



Revista de la Asociación Médica Argentina

I.S.S.N. 2618-3676



Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández

Edificación de 1888. En 1893 pasa a llamarse
Hospital del Norte y el 28 de octubre de 1904 se impone
el nombre del Dr. Juan Antonio Fernández,
en honor al ilustre médico salteño (1786-1855).

VOLUMEN 134

1/2021

MARZO DE 2021

1891

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “DR. JUAN A. FERNÁNDEZ”

(1786 - 1855)

Asociación Médica Argentina

La historia del Hospital Fernández, ubicado en Cerviño 3356, en el barrio de Palermo, actual Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se remonta al 14 de septiembre de 1888, cuando debido a la creciente demanda de asistencia médica para las enfermedades de transmisión sexual, la Comisión de Higiene del Concejo Municipal de la Ciudad de Buenos Aires creó el Dispensario de Salubridad con registro y Oficina de Inspección Médica para trabajadoras sexuales.

Pocos meses después (el 22 de abril de 1889) se inauguró adyacente al hospital el Sifilocomio Municipal, con el objetivo de brindar tratamiento para las enfermedades venéreas.

Con el tiempo se aumentó la capacidad asistencial, y en 1893, el Intendente Dr. Miguel Cané (1851-1905), sobre la base de la complejidad adquirida por la institución, la designó como “Hospital del Norte”.

Las mejoras edilicias y de equipamiento técnico continuaron con los años, por ello el 28 de octubre de 1904, siendo presidente de la Nación el Dr. Manuel Quintana (1835-1906), se lo incluyó oficialmente en el sistema de hospitales generales correspondientes a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, con el nombre de “Dr. Juan Antonio Fernández”. Acorde a los adelantos médicos, entre 1907 y 1910, se construyeron las salas de Cirugía, Maternidad y Pediatría, a las que, en años posteriores, se agregaron nuevas dependencias.

El 27 de abril de 1943 se inauguraron obras correspondientes a la reconstrucción edilicia y modernización del hospital, siendo presidente de la Nación el Dr. Ramón Castillo (1873-1944).



Durante las décadas del 1970 a 1990 se actualizó el equipamiento técnico-médico, de lo que resultó un hospital de creciente complejidad, que actualmente ofrece un sistema de salud pública gratuito y de excelente calidad.



Se destacan los departamentos de: Consultorios Externos, Cirugía, Materno Infanto Juvenil, Medicina, Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento, Departamento Técnico, Urgencias, Centro de Emergentología, Toxicología, Terapia Intensiva, Terapia Intermedia y Área Programática de Salud.

Es Hospital Escuela asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Reconocido por su excelencia en las áreas de asistencia, docencia e investigación, lleva el nombre del ilustre médico salteño Juan Antonio Natalio Fernández



Dr. Juan Antonio Natalio Fernández

(Salta, 1° de diciembre 1786 - Buenos Aires, 24 de septiembre de 1855), catedrático de Cirugía, Patología y Terapéutica de la Universidad de Buenos Aires y miembro fundador y primer Secretario de la Academia Nacional de Medicina (1822).

Fue el primer presidente (actualmente decano) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, nombrado por el gobernador de Buenos Aires Vicente López y Planes (1784-1856) en 1852, cargo que ejerció hasta su fallecimiento.

Prof Dra Inés Bores

Ex presidente de la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina, AMA.

Prof Dra Amalia Bores

Ex presidente de la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina, AMA.

Correo electrónico: inesbores1@gmail.com

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2021

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

(+ 54 11) 5276-1040 - info@ama-med.org.ar - 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

COMISIÓN DIRECTIVA 2019 - 2023

Presidente

Dr Miguel Ángel Galmés (16.619)

Vicepresidente

Dr Roberto Reussi (12.263)

Secretario General

Dr Carlos Mercáu (33.207)

Prosecretario

Dr Alfredo Buzzi (40.179)

Secretario de Actas

Dr Fabián Allegro (29.815)

Tesorero

Dr Vicente Gorrini (15.732)

Protesorero

Dr Miguel Ángel Falasco (30.590)

Vocales Titulares

Dr Gustavo Piantoni (13.208)

Dra Luisa Rafailovici (15.023)

Dr Ricardo Losardo (15.943)

Vocal Suplente

Dra Silvia Falasco (22.974)

