



Revista de la Asociación Médica Argentina

EDITORIAL

La Asociación Médica Argentina lamenta y comunica el fallecimiento de su ex-Presidente y Presidente Honorario, Profesor Doctor Luis Julio González Montaner, Miembro Honorario Nacional de la AMA, Decano de la Facultad de Medicina de la USAL

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo

NOTICIA SOCIETARIA

**11° Acto de Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto
Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto al Dr David Simkin**

NOTICIA SOCIETARIA

Consideraciones sobre la Vida y la Muerte Muerte Digna

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo

ARTÍCULO ORIGINAL

**Gestión integrada e integrable de los servicios de salud.
Un verdadero salto tecnológico en gestión**

Dres Roberto Rubén Pittaluga y Florencia Alicia Pittaluga

ARTÍCULO ORIGINAL

Esclerosis sistémica con compromiso renal como presentación paraneoplásica

Dres Jorge Alejandro Brigante, Estefanía Prinic, Alejandra Ermida, Pablo Marchetti, Manuel Klein

CASO CLÍNICO

Síndrome aórtico agudo

Dres Alfredo Buzzi y Gastón Emiliano Leites Romano

CASO CLÍNICO

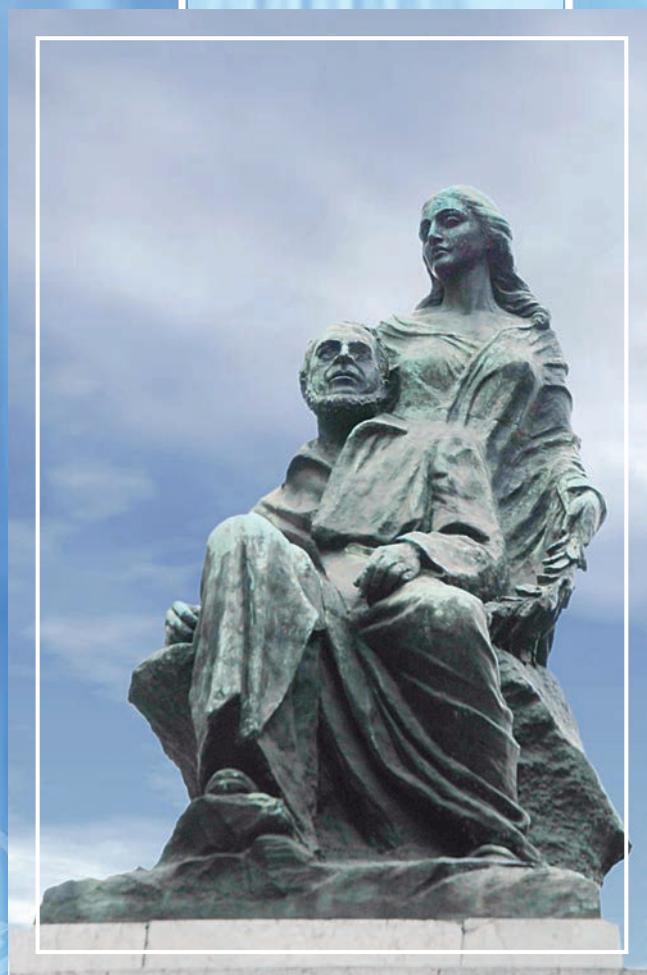
¿Que hacer frente al riesgo de poliomielitis?

Dr Jorge Osvaldo Gorodner

HISTORIA DE LA MEDICINA

82 años de la Colangiografía Operatoria

Dr Alfredo Martínez Marull



VOLUMEN 127

2/2014

JUNIO DE 2014

HOMENAJE AL DR GUILLERMO G RAWSON

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

El monumento en homenaje de Guillermo Rawson se alza en la intersección de Pueyrredón y Las Heras, en la Ciudad de Buenos Aires.

La piedra fundamental fue colocada en 1925 con la presencia de Eduardo, Príncipe de Gales, y el entonces Presidente de la Argentina, Marcelo T de Alvear, lo cual no es sorprendente porque la iniciativa contó con el apoyo de la colonia galesa de nuestro país.



su preparación. Ganador del Premio Estímulo de 1912 y otros reconocimientos en el país, su obra forma parte del repertorio de museos y colecciones particulares, pero es sobre todo conocido por sus monumentos públicos distribuidos a lo largo del país: la estatua de Peralta Ramos en Mar del Plata, Los Cóndores de Mendoza y en Buenos Aires, además del dedicado al Dr Guillermo Rawson, se alzan sus monumentos al General Belgrano en la Plaza del barrio homónimo y el monumento a Justo José de Urquiza en Sarmiento y Libertador. Las esculturas de Héctor Rocha para el monumento a Guillermo Rawson son la figura de Rawson y la Ciencia, y las estatuas laterales que representan a La Elocuencia y El Saber.



Se inauguró la obra terminada el primero de septiembre de 1928.

El escultor del monumento fue Héctor Rocha (1893-1964). Artista nacido en Buenos Aires, fue discípulo de Torcuato Tasso, maestro italiano y en 1906 viajó a París para continuar

Coni, primer Presidente de la AMA. Fundador de la Cruz Roja Argentina en 1879, Ministro del Interior 1862-67, fue Presidente Interino de la Argentina durante ese período. Buenos Aires, además del monumento que nos ocupa, ha homenajeado múltiplemente su figura, basta recordar el Hospital Rawson, el barrio parque que lleva su nombre, la Escuela Guillermo Rawson de San Telmo y su mausoleo en el Cementerio de la Recoleta. A lo largo del país se lo recuerda: la capital de Chubut lleva su nombre, pues fue él quien negoció la instalación de los galeses en la Patagonia, en la ciudad de Clodomira (Santiago del Estero) existe el Hospital Rawson, una localidad de la Provincia de Buenos Aires lleva también su nombre. Como no podía ser menos, en la San Juan natal le han dedicado una Avenida, un Hospital y un monumento frente al mismo.



Del Doctor Guillermo G Rawson (San Juan 1821-París 1890), eminente higienista y político argentino, es imposible realizar una semblanza en tan breve espacio. Primer profesor de higiene de nuestro país al año siguiente de la epidemia de fiebre amarilla, investigó los problemas sanitarios, las condiciones de agua y las condiciones de vida en los "conventillos" de la ciudad. Fue el maestro del Dr Emilio

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2014

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

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

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

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

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

Página web: http://www.ama-med.org.ar

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

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

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

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

Presidente Honorario de la Asociación Médica Argentina

Dr. Francisco Javier Romano[†] (2508)

Dr. Luis Julio González Montaner[†] (5235)

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente

Dr. Elías Hurtado Hoyo (7390/5)

Prosecretario

Dr. Jorge Gorodner (9128/8)

Vocales Titulares

Dr. F. Juan Domínguez (33933/5)

Dra. Nora Iraola (12435/5)

Dr. Carlos Mercau (33207/4)

Dr. Gustavo Piantoni (13208/5)

Vicepresidente

Dr. Miguel Falasco (10179/6)

Secretario de Actas

Dr. Roberto Reussi (12263/1)

Vocales Suplentes

Dr. Armando E. Guglielminetti (7063/4)

Dr. León Turjanski (5926/1)

Secretario General

Dr. Miguel A. Galmés (16619/1)

Tesorero (a cargo)

Dr. Vicente Gorrini (15732/4)

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)

Dr. Ángel Alonso (10896)

Dr. Leonardo H Mc Lean (6885/4)

Dr. Manuel L Martí (7683/0)

Dr. Víctor Pérez (5314/4)

Dr. Román Rostagno (9807/5)

Miembros Suplentes

Dr. Mario Bruno (12357/4)

Dr. Germán Falke (31714/5)

Dr. Horacio López (14518/5)

Dr. Daniel López Rossetti (21392/59)

Dr. Juan J. Scali (27242/0)

Dra. Lidia Valle (16932/3)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dra. L. Nora Iraola (12435/5)

Dr. Juan C. García (36953/5)

Dr. Horacio A. Dolcini (9951/5)

Dr. Jorge F. Yansenson[†] (12478/1)

Dr. Miguel Vizakis (35379/9)

Miembros Suplentes

Dr. Fabián Allegro (29815/5)

Dr. Alberto Lopreiato (15535/4)

Dr. Pedro Mazza (7635/2)

Dr. Pedro Morgante (38065/1)

Dr. Juan J. Solari (5920/7)

Secretario del Tribunal

Dr. Heraldo Nelson Donnewald (9043/3)

Asesor Letrado Honorario

Dr. Hernán Gutiérrez Zaldívar (31864/5)

Asesor Letrado Alterno

Dr. Carlos do Pico Mai

Escribana

Sra. María Cristina Soler

Relaciones Institucionales

Lic. Fernando Portiglia Tade (42264)

Administrador

Sr. Guillermo E. Couto

Biblioteca

Dr. Rodolfo Maino (9399-5)

Revista de la Asociación Médica Argentina - Volumen 127, número 2 de 2014. Editor responsable: Asociación Médica Argentina.

Director: Prof Dr Ángel Alonso. 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 127 - Nº 2 JUNIO DE 2014

SUMARIO

EDITORIAL	La Asociación Médica Argentina lamenta y comunica el fallecimiento de su ex-Presidente y Presidente Honorario, Profesor Doctor Luis Julio González Montaner, Miembro Honorario Nacional de la AMA, Decano de la Facultad de Medicina de la USAL <i>Prof Dr Elías Hurtado Hoyo</i>	3
NOTICIA SOCIETARIA	Consideraciones sobre la Vida y la Muerte Muerte Digna <i>Prof Dr Elías Hurtado Hoyo</i>	5
	11º Acto de Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto al Dr David Simkin	10
ARTÍCULO ORIGINAL	Gestión integrada e integrable de los servicios de salud. Un verdadero salto tecnológico en gestión <i>Dres Roberto Rubén Pittaluga y Florencia Alicia Pittaluga</i>	21
	Esclerosis sistémica con compromiso renal como presentación paraneoplásica <i>Dres Jorge Alejandro Brigante, Estefanía Prinic, Alejandra Ermida, Pablo Marchetti, Manuel Klein</i>	24
CASO CLÍNICO	Síndrome aórtico agudo <i>Dres Alfredo Buzzi y Gastón Emiliano Leites Romano</i>	28
	¿Que hacer frente al riesgo de poliomielitis? <i>Dr Jorge Osvaldo Gorodner</i>	36
HISTORIA DE LA MEDICINA	82 años de la Colangiografía Operatoria <i>Dr Alfredo Martínez Marull</i>	38

STAFF DE LA REVISTA

Director
Prof Dr Ángel Alonso

Subdirector
Prof Dr Horacio López

Secretarios Editoriales
Dr Daniel Carnelli
Dra Betina Dwek
Dr Miguel Ángel Falasco

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

Producción Gráfica
Raúl Groizard

Corrector Literario
Dr Hernán Sassi

Las fotografías fueron realizadas por el fotógrafo independiente Sr Enrique Mourgués

Consideraciones sobre la Vida y la Muerte

Muerte Digna¹



Prof Dr Elías Hurtado Hoyo²

¹ Conferencia. ADARBA. 2013

² 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 de la Asociación Médica Argentina.

Sra Presidenta de ADARBA, Silvia Marenda de Pujol; Sra Coordinadora del Comité, Susana Freund de Acel; Sras Socias. Un saludo especial para vuestra Secretaria General, Sra Graciela González de Chechtman, esperando su pronto restablecimiento.

La muerte ha sido para mí una rival tangible y constante desde mi juventud. Distintas circunstancias me llevaron a ser el que tomaba, y aún tomo, decisiones que son necesarias para controlar enfermedades de alto riesgo en las cuales está permanentemente acechando. Empecé a operar siendo practicante en 1957 en el hoy desaparecido Hospital Salaberry. Los anestesiólogos eran muy pocos, y en general se ocupaban de asistir a los jefes; los que nos inclinábamos por la cirugía debíamos aprender los distintos tipos de anestesia con los peligros que se originaban cuando las aplicábamos y por lo precario del equipamiento existente. Asimismo, por no haberse aún introducido las Terapias Intensivas, debíamos asumir la responsabilidad completa del posoperatorio. Por todas estas circunstancias, y por las generosas enseñanzas de mis maestros, desde temprano comprendí que “frente a un enfermo la

actitud del médico debe ser en primer lugar pretender curarlo [...]; si no puede hacerlo, debe pretender aliviarlo [...]; y si no se puede debe acompañarlo al buen morir respetando sus valores morales y religiosos [...]”.¹ Dejando de lado esas vivencias en ese accionar cotidiano, mencionaré someramente sólo tres episodios concretos relacionados a la “Muerte Digna” de los que fui partícipe.

El 7 de noviembre de 1975, daba una Conferencia en el Ateneo Literario y Científico de Madrid por la edición en España de mi libro *El Hombre Eterno. Teoría del Ser*,² expresando mi posición sobre lo que ocurriría con los constituyentes que conforman al hombre en el momento de la muerte. La segunda vivencia se produjo coincidentemente en ese mismo mes al estar presente, como becario del Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular de la Ciudad Sanitaria La Paz de Madrid, durante la muerte de Francisco Franco. Fue el primer caso trascendente con repercusión periodística internacional que generó discusiones éticomorales sobre la distanancia por el factible “encarnizamiento terapéutico”. Años después, en 1985, ocurriría lo mismo con el presidente Tancredo Neves en Brasil. El tercero es la posición expresada por una añosa Institución Civil laica como es la Asociación Médica Argentina fundada en 1891 en su “Código de Ética para el Equipo de Salud” que tuve el honor de conducir.¹ En sus dos ediciones 2001 y 2011, cinco de sus Capítulos se refieren al tema, en especial los 33 y 34. Traducido a doce idiomas; es usado como material didáctico por facultades de medicina y abogacía, públicas y privadas.

La muerte para la Real Academia de Lengua Española significa “la cesación o término de la vida”. Se llega de distintas maneras. La Tanatología es una disciplina integral dedicada al fenómeno de la muerte en seres humanos y otros animales desde los distintos ámbitos del saber como son la medicina, la psicología, la antropología física, la religión y el derecho; y aplica el método científico con técnicas forenses. 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 conforman. De ahí que aceptemos que el hombre sea una estación en el camino de sus constituyen-

tes.² Las distintas religiones y creencias tienen una posición definida sobre los otros componentes del hombre después de la muerte física.

Es oportuno señalar, antes de profundizar el tema, que existen regiones en la Tierra donde sus habitantes son longevos superando los cien años. Se destacan la Isla de Ikaria (Grecia), Isla Sardinia (Cerdeña), Isla de Okinawa (Japón), Península de Nicoya (Costa Rica), Loma Linda (California), Valle de Vilcabamba (Ecuador), Valle de Hunza (Pakistán), Montañas del Cáucaso y Georgia.⁵ Aparte del clima, una de las características en común es que se alimentan de lo que ellos mismos producen.

En contraposición merece comentarse el síndrome de los "niños viejos". La *Progeria* es una enfermedad rara de origen desconocido, hereditaria, que inhibe la reproducción celular.¹⁰ La mayoría de los casos son de raza blanca. Se caracteriza por la prematura aparición, entre los 6 meses y 2 años de edad, de los síntomas de la vejez. En el 90% tienen una mutación en el gen que codifica la proteína Lamin A provocando una inestabilidad de las células en todo el cuerpo, lo cual lleva al envejecimiento rápido y acelera su muerte. La velocidad del envejecimiento es entre 5 a 10 veces mayor que la de una persona normal. Su promedio de vida es alrededor de 14 años. Fallecen por afecciones relacionadas a los adultos mayores como son los accidentes cerebrovasculares, el infarto de miocardio, y otros.

En el llamado "reloj biológico" se plantea la existencia de un determinado genotipo que va produciendo la aparición de cambios programados fenotípicos por la edad. Los recientes aportes 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. Se sabe que actualmente la esperanza media de vida al nacer en la región excede los 70-75 años mientras hace un siglo era de 40-45 años. Esta expectativa ha aumentado 17 años sólo en los últimos 25 años. Es interesante recordar que el envejecer y el morir de las células de cada órgano o de cada sistema es muy variable desde horas (neutrófilos), días (glóbulos rojos), a años ("linfocitos de memoria"). Así como este tipo de células tienen la capacidad de reproducirse, otras no la tienen disminuyendo su número a través del tiempo como las nefronas, neuronocitos, etc.⁵

Estas situaciones extremas nos motivan a recordar una frase de Claude Bernard muchas veces cuestionada: "la vida es la muerte".² El perder, aunque sea mínimamente algunos de nuestros atributos, es acercarnos a nuestro fin. Tras los trabajos de Weismann, Metchnikoff, Woodruff, Carrel, Metanikow, y otros, "la biología puede afirmar ya que lo que caracteriza a la mayoría de los organismos vivos es la inmortalidad, y no la muerte [...]".² Dado que la muerte no es una necesidad imperativa de la vida orgánica, muchos autores hablan de amortabilidad que es la aptitud biológica

de vivir indefinidamente pero siempre expuesta al accidente fatal, separándola de la noción religiosa de inmortalidad que implicaría indestructibilidad. El unicelular se reproduce por bipartición hasta el infinito; la muerte le llega por cambios nocivos del medio exterior. Woodruff controló la reproducción de infusorios durante 7 años; se reprodujeron 44.473 veces siempre con las mismas características. "Las células vivas son potencialmente amortales". Esto se comprueba en numerosas especies animales o vegetales inferiores. "Son, pues, amortales 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 amortabilidad original".² A esto se le contraponen en el ascenso en la escala de los organismos vivientes por las diferenciaciones celulares, la disminución o anulación de la posibilidad de regeneración biológica. Para Hertwing-Minot: "La muerte aparece como el precio de la diferenciación, de la organización, 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, sí la especie humana. Morin 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

Según el tiempo en que se desencadena la etapa de la muerte, se consideran dos grandes posibilidades o grupos: la "muerte en crisis" y la "muerte en lisis". La "muerte en crisis" es la que llega la mayoría de las veces en pleno estado de Salud en forma rápida, brusca, inmediata, y a veces súbita. De esta forma de morir podemos reconocer a su vez dos grandes subgrupos: la muerte voluntaria y la muerte no voluntaria. La "muerte en crisis voluntaria" es el clásico suicidio; la persona se la provoca a sí misma; sin analizar las causas, el hecho queda circunscripto sólo a esa persona. En la "muerte en crisis no voluntaria" no se tiene la posibilidad de elegir, es circunstancial, no se la desea, y no se la espera. Comprende a las acontecidas en las guerras, accidentes de tránsito, de trabajo, asesinatos, drogas, otras intoxicaciones, síncope, etc.

La otra forma de morir se denomina "muerte en lisis" pues la enfermedad progresa lentamente, es previsible, y se la espera. Los momentos previos son los últimos momentos trascendentes de la vida, por lo cual debe buscarse que superen el trance con lu-

cidez para mantener la capacidad de recibir y transmitir afectos. Es un tiempo de reflexión, analizando y descifrando el verdadero sentido de lo vivido frente a estar perdiendo todo su mundo, familia, vivienda, trabajo, logros, amistades, cuerpo, mente y espíritu. Como persona aún mantiene los atributos naturales del Principio de Autonomía con Libertad para poder decidir.⁸ A la defensa de una “Vida Digna” corresponde una muerte digna. Dejar morir no es lo mismo que “hacer morir”.⁶ Para las personas añosas la “Muerte Digna” es la muerte ideal que llega en el momento biológico adecuado, con un tratamiento instaurado razonablemente coherente con los estándares clínicos, culturales y éticos [...], y libre de angustia o sufrimiento para el paciente, la familia, y los cuidadores en general. El Derecho al “bien morir”, es decir, a morir con dignidad, debe contemplar como mínimo:

- a) conocer la cercanía de su muerte (información de la verdad);
- b) vivirla según sus propias convicciones morales y religiosas;
- c) mantener la conciencia ante su proximidad;
- d) estar y sentirse acompañado;
- e) recibir los cuidados apropiados; y
- f) alivio del dolor (sedación paliativa, terminal o en agonía).

Sin embargo, para niños y jóvenes, aún cumpliendo todos esos requisitos, el concepto de muerte digna choca con el por qué de la misma muerte.

