

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



VOLUMEN 125
NÚMERO 3
SEPTIEMBRE DE 2012

EDITORIAL

- 3 ¿Qué es la medicina regenerativa?
Prof Dr Fortunato Benaim

NOTICIAS SOCIETARIAS

- 5 Segundo acto de Homenaje a los Médicos Militares y civiles del frente de Guerra de Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur
- 17 Cambio de Autoridades de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 25 Envejecimiento y salud
*Prof Dr Elías Hurtado Hoyo,
Prof Dr Miguel Falasco*

ACTUALIZACIONES

- 30 Algunos aspectos fisiológicos de la selección sexual
Dr Arturo A Arrighi
- 34 ¿Se debe considerar al Dengue una Enfermedad Profesional?
Dres Ariel Rossi, Vanina Chaparro Jalil

RECORDATORIO

- 38 Dr Rodolfo Mazzariello

3/2012

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2012

I.S.S.N. 0004-4830

Fundada en agosto de 1891

Inscripta en el Index Medicus: BIREME O.P.S.

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 Honorario de la Asociación Médica Argentina

Dr. Francisco Javier Romano (M.H.N.)[†]

Dr. Luis Julio González Montaner (5235)

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente

Dr. Elías Hurtado Hoyo (7390/5)

Vicepresidente

Dr. Miguel Falasco (10179/6)

Secretario General

Dr. Miguel A. Galmés (16619/1)

Prosecretario

Dr. Jorge Gorodner (9128/8)

Secretario de Actas

Dr. Roberto Reussi (12263/1)

Tesorero

Dr. O. L. Molina Ferrer (10571/8)

(En uso de Licencia)

Protesorero

Dr. Vicente Gorrini (15732/4)

Vocales Titulares

Dr. F. Juan Domínguez (33933/5)

Dra. Nora Iraola (12435/5)

Dr. Carlos Mercáu (33207/4)

Dr. Gustavo Piantoni (13208/5)

Vocales Suplentes

Dr. Armando E. Guglielminetti (7063/4)

Dr. León Turjanski (5926/1)

ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA: Dr. Tomás Andrés Cortés (11601) - Dr. Eusebio Arturo Zabalúa (13710) - Dr. Bernardo Yamaguchi (23340) - Dr. Enrique Francisco E. Labadie (6268) - Dr. Abraham Lemberg (3498) - Dr. Jorge Mercado (14146) - Dr. Hugo Pablo Sprinsky (20953) - Dr. Rodolfo Jorge Bado (14711) - Dr. Walter Adrián Desiderio (23227) - Dr. Luis Hilarión Flores Sienna (25137) - Dra. Analía Pedemera (14795) - Dr. Alejandro Jesús Diz (16497) - Dr. Néstor Carlos Spizzamiglio (16929) - Dra. Rosa Álvarez de Quantín (11264) - Dr. Carlos Mosca (15076) - Dr. Héctor A. Morra (15183) - Dr. Luis Romero (11227)

TRIBUNAL DE HONOR

Miembros Titulares

Dr. Eduardo Abbate (9314/1), (M.H.N.)

Dr. Ángel Alonso (10896), (M.H.N.)

Dr. Leonardo H Mc Lean (6885/4), (M.H.N.)

Dr. Manuel L Martí (7683/0), (M.H.N.)

Dr. Víctor Pérez (5314/4), (M.H.N.)

Dr. Román Rostagno (9807/5), (M.H.N.)

Miembros Suplentes

Dr. Mario Bruno (12357/4), (M.H.N.)

Dr. Germán Falke (31714/5), (M.H.N.)

Dr. Horacio López (14518/5), (M.H.N.)

Dr. Daniel López Rossetti (21392/59), (M.H.N.)

Dr. Juan J. Scali (27242/0), (M.H.N.)

Dra. Lidia Valle (16932/3), (M.H.N.)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dra. L. Nora Iraola (12435/5), (M.H.N.)

Dr. Juan C. García (36953/5), (M.H.N.)

Dr. Horacio A. Dolcini (9951/5)

Dr. Jorge F. Yansenson (12478/1), (M.H.N.)

Dr. Miguel Vizakis (35379/9)

Miembros Suplentes

Dr. Fabián Allegro (29815/5)

Dr. Alberto Lopreato (15535/4)

Dr. Pedro Mazza (7635/2), (M.H.N.)

Dr. Pedro Morgante (38065/1)

Dr. Juan J. Solari (5920/7), (M.H.N.)

Secretario del Tribunal

Dr. Heraldo Nelson Donnewald (9043/3)

Asesor Letrado Honorario

Dr. Hernán Gutiérrez Zaldívar (31864/5), (M.H.N.)

Asesor Letrado Alterno

Dr. Carlos do Pico Mai (M.H.N.)

Escribana

Sra. María Cristina Soler

Relaciones Institucionales

Lic. Fernando Portiglia Tade

Administrador

Sr. Guillermo E. Couto

Biblioteca

Dr. Rodolfo Maino (9399-5), (M.H.N.)

REVISTA

Director

Dr. Alfredo P. Buzzi (5287/9), (M.H.N.)

Subdirector

Dr. Horacio López (14518/5)

Secretarios

Dr. Miguel Ángel Falasco (30590/1)

Dr. Daniel Carnelli (32927/2)

Dra. Betina Dwek (29909/5)

Producción Gráfica

Sr. Raúl Groizard

Sr. David Maidana

LAS FOTOGRAFÍAS FUERON REALIZADAS
POR EL FOTÓGRAFO INDEPENDIENTE

Sr. Enrique Mourgués

Revista de la Asociación Médica Argentina - Volumen 125, número 3 de 2012. Editor responsable: Asociación Médica Argentina.

Director: Dr Alfredo P. Buzzi. Domicilio legal: Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Dirección Nacional del Derecho de Autor: N° 294.953



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 125 - Nº 3 SEPTIEMBRE DE 2012

EDITORIAL	¿Qué es la medicina regenerativa? <i>Prof Dr Fortunato Benaim</i>	3
NOTICIAS SOCIETARIAS	Segundo Acto de Homenaje a los Médicos Militares y Civiles del frente de Guerra de Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur	5
	Cambio de Autoridades de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica	17
ARTÍCULO ORIGINAL	Envejecimiento y salud <i>Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, Prof Dr Miguel Falasco</i>	25
ACTUALIZACIONES	Algunos aspectos fisiológicos de la selección sexual <i>Dr Arturo A Arrighi</i>	30
	¿Se debe considerar al Dengue una Enfermedad Profesional? <i>Dres Ariel Rossi, Vanina Chaparro Jalil</i>	34
RECORDATORIO	Dr Rodolfo Mazzariello	38

¿Qué es la medicina regenerativa?



Prof Dr Fortunato Benaim

Antes de abordar el Tema específico de la **Medicina Regenerativa**, y como medio para apreciar los alcances futuros de este nuevo recurso terapéutico, haremos, a ma-

nera de introducción, una rápida referencia a la constitución de nuestro organismo, y a los grupos de patologías que alteran sus funciones y sus estructuras.

El organismo humano, al igual que muchos otros de la escala zoológica, está formado por Aparatos (Respiratorio, Digestivo, Circulatorio, Urogenital); Sistemas (Nervioso, Endocrino, Músculo-esquelético, Locomotor, Linfático) y por los Órganos de los Sentidos (Visión, Audición, Olfato, Gusto y Tacto).

A su vez, tanto unos como otros, están constituidos por **órganos** (Pulmón, Hígado, Estómago, Riñón, etc.) y éstos por **Tejidos** de variable combinación celular en sus estructuras.

A las **células** que forman los tejidos se las denomina **células diferenciadas**, indicando con ese nombre que ya alcanzaron su desarrollo y cumplen una función específica.

Por otra parte, otro importante grupo celular es el que responde a la designación de **células madre** que se caracterizan porque pueden transformarse en **células diferenciadas** y por eso se llaman también "**pluripotenciales**".

Esto significa que a partir de una **célula madre** puede lograrse una **célula diferenciada** como las que integran los tejidos, las cuales reciben nombres específicos para cada uno de ellos.

Así las células de la capa más externa de la piel se denominan "queratinocitos", las células de los músculos, "miocitos"; las del cartilago, "condrocitos"; las del hígado, "hepatocitos"; y la lista puede continuarse con los nombres que se adjudican las células que componen cada tejido.

Cuando alguno de los procesos llamados **patológicos** actúa sobre el organismo, altera la función del órgano o tejido afectado, y si su acción es muy intensa, llega a alterar su **estructura**, es decir, su **composición celular**.

Del grupo de procesos patológicos que pueden provocar estas alteraciones, sólo nos referiremos a los "**procesos degenerativos**", es decir, a aquellos

que producen un **desgaste** progresivo de las células, llegando en ocasiones, cuando la enfermedad es crónica, a la destrucción de la estructura afectada.

La Terapéutica actual cuenta con el recurso del **Trasplante** para reemplazar un órgano o un tejido dañado cuando se lo considera **irrecuperable**.

Todo **Trasplante**, sea de un órgano o de un tejido, exige un **dador**, al cual se lo llama **donante**.

En el caso de los **tejidos**, el donante puede ser el mismo paciente (el caso del trasplante de piel) y a ese procedimiento se lo llama "autoinjerto". Cuando se trata de un **órgano**, se apela a donantes **homólogos**, es decir, a individuos de la misma especie.

Se reserva el nombre de "heterólogos" cuando el tejido o el órgano procede de un animal. Por ejemplo, el injerto de piel porcina es un trasplante heterólogo.

Las técnicas de **trasplante de órganos** se ven supeditadas a la disponibilidad de "donantes", y en el caso de **trasplante de piel**, por ejemplo, cuando la destrucción de ese tejido es muy extensa, las "zonas dadoras" del paciente son escasas y no son suficientes como para satisfacer las necesidades que exige la superficie a cubrir. Estas limitaciones fueron estímulo para buscar otros recursos que permitieran el reemplazo del órgano o tejido dañado.

Desde mediados del Siglo pasado la investigación aplicada a la Medicina fue perfeccionando técnicas de Laboratorio para lograr "**cultivar**" distintos tipos de células y así "**regenerar**" tejidos. Si tomamos como ejemplo el "cultivo de piel", en el año 1975 investigadores norteamericanos de Boston (Green y col) lograron reproducir en el Laboratorio las células de la epidermis (queratinocitos), obteniendo **láminas** que posteriormente fueron utilizadas para aplicar como **injertos** para reparar sectores de piel destruidos por quemaduras profundas. En nuestro país, en el año 1991 utilizamos por primera vez este recurso en un paciente gravemente quemado y en el año 1992 nuestra Fundación inauguró el Primer laboratorio para Cultivo de Piel en el país. Estos cultivos se realizan tomando una pequeña porción (biopsia) de piel sana del paciente (para graficarlo suele decirse "del tamaño de una estampilla") y mediante técnicas de laboratorio muy estrictas. Al cabo de 30 días se logra obtener una cantidad de **láminas epidérmicas** en cantidad suficiente como para cubrir extensas áreas corporales.

Al **cultivo celular puro** se fueron agregando otras innovaciones como la de crear una “**matriz**” o “**esqueleto**” utilizando diversos materiales llamados “**biodegradables**”, es decir, que una vez implantados son reabsorbidos por el organismo.

Sobre este “esqueleto” o “matriz”, que por carecer de células se los llama “**acelulares**” (a = partícula privativa), se “siembran” las células que se desea cultivar para obtener como producto final el **tejido** que se propone reemplazar.

Este conjunto de nuevas técnicas dio origen a lo que se conoce como “Ingeniería de Tejidos” o “Bioingeniería”.

Un paso más es el que significó utilizar las “células madre” para generar las nuevas células, orientando su diferenciación hacia la célula específica que se desee obtener mediante técnicas de laboratorio.

Estos avances son los que dieron nacimiento a lo que se llama “Medicina Regenerativa”, vale decir la posibilidad que existe hoy de **generar nuevos tejidos** desarrollados a partir de las “células madre”. Estas células se encuentran en la médula ósea y también en el tejido celular (tejido adiposo). Se las extrae mediante procedimientos quirúrgicos, se las procesa en el Laboratorio con diferentes técnicas según el tipo de tejido que debe repararse y luego se aplican al paciente en la región que requiere tratamiento.

Como ejemplo práctico, para ilustrar mejor lo que significa hoy la Medicina Regenerativa, menciona-

remos el tratamiento que se aplica a una de las afecciones frecuentes en las articulaciones: es la que produce el **proceso degenerativo** de los cartílagos llamado “**artrosis**”. La Medicina Regenerativa ofrece hoy como tratamiento para esa patología, la acción de “células madre” extraídas de la médula ósea del paciente, que una vez procesadas en el laboratorio se inyectan en la articulación afectada, para que generen nuevo cartílago (condrocitos).

En el caso de la **piel**, las nuevas técnicas buscan generar en el Laboratorio, combinando matrices y cultivo celular, la piel completa, es decir, no sólo la epidermis, como la que se obtiene con el cultivo de los queratinocitos, sino ambas capas: dermis y epidermis.

Igualmente, nuevos estudios están logrando obtener, utilizando estas técnicas de Bioingeniería en Laboratorios Especializados, tejidos complejos y el objetivo más ambicioso, la producción de órganos.

El futuro será testigo de estos logros y así la Medicina Regenerativa permitirá el reemplazo de órganos y tejidos sin necesidad de recurrir a donantes.

Prof Dr Fortunato Benaim

Académico de número, Academia Nacional de Medicina.

Vice Decano, Facultad de Ciencias de la Salud - UCES.

Prof Honorario de Cirugía, Facultad de Medicina - UBA.

Prof Consulto en Cirugía Reparadora, Facultad de Medicina - USAL.

Presidente de la “Fundación del Quemado Dr Fortunato Benaim”.

Segundo Acto de Homenaje a los Médicos Militares y Civiles del frente de Guerra de Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur

El 14 de mayo de 2012 tuvo lugar en el Salón Mariano Castex de la Asociación Médica el Segundo Acto de Homenaje a los Médicos Militares y civiles del frente de Guerra de Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, que incluyó también la distinción a los miembros del Equipo de Salud que participaron en los eventos de 1982.

Para dar inicio al evento la Banda del Regimiento Uno de Patricios, dirigida por el Maestro Tomás Obregón, interpretó el Himno Nacional Argentino y la Marcha de Malvinas.

Recibieron a los homenajeados en el Estrado el Sr Presidente de la Asociación Médica Argentina, Prof

Dr Elías Hurtado Hoyo, su Vicepresidente, el Prof Dr Miguel Falasco, el Sr Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Académico José Antonio Navia, el Sr Decano de la Facultad de Medicina (UBA), el Prof Dr Alfredo Patricio Buzzi, y el Sr Coordinador de la Salud de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Salud, el Dr Carlos Apestegui.

Palabras del Sr Presidente de la Asociación Médica Argentina, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo

Para la AMA es un acto de alto sentido humano. Sres galardonados, sus familiares y toda la



Banda de Regimiento Uno de Patricios

NOTICIAS SOCIETARIAS

Comisión Directiva aquí presente me han pedido que os transmita nuestra máxima y sincera admiración, acompañada con un profundo respeto por vuestro heroico comportamiento ante la convocatoria a la Guerra del Atlántico Sur. Los homenajeamos humildemente a Uds, no a la guerra en sí ya que nos oponemos terminantemente a este tipo de actitudes confrontativas, violentas. Como pueden observar, por la conformación del estrado, deseamos que este acto sea interpretado como un Homenaje de casi toda la Medicina Argentina. Las figuras que me acompañan aceptaron compartir con entusiasmo este reconocimiento. Están presentes en el mismo el Prof Dr José Navia, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, el Prof Emérito Dr Alfredo Buzzi, Decano de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, el Prof Cons Dr Miguel Falasco, nuestro Vicepresidente, y relacionado con Uds, el Dr Carlos Apestegui, actual Coordinador de Salud de las Fuerzas Armadas. Por sus roles representan a los médicos asistenciales, científicos, universitarios e investigadores. Además, tened presente que todos vuestros compañeros de guerra, los Miembros Honorarios Nacionales que designamos en el 2002, hoy son también parte de los que os reciben y homenajean.

Porque muchos de Uds vienen de distintas regiones de la patria y es la primera vez que se acercan a esta casa, haré una muy breve reseña de nuestra institución. La AMA se funda en 1891 con el único objetivo de hacer educación de posgrado en Ciencias de la Salud. Mencionaré sólo a dos de sus 117 fun-

dadores cuyos nombres grafican nuestra historia. A Juan B Justo, cirujano, introductor de la esterilización, y a la primera mujer médica del país, Cecilia Grierson, ideóloga de la enfermería de La Nación. Nuestro primer presidente fue Emilio Coni a quien se lo conocía como “el médico de las ciudades”, pues se dedicó a que se controlase la calidad del agua y se construyesen cloacas en varias ciudades como Mendoza, Santa Fe y otras, para combatir las epidemias gastrointestinales de la época con gran mortalidad. Hace 100 años presidía la AMA una figura muy conocida por la ciudadanía, más como escritor que como médico, me refiero al psiquiatra José Ingenieros, autor de *El Hombre Mediocre*, sobre quien nuestro amigo Víctor Massud, lo refería como uno de los más grandes filósofos argentinos.

El primer número de la Revista de la AMA se editó en 1892. Su primer Director fue Leopoldo Montes de Oca; otro de los Directores fue el Premio Nobel Bernardo Houssay, quien trabajó en esta casa por más de 45 años; de acá salió a dirigir el CONICET; también otro de los Premios Nobel, su discípulo, Luis Federico Leloir, actuó en estos mismos salones por veinte años; luego pasó a dirigir la Fundación Campomar. El actual Director desde hace más de 8 años es el Decano de la Facultad de Medicina de Bs As, el Prof Emérito Alfredo Buzzi, quien nos acompaña en el estrado.

En los primeros días de enero del 2001 navegábamos de Buenos Aires a Mar del Plata en la Fragata Libertad, invitados por el Almirante Joaquín Stella



Dres Elías Hurtado Hoyo, Miguel Falasco, Alfredo P Buzzi, José A Navia, Carlos Apestegui

y por el Capitán de Navío Guillermo Keuneke. Estábamos en la proa con nuestro amigo y verdadero instigador para que aceptase viajar, el Dr Antonio Rodríguez, conversando con el CN Juan Carlos Neves y el CN Méd Arturo M Gatica, el cual en las intimidades del diálogo nos relató sus vivencias de las intervenciones quirúrgicas que tuvo que realizar en las Islas Georgias mientras estallaban las balas a su alrededor, su posterior prisión en el navío Canberra, su integración activa al Equipo de Salud inglés y el decoroso trato que recibió. De todo ello lo que más nos impactó fue cuando nos relató que lo dejaron en Montevideo, y que su regreso a la patria fue casi ocultado. Cuánto simbolismo para resumir toda una guerra cuánta negación hacia los que fueron a combatir. Hicimos un silencio, nos miramos con Antonio y al unísono decidimos hurgar en el pasado, en nuestra historia. Tenía la medicina una deuda grande con los hombres de la salud que habían participado en la contienda. Todos nos comprometimos a hacer un Acto Homenaje para el 2002 con motivo de los 20 años del episodio bélico.

La idea inicial fue homenajear a todo el Equipo de Salud en sus distintas ramas, pero eran muchos para hacerlo en nuestra pequeña casa, la AMA, la casa del médico. Por ello pensamos que rindiendo

un homenaje a los Médicos Civiles y Militares que estuvieron en el frente de guerra lo hacíamos a todo el Equipo de Salud que estuvo afectado al mismo, independientemente del lugar físico en el que les tocó actuar (islas, barcos, continente), e independientemente de la profesión. Hoy, a los 30 años, hemos ampliado la convocatoria a otras ramas de las Ciencias de la Salud teniendo muy en claro que no se puede hacer una buena Atención de la Salud sin su imprescindible presencia.

