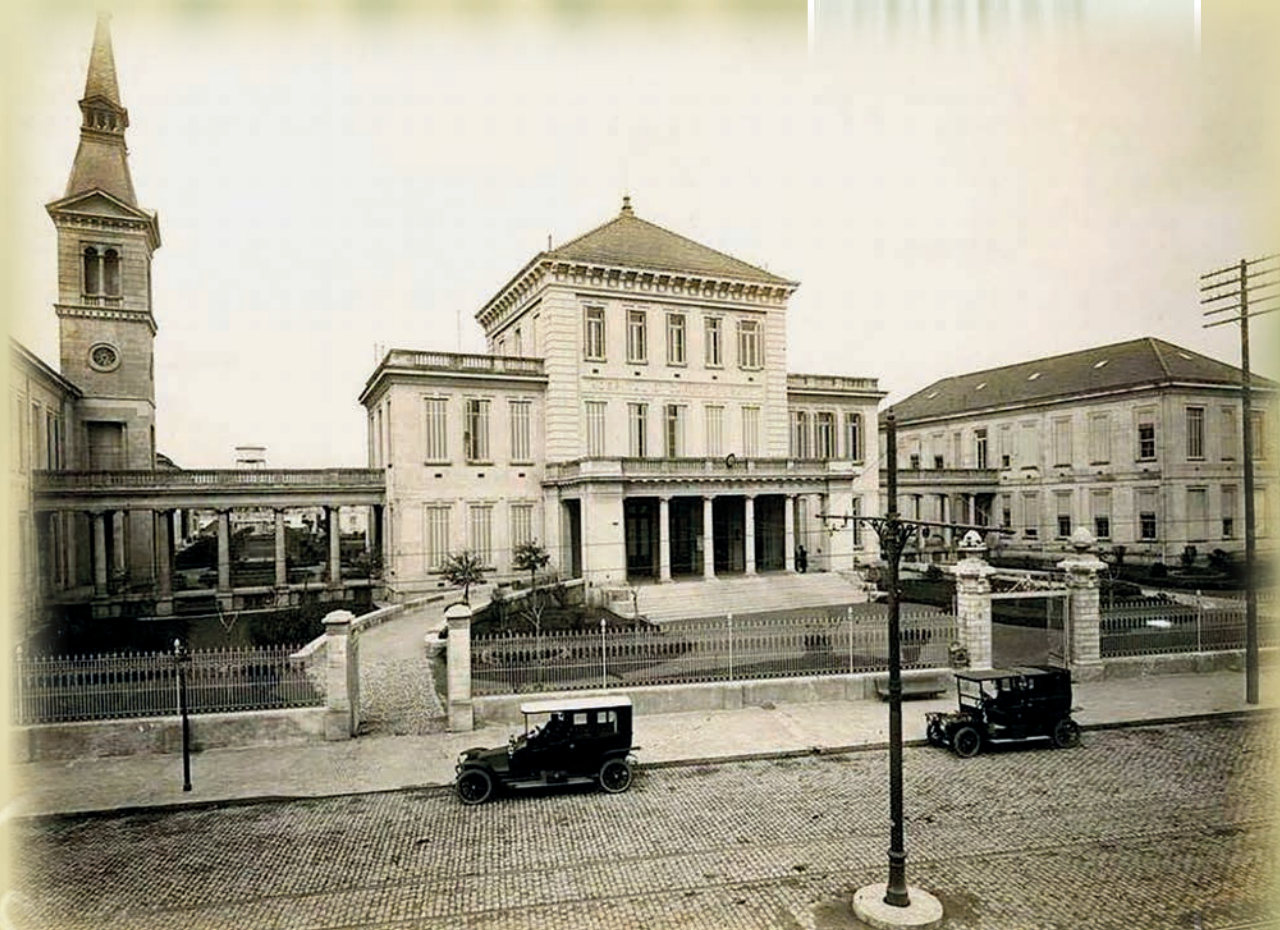




Revista de la Asociación Médica Argentina



Hospital Carlos G. Durand

Fachada del antiguo Hospital en el barrio de Caballito, Buenos Aires
Fue habilitado el 27 de abril de 1913

VOLUMEN 130

1/2017

MARZO DE 2017

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “CARLOS G DURAND”

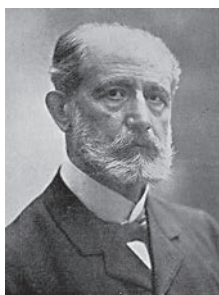
(28-04-1913)

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

El hoy Hospital General de Agudos “Carlos G Durand” fue inaugurado el 28 de abril de 1913 dirigido por Pascual Palma y contando entre sus médicos a Mariano Castex y José M Escalier.

Carlos Gustavo Durand, médico salteño e hijo de un médico del ejército napoleónico, dejó al fallecer la suma de \$ 1.200.000, fondos destinados a la construcción de un hospital de hombres, que una vez terminado y provisto de los elementos necesarios debía entregarse a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Por concurso se eligió el proyecto de Juan Antonio Buschiazzo, segundo arquitecto recibido en la Facultad correspondiente y cuya obra está

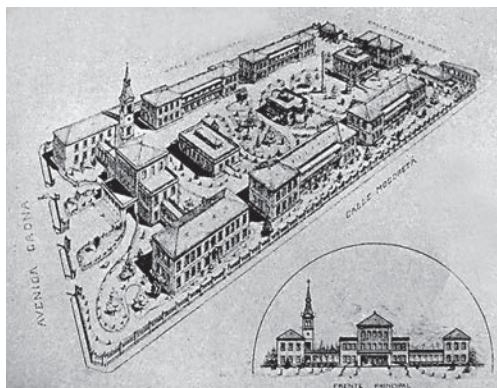


profundamente ligada a Buenos Aires: fue el planificador de los Barrios Saavedra, Villa Alvear y Villa Devoto, los hospitales Muñiz e Italiano, el hoy Museo Sarmiento y frente a él la Iglesia Redonda de Belgrano.

El lugar elegido para la construcción fueron dos manzanas y media entre las calles Gaona, Campichuelo, Hidalgo y Méndez de Andes, en lo que fuera la Quinta de Saturnino Ezpeleta. La piedra fundamental se puso en 1909, pero la obra se demoró por cuestiones presupuestarias. Finalmente fue entregado el edificio a la Municipalidad en 1912 e inaugurado en 1913 como se dijo.

En el pabellón central estaban la administración, los depósitos de farmacia, las habitaciones del Director, los médicos y el capellán, y salas de lectura.

A un lado la capilla, el pabellón de las hermanas y enfermeros, y hacia el otro lado los consultorios externos, que tenían entrada independiente, con sus salas de curaciones, de operaciones, de rayos X, etc. Distribuidos por el terreno estaban los cuatro pabellones para enfermos, cada uno un verdadero hospital en sí mismo.



El crecimiento demográfico hizo necesario modificar la cláusula testamentaria y dejó de ser un hospital exclusivo para hombres, convirtiéndose las plantas bajas en sala de mujeres y se agregó un pabellón para ginecología y obstetricia.

En 1938 se construyó el Instituto de Perfeccionamiento Médico Quirúrgico y en 1971 se decidió una modificación radical del edificio para adaptarlo a las necesidades de la medicina actual. El nuevo Centro Médico Complementario reemplazó a casi la totalidad de los pabellones existentes salvo el Instituto de 1938 y el antiguo Pabellón de Rayos que es la única construcción remanente del edificio original.

El Hospital Durand es hoy uno de los doce Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad y Hospital Universitario de Alta Complejidad.

Fuentes:

Jankilevich, Ángel. Hospital y Comunidad, de la colonia a la independencia y de la constitución a la república corporativa.

Hospital Durand. https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital_Durand; 14-02-2017. 4:19 hs.

Lic Guillermo Couto
Secretario Administrativo

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2016

I.S.S.N. 0004-4830 - Fundada en agosto de 1891

Considerada de interés legislativo nacional - Resolución 17/05/2000

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfono: 5276-1040 y líneas rotativas / Fax: (54-11) 4811-1633

E-mail: info@ama-med.org.ar

Página web: <http://www.ama-med.org.ar>

Personería Jurídica N° C. 467 - 4 de agosto de 1914

Entidad exenta, reconocida por la AFIP, en virtud del art. 20, inc. f, de la Ley 20.628

Inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Bien Público. Resolución 536 N° 61842, 10 de abril de 1984

Premio A.P.T.A. - F. Antonio Rizzuto a la mejor revista médica, año 1968

Presidente de Honor

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo (7390/5)

COMISIÓN DIRECTIVA 2015 - 2019

Presidente

Dr Miguel A Galmés (16619/1)

Prosecretario

Dr Jorge Gorodner (9128/8)

Vocales Titulares

Dra Nora Iraola (12435/5)

Dr Gustavo Piantoni (13208/5)

Dr Rodolfo Jorge Bado (14711)

Vicepresidente

Dr Miguel Falasco[†] (10179/6)

Tesorero

Dr Vicente Gorrini (15732/4)

Vocales Suplentes

Dr Armando E Guglielminetti (7063/4)

Dr Miguel Ángel Falasco (30590)

Secretario General

Dr Carlos A Mercáu (33207/4)

Secretario de Actas

Dr Roberto Reussi (12263/1)

ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA: Dr Tomás Andrés Cortés (11601) - Dr Eusebio Arturo Zabalúa (13710) - Dr Bernardo Yamaguchi (23340) - Dr Enrique Francisco E Labadie (6268) - Dr Abraham Lemberg (3498) - Dr Jorge Mercado (14146) - Dr Hugo Pablo Sprinsky (20953) - Dr Walter Adrián Desiderio (23227) - Dr Luis Hilarión Flores Sierra (25137) - Dra Analía Pedernera (14795) - Dr Alejandro Jesús Diz (16497) - Dr Néstor Carlos Spizzamiglio (16929) - Dra Rosa Álvarez de Quantín (11264) - Dr Carlos Mosca (15076) - Dr Héctor A Morra (15183) - Dr Luis Romero (11227)

TRIBUNAL DE HONOR

Miembros Titulares

Dr Eduardo Abbate (9314/1)

Dr Ángel Alonso (10896)

Dr Heraldo Nelson Donnewald (9043/3)

Dr Leonardo H Mc Lean (6885/4)

Dr Víctor Pérez (5314/4)

Dr Román Rostagno (9807/5)

Miembros Suplentes

Dr Mario Bruno (12357/4)

Dr Germán Falke (31714/5)

Dr Horacio López (14518/5)

Dr Daniel López Rosetti (21392/59)

Dr Juan J Scali (27242/0)

Dra Lidia Valle (16932/3)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dr Fabián Allegro (29815/5)

Dr Horacio A Dolcini (9951/5)

Dr Juan C García (36953/5)

Dra L Nora Iraola (12435/5)

Dr Miguel Vizakis (35379/9)

Miembros Suplentes

Dr Leopoldo Acuña (43023)

Dra Raquel Inés Bianchi (44392)

Dr Jaime Bortz (33732)

Dr Alberto Lopreiato (15535/4)

Dr Pedro Mazza (7635/2)

Asesor Letrado Honorario

Dr Hernán Gutiérrez Zaldívar (31864/5)

Asesor Letrado Alterno

Dr Carlos do Pico Mai

Relaciones Institucionales

Lic Fernando Portiglia Tade (42264)

Administrador

Sr Guillermo E Couto

Biblioteca

Dr Rodolfo Maino (9399-5)



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 130 - Nº 1 - MARZO DE 2017

SUMARIO

NOTICIA SOCIETARIA	Protocolo de reunión en la Alianza Francesa <i>Evento realizado el 11 de agosto de 2016 a las 19 hs</i>	4
ARTÍCULO ORIGINAL	Dr Julio V Uriburu. Su destacada participación en la micología nacional <i>Dres Amalia M Bores, Inés A Bores, Lidia E Valle, Daniel Navacchia</i>	11
ACTUALIZACIÓN	La docencia y la investigación en medicina <i>Dres Mario Enrique Valerga, Luis Ángel Trombetta</i>	15
	Ciencia y filosofía <i>Dr Horacio A Dolcini</i>	18
	Humo de Tercera Mano. Prevención en los Niños <i>Dra Graciela Lewi</i>	21
	Día Mundial sin Tabaco 2016: Prepárate para el empaquetado neutro, 31 de mayo de 2016 <i>Dr Vicente Donato</i>	23
	Enseñanza de la pediatría Aprendizaje, Capacitación en Pregrado e Internado Anual Rotatorio Experiencia docente durante 35 años <i>Profesor Doctor Germán Falke</i>	25
CASO CLÍNICO	Tratamiento quirúrgico conservador en paciente monorrenal con esclerosis tuberosa y angiomiolipoma complicado: presentación de caso y revisión bibliográfica <i>Dres Natalia Verónica Estévez, Mariel Elisa Taranto, Emiliano Alberto Navarro, Néstor Mauricio Bernal Aragón, Rafael Inzeo[†]</i>	30
EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA	Tabaquismo crónico y cirugía plástica <i>Dr Ricardo Jorge Losardo</i>	34
HISTORIA DE LA MEDICINA	Vida y obra de Abel Cetrángolo (1916 - 1977) <i>Profesor Dr Jorge H Loro Marchese</i>	37

SUMMARY

CORPORATE NEWS	Protocol of meeting in the French Alliance <i>Evento realizado el 11 de agosto de 2016 a las 19 hs</i>	4
ORIGINAL ARTICLES	Dr Julio V Uriburu. His outstanding participation in the national mycology <i>Dres Amalia M Bores, Inés A Bores, Lidia E Valle, Daniel Navacchia</i>	11
UPGRADES	Teaching and research in medicine <i>Dres Mario Enrique Valerga, Luis Ángel Trombetta</i>	15
	Science and philosophy <i>Dr Horacio A Dolcini</i>	18
	Third-hand Smoke. Prevention in Children <i>Dra Graciela Lewi</i>	21
	World No Tobacco Day 2016: Get ready for the neutral packaging, May 31, 2016 <i>Dr Vicente Donato</i>	23
	Teaching of pediatrics Learning, Training and Internship Undergraduate Annual Rotation <i>Profesor Doctor Germán Falke</i>	25
CASE REPORTS	Conservative surgical treatment in monorrenal patient with sclerosis and complicated tuberous angiomyolipom: case report and literature review <i>Dres Natalia Verónica Estévez, Mariel Elisa Taranto, Emiliano Alberto Navarro, Néstor Mauricio Bernal Aragón, Rafael Inzeo[†]</i>	30
CONTINUING MEDICAL EDUCATION	Chronic smoking and plastic surgery <i>Dr Ricardo Jorge Losardo</i>	34
HISTORY OF MEDICINE	Life and work of Abel Cetrángolo (1916-1977) <i>Profesor Dr Jorge H Loro Marchese</i>	37

DIRECCIÓN EDITORIAL

Director

Dr Ángel Alonso
Profesor Emérito de Microbiología (UBA), CABA.

Subdirector

Dr Horacio López
Profesor Emérito de Infectología (UBA), CABA.

Secretarios Editoriales

Dr Daniel Carnelli
Clorox Argentina S.A.
Munro – Pdo. de Vicente López, Buenos Aires.

Dra Betina Dwek
Clinica Bazterrica. CABA.

Dr Miguel Ángel Falasco
Hospital Interzonal Gral de Agudos
Dr Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires.

Consejo Editorial

Dr Juan Álvarez Rodríguez

Dr Rodolfo J Bado

Dr Alfredo E Buzzi

Dr Silvia Falasco

Dr Carlos Mercáu

Dr Juan Carlos Nassif

Dr Federico Pérgola

Dr Néstor Spizzamiglio

Dr León Turjanski

Dr Lidia Valle

Producción Gráfica

Raúl Groizard

Corrector Literario

Hernán Sassi

Diseño y Armado Digital

Candela Córdova

Diseño y retoque de foto tapa

Rolando Michel

Las fotografías fueron realizadas por el fotógrafo independiente Enrique Mourgués

Protocolo de reunión en la Alianza Francesa

Evento realizado el 11 de agosto de 2016 a las 19 hs

Siendo las 19:15 hs, inicio la reunión agradeciendo a toda la concurrencia por su estimada presencia.

El Rotary Club de La Plata Sur, realizó un convenio formalizado el día 11/12/2013 conjuntamente con la SAFyT de la AMA "Sociedad Argentina de Farmacología y Terapéutica de la Asociación Médica Argentina", en el cual se acordó entregar el Premio **Bernardo Alberto Houssay** a profesionales de la Salud que se hayan destacado por su desempeño y trayectoria científica.

En esta oportunidad, actúa como anfitriona la prestigiosa Alianza Francesa Argentina de la Ciudad de La Plata, representada por el Profesor Doctor Leopoldo Acuña. Estas dos últimas Entidades que acabo de mencionar son las Sociedades que colaboran en este acto y también queremos hacer notar la presencia de Clubes Rotarios de esta Ciudad, como así también el Rotary Club Buenos Aires, representado por uno de sus distinguidos socios, el Profesor Doctor Elías Hurtado Hoyo, acompañado por un grupo de camaradas rotarios de su querido Club. Debemos mencionar que el motivo principal

de esta cálida reunión es otorgar el preciado premio Bernardo Alberto Houssay, al notable Académico de la Academia de Medicina de Francia y Académico Nacional Profesor Doctor Elías Hurtado Hoyo, a quien el Rotary Club de La Plata Sur ha instituido en mérito a sus excelentes condiciones profesionales, éticas, académicas y personales, por lo tanto, para nuestro querido Club Rotario es sumamente placentero proceder a la entrega de esta distinción al destacado Camarada del Club Rotario de Buenos Aires. Para que todos los presentes tengan la posibilidad de conocer más profundamente las condiciones que ameritan esta Premiación, pasaré a leerles su Curriculum Vitae:

1. Ex- Profesor Titular de Cirugía Universidad de Bs. As. y Universidad Maimónides.
2. Ex- Jefe de Cirugía Hospitales Durand, Argerich y Tornú.
3. Creador y Primer Presidente del Comité Recertificación de la AMA (CRAMA).
4. Director del Código de Ética de la AMA. Traducido a 13 idiomas.
5. Creador y Director del Programa de Educación Latinoamericano de Educación a Distancia.
6. Creador del Comité de Peritos Médicos.
7. Consultor Extraordinario del Ejército Argentino y del Hospital Militar Central Cosme Argerich.
8. Doctor *Honoris Causa* Universidad Nacional de Morón y de la de Ciencias de la Salud de la Fundación Barceló.
9. Miembro Titular Academias Argentina de Cirugía y Argentina de Ética Médica.
10. Miembro Correspondiente de las Academias de Ciencias de la Salud de Córdoba y de la Nacional Medicina del Paraguay.
11. *Membre Associé Étranger Académie Medicine France.*
12. Presidente de Honor de la Asociación Médica Argentina.



Prof Dr Elías Hurtado Hoyo.

Invito al Sr Presidente del Rotary Club de La Plata Sur, Dr Alejandro Toporkov, para que proceda a hacer entrega de tan preciado premio.

Entrega del premio Bernardo A Houssay

Palabras pronunciadas por el Lic Alejandro Toporkov, Presidente del Rotary Club La Plata Sur, quien entrega el premio Bernardo Houssay al Dr Hurtado Hoyo.

Buenas tardes distinguido público.

Me dirijo a Uds a fin de informarles que, por el art 2º del convenio del 11 de diciembre de 2013 celebrado entre el Rotary Club de La Plata Sur y la Sociedad Argentina de Farmacología y Terapéutica – Asociación Médica Argentina –, todos los años nuestro club entrega el premio Bernardo Alberto Houssay y un reloj de mesa alusivo, por el tiempo dedicado a la intensa trayectoria docente, médica, científica y humanística nacional e internacional a científicos destacados.

El Profesor Dr Bernardo Alberto Houssay, no es un científico lejano a Rotary International, ya que esta institución tiene un programa de lucha contra la diabetes en línea por lo estudiado por el Doctor Houssay.

Debemos resaltar que en 1945 con la publicación del tratado “Fisiología Humana” Houssay y sus colaboradores demostraron que, desde el punto de vista de la medicina experimental, la diabetes era una enfermedad tratable; lo que causó un gran alivio a la humanidad.

