



Revista de la Asociación Médica Argentina

I.S.S.N. 2618-3676



Hospital Rosario

Inaugurado el 24 de junio de 1898.

El 27 de abril de 1978 paso a llamarse
Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA).

Y finalmente en abril de 2008 se efectúa el traslado de todas las áreas
y el personal del hospital, al actual nuevo edificio.

VOLUMEN 132

3/2019

SEPTIEMBRE DE 2019

1891

HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR. CLEMENTE ÁLVAREZ (HECA)

(1898)

Asociación Médica Argentina

Aun cuando el Estado que proyectó la generación del 80 no contemplaba la atención de la salud más que como la necesidad de prevenir la expansión de las enfermedades epidémicas, pues la salud era considerada un problema privado, sin duda esperaba que la caridad, tal como lo había hecho tradicionalmente, se ocupara de los enfermos carentes de recursos.

Justamente a menos de dos años de creada la ciudad, surge en Rosario el primer centro de salud: el Hospital de la Caridad, hoy Hospital Provincial de Rosario, para cuya creación se reunieron fondos de suscripciones, colaboraciones privadas y se logró la donación del terrero sobre el que se levantó en 1854.



Dr. Clemente
Álvarez

Es en cambio el gobierno de la ciudad que, por ley del 2 de julio de 1897, compra la manzana comprendida entre las calles Libertad (hoy Sarmiento), Progreso (hoy Mitre), América (hoy Rueda) y Virasoro, con una superficie total de 12.756,80 metros cuadrados, destinada a la construcción del Hospital Rosario, al que se dedica la portada de este número de la revista de AMA, y que sería en

principio Maternidad y Hospital de Niños. El proyecto original preveía el pabellón de maternidad, dos salas de niños, lavaderos y desinfección.

La piedra fundamental de la obra se colocó en 1897 y el 24 de junio de 1898 el Hospital Rosario abrió sus puertas a los pacientes. Al principio se atendían exclusivamente mujeres y niños, de manera gratuita en caso de presentar certificado de pobreza, según establecía una ordenanza municipal. Luego se creó el departamento para hombres cuyo director fue el doctor Clemente Álvarez.

El establecimiento creció rápidamente, apoyado en partidas presupuestarias que proveía el Municipio. Entre 1901 y 1906 los servicios se ampliaron y, paralelamente, lo hizo la estructura edilicia; se construyeron pabellones para el alojamiento de los médicos internos y practicantes.

De acuerdo con su planta médica de 1913, se atendían las siguientes especialidades: Clínica Médica de Hombres, Cirugía de hombres, Niños, Clínica Médica de Mujeres, Obstetricia, Ginecología y Cirugía de Mujeres, Cirugía de Niños, Laringología, Oftalmología, Piel y Sífilis y Radiología.

En 1921 se entrega a las hermanas franciscanas de la Inmaculada Concepción la dirección y el gobierno administrativo del Hospital Rosario; siguieron administrándolo

hasta 1973 y cumpliendo sus tareas humanitarias hasta 2004, cuando fueron retiradas por orden de la congregación. En 1932 se creó el Patronato de Damas para contribuir al sostenimiento del hospital por medio de donaciones privadas, tanto de empresas como de ciudadanos particulares.

En 1949 el Hospital Rosario pasó a llamarse Hospital Clemente Álvarez en honor al médico fallecido el año anterior.

El hospital continuó su trayectoria con continuas reformas y ampliaciones edilicias, así como también incrementando los servicios que prestaba. En 1958 se inauguró un segundo pabellón; en 1966 se renovó la Sala de Cirugía; en 1973 se inauguran el Servicio de Unidad Coronaria y una Sala de Terapia Intensiva.

De 1976 es el proyecto de la creación de un Hospital de Emergencias; el 27 de abril de 1978 fue inaugurado el nuevo Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA), un hospital de Emergencia, Trauma y Alta Complejidad Clínico Quirúrgica que atendería a pacientes de la ciudad y de zonas aledañas.

En 1979 se incorporó el sistema de formación de posgrado con residencias médicas en distintas especialidades, brindando a los jóvenes médicos una capacitación de primer nivel.

Desde 1990 el Centro Único de Donación, Ablación e Implante de Órganos (CUDAIO) comienza a funcionar dentro del hospital y en el año 2003 se inicia el Programa Federal de Procuración de Órganos y el HECA.

El 22 de mayo 1997 el Concejo Municipal de Rosario declara al hospital Institución Benemérita y diez años después, en 2007, con diseño de Mario Correa Arq. se concluye la construcción de las nuevas instalaciones del hospital, emplazadas entre las calles Av. Pellegrini, Cochabamba, Crespo y Vera Mujica, concretándose el traslado de todas las áreas y el personal del hospital al nuevo edificio y dando comienzo a la atención de la comunidad.

Lic Guillermo Couto
Secretario Administrativo



En 2007 con diseño del Arq. Mario Correa, se concluye la construcción de las Nuevas instalaciones del hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA).

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 Herardo 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 Hernan 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 - Nº3 - SEPTIEMBRE DE 2019

SUMARIO

NOTICIA SOCIETARIA	“Encuentro Interreligioso por la Paz” Centenario del Rotary Club de Buenos Aires y del Rotarismo Argentino (1919-2019)	4
	<i>Dr Gabriel Oscar Fernández</i>	
	Semblanza del doctor Eusebio Zabalúa	9
	<i>Dres. Roberto Reussi y Jorge Mercado</i>	
ARTÍCULO ORIGINAL	Investigación del grado de interés sobre el término “cigarrillo electrónico” en la Web	10
	<i>Dres Sergio López-Costa, Maite Cabeza, Julia Bernat</i>	
	Tratamiento quirúrgico de úlceras por presión en pacientes oncológicos terminales	14
	<i>Dres Juan Martín Saá, Juan Manuel Skegro, Franklin Muñoz, Juan Ignacio Trigo, Ricardo Jorge Losardo</i>	
	La clínica con pacientes crónicos y terminales	19
	<i>Mg Mónica Ana Simari</i>	
HISTORIA DE LA MEDICINA	Baldomer Sommer (1857-1918) Contribución a la capacitación permanente en posgrado en medicina	27
	<i>Prof Dras Inés A Bores, Amalia M Bores</i>	
ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA	Prevención de Estrés y <i>Burn-Out</i> en el Equipo de Salud	34
	<i>Dra Mariela Elisa Borgarello</i>	

SUMMARY

NEWS SOCIETY	“Interreligious Meeting for Peace” Centenary of the Rotary Club of Buenos Aires and the Argentine Rotarism (1919-2019)	4
	<i>Dr Gabriel Oscar Fernández</i>	
	Doctor's profile Eusebio Zabalúa	9
	<i>Dres. Roberto Reussi y Jorge Mercado</i>	
ORIGINAL ARTICLES	Investigation about the degree of interest of the term “electronic cigarette” on the Web	10
	<i>Dres Sergio López-Costa, Maite Cabeza, Julia Bernat</i>	
	Surgical treatment of pressure ulcers in terminal oncological patients	14
	<i>Dres Juan Martín Saá, Juan Manuel Skegro, Franklin Muñoz, Juan Ignacio Trigo, Ricardo Jorge Losardo</i>	
	The clinic with chronic and terminal patients	19
	<i>Mg Mónica Ana Simari</i>	
HISTORY OF MEDICINE	Baldomer Sommer (1857-1918) Contribution to permanent postgraduate training in medicine	27
	<i>Prof Dras Inés A Bores, Amalia M Bores</i>	
BIBLIOGRAPHIC UPDATE	Prevención de Estrés y <i>Burn-Out</i> en el Equipo de Salud	34
	<i>Dra Mariela Elisa Borgarello</i>	

DIRECCIÓN EDITORIAL

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

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

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

Dra Betina Dwek
Clinica Bazterrica. CABA.

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

Consejo Editorial
Dr Juan Álvarez Rodríguez
Dr Rodolfo J Bado
Dr Alfredo E Buzzi
Dr Silvia Falasco
Dr Carlos Mercáu
Dr Juan Carlos Nassif
Dr Federico Pérgola[†]
Dr Néstor Spizzamiglio
Dr León Turjanski
Dr Lidia Valle

Producción Gráfica
Raúl Groizard

Corrector Literario
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

“Encuentro Interreligioso por la Paz” Centenario del Rotary Club de Buenos Aires y del Rotarismo Argentino (1919-2019)

Dr Gabriel Oscar Fernández

Integrante de la Comisión Organizadora.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

La Junta Directiva del **Rotary Club de Buenos Aires** Decano del **Rotarismo Argentino** realizó el 18 de julio de 2019, en primer evento conmemorativo del Centenario del Rotary Club de Buenos Aires, el “Encuentro Interreligioso por la Paz” en las instalaciones cedidas por la Asociación Médica Argentina.

El señor **Presidente del Rotary Club de Buenos Aires, el Acad. Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo y Presidente de Honor de la Asociación Médica Argentina**, destacó: “Hoy estamos haciendo un acto espiritual que nos une. El Rotary desde su creación nos ha enseñado a amar al otro independientemente de los credos y las razas. Pensamos en el más débil, en el más pobre, en la paz, en la educación. Pensamos cómo resolver el hambre, la comida, el abastecimiento de ese bien precioso que es el agua potable que escasea cada día... Hoy aquí nos encontramos con la misma idea: ayudar y dar, estamos haciendo salud para el físico y para la mente, juntando la salud y el espíritu de la persona. En este cumpleaños del Rotarismo Argentino quisimos hacer algo especial, algo espiritual con cada uno de ustedes que nos honran con su presencia. Estamos para compartir lo que desean enseñarnos. Muchas gracias por estar aquí”.

Seguidamente se escucharon las notables y justas palabras de los expositores: el Presbítero Mario Eduardo Beverati, cura párroco de La Basílica San Nicolás de Bari – Iglesia Católica Apostólica Romana; el pastor evangélico Hugo Néstor Urcola, Iglesia Evangélica Metodista; el rabino Dr. Simón Moguilevsky, Congregación Israelita Argentina; el Rvdo. Padre Gabriel Coronel, en nombre y representación de su Eminencia Reverendísima Santiago El KHOURY Arzobispo de Buenos Aires y de la Argentina, Iglesia

Católica Apostólica Ortodoxa de Antioquia; el imán Sheif Abdelnaby ELHEFNAWY del Centro Islámico de la República Argentina acompañado por el Señor Abdulhamid HAGEG, vicepresidente del Centro Islámico de la República Argentina.

Entre la numerosa y distinguida concurrencia se encontraban: el presidente de la Asociación Médica Argentina, Prof. Dr. Miguel Galmés, quien cedió las instalaciones para tan importante acto; el secretario general de la AMA, Prof. Dr. Carlos Mercáu; el Dr. Héctor José Lombardo y Dr. Alberto José Mazza, ambos distinguidos ex ministros de Salud de la República Argentina; el Dr. Gabriel Oscar Fernández, Vicepresidente y Presidente Académico de la Asociación Cristiana de la Salud Internacional; el Señor Eduardo Chehtman, secretario honorario del Rotary Club de Buenos Aires, Prof. Dr. Carlos Juri, Dr. Fernando Portiglia, Dr. Miguel Vizakis, Dra. Raquel Bianchi, Dra. Raquel Bolton, Prof. Dr. Ricardo Losardo, ex Directores de hospitales, presidentes de Sociedades Científicas, funcionarios de la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ex directores de Cultos, destacados líderes para y por el diálogo interreligioso, representantes del nivel académico y de nuestro quehacer cotidiano.

Destacamos resumidamente algunas de las frases más representativas de los distintos relatores:

Palabras del presbítero Mario Eduardo Beverati: Citaré las palabras de Isaías: Señor. Tú nos darás la paz porque todas nuestras empresas nos las das Tú. La paz es un don, hay que tener la capacidad de perdonar, reconciliar y sin Dios es difícil poder llegar a lograrlo. Recordemos las palabras de Jesús

cuando expresó: Ámense los unos a los otros como yo los he amado. Padre que sean “uno” para que el mundo crea. San Francisco de Asís expresó: Señor conviérteme en un instrumento de tu paz, donde haya odio permíteme sembrar “amor”; donde haya heridas, “perdón”; donde haya duda, “fe”; donde haya desesperación, “esperanza”; donde haya oscuridad, “luz”; donde haya tristeza, “dicha”... Otórgame Señor no solo el buscar el consuelo sino consolar, ser comprendido sino comprender, ser amado como amar, porque cuando perdonamos somos perdonados, porque cuando morimos nacemos a la luz eterna. Que nosotros tengamos en cuenta esto para que podamos ayudar a las personas en este lugar tanto para las necesidades del cuerpo como las del alma.

Palabras del pastor Hugo N. Urcola: La Biblia enseña que no hay paz verdadera si no hay justicia. El profeta Jeremías denuncia a los falsos profetas, que anunciaban paz, no habiendo paz. En esos tiempos ya circulaban las “falsas noticias”. Esa corrupción estaba vinculada a la injusticia. La paz es un valor fundamental que se debe buscar y se debe trabajar. El tema no es ajeno a la enseñanza de Jesucristo. Él nos ofrece su paz pero también nos invita a ser pacificadores diciendo: “Bienaventurados los pacificadores, porque serán llamados hijos de Dios”. **Profesor Dr. Elías Hurtado Hoyo**, nos alegramos que el Rotary Club de Buenos Aires, club fundacional del Rotarismo Argentino, celebre su centenario convocando a religiosos de distintas tradiciones para meditar sobre la paz, que de alguna manera los compromete en su servicio a trabajar por la paz y la justicia tan necesaria en nuestro país y en el mundo.

Palabras del Rabino Dr. Simón Moguevsky: BH En estos momentos tan turbulentos que vivimos, de inseguridad, violencia, terrorismo, y justamente hoy se cumplen 25 años de la bomba en la AMIA, que segó 85 vidas, y dejó cientos de heridos, judíos y no judíos; considero muy plausible este Encuentro por la Paz, en que el Rotary, una benemérita institución más que centenaria, reúne a representantes de distintas confesiones, que creen en un solo Dios creador, y eso es lo que llamamos: unidad en la diversidad. Hay una anécdota talmúdica respecto de un sabio maestro, que un día preguntó a sus discípulos: ¿cuándo comienza el día?; uno dijo: —cuando se puede distinguir entre un higo y un dátil. Otro dijo: —cuando se puede distinguir entre una oveja y un cabrito, y así se fueron expresando. Entonces, el maestro dijo: —estoy de acuerdo con lo que ustedes dicen, pero para mí, el día comienza cuando reconozco en cada persona a un hermano. Dice una máxima talmúdica que el mundo se apoya sobre tres cosas: la ley, la verdad y la paz; y en verdad no puede haber paz si la ley no se apoya sobre la verdad. Quiera el Todopoderoso bendecir a esta institución, a la República Argentina, sus escuelas, campos y ciudades, recompensar el trabajo honesto, y que ningún niño tenga que sufrir jamás hambre.

Palabras del Rvdo. Padre Gabriel Coronel: En nombre y representación de su eminencia reverendísima Santiago EL KHOURY, arzobispo de Buenos Aires y de la Argentina de la Iglesia Católica Apostólica Ortodoxa de Antioquia, nos trajo su reflexión: Agradezco los 100 años del Rotary Club de Buenos Aires y recalco que la importancia de rezar por la paz procede de Dios, soberano de los destinos del hombre, que en medio de tantas guerras, el Señor nos recalca que es nuestro amparo y fortaleza, nuestro pronto auxilio en las tribulaciones. Dijo Jesús: Bienaventurados los que trabajan por la paz porque ellos serán llamados hijos de Dios.

Palabras del imán Sheif Abdelnaby ELHEFNAWY: Los saludo con el saludo del Islam: que la paz esté con ustedes. En el nombre de Dios, el Clemente, el Misericordioso. Paz y bendiciones sobre todos los profetas y mensajeros enviados de Dios. Permítanme agradecer y felicitar en nombre del Centro Islámico de la República Argentina, a todas las autoridades del Rotary Club de Buenos Aires, representada por su presidente el **Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo** por el aniversario del centenario. Como sabemos, la paz y la convivencia son las bases de la seguridad, la felicidad y el bienestar. Por cierto que todas las religiones tienen la misma fuente; venimos de Dios y volveremos a Dios, y frente a Él, todos somos iguales. En verdad, sin la paz y sin el respeto entre las personas no existiría armonía en el mundo. Como dijo el Profeta Muhammad (paz y bendición): “No tendrá fe ninguno de ustedes, hasta que desee para su hermano lo que desea para sí mismo”. Nosotros desde este bendito suelo argentino, invitamos a la humanidad a unirse para construir la paz y la convivencia. Rogamos a Dios, el Altísimo, el Todopoderoso, que bendiga y proteja a esta institución, a sus directivos y a su comunidad, para continuar con su labor y a todos los presentes, que nos permita vivir en paz, seguridad, felicidad y armonía. Realmente no hay camino para la paz, sino que la paz es el camino.