Antes, el “paciente terminal por lisis” esperaba la muerte en su casa rodeado de los afectos de la familia y amigos. A mitad del siglo pasado surgen las Terapias Intensivas reuniendo en un área definida los pacientes de alto riesgo. Permiten concentrar recursos humanos y técnicas de asistencia compleja. Desde un inicio generaron conflictos; tienen una imagen relacionada al aislamiento, la despersonalización, el vaciamiento espiritual-religioso, y al ocultamiento. Se suele decir que allí por la alta tecnificación se genera la “medicalización de la muerte” pues se muere más lento, con menos dolor pero más solos, mejor asistidos pero menos acompañados. Frente a la muerte inevitable la medicina tiene límites y hay que aceptarlo. Es inútil un tratamiento para mantener la funcionalidad de un órgano sin mantener el sentido de un organismo como un todo; su implementación radica en los beneficios que se esperan. Se denomina “encarnizamiento o ensañamiento terapéutico” a los tratamientos desproporcionados que prolongan la vida de enfermos desahuciados. Estas actuaciones son en general de mala práctica médica. Cuando no es razonable seguir esperando

un beneficio, el tratamiento pierde su justificación y debe ser retirado. Esta valoración le corresponde al médico (Junta Médica) y deben participar el paciente, si está lúcido, y su familia.

Los conflictos, si bien no son muchos cuando se desencadenan, pueden llegar a ser graves. Se producen entre los Miembros del Equipo de Salud y/o los familiares por la diferencia de conocimientos y su interpretación; el paciente está muerto según los Protocolos Médicos establecidos (*muerte cerebral*), pero los órganos vitales siguen funcionando. Se habla de “estado vegetativo permanente” en el cual las medidas asistenciales pueden tener repercusiones éticomorales y legales. A esta situación llegan tanto casos de “muerte en lisis” como de “muerte en crisis” cuando ésta no es inmediata. Lo que da origen a la polémica es la presencia de diversos movimientos de tipo involuntario y ser interpretados como señales de vida; pueden mover los ojos, miran pero no ven, oyen pero no escuchan, tosen, no pueden pensar que la luz se prende, porque está dañada la corteza cerebral. En general son pacientes asistidos en Terapias Intensivas con apoyo de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM).

Cuando el momento final se va postergando, a pesar de las mínimas medidas de sostén instaladas, se dice subjetivamente que “el paciente no se quiere ir”. A la inversa, cuando se imponen medidas desproporcionadas al estado del paciente, se puede decir que “la familia o el Equipo de Salud no lo deja ir”. Estas discrepancias jerarquizan la importancia del compromiso activo de un Equipo de Salud con una sólida formación técnica, psicológica, ética y espiritual, para acompañar al moribundo en esos momentos, como en el futuro enfrentar la propia.

El caso de Karen Ann Quinlan se convirtió en el símbolo del Derecho Legal a la Muerte Digna. En abril de 1975 entra en coma por lo que se le coloca un respirador; la familia pide retirárselo; en junio de 1976 la Corte Suprema de New Jersey (EE. UU.) autoriza retirarlo. Se mantiene en estado vegetativo, deteniéndose sus órganos recién en 1985. A partir de allí se imponen los Comités de Asesoramiento Ético Hospitalarios. El caso argentino que genera la Ley es el de Camila Selva Hebrón, quien el 27 de abril del 2009, por falta de oxígeno cerebral durante el parto, nace en coma necesitando un respirador; queda en estado vegetativo permanente; en 2012 se aprueba la Ley y se le retira el respirador; sus órganos dejan de funcionar. La abogada patrocinante fue Dinah Magnante;⁸ por el Comité de Ética del Centro Gallego actuaron Jorge Yansenson y Horacio Dolcini, miembros de la AMA y co-Directores de su Código.¹

La Ley 2.6742/12 sobre “Muerte Digna” modifica en parte la Ley 26529/09 que estableció los Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de Salud.⁷ Esta nueva ley no obliga a nadie; ampara a los pacientes, a los familiares y a los médicos. Otorga a la familia el derecho de tomar

la decisión sobre “la abstención y/o retiro de medidas de soporte vital, como hidratación y alimentación, en pacientes con una enfermedad irreversible, incurable o en estado terminal cuando su único efecto sea la prolongación de ese estado terminal, irreversible o incurable”. La limitación del esfuerzo terapéutico para retirar (*withdraw*) o no iniciar (*withhold*) las medidas terapéuticas deben siempre discutirse en forma horizontal y tomarse por consenso evitando la judicialización de las mismas. Pueden requerirse varias entrevistas entre las partes involucradas y comprometidas. Sus puntos relevantes son:

- a) la *humanización* de la medicina;
- b) *elimina la obligación* de los médicos de mantener con vida de manera artificial a pacientes en “estado irreversible o incurable o en estado vegetal”;
- c) *autonomía* de la voluntad del paciente (familiar habilitado o representante legal);
- d) la obligatoriedad del *Consentimiento Informado* (información fehaciente) para aceptar o rechazar los procedimientos y/o tratamientos;
- e) las directivas anticipadas sobre su salud -*Testamento Vital*- deben formalizarse ante Escribano Público o Juzgados de Primera Instancia con la presencia de dos testigos;
- f) la *revocabilidad* de las directivas anticipadas en todo momento por el paciente (familiar habilitado o representante legal);
- g) considerado el estado vegetativo definitivo las decisiones a tomar se registrarán en un *Acta firmada* por todos los intervinientes;
- h) el grado de parentesco para la toma de decisiones se rige por la Ley de Trasplantes;
- i) *liberación* de los profesionales intervinientes de la Responsabilidad Civil, Penal y Administrativa.

Uno de los grandes cambios en las conductas asistenciales, siguiendo lineamientos de los Derechos Humanos y de la Bioética,⁹ ha sido la “*humanización de la muerte*”. Reconocido el estado terminal por el Equipo Médico, se los concentra en Salas Especiales de Cuidados Paliativos de atención básica. Asumen gran responsabilidad para acompañar al enfermo y contener a los familiares las áreas de Enfermería, Psicología, Kinesiología y Asistencia Social. En los casos en que una persona sana llega a la muerte estando asistida en Terapia Intensiva con órganos viables según los protocolos, como son la mayoría de las “muertes en crisis”, las medidas diagnósticas deben determinar si está o no en condiciones de ser candidato de donar órganos, e indagar si ha o no

realizado un Testamento Vital. En la situación de ser candidato, la atención médica está dirigida a mantener la viabilidad de los órganos, notificar a las organizaciones pertinentes y a dialogar e informar del tema con los familiares y/o responsables legales.

El desafío actual es la controversia que genera el Derecho de una persona (Principio de Autonomía) a escoger libremente el momento y la forma de morir. Existen dos formas de lograrlo: por sí mismo (suicidio) o por terceros (eutanasia). Esta palabra genera confusión ya que si bien etimológicamente significa buena muerte, está más relacionada a las actitudes en busca de acortar el período de sufrimiento del moribundo acelerando la muerte. Este Principio de Beneficiencia se contradice al provocar la muerte (hacer morir). La discusión mayor se genera cuando se busca llegar a la muerte con la ayuda de terceras personas. Las legislaciones de algunas naciones, Holanda, Bélgica, Luxemburgo, y como del Estado de Oregon, aceptan la Eutanasia (eutanasia voluntaria); suicidio medianamente asistido; muerte intervenida) donde el requisito imprescindible es la petición expresa y reiterada del paciente con el *Consentimiento Informado* correspondiente (permiso para morir). En Suiza está prohibido pero es tolerado. Holanda acepta la muerte asistida a partir de los 12 años, Bélgica sin límites de edad. En el caso de menores se debe contar, además, con una autorización escrita de los padres y una evaluación psicológica. Su análisis desencadena en forma automática conflictos de intereses en los valores éticomorales de las personas comprometidas en su asistencia, como son “*la objeción de la conciencia*”, los jurídicos (penales) y los civiles (administrativos, laborales, económicos), de quien o quienes participen (Miembros del Equipo de Salud o no, Instituciones). En nuestro país está totalmente prohibida, es más, se lo considera un homicidio.

Actualmente la terminología aceptada según las actitudes que se pueden tomar frente a la factible muerte, gira sobre tres decisiones:

- 1) *Ortotanasia*: permitir morir (Muerte Digna);
- 2) *Distanasia*: retardar el morir;
- 3) *Eutanasia*: producir la muerte por terceros.⁶

Por el rápido avance generado por las ciencias en el marco de “las sociedades del conocimiento” se prevén modificaciones de las nociones preestablecidas de tiempo, espacio, vida, longevidad, formas de vivir, el concepto mismo de muerte, lo espiritual, y como siempre, la noción de creación.³ Estamos en la era llamada “*Plushumanismo*” con un hombre que vive más y con mejor calidad de vida.⁴ Para valorar los nuevos desafíos nos referiremos a uno de ellos. Rememorando a Claude Bernard, y desde una perspectiva dialéctica, diremos que “*la muerte es la vida*”. En las últimas décadas el congelamiento ha permitido mantener órganos en estado de latencia. Para los trasplantes de órganos se utiliza la criopreservación

por períodos cortos para su traslado. No sólo se conservan los constituyentes físicos 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 a su nuevo cuerpo. La nueva "criónica" se dedica a la criopreservación de seres humanos y mascotas para revivirlos en el futuro, sin tiempo definido. Es un procedimiento experimental. Los cuerpos después de su muerte se preservan con nitrógeno líquido a 196° bajo cero, previo reemplazo de la sangre con sustancias criopreservantes para disminuir la formación de cristales de hielo y el daño celular. En la actualidad hay tres organizaciones en el mundo que mantienen a 250 cuerpos criopreservados. Para finalizar, y seguir recordando 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. Ratifica un nuevo camino en la concepción biológica del círculo de la vida: nacer-envejecer-morir-nacer.⁵

Muchas gracias

Bibliografía

1. 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, holandés, italiano, japonés, alemán y checo. 2011, Segunda Edición. www.ama-med.org.ar.
2. Hurtado Hoyo E: "La Eternidad del Ser". EDIAMA. Ed Polemos. Buenos Aires. 2009: 64-75.
3. Hurtado Hoyo E: "Avances de la medicina en los últimos 75 años (1933-2008)". *RevAsocMedArgent*. 2010.123.1 24-32.
4. Hurtado Hoyo E: "La Humanización de la vida". *RevAsocMédArgent*. 2012.125:1-5.
5. Hurtado Hoyo E y Falasco M: "Envejecimiento y Salud". *RevAsocMédArgent* 2012.128.
6. Lorda PS; Barrio Cantalejo JM; Alarcos Martínez J y col: "Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras". *Rev Calidad Asistencial*. España. 2008;23(6):271-285.
7. "Ley 26.742: Muerte Digna. Derechos del Paciente". www.foroabogadossanjuan.org.ar
8. Magnante Dinah: "Tratamientos Proporcionados y Desproporcionados en el Estado Vegetativo Permanente". Tesis Doctorado. 2009. UnivCatolArgent.
9. Potter VR: "Bioethics the Science of Survival". *Perspectives in Biology and Medicina*. 1970.14:127.
10. "Progeria": roble.pntic.mec.es/~jagueso/relatos.html.

11° Acto de Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto

Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto al Dr David Simkin

Palabras del Sr Presidente de la Asociación Médica Argentina,

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo 2013

La Comisión Directiva me ha encargado transmitirles que la distinción que le otorgan a la AMA, la recibimos con sumo agrado, pero que también os señale que lo hecho para vuestra Escuela es una constante de nuestra Institución. Es más, lo consideramos como nuestra obligación que se reconozcan y veneren los hombres que han dado jerarquía internacional a la ciencia argentina. Más cuando dedicaron su vida a generar recursos humanos de alta capacidad que luego se comprometieron a cuidar la salud de toda la población del país.

Lo expresado por Víctor Serafinio sobre la figura del homenajeado en este Acto, David Simkin, así como el profundo comentario hecho por David sobre sus maestros, y lo relatado con tanto énfasis por

Héctor Santángelo sobre la historia de lo acontecido en estos años dejan en claro la trascendencia tanto de vuestros predecesores como individuos, como de la Escuela en su globabilidad, señalándonos la concepción de algo superior. Acompañándome para recibir esta atención, deseo señalar que están presentes de nuestra Comisión Directiva el Vicepresidente, Miguel Falasco; el Tesorero, Vicente Gorrini; el Secretario General, Miguel Galmés; y el Vocal Titular, León Turjanski.

Coincido totalmente con lo expuesto. Episodios circunstanciales no previstos cuando se instituyera el Premio, le han agregado a su elevado nivel científico un carácter humanístico, alcanzando probablemente el objetivo buscado en un inicio. De todo lo ya acontecido en estos doce años lo que más emoción nos causara fue cuando uno de vuestros ex-cursillistas, amigo nuestro desde fines de la década de los '60 que conocí al ir a operar los tórax del Hospital Lagomarsino de

Merlo, Víctor Desseno, trajo a la AMA con motivo del Acto del año 2004, las cenizas del iniciador de la Escuela don Enrique Finochietto, las que presidieron simbólicamente ese evento. Desseno, fiel al espíritu de la Escuela por su constancia, no descansó hasta conseguir también las cenizas de Don Ricardo haciéndose responsable personalmente de todos los trámites y procedimientos necesarios para tal fin; las mismas presidieron la cuarta entrega. Posteriormente se logró reunir, luego de varias décadas de estar separados, las cenizas de ambos hermanos en una misma bóveda del Cementerio de la Recoleta, cuyo espacio fue cedido por la Sra Carmen A Menéndez de Gorrini y el Dr Raúl Casco Montero, por gestión del Prof Vicente Gorrini. A él también le debemos el manuscrito original de la Tesis de Doctorado de Ricardo Finochietto sobre "Cáncer Laríngeo".

Por lo que habéis expresado, debo señalar desde lo institucional que estoy



De izq a der: Prof Dr H Santángelo, Dr Simkin y Prof Dr E Hurtado Hoyo.

plenamente convencido de que vuestro acercamiento a la AMA ha sido naturalmente lo correcto. Vuestra Escuela debía afincarse en esta Casa acompañando a otras figuras de la medicina nacional que la lideraron. Me parece oportuno recordar sólo a algunos de ellos. Entre nuestros fundadores, en 1891, estaban la primera mujer médica, Cecilia Grierson, y Juan B Justo. A nuestro primer presidente, Emilio Coni, se lo reconocía como el “médico de las ciudades”; hoy diríamos que fue pionero del sanitarismo argentino. Quién no tiene presente a nuestros ex-Presidentes, los cirujanos Marcelino Herrera Vegas y José Arce; al psiquiatra José Ingenieros por su obra *El Hombre Mediocre*, a los clínicos Abel Ayerza, Mariano Castex, Egidio S Mazzei, y Carlos Reussi; al padre de la Nutrición, Pedro Escudero; al de Otorrinolaringología, Eliseo Segura; al de la Ortopedia, Carlos Otolenghi; al de la Medicina Legal, Nerio Rojas; a Eufemio Uballes, Rector de la Universidad de Buenos Aires; y otros más.

Y por qué no recordar algunos que dirigieron nuestra Revista, que tiene 120 años de trayectoria. Su primer Director fue Leopoldo Montes de Oca, Decano de la Facultad de Medicina (UBA), al igual que el actual Alfredo Buzzi. También la dirigió un Premio Nobel en Medicina, Bernardo Houssay, quien trabajó en esta casa por más de 45 años; de aquí fue a hacer el CONICET. Otro Premio Nobel en Química, Luis Federico Leloir, actuó en estos salones por 25 años, continuando luego su accionar en la Fundación Campomar; y así podría seguir en forma interminable mencionando otros nombres que engrandecieron la medicina argentina. Como veis los nombres de vuestros maestros, Enrique y Ricardo Finochietto, debían estar junto a estas glorias de nuestra ciencia.

Sres, así como la Comisión Directiva no dudó un instante para aceptar vuestra propuesta de crear un “Premio Escuela Enrique y Ricardo Finochietto” de la AMA, en lo personal para mí fue devolverles tanto afecto y respeto que me brindaron durante toda mi actividad profesional, y muchas veces fuera de ella. Las palabras de Héctor Santángelo me hicieron mirar para atrás en mis recuerdos y no puedo dejar de mencionar alguno de los numerosos contactos que tuve con vuestra Escuela. El primero fue con Rodolfo Troiano, hacia fines de 1959; se acababa de inaugurar el Hospital Ramón Carrillo de Ciudadela; el joven cirujano Rodolfo había ganado el concurso como Jefe de Guardia de los domingos; yo el de Practicante Mayor. ¡Cómo me deslumbró! Yo ya operaba apendicitis y algo más, pero él venía de haber operado un esófago. Ese domingo me describió la técnica y la táctica que había seguido. Mi admiración: años después cuando lo escuché a Zancoli entendí que Rodolfo me había estado hablando del “Método” que tanto los

distinguía. Cómo no recordar que los primeros libros que compré apenas graduado fueron *La Mama* de Uriburu y el de Anestesia de la Colección Finochietto.

En 1960, me acababa de graduar y era el único de la promoción que por los requisitos podía pretender obtener la Medalla de Oro que implicaba el Premio José Penna de la Facultad de Medicina (UBA). Pero me faltaba un requisito más que era aprobar la Tesis del Doctorado en ese mismo año. Era Practicante Mayor del desaparecido Hospital Salaberry, allá en Mataderos; me acerqué al Jefe de Tórax que era don Eduardo Ayas, le expliqué con claridad mi situación; aceptó ser mi Tutor e inmediatamente se levantó de su escritorio y sin decir nada se dirigió a sus archivos; retiró unas treinta historias clínicas más unos libros relacionados. Me los entregó y me dijo que escriba sobre “Las formas de la iniciación clínica aparente del cáncer de pulmón”. Lo hice en término, finalicé la Tesis y obtuve el premio. Cómo me puedo olvidar de tanta generosidad. Siempre he dicho que por verlo operar y por sus conocimientos clínicos me incliné a dedicarme a la cirugía. ¡Qué paradoja! Años después, otro gran cirujano y también persona excepcional de iguales características, don Abel Gilardón, me introdujo, ya en el Hospital Durand, en la cirugía torácica con la que sigo a la fecha. Recuerdo haber hecho varios cursos de la especialidad con Eduardo Trigo en vuestra Escuela del Hospital Rawson.



Prof Dr Eduardo Zancoli

En 1980 gané una Jefatura por concurso en el Hospital Argerich. Estaba en una Unidad en la mitad del cuarto piso; el Jefe era Juan José Fontana. Otra vez, ¡qué circunstancias! El Jefe del Departamento de Cirugía era don Eduardo Ayas. En la otra mitad del piso se había asentado vuestra Escuela bajo el mando de Delfín Vilanova. Con él recuerdo a Samuel Rascovan, Agustín Salas, Emilio Cernich, Serro Valle, Kesselman, René Hirsig, aquí presente, y otros cuyos nombres ahora se me escapan, pero que por su accionar los tengo siempre presentes. Cómo olvidarme cuando Delfín se ponía atrás mío en el quirófano mientras operaba algún tórax, desde el inicio hasta el cierre. Qué honor para mí por la gloria de vuestra Escuela que él representaba. Son recuerdos en lo asistencial.

Después vinieron los vínculos en las Sociedades Científicas. A mediados de los '80, siendo ya Jefe de Cirugía del Hospital Tornú, don Carlos Reussi me invita a incorporarme a la conducción de la AMA. El Secretario de Actas era vuestro también prestigiado Roberto Garriz. Lo haré breve. Rápidamente ambos me introdujeron a su intimidad; me hicieron compartir sus cenas privadas dos veces por mes durante siete años. Qué aprendizaje sobre las conductas de los hombres de la medicina argentina. Nunca dejé de agradecer la amistad que me hizo compartir hasta que entró en coma.

En el invierno de 1987, la Sociedad de Cirugía Torácica, resolvió hacer un homenaje a la memoria de don Oscar Vacarezza en su ciudad natal, Alberti. Las autoridades resolvieron que cada integrante de la CD trasladase en su coche a algún prohombre de la Cirugía. Bueno, a mí me hicieron responsable de Don Julio Uriburu. ¡Qué viaje! Fue el inicio de la amistad que me brindó junto a su familia el resto de su vida.

