen.

Síntomas de enfermedad

- Incremento del gasto.
- Más egresos que ingresos.
- Macro deuda del Estado.
- Modelo de atención agotado.
- Listas de espera.
- Modelo de gestión complejo.

Incapacidades

Uno de los puntos que desencadenó la crisis es el de incapacidades, cuando las autoridades decidieron aplicar un dictamen de la Procuraduría, de homologar la condición del pago por este concepto para los trabajadores de la CCSS con el resto del país.

La decisión de las autoridades desencadenó incluso en una huelga.

Las medidas contemplan que después del cuarto día de incapacidad, no puede seguirse pagando como salario, sino como subsidio y que ese periodo se excluye del cálculo de aguinaldos, cesantía y salario escolar.

El resultado: una caída del 40% de las incapacidades, lo que representa un ahorro importante para la entidad. Solo durante 2010, la entidad reportó 170.000 licencias de incapacidad.

Otros factores como la deuda estatal, la morosidad patronal y la crisis financiera global son parte también del problema.

14 acciones de consenso

Desde las medidas propuestas por la Junta de Notables hasta las observaciones de la OPS y el Colegio de Médicos y Cirujanos: todos buscan retomar el rumbo de la solidaridad y la seguridad social.



Las medidas propuestas por una Comisión de Notables buscan evitar que en 2015 la Caja colapse con un déficit de más de €313.000 millones. Paralelamente, han surgido diferentes soluciones

propuestas por sectores encabezados por la presidenta ejecutiva Ileana Balmaceda, ex directores de la entidad, la OPS y el Colegio de Médicos. Estas son las que las que mayor coincidencia generan:

- **Control y disminución** del crecimiento de plazas.
- **Revisión de incentivos** salariales.
- **Maximizar la capacidad** instalada y ampliar horarios de atención (que contendría pago de extras).
- **Revisión y definición** objetiva de la deuda del Estado a la Caja y proyección real de su cancelación.
- **Digitalización de la institución** (en busca de la eficiencia y el ahorro en papeleo).
- **Garantizar la prestación** de servicios de salud sostenibles.
- **Estandarizar y tener** un cuadro base de tratamientos especializados.
- **Impulsar dedicación** exclusiva para nuevos profesionales médicos.
- **Revisión general** de los gastos.
- **Mayor control** de la evasión y la morosidad (establecer lo que es realmente cobrable para no alterar la contabilidad).
- **Dar autonomía** a centros hospitalarios (descentralizar) y crear la figura de “gerente de hospital” para una mejor administración.
- **Desconcentración general** de servicios (no todo debe estar centralizado en los hospitales nacionales).
- **Concienciación de la población** para aprovechar los servicios en Áreas de Salud, Ebais u hospitales regionales para no saturar los servicios en hospitales nacionales.
- **Mayor transparencia** en la gestión de compra de servicios y medicamentos.

“La situación actual es una oportunidad de mejora frente a los retos de la seguridad social”. Dra. Ileana Balmaceda, presidenta ejecutiva.

Abusos de asegurados golpean finanzas

Solo en medicamentos, se invierten **€219 millones** diarios, pero el paciente muchas veces los desperdicia, porque no tiene conciencia del costo ni de su responsabilidad.

Ningún otro país latinoamericano alcanza la cobertura de salud que brinda la seguridad social en Costa Rica: 87,6% de la población. El país más cercano es Chile, y aún lejos, con 72%.

Ello da acceso a servicios de emergencias, medicamentos, consultas, cirugías, tratamientos y hasta la posibilidad de acceder a la Sala IV para buscar un tratamiento especializado, si por la vía usual un paciente no lo consigue.

Pero en numerosos casos, afiliados de todos los niveles sociales hacen mal uso de los servicios acudiendo a citas innecesarias, solicitando ambulancia sin que medie una emergencia, botando y hasta vendiendo los fármacos.

Un estudio sobre el control de medicamentos casa por casa realizado por el Programa de Atención



Comunitaria del Blanco Cervantes, arrojó pérdidas millonarias a la institución, por situaciones como las siguientes:

- Existencia en los hogares de grandes cantidades de medicamentos, buena parte de ellos vencidos.
- Medicinas inapropiadas para el paciente.
- Duplicidades innecesarias.
- Excesos como el de una asegu-

El uso desmedido de los servicios por parte de los afiliados como las citas innecesarias, el manejo irresponsable de los medicamentos o de los servicios de ambulancia, golpean fuertemente a la institución.

da que tenía acetaminofen para un año y seguía solicitando el producto a la clínica o al hospital.