Me parece oportuno volver a relatar lo que pasaba en el continente mientras se desarrollaba la batalla, que hace también a la historia, y que probablemente fue poco difundido. Al inicio de la acción bélica, presidía la AMA don Francisco Romano. Era abril y tuvimos cambio de autoridades asumiendo la presidencia don Carlos Reussi. Vino una delegación de médicos peruanos a nuestra sede. Se entrevistaron con la Comisión Directiva. El objetivo de su viaje era para dar apoyo incondicional y ponerse a disposición para lo que se necesitase. Es más, algunos médicos peruanos se ofrecieron para ir al Frente de Guerra para colaborar en la asistencia de los probables heridos. Posteriormente fuimos recibiendo también la adhesión de las distintas asociaciones médicas y científicas de los distintos países hermanos



Vista Salón Principal

latinoamericanos. Terminada la contienda y para agradecer estos gestos, Reussi creó la Asociación Médica Latinoamericana, con sede permanente en la AMA, que generó varias Jornadas Científicas. En las mismas, además del intercambio del conocimiento, nos permitió entrelazar los vínculos espirituales que unía a nuestros pueblos. Se designó como su Primer Presidente al Dr Ruiz Reyes de Puebla (México).

Otro hecho de gran trascendencia fue que a partir de esa lucha en las Islas se generó una corriente geopolítica de un gran intercambio científico-educativo latinoamericano de niveles impensados anteriormente. Se crearon asimismo numerosas sociedades y asociaciones latinoamericanas de distintas especialidades donde se vuelcan las investigaciones de estas latitudes. Fue un descubrirnos y valorar los líderes de opinión que había en nuestro mundo hispano lusoparlante. No dejamos de concurrir a los centros del hemisferio norte (América-Europa), pero hoy es normal que en todos los eventos compartamos la presencia invalorable de nuestros hermanos latinoamericanos.

Pero lamentablemente teníamos un hermano en discordia. No me he cansado de señalar y de preguntar en las distintas ciudades de Chile como Santiago, Valparaíso, Iquique, Concepción y otras, con quien más se pelea uno. En su casa, y las ma-

yores peleas, son con sus propios hermanos. Y todos los chilenos sin distinción así lo entendieron. Por iniciativa de Reussi comenzamos a viajar a Chile desde 1984 generando hasta la fecha un vínculo permanente de hermandad científica y humana. Una vez más la medicina haciendo de embajadora sin cartera anticipándose a los actos de los gobiernos.

Si bien el primer acto para los 20 años de Malvinas tuvo un valor emotivo muy alto, lo que más recuerdo de él fue lo que me comentaron en el *cocktail* muchos de los médicos. Me señalaron que varios colegas se habían suicidado, que otros todavía tomaban medicación psicoestabilizadora, y que otros aún se despertaban bruscamente ante las explosiones de las bombas que aún no lograban borrar de sus recuerdos. Sres, la guerra no termina cuando se plantea el armisticio. Quedan para siempre las secuelas de guerra que afectan al combatiente, a sus familias y al país de por vida. Esto, amigos, lo tengo gravado con fuego en mi espíritu. Mi familia y yo sufrimos estas secuelas. Yo nací en España en plena Guerra Civil Española. Cuando miro hacia atrás compruebo el daño que nos dejó, pero gracias a Dios esta tierra nos abrió los brazos.

Desde el punto de vista interinstitucional es muy interesante comentar también alguno de los lazos científicos, educativos y sociales que unen a la AMA con vuestras organizaciones. Lo primero a tener pre-



Recibe Plaqueta el Sr Gral Brigada Marcelo Gutiérrez

NOTICIAS SOCIETARIAS

sente es la numerosa cantidad de nuestros socios que actúan dentro de la Sanidad Militar. Probablemente el Convenio más antiguo se hizo hace unos 40 años con el Instituto Nacional de Medicina Aeronáutica y Aeroespacial que firmó el Cmo Diego Lentino. Hace unos cuatro años nuestra Sociedad, de igual nombre que vuestro Instituto, y creada en esa época a su pedido, convocó a los jóvenes pilotos que tuvieron el triste privilegio de disparar los *Exocet*. El relato de las vivencias de ese momento y las consecuencias en su salud psíquica posterior permitieron comprender la dureza de vuestra profesión. Los otros Convenios me tocó firmarlos personalmente y han permitido afianzar las relaciones. Ellos fueron con el Hospital Militar Central firmado con el Gral San Dr Félix Domínguez, con el Instituto de Enseñanza Superior del Ejército, el IESE, firmado por el Gral Miguel Ángel Sarni, y con la Dirección General de Sanidad Militar firmado por el Gral Rodolfo Campos, que implica que todos los médicos de su fuerza puedan Recertificar con nuestro querido y prestigioso CRAMA. Asimismo, deseo agradecerles los beneficios secundarios espontáneos que surgieron, como ser los firmados con el IOSE y con DIBA, que permiten que nuestros socios, sus familias y nuestro personal puedan utilizar sus beneficios sociales.

Para la organización de este Acto se contempló que estuviesen representadas sin distinción todas las

áreas de los diferentes ámbitos de nuestra ciencia, sea a través de la Comisión de Homenaje, por la presencia de nuestros socios vinculados a vuestra segunda profesión, la Sanidad Militar, y por los numerosos amigos civiles que compartimos.

Sres Militares y Civiles de la Sanidad que estuvieron en el Frente de Guerra de Islas Malvinas, Georgias y Sándwich del Sur, deseo que conozcan, por el valor intrínseco histórico, que el concepto de Equipo de Salud está incluido en nuestro Estatuto de 1891, el cual siempre permitió que fuesen socios de la AMA todos los profesionales universitarios relacionados a la Salud. Hoy homenajearemos, además de médicos civiles y militares, a enfermeras e instrumentadoras del Rompehielos Almirante Irizar, a bioquímicos y farmacéuticos. La distinción que les otorgamos, la de Miembro Honorario Nacional, es la más alta que nuestra Institución entrega. Permítannos incorporarlos al grupo más selecto de la AMA, pero más que ello, ustedes recibirán eternamente nuestro agradecimiento. Pusieron en riesgo vuestra integridad física y aún vuestras propias vidas, para cumplir con creces los ideales de nuestra profesión. En el 2002 la exposición central estuvo a cargo del Cnel Méd Enrique Cevallos, Director del Hospital Militar Malvinas, quien se explayó sobre la actuación que les tocó realizar en dicho hospital. En este acto escucharemos al Cap Méd Martín Bordieu y al Gral San



Donación Libro de Memorias del Bioquímico Dr Alfredo Do Balbo uno de los homenajeados

Juan Carlos Adjigogovic sobre sus experiencias en las Islas Malvinas. Quiero resaltar que para esta reunión se preparó una película (10') referida a todo lo atinente a la Sanidad en las Islas, al Acto realizado en estos mismos salones del 2002, y se colocaron los listados de los homenajeados según la fuerza de pertenencia. Dicha película se estuvo proyectando previo al acto. Agradezco la idea a la Comisión de Homenaje y en especial al Gral Alfredo Rolando que programó las bases. Como también al Gral San Dr Félix Domínguez, Cmo Méd Guillermo Muller, Cnel Méd Alfredo Talarico, y a los Lic Guillermo Couto y Fernando Portiglia. La Dirección Artística la asumió el Sr Walter Chacón siendo su asistente Betty Ávila. Un saludo referencial al Ingeniero Roberto Iglesias que está transmitiendo el acto en vivo por Internet por su empresa *Aldea Global*, el cual luego podrán recrear en nuestro sitio www.ama-med.org.ar

Igualmente hago extensivo el agradecimiento a todo el personal de la AMA por su dedicación para el mejor éxito de este evento. Al Cnel Néstor Alfredo D'Ambra, Jefe del Regimiento de Infantería, deseo señalar el valor histórico que representa para la ciudadanía la presencia de la Banda de Patricios, la cual, con la Dirección de My Tomás Obregón, nos acaban de tocar el Himno Nacional y la Marcha de las Malvinas.

Sres Homenajeados, toda la medicina se ha reunido para expresarles el reconocimiento por la tarea cumplida. Los pueblos que no han sufrido no tienen historia. El sufrimiento merece su propio relato que jerarquice a los que han combatido con hidalguía y en silencio salvando muchas vidas o aliviando a los que sufren en condiciones de excepción. Sres, por sus acciones específicas en Salud, por su recto comportamiento ante el peligro, la Medicina una vez más dio pruebas de su contribución para el engrandecimiento de la patria. La Medicina es Amor. Simplemente Amor. Muchas gracias.

Palabras del Sr. coordinador de Salud y Bienestar de las Fuerzas Armadas, Carlos Apestegui

Me toca el altísimo placer de presentar brevemente la historia del Capitán Martín Bourdieu y lo hago con legítimo orgullo.

Nació en la Ciudad de Buenos Aires el 13 de diciembre de 1962 y junto a sus 2 hermanos, Germán, Profesor de lengua, y Lucas, veterinario, son hijos del Ingeniero Civil Iván Bourdieu y Rosa Elena Ramírez. Finalizados sus estudios secundarios en 1980, continúa con los mismos en la Facultad de Ciencias Veterinarias, pero el destino tenía otro camino donde demostrarle su amor por la patria, vocación de servicio. Fue convocado a cumplir con la Ley del Servicio Militar Obligatorio e incorporado en el Regimiento de Infantería N° 3 Gral Belgrano en

el año 1981. A principios de 1982 fue dado de baja y mientras esperaba su baja definitiva fue movilizado al teatro de operaciones de Malvinas. En la guerra, luego de 2 meses, le tocó participar de uno de los más encarnizados combates, luego vinieron la rendición, el regreso sin gloria, la vuelta a la vida civil, que dejaba ligados a los guerreros de Malvinas con el gobierno que los había mandado a defender nuestra soberanía. Martín decidió continuar sus estudios sumergiéndose en el campo, los caballos y la veterinaria; es entonces cuando cambia de carrera y de vida. Egresó de la UBA el 19 de diciembre de 1994, recibiendo formalmente su título de Médico el 4 de abril de 1995, casi 22 años después de que pisó suelo de Malvinas. Ya había terminado su residencia en psiquiatría cuando solicitó su ingreso en el Ejército Argentino y el destino lo envió al Hospital Militar de Campo de Mayo en donde en el Servicio de Psiquiatría con el Dr Appiani asistió con dedicación a sus hermanos de la guerra, que se encontraban internados o acudían pidiendo ayuda, ante un estado que les había dado la espalda. En el año 2009 fue designado representante del Ejército en calidad de experto de Salud Mental de las FFAA, dependiente del Ministerio de Defensa como integrante de ese Ministerio. Como miembro de dicho comité fue uno de los actores principales de la resolución ministerial 1.209 del 2010 que no solo contempla la asistencia de los veteranos de guerra, sino a todo aquel militar que padezca algún evento destructivo y otras afecciones complementarias. En los años 2004 y 2010 fue designado por el Ejército Argentino para monitorear el estado de nuestros soldados desplegados en Haití y que acababan de sufrir los efectos de un terremoto que sumió a ese país en un desastre, con miles de heridos y muertos. En medio de este infierno el Lic Antonio Cornejo realizó un estudio de campo a los casi 400 hombres *in situ* y esta experiencia permitió brindar asistencia personal a los afectados a su regreso, logrando revertir con su acción casi en un 100% en estrés post-traumático. En el año 2011 fue disertante por el estado Argentino en las Jornadas Nacionales de Salud mental de Militares que se realizaron en el Ministerio de Relaciones Exteriores de nuestro país. Fue designado orador experto por el Ministro de Defensa en el Congreso Panamericano de Medicina Militar. Hace escaso tiempo la Presidente de la Nación, que vio sus antecedentes, lo nombró Director Médico del Centro de Salud de las FFAA, veteranos de Malvinas; primer centro de este tipo en América Latina. Bordieu es un caso único en el país, su condición de ex-combatiente y profesional de la salud mental le permitió el abordaje sensible de los principales temas que afectan a los veteranos y un vínculo especial en el tratamiento clínico. Finalmente, digo que el Dr Bordieu y todos los veteranos acá presentes tendrán para siempre el afecto

y el respeto de sus camaradas y compatriotas. Dejan como legado para el futuro una mochila llena de valores imprescindibles para el ser humano, como son la generosidad, la solidaridad, la humildad y la ética; de todas ellas serán héroes absolutos. Nada más y muchas gracias.

Conferencia del Dr Martín María Bourdieu: “A 30 años de Malvinas: abordajes terapéuticos en el campo de la salud mental”

(Resumen)

Es difícil poder transmitir lo que viví desde una doble participación: como médico y como soldado. Es difícil explicar lo que significa la enfermedad y el dolor emocional cuando sigue sangrando.

Voy a tratar de ser simple en mi exposición, dirigiéndola a médicos y a aquellos que no lo son, intentar un resumen para que se entienda la complejidad de los abordajes terapéuticos en el área que nos ocupa. En principio al hablar de enfermedad mental, estamos hablando de enfermedades relacionadas con un trauma psíquico, pero la presencia de trauma psíquico no es suficiente, sino que tenemos que tener en cuenta la subjetividad del individuo que experimenta dicho trauma, lo que llamamos los factores pretraumáticos. Además, eran tiempos del Servicio Militar Obligatorio, por lo cual la población implicada era una representación de la población general, con la incidencia de enfermedades de todos los argentinos. Los factores pretraumáticos no son modificables, pero sí lo son los factores postraumáticos, lo que la sociedad puede hacer para paliar, “La Huella del Horror”, que son las que se precipitan, las reacciones de estrés postraumático en las horas, días, meses e incluso años siguientes al evento.

Esta huella queda enquistada en nuestro cerebro y a veces un estímulo despierta en toda su magnitud lo que se vivió en aquel momento. Cuando se pregunta a un veterano de guerra qué le pasa en Navidad a Fin de Año es posible que conteste “no me gustan, no me integro” porque en dichas fiestas el olor a pólvora, y los estruendos le recuerdan las batallas de Malvinas.

Y al final no fue el retorno de la guerra. Como dijo un veterano “apenas llegamos la gente estaba muy intrigada. Lo que nos preguntaban era si habíamos recibido las encomiendas, las cartas, si habíamos tenido mucho frío, hambre, si habíamos matado a alguien, si habíamos visto morir a alguien”. Con estas preguntas se abría una herida que quedaba sangrando, pero no había quién los ayudara a curar dichas heridas.

Extraje un relato de una declaración de la Sra Noemí Ciollaro que es un ejemplo de las experiencias de las mujeres de veteranos de guerra: “Con

Mario me puse de novia a los 15 años. No pude despedirlo cuando se fue a Malvinas, me avisó por teléfono que lo llevaban, y lo recibí cuando volvió. La mirada que él tenía cuando se fue nunca más volvió a existir, nunca más volvió a ser él mismo después de la guerra. Yo llegué a la casa emocionada porque estaba vivo, pero lo vi inexpresivo, me miraba fijo, con esos ojos, con esa cara, sucio, espantoso. Yo tenía 18 años, no sabía qué le pasaba, su familia tampoco. Estuvo tres meses sin hablar nada. Salíamos a caminar y cuando la gente que lo conocía de chico lo saludaba, lo abrazaba llorando, él los apartaba, los miraba y decía ‘estoy bien’”. Una típica conducta evasiva sobre un tema que prefiere no tocar.

Lo que hicimos durante algunos años fue la evaluación pasiva a la espera de que el paciente concurra y no lo hacían.

Por lo tanto, adoptamos la evaluación proactiva, buscar al paciente. Como comenta la señora citada, “verlo de lejos interactuar con quienes estuvo en las islas, ahí son otras personas, chicos de 18 años, vuelven a revivir, a contar eso distinto a todo”.

El Hospital Militar de Campo de Mayo fue el que tuvo el rol operacional durante el año 1982, participando activamente en la recepción del personal militar procedente del TOAS.

Dieciocho años después, teniendo el honor de ser el Jefe de Servicio de Psicopatología de Salud Mental de dicho hospital, participamos en un relevamiento durante el año 2000, y la situación que encontramos fue la siguiente: el 50% de los pacientes que concurrían al Hospital mencionado venían del Norte del país. Por lo tanto, ¿qué tratamiento puede realizarse a pacientes que viven a un promedio de 1.000 kms de distancia?

Se toma entonces una directiva. Allí estaba el Dr Félix Juan Domínguez, que cambia radicalmente la atención y el seguimiento de nuestros pacientes. Se procede a la descentralización y se decide que todos los hospitales de las tres fuerzas puedan asistir a nuestros camaradas.

Esto favoreció el aumento de la frecuencia en la atención, el seguimiento más estricto de los tratamientos psicofarmacológicos y la mejoría sintomática de la mayoría de los casos. En ese momento era lo mejor que se podía hacer.

Hablaremos ahora del concepto de comorbilidad, o sea, la ocurrencia simultánea de dos o más trastornos mentales en un mismo sujeto. Según el DSM-IV aproximadamente el 80% de los pacientes con Trastornos de estrés postraumático (TEPT) responderá al criterio de alguna otra patología. Las afecciones más comunes son depresión mayor, trastornos de ansiedad, y abuso y de dependencia de sustancias. La depresión es una de las enfermedades más letales que existen, aun bajo tratamiento médico, y la

dependencia de sustancias aumenta el riesgo de muerte en estos pacientes.

Es por ello un tratamiento sumamente complejo y deberá tener un abordaje multi e inter-disciplinario: básicamente farmacológico, psicológico, con seguimiento individual y personalizado, terapia grupal, musicoterapia, terapia ocupacional, terapia grupal, terapia familiar, asistencia social, redes de apoyo, psicoeducación y el uso de recursos inter-institucionales. Pensemos que hasta el 2004 solo se utilizaban las cuatro primeras terapias mencionadas.

El 3 de diciembre de 2004 el Comando de Sanidad crea la primera Unidad de Tratamiento de Estrés Postraumático ubicada en Palestina 638, y allí comenzamos a brindar asistencia terapéutica especializada para aquellos Veteranos de Guerra que padecen trastornos o patologías postraumáticas.

Desde entonces llegamos a la conclusión que los tipos de trastornos que prevalecen luego de un acontecimiento traumático son: trastornos de ansiedad, depresión mayor y TEPT. Y que como las Fuerzas Armadas siguen participando en Misiones de Paz, como el relevamiento sanitario de Haití 2004, hemos aprendido de nuestros errores y ahora sabemos que el punto de foco debe ser puesto en los esfuerzos tempranos para prevenir las heridas emocionales y el deterioro de los posibles damnificados y que las reacciones al estrés agudo se conviertan en patologías crónicas.

Hoy tratamos en todos los hospitales militares con:

1) Patologías cronicadas (VVG Malvinas), 2) Detección temprana en personal expuesto a situaciones de riesgo (Misiones de Paz), y 3) Primeros auxilios psicológicos (psicoeducación).

Por otra parte, se incorpora el concepto de Interfuerza, nuevo en latinoamerica. A través de la medicina logramos actuar las tres Fuerzas en conjunto, unificando protocolos para el accionar en casos de emergencia, para la evaluación de posibles problemas y para el seguimiento de pacientes.

El 22 de mayo de 2012 se creó el Centro de Salud "Veteranos de Malvinas – Centro Integral de Salud" para todas las Fuerzas Armadas, que permite el abordaje de todos los veteranos de guerra y de aquellos que participaron en situaciones de alto riesgo, sumando el concepto de salud integral. Hemos incluido a la familia en este marco: de paciente bajo tratamiento, de fallecidos en el Teatro de Operaciones y a los de los fallecidos después; y también la atención clínica.

Creo haber logrado el objetivo. Muchas gracias.

Palabras del Dr Félix Juan Domínguez

Buenas tardes, hoy tengo el placer y el gusto de presentar al General de Santidad Veterano de guerra de Malvinas, Juan Carlos Adjigogovic. Voy a hacer una breve reseña curricular del mismo para ponerlos en situación.

El Dr Adjigogovic es oriundo de Dolores, egre-



Dres Félix J Domínguez, Miguel Falasco, Alfredo P Buzzi, Elías Hurtado Hoyo

sado del colegio secundario en el año 1971, egresó de la facultad de medicina de La Plata en el año 1978, ingresó al Ejército en el año 1979, y fue destinado en el año 1980 al Regimiento de Infantería 12 en la Provincia de Corrientes en la Ciudad de Mercedes. En ese momento es cuando pasa a Malvinas como Jefe del Servicio de Sanidad. Desde el año 1982 a 1985 fue Jefe del Servicio de Sanidad del Batallón de Arsenales Viejobueno y a partir del año 1985 desarrolló sus tareas en el Hospital Militar Central en el servicio de neurología siendo Jefe del servicio y Segundo Jefe del servicio de neurofisiología Jefe del servicio y Jefe del Departamento de Neurología, posteriormente fue destinado a la Dirección de Sanidad donde se desempeñó como Jefe del Departamento Técnico pasando luego, en el año 2005, al Hospital Militar Campo de Mayo como Sub Director primero y como Director después. En el año 2010 se desempeñó como Director Médico del Hospital Militar Central y en la actualidad, en 2012, como Director General del Hospital Militar Central.