Al concluir las ponencias el Sr. presidente del Rotary Club de Buenos Aires, **Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo**, hizo entrega de las medallas homenaje a cada uno de los religiosos en un emotivo momento que quedará sellado en el Rotarismo Argentino. Además se entregó una medalla al Vicepresidente del Centro Islámico de la República Argentina, Señor Abdulhamid HAGEG.

El acto finalizó con un vino de honor para todos los presentes, donde reinó la cordialidad y el diálogo; y se trazaron nuevas iniciativas por las que cada uno de los presentes, de manera individual y colectiva como sociedad, se propuso realizar en el futuro inmediato, dado que la paz no es solo mental o personal, sino que tiene que ser también plasmada socialmente y vinculada a toda nuestra actividad cotidiana. Como corolario: “Realmente no hay camino para la paz, sino que la paz es el camino”.



Figura 1. De izquierda a derecha se encuentran: Imán Sheif Abdelnaby ELHEFNAWY, Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo, Rabino Dr. Simón Moguilevsky.



Figura 2. De izquierda a derecha se encuentran: Pastor Hugo Néstor Urcola, Presbítero Mario Eduardo Beverati, Imán Sheif Abdelnaby ELHEFNAWY, Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo, Rabino Dr. Simón Moguilevsky, Eduardo Chehtman, Abdulhamid HAGEG, Rvdo. Padre Gabriel Coronel.



Figura 3. De izquierda a derecha se encuentran: Abdulhamid HAGEG, Imán Sheif Abdelnaby ELHEFNAWY, Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo, Pastor Hugo Néstor Urcola, Dr. Gabriel Oscar Fernandez, Prof. Dr Miguel Galmes, Dr. Daniel López Rosetti.



Figura 4. De izquierda a derecha se encuentran: Dr. Miguel Vizakis, Presbítero Mario Eduardo Beverati, Dr. Gabriel Oscar Fernández, Dr. Héctor Lombardo, Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo, Pastor Hugo Néstor Urcola.



Figuras 5 a 9. Imágenes del Vino de Honor.

Semblanza del doctor Eusebio Zabalúa

por los Dres. Roberto Reussi y Jorge Mercado

En nombre de la Asociación Médica Argentina, de la que fue adscripto a la Presidencia, de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, en su calidad de ex presidente del Comité Ejecutivo, de colegas y amigos, cumplimos con el recuerdo del Dr. Eusebio Zabalúa.

El Dr. Zabalúa fue un médico comprometido con su tiempo histórico y, fiel a sus ideales, se formó en la excelencia profesional como internista en la mítica sala VII del hospital Bernardino Rivadavia, dirigida por el Dr. Carlos Reussi. Junto a otros médicos con iniciativa e ideas de vanguardia para la época, participó de la creación, en la década de los 70, del Servicio de Recuperación posquirúrgica, embrión de la Sala de Cuidados Intensivos del hospital, y uno de los primeros servicios de Terapia Intensiva de la ciudad y el país junto a los de los hospitales de Clínicas, el Fernández y el Argerich.

Pero su intelecto despierto y su sensibilidad social y política lo llevó a participar de manera destacada en los hechos que culminaron con la recuperación de la democracia argentina. En este campo participó en el gobierno del Dr. Alfonsín primero como asesor de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, luego como subsecretario y finalmente como secretario del área.

En el ámbito municipal fue subsecretario de Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Desde estos roles de responsabilidad sanitaria, participó de la creación del Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Juan P. Garrahan, y formó parte del Consejo de Administración de dicho hospital, poniendo en marcha el emprendimiento médico asistencial más importante del país de los últimos 40 años. Nuevamente su sensibilidad social le hizo entender la necesidad de dar sostén y albergue a los familiares de los niños que acudían al hospital con patologías graves que requerían un prolongado tratamiento. Para solucionar este grave problema del niño enfermo y su familia participa de la creación y es presidente de la Fundación Garrahan, que permite la permanencia del soporte afectivo como parte integral de la recuperación del enfermo.

En el ámbito privado el Dr. Zabalúa se desempeñó como director médico del Instituto Otorrinolaringológico Arauz, desde el año 2000 al 2015, dándole un impulso renovador a ese centro asistencial porteño líder en la especialidad.

En relación con sus funciones de director de sanatorios llevó su experiencia a la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECRA), y fue miembro de la Comisión Directiva desde 1995. En este ámbito preocupado por la calidad médica y asistencial de las entidades privadas de salud del país es secretario de la Comisión Directiva y del Comité Ejecutivo del Instituto técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), única institución nacional acreditada para tal fin.

Como una parte integral de lo anterior, Zabalúa no descuidó el costado académico del médico, y siguió así defendiendo el concepto de la formación permanente. Participó del Consejo de Redacción de la revista de SMIBA, y fue el director de la revista de ADECRA desde 1995 hasta su fallecimiento. Con el

mismo fundamento formó parte del Consejo Asesor de Residencias del Equipo de Salud del Ministerio (hoy Secretaría) de Salud de la Nación, desde su creación hasta el presente.

En los ámbitos en los que Bito desarrolló su inteligencia y criterio, hemos comenzado a extrañarlo, intentando continuar con su legado de participación, seriedad y perseverancia, esenciales para llegar a los objetivos concretos que su trabajo y compromiso hicieron realidad.

Querido Bito: tus amigos y compañeros de sueños escriben estas líneas como una despedida no esperada. Fuiste grande en tus logros, un creador e impulsor de ideas y a la vez un gestor ejecutivo de emprendimientos útiles para el país, hambriento de personalidades como la tuya. Para nosotros, los que compartimos tu entorno, queda tu decir y actuar amable, afectuoso, conciliador y solidario.

Recordarte es una obligación, una inspiración y un motivo para, mientras tengamos aliento, continuar en la búsqueda de tu ideal ser mejores médicos para ser mejores personas.



Dr. Eusebio Zabalúa

Investigación del grado de interés sobre el término “cigarrillo electrónico” en la Web

Dres Sergio López-Costa,¹ Maite Cabeza,² Julia Bernat²

¹ Coordinador del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA).

² Médica de Planta de la División Promoción y Protección de la Salud. Consultorio de Cesación Tabáquica. Hospital General de Agudos “J.M. Ramos Mejía”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El cigarrillo electrónico introduce un fuerte debate en el mercado con respecto a su intencionalidad de uso. El objetivo del presente trabajo es describir el grado de interés del término “cigarrillo electrónico” y la intencionalidad de su búsqueda en la Web en la Argentina. La herramienta que utilizamos fue el software libre de Google Trends. Las búsquedas en internet por parte de los usuarios estarían relacionadas con el consumo y no con la cesación. La vigilancia de consultas en la Web puede ser una herramienta innovadora en el control del tabaco, especialmente respecto de los dispositivos electrónicos administradores de nicotina.

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

Investigation about the degree of interest of the term “electronic cigarette” on the Web

Summary

The electronic cigarette introduces a strong debate in the market regarding its intentionality of use. The objective of the present work is to describe the degree of interest of the term “electronic cigarette” and the intentionality of its search in the Web in Argentina. The tool that we used was the free software of Google Trends. Internet searches by users would be related to the consumption and not with the cessation. The monitoring of web queries can be an innovative tool in tobacco control, especially in respect to the nicotine delivery system.

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

Introducción

El cigarrillo electrónico surge popularmente como una opción para reemplazar al cigarrillo convencional de tabaco. Sin embargo, no hay evidencia científica que dé cuenta de su inocuidad ni de su eficacia para abandonar el tabaco y es en esta línea que la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica) ratificó la prohibición para su importación, distribución y comercialización.¹ A pesar de ello, el 4,5% de los encuestados en la Argentina, de entre 12 y 65 años, ha hecho uso del mismo alguna vez en su vida.²

El cigarrillo electrónico se introdujo - ya hace unos años - en el mercado con un fuerte debate con respecto a su intencionalidad de uso. Por un lado, la industria productora lo ofertó como un producto destinado a la cesación tabáquica, bajo el lema de “reductor de daño”, dándole un perfil de marketing saludable. Por el otro lado, los usuarios también lo buscaron con la intención de obtener un dispositivo novedoso para fumar.

Para poder determinar el grado de interés y la intencionalidad de la búsqueda del término “cigarrillo electrónico” en los usuarios de estos dispositivos en la Argentina, realizamos búsquedas de palabras clave en la Web utilizando la herramienta Google Trends.³

Marco teórico

El cigarrillo electrónico es un dispositivo que sirve para entregar un aerosol (un vapor) proveniente de un líquido compuesto por ciertas sustancias químicas que, por inhalación, se depositan finalmente en el pulmón del usuario.

La Unión Europea (UE) define el cigarrillo electrónico como “un producto, o cualquiera de sus componentes, incluidos un cartucho, un depósito y el dispositivo sin cartucho o depósito, que pueda utilizarse

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

para el consumo de vapor, que contenga nicotina a través de una boquilla. Los cigarrillos electrónicos pueden ser desechables o recargables mediante un envase de recarga y un depósito, o recargables con cartuchos de un solo uso”.⁴

Los cartuchos pueden presentar diferentes concentraciones de nicotina, que van desde 0 mg/ml a 24 mg/ml. No solo la nicotina líquida se libera en forma de vapor al ser calentada por el atomizador que tiene dentro, sino también una serie de sustancias potencialmente tóxicas y cancerígenas como formaldehído, benceno, tolueno⁵ y metales pesados como el cadmio, el plomo⁶ y el mercurio. Aún más, la ANMAT, en el 2016, consideró que estos dispositivos podrían perpetuar y reforzar el hábito de fumar, aún en aquellas personas que los usan como un elemento recreativo.⁷

El cigarrillo electrónico surge en la década de 1960. Pero es en el año 2000 cuando adquiere una mayor fuerza en el mercado.

Así, en el inicio del siglo XXI, nos encontramos frente a una nueva tendencia para fumar. Las culturas van mutando y los usuarios van renovando sus perfiles de consumo. Esta es una nueva era “tecnológica”, en la cual productos novedosos y llamativos, con cierta tecnología, a lo que se suma el agradable aroma y sabor, se instalan con cierta facilidad en el mercado de consumo.

Entonces, se plantea lo siguiente: “Cigarrillo electrónico: ¿cómo dispositivo para dejar de fumar o una nueva forma de fumar?”.

Por un lado, hay quienes pretenden instalarlo como un dispositivo menos lesivo que el cigarrillo convencional, con la intención de atraer a los fumadores que desean dejar el cigarrillo común; y por otro, también podría iniciar a aquellos jóvenes que no fuman actualmente, y que podrían hacerlo en un futuro. Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ), del 2012, el 23,2% de los adolescentes son susceptibles a fumar en el futuro.⁸ Esto ha sido demostrado en diversos estudios.⁹

Frente a esta dicotomía discursiva, se realizó en *Google Trends* una búsqueda de términos o palabras clave relacionadas.

Material y métodos

Google Trends es una herramienta de marketing de Google, libre y gratuita, que permite comparar las diferentes tendencias de búsqueda por parte de los usuarios de determinados términos (*keywords*) y sus temas relacionados, durante un período de tiempo determinado y en un área específica. Estos datos se toman de las diferentes propiedades de Google (G. Imágenes, G. Shopping, YouTube).

Google Trends permite identificar las variaciones de las búsquedas en valores relativos, basados en

una escala del 0 al 100; 100 representa el punto más alto en niveles de búsqueda realizadas respecto de un término. Esta comparación la hace a través de un gráfico, que existe entre los términos buscados desde el 2004 hasta la actualidad, permitiendo ver los patrones de cambio con el tiempo o apreciar cómo varían según el área geográfica.³

Además de la comparación de las *keywords*, muestra los temas relacionados con la búsqueda del usuario como así también los temas que han consultado en relación. Esto permite inferir cuál es la intencionalidad de la búsqueda realizada y dar una idea indirecta de la demanda.

Haciendo uso de *Google Trends*, se realizó la búsqueda de los términos:

1. “Cigarrillo electrónico”. En la Argentina desde el 2004 hasta septiembre del 2018.
2. “Cigarrillo electrónico” vs. “Champix”, “odronal”, “chicles de nicotina”, “parches de nicotina”. En la Argentina desde el 2004 hasta septiembre del 2018.
3. “Cigarrillo electrónico” vs. “Champix”, “odronal”, “chicles de nicotina”, “parches de nicotina”. En la Argentina desde septiembre del 2017 hasta septiembre del 2018.

Resultados

Se realizó una búsqueda en Internet del término “cigarrillo electrónico” para ver la tendencia en la Argentina desde el 2004 hasta septiembre del 2018.

En el **gráfico n° 1** puede evidenciarse cómo hay un marcado aumento de la tendencia a través de los años, especialmente en el año 2016, en el cual se observa un pico. Este aumento en la búsqueda podría deberse a la coincidencia con el aumento del precio del tabaco tradicional y el desarrollo de las Primeras Jornadas sobre Avances en Control de Tabaco.

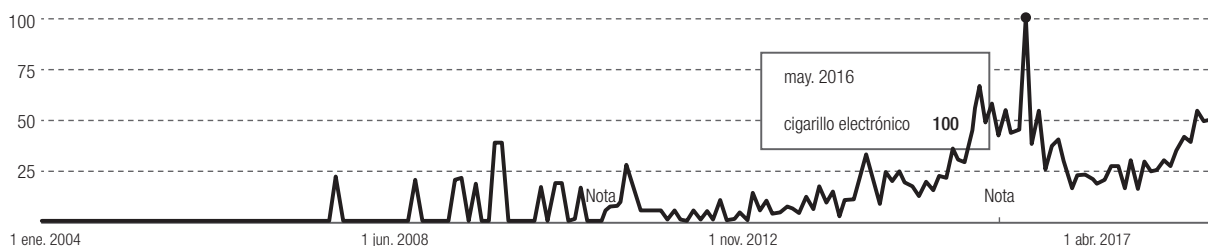
El **gráfico n° 2** muestra la comparación de los niveles de tendencia de los términos “cigarrillo electrónico” vs. los tratamientos convencionales utilizados para la cesación tabáquica.

Aquí puede verse cómo la línea de tendencia del término “cigarrillo electrónico” (línea azul) es superior a las líneas de búsqueda de los cuatro tratamientos médicos tradicionales para la cesación tabáquica. Esta diferencia es mucho más notoria en el **gráfico n° 3**, en el cual se hace foco en el período septiembre 2017 – septiembre 2018.

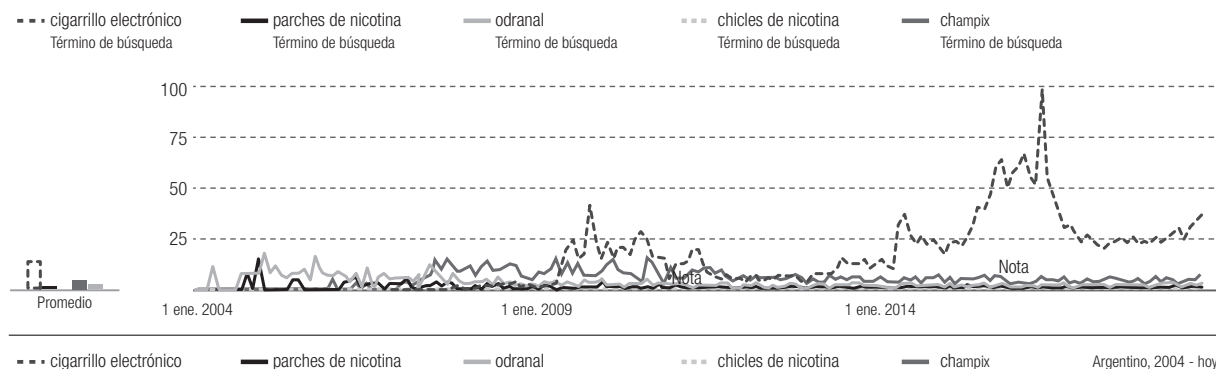
Respecto de los temas relacionados que han buscado los usuarios así como las consultas realizadas, las temáticas son respecto del producto cigarrillo electrónico, los accesorios para el mismo (incluido cannabis) y los centros de venta.

Gráfico n° 1. Interés en el término “cigarrillo electrónico”. 2004 - septiembre 2018, Argentina.

Interés a lo largo del tiempo

**Gráfico n° 2.** Interés sobre medicación antitabáquica vs. cigarrillo electrónico. 2004 - septiembre 2018, Argentina.

Interés a lo largo del tiempo



cigarrillo electrónico

Interés por subregión ?

