



Revista de la Asociación Médica Argentina

I.S.S.N. 2618-3676



Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba

Inaugurado el 24 de mayo de 1913 en el antiguo “Barrio de las Quintas”
hoy “Barrio Clínicas” Córdoba, Argentina.

VOLUMEN 132

2/2019

JUNIO DE 2019

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, CÓRDOBA

(1913)

Asociación Médica Argentina

El Hospital Nacional de Clínicas nació como hospital escuela, rol que viene cumpliendo hace 100 años con una impronta única en nuestra provincia y el país.

El proyecto de creación de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, impulsado durante la presidencia de Domingo Faustino Sarmiento, se aprobó el 10 de octubre de 1877. Hendrik Weyenberg fue el primer decano y orientó el trabajo de los primeros años de la facultad: redactó el plan de estudios, asu-



mió la responsabilidad del dictado de las materias del primer año e implementó material didáctico. Pocos años después, el decano Luis Rossi inició las gestiones para construir un hospital escuela.

En terrenos cedidos por el intendente Juan Manuel de la Serna, se construyó el Hospital Nacional de Clínicas en el llamado "Barrio de las Quintas". El edificio se inició en 1885 y lo completó el ingeniero Francisco Tamburini. Con dificultades y atrasos, el hospital quedó inaugurado el 24 de mayo de 1913,



Ingeniero
Francisco Tamburini

cuando la universidad cumplía su tercer siglo de existencia. En ese entonces, el Clínicas tenía cinco pabellones para hombres y cinco para mujeres, con capacidad para 282 enfermos y aulas para 621 estudiantes de las carreras de Medicina, Obstetricia y Farmacia. Contaba con salas para tratamientos de electrofisiología, mecánica, electroterapia, hidroterapia completa, laboratorio de microscopía y química clínica, farmacia y también con los servicios de anatomía normal, clínica médica, neurología, cirugía, ginecología, obstetricia, urología, dermatosifilografía, anatomía patológica, y un anfiteatro. Poseía una fábrica propia de hielo, una sección completa de calderas, lavadero, cocina y cámaras frigoríficas.

Para dar respuesta a las necesidades de los numerosos pacientes que concurrían al hospital, entre 1915 y 1917 se anexaron nuevos pabellones a la planta inicial destinados al servicio de las diferentes especialidades médicas: el pabellón infectológico, de aislamiento, otorrinolaringología, oftalmología y anatomía patológica.

El hospital escuela formó destacados médicos que marcaron hitos en la historia de la medicina. Entre ellos, Pablo Luis Mirizzi, Humberto Dionisi, Juan Martín Allende, Pedro Ara, Osvaldo Suárez y Pedro Vella. El Clínicas formó a centenares de profesionales que, a través de los años, aportaron y siguen aportando a la tradición médica y docente, convirtiendo a este hospital en uno de los referentes nacionales en materia académica y sanitaria.

El Hospital Nacional de Clínicas fue declarado monumento histórico nacional en 1996, considerándose de valor patrimonial arquitectónico e histórico el pabellón central, pabellón de especialidades, cirugía, internación, chimenea, aula menor, pabellón oncológico, depósito, cocina, capilla, aula mayor, pabellón de anatomía, cátedra de farmacología, servicios generales y anatomía patológica.



Su impronta en la vida cultural y social.

El hospital contribuyó a modificar la vida e identidad del antiguo "Barrio de las Quintas", que empezó a denominarse "Barrio Clínicas" y se caracterizaba por sus viviendas bajas y sencillas; se hizo famoso por sus peñas, sus personajes y el compromiso con la vida política y social del país. Su vida estuvo fuertemente ligada a la historia universitaria cordobesa: la clausura del internado de estudiantes del hospital en 1917 no solo lo mantuvo como centro de las protestas estudiantiles y obreras, sino que fue el inicio de la Reforma Universitaria de 1918. También asumió un lugar central durante el Cordobazo, uno de los movimientos sociales más importantes del siglo XX en América.

Lic Guillermo Couto
Secretario Administrativo

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2019

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)

COMISIÓN DIRECTIVA 2019 - 2023

Presidente

Dr Miguel Ángel Galmés (16.619)

Vicepresidente

Dr Roberto Reussi (12.263)

Secretario General

Dr Carlos Mercáu (33.207)

Prosecretario

Dr Alfredo Buzzi (40.179)

Secretario de Actas

Dr Fabián Allegro (29.815)

Tesorero

Dr Vicente Gorrini (15.732)

Protesorero

Dr Miguel Ángel Falasco (30.590)

Vocales Titulares

Dr Gustavo Piantoni (13.208)

Dra Luisa Rafailovici (15.023)

Dr Ricardo Losardo (15.943)

Dr Eusebio Zabalúa (13.710)

Vocal Suplente

Dra Silvia Falasco (22.974)

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 Sienna (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 (9.314)

Dr Ángel Alonso (10.896)

Dr Heraldo N. Donnewald (9.043)

Dr Leonardo H. Mc Lean (6.885)

Dr Víctor Pérez (5.314)

Dr Román Rostagno (9.807)

Miembros Suplentes

Dr Mario Bruno (12.357)

Dr Germán Falke (31.714)

Dr Horacio López (14.518)

Dr Daniel Lopez Rosetti (21.392)

Dr Juan José Scali (27.242)

Dra Lidia Valle (16.932)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Consejo Asesor

Dra Nora Iraola (12.435)

Dr Horacio Dolcini (9.951)

Dr Miguel Vizakis (35.379)

Dr Hernán Gutiérrez Zaldívar (31.064)

Dr Juan C. García (36.953)

Miembros Titulares

Dr Fabián Allegro (29.815)

Dra Raquel Bianchi (44.392)

Dra Liliana Rodríguez Elénico (43.589)

Dra Adriana Alfano (17.621)

Dr Eduardo Burga Montoya (35.936)

Miembros Suplentes

Dra Margarita Gaset (18.735)

Dr Alberto Lopreiato (15.535)

Dr Jaime Bortz (33.732)

Dr Leopoldo Acuña (40.023)

Asesor Letrado Honorario

Dr Hernán Gutiérrez Zaldívar (31.864)

Asesor Letrado Alterno

Dr Carlos do Pico Mai

Administrador

Sr Guillermo E Couto

Biblioteca

Dr Rodolfo Maino (9.399)



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 132 - Nº2 - JUNIO DE 2019

SUMARIO

NOTICIA SOCIETARIA	Cambio de autoridades de la Asociación Médica Argentina <i>Por el Prof. Dr. Miguel A. R. Galmés</i>	4
ARTÍCULO ORIGINAL	Grado de conocimiento y uso del cigarrillo electrónico en pacientes fumadores <i>Dres Sergio López-Costa, Julia Bernat, Maite Cabeza, Macarena Miguez, Sra Sandra Montaña</i>	7
	Hematoma sofocante, su fisiopatología <i>Dr Ariel Rossi</i>	12
ACTUALIZACIÓN	Situación de las Guías Gold 2018 <i>Dr Carlos Mario Boccia</i>	15
	Humanismo, sociedad y medicina <i>Dr Horacio A Dolcini</i>	20
	Deserción Universitaria en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires <i>Dres Mario Valerga, Luis Trombetta</i>	33
	Reglamento de Publicaciones	36

SUMMARY

NEWS SOCIETY	Change of authorities of the Argentine Medical Association <i>Por el Prof. Dr. Miguel A. R. Galmés</i>	4
ORIGINAL ARTICLES	Degree of knowledge and use of the electronic cigarette in smokers <i>Dres Sergio López-Costa, Julia Bernat, Maite Cabeza, Macarena Miguez, Sra Sandra Montaña</i>	7
	Suffocating hematoma, its pathophysiology <i>Dr Ariel Rossi</i>	12
UPGRADE	Status of the Gold Guides 2018 <i>Dr Carlos Mario Boccia</i>	15
	Humanism, society and medicine <i>Dr Horacio A Dolcini</i>	20
	University desertion at the Faculty of Medicine of the University of Buenos Aires <i>Dres Mario Valerga, Luis Trombetta</i>	33

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 Florito, 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
María Nochteff Avendaño

Diseño y Armado Digital
Alejandro Javier Sfich

Diseño y retoque de foto tapa
Rolando Michel

Las fotografías fueron realizadas por el fotógrafo independiente
Enrique Mourgués

Cambio de autoridades de la Asociación Médica Argentina

Por el Prof. Dr. Miguel A. Galmés

Tras la realización de la Asamblea Anual Ordinaria y el acto eleccionario correspondiente, el 24 de mayo pasado, asumieron las nuevas autoridades de la Asociación Médica Argentina.

La nueva Comisión Directiva está presidida por el Prof. Dr. Miguel Galmés, que renueva mandato, y a quien acompañarán en su gestión el Prof. Dr. Roberto Reussi como vicepresidente, como secretario general el Prof. Dr. Carlos Mercáu, prosecretario el Prof. Dr. Alfredo Buzzi, secretario de Actas el Dr. Fabián Allegro, tesorero el Prof. Dr. Vicente Gorrini, protesorero el Dr. Miguel Falasco, vocales titulares los Dres. Gustavo Piantoni, Luisa Rafailovich, Eusebio Zabalúa y Ricardo Losardo, y como vocal suplente la Dra. Silvia Falasco. El Tribunal de Honor también renovó su mandato, integrado por los doctores Eduardo Abatte, Ángel Alonso, Heraldo Donnewald, Leonardo H. Mc Lean, Víctor Pérez, Román Rostagno y como suplentes los Dres. Mario Bruno, Germán Falke, Horacio López, Daniel López Rosetti, Juan José Scali y Lidia Valle. En cuanto al Tribunal de Ética quedó integrado por los Dres. Fabián Allegro, Raquel Bianchi, Liliana Rodríguez Elénico, Adriana Alfano, Eduardo Burga Montoya, y los suplentes son la Dra. Margarita Gaset y los Dres. Alberto Lópezriato, Jaime Bortz, Leopoldo Acuña, Juan Dobón y Alberto Ferreres, a lo que se sumó un órgano consultor integrado por la Dra. Nora Iraola y los Dres. Horacio Dolcini, Miguel Vizakis, Hernán Gutiérrez Zaldívar y Juan Carlos García.

Ante la Asamblea el secretario general Prof. Dr. Carlos Mercáu presentó un resumen de las actividades realizadas en 2018, un año difícil, recesivo en lo económico y con alta inflación y durante el cual, pese a los gastos e inversiones realizados, la AMA consiguió conservar su patrimonio. Subrayó que se pudo sostener el ritmo de la actividad educativa, los canales de divulgación científica continuaron distribuyendo material en-

tre sus socios y la comunidad con la habitualidad de siempre, y se mantuvo y en parte se actualizó el patrimonio inmobiliario y mobiliario. Destacó particularmente que gracias a las gestiones del presidente de la Asociación Prof. Dr. Miguel Galmés, el 14 de noviembre pasado, luego de 10 años de paciente trabajo y por resolución 14-APN-SECMA-JGM/2018, la AMA fue autorizada por la Jefatura de Gabinete de Ministros, Secretaría de Modernización Administrativa, a constituirse como Autoridad de Registro de Firma Digital de la Autoridad Certificante en Modernización para que la AMA sea una representante autorizada a registrar firma digital. AMA insiste en la necesidad de que los atributos correspondientes o sellos de competencia estén presentes en la FDS (Firma Digital para la Salud). Los sellos de competencia se refieren solamente al equivalente del sello del profesional tradicional validado en línea con la base de datos de los profesionales que correspondan según la jurisdicción: de ahí la importancia de firmar acuerdos para que las autoridades regionales sean partícipes necesarios para cumplir con la Ley 26529.

El presidente Prof. Dr. Miguel A. Galmés inició su nuevo mandato agradeciendo a todos los integrantes de Comisión Directiva, del Tribunal de Honor y del Tribunal de Ética que lo acompañarán en los próximos cuatro años e hizo mención al apoyo del personal de la casa durante su pasada gestión.

Realizó mención especial de dos integrantes de la Comisión Directiva que por motivos laborales y de salud decidieron no renovar su mandato, la Dra. Nora Iraola y el Dr. Rodolfo Bado, y les agradeció los servicios que prestaron a la institución y la colaboración durante sus gestiones. Al Dr. Rodolfo Bado y a las Dras. Amalia e Inés Bores les agradeció haber conformado la junta electoral en ese día.

En su discurso inaugural el doctor Galmés destacó: “Ustedes escucharon en la memoria anual presentada por el Dr. Carlos Mercau la actividad del año pasado, lo que sucedió, pero qué va a pasar en los próximos cuatro años en nuestro país es algo que obviamente no conocemos, aunque sí podemos preguntarnos qué nos proponemos a realizar. A la Escuela de Graduados y a la Firma Digital me voy a referir específicamente.

¿Qué pasó con EGAMA? La Escuela de Graduados es un tema prioritario y es motivo de especial atención en la Comisión Directiva, los cursos presenciales son muy importantes todavía en la institución, pero sabemos que tienen un tiempo limitado. Los profesionales, nuestros alumnos, la gente joven en general, se inclinan por los cursos semipresenciales o directamente por la modalidad online. Durante 2018 se dictaron 82 cursos en la Institución a los que acudieron 1270 alumnos; 25 cursos más que se organizaron desde EGAMA en otras sedes, sanatorios e instituciones sumaron otros 623 alumnos. Por otra parte, hubo 7 cursos semipresenciales en 2018 y va a haber 10 en el 2019, aunque tal vez se sumen otros; en 2018 los semipresenciales contaron con 71 alumnos y ya hoy, a marzo de 2019, se han inscripto 233 alumnos en esa modalidad. O sea que el crecimiento es exponencial y la AMA se propone poner el énfasis en estas nuevas modalidades incentivando a su cuerpo docente para ampliar la propuesta educativa semipresencial y a distancia. La AMA sustenta su financiación en dos pilares: la cuota societaria y el ingreso por cursos; del balance surge que hoy lo que nos permite mantener la Institución sin sobresaltos y a pesar de los avatares económicos es el ingreso económico generado por los cursos, teniendo en cuenta además que el objetivo de la AMA es la formación del médico en posgrado. El director de la Escuela es el doctor Néstor Spizzamiglio y su actuación es fundamental para el logro de nuestros objetivos.

“El otro punto al que quiero referirme y que tenemos un interés en desarrollar, para lograr una mayor presencia nacional de la Asociación Médica Argentina, es el de la Firma Digital para profesionales de la salud (FDS). Este logro tuvo un proceso de casi de 10 años; el primer concepto que se nos acercó de la firma digital es del año 2002 y desde entonces empezamos a trabajar, primero con la ONTI (Organización Nacional de Tecnología de la Información) que depende Jefatura de Gabinete. En todos estos años fuimos intentando sin éxito la concreción del proyecto y a partir de este último Gobierno, del Ministerio de Moderni-

zación, hoy Secretaría, obtuvimos la Resolución del 14 de noviembre del 2018 por la cual el Secretario de Modernización Administrativa de la Secretaría de Gobierno de Modernización y la Jefatura de Gabinete de Ministros en su Artículo primero autorizan a la Asociación Médica Argentina a cumplir la función de Autoridad de Registro de la Autoridad Certificante de Modernización (AC MODERNIZACION-PFDR) con lo cual estamos autorizados a emitir firma digital para las personas y para los profesionales médicos. Un video que pensamos proponer a los profesionales del equipo de salud resume los beneficios de la FDS y básicamente explica cómo en la actualidad los actos médicos se registran con la emisión de un documento con la firma de puño y letra del profesional de la salud cuya matrícula y especialidad figuran en el sello de goma que acompaña la firma; ambas son condiciones imprescindibles para emitir un correcto acto médico según establecen la Ley 17132 del ejercicio profesional y su modificatoria la Ley 23873. Estos documentos son trasladados por pacientes y profesionales que actúan como couriers del sistema de salud. Asimismo, se incurre en importantes gastos para asegurar la correcta administración y almacenaje de dichos documentos, cuyo tiempo de procesamiento y disponibilidad se extiende significativamente, perjudicando a pacientes y profesionales en el acceso a sus estudios, y les dificulta la posibilidad de agruparlos de forma ordenada, dependiendo siempre del centro médico o de los profesionales que intervienen en cada uno de estos actos. Por último, los procedimientos actuales no garantizan correctamente la seguridad de los procesos de trazabilidad, registro y seguimiento de la información, lo que genera un contexto de vulnerabilidad. ¿Cómo lo solucionamos? Mediante la FDS, uniendo los beneficios y garantías que la Ley 25506 de firma digital provee a las personas físicas y los atributos médicos definidos por las entidades competentes de acuerdo con lo establecido en cada jurisdicción del país. La FDS permitirá firmar digitalmente cualquier documento o registro, agregando certificados electrónicos al acto médico, ejecutado mediante una sencilla plataforma remota que validará los atributos médicos en línea. Los profesionales de la salud podrán llevar los registros médicos de sus pacientes en formato digital encuadrados en el marco legal necesario facilitando la reducción de documentos impresos y minimizando los costos de administración y almacenaje en toda la cadena de valor. A su vez aumentará la agilidad de los procesos internos y externos en materia de tras-

lados, lo que impactará directamente en una mejora de los tiempos de espera, lo que significará un importante beneficio para todos los actores del sistema de salud. Mejorará la ejecución y el resguardo de la información clínica de los pacientes y contribuirá al análisis y disponibilidad de dicha información en pos de mejorar políticas públicas de salud asegurando en todo momento la correcta protección de los datos. La firma digital para la salud constituirá el primer eslabón necesario para lograr un mejor funcionamiento del total del sistema de salud brindando la posibilidad de unificar criterios para un desenvolvimiento más eficaz de los procesos y un mejor diálogo entre actores y sistemas”.