En lo relativo a su desempeño en el área educativa, realizó la carrera docente y es docente adscripto de la Universidad de Buenos Aires.

Al Dr Adjigovic me une una larga amistad por haber sido de alguna manera su jefe y él haya sido mi ayudante durante los cuatro años que me

desempeñé como Director del Hospital Militar. Sus cualidades personales, profesionales, su honor, su dedicación y su dedicación al trabajo, lo hacen un excelente profesional militar en esta circunstancia.

El Doctor va a disertar sobre el Servicio de Sanidad del Regimiento 12 de Infantería, puesto de socorro Darwin – Malvinas.

Conferencia del Grl de Sanidad Dr Juan Carlos Adjigovic:

“Sección Sanidad del R1 12 y Puesto de Socorro Darwin – Malvinas”

(Resumen)

En abril de 1982 tenía 28 años y me desempeñaba como Jefe de la Sección Sanidad del Regimiento de Infantería 12 “General Arenales” con asiento en la ciudad de Mercedes, provincia de Corrientes.

El Regimiento de Infantería. Está constituido de la siguiente manera:

- Tres Compañías de Infantería (cada compañía consta de aproximadamente 150 hombres).
- Una Compañía Comando.
- Una Compañía Servicios (formada por tres secciones de apoyo):



Palabras del Dr Juan Carlos Adjigovic

- Sección Arsenales: Proporciona el apoyo de armamento, munición y vehículos.
- Sección Intendencia: Vestuario, alimentos y combustible.
- Sección Sanidad: Mantenimiento y recuperación de la salud (un oficial médico, tres suboficiales enfermeros y diecisiete soldados).

Sección sanidad: En operaciones su misión es instalar y operar un Puesto de Socorro, lugar al cual son evacuados los heridos de combate. Los heridos llegan autoevacuados o evacuados por los soldados camilleros de la sección sanidad. En el Puesto de Socorro son estabilizados y puestos en condiciones de continuar la evacuación hacia instalaciones de sanidad de mayor complejidad.

En Malvinas el principal inconveniente fue que donde se encontraba el Regimiento solo se podía evacuar por helicópteros, ya que no existían caminos y ello no siempre era posible.

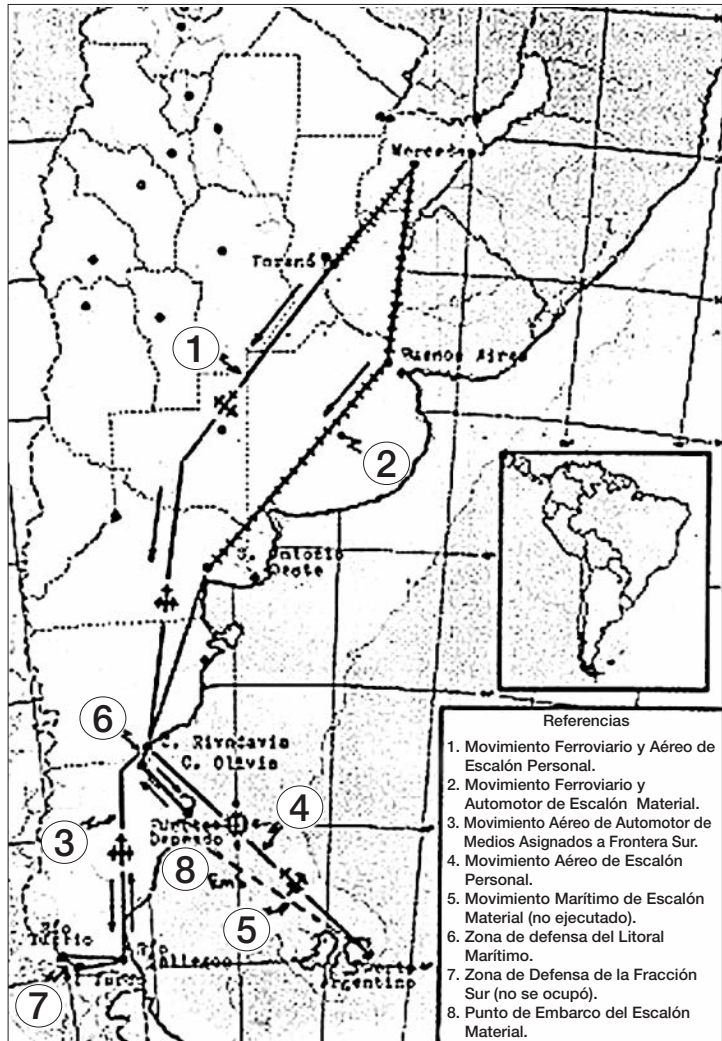
Actividades Previas a la partida. Una vez recibida la orden de desplazar el Regimiento hacia el sur del país la sección sanidad realizó las siguientes actividades:

- Refuerzo de vacuna Tab Di Te (difteria, tétanos y tifoidea).
- Grupo Sanguíneo en placa identificatoria.
- Instrucción (Primeros Auxilios y Agresión por Frío).
- Baño de pies con Permanganato de Potasio (previene contra hongos).

Traslado: En el siguiente mapa se muestra cómo se efectuó el traslado. El personal por ferrocarril y modo aéreo, los vehículos por ferrocarril y luego rodando. El paso a las islas fue por modo aéreo y parcialmente (parte del personal y equipo no pudo ser trasladado).

Traslados en la isla: 25 y 26 de abril de 1982. Puerto Argentino: La primera noche en el aeropuerto y la segunda frente a la gobernación se durmió sobre el poncho plástico, en bolsas de dormir y sin armar carpas (a la intemperie). El frío, viento y humedad fueron extremos.

27 de abril - 1 de mayo de 1982. Monte Challenger: Se instalaron carpas individuales. Desde



ue a e o i ento el e i ento 12 e n a n t e r a (12) hacia el e a t r o e e r a c i o n e s t i l t i c o S u r.

ese lugar se presenció el ataque (aéreo y naval) sobre Puerto Argentino del 1° de mayo.

1 - 4 de mayo de 1982. Pradera del Ganso: La sección sanidad con parte del regimiento fue trasladada por helicópteros a Pradera del Ganso.

En ese lugar existía un puesto de socorro (PS) en el caserío (PS1) y una carpa adelantada como PS eventual (PS2) instalado por personal de sanidad de la Fuerza Aérea (dos médicos y dos soldados).

Efectivos en Pradera del Ganso:

- Ejército: 642 hombres.
- FAA: 202 hombres.

Actividades de la Sec San en Pradera del Ganso Puerto Darwin

- Operar PS y Enfermería.
- Recorrer las posiciones.



Situación el 22 de mayo a las 21 horas

- Adoptar medidas en relación con la situación sanitaria (alimentación, abrigo, pie de trinchera): Con las medidas adoptadas hubo muy baja incidencia de pie de trinchera. Como solo se contaba con dos pares de medias por hombre y en las posiciones se mojaban los pies y además no había forma de secar las medias, se indicó utilizar un par (húmedo) en la posición y el otro par (mantenido seco) en el descanso. Se reforzó la alimentación en quienes se detectó pérdida de peso significativa.
- Atención de población civil (muy demandante de atención médica que habitualmente no tenían).
- Atender bajas que se producen: Por la efectividad de los pozos de zorro durante los bombardeos prácticamente no se produjeron bajas. Solo se atendieron problemas médicos y algún accidente.

15 de mayo de 1982: 1 Suboficial enfermero y 2 Soldados de sanidad se desplazan con la Compañía C del Regimiento de infantería 25 a Pto San Carlos donde se produce un enfrentamiento con tropas británicas que se encontraban desembarcando.

26 de mayo de 1982: 1 Oficial médico y 5 soldados se desplazan hacia el Norte en apoyo de la Compañía A instalando un PS (PS3) en un establo en Darwin y 2 suboficiales enfermeros y 2 soldados

son desplazados hacia el Sur en apoyo de la Compañía C.

El 28 de mayo se produce el ataque por tierra desde el Norte con apoyo aéreo y naval. El avance de los británicos obliga al personal de sanidad ubicado en PS3 a retroceder a PS2 y luego al PS1. En contraataques de fuerzas propias se salió a recoger heridos. El combate duró todo el día y se atendieron heridos leves y de relativa gravedad ya que los más graves fueron evacuados durante su avance por los británicos.

El 29 de mayo el personal de sanidad juntamente con el resto del regimiento es tomado prisionero. Lo ingleses ofrecen al personal de sanidad incorporarse al hospital de campaña que instalaron en San Carlos, concurriendo los médicos de Fuerza Aérea mientras que la sección sanidad queda con el Regimiento.

Estando prisioneros se confecciona un acta manifestando el deficiente estado sanitario de los prisioneros. Esta acta tiene como consecuencia que personal jerárquico de sanidad británico concurra a evaluar el estado de los prisioneros.

Bajas del RI 12

- 32 fallecidos.
- 3 desaparecidos.
- 67 heridos.

ACTA DE PROTESTA POR FALTA DE FACILIDADES SANITARIAS EN GOOSE GREEN

ACTA

ANEXO 43
(Art 6025 d.)

En Goose Green a los un día del mes de Junio del año mil novecientos ochenta y dos, se labra la presente acta para dejar constancia del estado sanitario del personal de la Fuerza de Tareas Mercedes y Fuerza Aérea --

1. Se presentan las siguientes novedades motivadas por el estado higiénico y ambiental en general del alojamiento.
 - a. Alteraciones digestivas (náuseas, vómitos, diarrea, cólicos etc)
 - b. Enfriamiento y congelamiento.
 - c. Piodermitis.

2. Se deduce que estas novedades irán en aumento de no efectuarse el traslado a lugares adecuados, desde el punto de vista sanitario.

Para constancia firman la presente acta el 2do Jefe de la Fuerza de Tareas Mercedes, Mayor D Alberto Horacio Frontera, el 2do Jefe de la BAM Condor Vice Comodoro Oscar Vera Mantaras y el Teniente Primero Medico Dr Juan Carlos Adjigovic.

[Handwritten signatures and printed names of the signatories]

Transcripción del Acta

En Goose Green a los un día del mes de Junio del año mil novecientos ochenta y dos se labra la presente acta para dejar constancia del estado sanitario del personal de la Fuerza de Tareas Mercedes y Fuerza Aérea.

1. Se presentan las siguientes novedades motivadas por el estado higiénico y ambiental en general del alojamiento.
 - a. Alteraciones digestivas (náuseas, vómitos, diarrea, cólicos, etc.).
 - b. Enfriamiento y congelamiento.

- c. Piodermitis
2. Se deduce que estas novedades irán en aumento de no efectuarse el traslado a lugares adecuados, desde el punto de vista sanitario.

Para constancia firman la presente acta el 2do Jefe de la Fuerza de Tareas Mercedes Mayor D Alberto Horacio Frontera, el 2do Jefe de la BAM Condor Vice Comodoro Oscar Vera Mantaras y el Teniente Primero Medico Dr Juan Carlos Adjigovic.

Cambio de Autoridades de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica

La Sociedad Argentina de Cirugía Torácica fue fundada en 1948 y el año pasado, después de una prolífica actividad societaria y educacional, logró la Personería Jurídica. En el Aula Magna de la Asociación Médica Argentina se realizó el cambio de autoridades el 13 de abril de 2012.

El Tesorero saliente de la Sociedad, Dr Jorge A Reilly, y el Secretario General, Dr Roberto H Lamy, presentaron el Informe Anual.

Ocuparon el estrado:

El Sr Presidente de la Asociación Médica Argentina, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo; el Sr Presidente saliente de la Sociedad, Prof Dr Norberto Lucilli; el Señor Presidente entrante, Prof Dr Miguel Galmés; en representación de la Facultad de Medicina, el Prof Dr Eduardo Saad; el Sr Presidente de CCPM y representante de la Academia Nacional de Medicina, Académico Fortunato Benaim; y el Sr Vicepresidente de la Asociación Argentina de Cirugía, Dr Norberto Mezzadri.



Sr Guillermo Couto, Dres Eduardo Saad, Miguel Galmés, Norberto Lucilli; Elías Hurtado Hoyo, Fortunato Benaim y Norberto Mezzadri

Palabras del Sr Presidente Saliente, Prof Dr Norberto Lucilli

Sr Presidente de la Asociación Médica Argentina, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo; Sr Representante de la Academia Nacional de Medicina, Prof Dr Fortunato Benaim; Sr Representante de la Facultad de Medicina, Prof Dr Eduardo Saad; Sr Representante de la Asociación Argentina de Cirugía, Prof Dr Norberto Mezzadri; consocios, señoras, señores.

Mis palabras esta noche serán breves y de poca trascendencia. No quiero mediante un soliloquio restarle protagonismo a lo que sigue, al futuro, a lo que vendrá con Miguel Galmés y su pujante y renovada Comisión Directiva.

Tengo la certeza de que dejo esta Presidencia en las mejores manos, aunque estoy convencido de que lo importante no son los apellidos, sino mantener el rumbo del pergeñado proyecto a través de los años y más allá de las personas.

La palabra clave es “continuidad” y creo que todos vemos en las próximas conducciones de nuestra Sociedad Argentina de Cirugía Torácica “previsibilidad”. Conocemos, votamos en Asambleas y aceptamos hacia dónde nos dirigimos.

Este último año hemos obtenido algunos logros (no se asusten que no los pienso enumerar). Nos han quedado muchas otras ideas por concretar y algunos proyectos sin siquiera iniciar, pero estoy convencido en lo acertado del rumbo. Es el correcto y afortunadamente la encuesta nacional llevada a cabo el pasado año y presentada en el último Congreso Argentino de Cirugía no hizo más que corroborarlo. Debemos sin premura, con cautela pero implacablemente, con ese temple y convicción que nuestros maestros imprimieron en nuestra personalidad de cirujanos, “ponernos los pantalones largos” y transformar a nuestra Sociedad Científica en adulta, sólida, independiente y siempre acorde con las circunstancias y al frente de los problemas de nuestros asociados que nos honran con su decisión de elegirnos.

La coyuntura es difícil, tendremos que continuar navegando en un mar de dificultades en el que prevalecen los problemas económicos e institucionales, pero no debemos temer, tenemos un piloto de tormentas como nuevo Presidente y, claro, nuestro noble objetivo.

Permítanme para terminar, nombrar y agradecer efusivamente a quienes me acompañaron compartiendo alegrías y sinsabores durante este último año de arduo trabajo: Dr Miguel Ángel R Galmés, Dr Roberto Lamy, Dr Jorge A Reilly, Dr Adrián Gilardoni, Dra Liliana B Álvarez, Dr Rubén A Valiente, Dr Javier E Mendizábal, Dr Sebastián A Defranchi, Dr Horacio A Novello, Dr Pablo Acri, Sta Mariela Luján Ramos.

A todos ellos y a ustedes, muchas gracias.

Palabras del Señor Presidente Entrante, Dr Miguel Galmés

Sr Presidente de la AMA, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo; Sr Representante de la Facultad de Medicina de la UBA, Prof Dr Eduardo Saad; Sr Presidente del CCPM y en representación de la ANM, Acad Fortunato Benaim; Sr Vicepresidente de la AAC, Prof Dr Norberto Mezzadri; Sr Presidente saliente de la SACT, Prof Dr Norberto Lucilli. Sres Socios, Colegas, Señores y Señoras.

Agradecemos desde la CD de nuestra Sociedad su grata presencia en esta Sesión Solemne.

Es para un Cirujano Torácico un verdadero honor conducir la Sociedad de Cirugía Torácica, una distinción y un preciado reconocimiento al que se llega por el voto de los colegas, que depositan de esta manera en un “par” el destino de la Sociedad por el término de un año.

Pero es aún mayor el Honor de esta distinción si pensamos en la historia de esta Sociedad que fue fundada el 28 de julio de 1948 siendo su primer sesión plenaria el 17 de septiembre del mismo año en la AMA, en esta misma Sala. Ocuparon este sitio los hombres que marcaron el comienzo de la especialidad y la desarrollaron a lo largo de todos estos años, verdaderos maestros de la cirugía torácica argentina. Ellos formaron a nuestra generación.



Dr Miguel Galmés

La historia moderna dirá que de acuerdo con la inscripción en personas jurídicas esta sociedad nació el 21 de marzo de 2011 en la Sede de la AMA. Por ese motivo cuando iniciamos los trámites para su legalización nos preocupamos y logramos que su historia quede reflejada en el dictamen de la Inspección General de Justicia. Es por eso que la SACT tiene dos fechas históricas, su creación en 1948 y su legalización en 2011. Los trámites continuaron y desde este mes contaremos con el reconocimiento de la AFIP que nos permitirá abrir una cuenta bancaria. Nada más ni nada menos. Será 2012 el primer año en que la SACT tendrá su propio balance y eso supone el manejo responsable del dinero de los socios recibido a través de la cuota societaria y el Curso Anual, más los ingresos que se puedan generar de parte de la industria como aportes a las actividades de la SACT como son la Jornada Anual y el Congreso Anual tradicional de la entidad. Esto no es mérito de una persona sino del grupo de socios que desde hace unos años conduce la Sociedad, que cumpliendo con el mandato de una Asamblea Extraordinaria, y más allá de las diferencias personales, mantiene una política común con el fin de posicionar a la SACT en el lugar que merece estar. La CD y yo personalmente deseamos agradecer la inestimable y desinteresada colaboración de las abogadas Mariana y Constanza Singerman, de la escribana María Cristina Soler y la contadora Graciela Castiñeiras, quienes han realizado los trámites necesarios prácticamente sin recibir honorarios personales. Muchas gracias.

Quiero presentar a los Socios que forman parte de la CD, quienes me acompañan en la conducción durante este periodo, porque sin ellos no se podrían cumplir las metas que hemos fijado y que, con la unificación de pensamiento reinante, las próximas autoridades deberán continuar, afianzar o reformular hasta obtener los resultados buscados. Ellos son:

Vicepresidente: Jorge Reilly; Secretario General: Roberto Lamy; Tesorero: Eduardo Eskenazi; Director de Publicaciones: Rubén Valiente; Vocales: Javier Mendizábal; Sebastián Defranchi; Claudio Ruiz y David Smith; Director del Curso Anual: Norberto Lucilli. Forman parte de la CD el Consejo Consultivo y la Comisión Revisora de Cuentas que están formadas por los 5 últimos ex-Presidentes de la SACT: Eduardo Acastello, Néstor Spizzamiglio, Alejandro Newton, Osvaldo Salariato y Norberto Lucilli con quien fue un verdadero placer ejercer la vicepresidencia. Gracias Norberto por tus palabras.

En el informe del Dr Reilly, ex-Tesorero de la Sociedad, la realidad económica plasmada nos presenta un enorme desafío para intentar cumplir con las actividades mínimas que nos propusimos. Es necesario resaltar la amable y generosa ayuda de la AAC a través de su Presidente, el Dr Octavio Gil, y toda su CD, en especial al Dr Chiapetta Porras, Presidente del Congreso de Cirugía, y a su Director, el Dr Martín Mihura. Ellos entendieron la situación

y apoyaron el emprendimiento facilitando la permanencia de la SACT como capítulo de la AAC y como participante activo del Congreso Anual 2012. A todos ellos muchas gracias.

Ante esta realidad hemos desarrollado un plan de actividades acorde que podemos dividir en académicas y societarias.

Actividades Académicas

Como es tradicional mantendremos los ateneos hospitalarios mensuales porque es el lugar de reunión de los socios, donde todos pueden presentar sus casos problemas, resueltos o no, en busca de consenso y donde todos los presentes pueden opinar sin importar su antigüedad en la Sociedad ni sus antecedentes curriculares. Todos aprendemos de todos, junto a profesionales de otras especialidades que se acercan a debatir. Lamentablemente este año no serán filmados para subirlos a la página web de la Sociedad por el costo que esto acarrea. Esperamos que pronto podamos revertir la situación porque nos parece muy importante como medio de comunicación e información para los socios que por razones de distancia no pueden estar presentes.

Las Jornadas de Otoño de la AAC, al no haber sido nuestra Sociedad oficialmente invitada, tendrán representación individual de nuestros socios que harán como siempre su aporte en las mesas de la especialidad que este año se desarrollan entre el 19 y 20 de abril en la Ciudad de Tandil.