“El uso inadecuado de parte de los usuarios de los servicios que presta la institución ha propiciado desperdicio de medicamentos, policonsultas innecesarias y abuso de los servicios de emergencias”, es también parte del criterio del CMCCR.

A juicio del Colegio, también “la creciente demanda de servicios médicos cada vez más especializados y onerosos, muchos de ellos ordenados por la Sala Constitucional como forma de garantizar el derecho a la salud, ha propiciado un desbalance entre los ingresos reales de la institución y los gastos que se requieren para garantizar tal derecho”.

El ex presidente de la institución, Rodolfo Piza, indica que este costo financiero no es alarmante: “El porcentaje de gasto para atender especialidades derivado de Recursos de Amparo no es significativo; hablamos de \$1,5 millón al año en un presupuesto de \$2.500 millones”.

Excesos del usuario en:

- **Consultas.** En promedio, cada tico recibe cuatro consultas por año: una carga desproporcionada.
- **Medicamentos.** Por cita, se entregan 5, en promedio. Muchos los piden y los botan, por pensar que son de inferior calidad o que son “regalados”.
- **Tratamientos.** La institución ha tomado medidas, como por ejemplo, con la insulina. Todo diabético debe presentar las jeringas usadas para recibir las nuevas.
- **Uso.** Se piden los fármacos para familiares, enviarlos a otro país o venderlos. Lo correcto es su uso personal.
- **Transporte.** Los viajes innecesarios en ambulancia, además del alto costo, quitan la posibilidad a quienes realmente lo necesitan.
- **Otros.** Extranjeros que se afilian para beneficiarse en cirugías, maternidad o tratamientos especializados.

¿Qué dicen los médicos de la crisis?



Los salarios no son competitivos y el aumento desmedido en la planilla en los últimos cinco años corresponde en casi 80% a personal de otras áreas que no son de ciencias médicas.

// Debemos colaborar para sacar adelante esta institución tan emblemática". Con esta expresión, el doctor Alexis Castillo, presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, muestra su apertura, para que el gremio que representa, dé el aporte necesario para contribuir a que la CCSS no sucumba a una crisis.

De 11.043 médicos colegiados, hay 9.060 activos y cerca de 5.000 trabajan para la Caja.

Sostiene que el problema financiero de la entidad no se debe a los salarios de los médicos. Incluso, considera que, comparativamente con el ejercicio privado, no son competitivos (ver recuadro *¿Cuánto gana un médico en la Caja?*).

En lo que sí coincide con otros analistas es el aumento desmedido de plazas: 10.800 en cinco años.

De esas contrataciones, 22% corresponde a “profesionales en ciencias médicas”. Sin embargo, solamente 11,6%

corresponde a médicos (los otros son profesionales en enfermería, odontología, microbiología, etc.), según datos de la Subárea de Estadísticas de Recursos Humanos de la CCSS.

Asimismo, de los salarios de la institución, 49% es girado a profesionales en ciencias médicas, y solamente 27,3% corresponde a médicos.

Como parte de las salidas, se visualiza que los médicos generales tengan mayor posibilidad de recetar medicamentos en Ebais y clínicas que en la mayoría de los casos refieren a especialistas.

¿Cuánto gana un médico en la Caja?

Salario del médico general

Salario base	¢732.526
A anualidades	¢201.445
Carrera profesional	¢66.815
Bonificación adicional	¢124.529
Carrera hospitalaria o consulta externa	¢247.569
Salario total ordinario:	¢1.372.884

Primeros 5 años

Salario del médico especialista

Salario base	¢813.886
A anualidades	¢223.819
Carrera profesional	¢85.905
Bonificación adicional	¢138.361
Carrera hospitalaria o consulta externa	¢277.633
Salario total ordinario:	¢1.539.604

Primeros 5 años

Fuente: Presentación del doctor Alexis Castillo, presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

CCSS: Pilar de la solidaridad nacional

Por: Dr. Luis Alberto Jáen/ Para Bienestar | Fotografía: Archivo GN



El nuevo Hospital San Vicente de Paul, en Heredia, obra de la seguridad social.

Cuando la Caja empieza a funcionar 1942, había una población mayoritariamente descalza en todo el territorio nacional, que contaba entre sus grandes padecimientos el de los parásitos intestinales.

En 1903, el doctor Calderón Muñoz propuso la creación del Seguro Social. Más tarde, el General Volio, en 1929, hizo la misma propuesta y, en 1931, al fundarse el Partido Comunista, la misma proposición fue parte de su programa.