Subregión

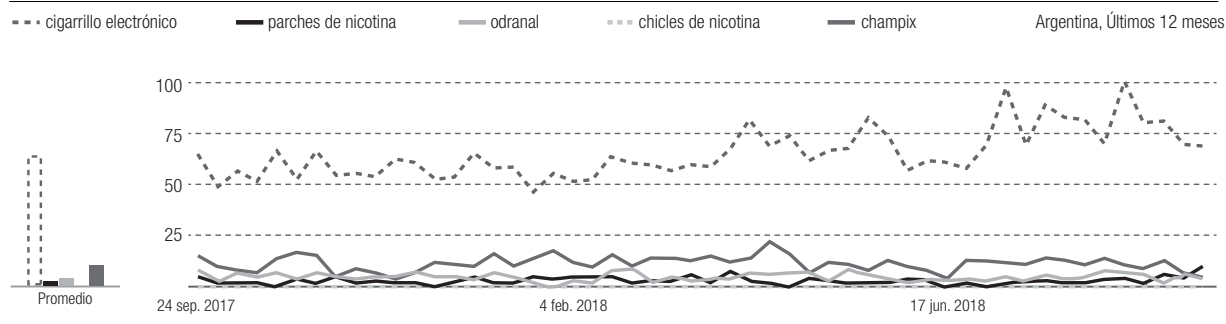


Consultas relacionadas ?

En aumento

1	cigarrillo electrónico argentina	Aumento
2	el cigarrillo electrónico	Aumento
3	precio cigarrillo electrónico	Aumento
4	cigarrillos	Aumento
5	líquido cigarrillo electrónico	Aumento

< Búsqueda que se muestran: 1-5 de 19 >

Gráfico n° 3. Interés sobre medicación antitabáquica vs. cigarrillo electrónico. Septiembre 2017- septiembre 2018, Argentina.

Discusión

Los dispositivos electrónicos de entrega de nicotina son el primer producto de tabaco nacido en la era “tecno” en línea.

Examinando el contenido de las búsquedas pueden revelarse los “pensamientos” de las personas que hacen la búsqueda.

El análisis continuo de las tendencias de búsqueda de Google puede llenar algunas lagunas de conocimiento y delinear las agendas para la vigilancia basada en encuestas de seguimiento.⁴

Observamos en la búsqueda del término “cigarrillo electrónico” una elevación sostenida de la curva de interés a partir de diciembre de 2008, llegando a su pico máximo de 100 en junio de 2016.

Las curvas de interés con respecto a la medicación para el cese son semejantes entre sí; a diferencia de la curva de cigarrillo electrónico que se despega de las mismas y se evidencia con mayor magnitud en la comparación anual 2017-2018. Esto último permitiría especular que el interés no tiene que ver con dejar de fumar, sino que tendría que ver con el consumo, ya que las consultas relacionadas tienen que ver –fundamentalmente– con comprar cigarrillo electrónico, vaporizadores o esencias (consumo), de acuerdo con lo descrito en la literatura.⁴

Al consultar los sitios de venta, puede verse que la publicidad del cigarrillo electrónico apunta al “consumo más sano” pero no a dejar el consumo.

Finalmente, nos sumamos a todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que hacen hincapié en los riesgos sanitarios asociados al consumo del tabaco - en todas sus formas - y abogan por políticas eficaces que contribuyan a reducir el consumo.

Conclusiones

- Podemos inferir que el interés en las búsquedas de Internet por parte de los usuarios estaría relacionado al consumo y no a la cesación tabáquica.

- La elevación de la curva de interés en estas búsquedas marcan una tendencia de consumo. La encuesta de Sedronar de 2017² determinó que la prevalencia de vida en el consumo de cigarrillo electrónico es de 4,5%. La mayoría de los encuestados eran fumadores comunes, lo que permite inferir que se estaría instalando su consumo a pesar de la prohibición.

- La vigilancia de consultas en la Web puede ser una herramienta innovadora en el control del tabaco, especialmente en los dispositivos electrónicos administradores de nicotina.

- Este artículo pretende colaborar con las acciones antitabaco, así como proteger y promocionar 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. Cigarrillo electrónico. Conclusiones basadas en evidencia científica. Disponible en: www.anmat.gov.ar/comunicados/cigarrillo_electronico.pdf
2. Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Sedronar Argentina. Año 2017. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/FactoresZdeZRiesgoZZ2017ZZ3Zennero.pdf>
3. Google Trends. <https://trends.google.com/trends>
4. Unión Europea. Salud Pública. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/dir201440_es.pdf
5. Goniewicz M, Knysak J, Gawron M, Kosmider I et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. TC online First, publicado el 6 de marzo de 2013: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050859.
6. Talio MC, Zambrano K, Kaplan M, Acosta M et al. New solid surface fluorescence methodology for lead traces determination using rhodamine B as fluorophore and coacervation scheme: application to lead quantification in e-cigarette refill liquids. Talanta 2015; 143: 315-319. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039914015003276>
7. ANMAT ratifica prohibición del cigarrillo electrónico. 2016. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Disponible en: <https://colfarsfe.org.ar/2016/11/08/anmat-ratifica-la-prohibicion-del-cigarrillo-electronico/>
8. Encuesta mundial de tabaquismo en adolescentes en Argentina. OMS 2012. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/tabaco/images/stories/institucional/pdf/2014-03_informe-gyts-jovenes.pdf
9. World Health Organization (WHO). Global Youth Tobacco Survey (GYTS) — Ungarn, 2012. Personal message March 8th 2013 from Tibor Demjen, Hungarian Focal Point for Tobacco Control. Budapest: National Institute for Health Development; 2013.

Tratamiento quirúrgico de úlceras por presión en pacientes oncológicos terminales

Dres Juan Martín Saá,¹ Juan Manuel Skegro,¹ Franklin Muñoz,¹ Juan Ignacio Trigo,¹ Ricardo Jorge Losardo^{1, 2}

¹ Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Oncología "Marie Curie"; Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL).

² Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Oncología "Marie Curie"; Profesor Titular de la Cátedra de Cirugía Plástica Oncológica, Universidad del Salvador (USAL).

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Este artículo hace consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de las úlceras por presión en pacientes oncológicos. Se recomienda que, en el paciente con patología neoplásica avanzada, la indicación y el tipo de tratamiento quirúrgico dependa mayormente de su estado general que del estadio de la úlcera.

Palabras claves. Úlceras por presión, pacientes oncológicos avanzados, cirugía plástica, cuidados paliativos.

Surgical treatment of pressure ulcers in terminal oncological patients

Summary

This article refers to the surgical treatment of pressure ulcers in cancer patients. It is recommend that in patients with advance neoplastic disease, surgical treatment depend mostly on their general condition than the stage of the ulcer.

Key words. Pressure ulcer, advanced oncological patient, plastic surgery, palliative care.

Introducción

El consenso argentino de "úlceras por presión" (UPP) las define como: úlcera por presión (escara por presión, escara por decúbito, úlcera por decúbito): lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea que se produce por presión prolongada o presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros; uno, que pertenece al paciente y otro, externo a él, o contrapuestos del mismo paciente.¹

En cuanto a su fisiopatogenia existen factores intrínsecos y extrínsecos que las generan. Según la morfología y el grado de evolución de cada herida, existe un tratamiento determinado: en los casos iniciales o leves, clínico; y en los casos avanzados o graves, quirúrgico.

Sin embargo, para nosotros, en el paciente ulcerado y con neoplasia avanzada, el tratamiento quirúrgico de los casos avanzados o graves puede apartarse de este esquema y modificarse según su cuadro clínico.

Úlceras por presión

La relación entre la intensidad de la presión, el tiempo de exposición a esta y los cambios que se producen en los tejidos fue descripta por Kosiak en 1958. En principio se trata de un efecto puramente mecánico. Una presión externa de 70 mm Hg aplicada durante dos horas puede producir lesiones isquémicas en todos los tejidos.² La piel normal posee una resistencia natural a dicha presión externa, pero cuando la piel –como órgano– se ve alterada

Correspondencia. Dr Juan Martín Saá
Correo electrónico: juanmartinsaa@gmail.com

por distintas razones (por ejemplo, atrofia dérmica), esa resistencia disminuye y se hace más vulnerable.

Fisiopatogenia

Existen factores intrínsecos (inherentes al paciente), como por ejemplo:³

a) Edad avanzada: con los años, en el cuerpo se producen cambios como pérdida de elasticidad de la piel y disminución del tejido subcutáneo por deshidratación.

b) Déficit de perfusión e hipoxemia: hay patologías relacionadas con una mala perfusión periférica, como la diabetes, insuficiencia cardíaca, septicemia o patologías relacionadas con la alteración del transporte de oxígeno, como la enfermedad bronquítica crónica. En ellas existe una disminución de la irrigación de los tejidos, por la vasoconstricción periférica con hipoxia celular, que favorece la aparición de las UPP.

c) Inmovilidad: la pérdida de capacidad para moverse autónomamente hace que se generen una serie de mecanismos que favorecen el desarrollo de úlceras por presión, como la isquemia, la hipoxia y, finalmente, la necrosis tisular.

d) Enfermedades crónicas severas y enfermedades oncológicas: pueden producir un fallo multiorgánico y generar mayor riesgo para el desarrollo de UPP, por la disminución en la movilidad y el estado de inmuno-supresión.

e) Disminución de la conciencia: el paciente tiene disminuida su capacidad para realizar de forma consciente los cambios de posición de su cuerpo cada vez que sea necesario con el fin de cambiar la presión sostenida en las zonas de apoyo.

f) Mala o deficiente nutrición: es un factor importante, por los aportes proteicos y calóricos, que influyen en el proceso de cicatrización de las heridas⁴ y en los mecanismos de defensa.

En cuanto a los factores extrínsecos cabe destacar dos de ellos:

a) Medicaciones: que puedan ser causa de sedación o inmovilización, fármacos citotóxicos que afectan al sistema inmunitario, esteroides que pueden fragilizar la resistencia tisular afectando también al sistema inmune, etc. También, los fármacos simpático-miméticos y las drogas vaso activas que producen vasoconstricción reducen la perfusión tisular periférica y el flujo capilar. Además, los analgésicos pueden reducir el estímulo normal que lleva a aliviar la presión prolongada. Por su parte, el tratamiento anticoagulante tiene un alto riesgo de generar hematomas en zonas en las que la irrigación y la nutrición se ven disminuidas.

b) Mala higiene y humedad excesiva en las zonas corporales afectadas. La orina (por incontinen-

cia urinaria o higiene descuidada) incrementa el pH del estrato corneo de la piel, alcalinizando el medio cutáneo, con un efecto negativo sobre las propiedades mecánicas de este órgano. La piel debe estar seca y limpia, y mantener su pH normal, que es de 5,5. Se debe evitar la instalación de la maceración y de la dermatitis por irritación. También se debe tener cuidado con la higiene de la región perianal. Los cuidados de enfermería son importantes en este aspecto.

Diagnóstico y estadios

Las zonas más afectadas se localizan en un 90% en la mitad inferior del cuerpo y dependen mucho de la posición del paciente, habitualmente en decúbito dorsal, siendo las más frecuentes: sacro, trocánteres mayores, tuberosidades isquiáticas, talones y maléolos externos.

Las UPP se clasifican en varios estadios según la profundidad de la afectación (Figura 1):

Grado I: Alteración observable en la piel, relacionada con la presión. Se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar. En pieles oscuras pueden presentarse tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área adyacente u opuesta del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: los signos más frecuentes se dan en la temperatura de la piel (caliente o fría) y en la consistencia del tejido (edema, induración). Los síntomas más frecuentes son el dolor y el escozor.

Grado II: Pérdida parcial de la piel que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas. Consiste en una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Grado III: Pérdida completa de la piel. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones y músculos no están expuestos ni son directamente palpables. Pueden coexistir cavitaciones y tunelizaciones en el tejido graso subcutáneo, que prolongan la úlcera más allá de su área visible.

Grado IV: Pérdida completa de la piel con destrucción extensa. Hay necrosis o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (por ejemplo: tendón, cápsula articular o fascia) siendo probable la aparición de osteomielitis u osteítis. El hueso y/o el músculo expuesto son visibles y palpables. También pueden existir cavernas, tunelizaciones y trayectos sinuosos en los distintos planos anatómicos que la úlcera involucra.

Tratamiento en general

Realizado el diagnóstico y estadificado el paciente puede iniciarse el tratamiento. En general, puede plantearse que las úlceras grados I y II serán de tratamiento clínico, mientras que las de grados III y IV serán de tratamiento quirúrgico.

En estos últimos casos, cuando se decide el tratamiento quirúrgico y antes de implementarlo, deben optimizarse las condiciones tanto locales como sistémicas del paciente.⁵

Optimización del estado nutricional: albuminemia > 3 g/dl y/o proteinemia > 6 g/dl. Tratamiento de anemia: hemoglobina > 12 g. Tratamiento de infecciones de acuerdo con su compromiso local y/o sistémico. Alivio de la presión. Evaluar mediante estudio clínico y radiológico la presencia de osteomielitis y/o fistulas.

Aproximadamente de un 70-90% de las úlceras por presión son superficiales (grado I o II) y pueden cicatrizar por segunda intención, sin necesidad de ser sometidas a un procedimiento quirúrgico. Las de

grados I y II tienen mejor respuesta con un cierre de 60% de los casos a 6 meses de seguimiento. Este porcentaje cae a 40% para las de grado III y a 10% para las de grado IV.

Las medidas son: el control de la infección, mediante el aseo y la antibioticoterapia correspondiente y el desbridamiento o *toilette* quirúrgica que puede ser: mecánico (gasas secas o húmedas sobre la herida); autolítico (usando hidrogeles transparentes o hidrocoloides; es más lento, pero muy efectivo); por presión negativa (VAC) (cómodo y con buenos resultados); enzimático (efectivo y un poco más rápido); y por último, quirúrgico (el método más rápido, pero el más agresivo), que puede ser parcial (escarotomía) o total (escarpectomía). (Tabla 1).

Figura 1. Estadios de úlceras por presión. Fuente: National Pressure Advisory Panel.

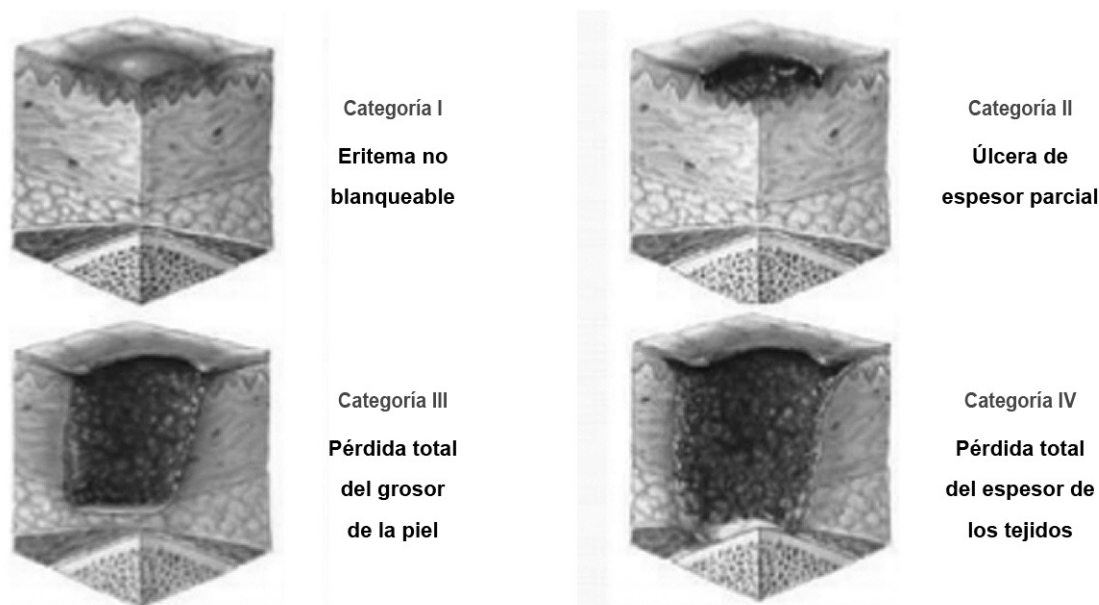


Tabla 1. Tratamiento según el grado evolutivo de la úlcera por presión.

Grado de úlcera	Características	Tipo de tratamiento
I	Eritema	Clínico
II	Pérdida parcial de la piel	Clínico
III	Pérdida completa de la piel	Quirúrgico
IV	Pérdida completa de la piel con extensión a otros tejidos	Quirúrgico

Paciente oncológico terminal

En las últimas décadas ha habido un cambio biodemográfico, producto del aumento de la longevidad del ser humano. Así se incrementó el porcentaje de la población por encima de los 65 años. Esto trajo aparejado un incremento en la incidencia de enfermedades crónicas y neoplásicas.

La incidencia de neoplasias en ambos sexos es de 12 a 36 veces más alta en mayores de 65 años que en individuos de 25 a 44 años y de 2 a 3 veces más frecuente que en personas de 45 a 65 años.