Durante este año emprenderemos, como es ya una buena costumbre, las 4^{as} Jornadas de la SACT que se realizarán el 24 de agosto de 2012 en la AMA y cuyo Director es el Dr Eduardo Eskenazi. El tema a desarrollar es Trauma Cervicotorácico. Este año la Jornada será arancelada por primera vez y esperamos contar con el aporte de la industria. El dinero recaudado se utilizará para paliar las necesidades del Congreso Anual y los gastos del funcionamiento de la Sociedad. Agradezco a los Socios por su comprensión y al Sr Presidente de la AMA, así como a su CD por facilitarnos año tras año las instalaciones de esta casa para este evento.

Este año se desarrollará el 56° Congreso Argentino de Cirugía Torácica, cuyo Presidente es quien les habla, junto con el Congreso Iberoamericano de Cirugía Torácica del cual el Dr Eduardo Acastello es el Presidente. Ambos estamos embarcados en la organización del evento que tiene algunas particularidades interesantes y a la vez necesarias para la Sociedad dada su frágil economía de comienzo. Será en español y los conferencistas invitados se trasladarán por sus medios, lo cual permitirá reducir el costo del Congreso en viajes y traducciones simultáneas. Muchas gracias Eduardo por tu inestimable colaboración. Esperamos asimismo que las empresas, tradicionales o no, nos apoyen y llamamos a todos los socios a acercarnos ideas o posibles *sponsors*.

Hasta este momento han confirmado su participación 26 colaboradores extranjeros.

En el curso anual se han inscripto a la fecha 56 cursillistas lo que demuestra que se mantiene el interés por el mismo. La CD quiere agradecer al Dr Pablo Acri por su colaboración en el mismo, haciendo extensivo además el agradecimiento a Mariela Luján Ramos, secretaria de la Sociedad.

Hemos recibido del INC, que preside el Acad Roberto Pradier, un convenio marco de colaboración entre ambas instituciones que estamos analizando. Es el estreno de la personería jurídica.

Actividades Societarias

Estoy convencido de que las sociedades científicas tal como fueron constituidas en el siglo pasado están destinadas a desaparecer en el olvido. Para que esto no ocurra deberán actualizarse e interesarse en las necesidades y demandas de los socios. Mantener solo el rol académico del comienzo sería un fin anunciado. Hoy los jóvenes ponen el acento en la educación de postgrado, sobre todo en aquellos que les permiten obtener la especialidad, y solicitan la participación de la sociedad en el ejercicio profesional.

Es por eso que en el seno de la CD hemos aprobado *ad referendum* de la asamblea, la creación de dos Comisiones que nos permitirán participar en forma activa en distintos foros en forma oficial. Las Comisiones son: Comisión de Educación y Comisión de Ejercicio Profesional. Los integrantes permanecerán en sus cargos durante 4 años independientemente del recambio de las autoridades de la Sociedad. Esperamos que sean integradas por socios de todo el país con activa participación en las mismas.

La Comisión de Educación tendrá como tarea inicial la creación del perfil del cirujano torácico moderno delineando las competencias e incumbencias requeridas. Asimismo, deberemos ser los Cirujanos Torácicos a través de esta Comisión quienes fiscalicemos el cumplimiento de las mismas en los espacios de formación para resguardo de la especialidad y de la población afectada por nuestro acto médico. También será necesario gestionar y obtener el reconocimiento del MSN como entidad Certificadora y Recertificadora en la Especialidad de Cirugía Torácica, que posteriormente deberemos extender a todo el país. La formación del especialista actualmente está mayoritariamente circunscripta a la Carrera de Especialista de la UBA, en distintas sedes, y cuyos Directores nos propusimos iniciar la modificación y actualización de la currícula de la misma. Será esta comisión quien monitoree los cambios. Deberá analizar en un futuro la posibilidad de recuperar la "residencia médica" como espacio de formación que hace tiempo perdimos.

En lo referente a la Comisión de Ejercicio Profesional, no hace falta que explique detalladamente la ardua tarea encomendada a dicha institución. La profesión médica, incluida la de nuestra es-

pecialidad, se ve afectada por las malas condiciones de trabajo que sufrimos a diario en todos los ambientes. Quienes desarrollan tareas en Hospitales públicos sufren el deterioro del espacio físico, del equipamiento obsoleto, en mal estado de funcionamiento y sin los controles adecuados. La imposibilidad de utilizar instrumental o material descartable o protésico a demanda nos lleva en muchos casos a realizar cirugías como en los años 80. En la actividad privada somos víctimas del famoso nomenclador nacional y de las empresas que regulan el valor del galeno de acuerdo a su necesidad comercial sin la intervención de ninguna entidad médica. Y en las Obras Sociales y/o sus Gerenciadoras somos víctimas de sistemas de auditoría que en su mayoría nos impiden desarrollar un trabajo libre, moderno y adecuado a cada caso. No hace falta agregar a estas circunstancias que el honorario médico está peleado con la realidad, que el cirujano sigue siendo ante la ley el jefe de equipo y por lo tanto responsable de lo acaecido en el quirófano y perseguido por la industria del juicio de mala praxis. Será entonces la función de esta Comisión representar a la SACT en los distintos foros gremiales, judiciales y económicos para corregir las desviaciones que he comentado sucintamente. Pretendemos ser un nexo entre el especialista y las entidades gremiales porque ese espacio hoy es demasiado grande. Es una tarea ardua y que demandará muchos años en concretarse.

Invitamos a los socios de todo el país a sumarse a esta iniciativa para que en un futuro los Cirujanos Torácicos nos encontremos en otra situación. Estará en nuestra imaginación y capacidad cambiar el curso de nuestra Sociedad. Estamos dando el primer paso.

En materia de comunicación entre los socios estamos atrasados, nuestra página *Web* no cumple con esa función pero la falta de recursos económicos nos impide rediseñarla. Además, la CD está analizando la utilización de las redes sociales como canal de comunicación ágil, rápido y gratuito. Para cumplir con las propuestas presentadas, la comunicación es fundamental e irremplazable.

Permítanme en unos pocos minutos agradecer a las personas que influyeron de una manera u otra en mi vida y en mi carrera profesional para que hoy yo ocupe este lugar.

Comencé en 1980 mi Especialización en la Residencia de Cirugía Torácica del Hospital Tornú a cargo del Prof Vicente Roger, luego de egresar de la UBA en 1979. En esos años era un hospital monovalente de tórax por eso, desde el principio, el residente tenía contacto directo con la especialidad. La TBC era frecuente y sus complicaciones pleurales eran la tarea del residente de primer año. Aprender de Cirujanos como Brignone, Quintana, Berbeglia, Alume, entre otros, así como de mis compañeros de residencia, fue realmente muy importante para mi formación. Aún hoy suelo recordar durante las ciru-

gías las frases de Roger o las maniobras que tan hábil y fácilmente realizaba. En ese grupo estaba Oscar Aguilar, que años después fue Jefe de División, a quien debo agradecer mucho, no solo por las enseñanzas médicas en ese momento, sino porque varios años después la vida nos juntó en organizaciones médicas diferentes. Él con su sapiencia y su hombría de bien consiguió restablecer el diálogo que llevó a la firma de un convenio entre ambas instituciones (CCPM presidido por Fortunato Benaim y el CRA-MA que tengo el honor de presidir). Gracias Oscar por tus consejos vertidos en almuerzos e innumerables reuniones. Lamento mucho su fallecimiento.

En junio de 1981 ingresó como Jefe de División y luego Jefe de Departamento Elías Hurtado Hoyo. Fue y sigue siendo mi Maestro, una guía en el desarrollo de la profesión y la vida misma. Permítanme una anécdota: hace unos días lo encontré junto a uno de sus hijos y al presentarme, porque ya nos conocíamos, me definió como su amigo. Ese es un verdadero orgullo, y por suerte compartido. Por todo eso, muchas gracias Jefe. Lamentablemente para él, todavía me seguirá sufriendo, ya que junto a Néstor Spizzamiglio, seguimos formando el mismo equipo quirúrgico que nació en los años 80 en el Tornú y, a su vez, continuó ocupando el cargo de Secretario General de la AMA, por lo menos hasta las próximas elecciones.

Aprovecho este momento para agradecer a Néstor Spizzamiglio, socio y amigo desde 1987 por todos estos años de fraterna convivencia. Un saludo especial para el resto del equipo quirúrgico del comienzo: Fernando Chirio, Analía Pedernera, Graciela.

A Miguel Falasco, vicepresidente de la AMA por sus consejos diarios y el cuidado de mi salud.

Quisiera, además, saludar y agradecer a todos los alumnos que pasaron por la Carrera de Especialistas en Cirugía Torácica de la UBA en la que comencé como ayudante en 1983 ocupando distintos cargos hasta que, desde fines del 2011, me desempeño como Director de la misma, porque gracias al permanente empuje de los jóvenes cursillistas uno se encuentra obligado a una continua actualización. Sus preguntas, planteos y nuevas ideas nos mantienen permanentemente jóvenes en todo el sentido de la palabra. Algunos de ellos son jefes de servicio y destacados cirujanos en todo el país y el extranjero. Esta Carrera es más sencilla de llevar a cabo por la colaboración permanente de nuestra secretaria, Florencia Godoy.

A los amigos del trabajo diario en el Hospital Durand que, café mediante, hacen más llevadero el ejercicio diario de la profesión.

A mis padres que ya no están y que seguramente estarían orgullosos en esas butacas. Pero que hoy están representados por mis hermanos Claudio y Alejandro junto a sus familias. Gracias por acompañarme junto al resto de la familia Galmés porque además de primos son verdaderos amigos.

Por último, y por ser lo más importante, necesito agradecer a mi familia. A la Dra Liliana Petrillo, mi esposa, que me acompaña desde el segundo año de la facultad, a la Licenciada Paula y al Dr Gonzalo, mis hijos, mi orgullo, por haber sabido acompañar el desarrollo de esta profesión, muchas veces con un padre ausente de los momentos importantes para ellos. Quiero sumar a este agradecimiento a los nuevos integrantes de la mesa familiar de todos los días, el Licenciado Fernando y la Dra Yanina.

Muchas gracias.

Conferencia del Dr Nelson Castro: “Visión del ejercicio de la medicina de hoy desde un medio de comunicación”

Para mí es un verdadero honor estar aquí. Me da mucho gusto ver al Dr Norberto Lucilli, al Académico Fortunato Benaim, al Prof Dr Hurtado Hoyo, y a todos quienes están en el estrado.

Quiero decirles de mi particular felicidad por estar aquí en este momento tan significativo para Miguel Galmés, para su esposa Liliana y para toda su familia. Yo conozco a Miguel desde el primer año de Unidad Hospitalaria que, seguramente, puebla sus recuerdos y los de Liliana como los míos. Aquellas figuras señeras de aquel maravilloso Hospital Alvear, el Prof Luis Pedro Lorenzo Cione, con el Prof Nicolás Lavalle, con los Profesores Eduardo Trigo, Roberto Firpo, Pedro Gori, Eugenio Navarret, todas destacadísimas figuras de la medicina argentina. En aquel Hospital que transpiraba sapiencia, pasión, docencia, ganas de transmitir y una real vocación por la medicina. Me alegra enormemente que Miguel Galmés sea el Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica porque creo que él representa la mantención y la proyección de aquellos ideales que tuvimos la suerte de mamar, de aprender, de internalizar en aquella cursada gloriosa.



Dr Nelson Castro

Escuchaba con mucha atención el discurso de Miguel y también el del Dr Lucilli, y celebro mucho dos aspectos de los dos muy buenos discursos y que tienen que ver con lo que quiero aprovechar para transmitir en esta conferencia en la que transmito o les digo lo que revive en mí: el médico que uno nunca deja de ser y toda la admiración que yo tengo por esta profesión. Es una profesión única que en la Argentina, lamentablemente, hoy está maltratada. Me gustó mucho cuando el Dr Lucilli habló con total modestia de su gestión y remarcó la importancia de la continuidad de proyectos. Esto tiene un enorme valor para la vida de cualquier Institución en la República Argentina. Este es uno de los problemas que tiene hoy nuestro país y que representa uno de los desafíos culturales a aplicar en cualquier institución. Porque la institucionalidad es importante en todas, desde la Presidencia de la Nación hasta la Presidencia de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica. Me gustó cuando el Dr Lucilli dijo: “más allá de las personas tenemos la necesidad o la obligación de compartir ideales y fundamentalmente trabajar en pos de objetivos”. Me pareció una definición muy buena, y creo que le va a dar a esta sociedad flamante, no en cuanto a su historia pero sí en cuanto a su legalización, como explicaban los Dres Galmés y Lucilli, una proyección que seguramente será muy buena para todos sus asociados y en definitiva para la profesión y para la especialidad.

Me gustó mucho también cuando el Dr Galmés en su discurso marcó un objetivo muy importante en el que yo creo, que constituye un verdadero desafío para las Instituciones académicas de la medicina en la República Argentina; el de proyectar el prestigio de lo académico a lo que es el ámbito del ejercicio de la profesión en nuestra nación, que hoy atraviesa una situación crítica y la cual sinceramente necesita que la profesión y la sociedad salgan adelante. Quiero transmitirles en esta conferencia la cual me ha hecho el honor de invitarme a dar Miguel Galmés, esto me interesaba en estas breves palabras, esto que desde un medio de comunicación se permite visualizar muy bien en cuanto a la oportunidad que nosotros tenemos de tomar contacto con distintos actores sociales que tienen las responsabilidades y decisiones sobre el quehacer de una profesión clave como es en cualquier sociedad la medicina. La profesión médica necesita reganar control del ejercicio de la medicina en la República Argentina. Cuando digo esto, digo que necesita tener protagonismo activo no solamente en políticas de Salud Pública, sino también en lo que es la vida cotidiana y doméstica del contexto en el cual el médico hoy desarrolla su labor. La visión que desde afuera se tiene de la medicina en la Argentina, y por eso la intención de compartir estas palabras con ustedes, habla lamentablemente de una visión injustamente desprestigiada de la medicina. Fundamentalmente

por la contaminación, que es lo que tiene que ver con el desarrollo de la práctica médica, que tiene factores y actores que no son médicos. Es impresionante ver cómo en la República Argentina, hoy, ayer y antes de ayer, toman decisiones que tienen que ver sobre las condiciones de la práctica de la profesión quienes no pertenecen a la profesión. Y esto no significa marcar una visión corporativa de la profesión, del ejercicio de la profesión en búsqueda de privilegios por sobre otros. Esto significa marcar los inconvenientes que surgen de quienes toman decisiones sobre el ejercicio de la profesión sin conocer cuál es el correlato en el que hoy se desempeña el profesional médico. Tengo todas las mañanas en las puertas de la radio o a través de las distintas redes sociales, el pedido, la demanda, la queja, la súplica o la penuria de grupos de profesionales médicos luchando, batallando por llevar adelante su vocación con la máxima calidad. Tengo todos los días la presencia, el testimonio, de aquellos que me expresan el nivel de humillación al cual a veces está exigido el médico que debe someter muchas veces una decisión médica a la voluntad, a la opinión, el arbitrio de un tercero que no conoce absolutamente nada de la profesión y que solamente tiene en cuenta un guarismo numérico. Me parece que estos son temas muy profundos que hoy complican la vida del profesional médico porque en esta desconceptualización del prestigio de la profesión, que no es un prestigio que tiene que ver con un concepto, que no tiene que ver con el prestigio como cuestión de superioridad, o de la conformación de una casta superior a otra, sino que tiene que ver con la valoración de la magnitud de lo que significa el acto médico. Cuando cada uno de ustedes está frente a un paciente, hay toda una historia, hay toda una trayectoria, hay toda una búsqueda de información y de formación, hay una actitud de preocupación que se resume en ese tiempo en el cual el médico está frente al paciente. Todo eso hoy no tiene una valoración adecuada y creo que es momento de comenzar a revalorizarlo en pos de dar idea de lo complejo que significa para cada uno de ustedes estar enfrentando ese momento médico. ¿Por qué? Porque el ejercicio de la medicina es crecientemente difícil, es mucho más difícil que hace 50 años o que hace 100 años. El nivel de demanda, de acceso a la información que hoy tiene el médico es enorme, y el nivel de tensión a la cual hoy está sometido, el nivel de testeo al cual hoy está sometido el médico, también es creciente. El médico se encuentra con pacientes que cuando tienen un diagnóstico van al *Google* y obtienen información y se posesionan de esa información para posicionarse frente al médico, no como un paciente, sino como un examinador. Estas son tensiones nuevas que marcan las exigencias que tiene el médico hoy, que debe dedicar el tiempo, muchas veces extra, a explicar e interpretar una información para la cual él no

está preparado en cuanto a su decodificación. ¿Qué quiero decir con esto? Que hoy paradójicamente hay necesidad de que el médico disponga de más tiempo para la atención de su paciente, para atender todas estas necesidades y circunstancias. Y hoy el médico no lo tiene, y no lo tiene porque la dinámica y la demanda de lo que es la subsistencia, que no es algo vergonzante sino que hace a la calidad y a la condición humana de cualquiera, lo obliga a trabajar en condiciones realmente desfavorables y lo deja en un nivel de exposición enorme que es aprovechado, por, entre otras cosas, la industria del juicio. Me gustó mucho cuando hubo un atisbo de aplauso cuando Miguel mencionó todo este verdadero problema que dificulta el ejercicio de la medicina acá y en todas partes del mundo. No porque los errores que existen deban ser tapados, sino porque fundamentalmente lo que se busca es potenciar el error y casi lo que se genera como enfoque es a la profesión médica como sinónimo de error permanente y es muy difícil ejercer cualquier profesión así. Quien la ejerce se encuentra permanentemente a la defensiva y en muchos casos en vez de considerar a quien tenemos enfrente como un paciente tal vez lo consideramos como un potencial enemigo, un potencial litigante. Es difícil ejercer la profesión así y el nivel de desprotección que hoy tiene el médico es enorme. Me parece que es muy importante que desde lo institucional se alerte sobre estas cosas. Va a ser impo-

sible llegar a una superación, a una mejoría de la calidad del ejercicio de la profesión, si la profesión se sigue desarrollando en estas circunstancias. Desde este punto de vista, la visión que quiero aportar de lo que hoy se percibe en los medios de comunicación, es precisamente ésta, que se percibe a una profesión vapuleada. Se percibe a una profesión desprestigiada, injustamente desprestigiada e injustamente vapuleada, porque errores, falencias y malos profesionales hay en todas las profesiones, pero la medicina tiene un honor y una consecuencia. El honor es que la medicina es una profesión de relevancia social, tiene una preeminencia lógica; no hay valor máximo que la vida. El segundo es que el médico tiene todavía un halo de magia, un halo de magia paradójica que genera afectos pero también desafíos. Siempre recuerdo una frase de nuestro maestro común, Nicolás Lavalle, que decía “cometerás 100 aciertos, tendrás un error, y ese error te lo van a recordar toda la vida”. Porque ese error nos pesa, no es que ese error no nos pese. Nadie sabe lo que vive un médico, nadie sabe lo que padece un médico, nadie sabe lo que lo angustia a un médico ese error. Solamente lo sabemos quienes lo hemos practicado, ustedes lo practican, y aquellos que alguna vez lo hemos vivido. Entonces frente a esto me parece que es muy importante lo institucional. Lo institucional aquí en la Argentina, esto lo he hablado otras veces con Miguel, con el Prof Dr Hurtado Hoyo, y con el



Dres Miguel Galmés, Nelson Castro, Elías Hurtado Hoyo y Norberto Lucilli

Prof Benaim, creo que tiene un largo camino para avanzar. Diría que es una ausencia, que celebro que en las apreciaciones de Miguel y me consta en las intenciones del Dr Hurtado Hoyos, comience a ser analizado como un tema a llenar.