Asimismo, el 10 de diciembre de 1947 el Dr Houssay recibe el premio Nobel de Medicina y Fisiología por sus estudios sobre la diabetes.

En 1948 es designado socio Honorario del Rotary Club de Buenos Aires.

En 1970 Bernardo Alberto Houssay es nombrado Presidente Honorario de la Sociedad Mundial de Diabetes.



Lic Hugo Fabián De Biasse, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo.

En relación a todo ello cabe destacar nuevamente que el Rotary Club de La Plata Sur fue beneficiado por la Fundación Rotaria de Rotary International a través de dos subvenciones compartidas de veinticinco mil dólares estadounidenses cada una para dedicarlas a la educación diabetológica a través del Instituto Bernardo Alberto Houssay de la ciudad de la Plata.

Debemos indicar que, en marzo de 1958, es designado Primer Presidente del CONICET, organismo científico nacional que actualmente promueve todo tipo de investigaciones médicas y de otras ramas del saber. Ejerce la presidencia ininterrumpidamente hasta el día de su muerte acaecida el 21 de septiembre de 1971.

Dentro del contexto se ha seleccionado al Dr Elías Hurtado Hoyo con sobrado respaldo en términos de su prestigio y antecedentes académicos como el merecedor de este premio Dr Bernardo Alberto Houssay.

Sin más, le hacemos entrega del premio felicitándolo y agradeciéndole sus logros y presencia en este acto.

Con posterioridad, se le solicita al Dr Hurtado Hoyo que nos dirija unas palabras para toda la concurrencia.

Palabras del Profesor Dr Hurtado Hoyo

Autoridades y Miembros de las entidades convocantes, amigos presentes, Sras y Sres.

Deseo dejar testimonio que para mí el simple hecho de concurrir a la Ciudad de la Plata, por cualquier motivo, me genera una gran emoción. Ésta se acrecienta hoy al haberse reunido organizaciones de sólida representación de la civilidad platense, como son el Rotary Club La Plata Sud y la Alianza Francesa, en conjunto con una entidad científica nacional de amplia y larga trayectoria, como es la Sociedad Argentina de Farmacología y Terapéutica. La fuerza del significado que da la unión de la comunidad con órganos científicos y educativos, sobrepasa sentimentalmente lo que habéis volcado en este acto.

No puedo agradecerles a todos la presencia, pero no puedo dejar de resaltar el vigor de vuestra enti-



De izq a der: Dres Osvaldo González Aguilar, Vicente Ciancio, Elías Hurtado Hoyo, Alejandro Taporkov, Hugo F De Biasse, Gustavo Marin, Leopoldo Houssay, Alfredo Vitale.

dad madre educativa, la Universidad Nacional de La Plata, representada hoy por la Decana de la Facultad de Medicina, Prof Dra Ana Lía Errecalde y por dos de sus ExDecanos, nuestro prestigioso amigo, Enrique Frutos Ortiz, compañero de la Academia Argentina de Cirugía, y de numerosos viajes convocados por el International College of Surgeons, y el no menos prestigiado Prof Dr Jorge Martínez.

Los recuerdos vívidos relacionados a vuestro gesto son muchos y se me agolpan. Les comentaré algunos sin dejar de ponderar los que no puedo mencionar por el tiempo necesario para describirlos. Comenzaré hablándoles del valor que representa para mí la Ciudad de La Plata. Cómo no reconocer lo que significaba para mí que una figura platense de nivel nacional e internacional, maestro de maestros, como era José María Mainetti, me invitase desde mediados de 1980, a dictar conferencias sobre Cáncer de Pulmón en su Centro de Oncología de Excelencia, allá en Gonet. 'Cómo no recordar a uno de sus grandes discípulos, como era René Favaloro, uno de los pioneros de la cardiocirugía mundial, cuando intercambiábamos algún paciente donde se mezclaban las patologías que padecían. El primero que me vino a la memoria fue don Arturo Sábato, hermano del escritor Ernesto, quien fuera el ideólogo del petróleo en el gobierno de Arturo Frondizi. Cuando me consultaron por su tumor pulmonar, a principios de la década de los 90', Favaloro ya le había efectuado cuatro *bypass* coronarios 8 años antes. Lo acompañaban sus amigos de toda la vida, el economista Rogelio Frigerio (p) y el eminente neurólogo Tomás Olivan. Apenas terminé de operarlo, Favaloro me estaba llamando por teléfono para conocer el pronóstico de su amigo Arturo, cuyo deceso recién se produjo siete años después a causa de su edad avanzada. Tampoco puedo venir a La Plata y no mencionar a Julio

Palmaz, quien también revolucionó la cardiología mundial al introducir los *stents* expandibles coronarios. Todas estas ideas salieron de esta ciudad, la invalorable y humilde La Plata. Y siguiendo la hilación de esta temática, y estando en la provincia de Buenos Aires, cómo no recordar el aporte de la ciudad de San Martín, a través de Juan Carlos Parodi, quien con sus *macrostents* para grandes vasos, cerró el círculo en que desenvuelve la terapéutica quirúrgica actual para la mayor parte de las enfermedades cardiovasculares.

En segundo lugar, deseo señalarles que el lugar elegido para esta reunión, la elegante sede de la Alianza Francesa de La Plata, tiene también para mí un significado múltiple. En primer lugar, compartir todo lo programado con mis grandes amigos franceses, los Acads Jacques Rochemaure de París y Paul Leophonte de Toulouse. Aparte con lo que la Academia de Medicina francesa me ha distinguido, y que pienso que es un reconocimiento a toda la medicina y cirugía argentina. Hoy se da la feliz circunstancia que vuestra casa está presidida por una figura de trascendente relevancia como es Leopoldo Acuña. En él reconocemos la cultura nacional; diré sólo que lo valoramos en todas sus facetas como médico, periodista, científico, bioeticista y filósofo. Nos relacionó otro gran cirujano argentino, su Maestro, el patagónico Roberto Garriz, quien con motivo de haber sido incorporado a la Academia Argentina de Medicina, nos convocó a una cena muy privada, con los que presumo representaban sus afectos; la reunión se hizo en el Plaza Hotel, que coincidentemente es donde nos reunimos semanalmente con el grupo de amigos del Rotary Club de Bs As. Para los que no lo saben, Acuña es Miembro Titular de la Academia Argentina de Ética Médica y es uno de nuestros más grandes pensadores y colaboradores del Código de Ética para el Equipo de Salud de la AMA, tratado que lo tenemos traducido a 13 idiomas.

Cuando he recibido una distinción que si bien me halaga, la he valorado más por la Institución que la entrega, que por la distinción misma. En este caso, que la Sociedad Argentina de Farmacología y Terapéutica sea partícipe relevante de este homenaje, jerarquiza al máximo este hecho. En referencia a la misma los recuerdos me llevan a principios de enero de 1992. Con la AMA y todas las organizaciones relacionadas a la Salud, educativas, científicas, gremiales y otros, habíamos conseguido ese fin de año el Veto Presidencial por la Ley de Unificación de los Códigos Civil y Comercial, elaborado por Héctor Alegría y Atilio Alterini, que para los médicos llevaba incorporada "la inversión de la carga de la prueba", o sea, todo lo que se refería a los Juicios por Mala Praxis, y que además, era retroactiva a 10 años. El 20 de febrero de ese mismo año, el Ejecutivo produce el Decreto 150 con referencia a los Medicamentos Genéricos, de los cuales en esos momentos en el país sólo se producían 5 (cinco). En



Dres Enrique Frutos Ortiz, Ricardo Collar, Omar Molina Ferrer, Mario Puente, Carlos A Perroni, Gerardo Bontempi, Ricardo Losardo, José Raul Buroni, Ana Lía Errecalde Martínez.

este caso la AMA y las Sociedades Científicas, en especial la Sociedad Argentina de Farmacia y Terapéutica con la figura del Dr Alfredo Vitale, plantearon que la redacción del Decreto era confusa ya que se trataban técnicamente hablando de copias o similares, pero no de los verdaderos genéricos, y que además el Decreto permitía la importación de drogas a granel de cualquier lugar, sin un planteo de control adecuado. Dialogando con el gobierno se consiguió también su anulación, y es más, por ese motivo el Gobierno creó la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). En el 2002 se repetiría otra vez el desencuentro por los mal llamados medicamentos genéricos. Gracias una vez más al Dr Vitale por su firme apoyo a la **“defensa de la Verdad con Responsabilidad”**. Valoro la compañía de su joven discípulo Gustavo Marín, que mantiene su misma fortaleza intelectual. Debemos relatar aquí, sobre todo para el público no médico, que en medicina ciertos errores, aunque no sean voluntarios, producen respuestas no adecuadas, y cuando no, muchos muertos.

Por la distinción del Rotary Club La Plata, que preside Alejandro Toporkov, de la cual valoro el compromiso social de este Club, siempre predisposto a la vocación de servicio, me referiré al Premio Nobel Bernardo Houssay. A pedido del joven profesor Bernardo Houssay, la AMA creó en 1919 la Sociedad de Biología y Afines como una de sus filiales. Bajo su continua presidencia, en 1941, al cumplir la AMA 50 años, Houssay informaba que durante esos años, dicha Sociedad en nuestros salones presento 1.350 trabajos de investigación básica; debo suponer que la mayoría eran *abstracts*, de los que participaron unos 450 investigadores médicos o estudiantes de su afamada Cátedra de Fisiología de la Facultad de Medicina (UBA). Luego seleccionaba

los artículos, los traducía al francés, y los remitía para su discusión a la *Société de Biologie* de París. Como podéis observar, Houssay investigaba en la universidad pública, los publicaba en la AMA, y los remitía a París. Fue galardonado con el Premio Nobel en 1947. En nuestra Asociación él trabajó intensamente; a él le debemos la organización de la Biblioteca que aún se rige por sus disposiciones; la última Comisión que integró fue la de Educación Médica, entre 1958 y 1963, que presidía don Carlos Ottolenghi. El país le reconoce a dicha Comisión la implementación de las Residencias Médicas. Posteriormente fue convocado para dirigir el prestigioso CONICET. Pero como anécdota histórica, les comentaré en homenaje a su sobrino-nieto aquí presente, el abogado Leopoldo Houssay, que tuve la suerte de conocer a Don Bernardo. La realidad fue dura. Me debo remontar a fines de septiembre de 1955. Por la Revolución Libertadora, a Houssay le reintegraron la cátedra de Fisiología. Yo estaba en 2° año cursando lo que llamaban la “Fisiología Justicialista” que dirigía Imbriano. A pesar de ese gran cambio nos presentamos con un grupo a rendir la materia en los primeros días de noviembre en el llamado “Turno de Voluntarios”. A cada alumno lo examinaban dos profesores. Mi primer examinador fue Eduardo Braum Menéndez; con mucha alegría me tocó la bolilla sobre “Medio Interno, el agua y los electrolitos”, clase que había dictado él mismo una semana antes; tuve la sensación de haber superado esa evaluación al mejor nivel. Acto seguido la Secretaria me dice: “tiene que dar ahora examen con el Premio Nobel.” Bueno para abreviar, me empanané, me quedé en blanco; cuando además me preguntó si mi origen era peruano y le señalé que era español nacido en Valencia, me quedé atónito cuando se puso a hablar en valenciano. Todo lo que siguió fue un calvario... y sólo me preguntaba las “etapas de la digestión”. Bueno, con cara de no muy conforme, se levantó de la silla y fue a hablar con Braun Menéndez; regresó y dio por terminado el examen. Cuando leyeron las notas tuve la sensación que me había regalado, muy generosamente, un misero cuatro.

Lo mismo me pasaría años después en la última materia frente a Alfredo Lanari. También me quedé bloqueado. Sin embargo, estos episodios me sirvieron más adelante para que frente a examinar a un alumno yo fuera más tolerante. Como ve, mi estimado Leopoldo, ese examen con Houssay, fue a través del tiempo una gran enseñanza para mi vida como profesor.

Sras, Sres, nuevamente les agradezco la gentileza de vuestras distinciones, que las recibo como prueba de afecto y respeto a mi persona.

Muchas gracias.

Invitamos al Dr Vitale, para que proceda a la entrega de la distinción *Magister Scientiarum Artium Et Investigation Medicinae* que él mismo pasará a detallar.



De izq a der: Dres Elías Hurtado Hoyo, Leopoldo E Houssay, Gustavo Marín.

Entrega del Premio *Magister Scientarium Artium*

Et Investigation Medicinae

Palabras pronunciadas por el Prof Dr Alfredo RU Vitale, Presidente de SAFyT-AMA

Buenas noches, es un placer para mí hacer entrega de un premio muy especial como es el "*Magister Scientarium Artium et Investigation Medicinae*", "**Maestro de las Ciencias, Artes e Investigaciones Médicas**". La designación en latín de este premio significa: Magister, Maestro", Dedicación, Prédica, Enseñanza de Ciencia, Arte u Oficio, Ejemplo, Abnegación, Sabiduría, Desinterés Económico, Honestidad, Orientador de Aptitudes y Vocaciones. *Scientarium Artium Medicinae* evocan al Escudo de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata que fuera creado en el mes de marzo de 1996 por el Decano Prof Dr José Carlos Fassi y los Prof Dres Jorge Moirano y Leopoldo Acuña, dibujado por el Prof Dr César Gómez Dumm y la Periodista Andrea Suárez Delle Donne; rescatando la frase "*Pro Scientia et Art*", por la Ciencia y el Arte. Es que en Medicina, Ciencia y Arte se complementan, Ciencia es Investigación, metodología científica que tiende a la generalización. Por ejemplo, Farmacología es Ciencia, Terapéutica es Arte, Terapéutica es Práctica, Praxis, Habilidad y Destreza. Es singular y particular. El Arte de aplicar los medicamentos se denomina Farmacoterapia. La Terapéutica incluye a la Farmacoterapia, Dietoterapia, Fisioterapia, Psicoterapia y otras terapias. Finalmente, *Investigation Medicinae* en latín es Investigación médica que puede ser experimental y Clínica, ambas integrantes de la ciencia.

Esta distinción que hago entrega en este acto, es entonces consecuencia del convenio con el Rotary Club La Plata Sur y su entrega complementa al Premio Bernardo Alberto Houssay. Es un placer entonces entregar esta distinción al Académico Prof

Dr Elías Hurtado Hoyo, a quien quiero agradecer por su vocación e intensa lucha desde la AMA en el tema de los medicamentos, lucha que es compartida por la SAFyT y ha sido documentada en el Libro de 60 páginas titulado "*Salud Pública, Fármacos Patentados y Genéricos*" del año 2002, donde se brinda un glosario y definiciones de los conceptos: medicamento, principio activo, nombre genérico, especialidad medicinal, nombre registrado, nombre de fantasía, nombre de marca, biodisponibilidad, bioequivalencia, producto de referencia, medicamento genérico, equivalente terapéutico, alternativa farmacéutica, medicamento ilegítimo, empresa farmacéutica ilegítima, producto biosimilar. Así se fundamenta que la equivalencia farmacéutica no necesariamente implica equivalencia terapéutica ya que diferencias en los excipientes, en el proceso de elaboración, pueden determinar disparidades en los productos.

Por tales motivos apoyo la posición de la Honorable Comisión Directiva de la AMA elaborada el 7 de octubre del año 2014 en ocasión de la presidencia de la AMA del Prof Hurtado Hoyo, donde se especifica que la receta firmada por el médico no debe ser modificada por otros profesionales.

En fin, por todo lo expresado, tengo el enorme placer de entregar el premio "*Magister Scientarium Artium et Investigation Medicinae*" a tan distinguido profesional, el Prof Dr Elías Hurtado Hoyo.

Ceremonial: Invitamos ahora al Prof Dr Gustavo Marin a que proceda a la entrega de la distinción del Diploma *Honoris Causa*.

Entrega del Premio *Honoris Causa*

Gustavo H Marin – Secretario del SAFyT-AMA en ocasión de la distinción del Prof Hurtado Hoyo.

El Diploma *Honoris Causa* es entregado por la SAFyT-AMA a destacados actores en el campo de la Salud cuyos valores académicos, profesionales y éticos ameritan un reconocimiento tanto por sus pares como por la Comunidad a la que pertenecen. Este Premio, como nunca en la historia de la SAFyT, tiene un indiscutible destinatario, el Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, quien demostró durante su extensa trayectoria profesional y personal, los más altos valores académicos, científicos y humanos. Tengo el honor y el placer de entregar en este acto, el muy merecido Diploma *Honoris Causa* al Prof Dr Hurtado Hoyo.

Ceremonial: Invitamos al Dr Leopoldo Houssay a que proceda a la entrega la Medalla de Honor.

Entrega de la medalla de honor

Palabras del Dr Leopoldo Jorge Emilio Houssay del 11 de agosto de 2016 al entregar la Medalla de Honor al Prof Hurtado Hoyo

El Rotary Club de la Plata Sur es una mediana empresa de servicios, agiornada a la sociedad contemporánea que, con estructuras móviles, con elasticidad



De izq a der: Dres Osvaldo González Aguilar, Elías Hurtado Hoyo, Leopoldo Houssay.

y con la unión estratégica de la Alianza Francesa de La Plata y la Sociedad Argentina de Farmacología y Terapéutica-Asociación Médica Argentina (S.A.FyT-A.M.A) que les brinda hoy con las “Avenidas de Servicios a Través de la Ocupación” una conferencia del mayor nivel mundial con las palabras del prestigioso científico de la Academia Argentina de Cirugía, de la Academia Nacional de Medicina de la República del Paraguay y de la Academia de Medicina de Francia, Acad Prof Doctor Elías Hurtado Hoyo, para luego darle, en mérito a su riquísima trayectoria médico-científica, el Premio Bernardo Alberto Houssay.

Ceremonial: Invitamos al Prof Dr Vicente Ciancio y a la Prof Dra Ana Lía Errecalde a que procedan a la entrega del Reloj Pulsera alusivo a la ocasión.

Entrega de reloj pulsera

Entrega el Reloj Pulsera la Prof Dra Ana Lía Errecalde, la actual Decana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, y el Prof Dr Jorge Martínez, Ex-Decano de la misma Facultad. “Este reloj se entrega en alusión al tiempo que el Prof Elías Hurtado Hoyo destinó a la Profesión Médica, a la Comunidad y a sus pacientes”.

Entrega de reloj de mesa

Lic Hugo Fabián De Biasse, Secretario Rotary Club La Plata Sur

El día 11 de agosto se entregó en la Alianza Francesa de La Plata el premio Bernardo Houssay, Diploma de Honor al Académico Dr Elías Hurtado Hoyos, dada su trayectoria Docente, Médica, Científica y Humanística Nacional e Internacional. En función de tan importantes distinciones el Rotary De la Plata Sur desea también entregar un reloj de mesa al querido camarada.

Ceremonial: En este momento invitamos a dirigir unas palabras al anfitrión de esta noche, el Representante de la Alianza Francesa, el Prof Dr Leopoldo Acuña.



De izq a der: Dres Elías Hurtado Hoyo, Leopoldo Houssay, Alfredo Vitale.



De izq a der: Dres Osvaldo González Aguilar, Elías Hurtado Hoyo, Decana Dra Ana Lía Errecalde Martínez, Leopoldo Houssay.

Palabras del Profesor Dr Leopoldo Acuña

Hola a todos: es un gusto para mí recibir como anfitrión al Dr Hurtado Hoyo. Esto ocurre en la Alianza Francesa de La Plata, en concordancia con la distinción que recibiera Elías por parte de la República Francesa. Nos conocemos con Hurtado desde hace años, de la época en que me formara en el antiguo Hospital Rawson y nuestro homenajeado triunfara desde muy joven en distintos servicios de cirugía de Buenos Aires. Muchos, yo mismo, sentimos una sincera admiración por el inmigrante español que se graduara de médico, realizara una destacadísima carrera quirúrgica, que incluyó pacientes como embajadores extranjeros, presidentes de la Argentina y un sinnúmero de enfermos que se beneficiaron con su capacidad médica. Elías supo además del respeto de sus colegas. Creo que para esto utilizó una fórmula que no falla. Él mismo respetó a todos y cada uno de los médicos que trabajaron a su lado. Es este aspecto socio-médico que colaboró a llevarlo a las más altas responsabilidades en el país. Y sin duda, creo que su exitosísima presidencia de la AMA es muestra cabal de lo dicho. Dos palabras sobre su generosidad, que sirvió para ayudar a otros médicos en una pléyade de actividades organizadas por AMA. Yo soy uno de esos agradecidos. Citando al gran Pitágoras: “No hay peor pecado que darle hospitalidad a un ingrato”. Elías está rodeado por personas que continuamente le expresan su gratitud. En lo personal, recuerdo con satisfacción una anécdota que ocurrió hace poco. Reunidos con amigos en un almuerzo, le preguntaron a Elías por su solidez científica, social, moral. Él contestó que tuvo siempre tres líneas de conducta para respetar: la primera, la familia. Nos apresuramos los comensales para que mencionara las otras dos. Sin dudarle agregó: las otras dos son también la familia y la familia.