La mortalidad por patología neoplásica se ha reducido en los pacientes con menos de 65 años, pero ha aumentado en los adultos mayores, siendo un 70% de las muertes atribuibles a cáncer tanto en hombres como mujeres, por lo tanto la severidad del cuadro ha aumentado.^{6,7}

El paciente con una patología oncológica debe presentar las siguientes características para considerar que se encuentra en una fase terminal de la evolución de su enfermedad:⁸

a) Presencia de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable, con diagnóstico histológico demostrado. En algunas situaciones especiales y de manera excepcional, se aceptará la ausencia de diagnóstico histológico. En estos casos, deberán haberse excluido tumores potencialmente tratables.

b) Haber recibido un tratamiento específico (quimioterapia, radioterapia, cirugía, hormonoterapia, bifosfonatos o anticuerpos monoclonales) o encontrarse en situación de nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico para su patología oncológica.

c) Presencia de síntomas y signos intensos, cambiantes o multifactoriales, como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y/o delirium. Pacientes que presenten un índice de estado funcional bajo, valorado por la escala Karnofsky, con una puntuación inferior a 40⁹ o por la escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) con una puntuación inferior a 2.¹⁰ La percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida sumado al deterioro cognitivo tienen carácter pronóstico, estimado como inferior a 2 semanas. Presencia de parámetros analíticos demostrativos en cuidados paliativos (CP) de mortalidad precoz como: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia o linfopenia.

d) Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con el proceso de morir.

e) Pronóstico vital limitado a los últimos meses de vida, estimado como inferior a 6 meses, a excepción de aquellas situaciones clínicas complejas que, aun siendo superior, aconsejen CP por la previsión de ganancia de calidad de vida.

Paciente oncológico terminal y ulcerado

El tratamiento dependerá de la etapa o estadio en que se encuentre la úlcera por presión, pero su indicación —finalmente— debe ajustarse a las condiciones generales del paciente.

En pacientes con patología oncológica avanzada y terminal, no es recomendable el tratamiento quirúrgico; el objetivo del tratamiento será la optimización de las medidas preventivas y un cuidadoso manejo clínico de las heridas para evitar, disminuir o retardar la extensión de la lesión y las complicaciones derivadas de su infección.

Por lo tanto, deberá preferirse el tratamiento clínico y en caso de necesidad de un desbridamiento o *toilete* quirúrgica valorar el riesgo-beneficio, evitando métodos agresivos (traumáticos o cortantes) que pueden producir hemorragias, y priorizando el autolítico (hidrogeles), enzimático (colagenasa) o bien ambos combinados.

Las úlceras por presión en pacientes oncológicos pueden complicarse fácilmente con infecciones y empeorar o retardar su curación. La infección inicialmente local y leve puede agravarse y tener repercusión sistémica (fiebre, compromiso del estado general, etc.). El tratamiento puede iniciarse con la colocación de azúcar en la herida, que actúa como agente bactericida¹¹ y acompañarse de lavados con abundante suero fisiológico que actúa como mecanismo de arrastre. También el tratamiento puede llevarse a cabo con medicamentos tópicos y/o sistémicos según el caso y de manera empírica, siendo difícil la identificación previa de microorganismos por cultivo y antibiograma.

La extirpación completa de la úlcera y de sus tejidos afectados circundantes, que puede incluir prominencias óseas vinculadas con zonas de apoyo que se han infectado (osteítis), y que requiere anestesia general, no está recomendada en estos pacientes.

En cuanto al cierre primario de la úlcera, la utilización de injertos de piel y de colgajos (cutáneos, fascio-cutáneos y musculo-cutáneos) son opciones terapéuticas que difícilmente pueden emplearse en estos pacientes dado su estado general comprometido.

Discusión

La elección del tratamiento de las úlceras por presión en los pacientes oncológicos avanzados o terminales es compleja y amerita una visión amplia y abierta a la hora de indicar cualquier procedimiento quirúrgico. Hemos encontrado trabajos referidos a este tema, pero ninguno define de manera taxativa la conducta a seguir en este tipo de pacientes.

Los trabajos referidos a las causas que perpetúan las úlceras por presión en cualquier paciente están ampliamente difundidos. Entre ellas se destacan la postración, la hipoxemia, la desnutrición, las infecciones locales y sistémicas, etc. Pero no hemos visto trabajos que aborden la etiología en los pacientes

oncológicos. En ellos, se agrega un cuadro clínico aún más complejo y que repercute en los procesos de curación o cicatrización de sus heridas (hipoproteínea, inmunosupresión, alteraciones hematológicas, coagulopatías, etc.). Por lo tanto, desgraciadamente la fisiopatología es más rica y variada.

Como resultado de estos factores, el tratamiento de las úlceras por presión en los pacientes oncológicos es distinto al de los pacientes no oncológicos, predominando el tratamiento clínico sobre el quirúrgico, y cuando excepcionalmente este último se realiza, es más conservador (escarotomía) que radical (escarectomía y *toilette* quirúrgica). Se debe tener en cuenta el sangrado o hemorragia que produce toda *toilette* quirúrgica. De esta manera, el tratamiento se adapta a cada individuo en particular, según su cuadro clínico.

Al implementar los tratamientos de las úlceras por presión aceptados universalmente para los pacientes en general a los pacientes oncológicos avanzados o terminales, pueden presentarse resultados desfavorables y con mayores complicaciones. Por ello, la idea de modificar este esquema terapéutico y adaptarlo al cuadro clínico del paciente más que al grado de la úlcera por presión. Esta idea no la hemos visto en la literatura a nuestro alcance.

Conclusiones

1. En los pacientes con patología oncológica avanzada o terminal y portadores de úlceras por presión, la indicación terapéutica debe estar supeditada al cuadro clínico del paciente y al grado de la úlcera, prevaleciendo el primero sobre el segundo.

2. El tratamiento quirúrgico en general no es recomendable, y en los casos en que se realiza debe ser conservador antes que radical. Siempre se debe valorar el riesgo-beneficio de cualquier procedimiento cruento o agresivo realizado en estos pacientes. Se deben buscar para la resolución de estas heridas otras alternativas terapéuticas, como curaciones locales en sus distintas variantes, así como también insistir en las medidas preventivas que disminuirán la extensión de las úlceras por presión ya instaladas.

Agradecimientos. Al doctor José Héctor Soria, docente de la cátedra, por la revisión y los aportes a este trabajo.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja: Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja, España, 2009.
2. Suárez MDCV, Rodríguez MG, Pérez RD, Valles FJG, Sojo MD. Análisis de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud. 2018: 389.
3. Primer Consenso de úlceras por presión. Bases para la implementación de un programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina, 2017.
4. Sturla FM, Drago HA, Bossi S, Mansilla E et al. La curación de las heridas de gran superficie y la medicina regenerativa. Revista Asoc Med Argent 2013; 126 (4): 12-23.
5. Prado A, Andrades P, Benítez S. Úlceras por presión. En Cirugía Plástica Esencial. Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2005; cap. 6: 87-110.
6. Yancik RM, Ries L. Aging and cancer in America: Demographic and epidemiologic perspectives. Hematol Oncol Clin North Am 2000; 14 (1): 17-23.
7. Bórquez P, Romero C. El paciente oncológico geriátrico. Revista chilena de cirugía, 2007; 59 (6): 467-471.
8. Guía de Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan integral de Cuidados Paliativos de la comunidad de Madrid. 2014.
9. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. Cancr 1948; 1 (4): 634-656.
10. Fernández MS, Blanco EM. Cuidados paliativos en el paciente oncológico. Medicina – Programa de Formación Médica Continuada acreditado 2013; 11 (27): 1669-1676.
11. Herszage L. Tratamiento de las heridas supuradas con azúcar granulado comercial. Bol y Trab Soc Argent de Cirujanos 1980; 41 (21): 315.

La clínica con pacientes crónicos y terminales

Mg Mónica Ana Simari

Lic. en Psicología (UBA).

Mg. en Patologías del Desvalimiento (UCES).

Presidente del Capítulo Familia, Pareja y Grupo (A.A.S.M- Asociación Argentina de Salud Mental).

Docente de la Maestría en Gestión Educativa – UNLZM.

Autora del libro: *Acerca de las diferencias. Una aproximación clínica al sujeto con discapacidad*, Ed. Alonso.

Buenos Aires - 2^{da} edición-2005.

Resumen

El presente trabajo desarrolla la problemática de un sujeto desde que conoce su enfermedad. ¿Cómo vivencia el diagnóstico el pronóstico y la terapia sugerida? ¿Cómo afecta esta situación al resto de los integrantes de la familia? ¿Cuál es el abordaje con pacientes crónicos y terminales? Además se hace incapié en la importancia de un tratamiento interdisciplinario. El rol del psicólogo frente a este tipo de pacientes consiste en sostener una postura ética que no haga foco solo en el diagnóstico orgánico, sino que tome en cuenta el sufrimiento de quien nos convoca, escuchando cuál es su deseo y su proyecto de vida más allá de la enfermedad. Se abordan los siguientes temas: la clínica con niños, el acompañamiento de docentes, clowns o payamédicos en la internación hospitalaria o domiciliaria; el lugar de la familia en este proceso, sus angustias y temores; los avances en la legislación sobre muerte digna; los cuidados paliativos. Algunas viñetas clínicas acompañan los aportes teóricos.

Palabras claves. Sujeto enfermo, angustia familiar, abordaje interdisciplinario.

The clinic with chronic and terminal patients

Summary

The present work develops the problem of a subject from the knowledge of his illness. How do you experience the diagnosis, prognosis and suggested therapy? How does this situation affect the rest of the family members? What is the approach with chronic and terminal patients? and the importance of an interdisciplinary treatment. The psychologist's role in dealing with this type of patients is to maintain an ethical stance that does not only remain with the organic diagnosis but also takes into account the suffering of the person who summons us, listening to what is his desire and his life project beyond the illness. The following topics are addressed: the clinic with children. The accompaniment of the teachers, clowns or payamédicos in the hospitalization or domiciliary hospitalization. The place of the family in this process, their anxieties and fears. Advances in legislation on dignified death. Palliative care. Some clinical vignettes accompany the theoretical contributions.

Key words. Sick subject, family anguish, interdisciplinary approach.

Introducción

¿Qué situaciones debemos enfrentar como profesionales de la salud frente a un paciente terminal?

Correspondencia. Mg Mónica Simari

Correo electrónico: monicasimari@gmail.com

La negación de la muerte no solo aparece en la familia. El profesional de la salud se enfrenta a su propia omnipotencia, sintiendo que se formó para curar y no para ayudar a morir.

Maud Mannoni dice en su libro *Lo nombrado y lo innombrable*: “La muerte siempre estuvo excluida del saber médico (salvo en medicina legal) [...] La muerte del paciente es el fracaso del médico y su primera reacción inconsciente es malquistarse con él o emprender la fuga”.¹

El paciente se siente dejado de lado. Cree percibir que a su familia o al cuerpo médico no le importan su dolor. Así el enfermo pasa por diferentes momentos, pelea por vivir y en otros momentos renuncia a ello (generalmente cuando el dolor lo desborda). De su deseo de vivir dependerá la prolongación de su vida.

Retomando a Mannoni, este refiere: “El ser humano se sostiene hasta el final de la pregunta: ¿Qué me quiere el otro? Lo angustiante es el no sé (lo que soy para el otro). Aquí es donde la mirada del otro aporta seguridad o inseguridad. En efecto, el sujeto se sostiene de la mirada y de la voz del otro. [...] El paciente que se encuentra al final de la vida, y aunque haya dejado de hablar, está atento a la realidad de la vida que se le ofrece; a los efectos de palabras (efectos del significante) que hacen surgir en él una dimensión de significado de tonalidad persecutoria o tranquilizadora. [...] Perdido en sus referentes, el enfermo empieza a preguntarse dónde está, porqué vive aún y si la existencia que llevó valió la pena de ser vivida”.¹

El sujeto necesita encontrar en el otro a un garante; esto le permite sostenerse en medio del dolor y del sufrimiento.

Cuando se trata de niños, la presencia de la madre en la sala sirve de sostén frente a la invasión corporal de los tratamientos.

Para la familia la posibilidad de acompañar al enfermo hasta el final de sus días facilita el trabajo de duelo. Aferrándose a sus últimas palabras, que funcionan a manera de legado.

¿Cabría preguntarse cuál es el rol del psicólogo frente a este tipo de pacientes?

Si nos quedamos con la muerte no podemos trabajar. El primer acto analítico que debemos tener en cuenta es escuchar el relato del paciente; y si en su discurso aparece la muerte, no desmentirla.

En la enfermedad orgánica, el que conduce la cura es el médico, en el proceso psicoterapéutico nuestra función apunta a poder escuchar qué le pasa a ese paciente, con esa enfermedad que aparece en un momento particular de su vida. Es necesario establecer una buena transferencia.

Silvia Tendlarz refiere en *Psicoanálisis y Sida*: “Si la ética médica es la de no tratar al seropositivo como un moribundo, la del psicoanálisis es la de situar al sujeto frente a su deseo. [...] Al psicoanalista le resta ofertar su presencia a quien lo solicite y posibilitar que el sujeto se posicione frente al real con que tiene que confrontarse. No se trata de ninguna manera de que se reconcilie con la muerte: hemos dicho ya que ella no tiene ninguna inscripción en el psiquismo. [...] En realidad un enfermo de Sida o de cualquier otra enfermedad mortal no sabe más acerca de su muerte que cualquier otro ser hablante. La diferencia radica en el real que se aloja en el cuerpo y que paulatinamente agudiza el “dolor de existir”. [...] Al psicoanalista le resta acoger el sufrimiento de aquél que lo convoca, y ofertar su presencia y escucha para que sobre aquello de lo que nada puede decirse algo sea dicho, de modo de permitir que para un sujeto, con la enfermedad que le toca enfrentar, esa vida singular sea también viable de acuerdo a su deseo”.²

El diagnóstico de la enfermedad y su comunicación al paciente no deben ser de ninguna manera una condena. No se trata de una sentencia, sino de sujetos atravesados por el real de su enfermedad, que cada cual metabolizará desde su propia posición subjetiva.

El nombre de la enfermedad es un significante que el paciente recibe, y que le genera enigmas. Es un “sin sentido” que intenta conectarlo con su propia vivencia. Así se ubica frente a una palabra que puede estar asociada a la muerte. El imaginario social otorga a ciertas enfermedades el correlato de muerte (por ej; Sida, Cáncer). Es necesario desmitificar los efectos metonímicos de dichos significantes que tiñen de tragedia a la enfermedad.

Dice Gabriel Finkelstein en *Erotismo en la transferencia y contratransferencia en enfermedades crónicas y terminales*: “Cuando el paciente se interna por una dolencia orgánica no solo trae sus alforjas, sino que también porta su historia subjetiva, sus modos de vincularse con el otro. Ahora bien, los profesionales asistentes no solo portan los conocimientos médicos que ayudarán al enfermo en el proceso de la cura sino que también llevan sus propias historias subjetivas, sus propias características de **cómo vincularse con el otro**. Desde este punto de vista se generan situaciones transferenciales y contratransferenciales que interfieren los tratamientos médicos”. Freud en *Lecciones introductorias al psicoanálisis* plantea: “[...] la transferencia se manifiesta en el paciente desde el principio del tratamiento y constituye durante algún tiempo el firme apoyo de la labor terapéutica. No la advertimos, ni necesitamos ocuparnos de ella mientras su acción es favorable al análisis, pero cuando se transforma en resistencia nos vemos obligados a

mostrarle toda su atención y comprobamos que su posición con respecto al tratamiento ha variado por completo”.

Cuando el paciente transfiere su hostilidad al terapeuta, este sentimiento negativo tiene que ver con su angustia frente a la enfermedad. En cada caso, debemos ver qué cuestiones de la propia historia se ponen en juego cuando uno escucha el sufrimiento de ese paciente.

Numerosos autores previenen contra la tentación de aconsejar o consolar al paciente; buscar que una persona asuma su muerte es un proyecto innecesario. Es fundamental en este tipo de práctica el trabajo interdisciplinario. Pensar la clínica implica necesariamente el trabajo con otras disciplinas.

La interdisciplina rompe la autonomía profesional y lastima el narcisismo de ciertos profesionales que ejercen su saber de manera onnipotente. Su palabra, su diagnóstico, es el único válido y necesario.

La disciplina es una categoría que permite organizar el conocimiento científico. Cada disciplina delimita sus fronteras, utiliza una terminología específica, posee una técnica y una teoría propia. A partir de la creación de las universidades en el siglo XIX, y con el avance de las investigaciones científicas en el siglo XX, surge una organización disciplinaria que delimita e instaura notoriamente la división y la especialización de las ciencias.

Morín habla del “riesgo de la hiperespecialización del investigador” que puede llevarlo a excluir toda incursión que sea extranjera a su parcela de saber.

La interdisciplina da lugar a intercambios de métodos y técnicas. El prefijo *inter* lo ubicamos como nexo, y solo puede darse cuando los involucrados son expertos en su propia disciplina. Su práctica permite abordar una realidad más compleja. Para cada disciplina, su especialidad y su especificidad marcan su lectura y su aporte teórico dentro de un grupo interdisciplinario.