Mencionaré también a José Yoel cuando en 1988 fue designado Presidente del Congreso Mundial del *International College of Surgeons* a realizarse en Buenos Aires. Dos años después me invitó a colaborar con él en un cargo destacado. Era el segundo Congreso que se hacía en la Argentina. El primero, en 1950, había sido presidido por Jorge Taiana. Lamentablemente con casi todo el programa ya elaborado, Yoel fallece. La conducción la tomó Almasque Dedeu. El Congreso fue todo un éxito para el orgullo del país.

Por último, me quiero referir a Uds, mis contemporáneos. Son muchos con los que compartí algo por lo que no puedo nombrarlos porque seguro me olvido de alguien. Sólo decirles que siempre ha sido un placer poder colaborar con Uds para el brillo de vuestra Escuela en cualquier actividad en la que nos haya tocado actuar. Además de agradecerles haber elegido nuestra Institución como sede oficial de la misma. Estimado amigo

David Simkin, ha sido para mí una gran emoción acompañarte en estos momentos significativos para ti como fiel representante de la Escuela.

Muchas gracias.

Disertación del Prof Dr Héctor D Santángelo

Señor Presidente de la Asociación Médica Argentina, Profesor Dr Elías Hurtado Hoyo; Autoridades presentes; Cirujanos de la Escuela Quirúrgica; Colegas; Señoras y Señores. La Comisión Permanente de Homenaje de la Escuela Finochietto, me ha conferido el honor de presentar en nuestra XIIª Reunión Anual, al Profesor Elías Hurtado Hoyo como Presidente de la Entidad que hoy homenajeamos, la Asociación Médica Argentina.

Como primera cuestión, debemos decir que el Dr Hurtado Hoyo con su accionar, y en unidad de criterio con los Miembros de la Comisión Directiva, han posibilitado que la Asociación Médica se haya hecho merecedora de la distinción de "entidad benefactora" por parte de la Escuela Quirúrgica Enrique y Ricardo Finochietto.

No es razonable aludir a la Sociedad premiada sin antes efectuar una breve referencia a su Presidente, personalidad destacada en todos los ambientes donde se desenvuelve, ya sea en el medio asistencial, docente, académico y también en el ámbito humanístico, como consecuencia de su acendrada formación cultural.

En esta ocasión considero más propicio dejar de lado las innumerables nominaciones y títulos, para destacar su actividad al frente de nuestra querida Casa, la Asociación Médica Argentina.

Comienza su labor presidencial en el año 1998 y nunca lo ha hecho en soledad. Ha tenido la virtud de acompañarse por sucesivas Comisiones Directivas acorde con sus pensamientos y formas de actuar; secundado a su vez, por un conjunto de profesionales, personal técnico, administrativo y de todo orden, competentes en sus funciones y solícitos en la atención.

Este proceder es, sin duda alguna, la consecuencia de haber sabido transmitir la impronta personal de un modelo de trabajo, basado en la idoneidad y rectitud, consecuentes con su sencilla personalidad.

Durante su mandato y en forma muy sucinta, corriendo el riesgo de olvidar algo importante, se efectuaron grandes obras, expansiones, modificaciones y modernizaciones edilicias y de toda índole, en ésta, la sede tradicional, en el edificio contiguo y en el predio adquirido últimamente en la Av Santa Fe 1218/1220.

Con todas las mejoras realizadas, esta Casa adquirió, a través de los años, un aspecto más

contemporáneo, todo se ha rejuvenecido en aspecto, comodidad y tecnología.

Asimismo, con el tiempo se llevaron a cabo numerosos logros muy significativos:

- En primer término, no cabe ninguna duda mencionar la elaboración y edición, en el año 2001, del Código de Ética para el Equipo de Salud, traducido hasta la fecha, nada menos que a 12 idiomas.
- Es importante consignar también que en el año 2002 la Corte Suprema de Justicia de la Nación delegó en la AMA el honor y la responsabilidad de la inscripción y registro de Peritos Médicos. A tal fin se creó el Comité correspondiente.
- Además, se iniciaron las funciones del Tribunal de Ética para el Equipo de Salud.
- A la tan reconocida Escuela de Graduados le fue otorgado el Registro Nº 1 para la Educación Superior, con el aval de la CONEAU.
- Anualmente se han seguido otorgando Becas y Premios, se iniciaron las actividades del Programa Latinoamericano de Educación Médica a distancia, continúa el plan de Educación Virtual propia, se incorporaron nuevas tecnologías y siguieron en marcha mejoras en la Biblioteca, Revista y Boletines, como asimismo se consolidaron las Relaciones con Sociedades Filiales, Invitadas y amigas... Y hay un largo etc.

Destacados los hechos más salientes, vinculados con la Asociación Médica y sus Autoridades, este acto perdería su auténtico sentido, si no se expresara claramente cuál es el por qué de la presente distinción que le confiere la Escuela Finochietto a la Asociación Médica Argentina a través de su Presidente, el Dr Elías Hurtado Hoyo.

A tal efecto es oportuno dejar bien explícito que esta decisión de la Comisión de Homenaje, que además todos hemos compartido, escapa a ser un acto protocolar e interesado. Es en todo sentido una medida justa, postergada involuntariamente que persigue el fin de valorar, reconocer y sobre todo hacer público, lo realizado por la Asociación Médica.

De tal manera, tenemos la oportunidad de saldar esa deuda de gratitud que teníamos pendiente todos los integrantes de la Escuela Quirúrgica.

Pero con lo expresado, es indudable que surjan algunos interrogantes.

El primero seguramente es, ¿por qué tenemos los "finochietistas" una deuda de gratitud con la Asociación Médica Argentina y con su Presidente actual?

Me apresuro a contestarla, y es como consecuencia de haber quedado la Escuela huérfana y sin sede.

De este hecho, nace por lógica preguntarse, ¿cómo llegó la Escuela a quedar desamparada y carente de un lugar de referencia?

Esta es una respuesta que requiere una breve reconstrucción de los acontecimientos más impor-



De izq a der: Prof Dr H Santángelo, Dr Simkin, Prof Dr E Hurtado Hoyo, Dr E Zancolli y Dr M Falasco.

tantes acaecidos en la historia de la Escuela del Hospital Rawson que muchos de ustedes tal vez no han vivido. Todo se puede resumir en tres sucesos que nos conducen a la situación actual:

El primer impacto negativo se produjo cuando Ricardo Finochietto fue forzado a dejar la Jefatura de su Servicio de cirugía, a fines del año 1955.

Desde ese momento, sus discípulos de la Sala VI sentimos el vacío, perdimos una de las cosas más preciadas, el vínculo hospitalario diario con nuestro Jefe, que por otra parte, nunca dejó de serlo.

Ese contacto se redujo a los encuentros en su biblioteca de la calle Paraguay y al lugar donde operaba por entonces, el Sanatorio Podestá.

Con su alejamiento, extrañamos el trato cotidiano, a pesar del sufrimiento permanente que significaba la inquietante presencia de su figura.

Era una lucha interior diaria, entre el placer de tenerlo y la angustia de soportar sus infaltables y fuertes reprimendas.

El segundo hecho ocurrido fue más infausto todavía, su muerte, ocurrida el 1º de abril del año 1962.

Una pérdida que enlutó al mundo médico; el Hospital Rawson se conmovió y la sala VI se agrietó.

Ingrata sensación de soledad e indefensión.

Habíamos perdido para siempre, en un sentido arquitectónico, al sostén, la piedra angular de la Escuela. Viéndolo a Ricardo como Maestro, desaparecía la figura hacedora de cirujanos, ese “brujo

transmutador”, poseedor de la tan célebre piedra filosofal del medioevo.

Ricardo, con una actitud que podríamos llamar *prometeica*, a muchos de nosotros nos hizo cirujanos, sin que dispusiéramos de ese toque mágico o sobrehumano tan frecuentemente aludido o la suerte de pertenecer a una condición social y económica especial.

Para lograrlo sólo se valió de dos cosas, por un lado, su alquimia; y por el otro, la continua presión que ejercía para obtener nuestro obligado aporte: estudio, trabajo y sacrificio.

En sentido figurado, el término *prometeico*, aplicado aquí a Ricardo, es válido porque adjetiva a toda persona que con esfuerzo titánico proporciona al hombre conocimientos trascendentes, elevando su espíritu, mejorando su condición y haciéndolo mejor para beneficio de la Humanidad.

Pero es de lamentar, como cuenta la mitología o conocemos por la historia, esos seres de leyenda o reales con designio, han sido y son con frecuencia perseguidos, maltratados y condenados injustamente.

Pasaron los años...

Los que cubrieron su Jefatura de la Sala VI del Hospital Rawson y la consecuente Dirección de la Escuela, fueron cirujanos algunos autóctonos y otros foráneos, todos con dotes personales, capacidad y muy buenas intenciones, pero les fue imposible cubrir el espacio dejado.

No resistieron la inevitable, humana y a su vez cruel comparación.

El tercer golpe fue en el año 1978, cuando se produce la desactivación del Hospital Rawson.

Se origina la diáspora.

La sede oficial de la Escuela pasa sucesivamente a los Hospitales, Argerich primero, y luego al Ramos Mejía, lo cual no disimula la previsible e inevitable declinación.

Cada año era evidente el poco interés que despertaba nuestro mal llamado “Curso”, demostrado en la práctica, por la progresiva disminución del número de inscriptos.

Para poder expresarles con sinceridad y resumir mi sentir sobre la triste realidad, he tenido la necesidad de liberarme de lo que Julián Marías llama “la censura interna”.

Como lo explica el pensador español, “censura interna” es ese sentir inevitable que cada orador o escritor ejecuta sobre sí mismo, al dudar si debe o no decir algo.

Y es eso lo que me afecta.

Tratando de superar el dilema, como apenado discípulo, decido expresar mi sincera opinión personal.



Prof Dr David Simkin

Por las razones mencionadas, y por otras más que cada uno de nosotros conoce, la Escuela con los años se fue desvaneciendo en el ruedo del adiestramiento quirúrgico y ha terminado por desaparecer, entiéndaseme bien, desaparecer como forma orgánica de enseñar cirugía en el ambiente público.

La Escuela se convirtió así en una fantasía emocional, íntima y personal, en una verdadera entelequia, por lo ficticia, y no por la visión aristotélica del término.

Pensar lo contrario es un autoengaño, un maquillaje inútil y nocivo.

En este momento cabe una reflexión, no un consuelo.

La historia de la humanidad está colmada de ejemplos señalando que la mayoría de las Escuelas no son perdurables; declinan primero en lo material, haciéndose más duraderas en la evocación y en la memoria.

La extinción, común a todas, no varía por la rama del saber o del actuar, hacia las cuales fueron orientadas.

Muchas caducan como consecuencia de la pérdida de sus Maestros y de los discípulos más encumbrados.

Otras veces el responsable es el cambio forzoso frente a las dificultades de las nuevas modalidades de la época en que transitan o por los cambios obligados en las costumbres sociales, culturales, políticas o económicas.

Todo en la vida cumple su ciclo y nuestra Escuela ha seguido la evolución natural señalada.

Faltos como estamos ahora de Escuelas y de Maestros, por razones varias y particulares que escapan a esta exposición, quedan en la actualidad en su reemplazo grupos de trabajo que tratan cada uno de ellos, aspectos muy puntuales de la cirugía.



De izquierda a derecha: Prof. Dr. E. Hurtado Hoyo, Dr. Simkin y Dr. H. Santángelo.

Muchas son las anécdotas y el parloteo, pero en la realidad, pasadas ya varias generaciones, las personas y la vida han cambiado, la mayoría de los preceptos del "finochietismo" se han ido esfumando, a la par de la desaparición de los hombres. Sólo perdura algo de todo aquello, como consecuencia del recuerdo que reiteran sus últimos discípulos directos que evidencian de ese modo, el fuego sagrado y la mística visceral heredados del Maestro.

En el tránsito hacia el olvido, esporádicamente se advierte que cirujanos jóvenes, a cargo de Servicios, al planear su trabajo de enseñanza quirúrgica, imitan algunas de nuestras modalidades, resabio de antiguas costumbres aprendidas de sus mayores que fueron, allá y a lo lejos, discípulos de nuestros discípulos.

A diferencia de como lo era antes de la desaparición del Maestro, nada resultó orgánico, normatizado y continuo.

Cualidades éstas obligatorias para constituir y mantener la vigencia de una verdadera Escuela.

Y aquí aparece lo actual, la historia que habíamos dejado inconclusa, en la que surge la Asociación Médica Argentina en la persona de su Presidente, el Dr. Hurtado Hoyo.

A fines del año 2001, lo entrevista un grupo de discípulos de la Escuela presentando la iniciativa de crear un Premio Anual, con el objeto de recordar a sus creadores y a su vez otorgarlo como reconocimiento a los discípulos más destacados, durante una Reunión Pública en una fecha tan recordatoria para nosotros como lo es, el 28 de abril de cada año.

La Comisión Directiva de la Asociación Médica, consideró el pedido y por unanimidad fue aceptado. Además, agradeció el honor de que la Entidad fuera elegida para albergar y desarrollar nuestras actividades académicas.

Desde el año 2002 hasta la fecha, la Asociación Médica Argentina se ha hecho cargo, todos los años, del Premio Enrique y Ricardo Finochietto, como asimismo de su organización, difusión y publicación de actos como el presente, en la Revista de la Entidad.

Dentro de todo este contexto referido, pero también con el infaltable apoyo de la Asociación Médica, es justo destacar la voluntad de colaboración del Dr. Víctor Desseno, discípulo de la Escuela que localizó y consiguió los restos de los Finochietto. De tal manera posibilitó que pudieran reunirse las urnas con las cenizas de ambos hermanos.

Para lograr dicho objetivo se debe reconocer el gesto de buena voluntad que en su oportunidad tuvieron las Señoras Carmen A. Méndez de Gorriani y Betina Castro Montero, que cedieron un lugar en su bóveda del Cementerio de la Recoleta.

También debemos recordar el actuar del Prof Víctor Gorrini y agradecer la muy especial dedicación del Sr Administrador de la Asociación Médica, el Sr Guillermo Couto, por el empeño en las prolongadas gestiones realizadas.

Entre tantas amabilidades recibidas debemos agregar que durante el año 2003 en el edificio contiguo nos concedieron un agradable Salón de Reuniones denominado "Finochietto", y que está presidido por el célebre bronce de Agustín Riganeli que inmortaliza la cabeza de Ricardo.

Es importante también consignar con mucha claridad que la Asociación Médica Argentina se ha hecho cargo de solventar todos los eventos mencionados anteriormente.

Para terminar quisiera puntualizar el sentido que se le ha querido dar a la frase "entidad benefactora".

La palabra "benefactora" ha sido incorporada intencionalmente por poseer una doble acepción, hacer bien a otro y a su vez proteger.

Así nos hemos sentido, Sr Presidente, beneficiados y amparados por la Institución y por Usted.

Han cumplido con creces lo convenido; nuestro sincero reconocimiento.

Sr Presidente, a pesar de la época en que vivimos, mezquina en valores, sobre todo, éticos y morales, la gratitud sigue siendo el signo de las almas nobles y como reza el proverbio chino, "cuando se bebe agua es bueno recordar la fuente de la cual brotó".

Pero el beneficio no ha sido sólo material, ha sido hecho con el altruismo de evocar la memoria de dos grandes de la cirugía, Enrique y Ricardo Finochietto.

Por ese motivo, recordando un pensamiento de Robert L Stevenson, podemos decir que todo lo realizado ha sido una ofrenda "a esa clase de hombres que se yerguen por encima del rebaño".

Muchas gracias.

Palabras del Dr Víctor Serafino. Semblanza del Dr David Simkin

Representa para quien les habla una satisfacción y una distinción especial que la Comisión Directiva de Homenaje a los Hermanos Finochietto me haya dispensado el honor de hablar de David Oscar Simkin, al que todos sus amigos llamamos "Bebe".

Al conocer la designación, la primera pregunta que me hice fue:

¿Cuándo un profesional médico es reconocido y distinguido por sus colegas? Me respondí:

- 1) Debe ser una persona de bien.
- 2) Debe hacer las cosas bien, debe superar la media.

3) Debe tener objetivos claros y poder cumplirlos. Debe ser una persona constructiva que valora a los demás, que colabora pero no compite, que motiva bien, que resuelve los problemas o ayuda a resolverlos.

Además, en el caso específico de este premio, es aquel que siguiendo a RF supo aprovechar las enseñanzas de sus maestros, y sumado a su propia experiencia, transmitirla a otras generaciones.

Éstas creo, sin temor a equivocarme, son las cualidades de quien hoy recibirá con total y absoluto merecimiento el premio de los Hermanos Finochietto.

Ésta no es una distinción por un trabajo sino que es, a mi juicio, mucho más importante. Es el premio a una trayectoria que no se consigue en días ni en años, sino que es necesario toda una vida dedicada a una pasión: la cirugía.

Le agradezco también el que me haya hecho llegar con total minuciosidad lo referente a toda su historia familiar. Sus padres, Bernardo y Filomena Borodiansky, nacieron ambos en Rivera, Provincia de Buenos Aires, en el límite con la provincia de la Pampa, en 1911 y 1917 respectivamente, y se casaron en 1937. Tuvieron 2 hijos, David Oscar (Bebe), quién nació el 25 de mayo de 1939 a las 12 horas en el domicilio particular (mientras en la plaza de Salguero y Bulnes tocaban el Himno Nacional); y Ricardo Raúl, quién nació 5 años después. Hizo su colegio primario en la escuela pública Nº 22 y el secundario en el colegio Nacional Mariano Moreno, entrando a la Universidad de Medicina en el año 1957, recibiendo en 1962.

Conoció a la que es actualmente su esposa, Nora Bruetman, a los 16 años. Es decir, llevan juntos más de 56 años y de ellos 50 de casados. Cuando se refiere a su esposa no deja de decir que es la columna vertebral de una familia que tuvo 2 hijos. Diego, médico, hace la misma especialidad que el padre; y Lorena, psicóloga; ambos le dieron 6 nietos que son su felicidad.

Compartía su actividad estudiantil con su gran pasión por los deportes. En basketball jugó en la primera división de la Sociedad Hebraica Argentina y llegó a competir contra los Harlem Globe Trotters en su segunda temporada en el estadio Luna Park. Concomitantemente era un excelente jugador aficionado de fútbol integrando los equipos del Hospital Rawson y luego del "María Curie". Actualmente sigue jugando regularmente al tenis. También desplegó un gran interés por el ajedrez, llegando a lograr "tablas" contra el segundo tablero de la argentina, Julio Bolbochán, en una simultánea en la década del '50. En la actualidad se desempeña como un eximio jugador de bridge.

Entró a la Escuela quirúrgica para graduados en 1963 e hizo el curso básico 2 años rotando por las distintas especialidades de la sala cada 3 meses. Allí conoció al Dr Yoel, quien mientras disertaba sobre traqueotomías fue llamado de urgencia para realizar una en un traumatizado y lo eligió "al azar" para asistirlo. Luego de un examen final lo invitaron a ser parte del servicio; rotó, fuera del hospital, por 4 servicios: anestesia, cirugía plástica, anatomía patológica y terapia intensiva, durante 6 meses cada una.

Pudo elegir dónde continuar y lo hizo en cabeza y cuello con Yoel.

En el pabellón 2 de la sala 5 y 6 del Rawson también inició su actividad docente. Fue allí donde se formó y brindó sus primeras clases.

Aprovechó cada oportunidad de fraternizar con sus compañeros del Rawson a través del fútbol.

Su actividad asistencial fue vasta

Médico agregado del hospital Dr Nicolás Bocuzzi (1963); Médico ayudante de guardia del hospital G Rawson (1973-1978); Médico de guardia del hospital Municipal de oncología (1979-1981); Jefe de la sección cabeza y cuello del hospital municipal de oncología "María Curie" en 1980, cargo ganado por concurso al jubilarse su maestro el Dr José Yoel.