Siempre recuerdo un ejemplo, un caso que a mí me tocó. Me tocó cubrir en 1985 la Conferencia Anual de la Asociación Médica Americana donde había 50 mil inscriptos y tuve la oportunidad de entrevistar al Presidente de la Asociación Médica Americana de aquel momento para ver qué pensaba de la legislación que se iba a tratar en el Congreso sobre los seguros. Él me decía: "miré, esa legislación no va a pasar, no va a pasar porque nosotros tenemos un mandato claro de que eso es inaplicable en el ejercicio de la profesión así que no se va a tomar ninguna decisión política sin el consentimiento de la Asociación Médica Americana". Y esa legislación no pasó. Creo que eso es una idea de la dimensión de la tarea por realizar. En la Argentina vemos cómo se discuten situaciones, es un ejemplo muy claro, el de lo que son las prepagas, que discuten esto o aquello, si aumentan, si no aumentan, qué prestación realizan, cuál no. Y nunca sabemos qué es lo que pasa desde el punto de vista de lo médico. Que hoy un médico cobre por una consulta 100 pesos, creo que debe generar revulsión. Esto hay que cambiarlo. Y por supuesto que es antipático hablar de esto. Los médicos tenemos ese problema, es antipático, por eso es importante lo institucional, para marcar patrones y para dar idea de que un médico que debe trabajar 15 o 16 horas es un médico que seguramente tiene dificultades para enfrentar con la aptitud necesaria la exigencia de la profesión. Seguramente no es lo mismo, y lo sabrán los cirujanos, ser operado por un cirujano a las 8 de la mañana que a las 18 hs, después de 12 horas de estar en el quirófano, es distinto. Son cosas que hay que plantear. Voy a poner un ejemplo, no se toma ninguna decisión en la justicia sin que participen las instituciones de la profesión abogadil. En el organismo rector de la justicia argentina, el Consejo de la Magistratura, la profesión tiene representantes con voz y voto que determinan políticas y que determinan designaciones, designaciones de peso en lo que es la institucionalidad. No pasa lo mismo en la medicina y yo creo que es un desafío que tenemos, es un desafío muy fuerte para mejorar a la profesión, pero en definitiva para mejorar la calidad del servicio a la gente, que de esto se trata, y que esta es la vocación de cada uno de nosotros y que yo quiero rescatar como elemen-

to y como idea de lo que hoy es la profesión.

Por eso quiero transmitirle en estas palabras esta visión y este desafío que tiene hoy la medicina. No va a haber mejoría de las condiciones de ejercicio de la medicina en la Argentina si no hay liderazgo de las entidades médicas. Esto es claro y es evidente porque la salud genera un nivel de negocios increíbles. Las obras sociales son el elemento clave del sistema de salud en la Argentina, son un instrumento de corrupción fenomenal, histórico en la Argentina, sobre el cual nada se ha hecho y que marca una pérdida del poder de la profesión médica en cuanto a determinar, controlar y ver qué se hace con esos fondos. Pongo ese ejemplo como el paradigma de esta imposibilidad de la profesión de ser dejada de lado en el manejo de fondos que son fundamentales para establecer políticas y condiciones del trabajo de los médicos. Esto es algo que ocurre en muy pocos países y tiene como consecuencia el desprestigio de las condiciones del ejercicio de la profesión. Por eso lo institucional es muy importante. Por eso esto que decía el Dr Lucilli de continuar con esta comunidad de objetivos. Por eso me pareció muy bueno que la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica junto con el excelente objetivo de dar información y formación permanente a través de los distintos cursos a sus miembros y asociados, se encargue de trabajar activamente en el ejercicio de la profesión. ¿Saben por qué? porque si no, y estuvo muy bien el Dr Miguel Galmés, lo educativo se pierde. Si lo que nosotros aprendemos en el aula la realidad lo desmiente, el aula pierde sentido. Y para la medicina es muy importante, porque ha sido el aula el forjador de ideales para modificar la realidad, que es la gran labor de sacrificados y abnegados médicos argentinos. Entonces no podemos darnos el lujo de perder el aula, porque del aula va a salir la innovación y la modificación, pero esa innovación no va a salir si lo que se aprende en el aula el médico no puede ejecutarlo, porque los que deciden sobre si lo ejecuta o no, son otros. Que lo deciden no en función de lo que el aula le ha enseñado al médico, sino en función de intereses de gente que no tiene nada que ver con aquello que aprendemos en el aula.

Felicito a toda la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica. Miguel, te felicito, te deseo una gran gestión. Les deseo lo mejor y quiero que sepas que estamos orgullosos los que te conocemos de que hayas llegado a este sitio de reconocimiento a tu trabajo, que tiene una vocación que ya despuntaba por aquellos días del Hospital Alvear, donde estaba claro que vos ibas a ser una figura de la medicina Argentina. Te felicito y muchas gracias a todos.

Envejecimiento y salud

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo,¹

Prof Dr Miguel Falasco,²



¹ Prof Consulto Cgía UBA; Doctor Honoris Causa Univ Nac Morón e Inst Univ H Barceló. Miembro de Acad Argent Cirugía; Cienc Méd Córdoba; Nac Medic Paraguay y Argent de Ética Médica. Presidente Asociación Médica Argentina.

² Prof Consulto Med Int UBA. Director Escuela Grad Soc Argent Med Interna. Vicepresidente Asociación Médica Argentina.

Como eje central de sus actividades para el año 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto ocuparse del tópico "Envejecimiento y Salud" bajo el lema "la buena salud añade años a la vida". Agradecemos la invitación para dar una visión frente a este desafío. El aumento de la población mayor que envejece y se enferma es una realidad sanitaria y social que debe abordarse en profundidad, dada la multiplicidad de aspectos que involucra. Como una premisa y una definición institucional, que a su vez justifica su accionar, aceptamos sin ninguna duda que el progreso, la evolución, el bienestar y calidad de vida de los pueblos, no dependen tanto de las riquezas naturales que posean, sino del desarrollo cultural y espiritual de sus recursos humanos en concordancia con el medio ambiente. La otra premisa es que hay una relación directa entre el grado de salud de una persona y su potencialidad de vivir más y mejor.

Para introducirnos en el vasto y complejo tema del Envejecimiento, comencemos con una frase de Claude Bernard muchas veces cuestionada: "la vida es la muerte".² Probablemente nos quiso decir que ir perdiendo, aunque sea mínimamente algunos de nuestros atributos, es ir sintiendo que envejecemos, lo cual a su vez significa acercarnos a nuestro fin. Tras los trabajos de Weismann, Metchnikoff, Woodruff, Carrel, Metanikow y otros,² "la biología puede afirmar ya que lo que caracteriza a la mayoría de los organismos vivos es la inmortalidad y no la muerte". Muchos autores hablan de amortalidad, que es la aptitud biológica de vivir indefinidamente, pero siempre expuesta al accidente fatal, separándola de la noción religiosa de inmortalidad que implicaría indestructibilidad. Para los seres vivientes, en el origen de su estructura elemental, la muerte no es una necesidad de la vida orgánica. El unicelular se reproduce por bipartición, o sea, por desdoblamiento, hasta el infinito. La muerte le llega por cambios nocivos del medio exterior. Woodruff controló la

producción de infusorios durante 7 años; se reprodujeron 44.473 veces y siempre con las mismas características. "Las células vivas son potencialmente mortales". Esto se comprueba en numerosas especies animales o vegetales inferiores. "Son, pues, mortales todos los unicelulares, gran número de plantas simples, e incluso invertebrados inferiores cuyas células somáticas han conservado la aptitud de la multiplicación asexual y la regeneración. Las plantas con rizomas, los celentéreos (esponjas, hidras, medusas, corales, etc), participan igualmente de la amortalidad original".²

Pero también nos enseña que a un ascenso en la escala de los organismos vivientes corresponde un ascenso en las especializaciones celulares, mientras disminuyen o se anulan sus posibilidades de regeneración biológica. La organización progresiva y la contracción biológica regresiva nos hablan de fragilidad. El envejecimiento precede y acompaña al pensamiento de Hertwing-Minot: "La muerte aparece como el precio de la organización, de la diferenciación y de la especialización".² El hombre, al igual que las especies de alta especialización, es mortal. Estas especies en lucha con la muerte escapan de ella a través de la reproducción sexual. Las células de la reproducción de estructura elemental no diferenciada portan en sus genes todas las virtualidades del soma especializado. Se crea así un círculo muerte-renacimiento-envejecimiento, es decir, muerte-reproducción sexual, con el que persiste la especie. No el individuo. Con claridad, Morín señalaba: "No olvidemos que un ser viviente, uno sólo, aunque sea el único, ha logrado sobrevivir desde hace dos mil millones de años, demostrando así que podía escapar a todos los deterioros cuánticos. Y ese ser viviente, el primero, está presente en cada uno de nosotros, en todo ser viviente".²

Por todo ello analizaremos, según nuestro criterio, los tres puntos básicos relacionados al envejecer. El primero es la necesidad de tener vida, lo que significa nacer; lo segundo es el vivir tratando a través del tiempo de tener la mejor Salud, mientras, en el camino de la vida vamos ganando y perdiendo atributos; y el tercero nos señala que el Envejecimiento físico sólo se agota con el morir del cuerpo. Este mínimo esquema nos señala la complejidad del te-

Correspondencia: Asociación Médica Argentina

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

ma Envejecimiento, por lo que nos referiremos sólo en forma parcial a algunos de sus aspectos. No nos concierne para esta comunicación incursionar en los temas espirituales.

Del nacer, señalamos la importancia que adquirió la Peri-Neonatología, disminuyendo francamente los índices de mortalidad materna e infantil en el trance del nacimiento, comparando los datos del último siglo. Quedan aún por resolver los factores genéticos. La teoría genética del Envejecimiento, como factor predisponente, plantea la existencia de un determinado genotipo que va produciendo la aparición de cambios fenotípicos por la edad. El popular dicho del llamado "reloj biológico" implica que la velocidad del Envejecimiento está genéticamente programada. Los recientes avances sobre los genes Sir, y sus proteínas (Sirtuinas), los vinculan con la longevidad al otorgar a las células mayor resistencia al daño inducido por apoptosis, en especial el Sir 2. Al referirnos a los genes merece recordarse el síndrome de los "niños viejos", donde se observa con claridad esta situación. La **Progeria** es una enfermedad de origen desconocido, hereditaria, que inhibe la reproducción celular.⁸ Extremadamente rara, se caracteriza por la prematura aparición entre los 6 meses y 2 años de edad de los síntomas de la vejez, no teniendo la posibilidad de vivir a plenitud. El promedio de vida para ellos es alrededor de 14 años. Es conocida también como Síndrome de Hutchinson-Gilford. En el 90% tienen una mutación en el gen que codifica la proteína Lamin A generando una inestabilidad de las células en todo el cuerpo, con la aceleración de la muerte de las mismas. Esto provoca el Envejecimiento de los niños haciendo que parezcan viejos. La mayoría de los casos son de raza blanca. La velocidad del Envejecimiento es entre 5 a 10 veces mayor que la de una persona normal. Fallecen por afecciones relacionadas preferentemente a los adultos mayores como son los accidentes cerebrovasculares, el infarto de miocardio, y otros. También se acepta que la desnutrición intrauterina y la de los primeros años de vida se relaciona en especial con el riesgo en la vida adulta de padecer enfermedades del aparato circulatorio, la diabetes, y de menores capacidades intelectuales.

Del segundo punto, que es el vivir, se sabe que actualmente la esperanza media de vida al nacer en la región, excede los 70 años, mientras que hace un siglo era de 40-45 años. Esa expectativa ha aumentado 17 años sólo en los últimos 25 años. De la población mundial los mayores de 65 años en el 2009 representaban el 10,8% (737 millones); hacia el 2050 se calcula que alcanzarán al 22% (2.000 millones). Las proyecciones señalan que para esa fecha la expectativa de vida para los mayores de 80 años crecerá en 8,8 años llegando a los 395 millones. En los próximos 5 a 10 años el número de personas mayores superará al de las personas de menor edad por primera vez en la historia de la hu-

manidad. En la Argentina la población de adultos mayores alcanza al 14,2% de sus habitantes. Las mujeres viven como promedio de seis a ocho años más que los hombres. Según la OIT, los sistemas de seguridad social se verán altamente impactados ya que la "tasa de dependencia" de las personas de edad avanzada pasará de un 11% en el 2000 al 25% en el 2050. Esto significa, según los sistemas jubilatorios actuales, que mientras en el año 2000 había nueve personas en edad de trabajar por cada persona de 65 o más años, para el 2050 habrá sólo cuatro personas activas por cada inactiva, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas mayores vive en países de bajos ingresos.⁶

La teoría ambiental o exógena del Envejecimiento dirige la mirada a los múltiples factores desencadenantes que lo dificultan provocando en el organismo lesiones con pérdidas de su funcionalidad y que no pueden ser corregidas por los procesos reparadores generales. Los grandes cambios socioculturales y tecnológicos de las últimas décadas plantearon nuevas concepciones del envejecer y del enfermar. Se acepta que están influidos por fenómenos plurideterminados diferenciados de naturaleza física, de agresiones directas y/o derivadas de conflictos y/o del medio ambiente. Para un estado de salud aceptable se requiere lograr un equilibrio dinámico entre estos factores. Asimismo, resulta difícil encontrar definiciones únicas y universales de los conceptos de Salud y Envejecimiento, estando más relacionadas al hábitat en que se use: médico-asistencial, cultural de los pacientes, sociológico, económico y político, histórico, filosófico y antropológico, y el ideal o utópico. Al ser la Salud necesaria para la vida cotidiana (trabajo, estudio, placer, ocio, creatividad), la comprensión de su significado no puede derivarse sólo del estudio de las personas enfermas. Dado que el estado sanitario de la población no es homogéneo, no puede dividirse exclusivamente entre personas jóvenes y viejas, o entre personas sanas y enfermas. Entre ambos extremos se ubican diferentes estadios intermedios de salud y vejez, en los que se encuentran individuos con algunos síntomas que expresan la disfunción de órganos o sistemas, de intensidad variable, los cuales no les impiden integrarse plenamente en una actividad normal, familiar, laboral, deportiva, y social. Estas personas se "consideran sanas" tanto frente a sí mismas como ante la sociedad, de ahí que la noción de "**salud relativa**" es el estado natural de la mayoría de las personas.³

Esta sencilla interpretación ha producido modificaciones cualitativas en los criterios que se utilizaban para definir la salud, la enfermedad y/o la forma de envejecer, basados hasta no hace mucho tiempo exclusivamente en términos orgánicos. Se acepta un concepto más integral conformado por aspectos tanto biológicos, como psicológicos, sociales, y ambientales, dando lugar a la aparición del modelo bio-

psico-social de la salud. La experiencia de la persona de envejecer física o psíquicamente, o el de padecer una enfermedad, se moldean por los factores socioculturales. La manera en la cual el individuo percibe, define, evalúa (atribuye significados y causas), y se comporta hacia el Envejecimiento y/o la enfermedad (lo comunica y busca ayuda), es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida. Tal es así que el “sentirse viejo” y el “sentirse enfermo” son conceptos sociológicos y antropológicos desarrollados para ser aplicados al componente subjetivo de cada cumpleaños o de cada episodio de enfermedad, por diferentes personas de distintas culturas, que a su vez los valorizan en forma distinta. Actualmente, se da jerarquía a cada una de las diversas variables conductuales que influyen sobre el Envejecimiento y/o la salud, ya sean de forma directa, como el estrés en el circuito psiconeuroendocrino-inmunitario o, también de forma indirecta, como son los hábitos de vida (dieta, ejercicio, tabaco, polución ambiental, alcohol, drogas, prácticas deportivas, las condiciones laborales, y otros).

Las enfermedades agudas, pero sobretodo las crónicas, dañan severamente las células por las modificaciones de la inmunomodulación en la producción de las citoquinas proinflamatorias desde los linfocitos activados. Al disminuir las defensas del sistema inmunológico, se produce agotamiento, ansiedad, depresión, insomnio, alteración de la memoria, y otras expresiones de origen psicológico. Pero también predisponen a afecciones orgánicas como la gastritis, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, arterioesclerosis, enfermedades articulares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y otras. Cada una de ellas a su vez se transforma en un nuevo “gatillo” potenciando sus acciones. Actúan como factores agravantes que se acrecientan con la edad. A modo de ejemplo vemos que una mala nutrición acelera el Envejecimiento, como a su vez los cambios fisiológicos y bioquímicos por la edad afectan el estado nutricional de las personas mayores. El síndrome metabólico se comporta como un disparador hacia el Envejecimiento. La incidencia de enfermedades neurológicas como la demencia senil o el Alzheimer aumenta con la edad. Se considera que a los 85 años la mayoría sufre algún grado de deterioro cognitivo. Salvo excepciones, la sociedad siempre consideró a nuestros adultos mayores como personas más débiles, frágiles, a veces caducas, incapaces de trabajar, lentas intelectualmente, y los ve muchas veces como discapacitados no reversibles.⁶

Desde el punto de vista fisiopatológico el Envejecimiento se relaciona al exceso de producción de Radicales Libres sobrepasando los mecanismos de defensa antioxidante (superóxido dismutasa, glutamato peroxidasa, catalasa, glutatión, y coenzima Q). Este “*stress oxidativo*” daña las biomoléculas claves. Se alteran también los telómeros de los cromosomas que no alcanzan a duplicarse en forma com-

pleta, acortándose, lo que les impide su acción protectora. El daño del ADN mitocondrial se correlaciona con determinadas enfermedades como la sordera, la ceguera, la debilidad muscular, y la epilepsia. Estudios actuales señalan que en un porcentaje bastante alto, entre el 33 al 50% de las actitudes, tendencias, y conductas, tienen base genética en el origen de su predisposición.

Al analizar cuánto tardan en envejecer y morir las células de cada órgano o de cada sistema de nuestro cuerpo, observamos que es muy variable. En el hematopoyético tenemos que los glóbulos rojos tienen una vida de alrededor de 120 días, mientras los neutrófilos sólo viven horas. Por otro lado, los llamados “linfocitos de memoria” viven muchos años o por siempre. La vida de las plaquetas oscila entre 8 a 10 días. Así como este tipo de células tienen la capacidad de reproducirse, otras no la tienen, disminuyendo su número a través del tiempo. Al nacer se cuenta con un millón de nefronas en cada riñón; a los 70 años sólo queda la mitad. El pulmón pierde alrededor del 10% de su capacidad ventilatoria a los 20 años. Igual ocurre con el aparato auditivo. La capa córnea de la piel está permanentemente descamándose. Así podríamos seguir con otras células y tejidos.

Estos conocimientos que dan precisión sobre el por qué vivimos, envejecemos, o enfermamos, la biociencia con sus disciplinas, la genética y las células madres, han abierto un nuevo camino hacia el futuro. Cuando en 1953 Watson J y Crick F presentaron el modelo de doble hélice del ADN, desataron una verdadera carrera científica para el uso de material genético permitiendo la introducción de genes extraños en un organismo.⁴ La llamada “ingeniería genética” habilitó la manipulación del código de una célula viva para obtener proteínas determinadas, abriendo un abanico de expectativas para muchas enfermedades y, por supuesto, como poder controlar el Envejecimiento. Por la biología molecular se modifican organismos vivos, en especial microorganismos, lo que a su vez conlleva a desarrollar medicamentos llamados biotecnológicos. Se generan a partir de una proteína o por tecnología actuando sobre el ADN. Son de moléculas grandes con una estructura compleja, por lo que es imposible hacer copias idénticas; apuntan a un blanco definido reduciendo la toxicidad y la ineficacia del tratamiento. Se trata de una medicina propuesta sobre todo en enfermedades crónicas que llevan al Envejecimiento. A esta medicina se la denomina “**medicina personalizada**”.⁵ Presupone asimismo, y por sí sola, nuevos planteos regulatorios sanitarios como ser un registro que garantice la utilidad de estos productos denominados “biosimilares”, pues al no ser iguales, no tienen genéricos, sólo son comparables. Estamos en la era de la revitalización biológica para el rejuvenecimiento celular. La vitalidad representa la energía al evocar la buena salud con tendencia a una

predisposición favorable ante las actividades dando la sensación biológica de juventud.

Estos conceptos han determinado la aceptación generalizada de que para lograr un Desarrollo Humano Sustentable de los pueblos, en especial para la vejez, se debe gestionar dentro de los llamados Programas de Responsabilidad Social Corporativa o Ciudadana. En la “**Cascada de Responsabilidades en Salud**” (2001) señalábamos el rol activo y responsable que le compete a cada uno de los integrantes de la comunidad para poder cumplir con estos objetivos de acuerdo a la estrategia de “promoción de la salud”.³ Cada ciudadano, y cada institución pública o privada, deben ser partícipes activos en “la humanización de la vida”.⁵ Según sus características técnicas, intelectuales y espirituales deben generar alianzas sociales cada vez más abarcativas. Esta “nueva gobernabilidad” produce nuevos beneficios dirigidos a alcanzar objetivos de interés público mediante la combinación de distintas actividades y competencias. Su sustentabilidad se centra en puntos de encuentro que motiven confianza como son la Solidaridad y el Bien Común. La fortaleza de la vinculación se promueve, en nuestra vida cotidiana, por medio de gestos no conflictivos a través del arte, la cultura, el deporte, el esparcimiento, y, el cultivo de valores espirituales.