La visión que ese grupo de trabajo tenga del paciente, del alumno o de la realidad va a estar dada por el proceso de intercambio creador y generador de nuevas alternativas. Supone formas parciales de prefiguración de un movimiento que va de la ciencia poseedora de un objeto y un método a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas.

Marcel Proust afirmaba que *“Un verdadero viaje de descubrimiento no consiste en buscar nuevas tierras sino en tener una mirada nueva”*. Mirada que permita pensar en una estrategia terapéutica más integral del sujeto.

Pero como profesionales del campo “psi” nuestra lectura se basa en la escucha del paciente. Podemos trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales, podemos hablar de las características generadas a partir de hechos traumáticos que arrasan la subjetividad, pero **quien nos convoca tiene una historia particular que se pone en juego en la transferencia con ese analista y que hace que esa experiencia sea única e intransferible.**

El sujeto frente a la muerte

Freud continuó escribiendo hasta el final de sus días. En 1939, le recuerda a su médico la promesa que este le había hecho de ayudarlo a morir cuando la enfermedad lo devastara. Su hija Ana, su fiel compañera, fue informada de la voluntad de su padre. Su muerte se produjo por efecto de dos inyecciones de morfina. De esta forma dio fin a largos años de sufrimientos provocados por la enfermedad, que se desencadenó luego de la pérdida de una de sus hijas y de sus nietos. Respecto de estos duelos dijo; *“Me preparé durante años para la pérdida de mis hijos varones y ahora ha muerto mi hija, como soy profundamente ateo, no tengo a nadie a quien acusar y sé que no existe ninguna instancia a la que pueda uno elevar su queja...”*. Dos años después Freud comenzó a padecer trastornos cardíacos, y luego fue sometido a la primera operación de paladar, dando inicio a una infinidad de intervenciones que fueron agravando el cuadro.

Reponerse al impacto de la enfermedad y a sus secuelas son situaciones traumáticas que pueden desencadenar en una salida mítica. Hay una búsqueda de suavizar lo siniestro pensando que es una prueba de Dios a su enorme fe. La herida producida encuentra consuelo en la religión; en la idea de que hay un más allá de la muerte, donde se tendrá una vida despojada de sufrimiento.

Freud acelera su final, debido a que su escritorio se había transformado en una sala hospitalaria. La cama estaba cercada por una red ecilla que lo protegía de las moscas que se acercaban por el olor que emanaba de sus heridas. Su perro, fiel compañero, se apartaba de su lecho debido a este olor. Esto fue un indicador para Freud de su grave estado, sumado a los terribles dolores que la medicación no lograba calmar.

Ya hemos dicho que la muerte interroga al médico. Cuando se intenta adelantar un diagnóstico que incluye la fecha de la muerte (por ej.: “le quedan seis meses de vida...”) estos plazos más que favorecer la recuperación del paciente ponen un corte, anuncian un final, que resuena en el paciente y en su familia con un punto de “no retorno”, nada puede hacerse ante el inevitable final.

Pero el paciente no es su enfermedad, **sino un sujeto que padece una enfermedad**, y que como tal debe ser respetado.

Despersonalización del paciente

En algunos pacientes aparece la actitud de designarse por su enfermedad: **soy diabético**. Lo que define a estos pacientes es su enfermedad. En estos casos es importante subjetivar al paciente, porque como profesionales trabajamos con un **sujeto**, no con un **órgano enfermo**.

En la práctica, hay profesionales que designan al paciente por su padecimiento, “el paralítico cerebral”, “el sidoso”, “el distrófico”, “el diabético”, etc. La ideología que sustenta esta forma de ubicarse frente al enfermo pierde de vista al sujeto.

El diagnóstico nos permite saber las características de la enfermedad, su pronóstico y sus posibles manifestaciones, pero nada nos dice sobre su subjetividad. Todo paciente tiene una historia individual, familiar y social que lo singulariza y, por lo tanto, no puede ser reducido a su déficit. Se debe ir más allá de las “etiquetas diagnósticas” que encasillan y que nada dicen de la realidad de ese **ser sufriente**.

La internación hospitalaria borra la figura del médico de cabecera y coloca al enfermo frente a otros profesionales con los cuales puede establecer vínculos y alianzas que faciliten el tratamiento, o puede entablar una transferencia negativa que obstaculiza el proceso de cura y el control de la dolencia.

La clínica con niños

Existen patologías en las cuales la evolución hacia la muerte es lenta y paulatina. Frente a esta situación, y cuando se trata de niños pequeños, estos irán armando, a través de sus vivencias y de acuerdo con su edad, su propia representación de la muerte. El mayor miedo que ellos enfrentan es el miedo a sufrir o estar aún más enfermos, lo cual es vivido como una amenaza.

El trabajo clínico con este tipo de pacientes nos muestra que el niño presiente su muerte, a pesar del silencio familiar, y ante esto, optará por callar o por hablar con quien pueda escucharlo: su terapeuta, su maestra, generalmente un adulto en quien confía.

Se sienten culpables por ver sufrir a sus seres queridos, fantaseando que la muerte es el castigo por una falta cometida.

Es fundamental que conozcan cuál es el motivo de dicha internación. La posibilidad de contar en los hospitales con salas de juegos ayuda a ela-

borar activamente aquella situación sufrida pasivamente.

Freud dice en *Más allá del principio del placer*, “Los niños repiten en sus juegos todo aquello que en la vida les ha causado una intensa impresión y que de este modo procuran un exutorio a la energía de la misma, haciéndose, por decirlo así, dueños de la situación [...] Al pasar el niño de la pasividad del suceso a la actividad, el juego hace sufrir a cualquiera de sus camaradas la sensación desagradable por él experimentada, vengándose así en aquel de la persona que se lo infirió”.

Pero la internación del niño altera la dinámica familiar. La madre acompaña al hijo y esto provoca que los hermanos y el padre se sientan abandonados.

El siguiente caso clínico da cuenta de ello:

Una niña de 10 años de edad cronológica ingresa a una escuela domiciliaria por indicación de reposo posquirúrgico (operación de columna). Posteriormente le diagnostican Neurofibromatosis.

La neurofibromatosis 1 (NF1) es un trastorno hereditario en el cual se forman tumores (neurofibromas) en los tejidos nerviosos, que ejercen presión sobre los nervios afectados. Esto genera dolor y pérdida de la función en el área estimulada por dicho nervio. Es una enfermedad hereditaria: si cualquiera de los padres la padece, cada uno de sus hijos tiene un 50% de probabilidades de tener la enfermedad. Puede aparecer también en familias sin antecedentes previos de la afección.

En este caso no se contaba con antecedentes familiares sobre dicha enfermedad. La irrupción de la enfermedad marca un antes y un después en la relación familiar de estos padres con la hija enferma. La madre poco afectiva con la hija se relacionaba mejor con sus hijos mayores.

La joven deja de asistir al cuarto grado de la escuela primaria, ya que debe guardar reposo en su casa. Recibe entonces la asistencia de dos docentes domiciliarias, una encargada de trabajar los contenidos pedagógicos de las áreas de ciencias: sociales y naturales, lengua y matemáticas, y la otra docente del área artística (plástica).

El avance de la enfermedad pone en evidencia sus deficiencias en el rendimiento escolar: se evidenció bajo nivel atencional, desgano, pérdida de la memoria, etc. La enfermedad es vivida como una amenaza a su integridad corporal. Esta vivencia dejó marcas en su aprendizaje escolar y en su conducta. Ante el bloqueo producido en el aprendizaje se buscan nuevas estrategias pedagógicas. Se planifican actividades aplicando nuevas metodologías. Se comienza a trabajar con he-

ramientas didácticas como juegos de azar para efectuar operaciones numéricas, o juegos de ingenio en el área de lengua. Esto permitió un reacomodamiento y una canalización de la angustia surgida por la enfermedad, la cual era un obstáculo para la adquisición del conocimiento.

Los docentes de la institución encuentran que los métodos convencionales de enseñanza no son eficaces para esta púber de 10 años de edad.

En el área de educación plástica se implementa un proyecto artesanal y utilitario. Ante la ansiedad de una nueva intervención quirúrgica se comenzó a preparar a la alumna para su próximo paso, la internación en el hospital. Con telas, pinceles y pinturas la joven comienza a pintar las sábanas y fundas que luego usaría en su internación. Sus producciones fueron elogiadas por familiares y pacientes del hospital, quienes comenzaron a interesarse por adquirir sus trabajos. Esta actividad efectuada en conjunto con la madre les permitió compartir espacios y lugares únicos, por fuera de la relación con los hermanos. Esta recreación del vínculo fue buena para ambas.

La dificultad en la aceptación de la enfermedad generó en la familia angustia e inmovilidad en la obtención de las prótesis necesarias para su intervención.

En medio de esta situación circulan los docentes domiciliarios y hospitalarios, reflexionando sobre si sus propuestas pedagógicas son las esperables para cada niño/a en ese momento tan particular de su vida. Como agentes del área educativa cumplen también roles terapéuticos, su tarea trasciende lo meramente pedagógico. La implementación de técnicas lúdicas, la elaboración de planes de trabajo individuales para cada niño y la creatividad para modificar situaciones áulicas, sumadas a los conocimientos teóricos que poseen, hacen de su trabajo una actividad que se encuentra entre lo educativo y lo terapéutico.

Como dice Jerusalinsky: "[...] el papel del educador especial se despliega en una posición tal que se complica entre el cruce de demandas contradictorias y la insuficiencias de los métodos; y, como si no bastase con estas dificultades, la sociedad en su conjunto agrega las suyas propias. [...] Las modalidades de la enseñanza especial se van transformando de acuerdo con los procesos dinámicos internos del aprendizaje. En la educación especial y más aún en la pedagogía terapéutica, se definen, con cada vez mayor precisión, métodos interpretativos que permiten individualizar las variables efectivamente capaces de perturbar al niño y movilizarlo entonces en un sentido ascendente".³

El equipo interdisciplinario estuvo presente a lo largo de este proceso generando conciencia en la necesidad de vehicular rápidamente los dispositivos necesarios para su recuperación.

La sintomatología no solo aparece en quien padece la enfermedad; los hermanos también expresan sus angustias a través de manifestaciones clínicas como problemas de aprendizaje o de conducta en la escuela, trastornos psicosomáticos, etc. Soportan las demandas inconscientes de los padres, de lograr todo aquello que el hermano enfermo no va a poder realizar.

Se sienten dejados de lado y abandonados por los padres.

La situación emocional de los padres atraviesa diferentes períodos que van desde la sorpresa por el diagnóstico, la negación de la enfermedad y, en el mejor de los casos, la aceptación de sus efectos y secuelas.

Dice Grau Rubio: *"La primera reacción de los padres ante el diagnóstico de la enfermedad es de una gran conmoción que se manifiesta en respuestas de shock, incredulidad y aturdimiento, [...] Los tratamientos oncológicos infantiles provocan efectos desagradables, como náuseas, vómitos y caída del cabello, etc. Esta situación despierta angustia en los padres, hasta el punto de preguntarse si merece la pena hacer sufrir al niño".⁴*

A menudo se les plantea un dilema, deberán tomar decisiones sobre el tipo de tratamiento, el cuál es necesario para que su hijo se recupere, pero si este no tuviera éxito, habrán permitido que sufra en vano.

El temor o angustia de castración se manifiesta bajo la forma de una parte de su cuerpo seccionada. Aún cuando la internación fuera temporaria, esta genera el temor a morir.

La clínica nos demuestra que cuando se trata de niños, el silencio familiar frente a la proximidad de la muerte del hijo produce efectos.

Con cierta frecuencia, aparecen problemas de aprendizaje en la escuela, incluso no habiendo lesión neurológica. ¿Qué factores pueden impedir el aprendizaje?

Dice Sara Pain: *"Si consideramos el aprendizaje como una función que, especialmente en la infancia y la adolescencia, garantiza la conservación y expansión de las estructuras del sujeto y su adaptación a la transformación continua que le impone el crecimiento, consideramos el no-aprender como una disfunción o inhibición [...] En algunos casos el tabú del conocimiento está incorporado en forma de 'secreto'.⁵*

Respecto de esto Grau Rubio dice: *"Los sentimientos de culpa son debido a:*

a) Retraso en llevar al niño al médico, pensando que los síntomas eran los de una enfermedad común.

Los niños con leucemia tienen dolores óseos que se asocian al crecimiento.

b) *Piensan que ellos, de una manera u otra, son la causa de la enfermedad*”⁴.

Para los padres elaborar la muerte de un hijo es un proceso doloroso y de difícil resolución. El sentimiento de vacío que deja a veces se intenta llenar con la llegada de otro hijo, llegando en algunas ocasiones a designarlo con el mismo nombre. Ocupar el lugar y el nombre del hermano muerto produce secuelas.

Cambios en salud

La incorporación de *clowns* o payamédicos en los servicios hospitalarios permite un especial acompañamiento del paciente internado.

Uno de los fundadores de esta experiencia es el médico estadounidense Patch Adams, conocido por la película que lleva su nombre.

Adams visitó la Argentina en septiembre de 2013. Asistió al Hospital Neuropsiquiátrico Borda, y pintó allí un mural en conjunto con los internos. En una entrevista realizada por la radio de dicho nosocomio, relató su experiencia que comenzó en el hospital psiquiátrico donde estuvo internado producto de una fuerte depresión: **“Estuve internado tres veces en un año. Luego decidí que en lugar de matarme, debía hacer una revolución del amor”** (del artículo publicado por el diario *Página 12* del 19/8/2015 “Un payaso para cada hospital”). Esto muestra el valor del arte para el paciente enfermo, y para quien realiza dicha actividad en función de “ayudar al otro”.

El trabajo de los payamédicos no solo se limita a los hospitales pediátricos, funciona también en servicios de adultos, con excelentes resultados en la recuperación del paciente.

El lugar de la familia

Si bien a lo largo de este artículo he mencionado la situación que atraviesa la familia que acompaña al enfermo terminal, tomaremos algunas viñetas clínicas, para considerar algunos conceptos teóricos.

T. de 35 años, empleada de una peluquería dice: *“Mi marido se estaba muriendo... estaba en estado vegetativo, pero yo tenía que seguir trabajando, me ponía una coraza, solo pensaba que no podía darme, tenía dos hijas chicas a las que tenía que mantener y además un marido que necesitaba que le compre los medicamentos que no cubría la obra social... no podía darme el lujo de sentarme a llorar... así que seguí trabajando... el dolor lo llevaba adentro... mi trabajo me ayudó a salir adelante...”*.

A., 52 años, ama de casa, presenta fobias que le impiden viajar en medios de locomoción o permanecer en espacios cerrados: *“No puedo ir a la casa de mi padre, no puedo tomar colectivos ni tren... solamente puedo realizar viajes cortos en auto... esto empezó al mes de la muerte de mi madre... yo era muy pegada a ella... la cuidé durante toda su enfermedad... mamá sufrió mucho... tenía cáncer de mamas con metástasis en médula y pulmones. Iba casi todos los días en colectivo desde mi casa hasta la suya, viajaba más de dos horas porque mis hermanas se borraron... no me importaba que ellas no colaboraban, la veía tan contenta a mi mamá cuando yo llegaba para cuidarla... la extraño... Cuando se murió empecé a viajar tres veces por semana para atender a mi papá... al mes empecé con estas angustias... no puedo ir... no sé qué me pasa...”*.

J., 85 años, médico pediatra jubilado, solicita una entrevista diciendo que presenta una fuerte depresión, en la que manifiesta: *“Perdí a mi mujer hace cuatro meses, desde entonces mi vida no tiene sentido. Eramos muy unidos, ella también era pediatra, todo lo hacíamos juntos, yo tuve un ACV hace diez años, desde entonces me desplazo con andador, nos mudamos hace tres años para estar más cerca de mi hija que vive a 15 cuadras, igual mi hija casi nunca viene, mi hijo me llama todos los días pero no me visita, me siento solo, la única compañía que tengo es la señora que me ayuda y que viene todos los días por la mañana. Mi mujer era mi gran acompañante, compartíamos los amigos, la profesión, la vida, ahora no sé qué hacer, el día que se murió, llamé a la emergencia porque la vi mal, pero no pude acompañarla al sanatorio, fue mi hija en la ambulancia, cuando la llevaron había hecho un infarto, yo como médico debía estar allí, pero estas piernas no me responden, tendría que haberla acompañado, ahora siento que me quiero morir para estar con ella, mi vida no tiene sentido...”*.

Las experiencias relatadas son solo un recorte de las consultas que se producen a diario y como consecuencia del proceso de duelo producido por la pérdida de un familiar.

La soledad, la sensación de vacío, la sintomatología orgánica como consecuencia del impacto que significa perder a quien forma parte de nuestros afectos son algunas de las manifestaciones producidas.

La elaboración del duelo puede ser normal o patológica, en este último caso el sujeto pierde su deseo de vivir. Freud dice en *Duelo y Melancolía*: “El duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. Bajo estas mismas influencias surge en algunas personas, a las que por lo mismo atribuimos una

predisposición morbosa, la melancolía en lugar del duelo. [...] La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo...”.