“Como pueden ver esto es simplemente el inicio de la puesta en marcha de un plan nacional en el cual la Asociación Médica será parte; hemos hecho ya preacuerdos con Colegios Médicos, con la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), con la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME), con algunas instituciones privadas y conversamos informalmente con Colegios Médicos de Santa Fe, Salta, Neuquén para la implementación de la FDS. Esto va a ser gratuito para el agente de salud, intentaremos que el profesional no tenga que afrontar ningún costo para tener su FDS”.

“En el tema informático se hicieron y seguramente se implementarán muchos cambios: fue necesario modificar el intranet MiAma que son las consultas, trámites y pagos online, en este momento estamos en el proceso de adaptación de nuestra página web para que sea utilizable tanto en tabletas y celulares, fundamental en la actualidad. Todo eso implica una modificación, un cambio y una inversión”.

“La creación del Salón de las Artes fue una propuesta del Dr. Alfredo Buzzi, quien la puso en marcha y realizó 4 muestras en el 2018 con un éxito total, y este año tiene programadas cinco exposiciones, una de ellas está hoy visible, iniciativa a la cual le brindamos todo nuestro apoyo”.

“Les agradezco a todos la presencia y estos pocos minutos que me han prestado para mostrar un adelanto de lo que pensamos desarrollar en los próximos cuatro años, gracias...”.

Durante el acto se entregaron los diplomas de Miembro Honorarios Nacionales designados en la Asamblea del año anterior, doctores con 50 años de socios los doctores: Agüero Abel Luis; Aon Jean José; Armendariz Alejandro (h); Baldi Julio; Bartletta Leonardo P.; Bimbi Reynaldo Alberto; Boerr Luis Alberto Rodolfo; Bruguera Carlos Alberto; Cabral Ayarragaray Arturo M.; Cavilla José Enrique; Fox Dora; Gregoire Andrés Clodoveo Miguel; Herrera Jorge Alberto; Koren Fabian; Lema Baltasar Eduardo; Mendelson Mauricio Julio; Narvaiz De Kantor Isabel; Negri José Luis Raúl; Ocampo Gari Eduardo D. A.; Padorno Manuel Ramón; Reyes Ada Nelly; Sánchez Velasco Helio; Santangelo Héctor Domingo; Senisterra Enrique Gualterio; Stagnaro Jorge Armando; Villaggi Leiva Juan Carlos Grego; Vitale Myrtha G.; Zang Raul y Zimman Oscar Alberto

Y con 35 años de socio y habiendo sido Presidente de sección: Dres: Bores Amalia; Ferrero Juan Osvaldo; Gaset Margarita Rosa; Liotta Domingo Santos; Lumi Carlos Miguel; Nassif Juan Carlos; Olenchuk Alejandro Basilio; Orduna Tomas Agustín; Rapisarda José Antonio; Riva Posse Alberto Eduardo; Rolleri Juan Carlos; Sereday Carlos Emilio; Servi Walter Julio y Zaefferer Patricio.

Grado de conocimiento y uso del cigarrillo electrónico en pacientes fumadores

Dres Sergio López-Costa,¹ Julia Bernat,² Maite Cabeza,² Macarena Miguez,³ Sra Sandra Montaña⁴

¹ Coordinador del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo. Consultorios de Cesación Tabáquica. Hospital de Oncología "Marie. Curie".

² Médica de planta. División Promoción y Protección de la Salud. Consultorios de Cesación Tabáquica. Hospital General de Agudos "J.M. Ramos Mejía".

³ Médica asignada al Programa de Prevención y Control del Tabaquismo.

⁴ Secretaria Administrativa. Consultorios de Cesación Tabáquica. Hospital de Oncología "Marie Curie". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El cigarrillo electrónico (CE) es un dispositivo electrónico de entrega de nicotina, cuyo uso –a pesar de la prohibición oficial por parte de ANMAT– ha ido en aumento. Para saber el grado de conocimiento y de uso del cigarrillo electrónico –por parte de la población fumadora– realizamos una encuesta a los pacientes que asistieron a los Consultorios de Cesación Tabáquica del Hospital General de Agudos "José M. Ramos Mejía" y del Hospital de Oncología "Marie Curie". La casi totalidad de los encuestados conocía su existencia. Menos de la mitad lo ha

utilizado como método para dejar de fumar, pero solo un reducido porcentaje lo ha logrado.

Palabras claves. Cigarrillo electrónico, tabaquismo, hábito de fumar, cesación tabáquica, nicotina, salud pública.

Degree of knowledge and use of the electronic cigarette in smokers

Summary

The electronic cigarette is an electronic nicotine delivery device, whose use –despite the prohibition– by ANMAT has been increasing. In order to know the degree of knowledge and the use of electronic cigarettes by the smoking population, we conducted an inquest of patients who attended the Smoking Cessation Clinics of the General Acute Hospital "José M. Ramos Mejía" and the Oncology Hospital "Marie Curie". Almost all of the respondents knew of its existence. Less than half have used it as a method to stop smoking, but only a small percentage has achieved it.

Key words. Electronic cigarette, smoking, smoking habit, smoking cessation, nicotine, public health.

Correspondencia. Sergio López-Costa
Correo electrónico: sergiodlopezar@yahoo.com.ar

Introducción

El tabaco –en nuestro medio– ha sido empleado frecuentemente en cigarrillos, cigarros y pipa, y en menor medida como rapé y pipas de agua. El cigarrillo electrónico ha aparecido en los últimos años como una nueva variante.

En 1963, Herbert A. Gilbert lo presentó bajo el título “Cigarrillo sin tabaco y libre de humo” (*Smokeless non-tobacco cigarette*), promoviendo un medio seguro e inofensivo para fumar, que también podría ser utilizado para curar enfermedades respiratorias a través de la inhalación de medicación caliente.¹

En 2001, la empresa farmacéutica Alexza Pharmaceuticals comercializó el sistema Staccato, un producto para la vaporización e inhalación de medicamentos para tratar enfermedades agudas e intermitentes.²

En 2003, Hon Lik, farmacéutico chino, patentó el cigarrillo electrónico para dejar de fumar.³

En 2007, el CE entró al mercado norteamericano. En 2008, la OMS, declaró que no hay evidencia científica para confirmar que el producto sea seguro y eficaz.⁴ Además, en la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de noviembre de 2016, se hizo hincapié en los “potenciales riesgos tóxicos y hasta cancerígenos” de algunas sustancias detectadas en el vapor de este dispositivo. También se advirtió sobre la posibilidad de que las mismas tabacaleras estén detrás de la venta de los cigarrillos electrónicos y productos asociados.⁵

En 2011, ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) a través de la Disposición 3226/11 prohibió importar, dis-

tribuir, comercializar y publicitar el dispositivo y sus accesorios, por considerar que había falta de evidencia científica para la protección de la salud humana.

En 2016, ratificó la prohibición del cigarrillo electrónico.

En la Argentina, el mayor consumo se da entre adolescentes y adultos jóvenes, y el uso dual es el patrón de consumo más común.⁶

Según Sedronar, el 4,5% de los encuestados ha usado cigarrillo electrónico alguna vez en la vida. Los grupos etarios donde se evidencia un mayor consumo son de 18 a 24 y de 25 a 34 años, con el 6,1% y 4,9% respectivamente.⁶

Según la encuesta realizada, en marzo del 2017 por Jorge Aurelio y patrocinada por CIENTA (Centro de Investigaciones de Enfermedades no Transmisibles), el 7,8% lo utilizó alguna vez, habiéndolo adquirido por internet (33,6%), se lo habían regalado (27,3%), lo había conseguido en una cigarretería (10,5%) o se lo trajeron del exterior (6,7%), entre otras opciones.

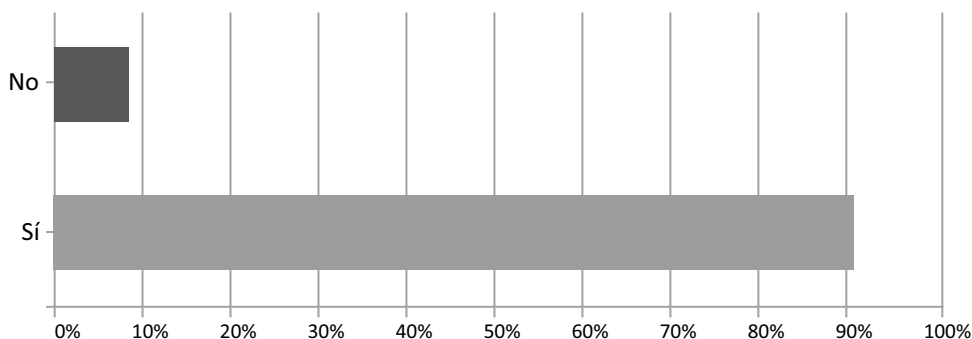
Teniendo en cuenta estas investigaciones, nos planteamos realizar una encuesta propia para saber cuál es el grado de conocimiento y de uso del cigarrillo electrónico en los pacientes que concurrían para dejar de fumar a los hospitales J. M. Ramos Mejía y Marie Curie del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).

Material y métodos

Se realizó una encuesta virtual, anónima, durante dos días consecutivos en septiembre de 2018, a 70 pacientes que concurrieron a los consultorios

¿Conoce el cigarrillo electrónico?

Respondidas: 70 Omitidas: 0



OPCIONES DE RESPUESTA		RESPUESTAS
No	8,57%	6
Sí	91,43%	64
TOTAL		70

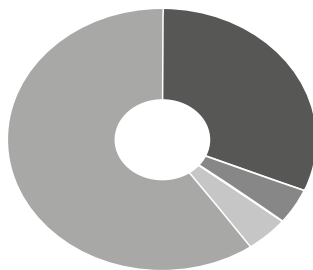
de cesación tabáquica del Hospital J. M. Ramos Mejía y del Hospital M. Curie.

Se utilizó la aplicación SurveyMonkey⁷ que es una herramienta web para la creación de encuestas *online*, que permite diseñar y enviar encuestas a través del correo electrónico, un enlace en la web o WhatsApp. Utilizamos la aplicación de mensa-

jería WhatsApp para contactar a los pacientes que concurrieron a los consultorios.

Se formularon cuatro preguntas para saber el grado de conocimiento acerca del cigarrillo electrónico y si fueron usuarios del mismo. Las encuestas fueron anónimas, dirigidas solo al interés de conocimiento, uso y modo de obtención del dispositivo.

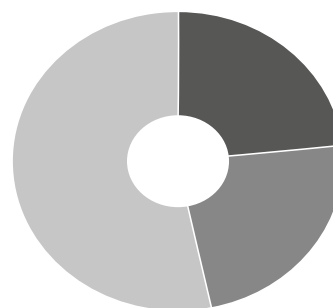
¿Fue usuario de C.E.?



Respondidas: 70 Omitidas: 0

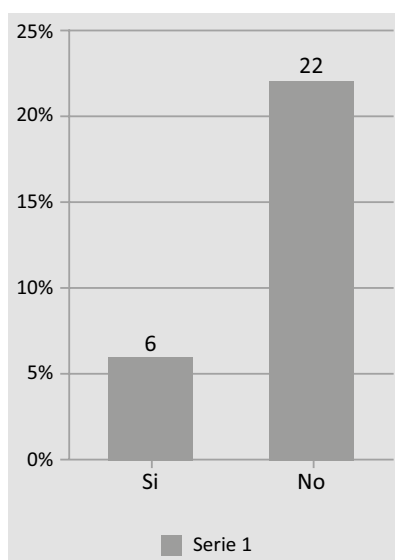
Sí, para dejar de fumar	31,43%
Sí, para vapear y fumar menos	31,43%
Sí, para vapear solamente	4,29%
No	60%

3. En el caso que tuviera el cigarrillo electrónico ¿Cómo lo obtuvo?

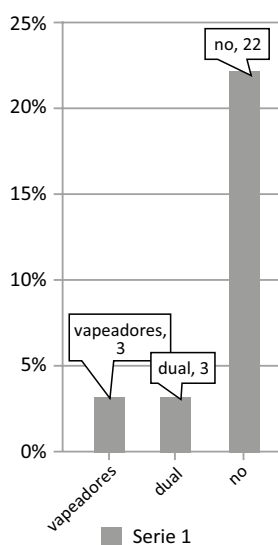


Respondidas: 30 Omitidas: 40

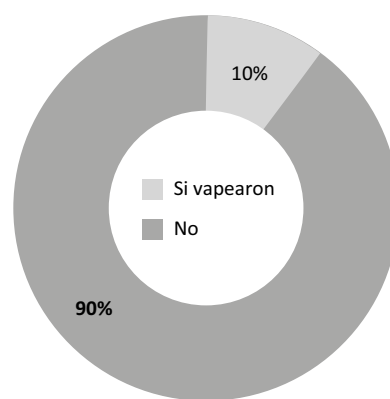
Lo compré por internet	23,33%
Lo traje del exterior	23,33%
Lo compré en un negocio en la Argentina	53,33%



En el caso que haya intentado dejar de fumar ¿pudo hacerlo?
Números absolutos.



De los que dicen Sí:
3 se convirtieron en vapeadores y
3 en usuarios duales



Porcentaje de los que NO pudieron dejar de fumar con C.E.
Vs.
los que se convirtieron en vapeadores.

El 10% se convirtió en vapeador.
El resto no dejó de fumar y entre estos últimos un 10% fumó y vapeó.
Ninguno dejó de consumir nicotina.

Resultados

Se observó que más del 90% de la población fumadora que realizó la encuesta tiene conocimiento de la existencia del CE y el 40% lo ha utilizado en algún momento, a pesar de existir una prohibición.

La principal motivación para su uso (40%) fue la intención de dejar de fumar. En un menor porcentaje, solo para vapear o para el consumo dual.

En cuanto a ¿cómo obtuvieron al CE?: el 53% respondió que fue en un comercio en la Argentina, a pesar de las prohibiciones existentes; el 23% lo trajo del exterior; y el resto, lo consiguió vía virtual-internet. Por lo tanto, el 77% de los encuestados obtuvo el CE en comercios o lo pasó por la aduana, lo que vislumbra un problema de control por parte del Estado al ingreso y comercialización de este producto.

En cuanto a la pregunta ¿si pudieron dejar de fumar con el CE?: solo el 10% (3 pacientes) dejó de fumar, pero se convirtió en vapedor; y el 10% (3 pacientes) siguió fumando y usando el cigarrillo electrónico. El 90% siguió fumando, a pesar de haber utilizado el cigarrillo electrónico. Es de resaltar que ningún paciente dejó de consumir nicotina.

Discusión

Realizamos la encuesta vía WhatsApp obteniendo una buena devolución por parte de los pacientes. Las nuevas tecnologías de comunicación y software son útiles por su eficacia y rapidez para hacer encuestas.

Los resultados obtenidos acuerdan con la disposición ANMAT 3226/11, teniendo en cuenta la falta de evidencia científica que avala la eficacia del cigarrillo electrónico para la protección de la salud humana.

Queda demostrado, una vez más, que la forma más efectiva a largo plazo para reducir el riesgo de enfermar y de muerte prematura es la cesación tabáquica completa.

El uso dual (cigarrillo de tabaco más “vapeo”) está asociado a mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, en comparación con el consumo solo de tabaco o solo “vapeo”.

Hemos observado que son varios los artículos publicados en los últimos tres años en la Revista de la Asociación Médica Argentina que señalan la negativa repercusión del tabaquismo en la salud humana y las enfermedades relacionadas con él.⁸⁻¹¹ Y también otros que han abordado distintos enfoques, algunos relacionados con la salud pública;¹²⁻¹⁵ otros, con aspectos socioculturales;¹⁶⁻¹⁸ y otros, con aspectos históricos.¹⁹⁻²¹ Pero no hemos visto ningún artículo que trate sobre el cigarrillo electrónico, siendo este nuestro aporte.

Conclusiones

1. La casi totalidad de la población encuestada conoció la existencia del CE.

2. El 40% ha intentado dejar de fumar con el CE, sin embargo, el 90% fracasó en el intento; mientras que el 10% continuó vapeando y consumiendo nicotina mediante el cigarrillo electrónico, pero sin fumar. Por lo tanto, el CE –a nuestros pacientes encuestados– no les sirvió para dejar de fumar.

3. Los mecanismos de control del Estado fallan, ya que el 77% de los pacientes lo compraron en negocios o lo pasaron por aduanas.

4. Recomendamos para la cesación tabáquica los tratamientos que han demostrado efectividad, que incluyen el tratamiento cognitivo conductual y el tratamiento farmacológico según corresponda el caso.

5. Preocupa tanto la re-normalización del tabaquismo en perjuicio del control de esta epidemia, como también, el potencial uso que podría darse a este dispositivo para el consumo de otras sustancias líquidas nocivas para la salud.

6. Este artículo pretende colaborar con las acciones antitabaco, así como proteger y promover la salud pública en la ciudad de Buenos Aires.

Agradecimientos. Al Dr. Ricardo Losardo, Secretario del Comité Antitabaco - AMA, por la colaboración brindada en este trabajo.