Presidente de Honor: Prof Dr Elías Hurtado Hoyo (7.390)

ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA:

Dr Tomás Andrés Cortés (11.601) - Dr Bernardo Yamaguchi (23.340)
Dr Enrique Francisco E Labadie (6.268) - Dr Jorge Mercado (14.146) - Dr Hugo Pablo Sprinsky (20.953) - Dr Walter Adrián Desiderio (23.227)
Dr Luis Hilarión Flores Sienna (25.137) - Dra Analía Pedernera (14.795) - Dt Alejandro Jesús Diz (16.497)
Dr Néstor Carlos Spizzamiglio (16.929) - Dra Rosa Álvarez de Quantín (11.264) - Dr Carlos Mosca (15.076) - Dr Luis Romero (11.227)

TRIBUNAL DE HONOR

Miembros Titulares

Dr Eduardo Abbate (9.314)

Dr Ángel Alonso (10.896)

Dr Heraldo N. Donnewald (9.043)

Dr Leonardo H. Mc Lean (6.885)

Dr Víctor Pérez (5.314)

Dr Román Rostagno (9.807)

Miembros Suplentes

Dr Mario Bruno (12.357)

Dr Germán Falke (31.714)

Dr Horacio López (14.518)

Dr Daniel Lopez Rosetti (21.392)

Dr Juan José Scali (27.242)

Dra Lidia Valle (16.932)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dr Fabián Allegro (29.815)

Dra Raquel Bianchi (44.392)

Dra Liliana Rodríguez Elénico (43.589)

Dra Adriana Alfano (17.621)

Dr Eduardo Burga Montoya (35.936)

Miembros Suplentes

Dra Margarita Gaset (18.735)

Dr Alberto Lopreiato (15.535)

Dr Jaime Bortz (33.732)

Dr Leopoldo Acuña (40.023)

Dr Juan Dobon (31.633)

Dr Alberto Ferreres (16.018)

Consejo Asesor

Dra Nora Iraola (12.435)

Dr Miguel Vizakis (35.379)

Dr Juan C. García (36.953)

Asesor Letrado Honorario

Dr Carlos do Pico Mai (29.754)

Gerente Administrativo

Lic. Walter Mora Chacón

Biblioteca

Dr Rodolfo Maino (9.399)



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 134 - Nº1 - MARZO DE 2021

SUMARIO

NOTICIA SOCIETARIA	Tabaré Vázquez: médico y presidente uruguayo <i>Dres Elías Hurtado Hoyo, Ricardo Jorge Losardo, Mario Félix Bruno</i>	4
	Semblanza del Prof Dr Luis Allegro (1923-2020) <i>Prof Dra Adriana M A Alfano, Dra Liliana Rodríguez Elénico</i>	8
ARTÍCULO ORIGINAL	Muestreo de la enfermedad de Chagas en el Jujuy profundo. Patología y hábitat <i>Dres Gonzalo Nicolás, Daniel Sivila, Marcela Cardozo, Sofía Mallagray, Gustavo Bustamante Labarta, José Milei</i>	10
	Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud <i>Dres Elías Hurtado Hoyo, Ricardo Jorge Losardo, Raquel Inés Bianchi</i>	18
ACTUALIZACIÓN	Hernia de Spiegel: a propósito de un caso <i>Dres Andrés Julián Vanrell, Juan Peralta, Andrés Saez, Enrico Casco</i>	26
	La genética de los cuadros pulmonares prolongados del recién nacido y niño mayor. Un caso clínico inusitado e infrecuente. Estudios de última generación para su diagnósticos <i>Dres Eduardo R Lentini, Oliva Julio, Lic Adriana López Millán</i>	30
	Valoración del daño corporal en lesiones del pie. Problemas y propuestas para su evaluación con el baremo laboral en la Argentina <i>Dres Mariano José Tolino, Ricardo Jorge Losardo, Ana Sofía Tartaglione</i>	35