Muerte digna

En un nuestro país se aprobó la ley de muerte digna que contempla la posibilidad de quitar la alimentación e hidratación cuando estas produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de un estado terminal irreversible e incurable.

Su implementación genera debates y cuenta con la oposición de algunos profesionales que se niegan a facilitar este proceso argumentando que no deben suspenderse los cuidados habituales a una persona enferma aun cuando los mismos solo prolonguen la lenta agonía del paciente.

¿Qué circunstancias llevan a una familia a solicitar la suspensión de la asistencia del paciente? La extrema angustia puede ayudar a tomar una decisión tan compleja.

Con cierta frecuencia los medios de comunicación se ocupan de relatar historias como la de C. (niña de tres años). Su madre relato así su padecimiento: *“Su estado vegetativo era irreversible, por eso pedimos que la dejen ir, C. nació muerta por una mala praxis. Los médicos la reanimaron durante 20 minutos, hasta que su corazón volvió a latir. Pero su cuerpo no respondió, respiraba solo porque estaba conectada a un respirador artificial, no hablaba, no veía, no escuchaba, no se movía, cuando entrábamos a la sala del hospital y la veíamos rodeada de cables, máquinas, luces sentíamos que era todo muy duro, y ahí caes en la cuenta que todo lo que soñaste durante los 9 meses del embarazo no va a poder ser. Después de un año de estudios un equipo de profesionales nos dio la noticia: es irreversible. Como padres pedimos a los médicos que la desconecten, pero ellos se negaron hasta la sanción de la ley de muerte digna...”*.

La familia efectúa el duelo por ese “hijo esperado” que no fue. Cuando puede recomponerse y ante la gravedad del caso busca una salida que ponga fin a tanto dolor.

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida del paciente y su tratamiento.

Es una modalidad de prestación que ayuda a los pacientes a disminuir su dolor frente a los síntomas y la angustia emocional que provoca una enfermedad grave.

Los cuidados paliativos están a cargo de un equipo interdisciplinario. Por lo general, estos equipos están compuestos por médicos especializados, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales y/u otros profesionales. Se incluye al paciente y a sus familiares, ya que todos sienten el efecto devastador de la enfermedad.

Es aconsejable comenzar este proceso en forma temprana, para apoyar al paciente ante las primeras modificaciones producidas por los efectos del tratamiento. Esta práctica puede realizarse en servicios hospitalarios o clínicas, o en el domicilio del paciente cuando este se encuentra en un proceso de internación ambulatoria.

El progreso científico hace posible curar enfermedades definidas anteriormente como incurables o letales. Las nuevas tecnologías médicas y el desarrollo de técnicas de reanimación permiten prolongar la vida de un paciente y diferir el momento de la muerte.

Es esperable que el Sistema Nacional de Salud tenga en cuenta estos aspectos y que dé respuesta a estos nuevos desafíos asistenciales.

Bajo esta modalidad se logra cierta mejoría del paciente en fases avanzadas de su enfermedad, y es un elemento cualitativo esencial; debiéndose garantizar un adecuado desarrollo en cualquier lugar y circunstancia.

Abordar todas las cuestiones teóricas que hacen a la clínica de pacientes con enfermedades crónicas y terminales es imposible, simplemente he intentado esbozar algunas líneas teóricas que posibilitan articular teoría y práctica.

Bibliografía

1. Mannoni M. Lo nombrado y lo innombrable - La última palabra de vida. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1997.
2. Tendlarz S, Motta G. Psicoanálisis y Sida. Ed. El Otro, Buenos Aires 1997.
3. Jerusalinsky A y col. Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1998.
4. Grau Rubio C. La integración escolar del niño con neoplasias. Ed. CEAC, Barcelona - España 1993.
5. Paín S. Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1986.

Bibliografía consultada

- Mannoni M. El niño, su enfermedad y los otros. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1984.
- Freud S. Obras completas. Ed. Amorrortu, Buenos Aires 2003.
 - Más allá del principio del placer.
 - Las perspectivas futuras de la terapia analítica.
 - Sobre el psicoanálisis silvestre.
 - Análisis terminable e interminable.
- Freud S. Obras completas, Tomo II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, España 1993.
 - Duelo y melancolía.
- Finquelievich G. Material sin publicar/Cátedra: Abordaje de Pacientes crónicos y terminales:
 - “Construyendo lo interdisciplinario en la práctica clínica”.
 - “Erotismo en la transferencia y contratransferencia en enfermedades crónicas y terminales”.
 - “Psicoterapia en la terminalidad”.
- Jeammet PH, Reynaud M, Consoli S. Manual de psicología Médica. Ed. Masson, Barcelona, España 1993.
- Morín E. La cabeza bien puesta. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 2002.

Baldomer Sommer (1857-1918) Contribución a la capacitación permanente en posgrado en medicina

Prof Dras Inés A Bores,¹ Amalia M Bores²

¹ Presidente Sociedad Argentina Historia de la Medicina AMA.

² Expresidente Sociedad Argentina Historia de la Medicina AMA.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

A finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, Baldomero Sommer realizó una decisiva contribución al conocimiento médico nacional y a los procesos de enseñanza y aprendizaje de la medicina.

Palabras claves. Baldomero Sommer, educación médica.

Baldomer Sommer (1857-1918) Contribution to permanent post-graduate training in medicine

Summary

During the end of the XIX century and the beginning of XX century Baldomero Sommer provided a decisive contribution of the medical knowledge national, the teaching and learning process of medicine.

Key words. Baldomero Sommer, medical knowledge.

Introducción

El desarrollo científico resulta de un proceso que, con creciente complejidad, adopta aportes y realiza combinaciones de nuevos conceptos, con el objetivo de resolver los problemas que plantea la realidad. Surge así un nuevo paradigma.¹

Baldomero Sommer (1857-1918) actuó en una época en la que se resolvió la etiología bacteriana y micótica de enfermedades cutáneas, desarrollándose, simultáneamente, eficaces recursos terapéuticos.

Todo ello determinó el reconocimiento de la dermatología como especialidad.

En este contexto Sommer se replanteó el paradigma existente.

Halló respuestas eficaces y simplificadoras a cuestiones específicas.

Actuó con liderazgo, motivación, capacidad organizativa y creatividad.

En el área educativa, obtuvo logros culturalmente significativos y el reconocimiento de sus pares.

El objetivo del presente trabajo científico es analizar las acciones de Baldomero Sommer, abordándolas desde distintas perspectivas: como médico dermatólogo, higienista, docente, socio fundador de instituciones de carácter científico que hasta el presente promueven la educación de posgrado y la capacitación permanente del equipo de salud (Asociación Médica Argentina, Asociación Argentina de Dermatología), las cuales también presidió.

Materiales y método

Con diseño retrospectivo y observacional se realizó con lógica inductiva análisis crítico de fuentes documentales editadas, libros y publicaciones científicas.

Desarrollo

Baldomero Sommer (21 de marzo de 1857 - 11 de abril de 1918) nació en Buenos Aires. Perteneció a una clase social acomodada que le permitió acceder a una esmerada educación.²

En el transcurso de su vida, nuestro país atravesó importantes transformaciones en lo social, político y económico.

En la década de 1880, el modelo agroexportador (república conservadora) impulsó profundas reformas:

- La federalización de la Ciudad de Buenos Aires en 1880.
- Aprobación en 1884, de la Ley 1420 de educación común, gratuita, laica y obligatoria, como factor de homogeneización en una sociedad con pluralismo cultural.
- Aprobación en 1885 de la Ley 1579 (Ley Avellaneda), que estableció en forma parcial la autonomía universitaria, configurando la Asamblea Universitaria y el Consejo Superior (como autoridades), con miembros electos por la comunidad universitaria. Se reservó al Poder Ejecutivo Nacional atribuciones legislativas, financieras y políticas.³
- De todo este proceso resultó la nacionalización de la Universidad de Buenos Aires en 1881.
- La Casa de Altos Estudios fue creada como Universidad Provincial el 12 de agosto de 1821.
- En 1881 luego de la creación del Colegio Nacional de Buenos Aires en 1863, se produce la nacionalización de la Universidad de Buenos Aires, quedando bajo la dependencia y dirección del gobierno nacional.⁴ Eso da lugar a un período de desarrollo institucional y modificación de planes de estudio y estatutos. En la esfera social, en tanto, en las postrimerías del siglo XIX e inicios del siglo XX arribó al país, una importante corriente migratoria, en su mayoría integrada por campesinos de bajo nivel socioeconómico, que no pudieron asimilar el proceso de modernización de Europa en vías de industrialización.

Se generó en los migrantes un circuito de pobreza-desocupación, insalubridad-enfermedad.

Como respuesta, entre 1880 y 1920, el pensamiento médico nacional se interesó por las enfermedades infectocontagiosas, emergentes del pauperismo (lepra, tuberculosis, sífilis, entre otras), adscribiendo así a la corriente higienista.⁵

Sommer se graduó en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires en 1884, en

un contexto científico influenciado por el positivismo, corriente filosófica centrada en las ciencias naturales, el método experimental y el evolucionismo.^{6,7}

Durante su formación profesional asistió a la Casa de Aislamiento (hoy Hospital Muñiz) en el período 1882-1884.

Esta experiencia lo orientó hacia el estudio de las enfermedades cutáneas.

Para perfeccionarse en la materia emprendió un viaje a Europa. Dado su dominio de varios idiomas (entre ellos el danés paterno y el alemán materno) siguió los cursos clínicos e histológicos dictados en la Escuela de Dermatología de Viena, liderada por Ferdinand Von Hebra (1816-1880) y luego por Moritz Kaposi (1897-1902). Esta se caracterizó por contrarrestar los excesos de las teorías internistas sobre la etiología de las afecciones cutáneas y por auspiciar las terapéuticas tóxicas".

Los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales incorporados determinaron en Sommer la necesidad de ratificar los diagnósticos presuntivos con estudios complementarios y de capacitarse permanentemente para actualizarse con novedades científicas.

En 1885, de regreso al país es designado jefe de Enfermedades de la Piel y Venéreo Sifilíticas del Círculo Médico Argentino y del Hospital de Niños.⁸

Quienes como él realizaron perfeccionamiento en Europa observaron la agrupación de profesionales en Sociedades Médicas para fomentar el intercambio de ideas y la discusión sobre aportes originales, y al regresar al país difundieron estas novedades.

Así, el 6 de septiembre de 1891 se creó la Sociedad Médica Argentina, actual Asociación Médica Argentina (AMA), y fue presidente de la primera Comisión Directiva el Dr. Emillo Coni (1855-1928).

Sommer participó activamente como asistente a las sesiones preparatorias, y ejerció la presidencia de la institución médica en el período 1897-1899.

Durante su gestión se efectivizó la mudanza a la calle Victoria 1131, en 1898, y se organizó la primera conferencia a cargo de un profesor extranjero en la sede societaria. Se llevó a cabo el 6 de octubre de 1898, y disertó sobre "El muermo" el Prof. Edmond Nocard (1850-1903), colaborador de Louis Pasteur (1822-1895).⁹

En esta época de grandes transformaciones se creó la Cátedra de Dermatología, Venereología y Sifilología en la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (marzo 1892, decano el Prof. Dr. Mauricio González Catán (1823-1895). El Poder Ejecutivo (presidente Dr. Carlos Pellegrini (1846-1906)) designó profesor titular de la misma a Baldomero Sommer.

La materia se cursaba en el cuarto año de Medicina, por disposición de la Academia de Medicina. El primer curso ("Dermatología y afecciones venéreo sifilíticas") se dictó en el Hospital San Roque, actual Hospital Ramos Mejía.¹⁰ Las prácticas se realizaban en la Sala y en el Consultorio Externo.

Como docente, Sommer publicó numerosos trabajos científicos con aportes originales y confeccionó el Programa Oficial de la Asignatura en 1893.¹¹ Las clases teóricas se apoyaban en láminas a color, como el Atlas de Enfermedades Cutáneas de Hebra, y fotografías de casos clínicos.

Como recurso didáctico innovador en nuestro medio, implementó el Museo de Modelados de cera, con el objetivo de favorecer la observación tridimensional (con tamaño y color natural) de las lesiones cutáneas conocidas hasta el momento. Se basó en el Museo de Modelados "Moulages", realizado por el artista Baretta para el Hospital de Saint Louis de París, Francia.

Interesa recordar que en el Primer Congreso Internacional de Dermatología y Sifilología, realizado en París en 1889 (en el marco de la celebración del Centenario de la Revolución Francesa), se analizaron, debatieron y resolvieron varios temas sobre las enfermedades cutáneas, resultando la especialidad formalmente reconocida.

La piel es definitivamente comprendida como un órgano con funciones propias, y como tal es capaz de presentar enfermedades. Se abandonó finalmente el concepto de valorarla solo como recubrimiento del cuerpo.

En este significativo evento académico se presentaron modelados de cera, en colores, de afecciones cutáneas.

La representación tridimensional constituyó un gran avance sobre los dibujos, acuarelas y óleos que integraban las colecciones de hospitales universitarios. Entre ellas se destacaban las acuarelas que Ferdinand von Hebra (1816-1880) agrupó para la primera Clínica de Dermatología de la Universidad de Viena.

El profesor vienés publicó un *Atlas de Enfermedades Cutáneas* (1856-1876), en diez entregas, de 174 páginas de texto con 104 láminas con transparencias superpuestas de la Kaiserliche Akademie der Wissenschaften, que contaba con las ilustraciones de Antón Elfinger (1821-1864) y de Karl Hertzmann (1836-1896), médicos dermatólogos que trabajaban en su servicio. La obra representaba la totalidad de las enfermedades cutáneas conocidas hasta el momento. Muy valorada, fue utilizada por Sommer para sus clases.

En el Hospital de Saint Louis de París se creó el Museo en 1865, compuesto por acuarelas y moulages. El artista Pierre Jules Baretta (1834-1923) reali-

zó para este alrededor de 1800 modelados entre los años 1867 y 1894. Su obra se caracterizó por el gran realismo de las piezas. Utilizó para ello una técnica de su creación, aplicando los colores entre las capas de cera.¹² Ya el hombre prehistórico había apreciado la miel y la cera, que utilizó como ofrenda a los dioses. En el Antiguo Egipto esculturas confeccionadas en cera, no mayores de 20 cm de altura, acompañaban al difunto en sus tumbas. Los griegos también trabajaron este material, como lo atestiguan modelados que representaban distintas partes del cuerpo humano, presentadas como ofrendas al dios de la medicina, Asclepio, en el templo erigido en su honor en Epidaurio siglo IV AC. En Italia se confeccionaron máscaras mortuorias de personajes ilustres.

En el siglo IX la cera adquiere un destacado papel en el culto cristiano: por considerarse a la abeja un insecto asexuado, lo elaborado por ella también sería puro, por lo tanto la cera fue utilizada para confeccionar velas.

Es en el Renacimiento Italiano cuando se desarrolló el arte del modelado de cera (se lo conoce como ceroplastia).

Los grandes maestros orfebres y escultores realizaban en este material el modelo inicial para luego confeccionarlo en otro (bronce, mármol, piedra, terracota). En los siglos XIV y XV se elaboraron exquisitos medallones en cera que reemplazaron a los confeccionados en madera o piedra.

Y en el siglo XVII las escuelas médicas comienzan a sustituir las figuras realizadas en marfil o caoba por modelados de cera, moulages anatómicos con representación tridimensional del objeto de estudio, que resuelven así el problema que presentaba de la preservación del cuerpo humano.

Las escuelas de moulages o modelados guardaban celosamente los pasos y materiales utilizados en la confección artística.

Se conoce que el preparado anatómico disecado era inicialmente copiado en cera de calidad inferior. Se sacaba luego un molde de yeso, o matriz, que se rellenaba con cera blanca (de China o de Venecia) a la que para mejorar la maleabilidad se incorporaban distintas sustancias (trementina y otras).¹³

Entre los artistas, Gaetano Giulio Zumbo o Zumbo (Siracusa 1656- París 1701) se destacó en la realización de modelados anatómicos y de figuras religiosas confeccionados en cera. Este abate jesuita siciliano estudió anatomía humana en la Universidad de Bolonia. Se interesó particularmente en las etapas que atraviesa el cuerpo humano en el proceso de la descomposición cadavérica. Fue famosa la cabeza anatómica presentada en la Academia Real de Ciencias de Francia en 1700. Esta obra determinó que el rey Luis XIV le permitiera impartir clases públicas de Anatomía.¹⁴

En esta línea de trabajo el artista italiano Pierre Jules Baretta causó admiración a quienes asistieron a la exhibición de sus modelados, por la fidelidad lograda.

Así Sommer, que representó a nuestro país en el Primer Congreso Internacional de Dermatología y Sifilología realizado en París en 1889, al ver la obra incorporó este revolucionario recurso didáctico en su curso de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.

La forma en que se representa lo observado guarda relación directa con la condición socio-económica y tecnológica cultural dominante en un período de tiempo determinado.