Bibliografía

1. Plans for the First E-cigarette Went Up in Smoke 50 Years Ago <https://www.smithsonianmag.com/innovation/plans-for-first-e-cigarette-went-up-in-smoke-50-years-ago-180970730/>
2. El origen del cigarrillo electrónico: una larga historia de patentes e inventores https://www.eldiario.es/hojade-router/tecnologia/cigarrillo_electronico-historia-patentes-inventores_0_361864063.html
3. El cigarrillo electrónico. Declaración oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) sobre la eficacia, seguridad y regulación de los cigarrillos electrónicos. <https://www.archbronconeumol.org/es-el-cigarrillo-electronico-declaracion-oficial-articulo-S0300289614000799>
4. Los distribuidores de cigarrillos electrónicos deben dejar de reivindicar efectos terapéuticos no demostrados <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr34/es/>
5. Los riesgos del tabaquismo resurgen bajo nuevos formatos <https://www.telam.com.ar/notas/201806/287010-los-riesgos-del-tabaquismo-resurgen-bajo-nuevos-formatos.html>

6. Cigarrillo electrónico. Uso, regulación legal y sus implicancias en la salud <http://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/cigarrilloZelectrnicoZversinZfinal-Z3ZdeZabril.pdf>
7. SurveyMonkey: la herramienta más popular del mundo para crear encuestas en línea de forma gratuita. https://es.surveymonkey.com/?sm_exp=ig_4&utm_exp_id=.fxLyOeh-RgiMD_VwD_XFNg.1&utm_referrer=
8. Sáenz CB. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y tabaquismo. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2017; 130 (3): 35-36.
9. Losardo RJ. Tabaquismo crónico y cirugía plástica. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2017; 130 (1): 34-36.
10. Gómez EJ. ¿Cómo afecta el tabaco al sexo y a la fertilidad? *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2016; 129 (4): 15-16.
11. López-Costa JJ. Efectos del tabaco sobre el ADN y sus mecanismos de reparación. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2016; 129 (4): 39-40.
12. Angueira M. La Argentina y la ratificación del CMCT-OMS. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2017; 130 (4): 36-37.
13. Cazap E. Enfermedades crónicas y tabaquismo: una política sanitaria. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2016; 129 (4): 17-18.
14. Losardo RJ. Tabaquismo: adicción y enfermedades, un desafío mundial y nacional. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2016; 129 (4): 36-39.
15. Donato V. Día Mundial sin Tabaco 2016. Prepárate para el empaquetado neutro, 31 de mayo de 2016. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2017; 130 (1): 23-24.
16. Mejía R, Morello P, Pérez A et al. El cine induce a los adolescentes a consumir tabaco. Es necesario implementar políticas públicas para contrarrestar este fenómeno. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2018; 131 (1): 24-31.
17. Mejía R et al. Tabaco y cine. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2016; 129 (4): 19-20.
18. Lewi G. Humo de tercera mano. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2017; 130 (1): 21-22.
19. Feola MÃ. Historia del primer artículo científico argentino sobre cáncer y tabaco. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2017; 130 (2): 27-28.
20. Losardo RJ. Día Mundial sin Tabaco 2017. OMS y AMA. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2017; 130 (4): 33-35.
21. Cabeza MA. Pipa de agua y tabaquismo. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2018; 131 (1): 32-36.

Hematoma sofocante, su fisiopatología

Dr Ariel Rossi

Doctor de la Universidad de Buenos Aires, área Medicina Legal y Toxicología. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Doctor en Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de la Plata.

Docente Autorizado. Cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Resumen

Se revisan la fisiopatología y los mecanismos que producen la sofocación en el hematoma cervical y se determina que el único tratamiento con posibilidades de éxito vital es el inmediato drenaje del hematoma.

Palabras claves. Hematoma sofocante, hematoma cervical, fisiopatología.

Suffocating hematoma, its pathophysiology

Summary

In this article are reviewed the physiopathology and the mechanisms that causes suffocation in the cervical hematoma. It is determined that the only treatment with possibilities of vital success is the immediate drainage of the hematoma.

Key words. Stifling hematoma, cervical hematoma and physiopathology.

Introducción

Si se revisa la bibliografía que habla sobre el hematoma sofocante, las causas que lo generan pueden ser traumáticas, espontáneas o una de las complicaciones que se pueden presentar en la cirugía del cuello. Entendemos que la bibliografía existente sobre el tema explica erróneamente la fisiopatología de la sofocación, lo que lleva a una confusión en los mecanismos que la producen y, por ende, no pocas veces a un desenlace fatal por demora y error en el tratamiento.

A modo de ejemplo:

“Uno de los eventos adversos más graves asociados con la cirugía de la columna cervical anterior es la obstrucción posoperatoria de las vías respiratorias debido a un hematoma de la herida”.¹

“La hemorragia posttiroidectomía ocasiona compresión de la tráquea, obstrucción aguda de la vía respiratoria y asfixia...”.²

“Aunque infrecuente, el HCP compresivo puede ser una complicación potencialmente mortal por la pérdida de la vía aérea”.³

“Otras causas menos frecuentes de obstrucción total o parcial son los hematomas y la parálisis bilateral de las cuerdas vocales”.⁴

“En el origen de la obstrucción de la vía aérea por el sangrado es importante el efecto mecánico, desplazamiento de estructuras y la disección de planos que produce el hematoma retro-faríngeo y para-faríngeo. Se pueden producir hematomas cer-

Correspondencia. Dr Ariel Rossi
Correo electrónico: dosrossiariel@hotmail.com

vicales tras otras cirugías: cirugía espinal anterior, cirugía de la carótida”.⁵

“La hemorragia pos-tiroidectomía, cuya incidencia varía entre un 0,4-4,3%, es una complicación severa que puede ocasionar compresión de la tráquea, obstrucción aguda de la vía respiratoria y asfixia, por el escaso espacio y poca distensibilidad de la región cervical”.⁶

“Muy pocos hematomas evolucionan hacia el denominado ‘hematoma sofocante’. Para ello, debe tener agregado el componente de obstrucción de la vía aérea superior, por compresión y edema”.⁷

Fisiopatología

Metabolismo cerebral, la glucosa⁸⁻¹⁰

El cerebro es uno de los órganos del cuerpo que más energía consume. Aunque solo supone el 2% del peso corporal de una persona, consume el 20% de la energía que nuestro cuerpo genera.

La glucosa es el principal sustrato para la generación de energía en el cerebro. Los mecanismos metabólicos del tejido cerebral permiten metabolizar la glucosa 10 veces más rápido que el resto de los tejidos. Aunque el tejido del cerebro debe tener un aporte constante de glucosa para funcionar, no puede almacenarla para disponer de una reserva de energía.

El metabolismo del cerebro es completamente dependiente de la glucosa ya que los ácidos grasos no atraviesan la barrera hematoencefálica. Empleando la glucosa de la sangre como fuente de energía. Durante momentos de baja glucemia (como el ayuno), el cerebro utilizará principalmente los cuerpos cetónicos como combustible con un menor requerimiento de glucosa. El cerebro no almacena la glucosa en forma de glucógeno, a diferencia de, por ejemplo, el músculo esquelético.

Para hacer frente a las grandes demandas de energía del cerebro, la glucosa es transportada por el sistema arterial en forma continua.

El tejido cerebral no puede almacenar energía en forma de fosfatos de alta energía que se encuentran en otras partes del cuerpo. En consecuencia, un cese de la perfusión cerebral que dure solo 3-5 segundos puede resultar en síncope y seguidamente en un paro cardiorrespiratorio, si no se restablece la circulación cerebral.

Metabolismo cerebral, el oxígeno⁸⁻¹⁰

Para que el cerebro metabolice la glucosa y las células cerebrales mantengan su actividad, es esencial un aporte continuo de oxígeno. La interrupción del flujo sanguíneo priva al tejido cerebral de oxígeno y de glucosa. Para que las células sufran daño o mueran, el cerebro tiene que estar

privado de oxígeno durante minutos, en lugar de segundos.

La suspensión del flujo de oxígeno (anoxia) durante periodos de aproximadamente seis a ocho minutos produce daño cerebral y finalmente la muerte.

El hecho de que la interrupción de la circulación dure segundos en vez de minutos, si se realiza la descompresión del hematoma, sugiere que la inconsciencia inmediata y reversible es principalmente el resultado de una falta de glucosa, y que el oxígeno juega en principio un papel menos importante. Si persiste la interrupción del flujo sanguíneo, la hipoxia o anoxia cerebral se convierte en el factor dominante que conduce al daño cerebral permanente y finalmente a la muerte.

La muerte encefálica se produce por la abolición total de la perfusión sanguínea del cerebro y el tronco encefálico. La capacidad de almacenar oxígeno se agota a los 10 segundos, ya que el metabolismo aeróbico produce 36 moles de ATP por mol de glucosa y la vía anaeróbica solo 2 moles de ATP. Esto hace que la bomba Na-K (que consume del 50 al 95% del ATP producido por la vía aeróbica) deje de funcionar.

Hay que recordar que el encéfalo necesita 70 ml/100gr/min de flujo sanguíneo para poder funcionar, con una tensión arterial media promedio de 60 mmHg. Las alteraciones de estos parámetros producen ingreso de Na⁺ y Ca²⁺ a la célula, con el consiguiente edema que termina superando la presión sanguínea y determina el cese de la circulación intracerebral. La extrema fragilidad de las neuronas a la falta de oxígeno hace que este proceso sea irreversible y lleve a la necrosis isquémica del encéfalo y a la muerte.

Oclusión vascular y traqueal

Para ocluir las venas yugulares es necesaria una presión de 2 kg, las arterias carótidas se ocluyen con una presión de 5 kg, y la tráquea necesita 15 kg para ser ocluida.¹¹⁻¹⁵

Esto explica claramente porque la oclusión es venosa y nunca puede ser arterial, y menos aún traqueal; no se puede generar nunca 15 kg de presión por sangrado. Debemos recordar que la mayoría de la veces el sangrado es de origen venoso, pero, aun siendo arterial, tampoco es posible que se genere suficiente presión para ocluir la tráquea.

Esta oclusión venosa va acompañada de la oclusión linfática que produce edema en la glotis, pero ese edema nunca es suficiente para ocluir por completo el paso del aire a los pulmones.

El mecanismo descripto explica por si solo por qué la saturación de oxígeno no disminuye, atento a que la vía aérea se encuentra permeable y la hematosi se mantiene hasta que se produce el paro cardiovascular.

Conclusiones

El conocimiento acabado de la fisiopatología del hematoma sofocante nos permite actuar en consecuencia con ello, sabiendo que la falta de aporte de oxígeno al cerebro es por obstrucción venosa cervical y lleva a la muerte encefálica por la abolición de la perfusión sanguínea del cerebro y el tronco encefálico.

Hay que tener en claro que el inmediato drenaje del hematoma es la única posibilidad de salvar la vida de nuestro paciente.

Bibliografía

1. Palumbo Mark A et al. Airway Compromise Due to Wound Hematoma Following Anterior Cervical Spine Surgery. *Open Orthop J.* 2012; 6: 108-113.
2. Toro-Núñez M et al. Manejo de vía aérea tras hematoma cervical pos-tiroidectomía. *Revista Mexicana de Anesthesiología* 2017; volumen 40, N° 1.
3. Campbell MJ et al. Factores de riesgo para el hematoma después de la tiroidectomía. *Surgery* 2013; 154 (6): 1283-1291.
4. Sancho Fornos S et al. Complicaciones de la cirugía tiroidea. *Cir Esp* 2001; 69: 198-203.
5. Iglesias González, José Luis et al. *Novedades en vía aérea difícil.* Ediciones Universidad de Salamanca, España 2016.
6. Pérez Juan Antonio, Venturelli Francisco. Complicaciones de la cirugía tiroidea. *Cuad. Cir.* 2007; 21: 84-91.
7. Ahumada, Juan Carlos et al. Hematomas sofocantes de cuello. *Prensa Médica Argentina [La]* 2000; 87 (7): 671-674.
8. Barret Kim E et al. Ganong, *Fisiología Médica*, McGraw Gill, México 2012: 606-610.
9. Hall John E. Guyton y Hall. *Tratado de fisiología médica*, Elsevier, España, 2016: 1922-1931, 1941-1942.
10. McPhee Stephen J, Ganong William F. *Fisiopatología médica: una introducción a la medicina clínica*, Manual Moderno, México 2007: 180-185.
11. Funk M, Schappel, J. Strangulation injuries. *Wisconsin Medical Journal* 2003; 102 (2): 41-44.
12. Di Maio Vicent JM, Dana Suzanna E. *Manual de Patología Forense.* Díaz de Santos, España 2003: 144-148.
13. Francès Bozal Francisc. Estrangulación. *Cuestiones de interés para los tribunales.* En: *Estudio Médico legal de las asfixias mecánicas*, Editorial Comares, Granada 2011: 39-40.
14. Villanueva Cañadas E. Gisbert Calabuig. *Medicina legal y toxicológica.* Elsevier, España 2004: 462-463.
15. Bonnet EFP. *Lecciones de Medicina Legal.* López Libreros Editores, Buenos Aires 1984: 187.

Situación de las Guías Gold 2018

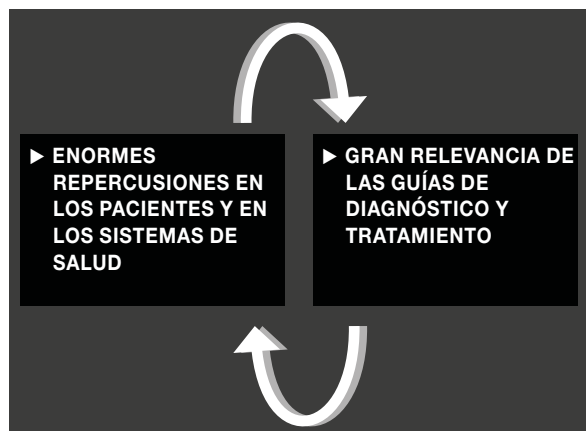
Dr Carlos Mario Boccia

Sociedad Argentina de Neumonología.

Disertación realizada el 25 de octubre de 2018, en las Jornadas XVIII y 25° ANIVERSARIO de la Asociación de Alergia, Asma e Inmunología de Buenos Aires (AAIBA).

Considerando que la EPOC es la 4^{ta} causa de muerte en el mundo (se estima que en el 2020 será la 3^{ra} causa de muerte),¹ y que la carga de enfermedad aumenta cada decenio, es una patología con enormes repercusiones en los pacientes y en los sistemas de salud.

Por esta razón, las guías de diagnóstico y tratamiento tienen tanta relevancia. Esto implica una mejor atención basada en la evidencia.



Haciendo la salvedad de que toda sociedad científica puede elaborar su propia guía adaptada a su propio medio, en nuestro país como en la mayoría de los países del mundo, las guías de la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) han tenido un gran éxito de difusión y son de las más utilizadas.

GOLD es una iniciativa constituida por un comité de expertos surgidos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los National Institutes of Health (NIH) de los EE.UU. en 1997, con la finalidad de orientar globalmente a médicos de atención primaria y especialistas, como a enfermeros y pacientes que lidien con la EPOC, formulando

Correspondencia. Dr Carlos Mario Boccia
Correo electrónico: carlosboccia@hotmail.com

guías de prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo de esta enfermedad. Es auspiciado por el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) de los EE.UU. y la OMS. Sus guías tienen un enorme impacto en médicos, pacientes, instituciones y políticas sanitarias.

En consonancia con la apreciación de que cada 3-5 años las evidencias científicas modifican el saber médico, las guías GOLD se actualizan con revisiones mayores cada 5 años, y anualmente se publican lo que podrían ser o no cambios menores.

Para situar a las guías GOLD 2018,² creo interesante hacer un pequeño comentario del desarrollo histórico de estas guías, en parte basado en un artículo reciente de exdirectores de sus comités.³

La primera de ellas se publicó en 2001⁴ y fue revisada por los NIH y la OMS; entre los puntos destacables, se sugería sospechar obstrucción bronquial en todo paciente sintomático, especialmente bronquial crónico. La espirometría adquirió un rol definitivo al realizar el diagnóstico; se sugirió que estuviese ampliamente disponible y que pudiera ser interpretada también por los médicos de atención primaria, para lo cual promovió su difusión. Llamativamente se incorporaba en la categorización de los pacientes un estadio cero (0) que comprendía a pacientes que NO son EPOC, pero tienen factores de riesgo. La categorización por severidad era espirométrica y gasométrica.

Las Guías GOLD 2006⁵ (publicadas en el 2007) excluyen el estadio cero (0), y definen cuatro estadios ahora llamados grados (siempre espirométricos) y ya habla de EPOC como enfermedad sistémica. Además, incorpora los conceptos de enfermedad prevenible y tratable.

Por lo tanto, hasta 2011, una vez hecho el diagnóstico con el índice VEF-1/CVF, categorizábamos a los pacientes de acuerdo con el grado de obstrucción que presentaban, esto valorado por el VEF-1. Así, si el VEF-1 era igual o mayor del 80% del predicho, entre 79 y 50%, entre 49 y 30% o menor de 30%, decíamos (y decimos) que pertenecían al grupo de EPOC grado 1, 2, 3 o 4 respectivamente. La expresión numérica significa 1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo y 4 = muy severo.

Todo cambiaría con las guías GOLD 2011,⁶⁻⁷ a consecuencia de haberse observado/demostrado que el grado de obstrucción no necesariamente se correlacionaba bien con otros parámetros que eran escasamente valorados y que, sin embargo, tenían mayor repercusión en la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes, a saber: los síntomas y las exacerbaciones. Entonces GOLD 2011 agrega a la valoración del VEF-1 el llamado sistema ABCD multidimensional, en el que por un lado los síntomas son valorados por la escala de disnea de

la Medical Research Council modificada (mMRC) o por el COPD Assessment Test (CAT), y por el otro se valora el grado y el número de exacerbaciones. Los resultados de estas evaluaciones se combinan y extrapolan, insertándose en un esquema (ver debajo) donde A representa el paciente con escasos síntomas y bajo riesgo de exacerbación, aumentando la severidad hasta el grupo D, en el que se sitúan los pacientes más sintomáticos y exacerbadores. El tratamiento lo sigue dictando tanto el grado de obstrucción como el grupo al que pertenezca el paciente, por lo que en realidad existirán al menos 16 categorías, por ej., paciente EPOC Grado 2 Grupo B. alguna de las críticas que recibió esta guía fue que a pesar de que los pacientes del grupo B eran clasificados como de bajo riesgo, en un estudio se mostraba que presentaban mayor mortalidad que los del grupo C^{3,8} (¿relacionado con sus comorbilidades?).