Un aspecto final: circunstancialmente durante los últimos años nos hemos cruzado con el Dr Hurtado Hoyo vacacionando junto al mar. Y al respecto doy fe del entusiasmo del Dr Hurtado Hoyos por el



De izq a der: Dres Alfredo Vitale, Vicente Ciancio, Leopoldo Acuña, Elías Hurtado Hoyo.



De izq a der: Dres Alfredo Vitale, Leopoldo Houssay, Vicente Ciancio, Ricardo Losada, Elías Hurtado Hoyo, Gerardo Bontempi, Enrique Frutos Ortiz, Leopoldo Acuña, Osvaldo González Aguilar, Carlos A Perroni.

champagne francés. En la Alianza Francesa, celebrando la condición de académico francés del homenajeado, creo que están dadas las condiciones para descorchar nuestras botellas celosamente custodiadas en el sótano para esta ocasión.

¡Gracias Elías!

Palabras del Dr Osvaldo González Aguilar en representación del Dr Miguel Galmés, presidente de la Asociación Médica Argentina

Lamento profundamente no estar presente este jueves en La Plata acompañando a usted y al Prof Dr Elías Hurtado Hoyo al que entregarán el Diploma de *Magister Honoris Causa* y de *Magister Scientiarum, Artium et Investigation Medicinae*, premios merecidos a los que adhiero.

Como es público, el Profesor Hurtado es mi maestro. Lo conocí haciendo la residencia de Cirugía Torácica durante el año 1981 en el Hospital Tornú como Jefe de División, posteriormente, sería Jefe

de Departamento. Desde entonces y hasta la fecha hemos trabajado juntos en la actividad asistencial, y en 1987 encaramos nuestra labor también en la Recertificación de la Sociedad Argentina de Cirugía. Finalmente en 1995 fui nombrado Secretario del Comité de Recertificación de la AMA, que recién nacía y que Presidía el Profesor Hurtado Hoyo, siendo entonces Presidente de la AMA el Prof Dr Luis Julio González Montaner. El tiempo ha pasado rápidamente, y sigo agradeciendo al Doctor Elías Hurtado Hoyo, quien me incorporó a la Comisión Directiva, y al que sucedí cuando él, después de una gestión brillante de diecisiete años, decidió dedicarle más tiempo a su numerosa y espléndida familia.

Felicito a la Sociedad Argentina de Farmacología y Terapéutica por esta iniciativa y le envío un abrazo al Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, al que no pude acompañar porque estoy junto a su otro discípulo, Néstor Spizzamiglio, atendiendo un paciente suyo.

¡Felicitaciones Doctor!

Ceremonial: Invito al Dr Vitale a realizar un recordatorio a los participantes.

Prof Dr Alfredo R U Vitale: Es particularmente agradable para mí entregar en este acto académico un recordatorio de 5 imágenes en cerámica esmaltada del PAPA FRANCISCO, proyectadas al mundo desde el Vaticano. La primera es para el Dr Hurtado Hoyo, la Segunda para la Institución AMA, la tercera para la Institución Rotary Club La Plata Sur, la cuarta para el Profesor Leopoldo Acuña y la quinta para la Institución anfitriona de este acto, la Alianza Francesa de La Plata.



De izq a der: Dres Leopoldo Houssay, Alfredo Vitale, Elías Hurtado Hoyo.

Ceremonial: Habiendo realizado la entrega al profesor Dr Elías Hurtado Hoyo de las distinciones mencionadas, invitamos al público presente a degustar un vino de Honor en homenaje al gran galardonado de esta noche.

Dr Julio V Uriburu. Su destacada participación en la micología nacional

Dres Amalia M Bores,¹ Inés A Bores,² Lidia E Valle,³ Daniel Navacchia

¹ Vicepresidente

² Tesorera

³ Presidente

⁴ Secretario

Sociedad de Dermatología de la Ciudad de Buenos Aires de la Asociación Médica Argentina. (SDBA-AMA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Destacado dermatólogo, el doctor Julio V Uriburu propició el estudio de las afecciones micóticas en nuestro medio. Realizamos una breve actualización del diagnóstico y tratamiento de tiñas de cuero cabelludo.

Palabras claves. Julio V Uriburu, tiñas de cuero cabelludo.

Dr Julio V Uriburu. His outstanding participation in the national mycology

Summary

Dr. Julio V. Uriburu was a very important specialist in skin disorders. He worked in the investigation of micotic infections of hair and scalp disorders. We did a review of diagnostic and treatment of tinea capitis.

Key words. Julio V. Uriburu, tinea capitis.

Introducción

Los trabajos de investigación sobre micología médica del Dr Julio V Uriburu calaron en el pensamiento científico de nuestro medio.

Destacamos su elaboración y meticulosa descripción del *Microsporum fulvum* y el estudio de las micosis en la Ciudad de Buenos Aires con la propuesta terapéutica que presentó este investigador en respuesta al problema sanitario que constituían las tiñas de cuero cabelludo en los inicios del siglo XX.

Participó en la fundación de la Asociación Argentina de Dermatología (1907) junto a otros destacados especialistas.

Propició la transformación de los centros de estudios médicos en los que actuó, en espacios de investigación y diálogo interactivo.

El presente trabajo científico nos acerca a quien evaluó y planteó alternativas válidas frente a los desafíos de su tiempo. Aceptó con responsabilidad y método científico los retos que se presentaban, y avanzó construyendo conocimientos.

Objetivos

Confirmar o refutar las hipótesis mencionadas a continuación.

1. Propiciar en nuestro medio el examen micológico directo y cultivo para corroborar el diagnóstico clínico adscribiendo al paradigma de las escuelas europeas fue meta del trabajo del Dr Julio V Uriburu.

2. Impulsar la incipiente micología médica a través de la investigación con aportes originales participando en eventos científicos y publicaciones de carácter nacional e internacional fue una propuesta permanente del Dr Julio V Uriburu.

3. Promover en nuestro medio la terapéutica iniciada por Sabouraud-Noiré para las tiñas del cuero cabelludo fue una de las innovaciones del Dr Julio V Uriburu.

4. Realizar breve actualización de diagnóstico y terapéutica de tiñas capitis.

Materiales y método

Diseño retrospectivo, observacional. Con lógica inductiva se realizó análisis crítico de fuentes documentales editadas: publicaciones científicas, tesis doctorales, libros de texto.

Correspondencia. Dra Amalia Bores
Correo electrónico: amaliabores1@gmail.com

Desarrollo

En las postrimerías del siglo XIX e inicios del siglo XX el estudio de las enfermedades dermatológicas se polarizaba en dos centros científicos: la escuela vienesa y la escuela francesa.

A. La escuela vienesa se destacó por los aportes originales de Ferdinand Hebra (1816-1880) y Moritz Kaposi (1837-1902), quienes desarrollaron la fase histopatológica de la especialidad favoreciendo el empleo de medicamentos tópicos.

B. La escuela francesa del Hospital de Saint Louis de París con numerosos aportes originales.¹

Con respecto a la micología médica, Johann Lukas Schöenlein (1793-1864) describió en 1839 un hongo como agente etiológico de la tiña fávica de cuero cabelludo, siendo este hallazgo de la escuela vienesa un concepto revolucionario para el paradigma científico existente.^{2,3} Esta escuela abogaba por la confirmación del diagnóstico clínico de las afecciones micóticas del cuero cabelludo realizando el examen microscópico del cabello extraído con pinza de la zona afectada.⁴

En París, Raymond Sabouraud (1864-1938) se interesó por clasificar los hongos que producían afecciones en piel y anexos cutáneos, desarrollando la micología médica.^{5,6}

Julio V Uriburu (1870-1942), egresado en 1905 de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA), realiza con Sabouraud, Jefe de Servicio de Piel del Hospital Saint Louis, en Francia, un postgrado entre los años 1905-1907.

De regreso en nuestro país, el Dr Julio V Uriburu es convocado por el Primer Profesor Titular de la Cátedra de Dermatología y Sifilografía de la Facultad de Ciencias Médicas (UBA), el Dr Baldomero Sommer (1857-1918), para fundar la Sociedad Dermatológica Argentina, actual Asociación Argentina de Dermatología (21 de agosto de 1907), con sede en el Hospital San Roque, actual Hospital General de Agudos José M Ramos Mejía. Han sido los socios fundadores los doctores: B Sommer; P Díaz; J Z Arce; M Aberastury; J C Almanza; E Cisneros; J A Farini; F L Nario; E Polito; M N Moyano; P L Baliña; N V Greco; C Roche; A Giménez; J V Uriburu; C Seminario.^{7,8}

En esta etapa se desarrolla en nuestro medio la fase parasitológica y microbiológica de la dermatología, que permitió resolver la causa de numerosas afecciones cutáneas.⁹

En nuestro país, Uriburu desarrolló una intensa actividad asistencial como Jefe del Servicio de Dermatología de la Asistencia Pública de Buenos Aires y de la Casa de Expósitos, actual Hospital General de Niños Pedro Elizalde. Fue convocado por las Damas de la Sociedad de Beneficencia para tratar un brote de tiña de cuero cabelludo que afectaba a los internados.

El Dr Uriburu, frente al mencionado brote y comprobando la existencia de muchos niños afectados, realizó diversas acciones.

1. Examen clínico minucioso con detección y aislamiento de casos (260 niños afectados).

2. Confirmación del diagnóstico clínico mediante examen micológico directo y cultivo.

3. Clasificación de género y especie de agente etiológico.

4. Estableció la terapéutica aplicando la técnica de Sabouraud-Noiré "con cinco aplicaciones de rayos X a dosis de 5 H (dosis equivalente) en distintos puntos fijos en una única sesión". A los 20 días ya no quedaba ningún pelo afectado, finalizó el contagio, comprobó que el problema tuvo su solución. A los 2 meses se producía el rebrote del cabello sano.¹⁰

Asimismo, en base a esa excelente experiencia, instaló pautas profilácticas consistentes en: a) examen e higiene diaria del cuero cabelludo, y b) mantener los cabellos cortos.

Resolvió así una afección micótica que constituía una preocupación sanitaria dada la posibilidad de su propagación en comunidades cerradas.

La terapéutica Sabouraud-Noiré fue utilizada hasta que en 1939 se reemplazó por la administración oral de griseofulvina, agente terapéutico aislado a partir del *Penicillium griseofulvum dierckx* por Oxford, Raistrick, Simonnart.¹¹

El investigador argentino, Dr Julio V Uriburu, brindó aportes originales sobre micología médica. En 1909, describió el *Microsporum fulvum*, de gran similitud morfológica con el *Microsporum gypsum*, del cual lo diferencian la forma teleomorfa y el ADN, establecidos mediante técnicas de biología molecular. El *Microsporum fulvum* es un hongo geófilo, menos virulento que el *Microsporum gypsum*.¹²

Entre los años 1907 a 1909 estudió y detectó en Buenos Aires: *Microsporum audouinii*, *Microsporum felineum* (canis), *Microsporum fulvum*, *Tricophyton violaceum*, *Tricophyton acuminatum*, *Tricophyton gypsum*.

También cultivó al *Epidermophyton inguinale*.

Presentó su trabajo de rigurosa investigación científica "Las tiñas de Buenos Aires" en el IV Congreso Médico Latinoamericano celebrado en Brasil en agosto de 1909. El mismo contó de 67 páginas y 1 cuadro.¹³

Breve actualización de tiñas de cuero cabelludo

Las dermatofitosis o tiñas son infecciones de origen micótico y consideradas como una de las consultas dermatológicas más frecuentes en la infancia. Se mencionan múltiples factores que colaboran con su aparición: los aspectos socioeconómicos, el área geográfica, el clima, entre otros.¹⁴

Las tiñas son causadas por un grupo de hongos llamados dermatofitos, los que incluyen tres géneros:

epidermophyton, microsporum y trichophyton, los cuales afectan piel, pelo y uñas. Teniendo en cuenta su reservorio, se clasifican en: *antropofílicos, geofílicos y zoofílicos*.

Según la localización, se consideran: tiña del cuero cabelludo o tiña capitis, tiña de piel lampiña o tiña corporis, tiña de los grandes pliegues o tiña cruris, tiña de los pequeños pliegues o intertrigos micóticos y tiña ungueal u onicomicosis.^{15, 16}

La tiña del cuero cabelludo es más frecuente en la infancia entre los 2 y 10 años de edad. Se la divide según la invasión del pelo en: ectotrix, en la superficie externa del pelo, y endotrix, dentro del pelo.

Tiña capitis microspórica

Etiología: *Microsporum canis, Microsporum audouinii, Microsporum gypseum*.

Fuente de infección: gatos, conejos, perros.

Muy frecuente en la infancia. La más observada en nuestro medio, 95-98% de los pacientes.

Se observa con una o pocas placas con pelos ralos, despulidos; cortados todos al mismo nivel, a pocos milímetros de su nacimiento. Los pelos se extraen con facilidad. El cuero cabelludo se observa gris y escamoso. Se trata de una infección ectotrix, la cual presenta fluorescencia positiva: amarillo-verdoso al observarse con luz de Wood.¹⁶⁻¹⁸

Tiña capitis tricofítica

Etiología: *Trichophyton tonsurans, Trichophyton rubrum*.

Se observan múltiples placas pequeñas, con puntos negros, redondeadas, ovaladas; con pelos sanos y pelos doblados micotizados con hiperqueratosis folicular. Los pelos se rompen en distintos niveles. La superficie de cuero cabelludo es escamosa. Se trata de una infección endotrix, micelios y esporas en el interior del tallo piloso; con alta posibilidad de contagio interhumano.¹⁶⁻¹⁸

Tiña capitis fávica

Etiología: *Trichophyton schoenleinii*.

Alta probabilidad de contagio interhumano. Se aprecian hifas en el tallo piloso. Es una forma crónica, severa, que al involucionar deja alopecia permanente.

Muy infrecuente en nuestro país, en algunos países de Suráfrica es endémica y de alta observación.¹⁸ Las lesiones al principio son maculosas, pustulosas y evolucionan al escudete o cazoleta fávica, lesión característica, perifolicular, que genera una costra gruesa deprimida en el centro. Las lesiones dejarán al caer, atrofia alopécica cicatrizal. Si colocamos gotas de alcohol en la costra, se tornará amarilla: **signo de Horand**.

Querion de Celso

Etiología: es una reacción inflamatoria causada ante especies zoofílicas como *Trichophyton verrucosum*.

sum, Trichophyton mentagrophytes en general o menos frecuentemente ante especies geofílicas. Se desarrolla por hipersensibilidad.

Se observa una tumefacción abovedada, blanda, alopécica; al presionarla drena material purulento, por los orificios foliculares: **signo de la espumadera**. Los cabellos se extraen con facilidad. Puede cursar con adenopatías cervicales u occipitales y síndrome febril.¹⁹ En escasas oportunidades puede generar una alopecia cicatrizal.

Diagnósticos diferenciales

En especial los diagnósticos diferenciales de las tiñas microspóricas o tricofíticas: alopecia areata, eccemátides, infección bacteriana, psoriasis del cuero cabelludo.

Diagnóstico de las tiñas del cuero cabelludo

1. Examen clínico dermatológico.
2. Lámpara de Wood, produce fluorescencia amarillo-verdosa en la tiña microspórica.
3. Gotas de alcohol en tiña fávica.
4. Examen micológico directo del pelo, tratado con solución de potasio al 40%.
5. Cultivo en medio de Sabouraud.
6. Estudio dermatoscópico del pelo o tricoscopia, método rápido y económico. Se menciona el hallazgo de pelos en coma y pelos en tirabuzón.^{19, 20}

Tratamiento

Las tiñas de cuero cabelludo en la mayoría de los casos requieren tratamiento sistémico.

Tratamiento local

El tratamiento local se puede utilizar solo o combinado con el tratamiento sistémico.

Dentro de los antimicóticos locales utilizados en la actualidad se mencionan: miconazol, econazol, ketoconazol, bifonazol, clotrimazol, tioconazol; terbinafina; ciclopiroxolamina.

También se utilizan como antifúngicos locales el sulfuro de selenio y el zinc de piritiona.

El modo de uso es de 1-2 veces por día durante 2-4 semanas.

La limpieza del cuero cabelludo debe ser diaria.

Tratamiento sistémico

La griseofulvina, desde hace varias décadas, es la terapéutica de elección en la infancia a dosis de 15 a 25 mg/kg/día durante 6 a 8 semanas. Se debe administrar junto a una comida grasa. Esta medicación está contraindicada cuando hay daño hepático o en pacientes que cursen porfiria.

Las reacciones adversas posibles son: fotosensibilidad, urticaria, cefalea, parestesias, alteraciones hematológicas.

Otras medicaciones son: itraconazol, 3-5 mg/kg/día; fluconazol 3-6 mg/kg/día o dosis semanal y la terbinafina, 3-6 mg/kg/día.²¹

Para el querion de Celso, cuando se observa excesiva reacción inflamatoria, se puede utilizar metilprednisona oral a dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día hasta que disminuya la inflamación. En oportunidades es necesario adjuntar terapéutica antimicrobiana, cefalosporinas de primera generación o eritromicina en dosis habituales.

La reincorporación escolar de los niños depende de la etiología del cuadro y de la evolución de la afección.

Se debe tener mayor cuidado con los pacientes que estén infectados por las especies antropofílicas: *Trichophyton schoenleinii* (muy raro), *Microsporum audouinii*, *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton rubrum*. Éstos presentan una alta probabilidad de contagio interhumano y el regreso escolar en general se retarda mayor tiempo.

Por ello resulta importante la investigación del agente causal evitando la transmisión interpersonal.²²

Conclusiones

En base a lo expuesto podemos confirmar nuestros objetivos.

El Dr Julio V. Uriburu propició en nuestro medio la rigurosa metodología científica para el diagnóstico clínico; corroboración diagnóstica mediante técnicas de laboratorio (examen micológico directo y cultivo); terapéutica adecuada de acuerdo a la época y pautas profilácticas para las afecciones micóticas.

En su actividad académica y asistencial impulsó la incipiente micología médica a través de la investigación con aportes originales presentados en eventos científicos y publicaciones nacionales e internacionales.

Adscribió a la exitosa terapéutica de *Sabouraud-Noiré*, la cual tuvo vigencia hasta 1939 en que se introdujo la griseofulvina oral, terapéutica de elección desde entonces hasta la actualidad.