En un largo proceso que se inicia en 1825 nace la fotografía cuando Nicephore Niépce (1765-1833) investiga cómo fijar imágenes proyectadas en el fondo de una cámara oscura.

Obtuvo la heliografía con la copia de un grabado del siglo XVII *Hombre llevando un caballo*. Un año más tarde en 1826, logra la primera fotografía permanente positiva *Punto de vista desde la ventana en Le Gras*.¹⁵

Llegaron luego el daguerrotipo y el calotipo, hasta que en 1888 el norteamericano George Eastman (1854-1932) logra la cámara de carrete con película enrollable para revelar.¹⁶

En el ámbito científico la primera fotografía fue un daguerrotipo del sol, en 1845.

Alfred Donné (1801-1878) publicó en 1845 su obra *Cours de Microscopie*, primer Atlas Microscópico de Elementos y Fluidos Corporales, con 86 microfotografías.¹⁷

En 1864 Alexander John Balmano Squire (1836-1908) aplicó la fotografía a la dermatología y publicó en series desde 1864 a 1866 *Fotografías coloreadas de la vida de las enfermedades de la piel*.

Sommer, en el contexto de estas veloces transformaciones, se interesó por interactuar con instituciones científicas internacionales con el objetivo de capacitación y actualización permanente.

Participó como secretario en la Primera Conferencia Internacional sobre Lepra, efectuada en Berlín en 1897. En 1906 presidió junto a los doctores Carlos Malbrán (1862-1940) y José Penna (1855-1919) en la Primera Conferencia Nacional sobre Lepra, y actuó como delegado por el gobierno argentino en la Segunda Conferencia Internacional sobre Lepra, realizada en Bergen.

Se dedicó al estudio de la leishmaniasis, que con el nombre de buba, Pian Frambuesia describió, diferenciándola de la tuberculosis, micosis y sífilis.

Dirigió la Asistencia Pública de Buenos Aires en 1914, y fue vocal del Consejo del Departamento Nacional de Higiene.

En el Servicio a su cargo se efectuaron las primeras aplicaciones en el país de salvarsanoterapia en el tratamiento de la sífilis, pues actuó como presidente de la Comisión que la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires designó a tal efecto el 9 de noviembre de 1910 (aplicación del 606 en Anfiteatro del Hospital San Roque (actual Ramos Mejía).

Integró el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires en 1906.

La Academia de Medicina lo designó académico en 1912, ejerciendo el cargo de secretario de la misma en 1917.

Como hombre público, en 1907 se lo nombró Comisionado Municipal, y en 1908 y 1910 concejal.

Presidió la Comisión Argentina organizadora del Congreso del Frío que se efectuó en París en 1908.

Adoptó e introdujo paradigmas europeos en nuestro ámbito y así lideró al grupo de médicos que fundaron el 21 de agosto de 1907 la Sociedad Dermatológica Argentina, luego Asociación Argentina de Dermatología y Sifilología, actual Asociación Argentina de Dermatología.

Sommer la presidió desde su fundación siendo reelegido hasta su fallecimiento en 1918.

Introdujo innovaciones técnicas como nieve carbónica, fisioterapia, lámpara de mercurio, galvanocauterio.¹⁸

Conclusiones

El análisis crítico de lo precedente permite considerar a Sommer como un actor extremadamente valioso en el desarrollo del pensamiento científico nacional.

Intervino en diferentes escenarios y abordó los problemas relativos a la salud, la enfermedad y la prevención, construyendo transformaciones concretas, con el objetivo de mejorar la educación médica y la salud pública.

Como docente se orientó en modificar el sistema de recursos didácticos utilizando no solo como herramientas láminas, atlas y fotografías, sino que introdujo la visualización tridimensional de afecciones cutáneas en tamaño natural y a color en modelados de cera.

Realizó el Programa Oficial de la Asignatura, sistematizando y organizando la clasificación de las afecciones cutáneas para facilitar los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

Propició el desarrollo de avances científicos tecnológicos mediante el estímulo de la observación, la confección de historias clínicas detalladas, y la ratificación de diagnósticos presuntivos con estudios de laboratorio e histopatológicos.

Incorporó fisioterapia, lámpara de mercurio, galvanocauterio, nieve carbónica, cumpliendo el objetivo de desarrollar en los estudiantes competencias procedimentales, conceptuales y actitudinales.

Fue uno de los iniciadores de la Escuela Dermatológica de la Universidad de Buenos Aires.

Autor de numerosos trabajos científicos con aportes originales, participó en organizaciones educativas dedicadas al equipo de salud con el objetivo de lograr la capacitación permanente: Asociación Médica Argentina; Asociación Argentina de Dermatología.

Su labor contribuyó a posicionar a la Dermatología argentina entre las más destacadas escuelas de la especialidad.

Las autoras agradecen al profesor Dr. Eduardo Bumashny por el *Tratado y atlas de las enfermedades de la piel y venéreas*, en dos tomos, del autor Karl Zieler Prof. universitario y director de *Clínica y policlínica universitarias de enfermedades de la piel y venéreas*, en Wurzburg, cuarta edición, corregida y aumentada, con 171 figuras en el texto y 358 figuras en color distribuidas en 196 láminas. Versión española por los doctores Augusto Navarro Martín y Julio G. Sánchez-Lucas, 1939. Editorial Labor S.A. /Buenos Aires.

En el presente Atlas constan los modelos de cera empleados para la confección de la ilustración del presente artículo.

Ilustraciones:

Lámina en colores confeccionadas según modelos de cera del Sr. Baretta. París.

Zieler K. *Tratado y atlas de las enfermedades de la piel y venéreas*, en 2 tomos. Atlas. Buenos Aires. Edit Labor S. A. Argentina. 1939.

Figura n° 1. Lámina 30. *Psoriasis gyrata y serpiginosa.*



Figura n° 2. Lámina 97 - A) *Esporotricosis verrugosa.* B) *Esporotricosis epidérmica.*

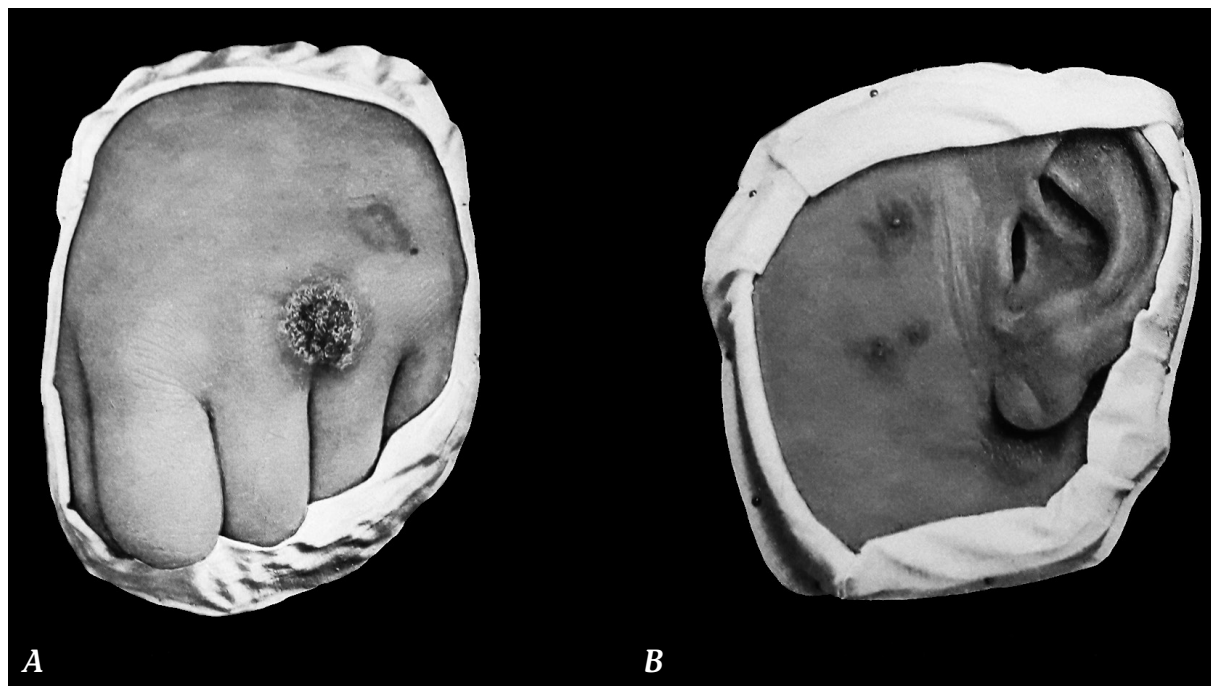
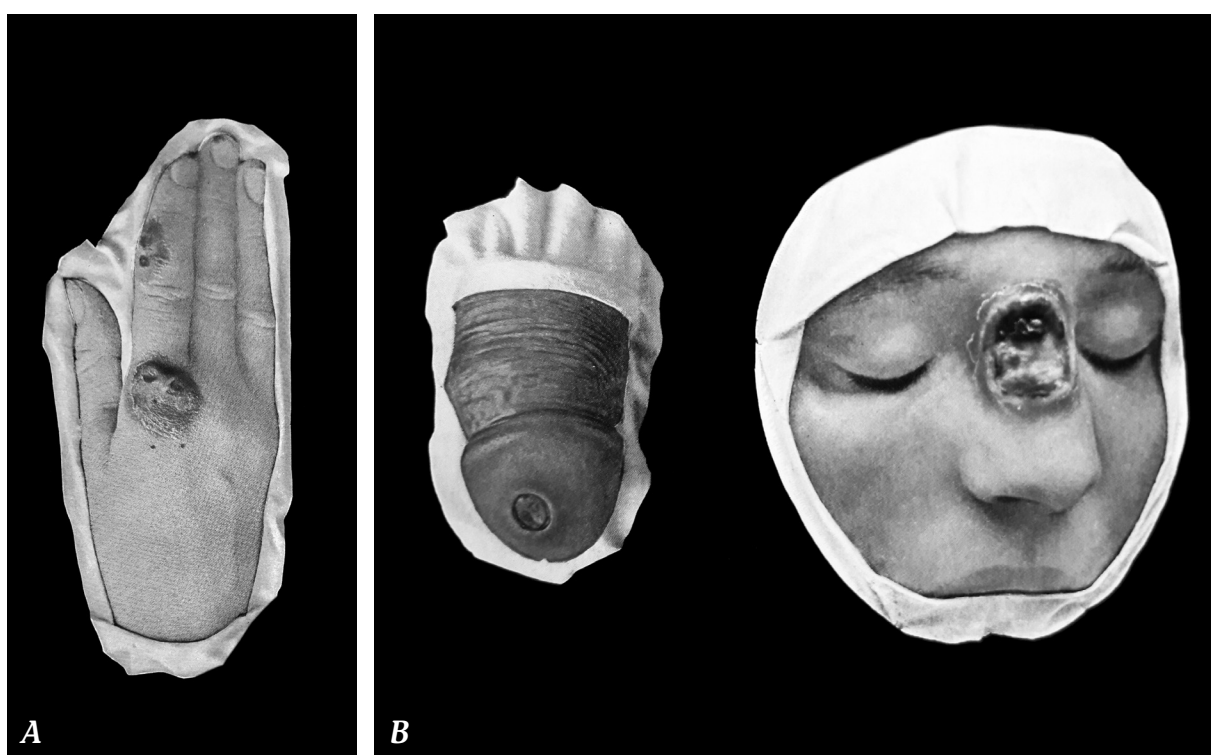


Figura n° 3. Lámina 149 A) y B) *Lepra tuberculosa*.



Figura n° 4. Lámina 185 A) *Sífilis gomosa*. B) *Sífilis gomosa del glande (reinduración)*.



Bibliografía

1. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires 1988: 20-32.
2. Greco N. Historia del desarrollo de la Dermatología y Sifilografía en la República Argentina. La Semana Médica. 1944; tomo cincuentenario: 357-453.
3. Puigrós A. Qué pasó en la educación argentina. Breve historia desde la conquista hasta el presente. Galerna, Buenos Aires 2003: 79-83.
4. Castello A. De la Universidad Jesuítica a la Universidad Liberal. Rev. Todo Historia. Agosto 1979; número 147: 9-20.
5. Acerbi Cremades N. Reflexiones Históricas. Una mirada histórica. Rev. de Salud Pública. Ed. Esp. Noviembre 2013; 1: 68.
6. Ramallo J. Historia de la política educacional argentina. Braga, Buenos Aires 1989: 102-103.
7. Zuretti JC. Breve historia de la educación. Edit. Claridad, Buenos Aires 1988: 261-264.
8. Greco N. *Op. cit. supra*, nota 2.
9. Álvarez A. La Asociación Médica Argentina cumple sus 50 años de vida. En Cincuenta años de vida de la Asociación Médica Argentina. Asociación Médica Argentina, Buenos Aires 1941: 1-7.
10. Grinspan D. Sinopsis histórica de la dermatología argentina. Congreso Argentino de Dermatología, Buenos Aires 1990: 3-4.
11. Bores A, Bores I. Consideraciones sobre la historia de la clasificación de las enfermedades dermatológicas. Rev. AMA. Marzo 2015; vol 128: 26-29.
12. Moulage, en Wikipedia. Disponible en: <https://en.wikipedia.org/wiki/moulage>
13. Bazarte Martínez A. Historia. Cuando la cera se humanizó para el estudio de la anatomía. Disponible en: [www.azc.uam.mx.art-hist-06](http://www.azc.uam.mx/art-hist-06)
14. Gaetano Giulio Zumbo, en Wikipedia. Disponible en: https://en.wikipedia.org/wiki/gaetano_giulio_zumbo
15. Ehring F. Ilustración Científica en Dermatología. Cinco Siglos de Historia. EDIKA MED, Barcelona 1995; Tomo I: 11-15.
16. Bores A, Bores I, Bortz J et al. Alejandro Posadas (Buenos Aires 1870 - París 1902). Introdutor de recursos didácticos en los procesos de enseñanza y de aprendizaje en los estudios médico quirúrgicos en la Universidad de Buenos Aires. Rev. AMA. Marzo 2018; vol. 131: 4-9.
17. Sánchez O. Fotografía. Curiosidades en medicina. Rev Med Rosario 2014; 80: 12.
18. Greco N. *Op. cit. supra*, nota 2.

Prevención de Estrés y *Burn-Out* en el Equipo de Salud

Dra Mariela Elisa Borgarello

Abogada (UBA). Especialista en Derechos de Propiedad Intelectual.

Docente e Investigadora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Buenos Aires, Argentina.

Curso Universitario de Medicina del Estrés y Psiconeuroinmunoendocrinología Clínica. Asociación Médica Argentina, Universidad Maimónides, Sociedad Argentina de Medicina del Estrés.

Resumen

El objetivo de este trabajo es difundir la Ley N° 2578 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) del 06/12/07, promulgada por decreto N° 09/008 del 07/01/08, publicada en BOCBA N° 2.850 del 15/01/08, relativa a la creación del "Programa de Prevención, Detección Precoz y Rehabilitación del Estrés Laboral Crónico de los Trabajadores de la Salud". También hacer algunas consideraciones sobre esta enfermedad y destacar al síndrome de Burn-Out como resultado de un estrés laboral crónico que se desarrolla en los ambientes laborales del equipo de la salud.

Palabras claves. Ley N° 2.578, estrés, Burn-Out del equipo de salud, seguridad del paciente.

Stress prevention and Burn Out in health team

Summary

The purpose of this work is to spread Law C.A.B.A. N° 2.578 regarding the creation of the Program for the Prevention, Early Detection and Rehabilitation of Chronic Labor Stress of Health Care Workers of Autonomous City of Buenos Aires. Also make some considerations about this disease and highlight Burn Out syndrome as result of chronic work stress that develops in the work environment of the health team.

Key words. Law N° 2578, Stress, Burn-Out Health Care Workers, safety patient.

Introducción

Burn-Out es un síndrome que es resultado de un estrés laboral crónico que no ha sido manejado en forma satisfactoria.

El objetivo de este trabajo es:

1) Intentar que se amplíe la mirada relativa al Burn-Out a partir del conocimiento y difusión de la Ley C.A.B.A. N° 2578, cuyo propósito es apuntar hacia la prevención, detección temprana del Síndrome de Desgaste Ocupacional y su rehabilitación, para el cuidado del Equipo de Salud.

2) Contribuir a una mayor comprensión y echar luz sobre el tema, para priorizar y fomentar que el concepto de salud sea aplicable también a quienes cuidan.

Mi interés sobre el estudio y la investigación del Burn-Out laboral se inició a partir de la lectura de la publicación "Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud – Alertas y recursos" de la médica psiquiatra Dra. Elsa Wolfberg.¹ Nuevas lecturas y el generoso aliento del Dr. Gabriel Oscar Fernández, de la Sociedad Argentina de Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional (SAMT) de la Asociación Médica Argentina (AMA), me impulsaron a profundizar sobre estos factores que atraviesan transversalmente a la sociedad. El presente trabajo es resultado de todas estas inquietudes.