Lo relevante es considerar a los adultos mayores como personas plenas de derechos, priorizando una mayor calidad de vida, planteando la protección social con cuidados sustentables a largo plazo y al final de la vida, a la vez de crear ambientes amigables que fomenten su salud y que promuevan su participación para desempeñar un papel activo en las familias, en la sociedad y en los mercados laborales. Es necesaria la adopción de un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, tratando de mantenerse sano, o paliar las discapacidades y el dolor de la vejez, ya que no hay dignidad frente a un sufrimiento evitable.

Como la ciencia en el marco de “las sociedades del conocimiento” avanza a ritmo logarítmico, suponemos que se afectarán muy pronto las nociones de tiempo, espacio, vida, longevidad, formas de vivir, el concepto mismo de muerte, lo espiritual, y como siempre, la noción de creación. Estos cambios concretos nos llevan hacia la hipótesis del **Plushumanismo**, que tiene el sentido de pretender una evolución hacia un hombre superior, distinto pero superior, con mejor calidad de vida, evitando las crecientes desigualdades sociales que conlleven a una progresiva mayor bifurcación de la especie humana.⁵ El Hombre tendrá que responder para qué quiere vivir más. Evidentemente el concepto de vejez será replanteado periódicamente.

Un rol trascendente para el “Envejecimiento Sustentable” le corresponde a las Instituciones Científicas por la actividad educativa que les compete. Ya

los Estatutos de la Asociación Médica Argentina de 1891, como los posteriores de sus sociedades específicas, contemplan todo tipo de actividades del Equipo de Salud, propias y de terceros, que tengan el fin solidario de mejorar, mantener y/o recuperar la Salud. En la búsqueda de la Salud Plena para el bienestar del hombre, tratando de que un “hombre sano” no se nos enferme, y que podamos hablar de su Envejecimiento Saludable, debemos defender con los máximos esfuerzos desde el inicio de la vida, todos los considerandos relacionados en forma directa a la Dignidad Humana contenidos en los Derechos Humanos. Éstos, según nuestro pensar, deben ser incorporados sistemáticamente en todas las medidas que se tomen relacionadas a la Prevención: Primer Nivel de la Atención Primaria de la Salud. Para su interpretación las ramas humanísticas del saber adquieren un papel determinante, así como los medios de comunicación tienen la responsabilidad de transmitir la información adecuada para la población. Lo que afecta a la salud amenaza la vida personal y el equilibrio social como lo hacen las guerras, la discriminación, el trabajo esclavo, la pobreza, la inseguridad, el hacinamiento, la violencia, la ignorancia, la impunidad, y otros. Recordemos, que según denuncias en períodos de paz, entre un 4% y un 6% de las personas mayores sufren maltrato de parte de su entorno familiar o de las instituciones que los cobijan. No debe desaprovecharse el valor de la experiencia de los adultos mayores que han pasado por alguna de esas circunstancias.

El último componente del vivir que se ha incorporado al Envejecer y a la Salud es el desafío ecológico con la protección del medio ambiente. Tiene el objetivo de buscar el equilibrio entre la satisfacción de las necesidades del presente con el de no comprometer la capacidad de desarrollo de las generaciones futuras, especialmente en las regiones en vías de desarrollo, tan sensibles a los problemas ambientales.⁷

En la etapa final del Envejecimiento, en el **morir**, la persona se enfrenta, sin entrar a analizar las causas, a la muerte del cuerpo. Lo temporario es el hombre y no las energías que lo forman.² De ahí que aceptamos que el hombre sea una estación en el camino de sus constituyentes. Según la velocidad de desarrollo de los acontecimientos para llegar a la muerte se contemplan dos posibilidades: la muerte por crisis o por lisis. La primera indica que es rápida, brusca, a veces súbita, pudiendo padecer una enfermedad previa no conocida, o por un hecho traumático de la vida civil o militar. En el segundo caso, en lisis, la muerte es previsible, se la espera. Los momentos previos debemos considerarlos como los últimos momentos trascendentes de la vida, por lo que debemos tratar de que se supere el trance con lucidez para mantener la capacidad de recibir y transmitir afectos. Es el tiempo de la reflexión, analizan-

do y descifrando el verdadero sentido de lo vivido. Como persona aún mantiene los atributos naturales del principio de Autonomía y Libertad para poder decidir. Debe primar la “muerte digna” (ortotanasia) con el simple apoyo de medios ordinarios como los cuidados paliativos, si es necesario. Dejar morir no es lo mismo que “hacer morir” (eutanasia).^{3,9} El médico debe estar preparado psicológica y espiritualmente para evitar retardar la muerte con exceso de maniobras que conlleven al encarnizamiento terapéutico (distanasia). A la defensa de una vida digna corresponde una muerte digna. Al cruzar ese límite de la vida se deja de envejecer.

En las últimas décadas han surgido nuevos hechos que es necesario comentar dado que modifican conceptos preestablecidos. El congelamiento a temperaturas determinadas hace mantener órganos en estado de latencia. Rememorando a Claude Bernard, y desde una perspectiva dialéctica diremos que **“la muerte es la vida”**. Para los trasplantes de órganos humanos se utiliza la criopreservación por períodos cortos, en general para su traslado. No sólo se conservan los constituyentes en lo estático, sino que lo primordial es su integración en lo funcional con el resto del nuevo ser. El órgano trasplantado vive en condiciones similares en el nuevo cuerpo mientras el cuerpo del donante la mayoría de las veces ya ha desaparecido, o están en vías de desintegrarse el resto de sus constituyentes.

También ha surgido la “criónica” que se dedica a la criopreservación de seres humanos y mascotas para revivirlos en el futuro, sin tiempo definido.¹ Todavía es un procedimiento experimental. Proponen una vida prolongada manteniendo la juventud y la salud. Si la reanimación y el envejecimiento fuesen posibles, una persona podría vivir muchos más años, no pudiéndose especificar cuántos. Los “criocinistas” son aquellas personas que se dedican a preservar cuerpos después de su muerte, a los que mantienen en nitrógeno líquido a 196° bajo cero. En la actualidad hay tres organizaciones que mantienen a 250 personas criopreservadas. Durante la preparación se reemplaza la sangre con sustancias criopreservantes para disminuir la formación de cristales de hielo y el daño celular.

Para finalizar, y seguir rememorando a Claude Bernard, también podemos decir que en toda circunstancia, “la vida es la vida”. Hoy asistimos a la posibilidad de renacer. Los embriones destinados a la fertilización asistida pueden almacenarse congelados por períodos prolongados, para luego ser usados exitosamente y dar origen a un niño normal, el que desde ese momento comienza a envejecer. Estábamos cerrando este artículo cuando se publicó un logro biotecnológico argentino.¹⁰ Han conseguido el primer bovino del mundo “doble transgénico”. La vaca Rosita produce leche transgénica humanizada que segrega proteínas humanas al insertársele dos genes humanos que dirigen la síntesis de la lisozima y la lactoferrina en un solo sitio del genoma bovino. Si bien todavía no es totalmente “maternizada”, ratifica un nuevo camino en la concepción del círculo de la vida: nacer-envejecer-morir.

Bibliografía

1. “Criónica”: www.laflecha.net/foros/topic/crionica
2. Hurtado Hoyo E: “La Eternidad del Ser”. EDIAMA. Buenos Aires.2009.
3. Hurtado Hoyo E; Dolcini H; Yansenson J y col: “Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina”.EDIAMA.2001. Traducido al griego, inglés, francés, portugués, ruso, árabe, hebreo, italiano, japonés, alemán y checo. 2011 Segunda Edición. www.ama-med.org.ar
4. Hurtado Hoyo E: “Avances de la medicina en los últimos 75 años (1933-2008)”. RevAsocmedArgent.2010. 123.1 24-32.
5. Hurtado Hoyo E: “La humanización de la vida”. RevAsocMédArgent. 2012.125.1. 5-8.
6. OMS: “La buena salud añade vida a los años. RSalud.1-52-5-2009.
7. Pesis S: “Construyamos en la Tierra un Edén”. El Arca.2011.66.26-32.
8. “Progenia”: roble.pntic.mec.es/-jagueso/relatos.html
9. Rivera JL: “Se aportaron nuevas certezas”. Diario La Nación. 11/05/2012. p 16
10. “Vaca Rosita”: www.lanacion.com.ar/1481006-una-vaca-produce-leche-maternizada

Algunos aspectos fisiológicos de la selección sexual

Dr Arturo A Arrighi

Academia Nacional de Medicina, Ciudad autónoma de Buenos Aires. Argentina

Resumen

La atracción y el cortejo sexual integran el contexto de la selección sexual. En los humanos, complejos mecanismos psicológicos y sociales son probablemente los mayores determinantes de la atracción sexual. Si bien se postula la participación de factores de índole genética - que podrían explicar la importancia de los rasgos físicos en la elección del compañero sexual (teoría de los buenos genes)-, está por otra parte comprobado que los cambios fisiológicos (espontáneos en la mujer e inducidos en los hombres) juegan un preponderante papel a los fines de la reproducción.

Some physiological issues of the sexual selection

Summary

The attraction and courtship are inclusive parts of the sexual selection. Very important psychological and social mechanisms are possibly the main determinants of the sexual attraction in humans. The genetic participation is assumed as the explication of the preeminent importance of the physical characteristics (the good gene theory). The physiologic changes associated with the sexual selection (spontaneous in women and induced in males) play a very important role in the essence of the sexual selection: the reproductive possibility.

Darwin diferenció netamente la selección natural de la sexual.¹ La selección natural es el único proceso con capacidad de diseño y depende de las diferentes aptitudes de los individuos para adaptarse al medio y lograr éxito reproductivo, desde la ocurrencia de cambios aleatorios o como últimamente se ha postulado desde la ingeniería molecular inteligente de las células.²

La selección sexual en cambio tiene lugar desde de la habilidad de los individuos en elegir una pareja que implique una ventaja reproductiva (mayor descendencia), lo que transforma un cambio aleatorio o un proceso de ingeniería molecular en un rasgo adaptativo.³

La selección sexual puede ser intrasexual o intersexual. Habitualmente en el reino animal la selección intrasexual se da entre machos y la intersexual, especialmente entre los mamíferos no humanos en su medio natural, como elección por parte de las hembras de los mejores machos. Ello se vincula posiblemente con la mayor inversión que hacen las hembras en el desarrollo y mantenimiento de su descendencia.⁴

Se considera que el cortejo sexual y la atracción sexual integran el contexto de la selección sexual, y desde allí implica aceptar la existencia de un sentido de finalidad en las mismas: la reproducción.

Entre los humanos el encuentro sexual puede ser ocasional o intencional y existen múltiples motivos para el cortejo sexual: rasgos físicos, riqueza gestural, fluencia verbal, situación socioeconómica, prestigio y muy numerosos y complejos factores de índole estrictamente psicológica, que son habitualmente aceptados como muy determinantes, aunque no totalmente excluyentes en la selección sexual humana.⁵

El cortejo sexual implica siempre el intercambio de señales entre los integrantes de la pareja, expresadas conscientemente o no, explícitas o tácitas, de muy diversa índole, que deben ser reconocidas por el otro integrante del cortejo por sus receptores visuales, auditivos, táctiles y olfatorios. Desde las experiencias en animales y muy diferentes observaciones en humanos se considera que los receptores olfatorios juegan un muy importante papel en el reconocimiento de las señales, muy especialmente en las mujeres, y desde allí su integración a nivel cerebral con los otros aferentes sensoriales.⁶ Las señales olfatorias son vehiculizadas por las llamadas feromonas, segregadas al aire por un individuo (desde axila, vagina o esmegma) y recibidas por otro de la mismas especie, en la mucosa olfatoria principal o la accesoria (órgano vomeronasal), desde donde los eferentes nerviosos alcanzan los centros límbicos y de la memoria cerebral. Se han asociado en humanos las feromonas con diferentes efectos fisiológicos, muy especialmente en relación con el ciclo sexual de las mujeres.⁷

Se considera que el posible reconocimiento de las señales es mayor cuando existe reciprocidad en la eventual atracción, aunque ello no es totalmente excluyente.⁸

Correspondencia: Dr Arturo A Arrighi
E-mail: malarbe@fibertel.com.ar

Pero para que adquieran significado las señales tienen que ir más allá de su reconocimiento y promover en la pareja sexual específicas respuestas psicológicas y eventualmente fisiológicas, ambas potencialmente relacionadas al proceso reproductivo.

Entre los atributos físicos se acepta que la cara es el vehículo más importante de la atracción sexual. La belleza facial activa centros de recompensa cerebrales,⁹ motiva la competencia sexual, favorece el desarrollo de alianzas intrasexuales, e implica suponer desde la misma atributos personales positivos.

A partir de múltiples análisis se sostiene que aquellas características de los rasgos físicos que más pueden afectar la atracción sexual son las que a través de la historia evolutiva han recurrentemente influido en el diferente éxito reproductivo. Desde allí se han analizado, y en la actualidad se consideran generalmente, tres características que pueden vincularse con la atracción física y con la selección sexual: presencia de rasgos promedio no diferentes de los habituales para su medio habitacional y generacional; simetría física y la existencia de netos rasgos dimórficos sexuales.

La simetría física expresa estabilidad en el proceso de la configuración somática. En humanos hay observaciones que destacan la asociación entre simetría y calidad fenotípica, incluyendo ritmo de crecimiento, fecundidad, fertilidad y supervivencia.¹⁰ Por su parte la asimetría física es un marcador de imprecisión en el desarrollo y la misma ha sido asociada con prematurez, psicosis y retardo mental.¹¹ Desde estas diferentes observaciones se acepta que la simetría puede ser un importante determinante de la atracción sexual.

La presencia de característicos rasgos sexuales dimórficos exterioriza una adecuada asociación genética hormonal. La masculinidad facial, neta expresión de la acción androgénica, es aceptada como un rasgo de atracción sexual, aunque no unánimemente, quizá por ciertas implicancias de índole psicológica (especialmente agresión) que con frecuencia se vinculan con la masculinidad y limitan su atraktividad. Mucho más aceptada como expresión de atracción sexual es la presencia de netos rasgos femeninos, definida como femeneidad; pese a que no han sido tan bien definidos en su morfología, más allá de su proporcionalidad, como lo son los masculinos. No hay certeza en relación con la importancia de la acción estrogénica en el desarrollo de los rasgos que definen la femeneidad en la cara de la mujer desde observaciones en los cuadros de disgenesia gonadal, en los que a pesar de la neta carencia hormonal, muestran rasgos netamente femeninos.

Los atributos físicos, especialmente los rasgos faciales, son esencialmente señales que suelen causar diferentes respuestas en el otro integrante del cortejo sexual.

Pueden por una parte ser valorados y seleccio-

nados a partir de las particulares preferencias de cada uno de los integrantes de la pareja. Dado que esas preferencias afectan la elección de la pareja sexual y desde allí el éxito reproductivo, las mismas deben haber evolucionado a través de la selección natural y ser por lo tanto en última instancia respuestas adaptativas, es decir consecuencia de la selección natural.

Se considera asimismo que los atributos físicos pueden inducir respuestas psicológicas no conscientes. Al respecto los psicólogos evolucionistas sostienen que la selección a partir de la atracción física ocurre en forma no consciente desde la aceptación de que los rasgos definidos como atractivos expresan además una mejor calidad genética. Es lo que se conoce como la hipótesis de los buenos genes, la cual postula que la selección está guiada por la búsqueda de la mejor calidad genética en la descendencia.¹² Ello ha sido señalado por Darwin quien destacó que en la naturaleza la elección de la pareja sexual no ocurre al azar y desde allí los animales no son en general promiscuos.¹ Desde que la selección natural ha diseñado adaptaciones de toda índole, parece lógico aceptar la existencia de mecanismos psicológicos encaminados a lograr la mayor eficacia reproductiva incluyendo la mejor calidad genética de los descendientes.

También todas las señales que se expresan durante el cortejo sexual pueden además inducir cambios fisiológicos en la pareja. La mayoría de las especies de mamíferos tienen mecanismos neuroendocrinos para regular la respuesta típica de la especie a las señales de sus parejas sexuales. Las relaciones entre las señales y respuestas son mediadas por circuitos límbico-hipotalámicos, tales como el área preóptica medial, vías que proveen un mecanismo donde un estímulo social o psicológico puede afectar el nivel de las hormonas sexuales. En los machos la respuesta fisiológica se expresa por variaciones en los niveles de la testosterona indispensable para la vida sexual, dado que la respuesta sexual en los hombres es hormono-dependiente y asimismo para la posibilidad reproductiva. Se ha comprobado al respecto que los adultos jóvenes que participan en un breve encuentro social (5 minutos) con mujeres de similar edad hasta allí desconocidas muestran una elevación en sus niveles de testosterona salival, respuesta fisiológica a la exclusiva presencia femenina.¹³ En estrecha relación con ello se han observado incrementos en el nivel de la testosterona salival en hombres que atienden a la exhibición de películas pornográficas u otras con sexo explícito, destacando así el papel de los receptores visuales en la aceptada pornotopia masculina.¹⁴ También se ha comprobado que los hombres muestran una mayor atracción hacia la femeneidad de los rasgos físicos de la mujer cuando los niveles de testosterona salival son más elevados que cuando los mismos son más bajos.¹⁵

Las hembras de muchas especies han evolucionado mecanismos físicos y de comportamiento que restringen la actividad sexual a su época fértil. Las mismas hormonas que producen la fertilidad en esas hembras también controlan dichos mecanismos, asegurando que la vida sexual sólo ocurra cuando la reproducción es posible. En la mayoría de los mamíferos ello se expresa netamente en el estro de la hembra, es decir, coincidencia de la ovulación y mayores niveles plasmáticos estrogénicos con evidencias físicas de deseo sexual.

Uno de los más importantes rasgos evolutivos de la mujer es la pérdida del estro, lo que significa la no dependencia hormonal de la motivación sexual y la separación entre fertilidad y actividad sexual. Desde allí la respuesta sexual de la mujer se acepta en general como hormono-independiente.

La mujer, al no tener estro, mantendría teóricamente oculta la ovulación, pero desde que existen variaciones hormonales vinculadas con la ovulación y menstruación, no extraña que se hayan observado y con frecuencia comprobado distintas modificaciones de muy diferente índole, especialmente vinculadas con su sexualidad y que podrían ser además señales para la atracción sexual. Es así que en la fase folicular tardía y época ovulatoria (período fértil del ciclo) se ha observado en algunas mujeres la existencia de un incremento de fantasías de tipo sexual y coincidentemente diferentes publicaciones precisan la ocurrencia, en dicha época, de ocasionales exacerbaciones del deseo sexual;^{16,17} también se han hallado modificaciones de sus particulares preferencias: mayor interés en actividades sociales compartidas con hombres;¹⁸ por el peculiar olor corporal de hombres con simetría en los rasgos físicos, que describen como pleno de sexualidad y muy placentero;¹⁹ por las caras de hombres con muy manifiestos rasgos de masculinidad;²⁰ por el timbre grave y tono de la voz masculina²¹ y por la expresa presencia de rasgos y conductas que pueden significar la existencia de un mayor talento en el hombre.²² Pero seguramente más importante aún a los fines de la selección sexual es la expresión, en dicha época del ciclo, de señales que en forma inequívoca definen los citados cambios fisiológicos, es decir, aquellos vinculados con una mayor posibilidad reproductiva. Entre ellos se ha observado que la mujer se siente más atractiva en la época fértil de su ciclo²³ y desde allí se viste y actúa en forma más provocativa.²⁴ También durante esa misma época al hablar participando en una conversación la mujer eleva el timbre de su voz,²⁵ y desde que ese cambio sólo ocurre en interacciones sociales, seguramente implica la emisión de señales ovulatorias. También con cierta frecuencia se han observado cambios en el olor vaginal, se supone por mayor producción de las llamadas copulinas (ácidos grasos volátiles) en época de mayor fertilidad;²⁶ asimismo se ha comprobado

que los diferentes olores de la mujer (axilares, vulvares, etc) son definidos como más placenteros por su habitual pareja sexual durante la etapa del ciclo con mayor posibilidad reproductiva.²⁷ Todas estas observaciones expresan que en las mujeres las variaciones fisiológicas del ciclo, especialmente aquellas relacionadas con una mayor posibilidad reproductiva, se manifiestan en forma espontánea por señales de índole psicológica o física, que son determinantes en la atracción sexual y que además tienden a favorecer el éxito reproductivo.