Referencias

1. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Editorial Salvat. Barcelona. España. 1985; 445-478.
2. Schöenlein J. Zur pathogenese der impetigenes. Arch Fur Anatomie Physiologie and Weissen Schaftliche Medizen 1891; 82.(338-340).
3. Rook A. Early concepts of the post-parasite relationship in mycology. Int J Dermatol 1987; 17: 371.
4. Kaposi M. Pathologie et traitement des maladies de la peau. Seconde Edition Francaise. Editorial G. Masson. Lecons, Paris. Francia. 1891; Tome seconde: 178.
5. Greco NV. Historia y desarrollo de la dermatología y sifilografía en la República Argentina. La Semana Médica, Tomo cincuentenario. 1944; 357-453.
6. Lain Entralgo P. Op. cit.; supra, nota 1.
7. Greco NV. Baldomero Sommer y su obra. La Semana Médica. 1942; 21: 1-51.
8. Bores A. Historia de la Asociación Argentina de Dermatología desde 1907 a 2001. Tesis Doctoral Facultad de Medicina UBA, 2011.
9. Bores I. Historia de la Sociedad Argentina de Dermatología desde 1934 a 200. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. UBA, 2011.
10. Trepal L. Enfermedades de la piel y sífilis. (Síntesis elemental). Segunda Edición Corregida y Aumentada. Talleres Gráficos Barracota y Cía. Buenos Aires. Argentina. 1936; 102-103.
11. Mazzini MA. Dermatología Clínica. López Libreros Editores. Buenos Aires. Argentina. 1977; 1594-1595.
12. Negroni R, Bonvehi P, Arechavala A. Historia y descripción del *Microsporum fulvum*, una especie válida del género descubierta en la República Argentina. Rev Argent Microbiol 2008; 40 (1): 47.
13. Greco N V. Op.; cit., supra, nota 5.
14. González ME, Peralta NB, Mangeaud A y col. Estudio de micosis superficiales en la población de Villa del Prado, provincia de Córdoba, Argentina. Dermatol Argent 2015; 21 (4): 264-271.
15. Mayorga J, Esquivel González PL, Prado Trillo A y col. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con infección por *Microsporum canis*. Dermatol Rev Mex 2016; 60: 18-23.
16. Civale CM, Valle LE. Infecciones micóticas superficiales. En: Valle LE. Dermatología Pediátrica. Primera Edición. Editorial Dunken. Buenos Aires. Argentina. 2014; 317-322.
17. Rueda ML, Valle LE. Infecciones micóticas. En: Valle LE. Dermatología General. Enfoque Práctico. Segunda Edición. Editorial Dunken. Buenos Aires. Argentina. 2012; 468-470.
18. Hernández Ruíz ME. Micosis cutáneas. Pediatr Integral 2016; 20 (3): 189-193.
19. Moreno Morales ME, Valdez Landrum P, García Valdés A y col. Brote epidémico intrafamiliar de tiña de la cabeza por *Trichophyton tonsurans*: informe de cuatro casos en tres generaciones. Med Cutan Iber Lat Am 2015; 43 (3): 217-221.
20. García Dorado J, Alonso Fraile P. Alteraciones del pelo y las uñas. Pediatr Integral 2016; 20 (4): 244-261.
21. Ghannoum M, Isham N, Hajjek R y col. Tinea capitis in Cleveland: Survey of elementary school students. J Am Acad Dermatol 2003; 48 (2): 189-193.
22. Dawber R, Van Neste D. Hair and scalp disorders. Editorial Martín Dunitz. Londres. Inglaterra. 1995; 207-217.

La docencia y la investigación en medicina

Dres Mario Enrique Valerga,¹ Luis Ángel Trombetta²

¹Médico Infectólogo. Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

² Médico Infectólogo. Profesor Adjunto Interino, Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

En la sociedad del conocimiento la calidad de la educación superior está íntimamente asociada con la práctica de la investigación. Se reconoce que trabajar en una universidad no es sólo enseñar. La investigación universitaria brinda prestigio a la institución. La relación entre docencia e investigación es inherente al desempeño académico en la universidad. La inclinación hacia la docencia o la investigación depende, en muchas ocasiones, del financiamiento del proyecto de investigación.

Palabras claves. Docencia, investigación, universidad.

Teaching and research in medicine

Summary

In the modern society, quality of higher education is closely linked to research activity. It is well established that college work goes beyond teaching. College research enhances the institution's reputation. The link between research and teaching is vital for academic performance in college. Bias towards one or other depends largely on research funding.

Key words. Teaching, research, college.

Introducción

En la sociedad del conocimiento la calidad de la educación superior está íntimamente asociada con la práctica de la investigación. Se reconoce que tra-

bajar en una universidad no es sólo enseñar. La investigación universitaria brinda prestigio a la institución pero, en ocasiones, los grandes investigadores son los grandes docentes.

Con respecto a los tiempos de docencia e investigación y al financiamiento de ambas actividades, Max Weber planteaba que en la universidad ideal los buenos investigadores/docentes deberían tener igual cantidad de horas para ejercer eficientemente ambas actividades.¹

Articular el ejercicio profesional de la asistencia, la docencia y la investigación, enfrenta un desafío enorme.

Es sabido que ningún médico puede vivir solamente de la docencia o de la investigación, y esto implica poseer múltiples actividades en hospitales, clínicas o sanatorios y consultorios externos. La medicina asistencial resta horas a la investigación y a la docencia, o directamente las anula.

El desempeño del docente y del investigador

La docencia y la investigación pueden conjugar-se de dos maneras: “enseñar a investigar” o “hacer investigación”. El “enseñar a investigar” se refiere al ejercicio de la docencia investigativa, a utilizar la investigación en la docencia, tanto para darle pertinencia científica a ésta como para familiarizar a los estudiantes con la lógica de la investigación e iniciarlos en su práctica. El “hacer investigación” hace alusión a la producción de conocimiento y a su aplicación para resolver problemas de contexto.²

La investigación universitaria es de importancia vital para todo el sistema de la ciencia, la tecnología y la industria, independientemente del tipo de enseñanza que lleven a cabo.³

Según Oviedo,⁴ la docencia actual, a pesar de los avances de la investigación educativa de los últimos años, se ha convertido en una actividad mecanizada, improvisada y fría. Los profesores no saben cómo practicar una docencia que además de informar, forme. El alumno recibe información y acumula teoría, pero no es capaz de utilizar crítica y pertinentemente

Correspondencia. Luis Trombetta
Correo electrónico: lusumar@fibertel.com.ar

dicha teoría, casi temeroso de pensar por sí mismo y de tomar posición frente al propio conocimiento.

Clásicamente existen dos grandes estrategias de enseñanza.⁵

En la *estrategia expositiva*, el 90% del proceso de manejo y transmisión del conocimiento corresponde al docente. El alumno es un receptor de la información. Esta actitud fomenta la pasividad, la dependencia y el conformismo, conformando lo que De Zubiría denomina un "pasmado mental".⁶

En la *estrategia de aprendizaje por descubrimiento y construcción*, es el estudiante quien hace de protagonista. El docente plantea problemas y expone interrogantes buscando activar los procesos cognitivos del estudiante. Desde esta forma de enseñanza es posible fomentar estrategias investigativas (Investigación formativa).

Esta última estrategia supone una enseñanza combinada de formación tanto en lo académico como en lo investigativo. Sin embargo, en las universidades actuales parecería existir una tendencia a disociar ambas actividades.

Diferentes factores intervienen en la articulación de proyectos de docencia e investigación.

Los insuficientes salarios que perciben los docentes e investigadores implican la necesidad de empleos que completen sus ingresos, limitando la actividad investigativa y la propia función docente.

El tiempo laboral disponible es un factor limitante. Según Vidal y Quintanilla, la docencia interfiere con el tiempo dedicado a la investigación, disminuyendo la dedicación del investigador.⁷

Así como se describe esta interferencia, Sancho señala cuatro factores favorecedores de transferencia:⁸

La actividad investigativa lleva a la mejora de la enseñanza. Los académicos no pueden ser buenos sin hacer investigación, aunque un buen investigador puede ser un pésimo docente.

Algunas de las infraestructuras conseguidas a través de proyectos de investigación también se utilizan en actividades de enseñanza.

Las actividades de investigación contribuyen a poner al día al currículum, afectando de forma positiva a los cursos especializados.

Si los cursos se relacionan con el perfil del investigador del profesorado, la relación es favorable.

Los esfuerzos para mejorar la calidad de la investigación se ven como beneficiosos para la calidad de la enseñanza, pero la mayoría de los esfuerzos para mejorar la enseñanza se ven como perniciosos para la investigación.

Terenzini afirma que los académicos han de investigar para ser buenos profesores, ya que el conocimiento actualizado de su disciplina y su actividad investigadora les posibilita traspasar su entusiasmo por aprender a los estudiantes.⁹ Sin embargo, Feldman observa a través de sus estudios que en general la probabilidad de que la productividad

científica realmente favorezca la docencia es extremadamente pequeña.¹⁰

Las universidades deberían cumplir con su doble papel de educación e investigación. El desafío en los próximos años será vincular las dos tareas en la formación universitaria. Para que sea posible será necesario que el profesorado universitario se interrogue acerca de sus creencias sobre lo que el alumno debe aprender, las ideas sobre cómo los estudiantes aprenden y las concepciones sobre el conocimiento y su representación.

La mirada de Weber

Desde su obra "El político y el científico", Max Weber analizó la relación entre la docencia y la investigación, comparando a la escuela alemana con la escuela norteamericana.¹

En ambas escuelas, la carrera comienza con jóvenes aspirantes a investigadores docentes ("*Privatdozent*" en Alemania y "*Assistant*" en EE.UU.). En Alemania los nóveles científicos cumplen funciones de investigadores y docentes pero sin percibir un salario universitario. Si bien cada uno de ellos aspira a ser investigador principal o tener su propia cátedra, el hecho de cumplir su actividad "*ad honorem*" refuerza el concepto de la vocación por la ciencia. En cambio, en los Estados Unidos, los asistentes perciben un sueldo fijo que les provee una posición económica más estable. El salario influye en la formación del investigador/docente, que puede centrar su esfuerzo en la tarea de la universidad.

En su época, Weber reflexionó sobre los concursos para ocupar plazas académicas y observó: "*Lo cierto es que los mediocres acomodaticios o los arribistas, gente sin escrúpulos, son siempre los únicos que tienen probabilidades de ser nombrados, si está de por medio la intervención parlamentaria, por motivos políticos, o así se trate del monarca o de un dirigente revolucionario, como era usual y sigue siéndolo hasta el presente entre nosotros*".

En nuestro tiempo, los determinantes de las políticas de Estado en función de la investigación universitaria y el desempeño académico, mantienen su influencia en las decisiones de los gobiernos.

Ser un "buen profesor" implica saber transmitir conocimientos, de un modo comprensible para los educandos. El arte de enseñar es independiente de la calidad científica de un sabio.

Conclusiones

La relación entre docencia e investigación es inherente al desempeño académico en la universidad. Ambas comparten el objetivo de la educación superior y la investigación brinda además, prestigio académico a la institución, al ejercicio de la docencia y a los propios docentes.

Si bien se estima que un buen investigador debería ser un buen docente, en ocasiones esto no ocurre.

Los recursos económicos y el tiempo disponible, operan modelando la actividad de la docencia e investigación.

En la Medicina, los hospitales se han transformado en escuelas anexas a la universidad (hospitales asociados a la Facultad) y en ellos se desarrolla la tarea asistencial, la docencia y la investigación.¹¹ La tarea asistencial predomina en la escena. La inclinación hacia la docencia o la investigación depende, en muchas ocasiones, del financiamiento del proyecto de investigación.

Bibliografía

1. Weber M. El político y el científico. Documento preparado por el programa de redes informáticas y productivas de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Disponible en: <http://www.hacer.org/pdf/WEBER.pdf>
2. Restrepo B. Investigación formativa e investigación productiva de conocimiento en la universidad. *Nómaditas* (col) 2003; 18: 195-202.
3. Mansfield DF. The modern university contributor to industrial and recipient of industrial R&D support. *Research and Policy*, 1996; 25: 1047-1058.
4. Oviedo P. El reto pedagógico de vincular la docencia y la investigación en el espacio del aula. *Contaduría y Administración*. UNAM. Distrito federal, México. 2003; 211: 17-30.
5. Walker DF. Methodological issues in educational research. In: Jackson, Phillip W. *Handbook of Research Curriculum: A Project of the American Educational Research Association*, New York, Macmillan.
6. De Zubiría R. Docencia y Creatividad en *Revista Docencia*. Universidad e Guadalajara, México. 1985; 13: 105-113.
7. Vidal J, Quintanilla MA. The teaching and research relationship within institutional evaluation. *Higher Education*, 2001; 40: 221-229.
8. Sancho JM. Docencia e investigación en la universidad: una profesión, dos mundos. *EDUCAR*, 2001; 28: 41-60.
9. Terenzini PT. Research and practice in undergraduate education: And never the twain shall meet. *Higher Education* 1999; 38: 33-48.
10. Feldman KA. Research productivity and scholarly accomplishment of college teachers as related to their instructional effectiveness: A review and exploration. *Research in Higher Education*, 1987; 26: 227-298.
11. Jaramillo H, Latorre C, Lopera C, Albán C. El hospital como organización del conocimiento y espacio de investigación y formación. *Textos de Economía*. Facultad de Economía de la Universidad de Rosario, enero/febrero, 2008; 4-14.

Ciencia y filosofía

Dr Horacio A Dolcini

Doctor en Medicina. Co-Director Código de Ética (AMA – SEM). Presidente de la Sociedad de Ética en Medicina (AMA). Profesor Honoris Causa. Instituto Universitario Italiano, Rosario. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La revolución científica ha dominado a la Naturaleza a partir del desarrollo de la Tecnología. Se necesita de la Fenomenología para comprender cómo ha ocurrido ello desde el Subjetivismo Trascendental hasta el Objetivismo Naturalista, con el uso de la Razón y el olvido del Mundo de la Vida. Por su parte, a la Hermenéutica le compete el intento de descifrar el sentido de las acciones humanas, habladas, escritas con trasfondos de Ética, Estética y Religión. De ellas surge un sentido ontológico que debería incluir la relación Sujeto/Objeto y la idea de una acción comunicativa.

Palabras claves. Fenomenología, hermenéutica, objetivismo naturalista, subjetivismo trascendental, mundo de la vida.

Science and philosophy

Summary

The scientific revolution has dominated the Nature from the Technological development. Phenomenology is necessary to understand how this happened from Transcendent Subjectivity to Natural Objectivity, through the Reason and forgetting the World of Life. Hermeneutics needs to recognize the human sense of actions, spoken, written and with Ethics, Aesthetics and Religion backgrounds. From them it appears an ontological sense, which should include a Subject/Object interrelation and the idea of a communicative action.

Key words. Phenomenology, hermeneutics, natural objectivism, transcendental subjectivity, world of life.

En un trabajo publicado en esta misma revista advertíamos sobre la necesidad de complementar a la Ciencia con la Filosofía con el objeto de encontrar una manera de enfrentar la crisis que afecta a la Cultura Occidental, así como de apreciar cuál podría ser el futuro, especialmente cuando se toman en cuenta los comportamientos y las modificaciones de la personalidad que producen asombro y temor por el futuro del hombre occidental actual.¹

En el presente trataremos de explicar los procesos que ocurren, utilizando un lenguaje de raigambre filosófica, a fin de ejemplificar (con las limitaciones del caso) la forma en que deberían considerarse las relaciones entre la Ciencia y la Filosofía.

En primer lugar, cabe mencionar el trasfondo del pensamiento moderno, que representa la lucha por el sentido de la vida humana, en el sistema de ideas y valores entre los que se constituye “la modernidad”. Entre ellos se encuentra el triunfo de la revolución en el dominio de la Naturaleza, especialmente a punto de partida de la “Tecnología”, tanto como aquello que permitía mostrar cuál es el sentido del éxito de la Ciencia para la vida humana y cómo “La Técnica” no se encuentra dirigida hacia este destino, tanto como poco importa la finalidad de la Historia.

Intentar comprender este componente compete a la *fenomenología*, proceso filosófico que debería abrir un camino hacia la reconciliación del mundo técnico con la vida y el sentido de ésta para el hombre.

¿Qué es en esencia lo que ha ocurrido? En primer lugar, se ha perdido la confianza en la Razón, en el curso de una época cargada principalmente de pasión y emotividad, como forma de lograr una vida más placentera, especialmente después de las Guerras de los Siglos XIX y XX. La pérdida de la fe en la Razón ha comprometido también a la misma Filosofía, cuyas formas de pensar han quedado rezagadas de la Cultura, al haber sido reemplazadas por el Naturalismo Científico, cuyas formas de considerar al mundo con un dualismo (propuesto por *Descartes*, a través de las *res cogitans* y la *res extensa*) cuyo objetivo es lograr una metodología unitaria para el estudio de ambas vertientes. Se ha perdido además, el sentido histórico, tan necesario en las explicaciones filosóficas sobre el mundo y de la vida humana, especialmente en las generaciones más jóvenes, donde el pasado no interesa, el futuro no existe y solo importa el presente.

Correspondencia. Dr Horacio A Dolcini
Larrea 1045, (1117)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel.: 4825-7163
Correo electrónico: dolcinip@fibertel.com.ar

A nivel de las Ciencias, la línea de pensamiento es el *objetivismo naturalista*, que domina fuertemente en el pensamiento y en la práctica mediante la consideración de una estructura matemática de la realidad; dentro de la práctica hay carencia de valores morales (por la propia decisión de los científicos).

Éstas y otras situaciones similares han hecho perder el sentido de *humanismo*, del que tanto necesita de conocimientos como la medicina, la psicología, la sociología y otras.¹

Se ha dicho “valores morales” y se pregunta entonces: ¿Cuáles son sus fundamentos? En primer lugar; la realización histórica del ideal de *la razón*, en el contexto del respeto a la *subjetividad trascendental*, camino hacia una cultura adaptativa y un humanismo centrados en la comprensión y el trabajo intelectual que surgen del enfrentamiento con los problemas del espíritu porque el naturalismo explica la pérdida del “mundo de la vida” propio de la subjetividad.

La búsqueda que se esbozó, a partir del comienzo galileano, estuvo orientada siempre a tratar de conducir al hombre hacia una vida mejor y más libre a través de *la razón* como el elemento central que se ha dirigido hacia el escepticismo, junto a la tendencia filosófica del mismo carácter.

Como ha dicho Husserl, es necesario que se mantenga la búsqueda de un saber más amplio, que debe incluir a los saberes morales, la búsqueda del ser y el sentido de la existencia; y esto es lo que pretende la fenomenología trascendental.²

Surge ahora la necesidad de plantear una pregunta clave: ¿Es posible encontrar la o las causas que expliquen cuál es el fundamento de la crisis actual?

La tendencia hacia el objetivismo científico ha desarraigado a las ciencias del substrato vital de donde emergen y qué es lo que se llama “*El Mundo de la Vida*”, que constituye el mundo real que las precede, como existencia precientífica, realidad donde ocurren las cuestiones fundamentales que conciernen al hombre y a la sociedad, en primerísimo lugar.

El reconocimiento de lo dicho impone la necesidad de volver a esta necesidad primaria, que por tal carácter debe predominar sobre el mundo del idealismo matemático, que representa al objetivismo científico.

Vista la importancia del Mundo de la Vida, corresponde definir en qué consiste, qué significa para la vida del hombre y qué debería hacerse para respetar su importancia.

El Mundo de la vida es el trasfondo pre-científico y pre-categorial, universo pre-donado y válido con anterioridad a toda actividad científica. Configura un sistema cambiante de posiciones de valor, aunque necesitamos establecer cuáles de ellas son más significativas para la vida del sujeto, en todos los planos que se planteen: biológico, psicológico, social y aún económico.

El Mundo de la Vida es un conglomerado sociocultural integrado por opciones de valor, experiencias subjetivas y sedimentos histórico-tradicionales.

Es el mundo donde se nace y se muere, donde se hereda una tradición cultural, donde se comunica un lenguaje y se convive con otros vivientes.

Es la cotidianeidad, con un horizonte hacia el cual nos dirigimos desde una ubicación dada por las tendencias de la vida que hemos elegido y aquella otra donde nos hallamos por circunstancias diversas (no decimos “destino” porque no creemos en la realidad de este concepto, excepto en situaciones de religiosidad, con lo cual representaría otra cosa).

Esas elecciones o circunstancias son las que nos llevan a ser técnicos, políticos, científicos y cualquier otro quehacer humano. Allí nos ubicaremos con ética o religiosidad, como malvivientes o santones, dentro de la moral y la ética, adoptando actitudes bien o mal adaptativas psicosocialmente.

“Un reino de valores y metas que no es sustituible por ninguno de sus componentes parciales, como pretende el objetivismo científico, sino que subyace como sustrato englobante de todo acontecer y de cualquier obrar”.³

Aclaremos específicamente el problema de las características del “Mundo de la Vida” y del “Mundo de la Ciencia”: ambos son “mundos” autónomos y soberanos, actuante cada uno por su cuenta y riesgo, que además de originar la actual crisis de la Cultura Técnica y Científica, conducen a la pérdida de las ideas de la unidad de la Razón, de la universalidad del saber y de la filosofía como conocimiento fundamental.