Fue a comienzo de esa década que los Dres Alberto Agrest, como director del Dto Médico Quirúrgico, y el Dr Jorge Decoud como Jefe de Cirugía, lo invitan a hacerse cargo del servicio de cabeza y cuello del Sanatorio Güemes, cargo que mantuvo hasta su cierre en 1992.

Precisamente, lo conocí en la década del '80 en el Sanatorio Güemes Hospital Privado, siendo yo residente primero y luego jefe de residentes. Compartimos largas mañanas en las revistas de salas, consultorios externos y quirófanos, cambiando opiniones de los más diversos temas. A partir de esos momentos nos unió una profunda amistad y relación profesional.

En esta imagen lo podemos ver con el grupo de trabajo del hospital municipal de oncología María Curie donde actualmente es consultor de la sección de cabeza desde 1995.

Es justo reconocer que Simkin, con su personalidad, su autoridad y su férrea disciplina, le imprimió al servicio de cabeza y cuello tanto del hospital María Curie como del Sanatorio Güemes un gran nivel asistencial y académico, llegando a ser lugares de consulta no solo de la ciudad de Bs As, sino del país y del extranjero.

Su actividad académica es muy intensa.

Su personalidad entusiasma a los médicos jóvenes sobre los que vuelca todo su esfuerzo. Es esa vocación al trabajo y a la enseñanza lo que lo indujo a formalizar el curso de posgrado conjuntamente con el Dr Osvaldo González Aguilar con el título de Especialista de Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello dado por la UBA. Además, continúa con la docencia de pregrado impartiendo clases directas como un docente de las bases.

Resumiendo su actividad académica fue:

Vicepresidente del comité de publicaciones de la Asociación Argentina de Cirugía (1996-1997) y al año siguiente fue Presidente de dicho comité. Presidente de la Asociación Argentina de Patología de Cabeza y Cuello (1988-1989). Miembro Asociado de la Academia Argentina de Cirugía. Miembro Titular de la Academia Argentina de Cirugía desde 1991. Miembro Correspondiente Extranjero de la Sociedad de Cabeza y Cuello de Chile desde 1989. Subdirector de la Carrera Superior Universitaria de Especialista de Cabeza y Cuello de la UBA.

Docente libre de la UBA.

Sus publicaciones llegan a más de 250 y cerca de un 10% han recibido premios dentro de los que se destacan: "Sociedad Arg de Cabeza y Cuello", "Sociedad Arg de Cancerología", "Bosch Arana", "Rodolfo Pasman" 3 veces, el "Pedro Bolo" 3 veces. El "Asociación Arg de Cirugía. Además de un *hat trick* (tres premios en un año).



De izq a der: Dr Víctor Serafino y Prof Dr David Simkin

Fue autor y/o colaborador en varios libros y mantiene fluidos contactos con expertos de la especialidad del extranjero.

Todos nosotros aprendimos de nuestros maestros un estilo de vida, una formación médica y un significado de la ética y la moral (condiciones que en la actualidad no son moneda corriente), pero además, Bebe agrega una fortaleza física, un espíritu, una fuerza interior y una inagotable capacidad de trabajo, tanto asistencial como académica.

Finalmente, quisiera terminar esta semblanza con lo que expresara el Dr Simkin cuando tuvo el honor en este mismo recinto de recordar a su maestro José Yoel. Decía en esa oportunidad, y bien lo merece el homenajeado de esta noche, un dicho que rescató de un antiguo libro de anécdotas judías de hace dos siglos en el que un estudioso le pregunta al rabino: ¿cómo es posible reconocer al maestro? Y la respuesta fue: “nunca se puede estar seguro y así debe ser. En realidad depende de los discípulos. Son los discípulos quienes en última instancia justifican al maestro”.

Premio Finochietto: Dr David Simkin

Representa para quien les habla una distinción especial que la Comisión Directiva de Homenaje a los Hermanos Finochietto me haya dispensado con este galardón. Por lo general se estilaba que las palabras del homenajeado en estas circunstancias transmitan un discurso ceremonioso, protocolar; el mío versará en el reconocimiento a mis maestros y será en función de vivencias y anécdotas que viví junto a ellos. Creo que es la mejor manera de rendirles un merecido homenaje por sus enseñanzas no solo médicas, sino también éticas. Pretendo con estas palabras, que para muchos de Uds que no los conocieron, comiencen a tener un somero perfil de sus personalidades, y aquellos que sí los vivieron, reflejen una sonrisa probablemente melancólica recordando aquellos momentos, como le ocurrió a quien les habla cuando escribía estas palabras.

Desde estudiante de Medicina sabía que lo que me entusiasmaba era ser cirujano y comenzar ese aprendizaje en la EQMG de los Hermanos Finochietto. A mediados de la década del '60 el Dr Ricardo, como lo llamaban sus discípulos, no estaba al frente de la escuela, y si bien no lo conocí, la mística, la forma de enseñar, las anécdotas y la pasión que transmitían sus discípulos al recordarlo, los que luego fueron mis maestros, me llevaron a conocerlo como si hubiese asistido a todas y cada una de sus enseñanzas.

Viendo su foto, la escultura de su cara, su frente amplia, nariz aguileña y pómulos salientes, dejaban impresa en mi pensamiento una fortaleza

física y una autoridad que solo lo puede alcanzar el que supo ser simultáneamente líder y maestro; y lo fue: Porque tuvo autoridad moral, intelectual y científica.

Porque abrazó la cirugía con pasión y supo llevar a la práctica las enseñanzas de su hermano Enrique.

Porque tuvo método y estilo propio.

Porque fue innovador, motivador nato, un lector incansable.

Porque formó discípulos y seguidores por doquier que siguieron sus enseñanzas.

Porque su obra trascendió.

Porque supo enseñar con dignidad, con la generosidad del que conoce el valor de las cosas, y fue creador de una de las escuelas quirúrgicas reconocida nacional e internacionalmente. He leído una aseveración dicha por uno de sus discípulos: “en la historia de la cirugía mundial quedarán grabados en el recuerdo de las generaciones futuras de médicos los nombres de dos escuelas, la de los hermanos Mayo en lo EE.UU. y la de los Finochietto en la Argentina.

Como conclusión, es aquel que pasa, pero queda.

Entrar al Hospital Rawson, recorrer esa pérgola donde transitaban figuras señeras de la cirugía argentina. En la sala 2, en esos momentos dirigida por Augusto Covaro, sus discípulos eran Agustín Díaz, Conrado Cimino, entre otros. La sala 15, cuyo jefe, Diego Zavaleta, tenía como encargados en los distintos departamentos a Arturo Hendeirich, Juan C Olaciregui, Santiago Perera, Gugliotta, Eduardo Marino, etc. Y las nuestras, salas 5/6, y de aquellos maestros que con sus enseñanzas dejaron su impronta en mi personalidad como médico y que es la base de esta presentación. La jefatura, entre tantos otros, estaba en manos del Dr Néstor B Turco, discípulo de la 1º camada del Dr Ricardo. Tenía una personalidad campechana, humilde; tenía un gran humor. Su curriculum decía: “Néstor B Turco”. Para él era suficiente. Recibía frecuentes invitaciones a dar conferencias y cursos teórico-prácticos en el exterior, pero no tenía material de ilustración y le pedía, en aquella época a Yoel, diapositivas sobre cualquier tema. A su regreso le preguntaba cómo le había ido y la contestación era “excelente” porque Turco para hablar no necesitaba ningún ayuda-memoria, tenía una retórica y una simpatía para expresar cualquiera sea el tema en discusión, que dejaba muy satisfechos a quienes lo escuchaban.

Recuerdo en una oportunidad mientras operaba un cuerpo extraño en el cuello que tenía una bala. No existía la TC, se hacía el diagnóstico de localización con Rx simples y marcadores metálicos. Era cerca del mediodía. Me vi sorprendido al retirar el proyectil por una hemorragia que no podía yugular, que provenía de la columna cervical.

Lo que atiné a hacer fue taponar con una gasa y comprimirla con mis dedos y llamar a alguien con más experiencia. En ese momento solo estaba Turco. Con la modestia que lo caracterizaba, fue a buscar un libro a la biblioteca sobre malformaciones vasculares y con las imágenes, probablemente de una arteria anómala de la vertebral o una fistula arteriovenosa postraumática, pudimos resolver satisfactoriamente ese problema.

El 1º departamento que me asignaron fue proctología, cuyo jefe era Roberto Garriz. Antes de ser jefe de cirugía del Pabellón Olivera, el Dr. Rodríguez Martín, el año pasado y desde este mismo abril, recordó su obra y sus enseñanzas. Yo me voy a referir a algunas anécdotas que presencié y que viví. Uno no puede dejar de recordar ver a Garriz al terminar su labor hospitalaria cruzarse con sus compañeros de sala al bar frente al hospital y previo a sus operaciones en la Corporación Médica del Sur, pedir su tradicional café acompañado de su manzana cortada en trozos pequeños. En otra ocasión, cruzándome en la pérgola, me pidió que lo invitara a presenciar una parotidectomía. Mi asombro fue mayúsculo. Mi ego fue inconmensurable. Él quería recordar algunos aspectos de la técnica porque en esos días tenía que intervenir a un paciente con esa patología. Garriz era de esos cirujanos que operaban cualquiera sea la patología como lo hubiese hecho un especialista. Tuvo numerosos discípulos. Aquí podemos observar a 2 de ellos: Rodríguez Martín y Almanza. Quiero recordarlo en esta oportunidad y rendirle mi homenaje, a quien fue amigo y compañero; desapareció el año pasado, luego de una muy corta enfermedad, gran cirujano; tenía un solo defecto, era un fanático admirador de Boca.

Delfín Vilanova, jefe del Dto de mama y vascular. Tenía una doble personalidad en el hospital. Era temperamental, avasallante, un poder de decir las cosas que provocaba temor fuera de él. Cambiaba radicalmente. Me lo crucé en ciertas circunstancias en el teatro Colón porque era un amante de la música clásica, y semejaba y se comportaba, a pesar de la diferencia de edad, como un amigo entrañable, totalmente distinto al Vilanova del hospital. Recuerdo algunas anécdotas que lo pintan radicalmente. Siendo yo cursillista básico, tenía que viajar a Mar del Plata, no conseguía pasaje y escuché que él viajaba a Miramar. Con mucho temor le pregunté si me podía llevar. Él no solo lo aceptó, sino que me invitó a cenar a su casa, y me dijo que viajaría en el asiento de atrás, junto a los palos de golf, porque él iba acompañado. Los que los conocieron recordarán que utilizaba un Volkswagen escarabajo.

La 2º anécdota es la siguiente. Se había combinado en realizar un partido de fútbol contra la

Corporación Médica del Sur. Parece que yo jugué muy bien. A la mañana siguiente, lunes, al llegar al quirófano, con su forma de decir las cosas me dijo: “che, Simkin, vos sos un excelente jugador de fútbol, por lo tanto, tenés que ser un excelente cirujano; vas a hacer estas Bp de mama”. Él podía dar todas las operaciones ampliadas de la especialidad, pero sólo él realizaba las bp porque decía que allí se jugaba el futuro y pronóstico de la paciente.

La última. Yo era médico estable en el servicio. Un colega totalmente apesadumbrado y angustiado me despierta un 1º de enero a las 7 de la mañana para que lo asesore. Le había palpado a su mujer un cáncer de mama. Lo tranquilicé como pude diciéndole que al día siguiente lo haría ver por el que yo consideraba el mejor. Se lo presenté en el Central de Cirugía en la calle Córdoba y Ecuador al Dr Vilanova. Luego de revisarla le habló a este médico diciéndole, con su particular forma de decir: “Dr, cuando Ud le toque una “teta” a su esposa hágalo como amante y con cariño, no como médico; su esposa no tiene nada”. Así era Vilanova.

Eduardo Zancolli, el más joven de los jefes del Dto. Brillante traumatólogo. Reconocido en el mundo entero, un exquisito de la cirugía. Verlo operar dejaba la sensación de que todo era fácil. Su libro de Cirugía de la mano es una obra monumental. Gran tenista. Recuerdo que con motivo de ese 1º partido de fútbol, él jugaba de wing, al día siguiente lunes llegó tarde al hospital porque antes había ido a comprar 11 camisetas de fútbol a casa Testay.

Finalmente me referiré a José Yoel. Cuando en una oportunidad, en este mismo estrado, tuve que realizar una semblanza de mi maestro, decía en esas circunstancias que lo había conocido en la década del ‘60 cuando entré a la EQMG. Me unieron a él lazos indisolubles, compartiendo momentos inolvidables dentro y fuera del trabajo. Con autoridad puedo decir que tenía un cerebro privilegiado, una memoria extraordinaria y una capacidad de trabajo inagotable. Era directo en sus decisiones, de buen humor. Era un cirujano rápido sin ser apurado. Cuando algún error se producía durante la operación, eso lo sacaba de sus casillas; no gritaba ni insultaba, expresaba su disconformidad zapateando, característica, yo diría, no finochietista.

Como maestro enseñaba todo lo que sabía y lo hacía con las dos reglas más eficaces de la pedagogía, la sencillez y la generosidad.

Tenía una gran capacidad, experiencia clínica quirúrgica e intuición especial para hacer diagnósticos precisos. Parafraseando a Gregorio Marañón, decía que enseñar y aprender es la misma cosa. Gozaba con el éxito de sus discípulos como si fuesen propios. Enseñó con su ejemplo, y repetía una frase

de EF, quien decía: “sólo cumple con su deber quien va más allá de sus obligaciones”; y otra de RF: “a uno le enseñan para que después eso, sumado a su propia experiencia, lo trasmite a otras generaciones”.

Tenía un consultorio con pisos de mármol de Carrara, puertas con vitreaux, una biblioteca con todas las revistas extranjeras de la especialidad, una pinacoteca excelente con cuadros de Berni, Alonso, Lacamera, Quinquela Martín, etc. En una oportunidad le pregunté: ¿por qué un consultorio tan suntuoso? Me respondió: “el día tiene 24 horas, duermo 6 horas, en el hospital estoy durante las mañanas; el resto del día, inclusive sábados y domingos, estoy en este consultorio, por lo tanto, este lugar me debe dar un gran placer”. Estaba simultáneamente también, el Yoel no médico, el que mostraba una habitación exclusiva donde sobre una mesa tenía armado un gran conjunto ferroviario compuesto por locomotoras, vagones y estaciones, que armó con un ingeniero electricista, a lo cuales hacía andar simultáneamente expresando al mostrarlo su cara de felicidad; o cuando todos los años reunía a todo su servicio en una ceremonia, a semejanza de la que realizaba Quinquela Martín con su orden del tornillo, la orden de la “cánula aspiradora” y se la entregaba a una personalidad que hubiera hecho algo para aumentar el prestigio de la EF. Tenía una especial afinidad por su perro coli llamado Mike. Recuerdo como anécdota, al fallecer su padre, vivían en ese momento en una casa de la calle Gorriti. Mike, por su gran tristeza, se tiró de la terraza sufriendo un neumotórax bilateral. Yoel le hizo sacar las Rx para certificar el diagnóstico, instaló un quirófano en su consultorio, llamó a un cirujano de tórax. Borlengui lo operó y le colocó su enfermera privada para el cuidado postoperatorio. El tiempo transcurrió. Viviendo en otro departamento, fallece su madre. El

perro la sobrevivió 4 años más como dueño de ese departamento con su correspondiente cuidadora. Con estas palabras quiero expresar mi total gratitud a quien en vida consideré mi segundo padre.

Finalmente, dos agradecimientos. A mi señora Nora, que con su fuerza y vitalidad comenzara con los cimientos y luego se transformara en la columna vertebral de esta familia con la que acabo de festejar 50 años de casado. A mi hijo Diego, que continúa mi especialidad con gran éxito. Una vez por semana le ayudo en sus operaciones. No hay mayor satisfacción para un padre que trabajar en equipo con su hijo quedando muy claro que él es el cirujano y yo su ayudante. Al finalizar las operaciones, al llegar a mi casa, mi esposa me pregunta siempre lo mismo: “¿cómo les fue?” Y mi respuesta también es siempre la misma: “muy bien porque Diego es un excelente cirujano”. Mi hija Lorena, psicóloga, que con su ternura y alegría revitaliza diariamente la vida de esta familia. A mis hijos políticos y a mis 6 nietos que revitalizan mi vida diariamente el mayor, Julián, estudiante de medicina y la menor, Sofía, un tiro al aire. El segundo agradecimiento nuevamente a quienes me eligieron para recibir este premio, y es un honor para quien les habla, continuar la lista de brillantes cirujanos que me precedieron, Dres Julio Uriburu, Eduardo Zancolli, Santiago Perera, Arturo Hendereich, Juan José Olaciregui, Héctor Santángelo, Claudio Barredo, Conrado Cimino, Osvaldo González Aguilar, José María Almanza, Jorge Rodríguez Martín. Terminaré estas palabras en parte como inicié. Espero que aquellos que no los conocieron tengan una idea de quiénes fueron los fundadores de esa segunda generación de finochietistas, mis maestros.

Muchas gracias.

Gestión integrada e integrable de los servicios de salud. Un verdadero salto tecnológico en gestión

Dres Roberto Rubén Pittaluga¹ y Florencia Alicia Pittaluga²

¹Médico recibido con Diploma de Honor en la UBA. Juez del Premio Nacional a la Calidad en el sector público de la República Argentina.

²Licenciada en Sociología de la UBA. Coordinadora del Diplomado en gestión de la calidad en las organizaciones de salud a distancia IRAM.

Resumen

A los conceptos tradicionales de Estructura, Proceso y Resultado, claves para comprender la administración de las organizaciones de salud, se propone incorporar el enfoque multisistémico, integrador e integrable, y la aplicación de 15 principios rectores de la gestión en salud para poder hacer frente a los cambios vertiginosos de la sociedad y el avance tecnológico. Es necesario gestionar a los servicios de salud como procesos interrelacionados de una cadena de valor e integrados a través de los actores. La información oportuna permitirá obtener mejores resultados y alcanzar las metas de salud.

Palabras claves. Gestión de la calidad, administración de servicios de salud, procesos, cadena de valor, principios de gestión. Sistemas de gestión, efectividad, resultados.

Technological advances in health services management

Summary

Concepts of structure, process and result, keys to understand the administration of health care organizations, intends to incorporate the Multisystemic, an integrated approach and the application of 15 guiding principles of management in health face the rapid changes in society and technological progress. It is necessary to manage health services as a chain of value-interrelated and integrated through actors and timely information will allow better results and achieve health goals.

Key words. Quality management, administration of health services, processes, value, principles of management, value chain. Systems management, effectiveness and results.

Herramientas para mejorar la gestión de las organizaciones de salud

El reconocido maestro en Salud Pública Avedis Donavedián introdujo, en un artículo de 1966, los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado.^{1,2} Estos se han constituido en la forma más difundida para comprender y explicar la gestión en los servicios de salud. Sin embargo, desde entonces mucho tiempo ha transcurrido y numerosos cambios se han producido en todos los campos del saber humano y su entorno, las comunicaciones y la tecnología.

Parafraseando a Heidegger, hoy más que nunca queda clarísimo que ningún grupo humano puede hacerse con el control de la era en que vivimos.³

La incertidumbre y la velocidad de los cambios son la única constante y es en ese marco donde debemos afrontar el reto de gestionar los servicios de salud con la mayor eficacia, eficiencia y efectividad posibles siendo lo suficientemente flexibles y creativos para convertir estos desafíos en una oportunidad.

Para ello no podemos limitarnos a la mera administración de los servicios de salud, sino que debemos realizar el esfuerzo de aprender a gestionar la cadena de valor de la que forman parte en conjunto con el entorno en el que operan.

Debemos pasar de la administración de presupuestos por funciones a la gestión por procesos con enfoque multisistémico para alcanzar objetivos estratégicos.

Debemos reconocer que la salud no es un problema que debe encarar el Ministerio pertinente, sino que debe formar parte de una política de Estado donde todas las dependencias y los organismos deben articular y complementarse para producir cambios positivos significativos.

En este sentido, el gobierno debe estimular el compromiso social de las empresas privadas para que se integren a las políticas públicas.