Pero más interesante aún, la etapa fértil de la mujer en la cual se dan las descritas señales, puede ser reconocida por los hombres y así, por ejemplo, las lap dancers (bailarinas exóticas de mostrador en EE.UU.) reciben más propinas en la época ovulatoria, ya que son consideradas como más atractivas por sus ocasionales espectadores;²⁸ también se ha observado que los hombres valoran como más agradables las secreciones axilares y olores vaginales de las mujeres en época ovulatoria.²⁹ En un ensayo grupos de hombres fueron expuestos a los olores en las ropas de distintas mujeres en diferentes momentos de sus ciclos menstruales. Posteriormente se valoraron los niveles de testosterona salival en dichos hombres. Este ensayo evidenció que los niveles de testosterona son sensibles a las señales ovulatorias de la mujer, ya que se mantuvieron elevados cuando la valoración se hizo con ropas de la época ovulatoria, frente al descenso observado cuando los controles se realizaron en otros momentos del ciclo.³⁰ Asimismo, se ha comprobado que los hombres tienen una más fuerte preferencia por el tono alto de la voz femenina, coincidente con la época de mayor fertilidad, especialmente cuando observa una mayor receptividad social en la mujer.³¹

En los seres humanos el cortejo y atracción sexual, y desde allí la selección sexual, están principalmente determinados por variables psicológicas y sociales. Se especula con la posibilidad de que quizá existan influencias no conscientes, posiblemente de naturaleza genética, que tiendan a lograr un mejor genotipo en los descendientes y puedan ser desde allí determinantes en la selección sexual. Pero no existen dudas acerca de la existencia de modificaciones de naturaleza fisiológica específicamente hormonales, que son en cierta medida un trasfondo de la atracción sexual y tienen una neta finalidad reproductiva, por lo que son desde allí respuestas adaptativas.

En relación con ello se ha observado que la mujer en forma habitualmente no consciente expresa netos cambios de índole psicológica y asimismo fisiológica. Ellos denuncian la época del ciclo con mayor posibilidad reproductiva y son además señales de atracción sexual que desde allí inducen los necesarios cambios fisiológicos en el hombre, desde que la respuesta sexual masculina es hormono-dependiente.

El hombre reconoce las señales de la mujer y ex-

presa por su parte señales de atracción, pero las mismas solo inducen cambios psicológicos pero no hormonales en la mujer, en concordancia con la no hormono-dependiente respuesta sexual de las mismas.

Debe, sin embargo, destacarse que los citados mecanismos fisiológicos adaptativos operan siempre dentro del contexto cultural de la pareja sexual humana, que determina en gran medida la importancia y significado de los rasgos sociales y de índole psicológica determinantes de la atracción sexual.

Bibliografía

- Darwin C. El origen de las especies. Madrid. Edaf. 1998.
- Shapiro JA. Evolution. A view from the 21st century. FT Press Science Upper Saddle River. New Jersey, 2011.
- Symonds D. The evolution of human sexuality. Oxf. Univ. Press. N.Y. 1979.
- RL Trivers. The evolution of reciprocal altruism. Quarterly Journal of Biology 1971;46:35-57.
- Kennick DT; Li NP; Butner J. Dynamical evolutionary psychology: individual decision rules and emerged social norms. Psychological Review 2003;103:3-28.
- Holland RW; Hendriks M & Aarts H. Smell like clean spirit .Nonconscious effects of scent on cognition and behavior. Psychological Science 2005;16:689-693.
- Mc Clintock MK. Menstrual synchrony and suppression. Nature 1971;229:244-245.
- Mishra S; Clark A & Daily M. One woman´s behavior effects the attractiveness of others. Hum. Behav. 2007;28:145-149.
- Aharon I; Etcoff NL; Arieli D y col. Beautiful faces have variable reward value: fMRI and behavioral evidence. Neuron. 2001;32:537-551.
- Little AC; Jones BC; Waitt C et al. Symmetry is related to sexual dimorphism in faces: data across culture and species. PLOS One 2008;3:e21066.
- Rhodes G. The evolutionary psychology of facial beauty. Annu. Rev. Psychol. 2006;57:199-226.
- Fink B; Penton-Voak I. Evolutionary psychology and facial attractiveness. Curr. Dir, Psychol. Sci. 2002; 11:154-158.
- Roney JR; Mahler SV; Maestriperi D. Behavioral and hormonal responses of men to brief interactions with women. Evolution and Human Behavior 2003; 24:365-375.
- Hellhammer DH; Hubert W & Schurmeyer T. Changes in saliva testosterone after psychological stimulation in men. Psychoneuroendocrinology 1985;10:77-81.
- Welling LLM; Jones BC; DeBruine LM et al. Men report stronger attraction to femininity in women´s faces when their testosterone levels are high. Horm & Behav. 2008;54:703-708.
- Regan PC. Rhythmus of desire: the association between menstrual cycle phases and female sexual desire. Can. J. Hum. Sex. 1996;5:145-156.
- Gangestad SW; Thornhill H & Garver CE. Changes in women´s sexual interests and their partner´s mate retention tactics across the menstrual cycle, Evidence for shifting conflicts of interest. Proc. R Soc. Lond B. 2002;269:975-982.
- Haselton MG; Gangestad SW. Conditional expression of women´s desires and men´s guarding across the ovulatory cycle. Hormones and behavior 2006;49:509-511.
- Gangestad SW; Thornhill R. Menstrual cycle variation in women´s preferences for the scent of symmetrical men. Proc. R S. Lond B. 1998;265:927-933.
- Johnston VS; Hagel R; Franklin M y col. Male facial attractiveness. Evidence for hormone mediated adaptive design. Evolution and Human Behavior 2001; 23:251-267.
- Puts AD. Mating context and menstrual phase affect women´s preferences for male voice pitch. Evolution and Human Behavior 2005;26:387-388.
- Gangestad SW; Thornhill R and Garver-Apgar E. Adaptations to ovulation implications for sexual and social behavior. Current Directions in Psychological Science. 2005;14:312-316.
- Roberts SC; Havlicek J; Fleigr J et al. Female facial attractiveness increases during the fertile phase of the menstrual cycle. Proc. RS. Lond B. 2004;270:S270-S278.
- Durante KM; Li NP; Haselton M G. Changes in women´s choice of dress across the ovulatory cycle; naturalistic and laboratory task-based evidence. Pers. Soc. Psychol. Bull. 2008;34:1451-1460.
- Bryant GA & Haselton MG. Vocal cues of ovulation in human females. Biol. Lett. 2009;5:12-15.
- Preti G & Huggins GR. Cyclical changes in volatile acidic metabolites in human vaginal secretions and their relation to ovulation. J Chem. Ecol. 1975;1:361-368.
- Poran NS. Cyclic attractivity of human female odours. Adv. Biosci. 1994;93:555-560.
- Miller GF; Tybur J & Jordan B. Ovulatory cycle effects on tip earning by lap-dancers: economic evidence for human estrus. Evol. Hum. Behav. 2007;5:375-381.
- Singh D; Bronstad MP. Female body odour is a potential cue to ovulation. Proc. R Soc. London B. 2001;268:797-801.
- Miller SL and Maner JK. Scent of a Woman: Men´s testosterone responses to olfactory ovulation cues. Psychol. Sci. 2010;21:276-283.
- Jones BC; Feinberg DR; DeBruine LM et al: Integrating cues of social interest and voice pitch in men´s preferences for women´s voice. Biol. Lett. 2008;4:192-194.

¿Se debe considerar al Dengue una Enfermedad Profesional?

Dres Ariel Rossi,¹ Vanina Chaparro Jalil²

¹ Doctor en Medicina (UBA), Especialista en Cirugía, Especialista en Medicina Legal, Especialista en Medicina del Trabajo.

² Médica, Especialista en Clínica Médica, Especialista en Medicina del Trabajo.

Resumen

El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura del mosquito Aedes aegypti, originario de África. En la actualidad este mosquito es cosmopolita, aunque en otros continentes, otras especies de mosquitos del género Aedes han sido involucradas en la transmisión del dengue. Casi todas las infecciones por virus dengue son subclínicas. La fiebre del dengue es autolimitada, similar a un proceso gripal; pero en algunas personas presenta una respuesta inmunopatológica que desarrolla el síndrome de fiebre hemorrágica por dengue.

Summary

Dengue is a viral disease transmitted by the Aedes aegypti mosquito bite, a native insect from Africa. At present this mosquito is cosmopolitan, but in other continents, other species of the genus Aedes have been involved in the transmission of dengue. Almost all dengue virus infections are subclinical. Dengue fever is self-limiting, flu-like process, but in some people has an immunopathological response syndrome that develops DHF.

Una Breve Historia del Dengue

El registro más antiguo publicado a la fecha se encuentra en una enciclopedia china de los Síntomas de Enfermedad y los Remedios, publicada por primera vez durante la Dinastía Jin (265 a 420 n.e),² y los servicios de edición en la Dinastía Tang (618-907 n.e),³ y nuevamente en el 960-1127 n.e (Dinastía Song del Norte)⁴. Esta enfermedad fue llamada por los chinos como “agua venenosa” y ellos pensaban que de algún modo estaba conectada con insectos voladores asociados al agua.⁵

Las primeras epidemias compatibles con el dengue clásico en Latinoamérica y el Caribe ocurrieron en las Antillas Francesas en 1635 y en Panamá en 1699, mucho antes de los primeros reportes clínicos en la literatura médica, atribuidos a esta enfermedad entre 1779 y 1780.⁶⁻⁹

La primera descripción del dengue fue hecha en Batavia (en la isla de Java) por Bilone, en el año 1779,

quien la describió con la denominación de “fiebre articular”. Un año más tarde Benjamín Rush describió una epidemia de dengue en Filadelfia (EE.UU.), llamada “fiebre quebranta huesos”.¹⁰ En los años siguientes se comunicaron brotes esporádicos a lo largo de los trópicos y subtrópicos. Los brotes fueron más comunes en Estados Unidos en las primeras décadas del siglo XX. Las mayores epidemias aparecieron en Florida en 1934 y en Nueva Orleans en 1945. La denominación de “dengue”, para designar a esta enfermedad, fue acordada por el Real Colegio de Médicos de Londres.¹¹

El origen de la denominación de dengue se remonta al año 1823, cuando esclavos procedentes del África Occidental introdujeron en América los términos “dinga” o “dyenga” con la que se nombró una epidemia de la enfermedad producida en su tierra natal y que posteriormente fue transformada a la expresión española originando el sustantivo “dengue”, asegurándose además el origen Swahili “*Kidenga-pepo*” (ataque repentino parecido a un calambre o estremecimiento provocado por un espíritu malo), con precedentes en epidemias en Jakarta en 1779 y “fiebre quebrantahuesos de Filadelfia” en 1790.¹²

Las descripciones clínicas del dengue, complicado por hemorragias, *shock* y muerte, se comunicaron en Australia en 1897, en Grecia en 1927¹³ y en España en 1929.¹⁴

La transmisión de la infección ligada al *Aedes aegypti* se probó en 1903, y su etiología viral en 1907 por Ashburn y Craig. En los años 1929-1930, Blanc, Caminopetros,¹⁵ Simmons¹⁶ y otros, demostraron que algunas especies de monos son susceptibles a la infección por este virus, estableciendo la existencia de reservorios del mismo en la naturaleza.¹⁷

Después de la segunda guerra mundial apareció una pandemia con transmisión intensificada de múltiples serotipos virales en el sudeste asiático, lo que provocó brotes de fiebre del dengue hemorrágico.

Le corresponde a Sabin el mérito de haber estudiado detenidamente el virus del dengue y establecer una serie de distintos tipos inmunológicos del mismo.¹⁸

En América los relatos sobre esta dolencia datan de más de 200 años, pero su etiología se descubrió en 1944 cuando se aislaron los serotipos 1 y 2, los serotipos 3 y 4 en 1956.¹⁹ En el siglo pasado ocurrie-

Correspondencia: Dr Ariel Rossi
E-mail: rossiarriel@hotmail.com

ron grandes epidemias, coincidiendo con la intensificación del transporte comercial entre los puertos de la región del Caribe y el Sur de los Estados Unidos con el resto del mundo.

En las dos últimas décadas previas al siglo XXI el dengue vuelve a tomar notoriedad en las Américas con el brote epidémico de dengue hemorrágico en 1981 en Cuba,²⁰ seguido del segundo gran brote durante el intervalo de diciembre de 1989 a abril de 1990 en Venezuela,²¹ hitos que indicarían la diseminación progresiva de dicha enfermedad como un fenómeno emergente en la región,^{22,23} asociada a la re-emergencia del dengue clásico en América del Sur.

Dengue en Argentina

El *Aedes aegypti* es el vector que transmite el virus de la Fiebre Amarilla y del Dengue. Se desarrollan en diversos recipientes en los que el agua se conserva por periodos superiores a una semana, sin ser renovada. Carlos Juan Finlay²⁴ fue el médico cubano que lo presentó como trasmisor de enfermedades en la Conferencia Internacional de Sanidad el 18 de febrero de 1881. Este mosquito según la OMS causa 50 millones de infecciones y 25.000 muertes por año.²⁵

El vector fue erradicado de América del Sur a mediados del siglo pasado, pero a partir de 1980 se reintrodujo en la mayoría de los países por transporte desde zonas infectadas y la disminución de los sistemas de control.

En nuestro país se reportaron casos clínicos a principios del siglo XX (1905, 1911, 1916) en las provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones.²⁶

En 1916 se vio afectada la provincia de Entre Ríos, donde se reportaron 15.000 casos de fiebre por dengue. No se reportó ningún caso de fiebre hemorrágica por dengue.²⁷

En 1955 se había iniciado una campaña de erradicación del *Aedes aegypti*, y en 1963 se consideró erradicado del país. Se detectó nuevamente en 1984, y en 1986 se reportaron nuevos casos en el Norte.²⁸

El mosquito se distribuye actualmente desde el norte del país hasta las provincias de Buenos Aires, La Pampa y Mendoza.

En 1997 se notificaron de casos autóctonos de dengue serotipo 2 en la provincia de Salta, después de 81 años sin notificación.²⁹

¿Cuáles son las Zonas de Riesgo?

En Argentina el dengue se produce en los meses de calor, generalmente de noviembre a mayo, siendo las provincias de Salta, Jujuy, Chaco, Formosa, Misiones y Corrientes, las de mayor riesgo. Sin embargo, durante el brote del año 2009, también se produjeron casos de dengue en las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Chaco, Entre Ríos, La Rioja, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.³⁰

¿El Dengue se debe considerar una Enfermedad Profesional?

Nos preguntamos, ¿se debe considerar al dengue como una Enfermedad Profesional? Para respondernos esta pregunta creemos que, como dijera Confucio, para poder entendernos, hay que definir las cosas o darle a cada cosa su nombre.³¹

Enfermedad Profesional, en Medicina del Trabajo, habitualmente es considerada toda enfermedad que ha sido originada en el ambiente de trabajo y por causas inherentes al mismo. Sin duda esta definición es muy general, pero si nos ceñimos a la norma vigente, la ley 24.557 dice en su artículo 6º, Inc. 2º:

“Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo anualmente, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades, en capacidad de determinar por sí la enfermedad profesional”.

Artículo 40, Comité Consultivo Permanente.

Inc. 2º. “Este comité tendrá funciones consultivas en las siguientes materias: b) Listado de enfermedades profesionales”.

Inc. 3º. [...] “El listado de enfermedades profesionales deberá confeccionarse teniendo en cuenta la causa directa de la enfermedad con las tareas cumplidas por el trabajador y por las condiciones medioambientales de trabajo”.

Es decir, este comité tendrá que considerar para confeccionar el listado de enfermedades:

- 1) Identificar al agente de riesgo.
- 2) Tener en cuenta los cuadros clínicos.
- 3) Tener en cuenta las exposiciones.
- 4) Tener en cuenta las actividades del trabajador que puedan tener capacidad de determinar la enfermedad profesional.

Si analizamos los puntos referidos, podemos apreciar que en el caso de un individuo que por razones de trabajo (jardineros, plomeros, gasistas, trabajadores rurales, de la construcción, en laboratorios, etc.) tenga que desplazarse a una zona con dengue y contrae la enfermedad, tendremos que identificar el agente de riesgo, cuyo vector es el mosquito (*Aedes aegypti*). Ya tenemos el cuadro clínico. Si se demuestra la exposición al agente y la actividad del trabajador lo ha expuesto al mismo, deberíamos considerarla como una Enfermedad Profesional.

Dicha enfermedad no está en el Listado de Enfermedades Profesionales (Decreto 658/96), pero es indiscutible que este listado es incompleto, y además podemos realizar una analogía con la Fiebre Amarilla, que sí está en el listado y que es transmitida por el mismo agente (*Aedes aegypti*), por lo tanto, podemos afirmar que al dengue se lo debería declarar Enfermedad Profesional.

Por otra parte, en España el dengue es considerado Enfermedad Profesional.³²

Dando sustento a lo que exponemos el Decreto 1278/2000 dice:

Artículo 2º. “Sustituyese el apartado 2 del artículo 6º de la Ley Nº 24.557 y su modificatoria, el que quedará redactado de la siguiente manera:

2.b) Serán igualmente consideradas enfermedades profesionales aquellas otras que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo. A los efectos de la determinación de la existencia de estas contingencias, deberán cumplirse las siguientes condiciones:

i) El trabajador o sus derechohabientes deberán iniciar el trámite mediante una petición fundada, presentada ante la Comisión Médica Jurisdiccional, orientada a demostrar la concurrencia de los agentes de riesgos, exposición, cuadros clínicos y actividades con eficiencia causal directa respecto de su dolencia.

ii) La Comisión Médica Jurisdiccional sustanciará la petición con la audiencia del o de los interesados así como del empleador y la ART; garantizando el debido proceso, producirá las medidas de prueba necesarias y emitirá resolución debidamente fundada en peritajes de rigor científico. En ningún caso se reconocerá el carácter de enfermedad profesional a la que sea consecuencia inmediata, o mediata previsible, de factores ajenos al trabajo o atribuibles al trabajador, tales como la predisposición o labilidad a contraer determinada dolencia.

2. c) Cuando se invoque la existencia de una enfermedad profesional y la ART considere que la misma no se encuentra prevista en el listado de enfermedades profesionales, deberá sustanciarse el procedimiento del inciso 2b. Si la Comisión Médica Jurisdiccional entendiese que la enfermedad encuadra en los presupuestos definidos en dicho inciso, lo comunicará a la ART, la que, desde esa oportunidad y hasta tanto se resuelva en definitiva la situación del trabajador, estará obligada a brindar todas las prestaciones contempladas en la presente ley. En tal caso, la Comisión Médica Jurisdiccional deberá requerir de inmediato la intervención de la Comisión Médica Central para que convalide o rectifique dicha opinión. Si el pronunciamiento de la Comisión Médica Central no convalidase la opinión de la Comisión Médica Jurisdiccional, la ART cesará en el otorgamiento de las prestaciones a su cargo. Si la Comisión Médica Central convalidara el pronunciamiento deberá, en su

caso, establecer simultáneamente el porcentaje de incapacidad del trabajador damnificado, a los efectos del pago de las prestaciones dinerarias que correspondieren. Tal decisión, de alcance circunscripto al caso individual resuelto, no importará la modificación del listado de enfermedades profesionales vigente. La Comisión Médica Central deberá expedirse dentro de los 30 días de recibido el requerimiento de la Comisión Médica Jurisdiccional.

2.d) Una vez que se hubiera pronunciado la Comisión Médica Central quedarán expeditas las posibles acciones de repetición a favor de quienes hubieran afrontado prestaciones de cualquier naturaleza, contra quienes resultaren en definitiva responsables de haberlas asumido”.

No se puede dejar de mencionar que la OIT dice en su “Repertorio de recomendaciones prácticas sobre seguridad y salud en la agricultura”, en el apartado “Enfermedades de transmisión vectorial e infecciones parasitarias en el entorno agrícola”: Los insectos son los vectores más frecuentes y las enfermedades que transmiten los mosquitos son fiebre, dengue, virus del Nilo Occidental, fiebre del Valle del Rift y paludismo.³³

Nuestra Propuesta

Introducir en el Listado de Enfermedades Profesionales al dengue, por las razones que expusimos anteriormente:

- 1) Porque es un agente de riesgo.
- 2) Por el cuadro clínico de la enfermedad.
- 3) Por la exposición a la que se ven sometidos los trabajadores de las zonas con dengue (jardineros, plomeros, gasistas, trabajadores rurales, de la construcción, en laboratorios, etc.).
- 4) Porque el mosquito que transmite la enfermedad (*Aedes aegypti*) es el mismo que transmite la Fiebre Amarilla.