Esta valoración conjunta e integrada del sistema GOLD grados 1, 2, 3, 4 con los grupos A, B, C, D para valorar riesgo y tratamiento se mantuvo hasta 2016.

GOLD 2017⁹⁻¹¹ introdujo cambios mayores respecto del diagnóstico, la clasificación y el tratamiento de la EPOC, y la valoración espirométrica quedó relegada a la definición de la enfermedad, la exclusión de diagnósticos diferenciales y la valoración de fenotipos particulares con discordancia síntoma-grado de obstrucción que pauten la toma de conductas intervencionistas, y se excluyó el grado de obstrucción bronquial (GOLD 1-2-3-4) para decidir el tipo de tratamiento farmacológico. Ahora el tratamiento farmacológico se ajusta exclusivamente a la categorización ABCD. Se recomienda iniciar el tratamiento del grupo A con un broncodilatador, B con un LAMA o LABA, C con LAMA, e iniciar el tratamiento del grupo D con la combinación de LABA-LAMA, e iniciarlo con LABA-ICS si existe eosinofilia periférica. La complejización o escalamiento de los tratamientos pueden ir en un sentido o en otro (desescalamiento) según los síntomas y grado y número de exacerbaciones. A esto lo llaman categorización dinámica.

Además, GOLD 2017 redefine la EPOC y excluye la referencia a la "respuesta inflamatoria".

Hace aportes al conocimiento de la etiología al reconocer aspectos como anormalidades genéticas, desarrollo anormal de los pulmones y pérdida acelerada de la función pulmonar.

GOLD 2018 hace aportes menores, sin cambiar los puntos anteriores.

Aportes: (los mismos están sumariados al principio de las guías 2018)²

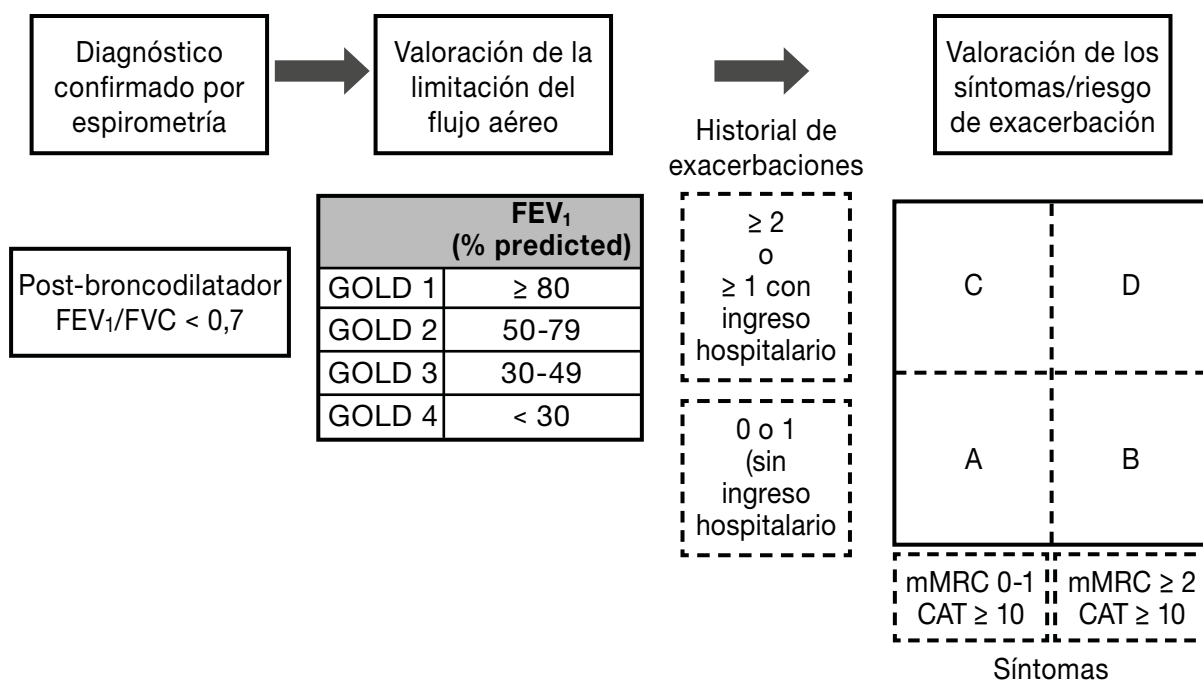
1. El patrón obstructivo post-broncodilatador

basado en una sola determinación debería ser confirmado por otra espirometría realizada en otro momento, cuando este valor está entre 0,6 y 0,7. Esto es debido a que en algunas oportunidades, a consecuencia de algunas variables biológicas, la relación VEF-1/CVF puede cambiar. Cuando el patrón es menor de 0,6 es muy poco probable que vuelva a la normalidad.

2. Señala un ensayo clínico del año 2017 en el que la combinación LABA-LAMA mostró mayor mejoría en la calidad de vida comparado con placebo o sus componentes individuales en pacientes con más sintomatología basal.

3. Otro ensayo clínico reportó que el tratamiento con triterapia fija extrafina tuvo beneficios clínicos comparado con el tiotropio en pacientes con EPOC

Guías Gold 2017 (y 2018). Diagnóstico y categorización



sintomática, VEF-1<50% e historia de exacerbaciones. Otro estudio mostró beneficios de la triterapia en un solo dispositivo comparado con LABA/CSi en pacientes con EPOC avanzada.

4. Estudios prospectivos han demostrado que el uso de stents endobronquiales para disminuir la hiperinsuflación en el enfisema severo no son efectivos. Un estudio multicéntrico (2015) debió ser discontinuado por asociarse con significativo aumento de la morbilidad.

5. La azitromicina en pacientes no fumadores activos en dosis de 250 mg/d VO o 500 mg/trisemana VO durante un año es capaz de prevenir las exacerbaciones durante ese año, pero también aumenta la resistencia de las bacterias a los antibióticos. Se desconoce el resultado más allá de ese tiempo.

6. Los beneficios del roflumilast son mayores en pacientes con historia previa de hospitalización por exacerbación.

7. Entre los problemas que se plantean ante la rehabilitación pulmonar, uno mayor es que sus beneficios tienden a desaparecer una vez finalizada la misma. ¿La rehabilitación sostenida en el tiempo podría mantener los beneficios alcanzados al finalizar un programa de rehabilitación pulmonar? Un estudio mostró una atenuación en estos beneficios aun manteniendo la rehabilitación.

8. En EPOC estable es claro el beneficio del uso del C-PAP en pacientes con EPOC y Síndrome de Apnea e Hipopnea del sueño, pero es controversial el beneficio en EPOC e insuficiencia respiratoria aguda o crónica luego de una hospitalización.

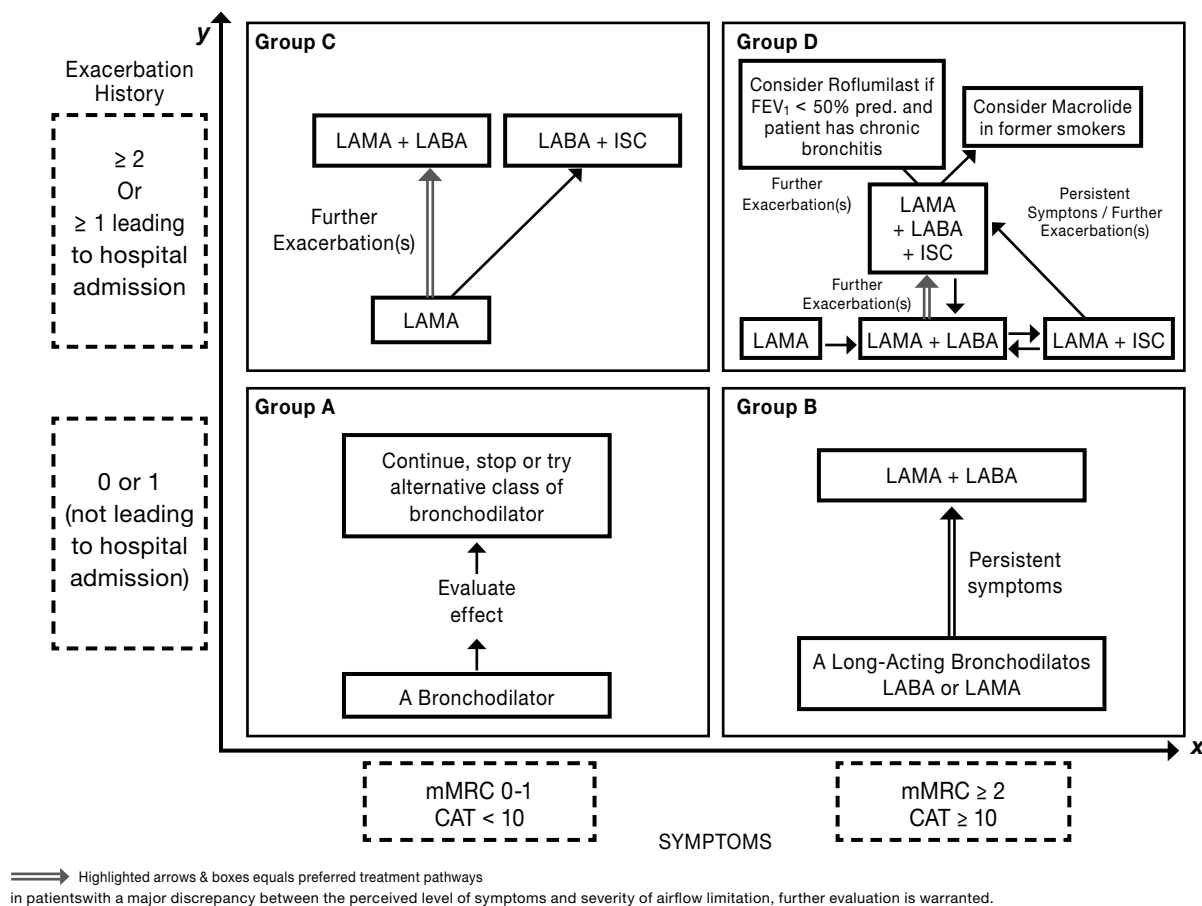
9. Un metaanálisis sugiere que los protocolos basados en la procalcitonina para la indicación de antibióticos se asocian con menor prescripción de antibióticos, pero no afectan los resultados clínicos del tratamiento, el tiempo de estadía hospitalaria ni la mortalidad. La calidad de la evidencia es baja, por lo que se sugiere profundizar en la

realización de ensayos clínicos.

10. Se necesitan más ensayos clínicos de oxigenoterapia de alto flujo por cánula nasal en exacerbación de EPOC para demostrar que este tratamiento presenta una mejoría estadísticamente significativa vs. oxigenoterapia convencional o con la VNI, así como sus efectos sobre la mortalidad.

Guías Gold 2017 (y 2018). Tratamiento

Pharmacologic Treatment Algorithms GOLD Grade



Limitaciones

1. Se ha señalado que las guías no mencionan en su definición la palabra “tabaquismo” como principal causa de la enfermedad.¹²

2. El tratamiento farmacológico en función de la categorización multidimensional es empírico en tanto no está basado en evidencias surgidas de la clasificación actual (2017)^{12, 13}

3. La valoración de la exacerbación que se hace en base a mMRC o CAT muestra diferencias entre sí.

Como consecuencia un paciente puede categorizarse como C o D según la tabla utilizada.

4. La definición de exacerbación, basada en los criterios clínicos clásicos, subestima la participación de las comorbilidades (RGE, ICC, etc.) como desencadenantes y podría sobreestimar la categorización de los pacientes EPOC hacia los grupos C y D (exacerbadores), con lo que un mal manejo de estas comorbilidades o un diagnóstico clínico equivocado se traduciría en distinta selección del tratamiento de la EPOC.^{13, 14}

5. El síndrome ACO o síndrome de superposición asma-EPOC, si bien reconocido en GOLD, apenas merece una mención en esta guía, mientras que desde al menos 2012 existen consensos españoles dedicados a este tema.^{15, 16}

Conclusiones

Las guías GOLD 2018 no realizan cambios mayores en el manejo de la EPOC, ya que apenas incorporan los estudios y evidencias nuevas respecto de GOLD 2017; es una actualización que incluye las publicaciones consideradas más importantes desde enero de 2016 hasta julio 2017.

GOLD 2018 arrastra las críticas mayores que se le han hecho a GOLD 2017, como la decisión de los tratamientos basados en el esquema propuesto, cuando esta sería preponderantemente empírica, restando aún los ensayos que demuestren su eficacia;¹³ es decir, no fueron validados previamente a su publicación.

Durante los próximos años, el surgimiento de nuevas evidencias que aportarán los nuevos ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis, así como el análisis de los resultados de llevar a la práctica las actuales recomendaciones, se traducirá en nuevas guías con cambios mayores. Tal vez esto ocurra en 2022 o 2023 y se verá si estas críticas fueron acertadas o no.

Bibliografía

- Murray CJL, López AD. Alternative visions of the future: projecting mortality and disability. En Murray CJL, López AD, editors. *The global burden of disease*. Cambridge (MA); Harvard University Press 1996: 361-375.
- Vogelmeier C, López V, Frith P et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease (2018 Report) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD 2018. Available in: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf
- Rodríguez-Roisin R, Rabe KF, Vestbo J, Vogelmeier C, Agustí A; all previous and current members of the Science Committee and the Board of Directors of GOLD (goldcopd.org/committees/). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 20th Anniversary: a brief history of time. *Eur Respir J*. 2017 Jul 5; 50 (1). pii: 1700671. doi: 10.1183/13993003.00671-2017.
- Pauwels RA, Buist AS, Calverle PM, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1256-1276.
- Rabe KF, Hurd S, Anzueto A et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 532-555.
- Vestbo J, Hurd SS, Agustí A et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 187: 347-365.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention. A Guide for Health Care Professionals (revised 2011). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Available in: <https://www.slideshare.net/kkshope1/gold-pocket-guide2011jan18>.
- Candela JF, López-Giraldo A, Agustí A. Interrogantes y aspectos controversiales de GOLD. *RAMR* 2014; 4: 358-361.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Available in: <https://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>.
- Sobradillo Escenarro P, Casanova Macario C. ¿Qué hay de nuevo en la GOLD 2017? Editorial. *Arch Bronconeumol* 2017; 53 (3): 85-86.
- Torres JP de, Marinb JM. Differences Between GesEPOC and GOLD in 2017. *Arch Bronconeumol* 2017; 53 (6): 295-296.
- Sívorí M, Fernández R. Clasificación de EPOC GOLD 2018: ¿Otra oportunidad perdida? *Rev am med respir* 2018; 2: 140-142.
- Montes de Oca M, Pérez-Padilla R. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)-2017: La visión desde ALAT. *Arch Bronconeumol* 2017; 53 (3): 87-88.
- Sillen MJH, Franssen FME, Delbressine JML et al. Heterogeneity in clinical characteristics and co-morbidities in dyspneic individuals with COIPD GOLD D: findings of the DICES trial. *Respiratory Medicine* 2013; 107: 1186-1194.
- Soler-Cataluña JJ, Borja Cosío JL, López-Campos JL et al. Documento de consenso sobre el fenotipo mixto EPOC-asma en la EPOC. *Arch Bronconeumol* 2012; oi:10.1016/j.arbres.2011.12.009
- Plaza V, Álvarez F, Calle M et al. Consenso sobre el solapamiento de asma y EPOC (ACO) entre la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) y la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). *Arch Bronconeumol* 2017; 53 (8): 443-449.

Humanismo, sociedad y medicina

Dr Horacio A Dolcini

Doctor en Medicina.

Director de Código de Ética para el equipo de salud.

Asociación Médica Argentina y Sociedad de Ética en Medicina.

Profesor Honoris Causa. Instituto Universitario Italiano de Rosario. 2008.

Premio L. Capdehourat "Mejor trabajo de Ética Médica". 2013. AMA.

Resumen

El humanismo de los tiempos antiguos estaba asociado a la religión cristiana. Filosóficamente hay cuatro humanismos: 1) racionalista, 2) existencialista, 3) marxista, 4) cristiano. Concepto de la "vida buena" basado en la racionalidad, la autonomía, el afecto y la ética hacia los otros seres humanos. Humanismo y evolución. Humanismo, ciencia y medicina en relación al desarrollo de la ciencia y la tecnología. Humanismo de la medicina cotidiana.

Palabras claves. Humanismo, vida buena, ciencia y medicina, humanismo y medicina cotidiana.

Humanism, society and medicine

Summary

The humanism was associated, at the early times, with the Christian religion. Philosophically there are four humanisms: 1) rationalistic, 2) existentialistic, 3) Marxist and 4) Christian. Concept of "good life" based in rationality, fellowship, and ethics to the other human beings. Humanism and evolution. Humanism, science and medicine in relation to the scientific and technological development. Humanism and daily medicine.

Key words. Humanism, good life, science and medicine, humanism and everyday medicine.

Origen del humanismo

Este es un tema complejo porque hay discrepancias fundamentales, no solo acerca de qué es realmente, sino también respecto de dónde comienza y cómo.

En Europa se considera que su origen se encuentra allí y que a partir del Renacimiento constituye lo que se conoce como "pensamiento y civilidad modernos".

Correspondencia. Dr Horacio Alberto Dolcini
Correo electrónico: dolcinip@fibertel.com.ar

Esta conceptualización se asocia al cristianismo, religión que se identifica con una antropología de carácter teocéntrico, es decir, una creencia según la cual DIOS ES EL FIN DEL HOMBRE y a través de este, lo es del universo entero.