Pero no es sino hasta julio de 1941 que el presidente Rafael Ángel Calderón Guardia envía al Congreso Constitucional el proyecto de ley de su establecimiento. Éste se orienta sobre dos principios fundamentales: la solidaridad social y la plena autonomía para “alejarse definitivamente a la Caja de cualquier influencia de carácter político”.

El 31 de octubre de 1941, el Congreso le da su aprobación al proyecto en tercer debate y al día siguiente, 1 de noviembre, que debería instituirse como el día de la seguridad social, el presidente le pone el “ejecútense”. Dos meses después, el 7 de enero del año 1942, se publica el primer reglamento de la ley para que el sistema empiece a funcionar.

Con la aprobación y el funcionamiento de esta ley, Costa Rica se puso a la cabeza de muchas naciones en materia de seguridad social, como lo prueba contundentemente el hecho de que no es sino hasta 1952 que la OIT aprueba el Convenio 102 sobre la Norma Mínima de Seguridad Social, con beneficios inferiores a los que aquí concedían los reglamentos y la ley.

Esta ley de los seguros sociales tuvo enconados opositores desde el principio, quienes no pudiendo atacarla por el fondo, lo hacían por cuestiones marginales.

Sus dificultades empezaron muy pronto, pues como denunció el licenciado Otto Fallas al terminar su mandato como ministro de Trabajo de Figueres Ferrer en la administración 1953–1958, los últimos gobiernos, o sea, los de 1948 a 1958 –La Junta de Gobierno, Ulate y Figueres– no le pagaron a la Caja Costarricense de Seguro Social las cuotas correspondientes, lo que la debilitó mucho.

Pese a todo, la entidad no solamente se mantuvo sino que se desarrolló y, en la administración de Mario Echandi, a propuesta de diputados liberacionistas como Enrique Obregón y Alfonso Carro, se le impuso a la Caja, constitucionalmente, la obligación de extender su protección “universalmente”, es decir, a toda la población.

Parásitos: primer reto

Cuando la Caja empieza a funcionar en 1942, había una población mayoritariamente descalza en todo el territorio nacional, que contaba entre sus grandes padecimientos el de los parásitos intestinales.

Las Unidades Sanitarias dependientes del Ministerio de Salubridad y los hospitales de caridad prestaban una atención muy precaria a esta enfermedad y, con mayor razón, a otras más complicadas.

No existía una protección efectiva contra los riesgos del trabajo ni contra las enfermedades prolongadas, ni régimen de pensiones

para los trabajadores de la empresa privada.

El establecimiento de los seguros sociales marcó un cambio trascendental en la situación social del país y ha logrado inmensos progresos en beneficio de toda la población, de los que sirven como índices la disminución a un dígito la mortalidad infantil y una expectativa de vida superior a 80 años.

Pero, la voracidad fiscal, la corrupción y la irresponsabilidad han deteriorado muy sensiblemente el sistema y amenazan con hacerlo colapsar.

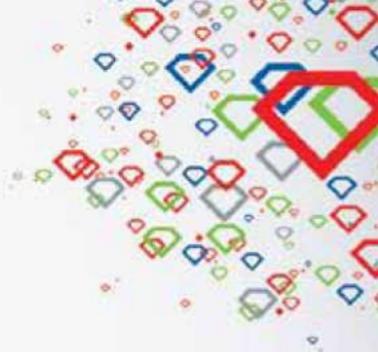
En primer lugar porque, desde 1971, la cuota del Estado fue rebajada de 2,5%

sobre todos los salarios a tan sólo 0,25%, y así se mantiene hasta hoy.

En segundo lugar porque la corrupción y la irresponsabilidad campean en la institución.

La Caja es, sin duda, el más elevado soporte de “una política permanente de solidaridad nacional”, proclamada como ideal del funcionamiento del Estado por el artículo 74 de la Constitución.

Desde 1971, la cuota del Estado fue rebajada de 2,5% sobre todos los salarios a tan sólo 0,25%, y así se mantiene hasta hoy.



PERFIL

MÁS FRESCA Y RENOVADA

VIVÍ LA EXPERIENCIA EN:

- ◆ REVISTA PERFIL
- ◆ DE REGRESO A CASA EN BÉSAME 89.9 FM
L-V / 5 A 7 P.M.



◆ WWW.PERFILCR.COM

◆ SEGUINOS EN:



Los adultos mayores
merecen nuestro
respeto y
consideración...