Siguiendo las ideas de Sherhart y Deming, sostenemos que comprender los servicios de salud como procesos estructurados da, a mediano plazo, mejores

Correspondencia. Roberto Rubén Pittaluga
E-mail: gerencia@deltaq.com.ar

resultados que la resolución de los problemas en forma no estructurada.^{4,5}

Planificar, hacer, verificar y actuar nos permite ser más eficaces que el estar “apagando incendios” permanentemente.

En las organizaciones de salud (incluidos los Ministerios, Secretarías y sus dependencias, las aseguradoras, con o sin fines de lucro, y los efectores asistenciales), es una realidad cotidiana observar cómo se desperdician esfuerzos y recursos por fallas de gestión integrada y por la ineficiencia en la interacción entre los actores involucrados.

Diferentes modelos han sido empleados con éxito variado. Los premios a la calidad, la acreditación y la certificación de sistemas de gestión han aportado una rica experiencia que no debe ser desaprovechada.

Nuestro equipo ha realizado una síntesis, con miras a la posible aplicación de un modelo integrador e integrable que incluya seis subsistemas de gestión:

Cuatro sustanciales:

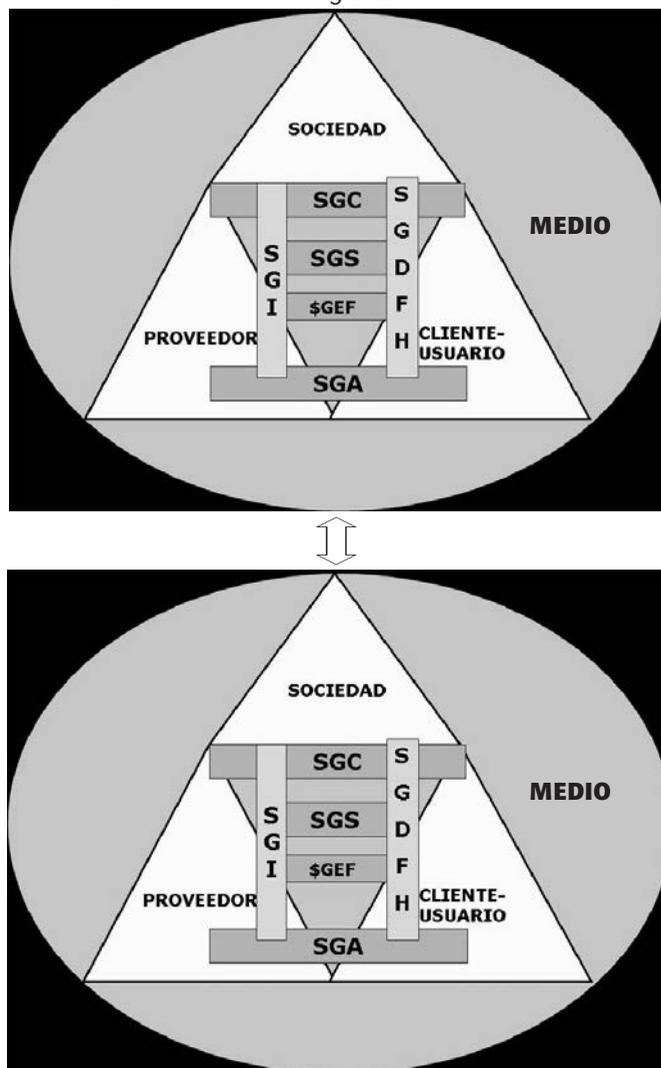
- El de gestión de la calidad (SGC).
- El de gestión ambiental (SGA).
- El de gestión de la seguridad (SGS).
- El de gestión económico-financiera (\$GEF).

Dos Integradores:

- El de gestión de la información (SGI).
- El de gestión y desarrollo del factor humano (SGDFH).

Todos ellos regidos por quince principios que si son comprendidos y aplicados adecuadamente, podrían asegurar la implementación de un sistema integrado e integrable y sostener desde la planificación estratégica y operativa hasta la medición, seguimiento y mejora de las organizaciones de salud, su entorno y la red de organizaciones con las que interactúan.

Figura 1. Sistemas de gestión integrado e integrable (SGIeI) interactuando con el de otra organización.⁶



Los quince principios rectores

Alineados con los valores sustentados por la Organización Mundial de la Salud, de Ética, Solidaridad, Accesibilidad, Equidad y Eficiencia; los ocho principios mencionados en la norma ISO 9000:2005,⁷ y la experiencia recogida en más de 30 años,⁸ consideramos oportuno fijar los siguientes principios rectores en la implementación de sistemas de gestión en la organizaciones de salud:

1. Enfoque multisistémico dinámico.
2. Gestión por procesos.
3. Toma de decisiones basadas en hechos.
4. Mejora continua.
5. Enfoque en el ciudadano-paciente-usuario con su participación efectiva en la cadena de valor.
6. Liderazgo.
7. Participación efectiva y desarrollo del factor humano.
8. Trabajo en equipo interdisciplinario.
9. Consideración del proveedor en la cadena de valor en base a relaciones mutuamente beneficiosas.
10. Gestión de redes.
11. Gestión sistemática de los riesgos (Seguridad).
12. Prevención del impacto ambiental.
13. Gestión integrada e integrable de la información.
14. Equilibrio económico-financiero.
15. Respeto del marco ético-profesional⁹/Compromiso Social.

Es fundamental que los líderes y el personal de las organizaciones de salud así como las partes interesadas intervinientes en la cadena de valor comprendan su importancia para contribuir con el éxito en la gestión.

Como podemos ver, aprovechando todos los modelos vigentes y sosteniéndonos sobre la teoría y práctica de este medio siglo de arduo trabajo, consideramos que *ha llegado el momento de plantearnos un nuevo paradigma de gestión* de los servicios de salud que esté en condiciones de dar una respuesta adecuada a las necesidades de nuestros conciudadanos en el marco de un entorno tan complejo e incierto como el que debemos enfrentar.

Bibliografía

1. Donabedian, Avedis, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 1966; 44: 166-206.
2. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública Mex*, 1993; 35(3): 238-247.
3. "Ningún individuo, ningún grupo humano ni comisión, aunque sea de eminentes hombres de estado, investiga-do-res y técnicos, ninguna conferencia de directivos de la economía y la industria pueden ni frenar ni encauzar si-quiera el proceso histórico de la era atómica. Ninguna organización exclusivamente humana es capaz de hacerse con el dominio sobre la época". Heidegger, *Gelassenheit (Serenidad)*, 1955. <http://lectoresdeheidegger.wordpress.com/2013/06/03/heidegger-gelassenheit-serenidad>.
4. Walter A. Sherhart: *Economic Control of Quality of Manufactured Product*. 1931.
5. Edwards Demin: *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos, 1989.
6. Pittaluga, R.R. & Pittaluga, F.A.: *Los Diez Principios de Gestión de la Calidad en Salud*. Parte I. *Management en Salud*. Boletín electrónico 128.16-9-2009.
7. Norma ISO 9000: *Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario*. 2005.
8. Pittaluga, R.R. y Pittaluga, F.A.: *Gestión integrada e integrable de las organizaciones de salud*. Los diez principios. Dossier del III° Encuentro MERCOSUR y I° Encuentro Iberoamericano de Gestión de la calidad en organizaciones de salud. Buenos Aires. Julio 2008.
9. Resolución 37/194 adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18/XII/1982.

Esclerosis sistémica con compromiso renal como presentación paraneoplásica

Dres Jorge Alejandro Brigante,¹ Estefanía Prinic,² Alejandra Ermida,³ Pablo Marchetti,⁴ Manuel Klein⁵

¹ Jefe de residentes del servicio de Clínica Médica, Sanatorio Güemes.

² Residente de 4° año del servicio de Clínica Médica, Sanatorio Güemes.

³ Médica de planta del servicio de Clínica Médica, Sanatorio Güemes.

⁴ Coordinador de área del servicio de Clínica Médica, Sanatorio Güemes.

⁵ Jefe de Servicio del servicio de Clínica Médica, Sanatorio Güemes.

SANATORIO GÜEMES - SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA
Área temática 1: Reumatología, Área temática 2: Oncología

Resumen

Introducción. La esclerosis sistémica (ES) se manifiesta en forma localizada o sistémica. Se caracteriza por daño vascular, infiltrados mononucleares y fibrosis de tejido conectivo. Su presentación habitual es de forma progresiva, en la quinta década, con manifestaciones sistémicas tardías, como la crisis renal esclerodérmica (CRE). **Caso clínico.** Mujer de 47 años. Se presenta con diagnóstico de ES. Inició tratamiento con Metrotexate, Hidroxicloroquina y Prednisona en dosis creciente por escasa respuesta. Se internó por disnea e hipertensión. El examen físico presentaba hipertensión, edemas, microstomía, fricción tendinosa palmar en mano izquierda, esclerosis cutánea, esclerodactilia, tumor en mama derecha. Evolucionó con hipertensión persistente, insuficiencia renal y bicitopenia. Se realizó biopsia de nódulo mamario que evidencia carcinoma ductal infiltrante, y biopsia renal que informó microangiopatía trombótica. Se decide suspender corticoterapia e inicia enalapril. Evolucionó con tensión arterial controlada, mejoría de la anemia, recuento plaquetario normal. **Discusión.** Se presenta un caso de ES rápidamente progresiva con desarrollo de CRE al mes del diagnóstico y agravamiento de los síntomas ante el tratamiento clásico. Esta presentación orienta a replantear el diagnóstico y su posible asociación con otras patologías como el caso de una entidad ya descrita en la literatura como "síndrome Esclerodermia-like" asociado a neoplasia maligna, que se acompaña de CRE en porcentaje variable. Ante la forma de presentación, factores acompañantes y tiempo de evolución del cuadro, se sospechó la asociación de ES con neoplasia mamaria. La detección temprana con un tratamiento oncológico

oportuno previene la crisis renal, lo que disminuye notablemente la morbilidad y mortalidad.

Palabras claves. Esclerosis sistémica, esclerodermia, crisis renal esclerodérmica, insuficiencia renal aguda, síndrome paraneoplásico.

Systemic sclerosis with renal involvement, as paraneoplastic presentation

Summary

Introduction. systemic sclerosis (SSc) is manifested in localized or systemic way. It's characterized by vascular damage, mononuclear infiltrates and connective tissue fibrosis. Its usual presentation is progressive, in the fifth decade, with late systemic manifestations such as scleroderma renal crisis (SRC). **Case presentation.** A 47 year old woman. She comes with a diagnosis of SSc. She began methotrexate, hydroxychloroquine and prednisone treatment in increasing doses because of poor response. The patient was hospitalized for dyspnea and hypertension. Physical examination, she had hypertension, edema, microstomia, palmar tendon friction in left hand, cutaneous sclerosis, sclerodactyly, tumor in right breast. She evolved with persistent hypertension, renal failure and bicytopenia. It was performed a breast nodule biopsy that evidenced infiltrating ductal carcinoma, and renal biopsy reporting thrombotic microangiopathy. It was decided to discontinue steroids and start enalapril. She responded to the treatment with controlled blood pressure, anemia improvement, and normal platelet count. **Discussion.** A case of SSc rapidly progressive with SRC development and worsening of symptoms in light of classical treatment is presented. This presentation seeks to reframe the diagnosis and its possible association with other pathologies such as the case of an entity as described in the literature as scleroderma syndrome associated with malignancy, which is accompanied by SRC in variable percentages.

Correspondencia. Dr Jorge Alejandro Brigante
E-mail: alebrigante672@gmail.com

According to its presentation, accompanying factors and the condition's evolution time, the association of SSc with mammary neoplasia was suspected. Early detection with prompt oncological treatment prevents renal crisis which significantly reduces morbidity and mortality.

Key words. Scleroderma, systemic, scleroderma renal crisis, acute renal failure, paraneoplastic syndrome.

Hematoma intramural

Un hematoma intramural (HI)

Introducción

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad de etiología desconocida que se manifiesta en forma localizada o sistémica. Se caracteriza por daño vascular, infiltrados mononucleares y fibrosis de tejido conectivo.¹ Es más frecuente en mujeres entre 30 y 50 años, con pico de incidencia en la quinta década.² Su presentación habitual es la forma progresiva con manifestaciones sistémicas tardías, como la crisis renal esclerodérmica (CRE), entre otras. La CRE es más frecuente ante el incremento brusco de la dosis de corticoides, anemia o depleción de volumen. Duncan y col. fue el primero que sugirió una asociación entre ES y cáncer en 1979.³ Cuando se asocia a una neoplasia, la ES se manifiesta en edades más avanzadas que la idiopática y de forma asimétrica, su evolución es más rápida con manifestaciones sistémicas a menos de un año de su diagnóstico.⁴⁻⁸ Se pueden hallar más frecuentemente complicaciones graves de difícil tratamiento y mal pronóstico como la Crisis renal Hipertensiva y la fibrosis pulmonar.^{5,8} Con el propósito de enfatizar la necesidad de sospechar ES como manifestación paraneoplásica, se presenta un caso de ES rápidamente progresiva en una paciente que desarrolla CRE al mes del diagnóstico, lo que llevó a profundizar estudios y al diagnóstico de cáncer de mama.

Caso clínico

Mujer de 47 años sin antecedentes de importancia, quien un mes previo a la internación, comenzó con artralgias en manos y pies. Consultó en forma ambulatoria, se objetivó esclerodactilia y microstomía y se le diagnosticó ES. Inició tratamiento con Metotrexate, Hidroxicloroquina y Prednisona 8 mg/día por vía oral dos semanas antes de la internación. Evolucionó sin mejoría por lo que a los siete días se aumentó la dosis de Prednisona a 16 mg/día. Se internó por deterioro del estado general, astenia, vómitos, disnea clase funcional IV e hipertensión. Al Examen físico, presentaba presión arterial 160/100 mm Hg, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, temperatura axilar de 37,7° C, ruidos cardíacos normales, sin ingurgitación yugular, edemas 2/6

en miembros inferiores, microstomía, fricción tendinosa palmar en mano izquierda, esclerosis a predominio de extremidades, esclerodactilia a predominio izquierdo, tumor de 25 por 20 mm multilobulado en mama derecha indoloro, duro pétreo y conglomerado adenomegálico en axila derecha y en hueso supraclavicular derecho.

El laboratorio de ingreso incluyó hematocrito de 27%, hemoglobina de 9,3 g/dl, plaquetas 39.000 por mm³, creatininemia de 3,2 mg/dl, urea de 142 mg/dl, pH 7,43, bicarbonato 19,4 mEq/l, PO₂ de 77 mmHg, FAN positivo 1/160, patrón moteado. Látex AR, Anti-DNA, Anti-Sm, anticardiolipina, inhibidor lúpico, Anti-Ro, Anti-LA, Anti-RNP, Anti-scl70, Anti-centrómero y ANCA negativos. Esquistocitos en sangre periférica (Figura 1).

Se realizó una Ecografía renal que se informó dentro de parámetros normales. Una tomografía Computada de tórax mostró escaso líquido a nivel pericárdico, leve derrame pleural bilateral, adenopatías axilares derechas. Imagen hiperdensa lobulada en mama derecha (Figura 2).

Figura 1. Esquistocitos en frotis de sangre periférica.

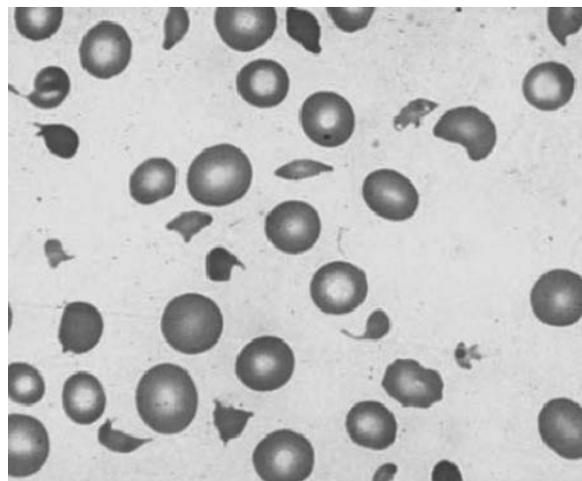


Figura 2. Tomografía axial computada, ventana mediastinal. Imagen hiperdensa multilobulada en CSE de topografía mamaria derecha.



Evolucionó con hipertensión arterial persistente, proteinuria de 6,6 gr/24 hs, deterioro de la función renal que requiere tratamiento dialítico diario y bicitopenia con requerimiento de transfusiones de glóbulos rojos. Se realizó punción con aguja gruesa de nódulo mamario con informe anatomo-patológico de carcinoma ductal infiltrante (Figuras 3 y 4), y biopsia renal que informó microangiopatía trombótica (Figuras 6 y 7). A las dos semanas de internación se suspende corticoterapia e inicia enalapril. A tres semanas de internación evolucionó con tensión arterial controlada, mejoría de la anemia, recuento plaquetario normal, sin mejoría de la función renal.

Discusión

Se presenta un caso de ES rápidamente progresiva en una paciente que desarrolla CRE al mes del diag-

Figura 5. Punción biopsia de nódulo mamario. Inmunohistoquímica. Carcinoma ductal infiltrante.

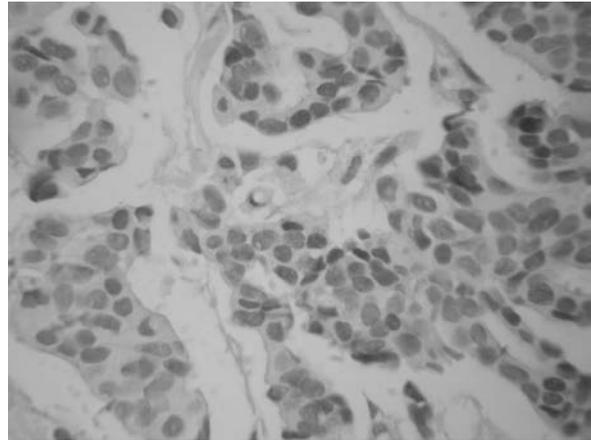


Figura 3. Punción biopsia de nódulo mamario. H-E. Carcinoma ductal infiltrante.

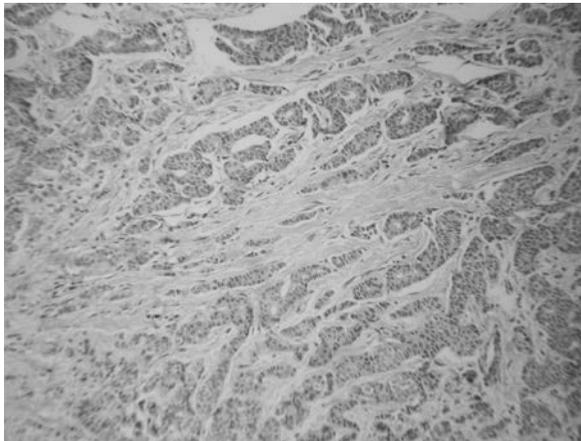


Figura 6. Punción biopsia renal. H-E. Microangiopatía trombótica.

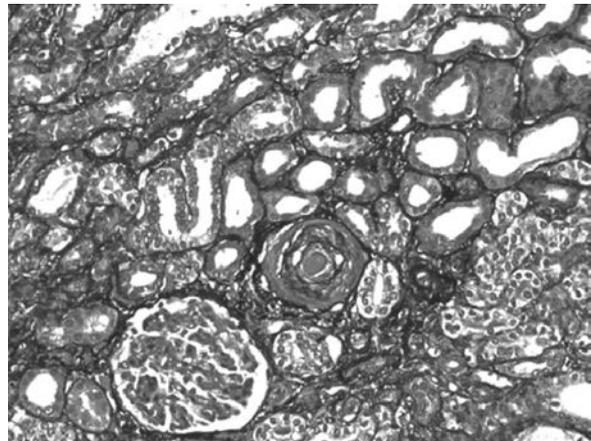


Figura 4. Punción biopsia de nódulo mamario. Inmunohistoquímica. Carcinoma ductal infiltrante.