Consideraciones de la OMS

Desde el 28/05/19, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el síndrome de Burn-Out se encuentra incluido en la Revisión N° 11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11) y lo considera un fenómeno ocupacional (occupational phenomenon).²

Correspondencia. Dra Mariela Elisa Borgarello
Correo electrónico: mariela.borgarello@gmail.com

La Clasificación ICD-10 incluía al *Burn-Out* entre los “problemas relacionados con dificultad en el control de la vida”, pero sin definirlo con el nivel de detalle de la nueva versión (ICD-11).³

La Revisión N° 11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11) incorporó el *Burn-Out* en el capítulo referido a “Factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con servicios de salud, que incluye los motivos por los cuales las personas contactan a los equipos de salud pero que no están clasificados como enfermedades o afecciones médicas”.

La OMS caracterizó al *Burn-Out* Laboral en tres dimensiones, a saber:

- a) Sentimientos de reducción de la energía o agotamiento,
- b) Mayor distancia mental del trabajo: sentimientos de negatividad o cinismo,
- c) Reducida eficacia profesional.

Se advierte en esta terminología un marcado énfasis en lo que el trabajador siente, percibe y experimenta, con el agravante de que, en el caso específico del equipo de salud, los pacientes podrían resultar nuevas víctimas del *Burn-Out* o Síndrome de Desgaste Laboral Crónico.

Por otra parte, se destaca que la OMS aclara que el concepto de *Burn-Out* se refiere en forma específica al ámbito del trabajo, y no debiera ser utilizado para describir experiencias en otras áreas de la vida.

La OMS se encuentra en camino a desarrollar pautas basadas en la evidencia sobre bienestar mental en los lugares de trabajo” (Evidence Based Guidelines on Mental Well-Being in the Workplace), las que seguramente van a contribuir a difundir la idea de prevención de los daños que el estrés y el *Burn-Out* ocasionan en todo tipo de trabajador, en especial en los del equipo de salud, tal como claramente surge de la discusión de los términos de la Ley CABA N° 2578, que no obstante ser muy anterior a la inclusión del síndrome en la ICD N°11, abordó ese tema.

Ley CABA N° 2578 y su debate legislativo

Creación del Programa de Prevención, Detección Precoz y Rehabilitación del Estrés Laboral Crónico de los Trabajadores de la Ciudad.

DESPACHO 835

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Visto:

El Expediente 835-D-2007, de autoría del diputado Fernando Melillo, por el que solicita la creación del Programa de prevención, detección precoz y rehabilitación del Estrés Laboral Crónico de los trabajadores de la salud, y

Considerando:

Que los índices epidemiológicos que distintas investigaciones señalan acerca de la morbilidad o aparición de enfermedades a edades cada vez más tempranas en los trabajadores de la salud son muy significativos. Entre sus causas principales podemos mencionar la caída del valor social del trabajo asistencial en nuestro país, la sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes a cargo, la carencia de recursos, la presión horaria, la merma en las retribuciones y estímulos de distinto tipo. Se reconocen como factores inherentes a experimentar sufrimiento y estrés laboral: la naturaleza de la tarea, la variable organizacional e institucional, la variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social) y la variable individual (características del agente, como edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad).

Que el síndrome de desgaste es denominado por los norteamericanos como *Burn-Out*. Es padecido, entre otros, por los trabajadores de la salud los cuales, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobreexigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente su calidad de vida e indirectamente la calidad de sus funciones. En el comienzo aparece ansiedad, fatiga, irritabilidad –signos por lo general advertidos no por el mismo profesional o agente sino por colegas, familiares o amigos– para finalmente “quemarse” lo, que puede ser leve, moderado, grave y extremo en su potencialidad de llevar a la muerte. Sintéticamente, las características principales descritas por Maslach (1981) son: a) cansancio y desgaste emocional, desvitalización, pérdida de energía tanto psíquica como física; b) actitudes de irritabilidad, agresividad, impaciencia, suspicacia e intolerancia con colegas, compañeros de trabajo, y eventualmente pacientes (esto último es muy visible en la sobrecargada área de Enfermería); c) pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional, desmotivación, pérdida de la autoestima laboral, deserción y abandono de tareas.

Que a estos síntomas se les asocian somatizaciones que van desde trastornos funcionales a lesionales según el grado de avance del problema: trastornos cardiocirculatorios y accidentes cerebro-vasculares, depresión, tendencia al suicidio, alcoholismo, adicciones, insomnio, hipertensión arterial, cefaleas, trastornos articulares y musculares, entre los más relevantes. Por lo señalado se evidencia que el *Burn-Out* causa limitaciones a las potencialidades y riqueza personal. Es un estado de no esperanza. Encararlo firmemente permite reencender las potencialidades creativas. Por eso se proponen planes de tipo preventivo, de desarrollo y preservación de la salud, o en

los casos en que el síndrome ya está presente, tratar de aminorar sus efectos. Con tal objetivo se encaran programas de Capacitación y Educación para la Salud con el objetivo de desarrollar recursos de afrontamiento a los factores de riesgo del desgaste, como uno de los recursos idóneos y eficientes que la comunidad sanitaria puede implementar.

Que la situación asistencial puede resultar generadora de angustia tanto para el paciente como para el equipo que se desempeña en los establecimientos del sistema de salud. El objetivo principal de este proyecto es, por un lado, cumplir con lo establecido por la Ley Básica de Salud y, por el otro, cuidar a los que cuidan. Para el existencialismo la situación humana tiene la siguiente configuración: el hombre está en medio de su circunstancia que, a su vez, forma un horizonte y consiste de objetos y de otros hombres, así como de otras circunstancias. Es lo que habitualmente se llama medio. En el Proceso, de Kafka, el aparato, la técnica ya es omnipresente, pero falla. Y el protagonista, Josef K., conserva restos de humanidad y, por lo tanto, será triturado inhumanamente por el engranaje del aparato. Afortunadamente, todavía nos rebelamos y no nos rendimos, como sí lo hace Josef K.

Que la necesidad de interacción y respaldo de los compañeros de trabajo es importante en el aspecto laboral de un agente de salud, cualquiera sea la tarea que desempeñe. Este elemento social de nuestras necesidades psicológicas se manifiesta tanto en nuestra vida personal como en el rol laboral, cuando lo hacemos en una Institución. En los ambientes donde es mayor la frecuencia de agentes "quemados", los mismos se encuentran y/o sienten aislados de sus pares la mayor parte de su jornada laboral y experimentan muy a menudo soledad y alienación. Cuando esto no se afronta, es cuando aparecen los sentimientos de desvalimiento y depresión. Por otro lado, en las áreas de alta incidencia de desgaste, el momento en que los agentes están juntos lo dedican casi exclusivamente a hablar de los pacientes o de las problemáticas con las autoridades de la institución en la que trabajan. Además, existe otro peligro y es aquel en que el paciente pasa también a ser una víctima más del Desgaste Laboral Crónico.

Por lo expuesto, esta Comisión de Salud aconseja la sanción de la siguiente:

LEY 2578

Artículo 1°. La presente ley tiene por objeto la prevención, detección precoz y la rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico de los empleados que se desempeñan en los efectores de los tres subsistemas de salud en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco de la Ley 153 - Ley Básica de Salud y la Ley 2152 - Ley de Educación Comunitaria para la Salud.

Art. 2°. A los efectos de esta ley se entiende por Desgaste Laboral Crónico al síndrome de agotamiento físico, emocional y/ o intelectual en trabajadores de los efectores de salud que se desempeñan directamente con personas, en relación con el afrontamiento de estresores ocupacionales crónicos, con manifestaciones a nivel individual y/o colectivo y/o organizacional y/o institucional y la interacción entre las mismas.

Art. 3°. La autoridad de aplicación de la presente ley es la autoridad máxima con competencia en salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o la autoridad que la reemplace en el futuro.

Art. 4°. La autoridad de aplicación creará un programa orientado a incorporar, en la ejecución de las políticas públicas, prácticas que fomenten el desarrollo de la capacidad de abordaje de situaciones adversas individuales, compartidas o colectivas, organizacionales e institucionales sobre los factores que puedan generar la aparición del síndrome de desgaste laboral crónico.

Art. 5°. A los fines de la implementación de la presente ley se deberán respetar los siguientes lineamientos:

a) Implementar todas aquellas prácticas que fomenten el desarrollo de acciones de promoción y prevención en el campo de la salud mental y física de los agentes del área de salud.

b) Conformar grupos operativos interdisciplinarios que tengan como objetivos fortalecer el intercambio entre pares en los lugares de trabajo, fomentar la red de apoyo social, la reflexión grupal con identificación de los estresores por servicio y la elaboración de estrategias para su afrontamiento en la prestación de los servicios, sin fines terapéuticos ni de sobreadaptación. Con carácter obligatorio, de frecuencia periódica y dentro del horario laboral.

c) Capacitar continuamente en Educación Comunitaria para la Salud a fin de evitar la aparición de síntomas (prevención primaria), la reaparición de los mismos (prevención secundaria) o su agravamiento (prevención terciaria) y actualizar a los trabajadores de la salud para un mejor manejo en la estimulación de técnicas de abordaje de determinadas situaciones y la mejor comprensión de la cultura organizacional en la que se encuentran insertos.

d) Identificar desde el Ministerio de Salud y demás responsables del resto de los subsectores la eventual presencia de factores de riesgo potencialmente y/o estresores por servicio generadores de Desgaste Laboral Crónico, así como de la capacidad de estimulación de los factores protectores individuales y/o compartidos para el análisis, estudio y la implementación de las medidas necesarias en los factores institucionales u organizacionales que contribuyan a minimizar la problemática.

e) Realizar la actualización especializada de todos los trabajadores de la salud, a fin de promover la concientización de la problemática, en todos los ámbitos y la formación de agentes aptos para la prevención y/o detección de recaídas de las patologías resultantes del desgaste laboral.

f) Generar datos estadísticos sobre casos registrados, incidencia, características, y otros que sean insumo de información para la toma de decisión de las medidas preventivas, de tratamiento y/o de rehabilitación correspondiente a los trabajadores afectados.

Art. 6°. La autoridad de aplicación debe verificar el cumplimiento de los objetivos de la presente ley que deben implementar a su costo los subsectores de la seguridad social y privados de conformidad a lo indicado en el Capítulo II de la Ley 153.

Art. 7°. Los gastos que demande la implementación de la presente ley se imputarán a la partida presupuestaria correspondiente.

Art. 8°. Comuníquese, etc.

Sala de la comisión: 6 de noviembre de 2007.

ACUÑA, María Soledad; BALTRON, Beatriz y MOUZO, Dora.

SUPPA, Ana María, en disidencia parcial.

Se deja constancia de que la reunión de la comisión se llevó a cabo con quórum suficiente, en el marco del Artículo 144 del Reglamento Interno.

WOLANIK, María. Directora General de la Comisión de Salud.

Sr. Presidente (Santiago de Estrada). Tiene disidencias y una observación del diputado Jorge Enríquez. Se retiran las disidencias y las observaciones.

LEY N° 2578

Sanción: 06/12/2007

Promulgación: Decreto N° 09/008 del 08/01/2008

Publicación: BOCBA N° 2.850 del 15/01/2008

Discusión

Entendemos que el enfoque de la ley reúne una serie de importantes elementos a considerar atento que “el desgaste, el escepticismo y los consiguientes sentimientos de ineficacia experimentados por las personas que sufren agotamiento extremo suelen ser una experiencia compartida en respuesta a factores laborales estresantes y deberíamos encuadrarlos como un problema del sistema de salud y no solo como un problema individual”.⁴

Se destaca que la Ley CABA N° 2578 se encuentra vigente, y a la fecha no se tienen evidencias de su reglamentación.

También entendemos el enfoque del tema desde una perspectiva del “Derecho Humano a la Salud”⁵ en su faz preventiva respecto de un grupo vulnerable, con el fin de promover el control de la salud y

el bienestar en el ámbito del trabajo del equipo de salud.

El término “vulnerable” se utiliza como adjetivo para hacer referencia a una persona o cosa que puede ser dañado o recibir lesiones, bien sea físicas o morales. La palabra vulnerable es de origen latín *vulnerabilis*, una palabra formada por *vulnus* que significa *herida* y el sufijo *-abilis* que expresa posibilidad, por lo tanto, es la posibilidad de ser herido.⁶

El derecho a la salud para todas las personas significa que, todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando los necesita y donde los necesite.

Se destaca que Ley N° 2578, en su artículo 2, prevé:

“A los efectos de esta ley se entiende por Desgaste Laboral Crónico al síndrome de agotamiento físico, emocional y/o intelectual en trabajadores de los efectores de salud que se desempeñan directamente con personas, en relación con el afrontamiento de estresores ocupacionales crónicos, con manifestaciones a nivel individual y/o colectivo y/o organizacional y/o institucional y la interacción entre las mismas”.

Finalmente, creemos que es necesario propiciar intercambios de opiniones entre todos los implicados, para que este tema y los contenidos de la ley se difundan e instalen en la Agenda de Salud nacional y provincial.

Tal como se señaló, la reciente Revisión N° 11 de Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestra que es un tema vigente y preocupante, que merece una mirada atenta y responsable.

En definitiva, tal como lo sostuvo quien fuera la directora general de la Organización Mundial de la Salud, Dra. Margaret Chan:

“Esta es la cara humana de vuestra agenda. Los mayores beneficios se obtendrán probablemente con la prevención, pero debemos sentirnos igualmente obligados a actuar ante todo sufrimiento humano innecesario, cualquiera que sea su causa”.⁷

Conclusiones

Los trabajadores de la salud pueden llegar a padecer un estrés laboral crónico por diversas causas o factores que se manifiestan en la enfermedad o afección conocida como síndrome de Burn-Out (desgaste ocupacional).

La Ley N 2578 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) fue pionera en esta materia y señala que además involucra tanto los derechos del trabajador como los derechos a la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se expidió sobre este tema, una década después, y en sus acciones y estrategias observamos que coincide con los lineamientos ofrecidos en esta ley.

A partir de la toma de conciencia de esta delicada problemática y de la gravedad de ignorar un tema fundamental, entendemos que debiera plantearse la forma de institucionalizar y jerarquizar eficazmente las conductas de prevención y autocuidado de todos los implicados en una trama que afecta no solo a los agentes de salud: impacta en toda la sociedad.

Es necesario difundir estos conceptos con el fin de concientizar a la comunidad, tanto población como autoridades, para que reduzcan los riesgos que desencadenan esta enfermedad y que, finalmente, repercuta en la población en general.

Aclaración. Conferencia dictada el 20 de agosto de 2019 en la Asociación Médica Argentina en la Sesión Científica de la Sociedad Argentina de Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional (Presidente: Dr. Gabriel Fernández).

Agradecimientos. Al Dr. Ricardo Jorge Losardo (médico legista y sanitarista) por sus aportes y contribuciones en la redacción final de este trabajo. Al Dr. Héctor Rubineti, Profesor de Psiquiatría y Psicología, Presidente de la Sociedad Argentina de Salud Vial (SASSI) de la AMA, quien aportó su enfoque y enriqueció la conferencia.

Bibliografía

1. Wolfberg E. Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud. Alertas y recursos. Vertex 2003; 14: 268-279.
2. OMS. Salud Mental. Quemar un “fenómeno ocupacional”: Clasificación Internacional de Enfermedades. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
3. Gálvez Herrer M. Burnout según la OMS. Clasificando el sufrimiento. Humanizando los cuidados intensivos, 2019. Disponible en: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/burnout-segun-la-oms-clasificando-el-sufrimiento/>
4. Montgomery A, Panagopoulou E, Esmail A, Richards T. Burnout en el personal sanitario. BMJ 366: 4774. Intra-Med, 2019. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=94726>.
5. Ghebreyesus TA. La salud es un derecho humano fundamental. OMS. Centro de prensa, 2017. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
6. Significado de vulnerable. Disponible en: <https://www.significados.com/vulnerable/>
7. Chan M. La prevención es la mejor opción para hacer frente a las enfermedades no transmisibles. OMS. Directora General, 2010. Disponible en: https://www.who.int/dg/speeches/2010/ncdnet_forum_20100224/es/

FE DE ERRATAS

En la edición impresa de la Revista de la Asociación Médica Argentina, Volumen 132 - N°2, del mes de junio de 2019, se publicó el trabajo del Dr. Carlos Mario Boccia titulado “*Situación de las Guías Gold 2018*”.

En dicho trabajo se incluyó por error involuntario un subtítulo que no corresponde al mismo.

Donde dice:

“Enfermedades genéticas del surfactante pulmonar. A propósito de un caso clínico: clínica, radiología, estudios y diagnóstico diferencial”.

No debiera haber subtítulo alguno.

Quedan hechas las salvedades.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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:

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

2. MATERIAL ILUSTRATIVO

- 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.
- Figuras y gráficas: en negro, con las mismas características de identificación que para las fotografías.
- 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.



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