La Ciencia funciona y avanza en relación a teorías que son aceptadas cuando han sido comprobadas a través de la investigación y experimentos (cuando ellos son necesarios y posibles).

Las instituciones previas son frecuentes, aunque su rol es relativo, porque pertenecen, en realidad, al “Mundo de la Vida”, en el sentido explicado previamente. Y se produce entonces la necesidad de retornar a la subjetividad trascendental y este proceder es lo que pretende explicar el método fenomenológico, como expresión de que el Universo de las Ciencias se construye sobre el “Mundo de la Vida”, aunque las ciencias no han logrado hermanarse con la filosofía, para lograr las explicaciones que permitan ver los elementos favorables que pueden crearse entre ambas disciplinas.

Ello ocurre por la dispersión de las Ciencias, como resultado de la especialización, pensando en “la praxis con fines” de la Tecnología subsiguiente, que con esos fines se ha convertido en un hábito que se aleja cada vez más de la posibilidad de “una Filosofía normativa, universal y programada, con una idea y un método esencialmente válidos”.⁵

Creemos necesario explicar mejor qué es la *fenomenología* y como ello sería largo no se incluye en detalle y se propone, en cambio, la lectura accesible para mayores detalles de lo que explicaremos sintéticamente.⁶

Los sistemas filosóficos del pasado se han transformado en ejercicios históricos intelectuales, porque

ellos ignoraron el “Mundo de la Vida” en cuanto experiencia casi absoluta.

En el momento actual hay una fuerte tendencia para considerar la “actitud fenomenológica trascendental” como componente histórico de la subjetividad trascendental, que ubica a los conocimientos en una forma de pensamiento antropológico, que se incorpora a todos los intentos realizados para unir “el individuo” y la “sociedad” (Husserl, Dilthey, Hegel, Heidegger y otros). La fenomenología se sitúa en una posición previa a cualquier opción ideológica o científica, mediante la búsqueda de una evidencia de sentido en lo ético, lo religioso o lo estético.

El conocimiento por parte del sujeto no es un hecho inmediato e implica una interrelación entre “sujeto” y “objeto”, cuya comprensión debe configurarse a través de una dialéctica, que ha estructurado un “círculo hermenéutico”, según el cual la parte y la totalidad deben asociarse íntimamente, para hacerse interpretables desde el punto de vista del mundo y la historia, para alcanzar la fenomenología reflexiva, que debe permitir llegar al “mundo de los valores”, que el mismo hombre establece hacia una razón final, haciendo lo más apropiado para su *libertad*.

Hay además un momento de paso a la Ciencia, de una manera que no debe olvidarse porque ello representaría el olvido de la subjetividad trascendental y esto ha ocurrido y ocurre con mucha frecuencia, así como es frecuente la pérdida del sentido de la Lógica Trascendental que explicaría el camino hacia la Razón, en y por la Filosofía para llegar al Humanismo fundado en la Moral y la Ética, que no configura una cualidad natural de las cosas, sino algo vinculado a “un querer ser”.

Y ahora hemos llegado a uno de los problemas más complejos a explicar: las relaciones entre *ciencia y filosofía* y nos referimos a la *hermenéutica*, proceso complejo que dejamos a cargo de la bibliografía⁷ aclarando que se necesita una definición que permita descubrir “la racionalidad práctica como proceso de interpretación y comprensión de las acciones humanas, tal como éstas aparecen en y para la conciencia, la sociedad y el lenguaje”. Y todo ello necesita de la *hermenéutica*.

Esta necesidad surge del predominio del Mundo de la Ciencia, sobre el Mundo de la Vida, desplazando el *subjetivismo trascendente* por un *objetivismo naturalista* que conduce inexorablemente hacia el intento de formalizar la matematización de la realidad y terminar en las Tecnologías que representan el mundo denominado por una “cultura de expertos”, que divide en cientos o miles de partes a la *razón*.

Los esfuerzos de compatibilizar estas situaciones se complican porque hay que incluir la *ética* para lograr la coherencia necesaria para coordinar “el mundo de la conciencia” con “el mundo de la vida social”, respetando el pluralismo de las culturas y tratando de encontrar soluciones a las instancias lingüísticas.

En las situaciones que se crean en el esfuerzo de compatibilizar los campos del saber a que se ha hecho referencia, cabe preguntarse: ¿Cuál es el rol de la hermenéutica?

“*Hermenéutica* es el arte de descifrar el sentido de las acciones del hombre, de comprender sus textos literarios, sus comportamientos éticos y sus creaciones estéticas”.⁸

La revisión de los antecedentes de la *hermenéutica* nos llevaría hasta la Grecia Antigua y pasando luego por Aristóteles, San Agustín, Spinoza, Schleiermacher, Dilthey, Husserl, Heidegger y otros. Y creemos entonces necesarios algunos conceptos finales: hay una lógica dependiente de la “subjetividad” así como otra forma que depende de una lógica “científica”, referida a la objetividad.

La primera correspondería a las palabras de Gadamer: “*el ser se encuentra en la palabra, hablada y escrita*”⁹ y esto no es una forma de psicoanálisis porque éste tiene carácter terapéutico, mientras que la *hermenéutica* posee carácter ontológico (búsqueda y comprensión del *ser*) y se hace cargo de la ya superada Metafísica.

La *hermenéutica* necesita también interrelacionar la parte y el todo (Sujeto y Objeto), expresando así, la importancia del mundo y la historia, mediante la Acción Comunicativa, que fundamenta Habermas.⁹⁻¹⁰

Bibliografía

1. Dolcini, Horacio A. “Modernidad, Ciencia y Medicina”. Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA). 2015; 128; 29.
2. Husserl, E. “La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental”. Altaya, Barcelona. 1999.
3. Husserl, E. “La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental”. Altaya, Barcelona. 1999.
4. Husserl, E. “La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental”. Altaya, Barcelona. 1999.
5. Landgrebe, L. “El camino de la Fenomenología” (traduc. M.A. Presas). Buenos Aires. 1968.
6. Marías, J. “Historia de la Filosofía”. Revista de Occidente. Madrid. 1977.
7. Gadamer, H. “Verdad y Método”. Editorial Sígueme. Salamanca. 1997.
8. García Gómez Heras. “Ética y Hermenéutica”. Biblioteca Nueva. Madrid. 2000.
9. Habermas, J. “El discurso filosófico de la Modernidad”. Katz Editores. Buenos Aires. 2008.
10. Habermas, J. “Conciencia Moral y Acción Comunicativa”. Planeta-Agostini. Buenos Aires. 1994.

Humo de Tercera Mano. Prevención en los Niños

Dra Graciela Lewi

Médica Pediatra. Médica de Planta del Hospital Teodoro Álvarez. Docente de la UBA. Integrante de la Comisión de Tabaco o Salud del Hospital Álvarez y de la Red de Tabaco del GCBA.

Resumen

Se explica qué es el humo de segunda y de tercera mano, y cómo persiste en el tiempo. Se detalla cómo afecta a los no fumadores y a los niños. Se describen los síntomas y signos de la intoxicación por tabaco.

Palabras claves. *Tabaquismo, humo de tercera mano, prevención, pediatría.*

Third-hand Smoke. Prevention in Children

Summary

It explains what is second-hand and third-hand smoke and how it persists over time. It is detailed how it affects non-smokers and the children. Symptoms and signs of tobacco poisoning are described.

Key words. *Smoking, third-hand smoke, prevention, pediatrics.*

Aspectos generales

Se denomina Humo de Tercera Mano a la contaminación que subsiste en las superficies después de que el humo de segunda mano se ha disipado.

Puede durar muchas semanas, meses o años. Es un humo invisible, penetrante. Es el que se deposita en alfombras, muebles y otras superficies. Queda adherido a nuestra piel y ropas que vestimos.

Es un neologismo. Fue descubierto en el año 2009 por Jonathan Winickoff, quien formó parte de un equipo de investigación del "Dana-Farber/Harvard Cancer Center" del Hospital General de Massachusetts, Escuela de Medicina de Boston.

En el año 2014 una investigación del Laboratorio Nacional Lawrence en Berkeley, California, descubrió que la nicotina reacciona con vapores de ácido nitroso (emitido por electrodomésticos alimentados por gas, vehículos y otras fuentes). Produce nitrosaminas específicas del tabaco (NAET), sustancias carcinogénicas.

El humo de segunda mano ya contiene NAET, pero la presencia de Ac Nitroso en el entorno hace que la concentración aumente rápidamente.

Por esto podría ser más nocivo esto que el humo de primera o segunda mano.

Las NAET se inhalan, se ingieren y se absorben por piel.

Contiene más de 250 productos químicos: Alquitrán, amoníaco, arsénico, benceno, cianuro, formaldehído, metano, monóxido de carbono, nicotina, nitrosaminas, plomo, etc.

Se realizó una experiencia colocando una lámina de papel con humo de 5 cigarrillos durante 20 minutos y otra lámina durante 258 hs y 35 hs de ventilación, y se juntaron el componente del papel con células humanas durante 24 hs.

Resultado

- Se obtuvo mayor concentración en la crónica.
- Se observó daño notable del ADN.
- La intoxicación por trabajar recolectando tabaco produce:
- 66% de Náuseas, vómitos, cefalea, mareos y anorexia.

Correspondencia. Dra Graciela Lewi
Correo electrónico: gralewi@gmail.com

- 73% de Trastornos respiratorios y erupciones en la piel.
- La duración del humo de tercera mano fue estudiada por Neal Benowitz de la Universidad de California.
- Se comprobó que en una casa donde no se fumó 20 años había restos de nicotina en polvo y paredes.

Debido a todo lo expuesto es muy importante proteger a los niños que son los que están mucho en el hogar y no se pueden defender. Ellos gatean, juegan en el piso, en alfombras y sus juguetes mantienen el tabaco en su superficie. Así también hay que explicarle a los padres que luego de fumar, aunque sea fuera del hogar, deben cambiarse de ropa y lavarse las partes expuestas pues ellas contaminan a los hijos. Por Niños Sanos y Sin Humo.

Bibliografía

1. Winickoff JP. En: <http://www.dfhcc.harvard.edu/member-search/insider/member-detail/member/jonathan-p-winickoff-md-mph/>
2. Los riesgos del humo de tercera mano. National Geographic. En: <http://www.nationalgeographic.es/noticias/humo-tercera-mano-noticia/>
3. "Humo de tercera mano": ¿qué tan peligroso es el olor a cigarrillo que queda en la ropa?. BBC Mundo, 2016. En: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160309_salud_tabaco_olor_humo_tercera_mano_ths_fumar_lb#orb-banner/

Día Mundial sin Tabaco 2016: Prepárate para el empaquetado neutro, 31 de mayo de 2016

Dr Vicente Donato

Ex-Profesor Titular Consulto de Neumonología. Facultad de Medicina. USAL. Docente Adscripto en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ex-Jefe de los Servicios de Neumonología del Hospital Alvear (GCBA) y del Sanatorio Municipal Julio Méndez. Ex-Director Médico de la Liga Argentina Contra la Tuberculosis. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

En este artículo se destaca que el empaquetado neutro y el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT - OMS) son parte de la campaña antitabaco 2016. Distintas estrategias se vienen realizando todos los años a favor de la salud pública.

Palabras claves. *Empaquetado neutro, Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT-OMS), salud pública, campañas anti-tabaco.*

World No Tobacco Day 2016: Get ready for the neutral packaging, May 31, 2016

Summary

This article emphasizes that the neutral packaging and the Who Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC). Different strategies are being made every year for improving public health.

Key words. *Neutral Packaging Tobacco, Who Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), Public Health, Antismoking Campaigns.*

El 31 de mayo de cada año la OMS y sus asociados celebran el "Día Mundial sin Tabaco" para hacer hincapié en los riesgos sanitarios asociados al consumo de tabaco y abogar por políticas eficaces que contribuyan a reducir dicho consumo.

En el mundo mueren alrededor de 6 millones de personas anualmente por enfermedades dependientes del tabaco. En Argentina fallecen 45.000 personas por las mismas causas y 6.000 por inhalación de humo ajeno o de segunda mano. En Argentina fuma el 25% de la población, lo que consideramos exitoso pues pocos años atrás el porcentaje era mayor al 30%. No obstante, el 19,6 de los jóvenes entre 13 y 15 años fuma, con un inicio a los 12 años y aún en edades menores. En Argentina el gasto por enfermedades ocasionadas por el tabaquismo es de \$ 33.000 millones anuales, lo que corresponde al 12% del gasto total en salud.

Con ocasión del Día Mundial Sin Tabaco 2016, la OMS hace un llamamiento a todos los países para que se preparen para el empaquetado neutro de los productos de tabaco.

El empaquetado neutro es una importante medida de reducción de la demanda que disminuye el atractivo de los productos de tabaco, restringe el uso de los paquetes de tabaco como soportes para publicitar y promover el tabaquismo, limita el empaquetado y etiquetado engañosos y aumenta la eficacia de las advertencias sanitarias.

Lo que se pretende con el empaquetado neutro de los productos de tabaco es restringir o prohibir el uso de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional sobre el envase, excepto los nombres de la marca y del producto, que se han de presentar en un color y tipo de fuente estándar.

En las directrices relativas a los artículos 11 y 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) se recomienda que las Partes consideren la adopción del empaquetado neutro.

Correspondencia. Dr Vicente Donato
Correo electrónico: vdonato01@hotmail.com

El empaquetado neutro se apoya en otras medidas que forman parte de un enfoque multisectorial integral del control del tabaco. Los encargados de la formulación de políticas, la sociedad civil y la población en general pueden tomar medidas para que sus gobiernos consideren la adopción del empaquetado neutro.

Datos sobre el empaquetado neutro

El interés por el empaquetado neutro va en aumento en todo el mundo:

En diciembre de 2012, Australia se convirtió en el primer país que aplicó plenamente el empaquetado neutro. Las Tabacaleras trataron de bloquear la ley, intentando financiar a políticos, considerando que el empaquetado neutro iba a aumentar el contrabando y no reduciría el consumo. En el año 2014, estadísticas realizadas en Australia a un año de la aplicación de la ley, mostraron que no aumentó el contrabando y que el consumo de cigarrillos se redujo un 15%.

En 2015, Irlanda, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Francia aprobaron leyes para dar efecto al empaquetado neutro a partir de mayo de 2016. Noruega, Finlandia y Hungría se encuentran en proceso de aprobar la ley. En Chile ya tiene media sanción.

Varios países se encuentran en una etapa avanzada con respecto a la consideración de la adopción de leyes sobre el empaquetado neutro.

Finalmente se debe aclarar que estas leyes no violan ningún derecho de propiedad intelectual de las empresas tabacaleras y además se les permitirá vender todo su stock de cigarrillos antes de la aplicación efectiva de la ley del empaquetado neutro.

Objetivos de la campaña del “Día Mundial sin Tabaco 2016”

El “Día Mundial sin Tabaco 2016” tiene como objetivo:

- Subrayar el papel del empaquetado neutro como parte de un enfoque integral y multisectorial del control del tabaco. Facilitar la formulación de políticas por los Estados Miembros y la implantación mundial del empaquetado neutro proporcionando información significativa, convincente y persuasiva.
- Alentar a los Estados Miembros a reforzar las medidas y restricciones relativas al empaquetado y el etiquetado, en particular con respecto a la publicidad, la promoción y el patrocinio, a medida que avanzan hacia la adopción del empaquetado neutro de manera gradual.
- Apoyar a los Estados Miembros y la sociedad civil en sus esfuerzos contra la injerencia de la industria tabacalera en los procesos políticos conducentes a la adopción de leyes sobre el empaquetado neutro.

Lemas del “Día Mundial sin Tabaco”

Año 2010: Género y Tabaco.

Año 2011 CMCT: Tres formas de salvar vidas.

Año 2012: La interferencia de la industria tabacalera.

Año 2013: Prohibir la publicidad del tabaco para proteger a los jóvenes.

Año 2014: Subir los impuestos al tabaco.

Año 2015: Alto al comercio ilícito de productos de tabaco.

Año 2016: Prepárate para el empaquetado neutro.

Bibliografía consultada

- OMS. Organización Mundial de la Salud. En: www.who.int
- FIC. Fundación Interamericana del Corazón. En: ficargentina.org
- PAHO. Organización Panamericana de la Salud. En: www.paho.org
- ASH. Action on Smoking and Health. En: www.ash.org.uk

Enseñanza de la pediatría

Aprendizaje, Capacitación en Pregrado e Internado Anual Rotatorio

Experiencia docente durante 35 años

Profesor Doctor Germán Falke

Doctor en Medicina. Profesor Consulto de Pediatría, Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.
Encargado de Enseñanza de Pediatría 1981-2016. Unidad Docente Académica de Pediatría. Hospital Cir My Dr Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar mi tarea docente asistencial desarrollada durante 35 años en la Unidad Académica de un Hospital General. Considero que el equipo docente tiene el compromiso de formar a los futuros médicos para que ellos estén en condiciones de: contemplar el aspecto humanístico de la Medicina con enfoque ecológico del niño, la familia y la sociedad; promover la formación y utilización de criterios médicos en base a resolución de casos clínicos; obtener actitudes y logros en su formación y su capacitación; detectar necesidades y recursos en el área materno-infantil que les permita atender niños y adolescentes de distintas áreas geográficas, socioculturales y económicas; y poder desempeñarse como agente de promoción y cuidado de la salud, protegiendo a la familia y la comunidad.

Palabras clave. Unidad hospitalaria, Docencia de pregrado, Formación, Pediatría, Adolescencia.

Teaching of pediatrics

Learning, Training and Internship Undergraduate Annual Rotation

35 years experience in teaching

Summary

The objective of this paper is presenting my work as a teacher and as a doctor during thirty-five years in an Academic Unit of a General Hospital. Considering that the teams of teachers that I work with have also the compromise of preparing futures doctors, so that there are in conditions of: Consider the human aspect of the medicine, the patient and his family's environment; Promoting in the students the formation based in the

study of practical medicine cases; Being able to become in excellent professionals by accomplishing different achievements during their career; Finding out needs and resources in the maternal and infant area, which allows them serving kids and teenagers of different cultures and social situations; Being capable to perform as a social agent of promotion of the health care, as a way of protection of the family and the community.

Key words. Académic unit, Pre grade teaching, training, Pediatrics, Adolescence.

Propósito

1. Promover en los alumnos de la Facultad de Medicina de la U B A, que cursan Pediatría en 6° año de la carrera, la formación y utilización de criterios médicos en base a resolución de casos clínicos.
2. Obtener en forma progresiva, aptitudes y logros en su capacitación.
3. Capacitar en:
 - Promoción y protección de la Salud Infanto-Juvenil.
 - Diagnóstico, evolución y tratamiento de enfermedades. Curación o rehabilitación.
 - Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
 - Familia.
4. Desarrollar el conocimiento y las aptitudes para resolver problemas propios de la Pediatría ambulatoria y de los pacientes internados.
5. Formar profesionales que a su egreso estén en condiciones de:
 - Detectar necesidades y recursos en el área materno-infantil que les posibilite atender niños y jóvenes de distintas áreas geográficas, socio-culturales, económicas.
 - Jerarquizar las acciones de salud y enfermedad en el contexto familiar, social y comunitario.

Correspondencia. Prof Dr Germán Falke
Correo electrónico: gerfalke@intramed.net

- Lograr a través de una correcta anamnesis, historia clínica y examen físico, una atención integral del paciente y su familia.
- Efectuar razonamientos fisiopatológicos frente a los distintos cuadros clínicos.
- Jerarquizar los exámenes complementarios necesarios para cada una de patologías e interpretar los resultados de los mismos.
- Manejar correctamente las normas, los criterios de internación, tratamiento y alta.
- Detectar signos de riesgos y tener un criterio de derivación oportuno, para resolver situaciones de emergencia.
- Lograr una adecuada relación Médico-Paciente-Familia.
- Obtener con la aplicación del método científico, la resolución de los problemas clínicos.
- Capacitarse en la búsqueda, selección e información bibliográfica, para la resolución de las noxas.
- Participar en actividades docentes, ateneos clínicos, presentación de pacientes y discusión de casos.
- Trabajar en equipo multidisciplinario en forma permanente.
- Lograr una capacitación técnica y científica adecuada.