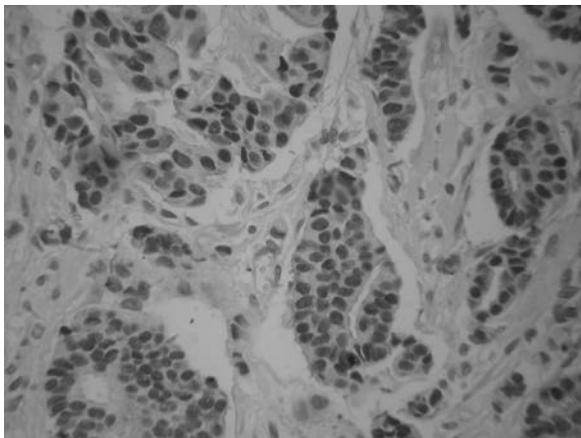
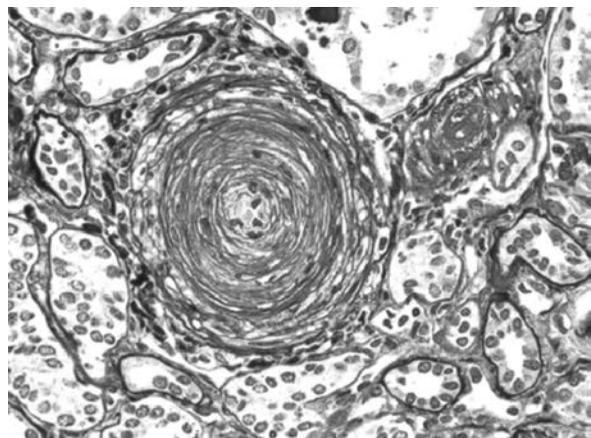


Figura 7. Punción biopsia renal. Tricrómico de Masson. Microangiopatía Trombótica.



nóstico donde se evidencia un agravamiento de los síntomas una vez instituido el tratamiento con glucocorticoides, contrario a lo esperable en la evolución habitual de ES.

La presentación habitual de la ES es con síntomas o manifestaciones generales como fatiga, pérdida de fuerza, trastornos del sueño, artralgias, y otros menos comunes como depresión y pérdida de peso. Las manifestaciones cutáneas son frecuentes y la afección simétrica facial y distal en miembros superiores son las localizaciones más habituales.^{7,8} La asimetría de la afectación cutánea y el compromiso sistémico precoz del caso, una manera inusual de presentación, orientaron a replantear el diagnóstico y evaluar su posible asociación con otras patologías. Además, la falta de respuesta clínica y empeoramiento del compromiso sistémico con el tratamiento glucocorticoideo era compatible con la entidad ya descrita en la literatura como "síndrome Esclerodermia-like" asociado a neoplasia maligna.

En presencia de Anemia Hemolítica Microangiopática, se plantean diagnósticos diferenciales como el Síndrome Urémico Hemolítico (SUH), la Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT) y Microangiopática asociada al cáncer; sin embargo, debido a la presencia de signos de esclerodermia e hipertensión severa se interpretó en contexto de la CRE. La anemia hemolítica microangiopática se presenta en el 50% de las CRE. La fisiopatología implica la injuria endotelial y agregación plaquetaria que produce estenosis de la luz y destrucción de glóbulos rojos, no dependiente del déficit o inhibición de la ADAMT 13 (clivaje del factor de *Von Willebrand*).

La ES como manifestación paraneoplásica se presenta habitualmente de forma sincrónica al tumor primario. Estudios recientes lo asocian también al Linfoma no Hodgkin y al Hepatocarcinoma, pero el carcinoma de pulmón y de mama son los más frecuentemente asociados.¹⁴

La esclerodermia como síndrome paraneoplásico se acompaña de crisis renal esclerodérmica en un 10% de los casos, porcentaje que se puede incrementar ante la presencia de factores predictores como el diagnóstico de esclerosis sistémica difusa dentro de los últimos 4 años, progresión rápida a nivel de la piel, anticuerpos anti-ARN polimerasa III positivos y el incremento en la dosis de glucocorticoides.¹⁵

En síntesis, se discute un caso en el cual, ante la forma de presentación, factores acompañantes y tiem-

po de evolución del cuadro, se sospechó la asociación de ES con tumor sólido maligno de mama. Se sugiere evaluar oportunamente estos elementos ya que la detección temprana como para permitir un tratamiento oncológico oportuno puede prevenir la crisis renal, lo que disminuye notablemente la morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

Bibliografía

1. LeRoy EC, Black C, Fleischmajer R, et al. Scleroderma (systemic sclerosis): classification, subsets and pathogenesis. *J Rheumatol* 1988; 15:202.
2. Chiffot H, Fautrel B, Sordet C, et al. Incidence and prevalence of systemic sclerosis: a systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum* 2008; 37:223.
3. Duncan SC, Winkelmann RK. Cancer and Scleroderma. *Arch Dermatol* 1979; 115: 950-5.
4. L. Vallés, I. Arrue, M. González, R. Valverde, I. Polo, A. Guerra, F. Vanaclocha. Esclerodermia y cáncer de mama. *Med Cutan Iber Lat Am* 2009;37(6):258-261.
5. Abu-Shakra M, Guillemin F, Lee P. Cancer in systemic sclerosis. *Arthritis Rheum*. 1993;36: 460-4.
6. Launay D, Le Berre R, Hatron PY, Peyrat JP, Hachulla E, Devuelder B, et al. Association between systemic sclerosis and breast cancer: eight new cases and review of the literature. *Clinic Rheumatol* 2004; 23: 516-22.
7. Derk CT. Associations of breast cancer development in patients with systemic sclerosis: an exploratory study. *Clin Rheumatol* 2007; 26: 1615-9.
8. Mattingly PC, Mowat AG. Rapidly progressive scleroderma associated with carcinoma of the oesophagus. *Ann Rheum Dis* 1979; 38: 177-8.
9. Hill CL, Nguyen A-M, Roder D, Robert-Thomson P. Risk of cancer in patients with scleroderma: a population based cohort study. *Ann Rheum. Dis* 2003; 62:728-31.
10. Higuchi M, Horiuchi T, Ishibashi N, Yoshizawa S, Niho Y, Nagasawa K. Anticentromere antibody as a risk factor for cancer in patients with systemic sclerosis. *Clin Rheumatol* 2000; 19: 123-6.
11. Sandusky SB, McGuire L, Smith MT, et al. Fatigue: an overlooked determinant of physical function in scleroderma. *Rheumatology (Oxford)* 2009; 48:165.
12. *Rheumatology* 2010; 49: 955-959.
13. *Southern Medical Journal*, 2008;1(1):59-62.
14. Rosenthal AK, McLaughlin JK, Gridley G, Nyren O. Incidence of cancer among patients with systemic sclerosis. *Cancer* 1995; 76: 910-4.
15. Teixeira L, Mouthon L, Mahr A, et al. Mortality and risk factors of scleroderma renal crisis: a French retrospective study of 50 patients. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:110.

Síndrome aórtico agudo

Dres Alfredo Buzzi¹ y Gastón Emiliano Leites Romano¹

¹ Diagnóstico Médico SA Junín 1023

El término "síndrome aórtico agudo" (SAA) fue originalmente definido por Vilacosta en 2001 como un nuevo síndrome cardiovascular que abarca un grupo heterogéneo de pacientes con un espectro de emergencias aórticas que comparten un perfil clínico similar, que incluye la disección aórtica (DA), hematoma intramural (HIM) y úlcera aterosclerótica penetrante (UAP).¹

El mecanismo fisiopatológico de cada una de estas entidades es diferente. Sin embargo, ocasionalmente algunos pacientes presentan varias o todas estas lesiones, demostrando la existencia de un vínculo entre ellos.^{1,2}

El SAA se caracteriza clínicamente por "dolor aórtico" en un paciente con antecedente de hipertensión. El dolor en la región anterior del tórax, el cuello y la mandíbula sugieren la participación de la aorta ascendente, mientras que el dolor dorsal y abdominal indican la participación de la aorta descendente. El dolor puede ser migratorio y puede ser confundido con el de los síndromes coronarios agudos.^{1,3,4}

Disección aórtica

La disección aórtica (DA) es la de emergencia más común de la aorta, a menudo resultando en la muerte del paciente. Se ha reportado la incidencia de 3.000 casos nuevos por año en Europa. Los factores de riesgo más importantes son la hipertensión y la degeneración de la capa media de la pared aórtica. El pico de incidencia ocurre durante la sexta y séptima década de la vida, con una predilección en varones en una relación 3:1.^{5,6}

La evolución está determinada por el tipo y grado de disección y la presencia de complicaciones asociadas; por lo tanto, se recomienda la evaluación completa de la aorta, sus más colaterales, las arterias ilíacas y las arterias femorales proximales para ayudar en la planificación del tratamiento.

El diagnóstico y el tratamiento temprano son esenciales para mejorar el pronóstico. Por definición, la DA aguda se caracteriza por síntomas que están presentes durante menos de 14 días. Los pacientes suelen

presentarse con la clásica historia de inicio agudo de dolor desgarrante en el centro del tórax que se irradia hacia la espalda. Puede haber signos y síntomas de la mala perfusión como consecuencia de la disección y obstrucción de ramas colaterales. La regurgitación aórtica da lugar a un soplo diastólico.^{5,7}

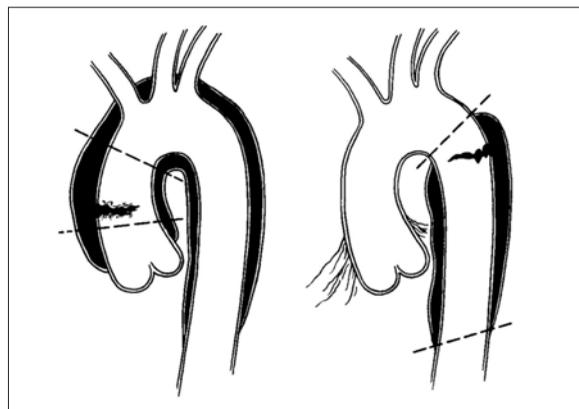
La disección es el resultado de una separación longitudinal espontánea de la íntima y adventicia de la aorta, causados por el acceso de la circulación sanguínea al interior de la pared. Esto da como resultado dos luces (una luz verdadera y una luz falsa). La falsa luz presenta presiones mayores o iguales a la de la luz verdadera. Debido a esto, la falsa luz puede comprimir u obstruir la luz verdadera.

La disección puede avanzar en una dirección retrógrada o anterógrada, y puede permanecer patente como una falsa luz, trombosarse, re-comunicarse con la luz verdadera a través de fenestraciones o romperse hacia espacios potenciales como las cavidades pericárdicas, pleurales o peritoneales.^{7,8}

El sistema de clasificación de Stanford para las disecciones se basa en la necesidad de la intervención quirúrgica. El tipo de disección es determinado por el sitio de origen de la rotura de la íntima. En la disección aórtica tipo A el *flap* intimal surge de la aorta ascendente y puede extenderse a la aorta descendente. En el tipo B, el *flap* surge de la aorta descendente distal a la arteria subclavia izquierda (Figura 1).⁹

Las disecciones tipo A corresponden al 60% - 70% de los casos y habitualmente requieren intervención quirúrgica urgente para evitar la extensión a la raíz

Figura 1. Clasificación de Stanford de la DA (tomado del trabajo original de Daily, y col⁹).



Correspondencia. Dr Alfredo Buzzi
E-mail: alfredo.buzzi@diagnosticomedico.com
www.diagnosticomedico.com

aórtica, el pericardio o las arterias coronarias. Sin tratamiento, las disecciones tipo A se asocian con una tasa de mortalidad de más del 50% dentro de las 48 horas. La disección tipo B de Stanford representa el 30% - 40% de los casos y puede ser manejada mediante el tratamiento médico de la hipertensión, a menos que existan complicaciones debidas a la extensión de la disección, lo que requeriría intervención quirúrgica (Figura 2).^{5,10}

Se describen dos tipos de obstrucción vascular: la obstrucción estática y la dinámica. Con la obstrucción estática, el *flap* intimal entra en el origen de la rama del vaso sin un punto de reentrada. Esto resul-

Figura 2. Reconstrucción en 3D de una angio-TAC de un paciente con una disección aórtica tipo B.



ta en un aumento de presión o la formación de un trombo en la falsa luz, causando estenosis focal y la isquemia del órgano distal (Figura 3). La obstrucción estática es tratada con la colocación de un *stent* intravascular. La obstrucción dinámica afecta a los vasos que emergen de la luz verdadera. El *flap* intimal prolapsa y cubre el origen de los vasos como una cortina, provocando un déficit de presión en la luz verdadera que resulta en isquemia (Figura 4). La obstrucción dinámica es tratada con fenestraciones del colgajo

Figura 3. Obstrucción estática de la arteria renal derecha.

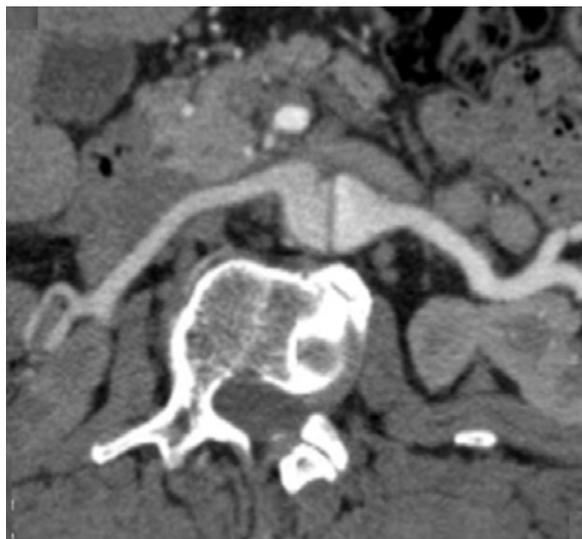


Figura 4. Obstrucción dinámica de la arteria mesentérica superior.



intimal para disminuir la presión en la falsa luz.^{11,12}

Los estudios de imágenes juegan un papel fundamental en el diagnóstico de la DA, con los siguientes objetivos: confirmación del diagnóstico, localización del desgarro intimal, clasificación de la disección, determinar el grado de disección, la presencia de trombosis en la falsa luz, la presencia de insuficiencia valvular aórtica, la participación de ramas colaterales y de indicadores de emergencia (hemorragia pericárdica, mediastinal o pleural).^{12,13}

Aunque es una herramienta común de *screening* en el departamento de emergencia, la radiografía de tórax tiene un papel limitado. Cuando la disección aórtica se sospecha clínicamente, es urgente la adquisición de imágenes por sección. La tomografía computada (TC), la resonancia magnética (RM) y la ecocardiografía transesofágica (ETE) han demostrado ser igualmente confiables para confirmar o excluir el diagnóstico de la disección.^{7,14}

El principal criterio para el diagnóstico de disección aórtica por TC es la demostración de dos luces separadas por un *flap* intimal (Figuras 5 y 6). La sensibilidad de la TC varía del 93% a 100% y la especificidad del 87% a 100%.¹⁴ El área más grande de la luz falsa, el signo de la telaraña y el signo del pico contribuyeron a diferenciar entre la luz verdadera y la falsa (Figura 7).¹⁷

Recientes avances en TC multicorte (TCMC) han llevado a esta técnica a ser la más comúnmente utilizada para la evaluación de la sospecha de SAA en general y de DA en particular (Figura 8).

Aunque las tasas de inyección de material de contraste y parámetros técnicos pueden variar según las preferencias institucionales y configuraciones, las características que deben ser parte de todos los protocolos para el estudio de la disección aórtica

incluyen secuencias de adquisición de imágenes sin y con contraste, procesamiento de imágenes de toda la aorta (desde el cayado hasta las arterias ilíacas comunes), y el correcto seguimiento del bolo para optimizar el realce de la luz verdadera.^{13,14}

La TC para triple descarte ("*triple-rule-out CT*") es un nuevo protocolo que se utiliza para evaluar la aorta, las arterias coronarias, las arterias pulmonares y los sectores medio e inferior de los pulmones

Figura 5. a) La TC sin contraste muestra la calcificación de la íntima desplazada hacia el centro de la aorta. b) La TC con contraste muestra el flap.

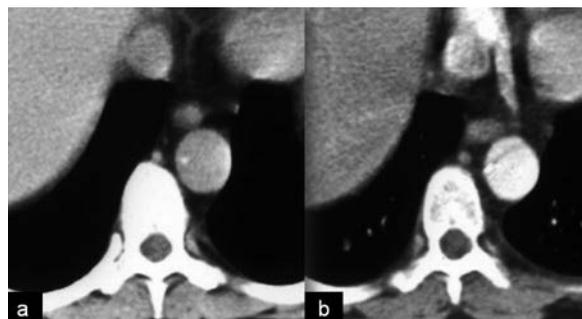


Figura 6. Obsérvese la distribución helicoidal del flap en el interior de la luz de la aorta (flechas).

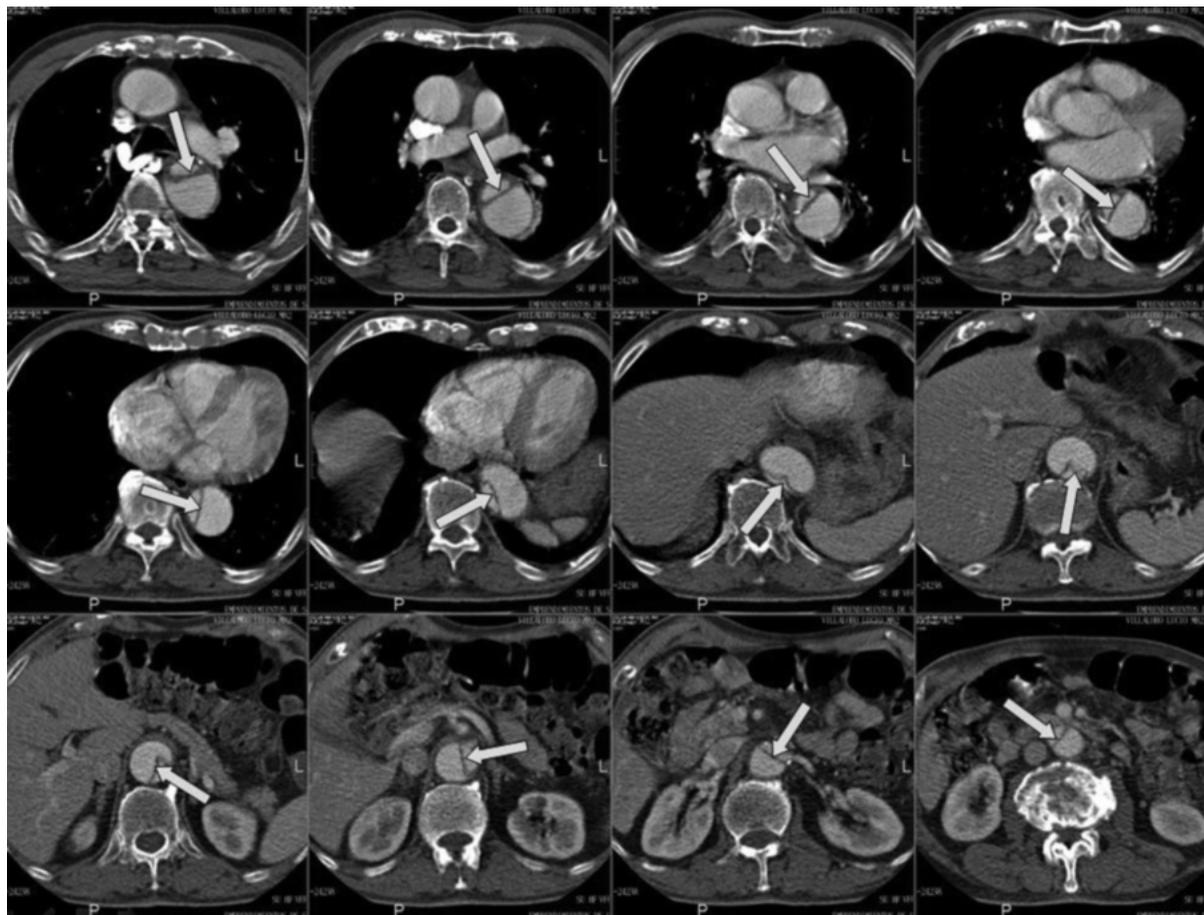


Figura 7. Diferente densidad de las luces verdadera y falsa, debido a diferentes velocidades. El área de la luz falsa es más grande de la falsa luz. Las flechas señalan el signo del pico.