Esta asociación entre humanismo y cristianismo adquiere marcada influencia cultural a partir de los siglos XIII y XIV, florece aún más en los siglos XV y XVI y adquiere un valor a partir de entonces permanente en la historia de la humanidad, a través del naturalismo del espíritu humano y el del Renacimiento, cuyo objetivo es el conocimiento de la naturaleza física.

Durante varios siglos se mantiene esta unión de humanismo y cristianismo, que aparece como indisoluble y llega así a Hegel (1770-1831), quien intenta separar el cristianismo de la filosofía de la historia, que queda como predominante a través de la teología de la naturaleza y donde el espíritu se identifica con esta, que configura el ámbito del hombre en el mundo y su espíritu es el Absoluto, que debe entenderse como la nueva religión que sustituye a todas las otras.

Esta línea de pensamiento lleva a una crisis de las ideas de Hegel, crisis de la que derivan varias posiciones, a saber:

- 1) La solución social de Ludwing Feuerbach y Karl Marx en el terreno del "humanismo absoluto" (la nueva religión es del hombre para el hombre),
- 2) La posición moral de Friedrich Nietzsche.
- 3) Posiciones religiosas, entre las que se encuentran las de Støren Kierkegaard.

Por razones obvias, no podemos entrar en la descripción de estos humanismos.

Veamos la posibilidad de resumir la situación en que se encuentra el humanismo en nuestros tiempos. En primer lugar, no se trata de lograr un humanismo cultural, que aspire a lograr una forma filosófica que se caracterice por el interés que suscita en el hombre su naturaleza, su origen, su destino y su lugar en el mundo.

Es necesario recordar la necesidad de considerar que los problemas esenciales no son los de hoy, sino los del hombre de ayer y la forma de evaluarlos para intentar resolverlos.

Se identifica en primer lugar que hay cuatro humanismos fundamentales:

- 1) El humanismo racionalista,
- 2) el humanismo existencialista,
- 3) el humanismo marxista,
- 4) el humanismo cristiano.

Sobre ellos y en forma general haremos algunas consideraciones:

a) El hombre moderno tiene una confianza absoluta en su futuro y en sus recursos y este concepto es compartido por importantes pensadores contemporáneos.

b) Esta forma de pensar no coincide con aquellos que identifican serios defectos en los poderes de la razón.

c) Hay un razonamiento final sobre una forma de "pensamiento humanista abierto".

Y otra forma calificada como "cerrada". El "abierto" es el cristiano, que se aprecia como el más apropiado a la vida humana, porque no sacrifica ninguna de nuestras facultades basadas en la superación de uno mismo, acrecentando el valor personal y promoviendo el bien para todos los humanos como expectativa.

La cuestión no pasaría por excluir elementos de la vida moderna, sino introducirlos a todos en una concepción integral del hombre, tanto espiritual como corporal y con aquel como señal de un destino trascendente.

Es posible seguir tratando problemas que desde muchos puntos de vista aparecen como interminables, pero elegimos intentar una síntesis que represente una expresión de deseos para un mundo más humanista.

Con respecto a las ciencias, deseamos que se puedan aumentar aquellas de "acción", agregándole otras de "previsión", cuyo desarrollo es hasta ahora inexistente. Hay que pensar además en un futuro que permita una relación necesaria entre fines (morales) y medios (científicos). Esta acción – sin dudas humanística – requeriría de una nueva filosofía, en la cual deberíamos comenzar a pensar.

Concepto de "vida buena"

Una de las descripciones más significativas proviene de Aristóteles, que las enumera con sus características principales:

- 1) Orientación hacia un determinado fin (teleología y sentido);
- 2) comprensión de lo humano como obra del hombre integral (virtud) y
- 3) una determinada relación con uno mismo (autonomía y racionalidad) y con los demás (memoria ética y amistad de la comunidad).

Entendemos que la búsqueda de la “vida buena” tiene una marcada similitud con la idea de “humanismo”, que hemos descripto previamente.

La palabra “telos” significa “fin”, es decir, orientación que ha logrado lo que quería lograr, plenitud del ser, totalización, perfección. En este sentido, el “telos” equivale al “bien”, cuando alcanza el o los logros que constituyen su meta, que es la felicidad, fin último de la vida humana.

Se alcanzaría así un estadio en el que la vida no necesita ya nada más y por lo tanto se dice que se ha logrado la “eudaimonía”, como expresión totalizadora de la idea de la “vida buena”.

Idea de la virtud

La virtud designa la excelencia como actividad que representa la efectivización de la potencia que expresa la virtud ética, a la cual el ser humano debe asumir como componente esencial de su tiempo de vida y como proyecto de ser.

Para que la acción ética ocurra tiene que existir una relación entre el “deseo” y la “razón” que debe provenir de una actitud del ser humano, para lograr el deseo bajo la influencia de la reflexión personal y de la existencia social de la ética.

La preocupación por la ética conduce hacia la racionalidad práctica para fundamentar las decisiones, conformando así una condición de autonomía, que junto con el conocimiento crea una asociación esencial para el ejercicio de la libertad, que cuenta entre sus condiciones fundamentales el ser prudente en la búsqueda de la verdad, tanto teórica (saber intelectual), como verdadera (saber de conocimiento).

El ejercicio de la ética debe comenzar desde la infancia, para que podamos aprender a ubicar nuestros placeres y nuestros dolores, marcando así el camino hacia una “educación buena”, paso imprescindible para lograr la “vida buena”.

Como en otros aspectos habituales de la vida humana, lo personal marcha inextricablemente asociado a la comunidad, donde deberá existir un “telos” y una orientación de la actividad individual y social.

Y estas condiciones definen la “vida buena”, que no es autárquica. Cabe señalar que la idea de que el hombre virtuoso puede vivir sin los otros es un total contrasentido.

Aunque el tema es muy complejo, es necesario decir algo sobre el sentido de la vida y con ese fin debemos comenzar con un análisis sobre el sujeto y el valor y significado de sus maneras de actuar.

Una primera dificultad es la que está configurada en la necesaria conciliación de los principios fundamentales, a saber:

1) O bien la libertad es posible, lo que implica la imposibilidad de la ética (orden antropológico).

2) O bien la ética es posible, lo que significa la imposibilidad de la libertad (orden externo).

La importancia del orden exterior subordina la libertad y atenta contra la soberanía del sujeto, a través de una descalificación de los valores sociales, por su categoría exterior.

Ocurrirá entonces el encuentro con los otros y de allí puede surgir un cuestionamiento de lo que he hecho o estoy haciendo y si ocurriera la confrontación con mi yo, puede resultar una experiencia positiva o negativa (aceptación o rechazo) de esos elementos vitales que son los valores.

Y la conducta con respecto a ellos configura la libertad, una vez más, aunque puedan ponerse en duda los valores, que resultan una elección personal de quien los utiliza como justificativo... y se retorna así al pensamiento de la incompatibilidad ética/libertad.

En la interrelación entre lo singular y lo universal, junto con la historia, el sujeto se encuentra en un estado de dependencia que lo cubre como un manto de conocimientos, valores, conciencia, dependencia, etc. que lo obligan a crear mecanismos que le permitan ejercer su libertad y llegar así a la pregunta clave sobre el ser del hombre, en el sentido de la praxis vital.

Si esta es considerada socialmente, representa el pluralismo, que es irreductible y que conduce a la generalización del medio ambiente humano, como una tarea histórica y cultural con ausencia de misiones específicas para las sociedades humanas.

Debemos ahora preguntarnos si el concepto totalizador descripto permanecerá así por largo tiempo y la respuesta es no, porque lo totalizador es “abierto”, vale decir como algo nunca terminado por campos de identificación que requieren ser completados para ser comprendidos (proceso de intrasubjetividad trascendente) y así proveer conocimientos para el cuerpo y el alma, a fin de lograr la relación concreta con los otros.

Humanismo evolucionista

Este título representa el intento de llevar adelante una conceptualización monista, que apunta a encontrar la unidad de la naturaleza como realidad que nos incluye y nos permite así saber

quiénes somos y quiénes debemos tratar de seguir siendo.

Los humanos siempre mostramos nuestra preocupación para saber cuál será nuestro destino; personalmente consideramos que este concepto no existe, excepto que se lo considere en el contexto de las religiones.

Estas religiones se ocupan especialmente del papel y las funciones del hombre en el universo, frente a las fuerzas que actúan en este y a sus influencias en la vida, presente y futura.

En relación a la religión, solo haremos una consideración en su relación con la ciencia, la cual ha reducido cada vez más la idea de una intervención milagrosa en el origen del universo y la vida.

A pesar de ello, se considera necesario encontrar una hipótesis naturalista donde las fuerzas espirituales que actúan en el universo sean consideradas tan parte de la naturaleza como las fuerzas materiales.

Las religiones, la ciencia y la filosofía son producto de la mente humana, tal como lo son las "leyes naturales" y entonces debemos tratar de saber cómo fueron creadas las religiones, como una búsqueda de comprender la vida.

En este tema, se necesitan mentes con amplia comprensión porque para tratar de cumplir con el objetivo señalado, se necesitan a quienes tienen una mente religiosa, como a quienes han sido educados científicamente.

Desde el punto de vista de la ciencia, la biología evolutiva nos convoca para participar como "agentes evolutivos" sobre nuestro planeta porque el cosmos se compone de la misma substancia universal, en la que se reconoce un componente "material" y otro que podemos llamar "mental", cuyas evoluciones han sido paralelas y permanentes desde el inicio de la vida, hace dos mil millones de años. Hoy solo queda abierto el camino del cerebro y la mente, ellos serán los agentes de las inmensas posibilidades futuras, difíciles de imaginar con certeza, aunque sí con optimismo.

Ese optimismo consiste en la expectativa de la realización de más posibilidades para más individuos, más plenamente desarrollados y organizados a través de la cultura y la educación, que lo perfeccionan y lo hacen más eficiente.

A pesar del sentido optimista de estos conceptos, hay que recordar que en el humano existen el bien y el mal y ello ha sido atendido por la religión con conceptos como el pecado original, Dios y el demonio y otras ideas.

Se ha hecho necesario distinguir entre lo positivo y lo negativo, lo constructivo y lo deconstructivo o restrictivo, de la realidad de la vida.

Debemos además recordar la comprensión, el amor, la verdad, la solidaridad, la caridad, el perdón y eso que llamamos el sentido de la armonía de la vida interior.

La realidad muestra que el individuo a nivel de la mente y los sentimientos tiene la necesidad de equilibrio entre conflictos, impulsos y aquello inmediato o tardíamente necesario.

Y ahora una breve síntesis sobre la idea de lo personal, diciendo que hay tres principios posibles del desarrollo personal, a saber:

1) la especialización;

2) la universalidad que busca el cultivo de toda clase de satisfacciones y

3) la totalidad comprensiva, que aspira a lograr un equilibrio intelectual y espiritual coherente y entendible para poder ser compartido.

Volviendo a la idea del humanismo evolucionista, su principio fundamental es lograr que el hombre busque la unidad con la naturaleza, a través de la armonía y el respeto, con un sentido de lo sagrado, con o sin identificación religiosa y con la búsqueda de la belleza, verdadera tarea espiritual a través de la creación o hallazgo.

En estos procesos se originan las condiciones para lograr el conocimiento, que permite apreciar "lo bueno" y rechazar "lo malo", porque este es mal adaptativo y por tal razón, la sociedad como conjunto de voluntades y esfuerzos, debe tratar que "lo bueno" se extienda en la forma más amplia posible y estimule el desarrollo del espíritu científico, para que este, a través de sus métodos, permita ampliar y hacer más comprensivo el mundo que habitamos.

Hemos dicho que no podemos aceptar el sentido del así llamado destino, que aparece como un planeamiento previo y que si fuera debido a Dios (como se dice habitualmente), ello representaría la ausencia de responsabilidad y ética y por lo tanto contradictorio con el logro del bien, que es lo que Dios desea que logremos.

Una de las mayores y más urgentes tareas del mundo corresponde a la aplicación de una política demográfica efectiva y democrática, rechazando las ideas de crecimiento poblacional con contenido ideológico o militarista.

Junto con lo señalado, el humanismo evolutivo deberá atender a una eugenesia positiva para

evitar, en todo lo posible, las deficiencias mentales o físicas a lo largo de una acción alejada de las obstrucciones políticas o religiosas.

Desde que la conocimos nos ha impresionado la frase de Jean Paul Sartre:

“El hombre es una pasión inútil”, no solo por lo que expresa como verdadero, sino también por el desafío que representa luchar para llegar a un estado de vida, donde la humanidad haya construido un mundo mejor.

Para ello se necesita una concepción de progreso sobre las bases humanistas y este capítulo propone formas para lograr el humanismo evolutivo.

Entre los antecedentes debemos nombrar la teoría del progreso del siglo XVIII, que incluía tres postulados: 1) la creencia en la perfectibilidad humana, sobre la base del poder de la razón; 2) la creencia en la unidad de la humanidad, basada en la idea de los poderes de la mente, presentes en todas las personas y acompañados del espíritu moral y 3) la consideración de la orientación igualitaria, hacia fines buenos para todos, a través de las leyes y la política.

¿Y qué ha ocurrido con estas ideas? En primer lugar ha habido progreso intelectual a través del crecimiento del conocimiento y la calidad de su organización, con la aceptación del principio que es incompatible la identificación del conocimiento con la virtud y la ignorancia con el vicio.

La evolución de la psicología y el psicoanálisis han demostrado la posibilidad de control de las tendencias mal adaptativas y reprimidas, así como hay sentimientos y deseos que son posibles, solo en cierto nivel de conocimientos y vida emocional.

Otro factor importante es la razón, que es un factor de personalidad que funciona en favor de la integración, más eficientemente que el pensamiento consciente.

En relación con la convivencia, son importantes la moral y la religión especialmente en el tema de la organización social.

Socialmente tiene importancia el concepto de unidad de la humanidad, cuyos orígenes provienen de Europa y que junto con la moral y el derecho configuran una estructura con sentido de democratización social y un más accesible camino al humanismo, más aún si ellos fueran considerados con un criterio regional o funcional entre estados afines.

El tema del conocimiento presenta facetas contradictorias, porque es un camino hacia el progreso de la vida y en ocasiones induce desigualdades de riqueza y poder.

Humanismo y sentido social

Lo que constituye el verdadero sentido de “lo humano” no es el esfuerzo de identificarse para ser “uno mismo”, sino el hecho que los seres humanos somos reconocidos como tales por las demás personas ante las cuales somos responsables de ser quienes somos.

Las formas distintas que adoptó este concepto significó el ocaso del humanismo a través de un “todo vale”, que empujó a la filosofía de lo personal hacia un relativismo que es una característica de la pérdida del sentido metafísico de la vida.

Todo lo que haga el hombre en un sentido ético para sus obras constituye un esfuerzo para lograr una significación de lo que constituye el encuentro con el otro.

Esta demanda es idealizadora y necesaria en tiempos donde predominan lo personal, el poder, la violencia o las razones de Estado, porque a pesar de todo ello necesitamos - más que nunca - que la filosofía nos ayude a humanizar el mundo, como forma de hacerlo más habitable para todos y profundizando entre muchas otras cosas - el significado de la frase de Heidegger: “La esencia del Dasein reside en su existencia”.

La sociedad humana debe hacerse responsable de lograr unas formas de vida que aspiren a configurar un estado de “vida buena” basada en conductas éticas que deben ser respetadas por todos, en el ámbito de una justicia democrática, para ser aplicada con sentido de universalización.

Este es en esencia el problema de las sociedades y cualquier debate en contra puede resultar temporariamente exitoso, pero humanísticamente un fracaso psico-social que no presenta alternativa positiva y posible.

Humanismo, ciencia y medicina

El desarrollo científico tecnológico (CyT) ha cambiado tanto al mundo que si quisiéramos hacer una síntesis de ello, habría que escribir varios libros.

Por dicha razón hemos elegido para tratar el tema de la genética construida por la ciencia así como sus relaciones con la moral, la ética y la “vida buena”.

En primer lugar, hay que reconocer que terminado el pensamiento de la búsqueda del ser a través de la metafísica, la filosofía encuentra dificultades para ser guía en el camino hacia la vida recta y la responsabilidad queda, cada vez más, a cargo de las personas, especialmente los científicos.

Se mantiene, eso sí, la idea del “individuo y el medio ambiente”, dejando a la filosofía que forme pareja con la justicia, para aclarar cuál debería ser la moral desde la que juzguemos las normas y las acciones.

La creciente tendencia secular hace también su aporte, que en realidad representa el hecho que la responsabilidad se centre en el propio individuo y en la sociedad, cuyas aspiraciones deberían tener una fuerte orientación solidaria para el bien común, basado en la ética y el esfuerzo para lograr “la vida buena”.

El avance de las biociencias y las biotecnologías permiten un nuevo tipo de intervenciones, que hasta ahora no se conocían y mucho menos en el campo de la eugenesia, especialmente en la relación con los descendientes.

Esta temática, que afecta especialmente a la descendencia, representa un problema relacionado a la auto-comprensión ética del conjunto de la humanidad, que se pone a cargo de personas que actúan sobre lo que hasta ahora fuera la aplicación de la ciencia y tecnología CT.

Se han agregado además los estudios genéticos preventivos, los trasplantes de órganos por medio del cultivo de tejidos apropiados, junto con los intereses económicos de la tecnología y los intereses de diversa índole de los Estados.

El listado de las cuestiones potenciales es grande y avanza tan rápido que se considera que la especie humana, conformará una estructura a la que se podrá calificar como “compañeros de juego de la evolución y hasta jugadores a ser como Dios”, siendo estos conceptos metáforas de una autotransformación de largo alcance.

El problema filosófico-moral, se relaciona con los límites de la manipulación genética, especialmente en el sentido de límites morales, aun aquellos relacionados con las posibilidades de mejorar los fines médicos.