6. Formación de un perfil profesional con una visión humanística.

Introducción

La Unidad Docente Académica de Pediatría del Hospital Cir My Dr Cosme Argerich, Asociado a la Facultad de Medicina de la U B A, ha desarrollado actividades docentes y académicas desde su creación en 1981, cumpliendo treinta y cinco años de su ininterrumpida labor.

La adecuada formación Pediátrica de los estudiantes de sexto año de la carrera de Medicina requiere la instrumentación de un plan de actividades curriculares orientado al logro de un perfil profesional, que concuerde con las necesidades del país y de sus diferentes regiones.

La formación de los recursos humanos en salud debe tener carácter integrador y contar con la participación de la sociedad. Es decir que propone que cada educando se conozca a sí mismo y a la comunidad donde actúa, desarrollando acciones extra-hospitalarias de interacción mutua.

Además, y a través de la implementación de técnicas docentes adecuadas, deberá aspirar a que la totalidad, o al menos la mayoría de los estudiantes, participen activamente en el proceso enseñanza-aprendizaje.

La capacitación, para la atención integral materno-infanto-juvenil debe preparar a los egresados

para enfrentar problemas sociales y culturales. Para esto, importa que adquieran el concepto completo del paciente como unidad bio-psicosocial y el concepto ecológico de la salud-enfermedad. Con la adquisición de un pensamiento científico, asociarán la teoría con la práctica y encauzarán el trabajo interdisciplinario, a través de acciones positivas, con vocación de servicio destinadas a la comunidad.

La enseñanza de la Pediatría y la problemática de la salud materno-infanto-juvenil es prioridad en los servicios de salud y debe abarcar acciones para el cuidado total y continuo del crecimiento y desarrollo. Además, incluirá la ejecución de actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud orientadas a los individuos, las familias y la comunidad.

El aprendizaje comprenderá el estudio de la maduración física y emocional del niño, pero también el de las relaciones intrafamiliares y el proceso de socialización del grupo pediátrico.

En el campo de la educación médica, los esfuerzos serán trascendentes si consideramos que la salud es la resultante no sólo de niveles de atención, sino también del acceso de toda la población a otras necesidades básicas, tales como la alimentación, educación, trabajo, vivienda, vestido y recreación.

Los recursos humanos y materiales para la atención materno-infantil son insuficientes y están mal distribuidos.

La gran mayoría de tales recursos se concentran en las grandes urbes y dejan con insuficiente cobertura las zonas rurales donde vive el 42% de la población latinoamericana, estimable en cien millones de habitantes.

A través de la enseñanza de la Pediatría, se observa que las principales causas de mortalidad infantil son evitables. Ella es considerada como el resultado biológico de un proceso relacionado con la estructura social, económica y cultural. Coexisten en ésta situaciones evitables tales como: desnutrición, enfermedades infectocontagiosas o dependientes del saneamiento ambiental y las susceptibles a las inmunizaciones.

La Universidad debe ser un ente transformador y un soporte de cambios positivos para la comunidad, a través del egreso de profesionales capacitados, quienes fueron preparados en sus claustros.

Todas las Unidades Académicas y entre ellas las de Pediatría, deben prestar una contribución efectiva y racional para la evolución de los problemas de salud de la población, formando los profesionales, que estén en condiciones de resolverlos adecuadamente.

Además de impartir conocimientos, la educación médica deberá perfeccionar actitudes y criterios, habilidades y destrezas. Al mejorar la calidad educativa se optimizará la atención de los pacientes. Una correcta educación médica necesita de:

- La actualización permanente. Ella debe propiciar una docencia de calidad que integre las di-

mensiones técnico-científico, emocional y social; con contenidos que incluyan un aprendizaje activo centrado en el alumno.

- Constituir una red de educación pediátrica.
- Relacionar los contenidos y las experiencias de aprendizaje con los problemas prioritarios de salud de niños y adolescentes.
- La formación continua de los equipos docentes de Pediatría.

Se debe formar un egresado con un enfoque social de la medicina y con pensamiento y conocimientos científicos. Él aunará la teoría con las acciones y trabajará con un equipo interdisciplinario.

La enseñanza-aprendizaje debe partir del conocimiento, de la problemática que afecte al niño, a la madre y a la familia.

Los alumnos deberán incorporar contenidos para la interpretación y el manejo de dicha problemática. La comprensión de los problemas pediátricos requiere de un diagnóstico de situación del país y sus zonas.

A su vez, el conocimiento integral del crecimiento-desarrollo, permitirá planificar, ejecutar y evaluar programas de salud materno-infanto juvenil. En las áreas fundamentales se enseñará con criterio epidemiológico y enfoque tridimensional, incorporando los aspectos biológicos-psicológicos-sociales de las distintas etapas etarias y teniendo en cuenta su vulnerabilidad.

La función de cada Unidad Académica es: seleccionar los contenidos, decidir la metodología pedagógica y establecer las instancias de la evaluación. Tales metas se lograrán con la inclusión del proceso enseñanza-aprendizaje de la medicina comunitaria instrumentada con actividades extrahospitalarias por parte de los alumnos que cursan Pediatría. La enseñanza debe hacerse “en” y “con” la comunidad. Este programa deberá apoyarse en un marco referencial técnico y contar con una propuesta de aprendizaje; ambos concebidos con un enfoque sistemático y metodológico.

Instrumentación pedagógica y didáctica

Tener en cuenta las necesidades del grupo de educandos en función de:

- Asimilación. Determinada por las prácticas educativas en las que se presentan a los alumnos las nuevas unidades temáticas.
- Acomodación. Representada por la discusión de un contenido dado de un caso clínico.
- Evaluación. Entendida como una comprobación de la congruencia entre objetivos y resultados. Se constituye así en un proceso consustancial al de enseñanza-aprendizaje, que permite no sólo evaluar el rendimiento de los alumnos y de sus posibilidades de retroalimentación, sino que aporta también información significativa sobre el desempeño del cuerpo docente.

Sistema de enseñanza integrada

Mediante el mismo y para el logro de las metas del proceso enseñanza-aprendizaje, se debe organizar la planificación educativa con actividades prácticas concretas incluidas en un sistema de enseñanza integrada que apunte a complementar la información y la acción.

Es imprescindible lograr una capacitación gradual con enfoque inter y multidisciplinario.

Presentación de unidades temáticas

Con temas prioritarios de Pediatría, se prepara un listado con su correspondiente bibliografía. Las unidades temáticas seleccionadas son desarrolladas en forma individual o conjunta por los alumnos, quienes efectúan la presentación, comentarios y aportes. Se elaboran conclusiones, con la participación del Encargado de Enseñanza. Esta actividad docente se desarrolla diariamente.

Los estudiantes deben participar en forma activa de las experiencias educacionales no convencionales: trabajos grupales, presentación de casos clínicos, resolución de problemas, auto-aprendizaje, estudio independiente, teatralizaciones. Se estimula así el logro de los objetivos.

Actividades docentes

Comentario y presentación de audiovisuales: elaborados por los distintos comités de la SAP y Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina-UBA, cuenta con ellos la Unidad Docente. Durante cada ciclo lectivo son vistos y comentados por los alumnos con la presencia del Encargado de Enseñanza. Finalizada la exposición, se abre un debate que arribe a conclusiones.

Presentación de una monografía: la elección del tema, su extensión y su desarrollo son personales. La Unidad Académica asiste a los estudiantes en todo lo necesario para la confección de la misma y aporta el material bibliográfico. Los temas elegidos versan sobre: Lactancia materna, Inmunizaciones, Crecimiento, Desarrollo, Pediatría Social, Salud materno-infanto-juvenil, Familia, Accidentes, Pediatría ambulatoria, Infecciones respiratorias, Hidratación oral e Inmunodeficiencia, entre otros. Una vez aprobada, el alumno la defiende en forma coloquial.

Informes, comentarios, discusión y evaluación de actividades docentes: por cada actividad extra hospitalaria, los alumnos deberán presentar un informe escrito. En una reunión grupal con el Encargado de Enseñanza se elaboran las conclusiones. Esto contribuye a la “formación médica” de los educandos.

Al inicio de cada rotación, se encuentran diagramados y expuestos el temario y las actividades a desarrollar. Ellas son:

- Rotación de los alumnos por comisiones. Efectúan pasantías a tiempo completo durante dos semanas por Internación, Neonatología, Con-

sultorios Externos, Adolescencia. Durante una semana por Neurología Infantil, Traumatología Infantil, Rehabilitación, Cardiología Infantil, Laboratorio Nefrológico Infantil, Equinoterapia, Jardín Maternal y Jardín de Infantes.

- Guardias pediátricas de doce horas. Los alumnos realizan en forma obligatoria cuatro guardias, acompañando al médico interno y a los médicos residentes. Participan activamente en la atención de urgencias y en seguimiento de los casos que internan.
- Consultorio de niño sano y Consultorio docente. Adquieren el conocimiento del niño, el control de su crecimiento y su desarrollo, la incorporación de la familia y acciones de promoción y protección de la salud. Posteriormente los alumnos presentan los casos a sus pares y se analizan los diagnósticos y tratamientos.
- Dramatización: los casos clínicos y entrevistas médicas. Se teatralizan para objetivar la relación médico-paciente-familia.

Actividades extrahospitalarias

- Visita educativa al Hospital Nacional de Pediatría "Prof Dr Juan P Garrahan
- Visita y trabajo práctico en los Tribunales de Menores del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires.
- Concurrencia al Servicio de Nefrología del Hospital de Niños de San Justo.
- Ateneo clínico-psicológico. Escuela de psicopedagogía de nivelación "PROA".
- Visita al Hospital Zonal Especializado "Dr Noel H Sbarra" – La Plata.
- Concurrencia al Centro Salud María Isabel, San Fernando.
- Visita a Guardería del Hospital, Jardín de Infantes y Escuela Primaria.
- Concurrencia semanal a Maternidad Sarda.
- Concurrencia a Equinoterapia, Rehabilitación Ecuestre.

Estas actividades se desarrollan en forma alternativa de acuerdo con las posibilidades de la Unidad Académica y de las instituciones mencionadas.

Entrevista personal

Se realiza a cada cursante de Pediatría, tomada por el Encargado de Enseñanza de la Unidad Docente. El objeto de la misma es conocer personalmente a cada estudiante.

Orientación al futuro médico general

- Contacto con la comunidad y desarrollo de una actitud de servicio.
- Conocimiento profundo del niño y su familia.

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades prevalentes.
- Desarrollo del ser humano en sus aspectos biopsico-socio-cultural.
- Actividades intra y extra-hospitalarias.
- Tratamientos del primer nivel de Resolución y Criterios de Derivación.
- Desarrollo de habilidades y destrezas para examinar a los pacientes.
- Reconocer las enfermedades más frecuentes y prevalentes. Orientación a la familia.
- Implementar una relación estrecha entre los contenidos y las experiencias de aprendizaje.

Internado anual rotatorio

Es importante la presencia de los estudiantes en el Hospital con carga horaria prolongada, con actividades diarias y con la realización de guardias hospitalarias pediátricas de 13 a 20 horas con tutoría académica.

Evaluación

Abarca múltiples ítems para evaluar el proceso enseñanza-aprendizaje:

- Concepto de cada una de las pasantías efectuadas.
- Exámenes parciales: 2 (dos) en bases a resolución de problemas clínicos.
- Examen pre-final "Criterio Médico" en forma oral, a partir de un examen clínico del paciente en forma escrita.
- Examen Final Unificado y centralizado – EFU, e implementado a partir de 1998/1999.

Características educativas

- Centrar el proceso educacional en el estudiante-alumno.
- Seleccionar y jerarquizar los conocimientos esenciales.
- Dar igual énfasis a conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes.
- Intensificar la relación docente-alumno.
- Adquirir un pensamiento científico que relacione las ciencias básicas con las clínicas.
- Resolución de problemas y manejo de información relevante.
- Capacidad de autoevaluación y autoaprendizaje.
- Métodos de evaluación que mejoren el rendimiento.

Conclusiones

A través del desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje en el pregrado e Internado Anual Rotatorio, se intenta formar al egresado con un perfil que reúna las siguientes condiciones:

- Médico clínico generalista que le permita desempeñarse ante la sociedad como un agente de salud con capacidad para actuar en el primer nivel de resolución.
- Contemplar el aspecto humanístico de la medicina con un enfoque ecológico del niño, la familia y la sociedad.
- Lograr una formación científica adecuada a través de una información actualizada.
- Adquirir tecnología básica y ética profesional.
- Ser capaz de trabajar en equipo inter y multidisciplinario.
- Poder actuar como agente de promoción, cuidado de la salud y de protección de la familia y la comunidad.
- Realizar acciones para la curación y/o rehabilitación de las enfermedades prevalentes con especial cuidado en la atención primaria de la salud.
- Tener criterio de derivación y/o interconsultas para evitar iatrogenias.

Los aspectos mencionados podrán lograrse en el hospital, pero su accionar se extenderá hacia el niño sano, su hogar, escuelas, jardines maternos, clubes y la comunidad, como una apertura del hospital hacia la sociedad.

Figura 1. Unidad docente académica de pediatría.

Unidad docente de pediatría Año 1981-2016	
Número de Rotaciones	105 CURSADA PEDIATRÍA
Número de alumnos	1575
Internado anual rotatorio – I.A.R. Año 1993-2016	
Número de Rotaciones	60
Número de alumnos	740

Agradecimientos

Al Profesor Dr José Raúl Vázquez por cuya iniciativa se creó la Unidad Docente Académica en 1981 y como homenaje a su memoria.

Al Profesor Dr Mario Roccatagliata, de quien dependió la Unidad y a quien debemos muchísimas enseñanzas como recuerdo a su querida memoria.

Al Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UBA y al COEME, que proponen una educación médica de excelencia.

A los colaboradores docentes y a los alumnos cursantes que con todo entusiasmo se adaptaron a la nueva modalidad de enseñanza-aprendizaje.

Bibliografía

1. Vázquez J, et al. "Tecnología educacional aplicable a un programa para graduados". COEME 1980.
2. Evans H. Jean Piaget, "El hombre y sus ideas". Editorial Kapeluz. Buenos Aires 1992.
3. Pizzia A, Roccatagliata MG. "Sobre actividades de las enseñanzas y las experiencias de aprendizaje". Rev Hospital de Niños 1980; 22: 184.
4. Falke G. "Adolescencia, Familia y Drogadicción". Editorial Atlante, Buenos Aires, Argentina 1998. I Edición.
5. Vázquez-Mata G, Guillamet-Lloveras A. "El entrenamiento basado en la simulación como innovación imprescindible en la formación médica". Educación médica, 2009.
6. Broche Candó JM, Ramírez Álvarez R. "Caracterización del uso de los medios de enseñanza por los Profesores que se desempeñan en el Nuevo Programa de Formación de Médicos". Educación Médica Superior, 2008.
7. Agostoni C, Axelsson I, Colomb V. "The need for nutrition support teams in pediatric units a commentary by the ESPGHAN committee on nutrition". J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005 Jul; 41(1): 8-11.
8. de Dios JG, Benavent RA. "Recuperación de la información científica en Pediatría, una oportunidad para el índice Médico Español". J. An Pediatr (Barc); 2004 61; (3): 242-251.
9. González de Dios, J. Búsqueda de información en Pediatría basada en la evidencia (I) Española de Pediatría 2003; 59 (3): 259-273.
10. de Dios JG, Álvarez JCB, Rodríguez PG. "Fuentes de información bibliográfica (XIV) Sobre "fuentes", "pirámides" y revoluciones" en la gestión del conocimiento en Pediatría / Sources of bibliographic (XIV)", 2012.
11. Brailovsky CA. "Educación médica, evaluación de las Competencias" - Aportes para un cambio curricular en Argentina, 2001.
12. Corvetto M, Bravo MP, Montaña R. "Simulación en Educación Médica: una sinopsis", Rev Med Chile 2013; 141: 70-79
13. Vicedo Tomey A. "Abraham Flexner, pionero de la educación Médica", Educación Médica Superior, 2002.
14. Lorusso N. "Variabilidad de los procesos selectivos para el acceso a las Especialidades médicas en Europa entre convergencia y divergencia", Educación Médica, 2013.
15. Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med 2007; 356: 387-396.
16. Norcini J, Blank LL, Dufy FD, Fotna GS. The Mini-CEX: a Method for assessing clinical skills. Ann Intern Med 2003; 138: 476-481.
17. Wilkinson J, Crossley JG, Wragg A, Mills P, et al. Implementing Workplace-based assessment across the medical specialties in the United Kingdom. Med Educ 2008; 42: 364-373.
18. Wiles CM, Dawson K, Hughes TA, Llewellyn JG, et al. Clinical skills evaluation of trainees in a neurology department. Clin Med 2007; 7(4): 365-369.
19. Cook DA. Twelve tips for evaluating educational programs. Med Teach 2010; 32: 296-301.
20. Boulet JR, McKinley D, Norcini JJ, Whelan GP. Assessing the Comparability of standardized patient and physician evaluations of clinical skills. Adv Health Sci Edu Theory Pract 2002; 7: 85-97.
21. Hauer KE, Holmboe ES, Kogan JR. Twelve tips for implementing tools for direct observation of medical trainees & clinical skills during patient encounters. Med Teach 2010; 9: 27.
22. Norcini JJ, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. Med Teach 2007; 29(9): 855-871.

Tratamiento quirúrgico conservador en paciente monorrenal con esclerosis tuberosa y angiomiolipoma complicado: presentación de caso y revisión bibliográfica

Dres Natalia Verónica Estévez,¹ Mariel Elisa Taranto,¹ Emiliano Alberto Navarro,² Néstor Mauricio Bernal Aragón,³ Rafael Inzeo^{† 4}

¹ Residente 4to año;

² Jefe de Residentes;

³ Concurrente 5to año;

⁴ Jefe de Servicio;

Servicio de Clínica Quirúrgica HIGA, Hospital General de Agudos Pedro Fiorito. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Los angiomiolipomas renales son formaciones renales que se presentan de forma aislada o asociadas con otras patologías como esclerosis tuberosa o enfermedad de Von Hippel Lindau. Los angiomiolipomas renales se pueden presentar clínicamente con un shock hipovolémico por lesión de uno de sus vasos o con dolor abdominal por efecto masa debido a su tamaño. La resolución de los angiomiolipomas puede ser de manera programada o de urgencia, siendo las vías elegidas la nefrectomía parcial o la embolización arterial selectiva, dependiendo siempre de los recursos que se tengan y la experiencia del equipo quirúrgico.

Palabras claves. Esclerosis Tuberosa, Angiomiolipoma, embolización arterial selectiva y nefrectomía parcial.

Conservative surgical treatment in monorrenal patient with sclerosis and complicated tuberous angiomyolipom: case report and literature review

Summary

Renal angiomyolipomas are kidney formations presented in isolation or associated with other diseases such as tuberous sclerosis or Von Hippel Lindau disease. Renal angiomyolipoma may present clinically with hypovolemic shock due to injury of one of its vessels or with abdominal pain due to mass effect because of its size. Angiomyolipomas can be resolved on scheduled basis or emergency, where the chosen ways are partial nephrectomy or selective arterial embolization, always depending on the resources you count on and the experience of the surgical team.

Key words. Tuberous Sclerosis, angiomyolipoma, selective arterial embolization and partial nephrectomy.