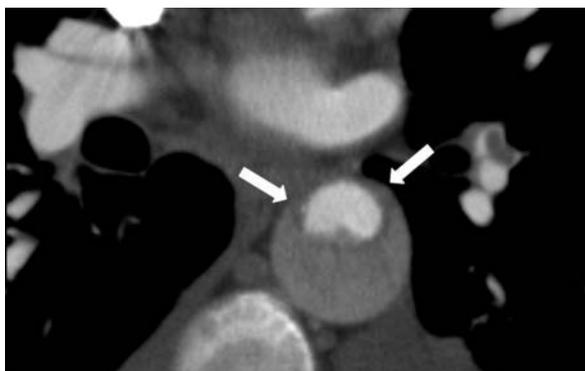
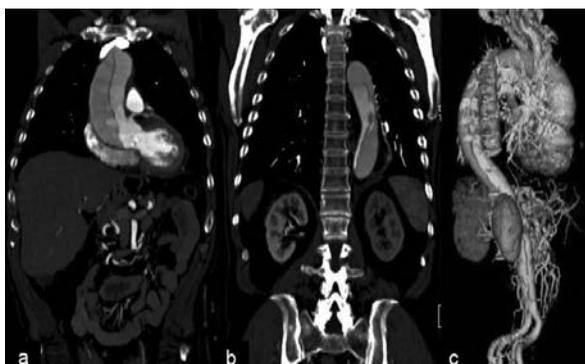


Figura 8. a y b) vistas coronales, c) reconstrucción 3D. Tenga en cuenta la diferente densidad de las luces verdadera y falsa debido a diferentes velocidades.



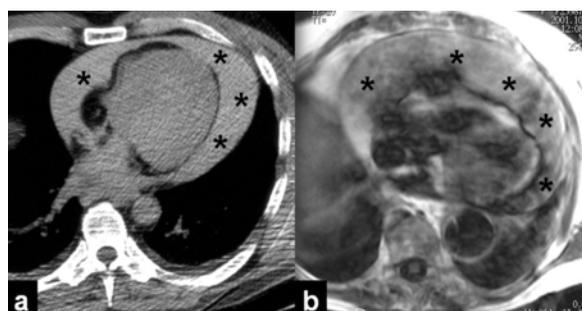
durante un solo escaneo con el uso de varios bolos de material de contraste óptimamente cronometrados con el electrocardiograma en pacientes con bajo riesgo para síndrome coronario agudo. La inyección bifásica de material de contraste yodado se adapta para proporcionar niveles altos y simultáneos de realce arterial en las arterias coronarias, la aorta y las arterias pulmonares. Los parámetros de análisis están diseñados para reducir la exposición a la radiación. En una población de pacientes apropiadamente seleccionados, este protocolo puede eliminar de forma segura la necesidad de más pruebas diagnósticas en más del 75% de los pacientes.¹⁵

Se ha reportado que la sensibilidad y la especificidad de la RM para el diagnóstico de la DA son del 95% y 100%. Las principales ventajas de la RM incluyen la falta de material de contraste yodado, de radiaciones ionizantes y su capacidad de evaluar simultáneamente la aorta entera, la válvula aórtica, los grandes vasos (Figura 9), el corazón y el saco pericárdico (Figura 10). Cuando se sospecha DA, el

Figura 9. Resonancia magnética, sagital oblicuo que muestra el flap en la aorta descendente y de la arteria carótida (flechas).

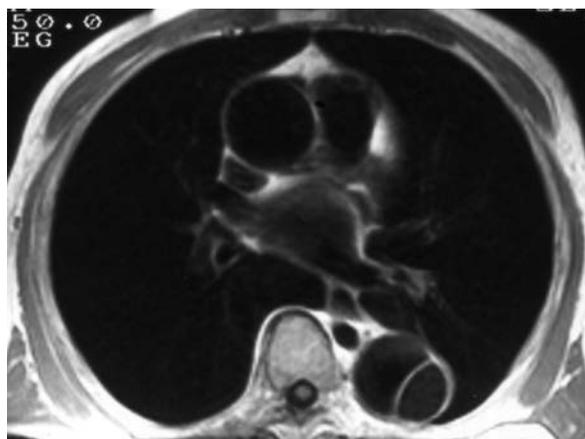


Figura 10. TC (a) y la resonancia magnética (b) de dos pacientes diferentes con hemopericardio (*).



examen con RM usualmente comienza con secuencias *spin-echo* de sangre negra que muestran el *flap* intimal como una estructura lineal (Figura 11). La luz verdadera muestra ausencia de señal, mientras

Figura 11. SE T1-WI con mucho TE muestra de sangre negra en las dos luces, indicando permeabilidad.



que la luz falsa muestra mayor intensidad de señal indicativa de flujo turbulento o trombosis. Cuando la luz falsa se trombosa, la disección puede pasarse por alto y dar la apariencia de un aneurisma intacto (Figura 12). Otras deficiencias son la inaccesibilidad al paciente y la inadecuación del método para aquellos con dispositivos electrónicos implantados. Las imágenes potenciadas para T2 pueden mostrar signos de hipoperfusión de órganos (Figura 13). En pacientes estables, se pueden realizar secuencias de eco de gradiente que permiten diferenciar el flujo lento de un trombo en la falsa luz. La angiografía 3D con gadolinio puede realizarse rápidamente, sin necesidad de ECG, incluso en pacientes gravemente enfermos.

La evaluación de los cortes “crudos” y las imágenes de proyección de máxima intensidad (MIP) son cruciales para el diagnóstico, ya que las imágenes de MIP pueden fallar ocasionalmente en mostrar el *flap* intimal.^{3,14} Actualmente, el papel importante de la RM se destaca en el seguimiento de los pacientes tratados de forma conservadora y en el seguimiento postoperatorio.^{3,16,17}

La ETE proporciona rápidas imágenes multiplanares de la aorta y el corazón, así como una evaluación de la dinámica de flujo. El examen puede realizarse poco después de que el paciente se presenta al departamento de emergencia y tiene una sensibilidad del 95 al 98% y especificidad del 63% al 96%. Las limitaciones se encuentran en las arterias coronarias y los vasos del cayado (que pueden no ser adecuadamente visualizados), en la extensión dentro de las arterias ilíacas o viscerales (que puede pasar desapercibida), en el “punto

Figura 12. SE T1-WI. a) usando un corto TE, la señal de un flujo lento, se puede confundir con trombosis. b) alta y heterogénea intensidad de señal en la falsa luz trombosada.

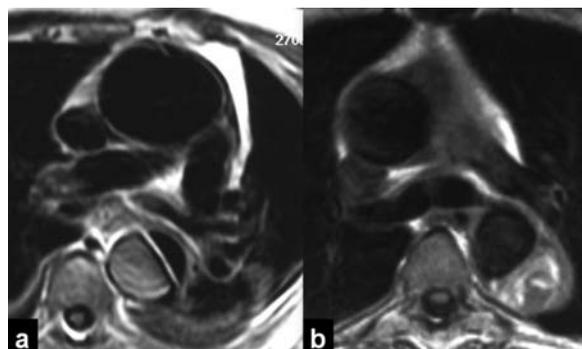
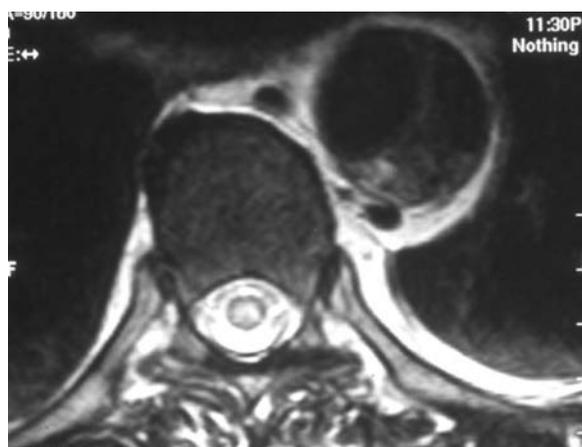


Figura 13. T2 FSE-WI. Tenga en cuenta la disección en la aorta descendente y el infarto hiperintenso en la médula espinal.



ciego” en el arco aórtico proximal, y en que la calidad del estudio es operador-dependiente.^{14,16}

Actualmente la aortografía contrastada se considera una modalidad diagnóstica secundaria debido a la necesidad de la inyección de contraste y la naturaleza invasiva del examen.¹⁴

Hematoma intramural

Un hematoma intramural (HI) resulta de la ruptura de la *vasa vasorum* con hemorragia dentro de la capa media arterial, lo que conduce al debilitamiento de la pared aórtica.^{18,19} Fue descrita por primera vez por Krukenberg en 1920.²⁰ La característica distintiva de esta entidad es la ausencia de la ruptura intimal que caracteriza la clásica disección aórtica. Además, no hay flujo de sangre dentro de la capa media.^{7,19,21}

Aunque los hallazgos por imágenes en el HI aórtico son distintos de los de la DA y fácilmente reconoci-

bles, las manifestaciones clínicas pueden ser indistinguibles. Además, la morbilidad y la mortalidad por HI son similares a las de la DA clásica. Sin embargo, el manejo adecuado del HI no es tan ampliamente entendido como la de disección clásica.^{19,21}

Se ha encontrado un HI aórtico en 5% – 20% de los pacientes que presentaban signos sugestivos de disección aórtica aguda y está asociado con una tasa de mortalidad del 21%. Según el sistema de clasificación de Stanford, 57% son de tipo A y 43% son lesiones tipo B. El 94% de los HI tiene una causa no traumática. La mayoría de los pacientes son varones (61%), y la edad promedio es de 68 años. El HI y la DA tienen síntomas, signos y perfiles de riesgo pre-disponentes casi idénticos.^{11,21}

La TC y la RM son las principales técnicas para el diagnóstico y clasificación de hematoma intramural. La TC ofrece mayor disponibilidad, tiempos de examen más cortos, resolución espacial isotrópica y evaluación completamente anatómica de la aorta toraco-abdominal y sus ramas. Con angio-TC con TCMC la sensibilidad y el valor predictivo negativo se aproximan al 100%.^{7,21}

En primer lugar, deben realizarse cortes sin contraste porque la presencia de material de contraste puede ocultar un hematoma intramural sutil. Las reconstrucciones en los planos coronal, sagital y las reconstrucciones tridimensionales (3D) son muy útiles.^{7,19,21}

En los cortes sin contraste, un engrosamiento parietal con forma semilunar, excéntrica e hiperatenuada, se considera diagnóstica de HI agudo, en contraste con el patrón de varias capas de atenuación en aumento que aparece en la DA, por trombo-sis parcial o completa de la luz falsa.

Como en la DA, las calcificaciones de la intima están desplazadas hacia adentro de la luz. Sin embargo, en presencia de un HI, esas calcificaciones suelen aparecer en una configuración curvilínea, semicircular o circular, en lugar de la configuración lineal vista en presencia de un *flap* intimal.^{7,19,21}

En los cortes con contraste, la colección hemática intramural aparece como una región en forma semilunar, lisa, sin realce, que se extiende parcialmente o completamente alrededor de la luz aórtica opacificada y sin presencia de *flap* intimal. Es importante documentar el máximo diámetro aórtico, el espesor máximo axial del hematoma y los diámetros mínimo y máximo transversales de la luz aórtica a nivel del máximo espesor del hematoma intramural. Estas características son útiles para predecir la evolución de un HI. Pueden presentarse asociados derrame pericárdico o pleural y hematoma mediastinal (Figura 14).^{7,19,21,22}

La ausencia de un desgarro intimal o de una úlcera aterosclerótica penetrante es un requisito previo para el diagnóstico de HI.^{11,21}

La RM tiene sólo un uso limitado en la evaluación diagnóstica inicial debido al tiempo prolongado de examen, la incompatibilidad del campo magnético con muchos dispositivos de control necesarios

Figura 14. a) TC sin contraste que muestra un hematoma intramural hiperatenuado. b) TC con contraste del mismo paciente.

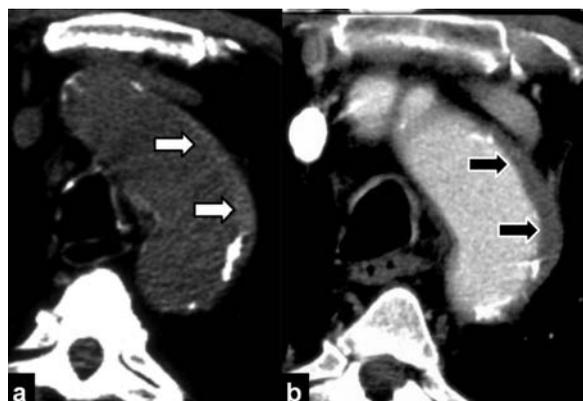
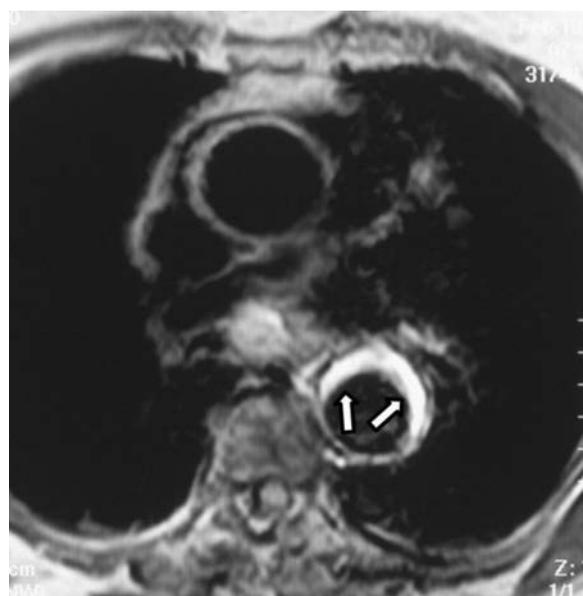


Figura 15. Un hematoma intramural hiperintenso en la RM.



en pacientes críticamente enfermos y menor disponibilidad (Figura 15).

Otras modalidades de imágenes incluyen la ETE y la angiografía. La ETE no permite la visualización de toda la aorta torácica, y la calidad del examen es operador-dependiente. La dificultad para diferenciar un HI de arteriosclerosis severa con engrosamiento de la pared focal puede producir un resultado falso positivo o equívoco. Además, la ETE es invasiva.

La angiografía sólo tiene limitada utilidad para la detección del HI. El resultado puede ser falso negativo debido a la dificultad de detectar un proceso intramural que sólo borra sutilmente la luz en imágenes obtenidas con una sola proyección.^{7,21,22}

La historia natural de una HI puede incluir períodos de estabilización, la regresión y la Resolución, o puede consistir en progresión continua. Las complicaciones pueden ocurrir en cualquier etapa de la evolución de un hematoma intramural e incluyen progresión a una disección aórtica abierta, el desarrollo de úlceras y la formación de un aneurisma de la aorta. El manejo médico, un seguimiento clínico y con imágenes pueden ser suficiente en casos seleccionados, pero debe considerarse la intervención quirúrgica en pacientes con compromiso de la aorta ascendente.^{11,22}

Úlcera aterosclerótica penetrante

Una úlcera aterosclerótica penetrante (UAP) es una lesión ulcerosa que penetra la lámina elástica y está asociada con formación de un hematoma dentro de la capa media de la pared aórtica.²³

Fue descrita como una entidad clínica y patológica definida por Stanson en 1986.²⁴

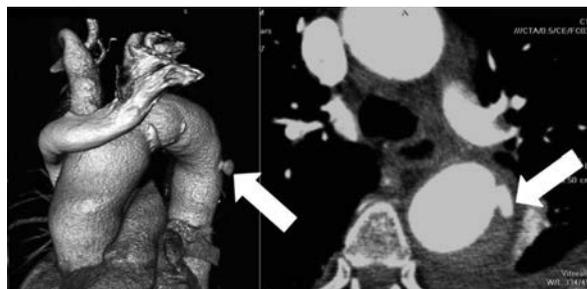
La úlcera penetrante aórtica puede causar un hematoma intramural que puede extenderse a lo largo de la capa media, o rara vez puede progresar hacia una franca disección o ruptura a través de la adventicia.⁷

A diferencia de la disección aórtica típica, las úlceras ateroscleróticas penetrantes ocurren con mayor frecuencia en pacientes ancianos con arteriosclerosis subyacente grave.¹¹

La TCMC con contraste, incluyendo reconstrucciones multiplanares, es la técnica de elección para el diagnóstico de UAP. El hallazgo característico es el de una ulceración localizada penetrando a través de la íntima en la pared aórtica usualmente en el tercio medio y distal de la porción descendente.⁷ La RM es superior a la TC en diferenciar un hematoma intramural agudo de una placa aterosclerótica y un trombo intraluminal crónico, y tiene la ventaja adicional de permitir imágenes multiplanares sin el uso de material de contraste.^{7,23}

Las úlceras ateroscleróticas pueden también ser múltiples (Figura 16). Algunas de estas úlceras pueden desarrollarse después de la extensión del hematoma, secundario al debilitamiento de la capa íntima.²³

Figura 16. Las flechas señalan una úlcera arteriosclerótica penetrante.



Aunque la mayoría de los pacientes con úlcera penetrante en la aorta descendente pueden manejarse de forma conservadora (similar a los pacientes con DA tipo B), la progresión a la formación de aneurisma, ruptura o disección ha sido reportada hasta en el 40% de los pacientes. Así, si se elige un manejo conservador, el seguimiento por imágenes es muy recomendable dentro de los primeros 30 días de la presentación.²⁴

Bibliografía

- Vilacosta I, San Roman JA. Acute aortic syndrome. *Heart* 2001;85:365-368.
- Macura KJ, Corl FM, Fishman EK, et al. Pathogenesis in acute aortic syndromes: aortic dissection, intramural hematoma, and penetrating atherosclerotic aortic ulcer. *Am J Roentgenol* 2003;181:309-316.
- Littler P, De Monye D, Murphy M, et al. Acute aortic syndromes: pathology and imaging. *Imaging* 2009;21:131-141.
- Monye W, Murphy M, Hodgson R, et al. Acute aortic syndromes: pathology and imaging. *Imaging* 2004;16:230-239.
- McMahon MA, Squirrell CA. Multidetector CT of Aortic Dissection: A Pictorial Review. *RadioGraphics* 2010;30:445-460.
- Hayter RG, Rhea JT, Small A, et al. Suspected Aortic Dissection and Other Aortic Disorders: Multi-Detector Row CT in 373 Cases in the Emergency Setting. *Radiology* 2006;238:841-852.
- Litmanovich D, Bankier AA, Cantin L, et al. CT and MRI in Diseases of the Aorta. *Am Journ Roentgenol* 2009;193:928-940.
- Patel PD, Arora RR. Pathophysiology, diagnosis, and management of aortic dissection. *Ther Adv Cardiovasc Dis* 2008;2:439-468.
- Daily PO, Trueblood HW, Stinson EB, et al. Management of acute aortic dissections. *Ann Thorac Surg* 1970;10:237-247.
- Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease: Executive Summary. *J. Am. Coll. Cardiol* 2010;55:1509-1544.
- Castañer E, Andreu M, Gallardo X, et al. CT in non-traumatic acute thoracic aortic disease: typical and atypical features and complications. *RadioGraphics* 2003;23:S93-S110.
- Tsai TT, Nienaber CA, Eagle KA. Acute Aortic Syndromes. *Circulation* 2005;112:3802-3813.
- Willoteaux S, Lions C, Gaxotte V. Imaging of aortic dissection by helical computed tomography. *Eur Radiol* 2004;14:1999-2008.
- Olin JW, Fuster V. Acute Aortic Dissection. The Need for Rapid, Accurate, and Readily Available Diagnostic Strategies. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2003;23:1721-1723.
- Halpern EJ. Triple-Rule-Out CT Angiography for Evaluation of Acute Chest Pain and Possible Acute Coronary Syndrome. *Radiology* 2009;252:332-345.