Merece recordarse también que las diferencias culturales no configuran una justificación para distintas morales, porque todas ellas tienen el concepto de “ser humano” como generalidad antropológica universal, que conduce a la auto-comprensión ética de la especie y que hace muy difícil aceptar la sumisión del cuerpo y la vida a la biogenética.

También merece recordar a Kant, porque el imperativo categórico nos pide que vayamos hacia “un nosotros” compartido intersubjetivamente y camino a valores generales, que a pesar de ello puedan atender a situaciones y proyectos vitales particulares.

Un tema complejo, pero de gran realismo, es lo que representa para la persona engendrada a través de la eugenesia la imposibilidad de accionar a través de su libertad, para elegir una vida propia.

Muchas situaciones de la eugenesia se sitúan en procesos de conflictos porque aparece el concepto de “cría de humanos”, hecho que abre complejas consideraciones morales.

Humanismo en la medicina cotidiana

(Capítulo 5 del libro Medicina. En busca de un nuevo paradigma)

Seguramente en alguna parte del mundo, en este momento, se está dictando una conferencia – para alumnos o médicos – sobre “El arte y la Ciencia de la Medicina” y aunque en muchos aspectos la medicina sea una ciencia, hay mucha controversia sobre la falta de teorías unificadoras, hecho señalado por esa frase que todos repetimos: “que no existen enfermedades, sino enfermos”... y sobre esta metáfora no puede construirse una ciencia, especialmente aquí donde los números (o sea lo cuantitativo o medible), se encuentra muchas veces alejado de lo subjetivo (o sea lo cualitativo, no medible o muy difícil de hacerlo en ocasiones).

No vamos a entrar en una clasificación de las ciencias que nos conduzca a una jerarquía de la complejidad de los fenómenos que les son propios, aunque sí corresponde señalar que los procesos que ocurren en el alto nivel no pueden deducirse de las leyes que rigen a los que ocurren en niveles inferiores.

La exactitud y precisión de los modelos científicos que elegimos como ejemplos tienen que ver con el lenguaje con el que los nombramos: las ciencias duras o exactas son expresadas matemáticamente, mientras las que nos son propias utilizan expresiones como: “asociados”, “inusualmente”, “es posible”, “similarmente”, “probablemente”... y otras parecidas.

Y aquí una primera conclusión:

a) En los niveles inferiores, la noción de certeza es una exigencia ineludible, que se ha repetido tantas veces con igual resultado, que se ha transformado en una verdad científica (“las cargas eléctricas positivas y negativas se atraen entre sí”).

b) En los niveles superiores no ocurre lo mismo y decir que “la penicilina es una droga salvadora de vidas”, no puede aceptarse como una verdad de certeza, porque hay veces en que ha ocurrido así y otras que no, mostrando que en este nivel, hay

propiedades erráticas y no universales. Por otra parte, en los niveles altos las descripciones deben ser muy detalladas y habitualmente no repetibles, como ocurren en niveles más bajos.

Más aún, como humanos con recursos limitados en tiempo y energía, no poseemos los recursos de procesamiento mental para obtener todos los datos que podríamos por inferencia de aquellos que poseemos.

Por supuesto que poseemos datos estadísticos que utilizamos muchas veces, pero en otras de carácter, emocional, autosignificativas o éticas, tenemos que utilizar el sentido común, la experiencia de situaciones similares o aparecerá ese proceso misterioso al que llamamos “intuición”.

Podríamos tomar alguna enfermedad para dar ejemplo de cómo los síntomas iniciales (jerárquicamente elevados) no nos dicen casi nada: malestar, decaimiento, mal humor, conducta no habitual, etc. Cuando examinamos a los pacientes, encontramos temblor intencional, leve disartria, cierta confusión, facies fija, moderada disfagia para sólidos y además una serie de anomalías de laboratorio entre las que se encuentran aumento del Cu urinario y disminución del Cu sérico, enzimas hepáticas elevadas (TGO, TGP, FASA), para terminar pensando en una enfermedad de WILSON, que seguramente ni se nos ocurrió en un comienzo, más si había causas de stress-distress relatadas al inicio de la consulta.

En medicina cuándo queremos explicar un fenómeno, procedemos pensando en los niveles bajos (bioquímicos, moleculares, etc.) y establecemos la causalidad hacia los niveles superiores y en general esto funciona bastante bien. Sin embargo, en las afecciones psicosomáticas el orden funciona al revés: el stress produce hipersecreción gástrica y esta produce úlceras y esto debe llamarnos a la prudencia cuando pensamos o deducimos el rol y la dirección de la causalidad.

En resumen: la matematización de la naturaleza aparece como una necesidad para dar seriedad científica y certeza a las ciencias de la salud.

Sin embargo, no parece posible que este criterio sea aplicable a todos los problemas científicos, por lo menos hasta que la verdadera estructura del conocimiento se encuentre más a nuestro alcance.

En medicina necesitamos cada vez algo más parecido a una matriz de conocimiento biológico, constituida por explicaciones verticales y cadenas causales, que incluyan conocimientos científicos horizontales, entre los que deberán contarse la lógica formal, la informática y el sentido común por

una parte, mientras que por la otra, no podemos ni debemos separar esta información de aquella que corresponda al entendimiento del ser humano real, individuo y ser social, inseparable en sus partes así como de la naturaleza, donde se desarrolla su vida.

En verdad creemos que en la temática social se configuran estados biológicos que en ocasiones constituyen aquello que llamamos “enfermedad” y si bien alguno de ellos puede identificarse con contextos sociales determinados, las relaciones causa-efecto aparecen independientes de esos contextos y deben ser identificadas.

Si los síntomas se explicaran por procesos sociales predominantes, constituiría un error hablar de “procesos” o “estados”, con lo que queda en claro que su verdadera naturaleza no está definida y faltan muchos detalles para avanzar en su conocimiento.

Cuando se habla de pacientes en medicina, es muy frecuente que se cometa un error al separarlos y hablar de enfermedades funcionales y enfermedades orgánicas. ¿Por qué? Pues porque decirlo así significa que hay dos clases de pacientes, a saber:

- 1) los funcionales y
- 2) los otros... y ¿quiénes son los otros?

Los otros son los orgánicos o dicho de otra forma, aquellos a quienes muchos médicos van a considerar afectados de alguna enfermedad a la que se le puede poner nombre y apellido: úlcera péptica, endocarditis bacteriana, por ejemplo. Desde cientos de años atrás se vienen haciendo esfuerzos para salir de esta falsa dicotomía, en cuyos fundamentos no voy a entrar por razones obvias. Uno de esos intentos ha sido llamado medicina psicosomática, cuyo carácter ha querido ser asimilado a una medicina humanista o antropológica, es decir enfocada en una concepción biopsico-socio-cultural y aun económica del hombre.

Suponemos que algo de esto debe provenir de la época en que Freud pide que no se mezcle “lo somático” con su teoría de “lo psicológico”, porque ello haría aún más difícil entender esta última. Por su parte, los organicistas no querían ni oír hablar de la profundidad de los factores psicológicos, tal como los planteaba Freud.

Y entonces... todos dejaron que el término psicosomático continuara, con la idea de que los médicos entenderíamos mejor el rol inseparable de lo que se quería separar, con la expectativa de poder entenderlo mejor: lo psíquico y lo somático, separando las partes para aprehender alguna vez la totalidad. Dejemos por ahora esto y entremos

en los asuntos específicos de la relación médico-paciente, en el caso de los llamados “funcionales”.

Sin embargo... y la tentación es tan fuerte que resulta difícil resistirse, veamos que ha dicho Rof Carballo sobre estas cosas.

1) Rof habla de *urdimbre constituyente* y su vinculación genética con intermediarios químicos, que forman parte de la estructura hereditaria.

2) La idea de la asimetría hemisférica y el predominio homolateral de una neurofisiología de la trascendencia.

3) La importancia de los autocoides y los neuropéptidos cerebrales, es decir de los transmisores y moduladores de la acción nerviosa.

4) La importancia de la transmisión morbosa de carácter familiar, de la que se habla como predisposición familiar en determinadas patologías: HTA, úlceras, cáncer de colon, etc., relacionados con oncogenes con patologías psicosociales.

5) La significación de la psicoimmunología en el padecimiento continuo de procesos mórbidos, donde se habla “a la ligera” de falta de defensas, que no existe forma de demostrar científicamente y en relación causa-efecto.

6) Por último, las dificultades para realizar los cuidados de la salud, a través de un modelo biopsico-socio-cultural y económico, en un ámbito donde hay fuertes intereses económicos, sociales y de prestigio, frente a la burocratización y masificación profesional, por lo menos en nuestro país.

Quedaría todavía mucho para mencionar, pero solo lo vamos a hacer con aquellos procesos que tienen demostración científica como la encopresis y el megacolon psicogénico, la colitis ulcerativa y la colitis granulomatosa, el síndrome del colon irritable y su carácter patogénico en la diverticulosis colónica, la función gástrica y los procesos psicológicos, el stress psicológico con síndrome vasovagal y síncope seguido de muerte, el dolor crónico de causa psicógena, el rol de los factores psicológicos en la esclerosis múltiple, el aprendizaje visceral frente a cambios vasomotores de causa neurovegetativa, o los cambios de variables vasculares frente a factores de stress.

Vamos ahora a entrar más directamente en el tema. Supongamos que recibimos un paciente a quien, después de un interrogatorio y de haberlo escuchado atentamente, empezamos a considerar como “funcional”. Cuando este pensamiento comienza a tomar forma, hay que tener siempre, repito siempre, la precaución de pensar: ¿y si no lo fuera?

Por supuesto que todos sabemos que entre lo predominante orgánico y lo predominante funcional hay toda una serie de gradaciones de predominancia y no tenemos dudas que en muchos pacientes con colon irritable, a lo largo de los años aparece una enfermedad diverticular – así me ha ocurrido en pacientes seguidos y controlados durante años – mostrando la transición de un proceso funcional a uno orgánico... ¡y hay muchos otros ejemplos!

Una de las conductas más críticas es que frente a estos pacientes hay una tendencia muy perniciosa a actuar en lugar de pensar y actuar es indicar algún estudio o prescribir alguna medicación, sin analizar ni profundizar lo suficiente en lo que el paciente ha dicho... o le falta por decir.

Dijo Weizsaecker entre otras cosas: “Nada orgánico carece de sentido, nada psíquico carece de cuerpo”, que para mejor comprensión de mis pacientes adaptamos diciendo: “todo lo físico tiene registro en algún lugar del sistema nervioso y todo lo que ocurre en el S. N., puede tener expresión en el cuerpo”... “nada está separado, todo está junto y en permanente interrelación con el medio ambiente”.

Si pudiéramos remontarnos contra el paso del tiempo nos encontraríamos con la concepción aristotélico-tomista de la unidad substancial CUERPO-ALMA y veríamos, una vez más, que la filosofía siempre habla, lo que ocurre es que no la escuchamos o la hemos olvidado.

Deberíamos rendirles homenaje, haciendo referencias más detalladas sobre Weizsaecker, Rof Carballo, Laín Entralgo, Von Bergman, Strumpell y todos los que consideramos “Gigantes del Funcionalismo”, pero no podemos y entonces nos vamos a referir someramente a ciertos aspectos primordiales, vinculados a los que se han llamado principios perdurables de la medicina (descritos en otros trabajos).

1) Toda enfermedad – o sus equivalentes – tiene un sentido y el médico debe utilizar recursos intelectuales y afectivos para tratar de descubrirlo.

Consideramos además que esta postura contiene fundamentos morales y constituye una acción ética, aunque es bueno recordar que cuando no se utilizan esos recursos puede existir una resistencia, tanto del médico como del paciente.

2) Es muy frecuente identificar un antecedente psicotraumático previo al comienzo del padecimiento, aunque una cosa distinta es intentar asociar una caracterología con determinada sintomatología a que ello ocurra ocasionalmente y, por ese mismo motivo, no sea una regla.

3) La medicina tiene además una historia y de allí proviene un aforismo que dice: “la medicina ha sido en cada momento de su historia lo que los médicos creen que es, en ese determinado momento”.

Esto parece una traba-lengua y para destrabarla, miremos lo que es la medicina actual.

En primer lugar: el tecnicismo, que nos ha hecho sus esclavos, aunque también ha ocurrido en otros campos del saber y en cualquier ideología, extrema o intermedia. Es el resultado, hasta ahora exitoso, de matematizar la vida y la naturaleza, cuyo valor cultural ha quedado como un recuerdo del siglo XIX.

En segundo lugar, un creciente desarrollo del politicismo, con sus entidades aseguradoras y la medicina social así como otras organizaciones que nos han convertido en empleados y aunque no sea maligno que lo fuéramos, sí lo es cuando no nos permite trabajar como corresponde en nuestras profesiones. Por último: la invasión compensadora del psicologismo, que intenta corregir los desaguisados de las dos primeras razones, aunque también erra porque no se vence el materialismo con la ciencia del alma, sino mediante la introducción del ser en el sujeto para alejarnos del intento de objetividad desmedida y despersonalizada.

Waddington, gran biólogo, utilizó una metáfora que sintetiza magistralmente lo que queremos decir, dijo W: “No se podrá hablar de una verdadera ciencia física si la palabra mente no figura en su vocabulario”.

Sigamos reflexionando sobre el tema y hagámoslo tratando de contestar algunas preguntas, por ejemplo:

1) ¿Podemos pensar como posible que exista alguna persona que funcione bien y no se enferme? Si la respuesta es sí hay que explicarla como ocurre y si la respuesta es no... ¡también hay que explicarla!

2) ¿Se puede, de alguna manera, determinar dónde termina la salud y donde empieza la no salud? (no se puede utilizar la palabra “enfermedad” porque entraría en contradicción con todo lo dicho).

Creemos en primer lugar que no se puede saltar científicamente de lo corporal a lo psíquico y viceversa, sin que ello ponga en duda la somatología de los procesos anímicos, como la psicogenia de los corporales.

Si puede aceptarse epistemológica y racionalmente que esto es así, creemos que los conceptos de “normal” y “anormal” pierden su sentido, por

que ellos requieren una mensurabilidad cuantitativa que aquí no tiene aplicación.

Tratemos entonces de ver si es posible utilizar una sistemática que nos permita orientar las preguntas para obtener respuestas de carácter organizador. Para ello tenemos que comenzar a pensar en preguntas que impliquen dimensiones humanas, tales como espacio, tiempo, condiciones, relaciones, etc.

Comencemos:

P: - Algo me pasa (evitemos mencionar lo específico del dolor).

M: - ¿Dónde le pasa? Habitualmente la respuesta va a ser imprecisa en su localización, aunque el cuerpo posee un orden y la respuesta se referirá a ese orden, de manera explícita o implícita.

La pregunta por la localización significa la búsqueda de coherencia entre sensación y objeto, pero paradójicamente induce a pensar que hay, por lo menos, dos cosas que se unen.

Hay también que pensar que aquello que está adentro así como aquello que es externo (de ahí las respectivas patologías que se estudian), tanto como lo que es del resorte de los medicamentos o del bisturí y a estas aparentes antinomias debe unírseles el tiempo que en primer momento no aparecía.

M: - ¿Desde cuándo siente la molestia? La recapitulación forma parte de la historia que puede ser incompleta porque el interrogatorio podría establecer un comienzo que no es real y menos aún si incluimos la teoría de la herencia o la predisposición (la urdimbre constituyente de Rof Carballo).

M: - ¿De qué cosa se trata o se puede tratar? ¿De qué origen es el padecimiento? ¿Es orgánico-corporal o psicológico-anímico?

El qué y el porqué de la afección constituyen una representación del ser, visto que continúan vigentes una serie de ideas que configuran una realidad mítica o mágica: castigo divino, destino inexorable, maldad demoníaca, espíritus del más allá... en realidad, en la profundidad del subconsciente coexisten la magia con el misterio, que en algún momento están reunidos en la cabecera del paciente: las ciencias naturales, la metafísica, la religión y las fantasías de la horda salvaje, esperando a ver quién tiene razón.

No dejará de haber racionalistas que piensen que esto es una alucinación como la de Alonso Quijano cuando embistió a los molinos de viento

en la llanura de la Mancha, considerándolos gigantes. Esos racionalistas son los que han quedado detenidos en el pensamiento mecanicista del siglo XVIII, aunque no dejaron de lado los esoterismos, muchos de los cuales conviven revitalizados en las medicinas alternativas actuales, que alguna vez habría que estudiar analítica y científicamente, hasta donde ello fuera posible.

Y ahora, al intentar pasar del qué al porqué nos aparece la causalidad:

“Una enfermedad determinada proviene de una o varias causas determinadas” y a esto sigue el concepto de Ataque vs. Defensa.

Como la pregunta del Porqué no ha sido contestada, cabe considerar: puede haber un Para qué puesto que en situaciones complejas, la aparición de síntomas representa una necesidad originada en el espíritu (alma) que demanda algo que lo ayude y tratar de comprender, esto representa un hecho MORAL, dado que provocará una orientación hacia la conmiseración o hacia la censura... porque el hecho moral nunca nos deja neutrales: o lo comprendemos tolerantes y lo aceptamos o lo censuramos. Y no importa que para ello utilicemos distintas metáforas: la libido, la censura, la idea del bien y del mal, Dios y el demonio, etc.

Todo está al final englobado en el sentido trágico de la vida, porque termina en la muerte, inexorable e inevitable, expresada a través de la angustia vital de Heidegger o con el cinismo casi burlón de Cioran.

Los pacientes pueden entender esta explicación, pero les resulta imposible comprender por qué dado que ignoran el para qué y es a lo que nos hemos referido, cuando al hablar de la ética médica decimos... “la necesidad del médico del acercarse a la verdad del conflicto adaptativo individual”, reconociendo que es comprensible que la enfermedad sirva como refugio al infortunio o a la desgracia personal y que es el intento obcecado de querer entenderlo solo desde un punto de vista científico, lo que hace alejarnos cada vez más de la verdadera realidad, que tiene un sentido aunque se encuentre oculto y a pesar que la medicina científica natural considere las enfermedades como hechos absurdos que carecen de sentido.