Introducción

La Esclerosis Tuberosa (ET) o Enfermedad de Pringle - Bourneville es un trastorno neurocutáneo hereditario y multisistémico que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas (angiofibromas faciales o adenomas sebáceos, manchas hipopigmentadas en hoja de fresno, placas de piel de zapa o engrosamientos de aspecto amarillento de la piel sobre la región lumbosacra y nevos despigmentados), convulsiones

Correspondencia. Guillermo Couto
Correo electrónico: gcouto@ama-med.org.ar

y retraso mental.^{1, 5, 7} Esta enfermedad puede afectar también al corazón, pulmón, riñón y cerebro. Dentro de las lesiones que pueden hallarse en el riñón se encuentran a los angiomiolipomas (AML) que afectan al 55 – 75% de los pacientes con diagnóstico de ET, también se hallaron quistes en el 44,8% y carcinoma de células renales en el 4,2% de los casos.^{2, 4, 5, 7, 9} Los AML en la ET se presentan múltiples y afectando ambos riñones. Son más comunes en mujeres que en hombres, y en ambos sexos a una edad promedio de 17 años. En cuanto a los quistes, no se mostró correlación con el sexo.^{2, 8, 9}

La transmisión de la ET es autosómica dominante, aunque sólo un tercio de los casos son familiares, dada la presencia de mutaciones espontáneas o mosaicismo.⁹

La incidencia varía entre 1:6000 y 1:15000 nacidos vivos. La penetrancia de la condición es variable. La ET surge de mutaciones de los genes supresores TSC1 (cromosoma locus 9q 34.3) o TSC2 (16p 13.3), que codifican hamartina y tuberina, respectivamente. Estas proteínas se cree que funcionan como supresores de tumores mediante la formación de un complejo que regula la proliferación celular. La pérdida de la heterogeneidad en el locus TSC2 se ha observado en los tumores renales y pulmonares asociados con ET, lo que sugiere que el desarrollo del tumor sigue a la pérdida del alelo funcional. Mientras que las mutaciones en TSC1 y TSC2 impactan en los mismos sistemas de órganos, las mutaciones TSC2 tienden a dar lugar a un perfil clínico mayor y más severo, incluyendo una afectación renal más aguda.⁹

Los AML renales, son el 1-3% de todos los tumores renales, y son hamartomas benignos poco frecuentes, compuestos de grasas maduras o inmaduras, paredes gruesas y vasos sanguíneos y elementos de músculos lisos de diversos componentes. Los vasos carecen de una capa elástica completa lo que predispone a aneurisma y hemorragia. El tamaño, la multifocalidad y anomalías son los principales factores de riesgo hemorrágico.⁸

Los quistes renales se observan con una frecuencia de 14-32% en la población con ET, y exhiben dos modos de presentación. En la presentación más común, los quistes son únicos o bien múltiples pequeñas lesiones que son uniformes en la histología y raramente sintomáticos. Con menor frecuencia, la ET coexiste con la enfermedad del riñón poliquístico que lleva un mal pronóstico para la supervivencia renal. Estos quistes son numerosos, grandes y con frecuencia sintomáticos. El locus TSC2 es adyacente a uno de los genes de la enfermedad renal poliquística (PKD1) y supresiones contiguas pueden producir ambos fenotipos.⁹

Los AML en la ET también se asocian con el desarrollo de linfangioleiomiomatosis pulmonar, una enfermedad quística progresiva en los pulmones, afectado a las mujeres casi exclusivamente. Algunos trabajos refieren que estas lesiones pulmonares son metástasis de AML renal.^{4, 9}

El objetivo de este trabajo es describir un tratamiento quirúrgico conservador de urgencia en una paciente joven con diagnóstico de ET, monorrenal debido a un antecedente quirúrgico, que ingresa al hospital padeciendo un cuadro de sepsis, hipovolemia e insuficiencia renal aguda, secundario a la presencia de AML complicado. Se enfatiza en la necesidad de la conducta conservadora con el objetivo de preservar la funcionalidad del órgano remanente que permitiera a la paciente mantener una función renal normal y evitar tratamiento dialítico definitivo y/o trasplante renal.⁴

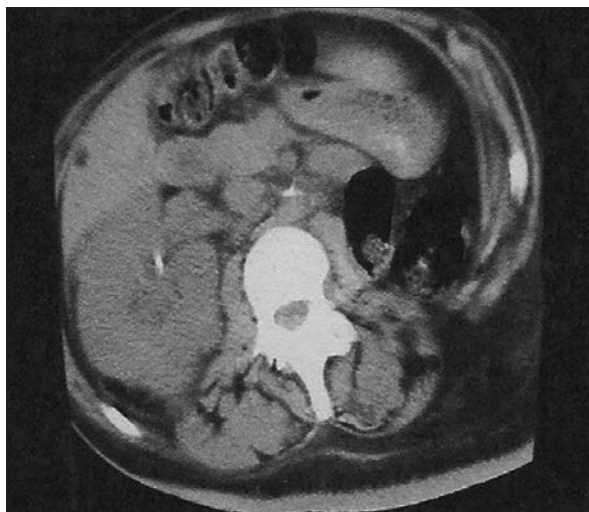
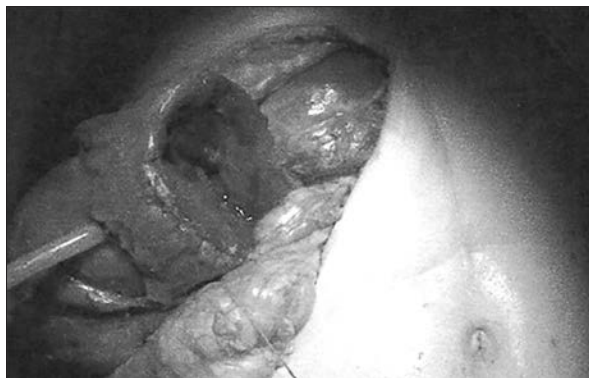
Caso clínico

Mujer de 23 años con diagnóstico de ET desde los 5 meses de edad, con antecedentes de nefrectomía izquierda a los 2 años por tumor renal (AML en la anatomía patológica), resección de aneurisma de aorta abdominal y colocación de parche de material sintético a los 6 años, tratamiento endovascular por AML en polo superior de riñón derecho a los 8 años, colecistectomizada por colecistitis aguda a los 16 años y múltiples internaciones por crisis convulsivas, HTA y urosepsis. En febrero de 2008 ingresa por servicio de clínica médica, presentando dolor abdominal de tipo cólico localizado en flanco e hipocondrio derecho de 12 horas de evolución, acompañado de hematuria y fiebre de 40° C. Ingres a hemodinámicamente compensada, sensorio alternante. Signos vitales T A: 120/80 mmHg, Fc: 100 lat/min, Fr: 16 resp/min T°: 40° C.

Laboratorio: Gb: 10.900, Hb: 7,8, Hto: 23, Pla: 283, Glu: 81, Ur: 56, Cr: 2,34, CP: 77, KPTT: 35, Na: 131, K: 4,1, Hco3: 16,3.

Se realiza ecografía abdominal que informa riñón derecho aumentado de tamaño de 194x63 mm, imagen quística en polo superior con múltiples ecos internos de 90x70 mm. A nivel del hilio imagen líquida de 26 mm con foco sólido en su interior de 24x23 mm (pelvis extrarrenal). TAC de abdomen (Figura 1) con contraste endovenoso que informa: derrame pleural derecho mínimo, polo superior de riñón derecho, formación de 92x82x90 mm hipodensa y no homogénea sin realce post contraste que se correlaciona con ecografía e impresiona corresponder a colección hemorrágica en diferentes estadios de evolución. El riñón remanente se encuentra aumentado de tamaño y existe líquido libre perirrenal y fondo de saco de Douglas. Dilatación de asas intestinales.

A las 24 hs ingresa a UTI con diagnóstico de shock séptico vs hipovolémico e insuficiencia renal crónica reagudizada. Evoluciona rápidamente con parámetros de sepsis y de insuficiencia renal, por lo que se decide conducta quirúrgica de urgencia (Figura 2 y 3). Se realizan: laparotomía exploradora, quistectomía renal derecha, nefrectomía parcial polar superior de riñón derecho, colocación de catéter doble y nefrostomía.

Figura 1.**Figura 2.****Figura 3.**

Evoluciona favorablemente, mejorando la función renal y sus parámetros de sepsis, intercorre con sepsis asociada a catéter por SAMR, cumpliendo tratamiento con antibióticos con buena respuesta, externándose el 17° día postoperatorio con función renal dentro de los parámetros normales y con micción espontánea sin requerimiento de diálisis.

Discusión

Son pocos los datos que figuran publicados con respecto al tratamiento de las complicaciones de los AML en pacientes monorrenos. La pauta terapéutica más aceptada es el algoritmo de Oesterling y col⁷ basado en la presentación clínica, el tamaño y la bilateralidad del tumor, así también lo demuestran Dickinson M y col.³

Hasta mediados de los años 70, el tratamiento había sido eminentemente quirúrgico hasta que Moorhead y col en 1977 describieron el primer caso de embolización arterial selectiva (EAS).⁴

La EAS ofrece un control inmediato de la hemorragia en pacientes con perfusión continua de tejido contiguo responsable de mantener función renal adecuada. Partículas de espuma en gel son seleccionadas debido a que producen una oclusión permanente secundaria a la fibrosis perivascular. La ausencia de canales arteriovenosos disminuye el riesgo de embolización sistémica accidental. La posición del catéter subselectivo y monitoreo de contraste se utilizaron para prevenir el reflujo embólico de partículas. Otros materiales de embolización son el alcohol polivinílico en polvo y bobinas de Gianturco.^{7, 8}

La angiografía puede ser útil en la diferenciación de un AML de carcinomas de células renales. Múltiples racimos de arterias con aneurismas interlobares e intralobulares y la ausencia de la derivación arteriovenosa son los signos habituales de un AML.^{6, 7}

El síndrome postembolización se ha definido como el cuadro consistente en dolor lumbar, fiebre y reacción leucocitaria dentro de las 72 hs posteriores a la embolización. La fiebre y el dolor son controladas clínicamente sin dificultad.^{4, 7, 8}

En los tumores asintomáticos se realizarán controles periódicos con ecografía. Gracias a su composición lipídica poseen una ecogenicidad característica por lo que son fácilmente detectables. También se detectan por tomografía. La presencia de calcificaciones intratumorales en la tomografía o de un crecimiento rápido de más de 0,5 cm al año debe hacernos dudar del diagnóstico de benignidad.^{4, 5} El tratamiento de los AML está indicado ante la presencia de clínica o el riesgo de complicaciones. En un estudio prospectivo de AML de diferentes tamaños, Oesterling y col y Steiner y col observaron cómo aquellos de tamaño mayor a 4 cm tenían mayor predisposición al crecimiento y sangrado, recomendando su tratamiento de forma preventiva. Posteriormente, Dickinson y col concluyeron que si bien la probabilidad de crecimiento y sangrado era patente para los tumores por encima de 8 cm, no siempre era así para aquellos que presentaban diámetros intermedios entre 4 y 8 cm. Yamakado y col., en su serie, recogen diferencias estadísticamente significativas entre el diámetro mayor de los AML que presentaron ruptura espontánea, respecto a los que no (11,4 cm vs 5 cm), siendo los primeros siempre mayores de 4 cm.⁴

Se recomienda que los pacientes pediátricos con ET tengan una ecografía renal de base antes de los 5 años de edad. Si los resultados son normales, el seguimiento por ultrasonido se debe realizar cada 2-3 años. Si los resultados muestran AML o quistes, se recomienda seguimiento ecográfico anual. Si los resultados son sospechosos de carcinomas de células renales, se recomienda una resonancia para la reevaluación y seguimiento por diagnóstico por imágenes en intervalos de 6 meses o con mayor frecuencia si está clínicamente indicado.⁹

En pacientes con tumores sintomáticos y/o bilaterales, clínicamente se presenta la hemorragia o el dolor abdominal de manera más frecuente. En estos casos, se intentará una EAS. La complicación más usual es el absceso renal (10% de los casos). O bien, una cirugía renal conservadora (nefrectomía parcial o tumorectomía), siendo la complicación más frecuente la fístula urinaria, en el 10% de los casos.⁴⁻⁷ Se ha observado que tanto en las embolizaciones como en las nefrectomías no se incrementan los valores de creatinina plasmática a valores mayores de 2 mg/dl.⁴ La nefrectomía radical quedará reservada a aquellos casos con inestabilidad hemodinámica por sangrado incontrolable, tumores de gran tamaño, de localización central o coexistencia de carcinoma en el mismo riñón.⁵ En nuestra paciente se había intentado el tratamiento endovascular con buenos resultados, pero este nuevo episodio y la evolución de la situación hemodinámica obligó a una intervención urgente, optando por una cirugía conservadora ante la unilateralidad del tumor, y el antecedente de nefrectomía izquierda, pudiendo conservar la unidad funcional prolongando de este modo la diálisis permanente y el trasplante renal.¹

Conclusión

Continúa siendo la Ecografía y Tomografía los estudios complementarios de primera instancia para el diagnóstico y seguimiento de los Angiomiolipomas renales, aunque en ciertos casos la Angiografía y Resonancia son de utilidad.

A pesar de que la bibliografía determina la embolización arterial selectiva y la nefrectomía parcial en pacientes hemodinámicamente estables y que solamente

se reserva la nefrectomía radical en pacientes monorrenos, en este trabajo planteamos la posibilidad de realizar nefrectomía parcial en pacientes hemodinámicamente compensados luego de la indicación quirúrgica de urgencia. De esta forma se puede preservar la función renal, más aún en pacientes monorrenos, evitando diálisis definitiva; sin dejar de lado la factibilidad de nefrectomía radical en descompensación hemodinámica severa, aún en monorrenos.

Bibliografía

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Principios de Medicina Interna. México DF: Mc-Graw Hill Interamericana Editores 2006; 16.
2. Crino PB, Nathanson KL, Henske EP, N Engl J Med 2006; 355: 1345-1356.
3. Aguilera Tubet C, Portillo Martín JA, Gutiérrez Baños JL, Ruiz Izquierdo F, Ballester Diego R, Zubillaga Guerrero S. Cirugía conservadora de urgencia en monorrenal por rotura de angiomiolipoma múltiple. Actas Urol Esp 2007; 31(2): 164-167.
4. Bestard Vallejo JE, Trilla Herrera E, Celma Domenech A, Pérez Lafuente M, de Torres Ramírez I, Morote Robles J. Angiomiolipomas renales: presentación, tratamiento y resultado de 20 casos. Actas Urol Esp 2008; 32(3): 307-315.
5. Gutiérrez Fernández G, Mansilla Roselló A, Rubio Gil F, Martínez Domínguez AP, Villar del Moral J, Ferrón Orihuela A, et al. Angiomyolipoma. Actas Urol Esp 2003; 27(6): 462-464.
6. López Fernández A, Lacasta García JD, Puig Giro R, Vicente de Vera P. Angiomiolipoma renal como causa de shock hemorrágico agudo. Actas Urol Esp 2008; 32(8): 855-857.
7. Moorhead JD, Fritzsche P, Hadley HL. Management of hemorrhage secondary to renal angiomyolipoma with selective arterial embolization. J Urol 1977 Jan; 117(1): 122-123.
8. Mourikis D, Chatziioannou A, Antoniou A. Selective arterial embolization in the management of symptomatic renal angiomyolipomas. Eur J Radiol, 1999; 32(3): 153-159.
9. Rakowski SK, Winterkorn EB, Paul E, Steele DJ, Halpern EF, Thiele EA. Renal manifestations of tuberous sclerosis complex: Incidence, prognosis, and predictive factors. Kidney Int 2006; 70(10): 1777-1782.

Tabaquismo crónico y cirugía plástica

Dr Ricardo Jorge Losardo

Doctor en medicina. Cirujano plástico. Magíster en Salud Pública. Profesor titular, Escuela de posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador. Ex-director del Hospital de Oncología María Curie (GCBA). Ex-Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires (AMA). Coordinador de la Jornada "Día Mundial sin Tabaco – 2016 AMA". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se describe la repercusión del tabaquismo crónico en el proceso de cicatrización de las heridas, en la actividad del sistema inmunitario y en el proceso de envejecimiento cutáneo. Esto condiciona diversas complicaciones en cirugía plástica de estos pacientes fumadores.

Palabras claves. Tabaquismo, cirugía plástica, cicatrización, inmunidad, envejecimiento.

Chronic smoking and plastic surgery

Summary

The impact of chronic smoking in the process of wound healing, in the activity of the immune system and in the process of skin aging is described. This conditions various complications in plastic surgery of these smokers.

Key words. Smoking, plastic surgery, healing, immunity, aging.

Los pacientes fumadores que se someten a una cirugía plástica tienen características particulares. El consumo de tabaco modifica una serie de procesos fisiológicos y como resultado éstos aumentan la morbilidad posoperatoria. A continuación, describimos los riesgos generados por el tabaquismo en la cirugía plástica.

Está demostrado que el tabaco es adictivo ya que la nicotina inhalada se absorbe rápidamente en la sangre y llega al cerebro, instalándose el circuito de

la adicción. Por ello, la dificultad de estos pacientes en abandonar este hábito. Se crea así una situación especial que requiere de interconsultas idóneas para afrontar las diferentes expectativas de los pacientes para este tipo de cirugías.

Cicatrización e inmunidad

Los pacientes con "tabaquismo crónico" tienen mayores riesgos y complicaciones en cirugía plástica (estética y reparadora). Ello se debería a las alteraciones que se producirían en el proceso fisiológico de cicatrización, resultando más lento y de menor calidad. Esto se hace más evidente en las cirugías estéticas que requieren disecar y movilizar extensas áreas de piel, como en los *lifting*, las dermolipectomías y las mastoplastias, así como también en las cirugías reconstructivas donde se utilizan injertos y colgajos de piel. El posoperatorio termina siendo más prolongado y riesgoso.

La hipoxia e isquemia tisular estarían entre los principales desencadenantes de estos eventos. De esta manera, se podrían producir lesiones (como distintos grados de necrosis) en el tejido cutáneo y dehiscencias de las heridas. Asimismo, estos pacientes tendrían mayor tendencia a padecer infecciones postoperatorias por una deficiente actividad del sistema inmunitario (inmuno-depresión). A nivel molecular, se rompe el equilibrio homeostático entre células, enzimas y sustancias mediadoras que intervienen en la inmunidad y la inflamación (mecanismos de defensa).

El humo del tabaco actúa en el organismo como un producto tóxico y es responsable del vasoespasmo y la vasoconstricción (en la microcirculación) en la piel, disminuyendo además la temperatura cutánea. También produce una mayor acción trombogénica y agregación plaquetaria, generando un aumento de la viscosidad de la sangre. Además, se altera la capacidad de la hemoglobina de transportar el oxígeno. Con la disminución del oxígeno en los tejidos, se dificulta la cicatrización de las heridas. Todos ellos son, en parte, resultado de la lesión endotelial (efecto angiopatogénico) de las sustancias nocivas que produce el tabaco (nicotina, monóxido de carbono,

Correspondencia. Dr Ricardo Losardo
Correo electrónico: ricardo.losardo@usal.edu.ar

cadmio, arsénico, cianuro de hidrógeno, etc.). Se observa una alteración en el funcionamiento “celular” (leucocitos, fibroblastos, etc.) y en el “extracelular” que intervienen en el proceso de cicatrización. El colágeno y la elastina, proteínas extracelulares de la dermis, producidas por los fibroblastos, disminuyen en calidad y cantidad.

En definitiva, se produce así un circuito fisiopatológico de irritación y lesión continua o persistente difícil de desactivar, retardando la curación de la herida quirúrgica y disminuyendo su calidad.

Se deben tener en cuenta dos hechos que determinarán el impacto del consumo del tabaco en el proceso de cicatrización en cada paciente. Por un lado, la predisposición genética de cada persona (susceptibilidad individual), y por el otro, la cantidad de cigarrillos fumados al día y el tiempo que el paciente es fumador (relación dosis/dependiente).

Se recomienda que en las cirugías programadas el paciente fumador crónico suspenda el consumo de tabaco, como mínimo de dos a cuatro semanas antes, para disminuir la probabilidad de estas complicaciones (necrosis, dehiscencias de suturas e infecciones) y mejore su cicatrización. Esta interrupción en el hábito de fumar también debe extenderse al postoperatorio con un plazo mínimo similar. A veces esta situación es el gatillo que genera en el paciente la idea de dejar de fumar.

Tabla 1.

Efectos biopatogénicos del tabaco en la cicatrización
Hipoxia
Isquemia tisular
Vasoespasmio
Vasoconstricción
Acción trombogénica
Agregación plaquetaria
Efecto angiopatogénico
Alteración de la capacidad de la hemoglobina para transportar el oxígeno
Trastornos del colágeno y de la elastina
Dehiscencias de las heridas

Envejecimiento

En el paciente con “tabaquismo crónico” se produce una aceleración del proceso fisiológico del envejecimiento cutáneo (envejecimiento prematuro).