16. Shiga T, Wajima Z, Apfel CC, et al. Diagnostic Accuracy of Transesophageal Echocardiography, Helical Computed Tomography, and Magnetic Resonance Imaging for Suspected Thoracic Aortic Dissection. Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Intern Med* 2006;166:1350-1356.
17. LePage MA, Quint LE, Sonnad SS. Aortic Dissection: CT Features that Distinguish true Lumen from False Lumen. *Am J Roentgenol* 2001;177:207-211.
18. Nienaber CA, Richartz BM, Rehders T, et al. Aortic intramural haematoma: natural history and predictive factors for complications. *Heart* 2004;90:372-374.
19. Song JK. Diagnosis of aortic intramural haematoma. *Heart* 2004;90:368-371.
20. Krukenberg E. Beitrage zur frage des aneurysma dissekans. *Beitr Pathol Anat Allg Pathol* 1920;67:329-351.
21. Chao CP, Walker TG, Kalva SP. Natural History and CT Appearances of Aortic Intramural Hematoma. *Radiographics* 2009;29:791-804.
22. Nienaber CA, von Kodolitsch Y, Petersen B, et al. Intramural hemorrhage of the thoracic aorta: diagnostic and therapeutic implications. *Circulation* 1995;92:1465-1472.
23. Hayashi H, Matsuoka Y, Sakamoto I, et al. Penetrating Atherosclerotic Ulcer of the Aorta: Imaging Features and Disease Concept. *RadioGraphics* 2000;20:995-1005.
24. Stanson AW, Kazmier FJ, Hollier LH, et al. Penetrating atherosclerotic ulcers of the thoracic aorta: natural history and clinicopathologic correlations. *Ann Vasc Surg* 1986;1:15-23.

¿Qué hacer frente al riesgo de poliomielitis?

Dr Jorge Osvaldo Gorodner

*Profesor Honorario de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
Prosecretario de la Asociación Médica Argentina.*

¿Cómo se puede describir a la poliomielitis?

Es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al sistema nervioso del ser humano. También se la conoce con el nombre de “parálisis infantil” porque la padecen prioritariamente los niños. Se transmite de persona a persona por las vías respiratorias o por la vía orofecal.

¿Qué debemos saber del agente etiológico?

Se trata de un Enterovirus conocido como poliovirus. Es un virus ARN de estructura muy simple que se ubica en el tubo digestivo, infectando solo al hombre. Se han identificado tres serotipos de virus (PV1, PV2 y PV3), ligeramente diferentes. Los tres serotipos son muy virulentos. El PV1 es el más común, estrechamente relacionado con la parálisis.

A principios del siglo XX se avanzó en su conocimiento utilizando monos, a quienes se les inyectó médula espinal humana, pudiendo descubrirse de esta manera su agente etiológico viral.

¿Qué antecedentes históricos tiene la poliomielitis?

Existen antecedentes de su presencia en el mundo desde hace 3.000 años.

Fue descrita por primera vez por Jakob Heine (1840). Más tarde, en las décadas del '80 y '90, Karl Oskar Medin caracterizó la historia natural de la enfermedad y sus complicaciones neurológicas. Conociéndose la desde entonces como “Enfermedad de Heine-Medin”.

La polio comenzó a controlarse cuando John Franklin Enders (1949) logró reproducir los virus en cultivo de tejidos en laboratorio. Y a partir de ahí Jonas Edward Salk en 1955 desarrolló una vacuna con los tres serotipos de virus polio. Luego de los ensayos pertinentes, en 1954 se inició la vacunación con la vacuna inyectable de Salk.

En 1961 se autorizó a emplear una vacuna atenuada producida por Albert Bruce Sabin, en este caso administrada por vía oral (OPV), llamada también “trivalente” porque atacaba los tres tipos de virus polio. La vacuna Sabin sustituyó a la Salk.

En 1987 se autorizó en EE.UU. una nueva vacuna

inactivada (IPV), de mayor potencia y similarmente eficaz a la vacuna oral.

Clínicamente, ¿qué síntomas presenta un paciente con polio?

Puede presentarse en forma asintomática en un 90-95% de los casos y como enfermedad menor en un 4-8%; Meningitis aséptica (1-2%) y Poliomielitis parálisis (1%), con afección espinal (79% con parálisis); bulboespinal (19% con parálisis); y bulbar (2% con parálisis).

El período de incubación de la polio se estima entre 6-20 días, pudiendo ser menor o mayor.

En la mayoría de las personas es asintomática. La forma leve no se asocia con el sistema nervioso central. Puede presentar síntomas como astenia, cefaleas, dolor de garganta, fiebre, náuseas o vómitos, dolor abdominal, estreñimiento, catarro de vías aéreas, rigidez cervical, y en menor medida diarrea y dolores en las extremidades. La forma grave se encuentra asociada al compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC). Las células nerviosas destruidas no se reparan ni reemplazan, pudiendo producir una parálisis muscular permanente, que de comprometer a los centros respiratorios pone en serio riesgo la vida del paciente. En estos casos afecta al SNC por vía sanguínea, destruyendo las neuronas motoras, causando atrofia muscular y parálisis aguda flácida con deformidades. Causa inflamación de las neuronas motoras de la médula espinal y del cerebro.

Desde el punto de vista epidemiológico, ¿qué debe conocerse?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera zona libre de polio cuando han pasado tres años sin la aparición de ningún caso en esa región.

La OMS empezó su campaña para erradicar la polio en 1988, endémica en todo el mundo. Llevándose a cabo campañas masivas de vacunación, en 1994 la OMS consideró a la Región de América (36 países) libre de polio. En el 2000 hizo otro tanto con la Región del Pacífico –incluida China– (37países). En el 2002 Europa (51 Estados) fue declarada libre de polio para sus entonces 870 millones de habitantes, “el mayor logro del nuevo milenio en materia de salud pública”.

Al iniciarse la campaña en todo el mundo la polio afectaba a más de 1.000 niños por día y en el 2001 afectó a menos de 1.000 niños en todo ese año.

Correspondencia. Jorge Osvaldo Gorodner
E-mail: gorodner@hotmail.com

Actualmente hay 10 países endémicos en alerta, de los cuales, Pakistán, Camerún y Siria son los de mayor riesgo de polio salvaje en 2014; constituyendo un riesgo permanente de nuevas exportaciones de polio salvaje, Afganistán, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Irak, Israel, Nigeria, Palestina y Somalia.

Particularmente en Siria permaneció inactivo durante 14 años y acaba de resurgir.

La patología se presenta en territorios con clima templado, verano cálido o invierno poco frío.

La enfermedad en Argentina, ¿qué antecedentes tiene?

El país no estuvo exento de sufrir el flagelo de la poliomielitis, sufriendo brotes durante el siglo pasado.

En las epidemias de 1953 se registraron 2.700 pacientes y en la de 1956 la cifra fue de 6.940 enfermos.

A fines de 1950 se comenzó a usar la vacuna Salk para frenar la epidemia. Y en 1964 se dispuso de la vacuna Sabin que permitió el control y eliminación de la polio.

En 1959 se sancionó la Ley n° 15.010 de vacunación obligatoria y gratuita para los menores de 14 años y mujeres a partir del 5° mes de gestación.

El último caso de polio se registró en 1984 en Orán-Salta. A partir de ese momento no se registró polio de virus salvaje.

Al alcanzar la meta del 90% de vacunación de la población susceptible, se logró la eliminación de la polio. Las autoridades nacionales tienen como meta alcanzar y mantener la meta del 95% de cobertura en todo el país.

La vacuna Sabin oral, ¿es el mejor recurso que existe para prevenir la polio?

Las personas infectadas por el virus o inmunizadas contra la polio desarrollan una inmunidad protectora. La vacuna a emplear debe ser la que contenga los tres serotipos virales. La vacuna que se utiliza en Argentina es gratuita y obligatoria, aplicándose en todos los hospitales y centros de salud del país.

El calendario Nacional establece vacunar a los niños a los 2, 4, 6 meses; y refuerzos a los 18 meses y al Ingreso escolar a los 5-6 años.

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la polio?

Sus fortalezas están basadas en la carencia de medidas sanitarias adecuadas que intercepten las vías de transmisión del virus polio; a lo que debe añadirse carencia o insuficiente conocimiento de las elementales medidas de higiene que tiene que practicar toda la población del mundo y particularmente en las áreas comprometidas del planeta.

Otra es la resultante de una política sanitaria inadecuada, cuando no inexistente, particularmente en áreas de conflicto.

En las presentes circunstancias de alerta internacional establecida por la OMS, debido a la propagación descontrolada del virus ocasionada por parte de viajeros adultos, según estadísticas en 2013 se movi-

lizaron entre países 150 millones de personas. El 60% de los casos, a fines 2013, se produjeron por esta vía. En Asia Central de Pakistán a Afganistán; en Medio Oriente de Siria a Irak; y en África Central de Camerún a Guinea Ecuatorial, esta circunstancia constituye una situación trascendente.

Entre sus debilidades está en el triunfo que pueda lograrse eliminando los riesgos, que como lo señala la OMS son: Exposición a viajeros de países con polio; Calidad de la vigilancia epidemiológica; Cobertura de vacunación nacional y por municipio; y Condiciones de saneamiento ambiental.

A lo que debe agregarse la educación sanitaria en todos los niveles de la población, como arma sustancial para hacer frente a las vulnerabilidades del subdesarrollo.

Comentarios finales

Recuerdo que en la epidemia de 1956 el país encaró la epidemia con responsabilidad compartida entre las autoridades sanitarias, académicas y la población. Algunas de las acciones emprendidas por la población no tenían sustento científico, pero sirvieron para concientizar del importante rol comunitario para luchar contra el flagelo. Pintar los árboles con cal en la ciudad de Buenos Aires, como lo he visto hacer, no servía para matar el virus, pero sí como una de las tantas medidas higiénico-sanitarias para luchar contra la polio.

La colaboración de estudiantes de medicina en los laboratorios de virología del Instituto Nacional de Microbiología "Carlos G Malbrán", con elemental preparación, obteniendo de la materia fecal de pacientes porciones de la misma para estudios virales, fue una demostración de que todos –investigadores, médicos, bioquímicos, personal de enfermería, estudiantes, personal de maestranza- cumplían su rol con una vocación y patriotismo sin igual.

Un capítulo aparte merecen los centros asistenciales puestos a *full*: el Hospital de Enfermedades Infecciosas Francisco J. Muñiz y el Instituto de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer"; por mencionar solo a los paradigmáticos. Otra mención para los Institutos de Rehabilitación nacional y de Mar del Plata "CERENIL", en su gran tarea de recuperación y rehabilitación postpolio. Recuerdo en el Muñiz que Salas enteras estaban ocupadas por pulmotores y camas oscilantes, sin los cuales muchos pacientes se hubieran muertos por asfixia.

La Argentina en esta patología también tiene su historia. Luchemos todos para que no se repita.

Bibliografía consultada

- Cecchini E, González Ayala S, Poliomielitis, en: Gorodner JO y col. Infectología: Ed.López, 1989:101-109.
- <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Poliomielitis&oldid=73607064>.
- http://www.mswal.gov.ar/pronacdei/index.php/archivo_de_noticias/413.
- Bol.Epid. de Córdoba.n°1344-29/4/2014.
- Bol.Epid. de Córdoba.n°1347-6/5/2014.

82 años de la Colangiografía Operatoria (18 de junio de 1931-18 de junio de 2013)

Dr Alfredo Martínez Marull

Conmemorar esta fecha de la Colangiografía Operatoria es recordar la vida y obra del Prof Dr Pablo Luis Mirizzi, su creador y permanente defensor de la misma.

Quizá, como preámbulo, valga recordar aquel pensamiento de su gran amigo Gregorio Marañón: “Los hombres fuera de lo común tienen dos formas de ser ejemplares. Lo son mientras viven con el espectáculo de sus obras, pero lo son de otra manera cuando se los ve de lejos, cuando su vida se ha extinguido y queda la estela luminosa de su obra”.

Desde luego un recuerdo es intemporal porque permanece sobre ese acontecer. Pero el que hoy renace, entre nosotros, es como una paradoja porque crece a la par que se va perdiendo y, por ello, es la memoria y la gratitud quienes lo corrigen y lo mantienen permanentemente.

A Don Pablo lo conocí cuando yo era niño ya que era amigo de mi padre y compartían tareas en la 1ª Comisión Directiva de la Sociedad de Cirugía de Córdoba en 1940 donde Mirizzi fue su 1º Presidente.

A fines de 1951 ingresé a su Servicio como practicante. Allí pude apreciarlo en toda su dimensión y disfrutar de sus enseñanzas en el internado, en Sala de Operaciones, en sus clases y en su Sanatorio Privado.

Era un placer recibir sus observaciones, comentarios y reflexiones, justas, apropiadas y de una enseñanza inolvidable.

Sin dudas conocía que la paciencia permite recorrer grandes distancias y que el tesón, unido a sueños y esperanzas, como aquella del fondo de la Caja de Pandora, es la base de las sanas aspiraciones de la conquista.

Su continuo peregrinar por los grandes centros quirúrgicos del mundo le otorgaron una visión más panorámica de la vida y la sabiduría de una existencia plena dedicada a los enfermos y la cirugía, una experiencia que obligó a tutearse con la muerte para afianzar la entereza y comprender la angustia del enfermo.

El cirujano repetía: “debe tener capacidad y ética, estar al día con la ciencia médica y la cultura humanística y entender al paciente como hombre, como una existencia. No basta la ciencia y el bisturí. Hace falta amor, serenidad y conocer a fondo la costura del espíritu y la materia. Como decía Va-

lery, hay que repasar muchas veces la hoja del bisturí antes de cortar la piel recordando, paradójicamente, que lo más profundo del hombre es la piel”.

Eran tiempos de una medicina romántica, más personalizada que tecnificada; aquella medicina que Berard definía como: *Guerir parfois* (curar a veces), *Soulagner souvent* (mejorar a menudo), *Consoler toujours* (consolar siempre).

Desde 1927, en la Cátedra y Servicio de Cirugía en el Hospital Nacional de Clínicas de la UNC y en su Sanatorio Privado despliega una intensa actividad asistencial y docente, creando y desarrollando una escuela quirúrgica que prestigió a la Universidad Nacional de Córdoba.

Dentro de la diversidad de patologías que se atendían en su servicio, la de vías biliares era la más frecuente.

El hallazgo de cálculos residuales documentados en las fistulografías biliares postoperatorias, la norma de esos tiempos, le estimuló la idea de efectuar esa misma exploración radiológica durante la cirugía. Ello implicaba desarrollar técnica, instrumental, contraste para inyectar dentro de la vía biliar, equipo radiológico y personal, toda una tarea previa de experiencia para vencer los naturales obstáculos de la improvisación.

Así, el 18 de junio de 1931 realiza la “Observación *Princeps*”, como reza de puño y letra del maestro, la “primera colangiografía operatoria” en la Sra Eduwis Bustos de Jara, portadora de Hidropesía Vesicular.

Sin estrabismos ni enfoques miopes sobre la temática, fue “armando e interpretando” las imágenes colangiográficas de las distintas patologías asociadas a la vía biliar principal y las registradas en las “diapositivas de vidrio” de entonces creando así un catálogo de imágenes normales, funcionales y patológicas de la vía biliar intra y extrahepática; imágenes expuestas en transparentes dentro de las Salas de Operaciones del Servicio.

No era fácil imponer el método cuando en las distintas tribunas de la cirugía mundial y nacional se lo discutía, pero siempre mantuvo una inteligencia parsimoniosa, una prudencia medida y gran serenidad frente a críticas que, a veces, eran duras. Así fueron las de los años 1930 en adelante en la Academia Argentina de Cirugía sobre la Colangiografía Operatoria y el uso de lipiodol.

De igual modo las críticas posteriores hasta hace pocos años, sólo que Mirizzi no vivía para defenderla como le gustaba. Pero la colangiografía ya se defendía sola y se impuso no sólo por su valor intraoperatorio, sino en el pre y postoperatorio y en temas médico-legales ante las iatrogenias quirúrgicas

La cirugía, sostenía René Leriche, “es un estado del alma que tiene al riesgo como excitante y por lo tanto no es patrimonio para almas tibias o preocupadas por su tranquilidad”. Mirizzi, a su vez, repetía: “la cirugía no consiste en repetir gestos imitados o mover las manos con destreza. Cirugía es decisión operatoria, elección de la técnica y ejercicio impecable”.

La decisión operatoria es una responsabilidad no compartida. Es hacer o no hacer. *La elección de la técnica* es el traje a la medida ya que saber elegir es crear, por eso la cirugía es una “praxis creadora”.

El ejercicio impecable es la habilidad mezclada con la necesaria prudencia.

En realidad toda obra grande, en el arte como en la ciencia, es el resultado de una gran idea y fruto de la paciencia y la perseverancia tenazmente sostenida en el tiempo.

Cuando se analiza la tarea y sus publicaciones de este gran señor de la cirugía, se mide el valor de ese pensamiento.

Enseñaba dentro y fuera de la Sala de Operaciones con el ejemplo; aquél, como decía Einstein: “el ejemplo no es sólo la principal manera de influir a los demás, sino la única”.

Lo que caracteriza a un Maestro es dar y no pedir, es dar sin reglamento, sin medida, *es la generosidad y la tendencia a enseñar.*

Un Maestro, bien se ha dicho, más que cosas enseña modos; los que no enseñan modos sino simplemente cosas han perdido el tiempo y los que no aprenden modos sino simplemente cosas también han perdido el tiempo.

El Maestro, para serlo de verdad, tiene que estar por encima de los demás en su conducta, en la rectitud de su proceder y en la generosidad.

René Leriche en su libro *Filosofía de la Cirugía* habla de las *Condiciones del Jefe de Cirugía* y genialmente lo hace comentando su visita a William Halsted

y a su discípulo Dandy en 1913 en el John Hopkins. Allí, mientras Dandy le mostraba la publicación de sus primeras 50 ventriculografías cerebrales, le dice que, en realidad, el método era de su maestro Halsted y que éste le dijo: “mire, yo estoy viejo para estas cosas, úselas para Ud que recién empieza”.

Es por ello que Leriche destaca *la generosidad de Halsted y la honestidad de Dandy*, como dos grandes condiciones de un Jefe de Servicio, a las que se agregan, sin dudas, idoneidad, capacidad, trabajo, exigencia, control y la ayuda, etc, condiciones que inducen, naturalmente, a respetar esa jerarquía personal.

Hoy, a 48 años de su muerte, vale preguntarse qué produjo Mirizzi en sus 71 años de vida.

Una apretada síntesis nos dice: Creó una escuela quirúrgica, formó un grupo docente que prestigió a la UNC, pero asoma con fuerza propia su genio impulsor para el diagnóstico y tratamiento de la patología de las vías biliares intra y extrahepáticas al punto que fue en el extranjero donde se impulsó nominar a la Colangiografía Operatoria, “Mirizzigrafía”.

Finalmente, en este breve recuerdo del maestro, me permito transcribir sus palabras cuando el gobierno de Francia, a través de su embajador, lo distingue y públicamente responde:

“No tuve el privilegio de formar familia. Solo en pequeño grado se recompensa con gran actividad, competencia y trabajo intenso en pro de un protagonismo”. Pero allí suele rondar la soledad que se revierte en parte con más actividad y compartiendo los errores. Sin embargo, no puedo quejarme de nada. Todo se lo debo a mis padres, a mis maestros, a Córdoba y su Universidad”.

“La vida, dice José Ingenieros, nunca ciñe de laureles la sien de quien se ha comprometido con la rutina de su tiempo. Tardía a menudo, aunque siempre segura, suele ornar la frente de quienes han servido un ideal”.

Por ello el ideal de Mirizzi se cumple en este breve recuerdo que, al rescatar su formación humana y profesional, nos sirve hoy de ejemplo frente a la mediocridad intelectual, la mezquindad de intereses sectoriales y el accionar improvisado, conjunto de evidencias del gran fracaso social y educativo en que hemos caído y que desde luego debemos revertir.