Volvamos a una pregunta previa que quedó pendiente sin respuesta: ¿podemos imaginar que exista alguien que nunca enferme?... y la respuesta parecería tener que ser NO... ¿Por qué?

Pues porque hay un beneficio por la enfermedad en el sentido psicológico, una tendencia a la enfermedad en el campo biológico (con Freud o

sin él) y por último porque los médicos esperamos (aunque no deseamos) que existan enfermos para poder ejercer nuestra profesión, aprender, investigar, poder tener una vida económicamente digna, tal vez hacernos famosos, etc.

La idea anteriormente mencionada de conflicto obliga a intentar no solo explicar el acontecimiento corporal a través de la psicología, sino también tratar de interpretar lo psicológico a partir del cuerpo, para no caer en una focalización parcial y para tratar de hallar algunos principios fundamentales que puedan ser utilizados en diversos problemas de la medicina general.

Esta expectativa se ha centrado en diversas patologías, pero una paradigmática es la de la úlcera, especialmente la duodenal. Y así decía que estos pacientes lo eran por sus personalidades malhumoradas, descontentas, irritables, exigentes y muy neuróticas en el tema de sus comidas.

Es por todo ello que Leube en 1879 habla de la dispepsia nerviosa, Ewald en 1889 de la dispepsia psicogena, Strumpell de la neurastenia gástrica y Von Bergman nos relata una fisiopatología orgánica. Luego comienza la historia del ácido clorhídrico del jugo gástrico, la histamina, la gastrina, los mecanismos protectores de la mucosa, el rol del sistema endócrino, la masa total de células parietales así como su relación con factores genéticos, etc.

Obsérvese todo el camino recorrido y cómo todavía no ha podido encontrarse algún principio general, pareciendo como ha dicho Skoryna en un libro especializado: “... es necesario entonces pensar en un modelo multicausal similar a los modelos matemáticos llamados “stocásticos” que tienen que ver con la probabilidad estadística de diversos mecanismos, cuya coincidencia en un momento determinado (tiempo), promueve la aparición de hechos vinculados aproximadamente con aquellos que se detectan en la realidad”.

El conflicto parece así trasladarse de lo psíquico a lo orgánico y viceversa y cuanto más avanzó la investigación causal de la patología clínica, más se generalizó este concepto de traslación, que es una de las incógnitas más difíciles de resolver, porque no sabemos generalmente hacia donde se dirige una persona dado que desconocemos con certeza su orientación “pática”, vale decir cómo y cuál será el próximo proceso que lo lleve al futuro... continuando o terminando. Lo dicho confirma además la teoría de vendryes sobre el hombre como ser aleatorio.

Caminando en este sendero, nos vamos acercando a tratar de saber cómo nos nace la enfer-

medad o el padecimiento, mediante pensamientos más simples y organizados en función de “lo orgánico” y “lo anímico”... aunque ello no es fácil porque se necesitan precisión intelectual, perfeccionamiento crítico-lógico y una pasión por la búsqueda de la verdad en una lucha destinada a desentrañar el misterio del ser, circunstancia que nos obligará a mantener viva la responsabilidad ética del trato médico-paciente que forma parte de la unidad de nuestro pensamiento con ese intento, porque ser es pensar y pensar es ser, la nada no existe... y entonces en el respeto por la dignidad del otro, encontramos el fundamento de nuestra propia dignidad!

Se podría decir mucho más y llegar hasta los orígenes de una crisis espiritual, y aún biológica de la tradición occidental, de la cual la medicina no podría escapar, aunque algo pueda hacer si trata de entender los padecimientos del paciente como una ruptura de la armonía entre cuerpo y alma, así como el intento de curación se identificará con el intento de restablecer esa armonía.

Reconocer estas circunstancias no puede desembocar en absurdos terapéuticos, como el del psicoanálisis llevado a sus extremos, que ha tenido un enorme impacto en la medicina considerando que el hombre está enfermo como tal y a todos nos conviene someternos al análisis para curarnos, de donde la psicoterapia se desprendió de la medicina y se convirtió en un “movimiento” destinado a solucionar los problemas de una era de desorientación.

Para cerrar el círculo de la vida y la salud, deberíamos terminar considerando el asunto de la muerte (“esa costumbre que tiene la gente”, como decía Borges), pero ello necesitaría otro largo tiempo y por esta razón solo vamos a decir una frase: el médico no está para evitar la muerte, porque ello es imposible; el médico está para reconciliar la vida con la muerte, tratando de ayudar a sus pacientes, tanto en una como en la otra y siempre con el respeto por la dignidad humana, principio fundamental de la trascendencia del ser y expresado magníficamente en la frase de Sydenham: “Nadie ha sido tratado por mí de manera distinta a como yo quisiera ser tratado, si me enfermara del mismo mal”.

Este pensamiento se entronca con la antigua idea del médico basado en ciencia y humanismo, que sin embargo sigue vigente, aunque debe renovarse continuamente para hallar nuevas formas, especialmente en nuestra época científico-tecnológica. Sin embargo, hay que evitar partir de principios voluntaristas e irreales como la definición OMS que considera la salud “un estado de com-

pleto bienestar físico, mental y social”, de donde resulta que todos estamos, de alguna manera, enfermos en todo momento... y es entonces cuando aparece la confusión, especialmente grave cuando nos afecta a los responsables del cuidado de la salud.

Bibliografía

- Arendt H. La condición humana. Paidós, Barcelona 1998.
- Buchman A, Brock D, Daniels N, Wikler D. From chance to choice. Mass, Cambridge 2000.
- Dolcini H, Yansenson J, Jauregui G, Lerro E, Weinstein M. Medicina. En busca de un nuevo paradigma. Akadia Editorial, Buenos Aires 2008.
- Dworkin R. El dominio de la vida. Ariel, Barcelona 1998.
- Habermas J. El futuro de la naturaleza humana. Paidós, Buenos Aires 2004.
- Habermas J. La inclusión del otro: estudios de teoría política. Paidós, Barcelona 2004.
- Horkheimer M, Adorno T. Dialéctica de la ilustración. Trotta, Madrid 1994.
- Heidegger M. Carta sobre el humanismo. Taurus, Madrid 1966.
- Heidegger M. Ser y Tiempo. Universitaria, Santiago de Chile 1998.
- Huxley J. Nuevos odres para vino nuevo. Hermes. México. Buenos Aires. 1959.
- Kant E. Crítica de la razón práctica. Alianza, Madrid 2000.
- Kierkegaard S. La enfermedad mortal. Guadarrama, Madrid 1969.
- Gomez Muller A. Ética, coexistencia y sentido. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá 2003.

- Levinas E. Humanismo del otro hombre. Caparrós, Madrid 1972.
- Mac Intyre A. Tras la virtud. Crítica, Barcelona 1987.
- Rawls J. El liberalismo político. Crítica, Barcelona 1996.
- Rof Carballo J. Teoría y práctica psicosomática. Bilbao, España 1984.
- Sartre JP. El existencialismo es un humanismo. Orbis, Barcelona 1984.
- Sciacca MF. Qué es el Humanismo. Editorial Columba, Buenos Aires 1966.
- Skoryna S. Pathophysiology of peptic ulcer. McGill University Press, Montreal 1963.
- Vendrys P. Hacia la teoría del hombre. El Ateneo, Buenos Aires 1975.
- Von Weizsaecker V. El hombre enfermo. Barcelona 1956.
- Waddington CH. El animal ético. EUDEBA, Buenos Aires 1963.
- Waddington CH. Tools for thought. Cape, London 1977.
- Unamuno M. El sentimiento trágico de la vida. Espasa Calpe, Madrid 1980.

Deserción Universitaria en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Dres Mario Valerga,^{1,3} Luis Trombetta^{2,3}

¹ Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Docente Adscripto, Cátedra de Enfermedades Infecciosas.

² Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Profesor Adjunto, Cátedra de Enfermedades Infecciosas.

³ Maestrando de la Maestría en Docencia Universitaria.

Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Sede Hospital de Enfermedades Infecciosas "Francisco J. Muñiz". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La Universidad de Buenos Aires (UBA) integra el sistema universitario de nuestro país, es estatal y gratuita y su matrícula supera los 300.000 alumnos.

La Facultad de Medicina de la UBA concentra el mayor número de estudiantes de carreras universitarias dedicadas al estudio de la salud humana en la Argentina.

El término "deserción universitaria" es utilizado para describir el comportamiento de los alumnos que abandonaron los estudios, sin reparar en las razones o circunstancias que determinaron el abandono.

Presentamos un análisis cuantitativo del número de ingresantes y egresados de la carrera de Medicina y proponemos iniciar el debate sobre las causas de la deserción universitaria en nuestra carrera.

Palabras claves. Deserción universitaria, fracaso estudiantil, abandono de estudios.

University desertion at the Faculty of Medicine of the University of Buenos Aires

Summary

The University of Buenos Aires (UBA) integrates the university system of our country, is state and free and its enrollment exceeds 300,000 students.

The Faculty of Medicine of the UBA concentrates the largest number of university students dedicated to the study of human health in Argentina.

The term "college desertion" is used to describe the behavior of students who dropped out of school, regardless of the reasons or circumstances that led to the abandonment.

We present a quantitative analysis of the number of entrants and graduates of the Medicine career and we propose to start the debate on the causes of the university dropout in our career.

Key words. University dissertation, student failure, studies abandonment.

Correspondencia. Dr Luis Trombetta
Uspallata 2272. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Correo electrónico: lusumar@fibertel.com.ar

Introducción

En la Argentina el término “universidad” comprende instituciones estatales y privadas, de tamaño y antigüedad diversa, que privilegian unas funciones sobre otras, que se centran en temas específicos o generales y que desarrollan actividades de posgrado con mayor o menor intensidad. Se trata de instituciones que en su conjunto involucran a millones de personas, constituyendo cada una de ellas (y el conjunto) objetos de estudio apreciados por diversas disciplinas.

El sistema universitario argentino está compuesto por:

- 40 universidades nacionales
- 44 universidades privadas
- 7 institutos universitarios estatales
- 12 institutos universitarios privados
- 1 universidad provincial
- 1 universidad extranjera
- 1 universidad internacional

Entre las de gestión estatal se encuentran las grandes universidades tradicionales, como la Universidad de Buenos Aires (UBA) que supera los 300 mil estudiantes y la Universidad de Córdoba que tiene más de 100 mil alumnos, instituciones que suelen recibir el rótulo de mega universidades y que sufren las dificultades de su inmensa dimensión.

En el caso de las universidades privadas, ocho superan los 10 mil estudiantes (Universidad Abierta Interamericana, Argentina de la Empresa, John F. Kennedy, Belgrano, Católica Argentina, Católica de Salta, Morón y Salvador); una decena no llega a los 1000 estudiantes y el resto se distribuye entre ambas magnitudes.¹

Respecto de la distribución de la matrícula según el tipo de gestión de las universidades, se observa que en los últimos años hay una relativa estabilidad, habiendo oscilado entre 82% a 85% el número de estudiantes inscriptos en las universidades de gestión estatal y un 15% a 18% en las de gestión privada.

Durante la segunda mitad del siglo XX, la universidad argentina experimentó el pasaje de la universidad de elite tradicional a una universidad masificada. En este período se produjo un marcado incremento de la matrícula estudiantil, proceso que también puede observarse en el resto de Latinoamérica y el mundo.²

El incremento de la matrícula reconoce diferentes causas:

- El crecimiento demográfico.
- La masividad universitaria.
- La extensión de la obligatoriedad de los ciclos de enseñanza media.
- La ampliación del acceso universitario de otras categorías de alumnos, como aquellos provenientes de familias de bajos recursos o minorías étnicas.
- El aumento en el número de alumnos extranjeros.
- Las personas que buscan un mejor nivel socio económico.
- El acceso de las mujeres a un mundo tradicionalmente ocupado por hombres.

Según Fernández Lamarra³ la matrícula universitaria en el país ha crecido el 355% entre 1980 y 2005. (Tabla 1).

Tabla 1. Matrícula Universitaria: incremento porcentual 1980-2005.

Año	Matrícula universitaria	Incremento porcentual
1980	338.101	--
1985	595.543	76,1 %
1991	781.553	31,2 %
1996	954.033	22,1 %
2000	1.338.981	40,3 %
2005	1.539.742	15,0 %

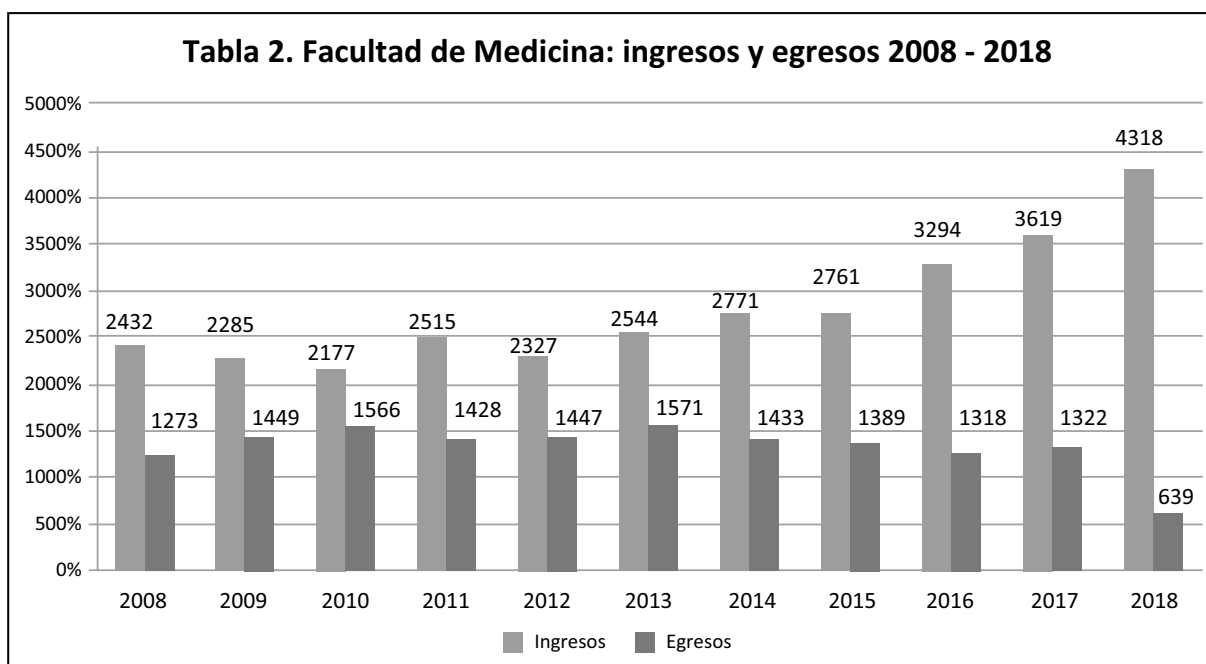
Fernández Lamarra, N (2003). La educación superior argentina en debate. Situación, problema y perspectivas. Buenos Aires, EUDEBA – IESALC 2003.

En Latinoamérica la matrícula universitaria pasó de 600.000 alumnos en la década de 1950 a 7.000.000 en la década de 1980. El punto más alto en la curva de crecimiento de estas instituciones se alcanzó entre 1950 y el año 2000. Entre 1950 y 1975, la educación superior de la región contaba con 4.000.000 de alumnos, llegando a alcanzar el 11,2 % de la matrícula total en el mundo, con una tasa de participación que se encuentra por encima del promedio mundial.

Cuando analizamos el número de ingresantes y egresados en la carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la UBA entre el 2008 y el 2018, observamos el incremento del número de alumnos que inician sus estudios a partir del 2013 y una meseta del número de egresados anualmente, con una ligera declinación a partir de ese año (Tabla 2).

No podemos establecer si el descenso del número de egresados obedece al abandono o expresa otros factores intervinientes; no contamos con da-

Tabla 2. Facultad de Medicina: ingresos y egresos 2008 - 2018.



Fuente: Secretaría de Hacienda de la Facultad de Medicina. UBA (2019).

tos desagregados para diferenciar el abandono de una demora en la conclusión de los estudios. No obstante, podemos observar que el número de egresados decrece respecto del número de ingresantes a partir de 2013.

A pesar de las mejorías vistas en cuanto a la matriculación, la deserción estudiantil en la educación superior es un problema que adquiere una especial gravedad en la institución universitaria actual, nacional, latinoamericana y europea, tanto de carácter público como privado.

El término “deserción” es utilizado para describir el comportamiento de los alumnos que abandonaron los estudios, sin reparar en las razones o circunstancias que determinaron el abandono. Hay alumnos que abandonan definitivamente y otros que se reinscriben (matrícula errática) y hay alumnos denominados “crónicos” que, si bien no

abandonan sus estudios, rinden una materia por año para mantener su condición de alumno regular, pero retardan su graduación.⁴

El abandono de los estudios universitarios es un problema presente en todo el mundo. En algunos países como España, los Estados Unidos, Francia y Austria, la tasa oscila entre un 30 y un 50%. En otros, como Alemania (20 al 25%), Suiza (7 al 30%), Finlandia (10%) y los Países Bajos (20 al 30%), se evidencia una cuestión común, quizás con diferentes causas.⁵

En nuestro país, el 67% de los alumnos que han completado su educación media ingresa a la universidad, y abandonan el 39,2 %.⁶

Dentro de las razones que explican el abandono de los estudios universitarios, debe considerarse, en primer lugar la adaptación de un alumno de enseñanza media al ámbito universitario. Marta

Teobaldo⁷ lo define como “el aprender el oficio de alumno universitario” y menciona tres etapas:

1. El tiempo de extrañamiento, en el cual un alumno ingresa a un universo institucional desconocido.

2. El tiempo de aprendizaje, en el cual el alumno se adapta progresivamente a las nuevas reglas institucionales.

3. El tiempo de afiliación, en el que el estudiante adquiere el dominio de las nuevas reglas.

La superación de cada una de las etapas del alumno en la adaptación a la universidad depende de su patrimonio cultural, la relación que el sujeto mantiene con el conocimiento, las formas de adquisición de los saberes, y no solo de lo aprendido en la escuela.