En el envejecimiento hay factores intrínsecos (biológicos o genéticos) y extrínsecos (o ambientales). Entre estos últimos, el tabaco y las sustancias tóxicas que genera son un factor de riesgo comprobado que actúa de manera adicional, acelerando el envejecimiento de la piel.

La combustión del tabaco origina un tipo de humo que contiene más de 4.000 sustancias químicas que pueden dañar al organismo si la exposición es permanente e intensa (toxicidad crónica), de las cuales unas 250 son nocivas para la salud, entre ellas, la nicotina.

El efecto del tabaco produce, por un lado, la disminución de la oxigenación tisular (ya explicado anteriormente), y por el otro, el aumento de los radicales libres. También existe una toxicidad directa en la piel.

El aumento de estos radicales libres genera en las células un desequilibrio a nivel oxidativo (estrés oxidativo), produciendo la degradación de las proteínas (injurias proteicas) y de los lípidos (injurias lipídicas) de la matriz extracelular de la piel; impidiendo, además, su reparación.

Por otra parte, los productos del tabaco, a través de los radicales libres producidos (injurias oxidantes), ocasionan defectos de reparación y mutaciones del ADN de las células.

Se advierte una mayor sequedad por la deshidratación de la piel y una aparición más temprana de arrugas, fundamentalmente periorbitales y peribucales. Se observa un adelgazamiento de la piel o atrofia dérmica con pérdida de elasticidad y mayor fragilidad. La piel puede presentar un cambio de coloración y el rostro tener un aspecto “demacrado”, con atrofia del tejido celular subcutáneo. De esta manera, se va perdiendo la belleza natural del rostro, acompañado por una disminución de la salud y de la sensación de bienestar.

Cuando estos pacientes buscan una cirugía estética (*lifting*) para solucionar estas arrugas faciales, están expuestos a las complicaciones postoperatorias que mencionamos en el apartado anterior. También es cierto que el cirujano plástico al disecar estos tejidos debe efectuar una menor tracción y resección que en los pacientes no fumadores. Por este motivo, los pacientes “fumadores” tienen un beneficio menor y un riesgo mayor en el resultado estético con el *lifting* facial que los “no fumadores”.

Tabla 2.

Efectos biopatogénicos del tabaco en el envejecimiento
Aumento de radicales libres
Alteración del ADN celular
Deshidratación de la piel
Atrofia dérmica
Aparición temprana de arrugas

Conclusiones

Señalar los principales procesos fisiológicos que se alteran en el paciente fumador que se somete a una cirugía plástica (estética o reparadora). Funda-

mentalmente son tres: cicatrización, inmunidad y envejecimiento.

Enumerar las posibles complicaciones que estos pacientes pueden tener: infección, dehiscencia de suturas, necrosis de tejidos, etc.

Tomar conciencia sobre el daño que produce el consumo de tabaco en estos tres procesos fisiológicos; y la forma de poder evitarlos, con la deshabitación tabáquica.

Bibliografía

1. Alves R, Castro Esteves T, Trelles MA. Factores intrínsecos y extrínsecos implicados en el envejecimiento cutáneo. *Cir Plast Iberolatinoam* 2003; 39(1): 89-102.
2. Báñez P, Valenzuela M, Peña P, Burgos K. Tabaco, cirugía y cáncer. *Cuad Cir* 2009; 23: 44-48.
3. Blardoni F, Peña Gonzales AM. Tabaquismo y afecciones del SOMA (Sistema Osteo-Mio-Articular) www.ilustrados.com
4. Molina Bermejo MS. Manifestaciones cutáneas y tabaco. *Formación Médica Continuada (FMC)*. 2005; 12 (9): 582-588.
5. Pascucci JO, Giaquinta MA. Tabaquismo: Su influencia sobre la enfermedad periodontal. *Fac Odontología Univ Nacional de Cuyo* 7(2): 40-45.
6. Rampoldi R, Querejeta M, Larreborges A. Efectos del tabaco sobre la piel. *Act Terap Dermatol* 2005; 28: 32-39.
7. Said Lemus FM, Rentaría Covarrubias JC, Espinosa Bautista J. Alteraciones en la irrigación de los colgajos por consumo de tabaco en cirugía plástica y secuelas de la cicatrización. *Anales Médicos* 2006; 51(3): 120-123.
8. Losardo, RJ: Tabaquismo: adicción y enfermedades. Un desafío mundial y nacional. *Rev AMA*, 2016; 129 (4): 36-38.

Vida y obra de Abel Cetrángolo (1916 - 1977)

Profesor Dr Jorge H Loro Marchese

Profesor Adjunto de Tisiología UBA. Asistente Extranjero de la Facultad de Medicina de París. Médico Consultor del Hospital Tornú. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Desde 1947 se inició el tratamiento específico de la tuberculosis que adquirió un valor inusitado, dado que el mismo modificó en el mundo entero el curso de la enfermedad tuberculosa. Roentgen desde 1895 nos mostró su ubicación en el pulmón, pero fue el laboratorio que permitió su diagnóstico y tratamiento, sucesivamente modificado con el transcurrir de los años. Abel Cetrángolo, como quien fuera su maestro y padrino de tesis, Andrés Arena entre nosotros, logró caracterizar al bacilo de Koch y en esa misma tesis nos enseñó el valor diagnóstico del contenido gástrico. Se distinguió por la seriedad de sus trabajos científicos tanto en Córdoba en la escuela de Gumersindo Sayago como en la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis con la conducción de Raúl F Vaccarezza; fue un verdadero maestro para sus discípulos sentando bases valederas en sus conclusiones. Todo jefe de servicio debe trascender por lo que deja científicamente, pero también en la formación de médicos que puedan continuar en la profesión desde el punto de vista asistencial y docente con el ejemplo que él les legó.

Palabras claves. Bacilo de koch, valor diagnóstico del contenido gástrico, escuela tisiológica de Gumersindo Sayago, cátedra de patología y Cplínica de la tuberculosis Prof, Raúl F. Vaccarezza

Life and work of Abel Cetrángolo (1916-1977)

Summary

Since 1947 the specific treatment of tuberculosis acquired an unused value, since it changed over the world the course of tuberculosis. Roentgen from 1895 showed us its location in the lung, but it was the laboratory that allowed its diagnosis and treatment, successively modified with the passing of the years. Abel Cetrángolo,

and his former teacher and thesis godfather Andrés Arena among us, characterized the Koch bacillus and in that same thesis reinforced the value of gastric content. It was distinguished by the seriousness of his scientific works, both in Córdoba in Gumersindo Sayago school and in the Department of Pathology and Clinical Tuberculosis headed by Raúl F Vaccarezza, was a true master for his disciples sitting valid bases of conclusions. All service manager must transcend so scientifically leaves, but also in the training of doctors that can continue in the profession from the point of view clinical and teaching by example that he bequeathed them.

Key words. Koch bacillus, diagnostic value of the gastric content, school of Gumersindo Sayago, chair of pathology and clinical tuberculosis Prof. Raúl F. Vaccarezza.

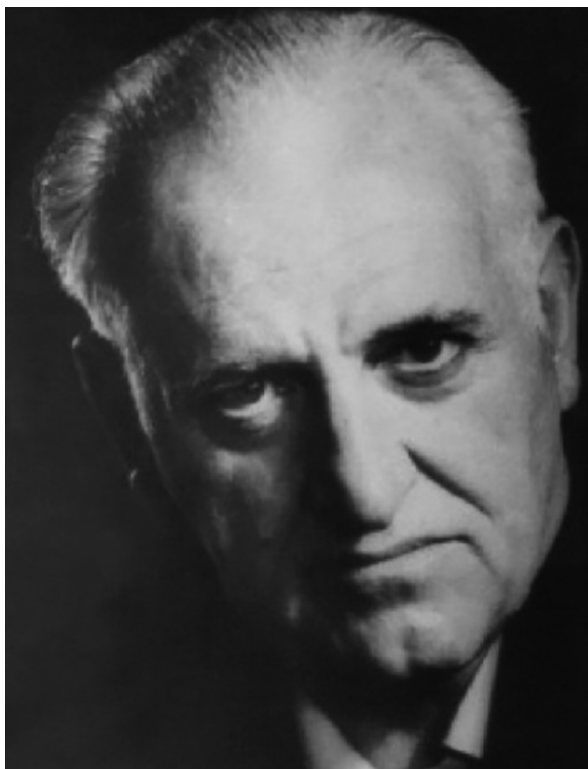
Recrear la historia es siempre útil y ella me mueve a relatar algunos momentos de la vida de este bacteriólogo desarrollada en el contexto de una Cátedra que marcó una época trascendental en la lucha contra la tuberculosis.

Quién fue

Alguien contó cómo al correr el año 1945 su padre Antonio (1888-1949) fue víctima de una injusticia que dio origen con posterioridad y con mirada introspectiva a la creación de su libro *Treinta años cuidando tuberculosos*.

Podemos leer en su introducción los siguientes párrafos: "en los años 44 y 45, y caminando a la par de la Tisiología, por sanatorios, hospitales y dispensarios, ha transcurrido toda mi vida de médico y con ella lo más importante de mi vida de hombre. Un día bruscamente me vi privado de mi tarea. Había hecho de mi trabajo casi una religión, y su privación me sacudió brutalmente. Es, tal vez, de entre todas las profesiones, la que se abraza con vocación. Pero esas horas, que no podía dedicarlas al cuidado de los enfermos, debía dedicárselas aún en esas circunstancias y por eso escribo las páginas que siguen. Puede ser que de ellas alguien saque una enseñanza. Si así sucediera, las horas inactivas habrían encontrado una compensación (Mayo, Octubre, 1944)". Pienso

Correspondencia. Prof Dr Jorge H Loro Marchese
Correo electrónico: jorgelmarchese@gmail.com

Figura 1.**Figura 2.** Doctor Abel Cetrángolo. Falleció el 21 de Noviembre de 1977.

que lo escrito trasunta en verdad todo lo que ha vivido su autor; puedo rememorar en sus líneas cada uno de los peldaños en que se fue desenvolviendo la historia de la tuberculosis en nuestro país y los escalones que fui ascendiendo en mi vida profesional asesorado por verdaderos maestros en la Cátedra de Tisiología del Prof Raúl Vaccarezza. No puedo seguir adelante con mi exposición sin detenerme en este hombre de fisonomía austera, prudente y sólido en sus ideas; siempre amigo de sus discípulos. Lo tengo en mi mente cuando atendía a los pacientes con su gorrito blanco como los maestros de entonces que tuve en mi carrera. Valga el ejemplo de un excepcional semiólogo, Ernesto Merlo, que delimitaba en el aula mediante la percusión, rodeado por nosotros, el contorno cardíaco marcándolo con lápiz demográfico en el tórax del paciente, allá por 1948. Recuerdo a muchos otros que guiaban mi andar, Guido Pollitzer, José Peroncini, Oscar Vaccarezza, José M Leston, Juan Carlos Rey, Ruben Sampietro, Carlos Lanari, Luis Delfor Podestá. Dejo en el camino a otros, todos ejemplos señeros de la docencia.

Cuenta Gumersindo Sayago en el 2º Congreso Argentino de Tisiología de Córdoba, el 28 de noviembre de 1949, que "este moderno caballero andante llegó caminando con su Ángela, compañera animosa de su largo caminar a la montaña cordobesa. Ahí nacieron sus hijos muy cerca del Sanatorio Santa María, donde transcurrieron sus primeros años de tisiólogo. Ahí crecieron sus retoños y el mayor Abel, cuya tesis doctoral apadriné titulada: "La investigación del bacilo de Koch en el contenido gástrico, trabajo del Instituto de Tisiología de la Universidad de Córdoba del año 1941"; tan alto como su madre, tan hombre y tan médico como su padre, llegó a ser uno de sus mejores discípulos.

Relata en su libro Antonio Cetrángolo la ocasión en que Fernando Fader le enviara una carta en 1933, contándole que a los 18 años de edad fue operado de una supuesta apendicitis; en realidad, se trataba de un tuberculoma con lesiones pulmonares concomitantes. Fader se radicó en Ischilín donde comenzó a pintar. Los sufrimientos fueron en aumento con momentos de hemoptisis y colitis. En ocasiones pintaba con disnea que trataban de atenuar sus hijos abanicándolo. La enfermedad acabó con su vida en 1935. Son muchos los ejemplos de tuberculosos relacionados con el arte, la música y con la misma medicina como ejemplo, el gran Laennec, cuyas poesías las firmaba Cenreal.

Esos episodios rojos dejaron también su impronta en mi memoria "al requerir nuestra presencia en las salas con internados por tuberculosis, por cierto en épocas donde debíamos habilitar camas, superando con creces la dotación normal, episodios frente a los cuales poco podíamos hacer contando solamente con la medicación sintomática que era ineficaz; en dichas ocasiones se reflejaba nuestra impotencia frente a los mismos; a veces terminaban con la vida, como tantas otras veces en tuberculosos pulmona-

Figura 3. Cátedra de Patología de la Tuberculosis, laboratorio experimental.



res graves, hablo de los primeros años de la década del 50, época que coincidió con mi graduación como médico allá por 1951, en la UBA”.

En *El Alma del Médico*, el reciente y ardoroso libro de Florencio Escardo, están estampadas estas reflexiones: “el alma del Médico no es alma que sea enteramente propia de una sola persona; para volar e irradiarse acude con frecuencia al préstamo de otras almas recatadas e inmanifiestas. Porque hay médicos que trabajan para el hombre sin ver al hombre: el laboratorista, el patólogo, por ejemplo, que ponen la máxima tensión de su pensamiento no en el hombre sino en el documento del hombre, prestan parte de su alma al clínico que va luego a emprender el contacto humano inmediato y caliente.”

“Cuando se habla del alma del Médico se piensa inevitablemente en el clínico, en el que como su nombre lo indica, está al lado del hermano yacente y en el centro del coro de los afligidos o de los esperanzados, pero no será justo olvidar que sus potencias y posibilidades están enriquecidas y sustentadas por el activo ausente del que no mira al hombre sino al lente, al tubo, a la escala... pero que los mira para el hombre”. Cetrángolo, sin mirar al enfermo, pensaba en él. Más de una vez nos detuvo, transitando las calles del Hospital Muñiz, para formular su juicio sobre la evolución de tal o cual paciente o aventurar un pronóstico tan sólo basado en la despierta y atenta observación del curso y de la

evolución bacteriológica, que él seguía en sus precisos registros de Bacteriólogo, dicho con mayúscula. Corresponde que volvámos al epígrafe en la Revista de la Sociedad Argentina de Biología, Vol XII del mes de octubre de 1936, donde aparece publicado su primer trabajo: “Clasificación de tipos de bacilos de Koch aislados de esputos humanos”. A R Arena, R Schwartz y Abel Cetrángolo. Con posterioridad publica. “Transformación de una cepa de bacilos de Koch tipo bovino”, Andrés Arena y Abel Cetrángolo, Trabajo del Instituto de Tisiología de la Universidad de Córdoba, Prof Dr Gumersindo Sayago del año 1939. Es mi deseo detenerme en mi exposición para destacar la importancia que tuvo la publicación de su tesis acerca de “La investigación del bacilo de Koch en el contenido gástrico”, trabajo realizado en el Instituto de Tisiología de Córdoba a cargo del Dr Gumersindo Sayago, en el año 1941. Importante número de muestras, al tener en cuenta la dificultad de demostrar la presencia de bacilos en aquellos que no expectoran, verbigracia los niños como así también su hallazgo en aquellos supuestamente curados. Pone énfasis en agradecer en ella al Dr G Sayago, al Dr Andrés Arena y a su padre Antonio Cetrángolo como maestro, compañero y amigo.

José Silveira (1904-2001), nacido en Santo Amaro, Bahía, en el norte de Brasil, fue el creador de la primera y única institución dedicada a la búsqueda de la tuberculosis en ese país, el IBIT; ha escrito encomiables conceptos sobre Abel Cetrángolo. Dijo que “fue el experimentador latinoamericano que más contribuyó para el desenvolvimiento de su especialidad, hombre de laboratorio, solitario, de temperamento raro que no atraía a primera vista, comenzaba a conquistarnos cuando abría las compuertas de su mundo interior, romántico y bohemio opuestos a la seriedad de su labor diaria.” Pensemos que conocimos al bacilo como bien lo calificaron Fiorino y Yunis en su libro *La Tuberculosis en la Historia de la Medicina*: “rechoncho y pequeño con forma de salchicha, un poco tímido, que le teme a la luz solar y al calor, afecto a la oscuridad, que afecta a tres hombres por cada mujer, que nació en tiempos remotos acompañado frecuentemente con la muerte y se puso el nombre en 1882 de un médico rural que lo descubrió, al que ni el oro pudo corromper”. Desde ese año venimos caminando lentamente y en ese andar nos encontramos con Laennec que describió con fluidez el probable sitio de la lesión. Roentgen en 1895 nos permitió verlas en el pulmón pero fue la bacteriología mal valorizada en sus comienzos la que nos hizo conocer bien al bacilo y poder actuar en consecuencia. Llegó el momento que nos encontremos con Andrés Arena, uno de los mayores bacteriólogos de América Latina. Influenciado por Calmette, que heredó las enseñanzas de Pasteur en el Instituto que lleva su nombre en París. Abel publicó, como ya vimos, sus primeros trabajos con él. Todos estos hombres dieron origen a una formación completa y en modo especial con algo tan necesario

como la seriedad de cada publicación y firmeza en sus conclusiones.

Nadie que haya visto, tratado y conocido a Abel Cetrángolo puede dejar de atestiguar que, a través de su trayectoria, nunca se desvió del camino que se había trazado como el mejor. Medida con la vara de las fuerzas morales, la figura de Cetrángolo adquiere dimensiones de gigante. Más de un envanecido que se cree grande, medido con la misma vara, resultaría microscópico, como lo expresó R Sampietro en alguna oportunidad.

La excepcional figura de Cetrángolo se proyecta en el escenario de nuestras disciplinas con caracteres únicos que no se pueden repetir.

El 2 de abril de 1917 los EE.UU. entran en guerra con Alemania y las primeras tropas americanas llegan a Francia. La Fundación Rockefeller, obra filantrópica con vocación internacional humanitaria, decide ayudar a Francia en la lucha contra la tuberculosis dado los estragos que producía esta enfermedad. Es así como fueron instalados en los muros de las ciudades y pequeños pueblos carteles murales como el que figura al comienzo de nuestra exposición en donde se ilustra al pueblo sobre esta calamidad pública como expresa su título; muestra los peligros de las bebidas alcohólicas, el hábito de fumar, el hacinamiento y la necesidad de ventilar los ambientes, evitar los deshechos, etc. Cyr Voisin

Agradecimientos. Este escrito se efectuó con la valiosa ayuda de la Dra Martha Di Lonardo, eficaz colaboradora del Dr Abel Cetrángolo en el Laboratorio de Bacteriología de la Cátedra de Tuberculosis Prof Raúl F Vaccarezza. Alguien dijo que rodeaba a Cetrángolo en ese lugar de trabajo un verdadero ramillete por ser todas mujeres donde se destacaba una de sus flores, precisamente quien comparte espiritualmente conmigo estas líneas.

De la incapacidad de conservar lo bueno; del exceso de celo por lo nuevo y desprecio por lo viejo, de anteponer conocimiento a sabiduría, ciencia o arte, brillo a sentido común; de tratar a los pacientes como casos, de hacer el tratamiento más penoso que la realidad, libranos Señor.

Sir Robert Hutchinson

Bibliografía

1. Antonio Cetrángolo. 2º Congreso Argentino de Tisiología. Córdoba Nov.1949.
2. Andrés R. Arena y Abel Cetrángolo. Revista Sociedad Argentina de Biología. 1936, AMA, Vol XII: 372. Andrés R. Arena y Abel Cetrángolo. Transformación de una cepa de B, de Koch, tipo bovino. Revista Universidad Nacional de Córdoba, 1938 año XXV, Nos 5 y 6.
3. Andrés R. Arena y Abel Cetrángolo. Anales de la Cat. Pat. y Clin. de la Tub. 1941: 2.
4. Abel Cetrángolo. Determinación de la Sensibilidad a la Estreptomycin del m tuberculosis; 1999: 36.



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA

www.roemmers.com.ar