Bibliografía

1. Tsai T, Vaughn D, Solomon T. *Flavivirus*. En Mandell GL; Benett JE, Dolin R. *Enfermedades Infecciosas, Principios y Prácticas*. Elsevier. Madrid. 2006. pp. 1926-1950.
2. La *Dinastía Jin* gobernó desde el año 265 al 420. Esta dinastía fue fundada por la familia Sima, descendientes del gran historiador Sima Qian. La *Dinastía Jin* se divide en dos periodos. El primero de ellos, el de la *Dinastía Jin Occidental* (265-316), y el segundo, el de la *Dinastía Jin Oriental* (317-420).
3. La *Dinastía Tang* (618-907) es considerada por los historiadores como un momento de esplendor de la civilización china.

4. La *Dinastía Song* fue una dinastía gobernante en China entre los años 960 y 1279. Fue el primer gobierno en la historia mundial que usó papel moneda, y el primer gobierno chino en establecer una armada permanente. Esta dinastía también vio el primer uso conocido de la pólvora, así como el primer discernimiento del Norte verdadero usando la brújula. La Dinastía Song se divide en dos periodos distintos: el Song del Norte (960-1127) y el Song del Sur (1127-1279).
5. Gubler DJ. *Dengue and dengue hemorrhagic fever*. Clin Microbiol Rev 1998;11(3):480-496.
6. Rigau-Pérez JG, Clark GG, Gubler DJ, Reiter P, et al. *Dengue and dengue hemorrhagic fever*. Lancet 1998;352(9132):971-977.
7. Gubler DJ. *Dengue and dengue hemorrhagic fever*. Clin Microbiol Rev 1998;11(3):480-496.
8. Isturiz R, Gubler DJ, Brea del Castillo J. *Dengue and Dengue Hemorrhagic fever in Latin America and the Caribbean*. Infect Dis Clin North Am 2000;14(1):121-140.
9. Schneider J, Droll DA. *Time line for dengue in the Americas to December 31, 2000 and noted first occurrences*. Pan American Health Organization 2001:1-20.
10. Benjamín Rush (1746-1813): médico norteamericano, primer profesor de química que hubo en los EE.UU. Su aporte abarcó desde las ciencias que practicaba hasta su gran activismo por la independencia de su país, lo cual se ve reflejado en que fue uno de los firmantes del acta de independencia.
11. Kassirski I, Plotnikov N. *Enfermedad de los países de clima cálido*. Editorial Paz. Moscú. 1961. pp. 717-418.
12. Martínez C, Fallat Machado G, Rojo Concepción M, Aliño Santiago M, Martínez Torres E. *Dengue hemorrágica na crianza*. Cad. Saúde Pública vol.3 no.2 Rio de Janeiro June 1987.
13. Pumarola A. *Arbovirus: togavirus, bunyavirus y orbivirus*. En: Pumarola A, Rodríguez-Torres A, García-Rodríguez JA, Piédrola-Angulo G. *Microbiología y Parasitología Médica*, Salvat, 2ª edición, p. 664.
14. Delgado García Gregorio. *Un artículo desconocido del doctor Gustavo Pittaluga sobre un brote de dengue en La Habana (1944)*. Cuad Hist Salud Pública n.n103 Ciudad de la Habana ene-jun. 2008.
15. Blanc G, Caminopetros J. Soc. Path. Exot, 1928;121:325 y Ann. Institut. Pasteur, 1930;44p:53-61.
16. JS Simmons, Amer. Tour. Trop. Med. 1931;44:13. Simmons, St John y Reynolds, Philipp, Jour of Sciences, 1931;44:4.
17. Kassirski I, Plotnikov N. *Enfermedad de los países de clima cálido*. Editorial Paz. Moscú. 1961. pp.717-418.
18. Kassirski I, Plotnikov N. *Enfermedad de los países de clima cálido*. Editorial Paz. Moscú. 1961. pp.717-418.
19. Cecchini E, González Ayala SE. *Infectología y Enfermedades Infecciosas*. Journal. Buenos Aires. 2010. p.638.
20. Díaz A, Kourí G, Guzmán M, et al. *Cuadro clínico de la fiebre hemorrágica del Dengue/Síndrome de choque del Dengue en el adulto*. Bol of Sanit Panam 1988;104(6):560-571.
21. Isturiz R, Gubler DJ, Brea del Castillo J. *Dengue and Dengue Hemorrhagic fever in Latin America and the Caribbean*. Infect Dis Clin North Am 2000;14(1):121-140.
22. Maguiña C. *Consideraciones sobre el Dengue*. Diagnóstico 2002;41(4):149-150.
23. Mostorino R, Rosas A, Gutiérrez V, Anaya E, et al. *Manifestaciones clínicas y distribución geográfica de los serotipos del dengue en el Perú – Año 2001*. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2002;19(4):171-180.
24. Carlos Juan Finlay y Barrés (3 de diciembre de 1833 - 19 de agosto de 1915): médico cubano, eminente científico. Describió la teoría metaxénica de la transmisión de enfermedades por agentes biológicos. En su memoria el 3 de diciembre fue instituido como Día del Médico.
25. Meghme A, Reyes H. *Mosquito, flebotomas y jejenes*. En: Atías A. Parasitología clínica. Mediterráneo. Chile. 1992. pp. 486-496.
26. Sa Fleitas MJ, Actis AS. *Algunas enfermedades por virus y rickettsias como problema para la seguridad nacional*. En: Bejarano J, Del Ponte E, Orfila R. *Primeras Jornadas Entomoepidemiológicas Argentinas*. Buenos Aires: 1959:421-47.
27. Gaudino NM. *El Dengue. Algunas consideraciones sobre la epidemia de Entre Ríos en 1916*, Rev Sanid Militar (Argentina) 15:617-27.
28. Boffi R. *Programa de Prevención del dengue y control del Aedes aegypti*. En: Asociación Argentina de Zoonosis. *Temas de Zoonosis y Enfermedades Emergentes*. Buenos Aires, 1998:413-419.
29. Avilés G, Rangeón G, Baroni P, Paz V, Monteros M, Sartini JL, et al. *Epidemia por virus dengue-2 en Salta, Argentina, 1998*. Medicina (Buenos Aires) 2000;60:875-879.
30. Ministerio de Salud: *Enfermedades Infecciosas. Dengue*. Guía para el Equipo de Salud. 2ª edición. Argentina. 2009.
31. Tse-Lu dijo: "Si el príncipe de Vei os pidiera su ayuda para dirigir los asuntos públicos, ¿a qué daríais preferencia?". "A dar a cada cosa su verdadero nombre". Confucio: *Tratados Morales y Políticos. Según los textos de Confucio y de sus discípulos Tseng-Chen, Tchu-Hi y otros*, Versión establecida por Núñez de Prado J, Editorial Iberia, Barcelona, 1971, p. 125.
32. Concepto de Enfermedad Profesional. B.O.E. Real Decreto 1995/1978 del 25 de agosto de 1978. Listado de Enfermedades Profesionales. "Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional". D) Enfermedades Profesionales Infecciosas y Parasitarias. Helmintiasis, anquilostomiasis duodenal, anquilulosis. Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre papataci, fiebre recurrente, fiebre amarilla, peste, leishmaniasis, pian, tífus exantemático. Enfermedades infecciosas y parasitarias transmitidas al hombre por los animales o sus productos y cadáveres. Enfermedades infecciosas y parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidado de los enfermos y en la investigación.
33. OIT. Programa de Actividades Sectoriales. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre seguridad y salud en la agricultura. Reunión de expertos para la adopción de un repertorio de recomendaciones prácticas sobre seguridad y salud en la agricultura (Ginebra, 25-29 de octubre de 2010).

Dr Rodolfo Mazzariello

El 24 de junio del año 2010 falleció el Dr Rodolfo Mazzariello, uno de los "Maestros de la Cirugía Argentina".

Difundió en el país y el mundo una nueva técnica de acceso a la vía biliar con "el tratamiento para la extracción incruenta de litiasis residual coledociana". El Prof H Bismuth de Francia, en ocasión de visitar su Servicio y ver todos los procedimientos quirúrgicos que estaba realizando en vías biliares, expresó públicamente que "la cirugía biliar se divide en antes y después de Mazzariello". El mismo reconocimiento lo recibió de profesores como Albanese, Praderi del Uruguay, Mercadier de Francia y Gazzaniga de Italia.

Desarrolló toda su carrera en el Hospital Rivadavia hasta el cargo de Jefe del Departamento de Cirugía y luego de jubilado siguió como consultor de cirugía hasta su deceso.

Sus maestros fueron el Dr Adrián J Bengolea y Carlos Velasco Suárez.

Fue nombrado "Maestro de la Cirugía Argentina", título otorgado por la Asociación Argentina de Cirugía durante el Congreso Argentino de Cirugía del año 2005.

Fue miembro de múltiples Sociedades Médicas argentinas y extranjeras, entre ellas: "Miembro Emérito de la Academia Argentina de Cirugía"; "Miembro Emérito de la Asociación Argentina de Cirugía"; "Miembro Honorario Nacional de La Asociación Médica Argentina"; "Miembro Vitalicio de la Sociedad Argentina de Gastroenterología"; "Miembro Honorario de la Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva"; "Fellow American College of Surgeons"; "Presidente de la Sociedad Ibero-latinoamericana de Cirugía"; "Miembro Titular *Société Internationale de Chirurgie*"; "Miembro de la *Internacional Biliary Association*"; "Miembro de la *New York Academy of Science*"; "Miembro Correspondiente Extranjero de la Sociedad de Cirugía de Colombia, Paraguay, Cuba y del Colegio Brasileño de Cirujanos".

Ganó 18 premios, entre ellos: "Premio Bosch Arana", otorgado por la Sociedad Argentina de Cirujanos en 1967; "Premio Ovidio Bolo", otorgado por la Asociación Médica Argentina (Bienio 1967 – 1968); "Premio 90º Aniversario de la Asociación Médica Argentina" en 1980; "Premio Bonorino Udaondo de la Sociedad Argentina de Gastroenterología en 1993; "Premio Enrique Finochietto en 2006" (Trienal) de la Academia Nacional de Medicina por



su trabajo "Hepatitis", patología en la que tenía la mayor experiencia en el mundo occidental.

Fue autor de más de 220 trabajos sobre cirugía, en especial hepatobiliopancreática, publicados en revistas nacionales y extranjeras. Escribió el Libro *La extracción Incruenta de Cálculos Biliares Residuales* Ed. Martínez de Murguía, 1968.

Escribió capítulos en importantes tratados de cirugía: *Abdominal Operations* R Maingot (EE.UU.) -

Encyclopedie Medico-Chirurgical (Francia – fue el primer argentino que publicó un capítulo) - *Mastery of Surgery* Nyhus y Backers" (EEUU) - "Tratado de Cirugía" R Romero Torres (Méjico) - *Enfermedades de las Vías Biliares y del Páncreas* Walter Hess (Suiza) - *Enciclopedia Argentina de Cirugía Digestiva*.

Dictó innumerables conferencias en la Argentina, América y varios países de Europa Occidental. Fue Relator Oficial del Quincuagésimo Segundo Congreso Argentino de Cirugía: "Litiasis Residual de la Vía Biliar Principal", 1981.

En su trayectoria docente fue Profesor Adjunto de la Carrera de Cirugía Digestiva de Postgrado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Argentina.

Contribuyó a que el Hospital Rivadavia (institución donde realizó sus tratamientos miniinvasivos) sea conocido en todo el mundo.

Gran lector, estudioso e inquieto amante de la poesía que escribió con pluma de oro en su libro *La segunda vuelta de Martín Fierro*. Siguiendo su rima se refirió con gran agudeza e ingenio a los problemas socioeconómicos y políticos de nuestro país.

Fue uno de los grandes Maestros de la cirugía argentina, un cirujano entusiasta, observador y dinámico. Académico enamorado de esa cirugía que transmitía con pasión a sus discípulos y a todos los colegas que iban a aprender sus métodos, con cirugía mínimamente invasiva, que realizó por primera vez en el mundo. Mazzariello enseñaba con la humildad de los grandes.

Realizaba sus métodos utilizando instrumentos, la mayoría diseñados o fabricados por él, con los cuales extraía los cálculos con sus hábiles manos. Con este procedimiento evitaba una reoperación de importante morbimortalidad.

En el anecdotario de su método, difundido en todo el mundo, en cierta ocasión un cirujano operaba a una paciente añosa que presentaba un abdomen agudo por colecistitis gangrenosa y encontró

además, un megacolédoco panlitiásico. Realizada la colecistectomía y mientras extraía gran número de cálculos del colédoco, el anesthesiólogo, debido a una descompensación de la paciente, lo urgió a finalizar la cirugía. Conciente de que dejaba cálculos colocó un Kehr y cerró el abdomen diciéndole a su equipo: "No hay problemas porque para sacarlos está Mazzariello".

Consultó con él, y al acompañarlo para ver el procedimiento se sorprendió cuando le dijo: ¿porqué no lo haces vos, así aprendés? Pudo extraer 6 cálculos, siguió aprendiendo con él y después fue un gran amigo. Esto ocurrió en 1971 cuando tenía más de 3.000 casos tratados. Años después le dijo que los había registrado hasta llegar a 5.000 y no lo hizo más.

La anécdota más destacada fue cuando Mohammed Reza Pahlavi, ex Sha de Persia fue sometido a una operación biliar en EE.UU., Mazzariello fue consultado porque había quedado un cálculo en el conducto biliar para que viajara a realizar su procedimiento. El Dr Joachim Burhenne, radiólogo en Canadá, había estado 15 días en el Hospital Rivadavia aprendiendo el método con Mazzariello. Ya en su país fue llamado al *New York Hospital* y extrajo el cálculo residual con una canastilla, tras lo cual aumentó su prestigio.

Fue un esposo y padre cariñoso que siempre educó con su ejemplo y bondad, y un abuelo que adoraba a su nieta Agustina.

Siempre será admirado y respetado por todo lo que brindó a la cirugía, pero sobre todo por su humildad y hombría de bien.

En algunos párrafos de su autobiografía inédita escrita 2 años antes de fallecer dice textualmente: "Me considero un artesano (la cirugía es la más científica de las artesanías). Mi artesanía viene indudablemente de familia. Mi padre fue un inmigrante italiano que de muy joven arribó con un oficio, era sastre. Mi madre también, era modista, creadora de modelos y de cuanto trabajo manual fuera útil al hogar o placentero a la vista".

"Me agradaban las artes, el dibujo, la música, la arquitectura. Era admirador de los paisajes, de la naturaleza, de los animales y de las plantas".

"Cursé estudios secundarios en el Colegio Nacional Domingo F Sarmiento de la calle Libertad. Cantaba en el coro, siempre me gustó cantar, según los profesores lo hacía muy bien. Seguí cantando toda mi vida hasta cuando operaba, si las cosas iban bien".

"Me gustaban mucho los deportes, sobre todo acuáticos; nadaba todos los estilos, hacía ski acuático y remo en El Tigre (Club Marina)".

"En el fondo soy muy tímido e introvertido, siempre lo fui. El exceso de timidez perjudica, inhibe,

todos los extremos son malos, aún el exceso en las virtudes puede traer sinsabores".

"La verdadera cirugía ambulatoria se practica cuando el enfermo entra a un consultorio, clínica u hospital y se va una vez operado sin ocupación de cama. En caso contrario aunque sea de horas es internación con alta precoz y no cirugía ambulatoria como muchos la presentan hoy en día".

"En la década del '60 publiqué 70 operaciones menores (especialmente hernioplastias, apendicectomías, resecciones venosas por várices) realizadas en esta forma. Fue la primera presentación nacional y tal vez internacional de cirugía ambulatoria, está documentado".

"A raíz de la divulgación de mis procedimientos percutáneos miniinvasivos, tuve la ocasión de recorrer muchos lugares de América y Europa".

"Recuerdo la invitación de Frank Glenn, el "capo" de las intervenciones biliares en Estados Unidos. Me invitó a su servicio en el *New York Hospital*, un inmenso edificio de 50 pisos. Creyendo en una conversación amena, en un simple coloquio, me presenté desprovisto de documentación y diapositivas".

"El Dr Glenn lo primero que hizo en la cita fue llevarme al aula magna, un impresionante anfiteatro que ocupaba 2 pisos, repleto de médicos y estudiantes que esperaban mi disertación".

"Una mezcla de temor y coraje me impulsaron a pedir una tiza y sobre un pizarrón tracé dibujos en forma esquemática y con ayuda de mi inglés elemental expliqué los procedimientos, los resultados y las estadísticas que recordaba".

"Lo que más me sorprendió fue que pude entender y responder todas las preguntas".

"Algunos momentos emotivos siempre los recuerdo como imprevistos homenajes grabados en el recuerdo. Estaba participando en una mesa redonda internacional con integrantes argentinos y brasileños, en el Norte de nuestro país, cuando el Prof. Tejerina Fotheringham que la presidía poniéndose de pie pidió al auditorio interrumpir su desarrollo para brindar un aplauso al Dr Mazzariello".

"En octubre cumpló 87 años, sigo y seguiré en el hospital como consultor y en lo que pueda enseñar en Cirugía Biliar".

"Cuando muera no sé lo que pasará con mi alma, pero pido que me cremen y algo de las cenizas que la vuelquen en los jardines de mi querido hospital, en cercanías del pabellón Cobo".

No podían ser otras las palabras del hombre que tanto amó y dio al Hospital Rivadavia.

Sus discípulos del Hospital
Bernardino Rivadavia

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES


1. ENVÍO DE ORIGINALES

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

Los trabajos deben reunir las siguientes condiciones:

a) ser inéditos, no admitiéndose su publicación simultánea en otro medio.

b) mecanografiados en castellano, a doble espacio, papel formato carta, 70 espacios por renglón, 36 renglones por página.

 c) cada trabajo debe contar con; Resumen; Summary; Título en inglés; Título corto en castellano; y un E-mail para correspondencia.

d) entregar original, una copia y el CD realizado en cualquier programa de PC. Se recomienda al autor conservar otra copia.

e) páginas numeradas en ángulo superior derecho.

f) sin escrituras ni referencias al dorso.

g) todos los autores deberán ser socios de la A.M.A., y estar al día con las cuotas societarias correspondientes.

h) los originales no se devuelven y quedan en el archivo de la Revista de la A.M.A.

i) la primera página de los diferentes trabajos deberá constar de: título en castellano y en inglés; nombre y apellido completos de los autores, con el mayor título académico; centro de realización del trabajo; dirección para la correspondencia.

j) fotografía del autor/autores según corresponda, en alta resolución para ser publicadas en los trabajos.

2. MATERIAL ILUSTRATIVO

a) Fotografías: diapositivas (blanco y negro o color), o copias fotográficas de 9 cm por 12 cm (exclusivamente en blanco y negro). Deberán estar numeradas al dorso, con nombre y apellido del primer autor, y con identificación con flecha de la parte superior.

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

c) Tablas: en hoja aparte, con el título correspondiente. Todo el material antedicho debe numerarse correlativamente de acuerdo con el texto.

3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Se debe especificar:

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

Ej: Desmond DW, Moroney JT, Paik MC, et al. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology* 2000;54:75-81.

Juncos, LI. Reemplazo de volumen en insuficiencia renal aguda ¿Que es necesario y cuando es suficiente? *Experiencia Médica* 2002;20:22-30.

Si es un libro: Apellido e iniciales del nombre del autor o autores, si son más de tres se reemplazarán por "et al"; Lugar de edición

(Ciudad), editorial y año de edición, página citada. En caso de citar un capítulo, se citará primero el autor o autores del capítulo, el nombre del mismo y después la cita del libro que antecede.

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

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

4. SECCIONES DE LA REVISTA

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

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

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

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

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

6) **Actualización bibliográfica:** publicación de resúmenes de trabajos de reciente aparición en publicaciones de reconocido nivel internacional o nacional (a disposición en la Biblioteca de la A.M.A.), seleccionados por el Comité Científico.

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

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

5. 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.

6. 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.

7. 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.