En segundo término se encuentran las razones del alumno ya universitario tales como la dificultad en el estudio, los problemas económicos, los problemas de salud, los problemas de trabajo, los problemas familiares, los problemas de movilidad (distancia hogar – universidad y desarraigo) y la baja tolerancia al fracaso. Hasta 1994, el servicio militar obligatorio era responsable del 3,5% de los abandonos universitarios.

Otras causas menores que deben considerarse son la presión familiar (padres universitarios / hijos universitarios), donde el alumno ingresa a la universidad solo para complacer a sus padres, los casamientos y embarazos, las ofertas laborales bien remuneradas y la transformación repentina en sostén de hogar.

Entre otros, dos factores condicionan el abandono de los estudiantes universitarios: la adaptación de un estudiante de enseñanza media a la universidad y los problemas económicos.

Para ayudar a los estudiantes universitarios a sobrellevar las dificultades del primer año, el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) acordó promover el desarrollo de tutorías.

Los tutores son estudiantes avanzados o profesionales recién egresados que reciben una capacitación especial. La elección de este tipo de tutores busca que la diferencia generacional con el estudiante no sea tan profunda como para obstaculizar la confianza y la identificación con el tutor. Además, desde 2010, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires cuenta con un gabinete psicológico que escucha, orienta y apoya a los alumnos.

La deserción universitaria implica un riesgo para un país porque al haber pocos graduados habrá menos gente capacitada para dar solución a los problemas de la sociedad o incluso para conducir el propio país. Sin embargo, Latiesa⁸ y Sposetti⁹

agregan un nuevo concepto al definir la deserción universitaria como uno de los procesos de selección que se opera en la enseñanza superior, siendo una medida del rendimiento académico del alumnado y de la eficacia del sistema educativo en general.

Conclusiones

La deserción universitaria es un grave problema que afecta no solo a Latinoamérica sino también al mundo entero. En América Latina predominan como causas de este fenómeno los problemas adaptativos y los problemas económicos, que originan el abandono de los estudios, especialmente durante el primer año.

Se ha planteado que la implementación de becas, sistemas tutoriales y gabinetes de apoyo psicológico pueden ayudar a paliar las principales causas del abandono de estudios.

En la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la UBA, observamos un discreto descenso del número de egresados respecto de los ingresantes a partir de 2013.

Consideramos que debemos profundizar el estudio de las causas que determinan este decrecimiento.

El debate está abierto.

Bibliografía

1. Marquis C. La agenda universitaria. Propuestas de políticas públicas para la Argentina. Buenos Aires, Universidad de Palermo. 2004.
2. Marquis C. Posgrados y políticas universitarias. Consideraciones sobre el caso argentino. RAES 2009; Año 1 – Nº 1: 38-56.
3. Fernández Lamarra N. La educación superior argentina en debate. Situación, problema y perspectivas. Buenos Aires, EUDEBA – IESALC 2003.
4. Chalabe T, Perez L, Truninger E. Reflexiones sobre la deserción universitaria. 2001. Disponible en http://rafes.unsl.edu.ar/Congresos_realizados.
5. Velez A, López D. Estrategias para vencer la deserción universitaria. Educación y educadores, año/vol 007. Universidad de La Sabana. Cundinamarca, Colombia. 2004.
6. Fanelli AM. Acceso, abandono y graduación en la educación superior argentina. Sistema de Información y de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL) 2003. Disponible en: www.siteal.iife-oie.org
7. Teobaldo M. Evaluación de la calidad educativa en el primer año universitario: una combinatoria de enfoques cualitativos y cuantitativos. En: 10 estudios – investigaciones, pesun, 1995/96.
8. Latiesa M. La deserción universitaria. CIS Siglo XXI, Madrid 1992.
9. Sposetti A, Echevarría H. El factor educacional como causa potencial de la deserción en el primer año de las universidades. Documento de trabajo de la Universidad Nacional de Río IV. SECyT, Argentina. 2000.

1. ENVÍO DE ORIGINALES

*Los trabajos deberán ser remitidos a:
Asociación Médica Argentina (Revista)
Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

Los trabajos deben reunir las siguientes condiciones:

- a. Ser inéditos, no admitiéndose su publicación simultánea en otro medio.
- b. Mecanografiados en castellano, a doble espacio, papel formato carta, 70 espacios por renglón, 36 renglones por página.
- c. Cada trabajo debe contar con; Resumen; Summary; Título en inglés; Título corto en castellano; y un E-mail para correspondencia.
- d. Entregar original, una copia y el CD realizado en cualquier programa de PC. Se recomienda al autor conservar otra copia.
- e. Páginas numeradas en ángulo superior derecho.
- f. Sin escrituras ni referencias al dorso.
- g. Todos los autores deberán ser socios de la A.M.A., y estar al día con las cuotas societarias correspondientes.
- h. Los originales no se devuelven y quedan en el archivo de la Revista de la A.M.A.
- i. La primera página de los diferentes trabajos deberá constar de: título en castellano y en inglés; nombre y apellido completos de los autores, con el mayor título académico; centro de realización del trabajo; dirección para la correspondencia.
- j. Fotografía del autor/autores según corresponda, en alta resolución para ser publicadas en los trabajos.

2. MATERIAL ILUSTRATIVO

- a. Fotografías: diapositivas (blanco y negro o color), o copias fotográficas de 9 cm por 12 cm

(exclusivamente en blanco y negro). Deberán estar numeradas al dorso, con nombre y apellido del primer autor, y con identificación con flecha de la parte superior.

- b. Figuras y gráficas: en negro, con las mismas características de identificación que para las fotografías.
- c. Tablas: en hoja aparte, con el título correspondiente. Todo el material antedicho debe numerarse correlativamente de acuerdo con el texto.

3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben numerarse las citas bibliográficas correlativamente de acuerdo con su aparición en el texto, incluyendo las correspondientes al material ilustrativo.

Se debe especificar:

Si es un artículo de una publicación periódica: apellido del autor e iniciales de sus nombres. Si los autores son más de tres, los siguientes se reemplazarán por “et al”; título del trabajo; nombre de la revista o su abreviatura si figura en el Index Medicus; año; volumen, página inicial y final.

Ej: Desmond DW, Moroney JT, Paik MC, et al. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology* 2000;54:75-81.
Juncos, LI. Reemplazo de volumen en insuficiencia renal aguda.

¿Que es necesario y cuando es suficiente? *Experiencia Médica* 2002;20:22-30.

Si es un libro: Apellido e iniciales del nombre del autor o autores, si son más de tres se reemplazarán por “et al”; Lugar de edición (Ciudad), editorial y año de edición, página citada. En caso de citar un capítulo, se citará primero el autor o autores del capítulo, el nombre del mismo y después la cita del libro que antecede.

Ej: Henrich, WL. Diálisis. México McGraw-Hill Interamericana; 2001. p94

Chamoles N, García Erro, M. Los errores congénitos del metabolismo. En Sica REP, Muchnik S. *Clínica Neurológica*. Buenos Aires: La Prensa Médica; 2003. p 173-202.

4. SECCIONES DE LA REVISTA

1. Editorial: solicitado por el Comité a un experto acerca de temas de interés actual. Extensión máxima: 5 páginas.

2. Artículos originales: presentación de una experiencia científica original, personal o grupal, que ofrezca una contribución al avance de la Medicina. Extensión máxima: 20 páginas. *Deberá constar de los siguientes ítems:* resumen en castellano (hasta 200 palabras); palabras claves (entre 3 y 10); introducción (propósito de la publicación y relación con otros trabajos sobre el tema); material (descripción sucinta del que fue utilizado); metodología (expuesta clara y brevemente para permitir la reproducción del trabajo); resultados; discusión (con sentido crítico); conclusiones; resumen en inglés (hasta 250 palabras); key words (entre 3 y 10) y bibliografía. Se admitirán hasta 6 figuras (entre fotografía y gráficas) y 6 tablas.

3. Actualizaciones: puesta al día sobre determinados temas de interés, expuestos sintéticamente. Extensión máxima: 10 páginas, 4 figuras y 4 tablas. Constará de: resumen en castellano (hasta 150 palabras); descripción y discusión del caso; resumen en inglés (hasta 200 palabras) y bibliografía (no más de 15 citas).

4. Caso clínico: descripción de un caso clínico de no frecuente observación que implique un aporte valioso al conocimiento del tema. Extensión máxima: 10 páginas, 4 figuras y 4 tablas. Constará de: resumen en castellano (hasta 150 palabras); descripción y discusión del caso; resumen en inglés (hasta 200 palabras) y bibliografía (no más de 15 citas).

5. Diagnóstico por imágenes: presentación de un caso problema basado en diagnóstico por imágenes, adjuntando los datos clínicos y métodos auxiliares fundamentales necesarios para llegar al diagnóstico. Cantidad máxima de figuras: 6. La forma de presentación de esta sección quedará a consideración del Comité.

6. Actualización bibliográfica: publicación de resúmenes de trabajos de reciente aparición en publicaciones de reconocido nivel internacional o nacional (a disposición en la

Biblioteca de la A.M.A.), seleccionados por el Comité Científico.

7. Educación médica continua: desarrollo de temas clínicos o quirúrgicos a cargo de expertos en cada rama, en forma programada y continua, con enfoque eminentemente práctico.

8. Cartas de lectores: comentarios acerca de artículos publicados. Extensión máxima: 300 palabras, una sola tabla o figura y hasta 6 citas bibliográficas.

El Comité de Redacción se reserva el derecho de rechazar aquellos artículos que juzgue inapropiados, así como de proponer o realizar modificaciones cuando lo considere necesario.

Si una palabra debe ser utilizada repetidamente, está permitido su reemplazo por una abreviatura, pero es indispensable su explicación en el texto o en las leyendas de tablas y figuras.

Ejemplo: A.V.E. por accidente vascular encefálico.

La Revista de la Asociación Médica Argentina no se responsabiliza por las opiniones vertidas por el o los autores de los trabajos originales, ni de la pérdida de los originales durante su envío, ni de la exactitud de las referencias bibliográficas.

5. LISTA DE CHEQUEO PARA LOS AUTORES

- Verificar la extensión del título y eliminar las abreviaturas que son estándares.
- Poner el nombre completo de los autores.
- Indicar la afiliación institucional.
- Proveer la información para contactar al autor responsable.
- Mencionar el aporte de becas u otro sostén financiero.
- Comprobar que los resúmenes no excedan las 250 palabras y no tengan citas de referencias, tablas o figuras.
- Verificar que el manuscrito tenga la estructura acorde con las instrucciones.
- Asegurar la claridad y reproductibilidad de los métodos.

-
- Especificar las consideraciones éticas y los métodos.
 - Proveer la información de los fabricantes.
 - Presentar correctamente los resultados, evitando reiteraciones en el texto y las tablas.
 - Citar las referencias correctamente -incluyendo todos los autores- y verificar que estén bien ubicadas en el texto.
 - Poner las tablas en páginas separadas y citarlas en el texto con números arábigos.
 - Poner las tablas en páginas separadas y citarlas en el texto con números arábigos.
 - Poner las leyendas de las figuras en hojas separadas.
 - Verificar la calidad de las figuras, indicar el nombre del autor y el número al dorso, y citarlas en el texto con números arábigos.
 - Incluir el formulario de cesión de derechos.
 - Incluir el permiso para citas, figuras o tablas tomadas de otra publicación.

IMPORTANTE PARA AUTORES

Se aconseja que para la confección y presentación de los trabajos se consulten las guías existentes para tal fin, las cuales están disponibles en Internet.

Para el CONSORT (guía de ensayos clínicos):
<http://www.consortstatement.org/Downloads/download.htm>

Para el STARD (guía de trabajos sobre métodos diagnósticos):
<http://www.consort-statement.org/stardstatement.htm>

Para el STROBE (guía para estudios epidemiológicos de corte transversal, caso-control y cohorte):
<http://www.strobe-statement.org/News%20Archive.html>

Transferencia de derechos de autoría •

- 1) La política de la Asociación Médica Argentina a cargo de la propiedad intelectual de la revista de la AMA es adquirir el derecho de autor para todos los artículos, con el objeto de:
 - a) Proteger los artículos a publicar contra la infracción difamatoria o plagio.
 - b) Permitir más eficientemente el proceso de permisos y licencias para que el artículo alcance el grado más completo de disponibilidad directamente y a través de intermediarios en la impresión y/o en forma electrónica.
 - c) Permitir a la revista de la AMA mantener la integridad del artículo una vez arbitrado y aceptado para la publicación y así facilitar la gerencia centralizada de todas las formas de comunicación incluyendo links, validación, referencia y distribución.
- 2) El autor conserva sus derechos sobre el artículo incluyendo el derecho a ser identificado como el autor siempre y dondequiera que el artículo se publique, siendo el deber de la AMA velar por que tanto el nombre de su autor como de los coautores estén siempre claramente asociados al artículo y reservándose el derecho de hacer los cambios necesarios de redacción. Los cambios sustanciales se harán previa consulta al/a los autor/es. Una vez aprobado el artículo, es deber de la AMA, publicarlo. Si fuera rechazado, este acuerdo queda cancelado automáticamente y todos los derechos vuelven al autor.
- 3) Además de los derechos indicados, el autor conservará los siguientes derechos y obligaciones:
 - a) Después de la publicación en la revista de la AMA, órgano oficial de la Asociación Médica Argentina, el derecho para utilizar el todo o una parte del artículo y del resumen, sin la revisión o la modificación en compilaciones personales u otras publicaciones del trabajo del propio autor y de hacer copias del todo o una parte de tales materiales para el uso en conferencias o sala de clases (excluyendo la preparación de material para un curso, para la venta hacia delante por librerías e instituciones) a condición de que la primera página de tal uso o copia, exhiba prominente los datos bibliográficos y el aviso de derecho de autor siguiente: (Año____ Número____) Revista de la AMA - Asociación Médica Argentina.
 - b) Antes de la publicación el autor tiene el derecho de compartir con colegas impresiones o pre-impresiones electrónicas del artículo inédito, en forma y contenido según lo aceptado por la Dirección Editorial de la AMA para la publicación en la revista.

Tales pre-impresiones se pueden fijar como archivos electrónicos en el sitio web del autor para uso personal o profesional, o en la red interna de su universidad, colegio o corporación, o de un web site externo seguro de la institución del autor, pero no para la venta comercial o para cualquier distribución externa sistemática por terceros (por ejemplo, una base de datos conectada a un servidor con acceso público). Antes de la publicación el autor debe incluir el siguiente aviso en la pre-impresión: “Esto es una pre-impresión de un artículo aceptado para la publicación en la Revista de la AMA (Año____ Número____) Asociación Médica Argentina. Cualquier copia o reproducción para uso comercial, civil, etc. es ilegal y queda prohibida según ley 11.723”.
 - c) Después de la publicación del artículo por la revista de la AMA, el aviso de la pre-impresión deberá ser enmendado para leerse como sigue: “Esta es una versión electrónica de un artículo publicado en la revista de la AMA y deberá incluir la información completa de la cita de la versión final del artículo según lo publicado en la edición de la revista de la AMA.” Es deber del autor no poner al día la pre-impresión o sustituirlo por la versión publicada del artículo sin primero pedir el permiso de la AMA. La fijación del artículo publicado en un servidor público electrónico se puede hacer solamente con el permiso expreso y por escrito de la AMA.
- 4) Es derecho del autor continuar utilizando su artículo solamente como lo indica el ítem TERCERO y con el deber de que la revista de la AMA, Asociación Médica Argentina sea mencionada como fuente original.
- 5) La asignación del derecho de autor en el artículo no infringe sus otros derechos de propiedad, tales como derechos de patente y de marca comercial.
- 6) Además de la reproducción en forma impresa convencional del artículo y del extracto de acompañamiento, la AMA tiene el derecho de almacenar elec-

trónicamente y después entregar electrónicamente o en forma impresa para satisfacer peticiones individuales que aumentan así la exposición del artículo en la comunidad internacional. Esta transferencia incluye el derecho de adaptar la presentación del artículo para el uso conjuntamente con sistemas informáticos y programas, incluyendo la reproducción o la publicación en forma legible y la incorporación en sistemas de recuperación.

- 7) El presente acuerdo se enmarca dentro de la ley de Propiedad Intelectual N°11.723. Las partes se someten a la competencia de los tribunales de la Ciu-

dad Autónoma de Buenos Aires. Si el copyright del artículo es poseído en forma no exclusiva, concedo por este medio a la revista de la AMA, Asociación Médica Argentina los derechos no exclusivos de reproducirse y/o de distribuirse este artículo (por completo o en partes) y para publicar a través del mundo en cualquier formato y en todos los idiomas inclusive sin la limitación en forma electrónica, impresión, o en disco óptico, transmisión en Internet y en cualquier otra forma electrónica y autorizar a otros según términos de la ley N°11.723.

Título del titular del derecho de autor:

Esto será impreso en la línea del copyright en cada página del artículo. Es responsabilidad del autor para proporcionar la información correcta del titular del copyright.

Autor Principal:

Fecha: _____

Título/Posición/Dirección:



Asociación Médica Argentina

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

Teléfono: 4811-3850 y líneas rotativas / Fax: (54-11) 4814-0634

E-mail: info@ama-med.com

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



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA

www.roemmers.com.ar