SUMMARY

NEWS SOCIETY	Tabaré Vázquez: Uruguayan doctor and president <i>Drs Elías Hurtado Hoyo, Ricardo Jorge Losardo, Mario Félix Bruno</i>	4
	Profile of Prof Dr Luis Allegro (1923-2020) <i>Prof Dr Adriana M A Alfano, Dr Liliana Rodríguez Elénico</i>	8
ORIGINAL ARTICLES	Sampling in Chagas disease in deep Jujuy. Pathology and habitat <i>Drs Gonzalo Nicolás, Daniel Sivila, Marcela Cardozo, Sofía Mallagray, Gustavo Bustamante Labarta, José Milei</i>	10
	Full and comprehensive health: a broader concept of health <i>Drs Elías Hurtado Hoyo, Ricardo Jorge Losardo, Raquel Inés Bianchi</i>	18
UPDATE	Hernia de Spiegel: about a case <i>Drs Andrés Julián Vanrell, Juan Peralta, Andrés Saez, Enrico Casco</i>	26
	The genetics of prolonged pulmonary conditions in the new-born and older child. An unusual and rare clinical case. Latest generation studies for its diagnosis <i>Drs Eduardo R Lentini, Oliva Julio, Lic Adriana López Millán</i>	30
	Rating of bodily injury in foot damage. Difficulties and proposal for its evaluation with the labor scale in Argentina <i>Drs Mariano José Tolino, Ricardo Jorge Losardo, Ana Sofía Tartaglione</i>	35

DIRECCIÓN EDITORIAL

Director

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

Subdirector

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

Comisión Revisora

Dr Miguel Ángel Falasco
Dr Juan Álvarez Rodríguez
Dr Rodolfo J Bado
Dr Alfredo E Buzzi
Dra Silvia Falasco
Dr Carlos Mercáu
Dr León Turjanski
Dra Lidia Valle

Producción Gráfica

Raúl Groizard

Corrector Literario

María Nochteff Avendaño

Diseño y Armado Digital

Alejandro Javier Sfich

Diseño y Edición Gráfica

Rolando Michel

Las fotografías fueron realizadas por el fotógrafo independiente Enrique Mourgués

Tabaré Vázquez: médico y presidente uruguayo

Dres Elías Hurtado Hoyo,¹ Ricardo Jorge Losardo,² Mario Félix Bruno³

¹ Presidente de Honor de la Asociación Médica Argentina. Miembro Asociado Extranjero de la Academia de Medicina de Francia. Ex Director General de Atención de la Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

² Presidente de la Academia Panamericana de Historia de la Medicina. Ex Director del Hospital de Oncología "María Curie", Profesor Titular, Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, USAL.

³ Expresidente de la Sociedad Argentina de Periodismo Médico (SAPEM). Expresidente de la Sociedad Argentina de Cancerología. Presidente del Comité Antitabaco de la AMA. Exjefe del Servicio de Oncología del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez".

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Con motivo del fallecimiento del Dr. Tabaré Vázquez (1940-2020), médico oncólogo y presidente uruguayo, muy relacionado con la Asociación Médica Argentina, se recuerdan algunos aspectos de su vida que esbozan la esencia y el espíritu de este referente social. De esta manera, la medicina y la política se potencian a la hora de buscar seriedad, compromiso y responsabilidad en las cuestiones sociales.

Palabras claves. Biografía, historia de la medicina, liderazgo, oncología, presidente, Uruguay, antitabaco, derechos humanos.

Tabaré Vázquez: Uruguayan doctor and president

Summary

On the occasion of the death of Dr. Tabaré Vázquez (1940-2020), Uruguayan oncologist and president, closely related to the Argentine Medical Association, some aspects of his life are remembered that outline the essence and spirit of this social reference. In this

way, medicine and politics are strengthened when seeking seriousness, commitment and responsibility in social issues.

Key words. Biographies, history of medicine, leadership, oncology, president, Uruguay, antitabacco, human rights.

El 6 de diciembre pasado amanecimos con la triste noticia del fallecimiento del querido y apreciado colega uruguayo don Tabaré Vázquez, a los 80 años de edad, quien estuvo muy relacionado a nuestra institución.

Tabaré Vázquez (17/1/1940-6/12/2020), médico y político, ejerció la presidencia de su país en dos períodos: 2005-2010 y 2015-2020.

Algunos rasgos biográficos que a continuación recordamos demuestran la esencia y el espíritu de este referente social, humilde y poseedor de un gran carisma. Aclaramos que no es motivo de estas líneas hacer una reseña de su gestión política.

Las raíces de un liderazgo natural

Nació en La Teja, un barrio obrero de Montevideo, y era de ascendencia gallega a través de sus abuelos. Los estudios primarios los cursó en la escuela pública de su barrio. La adolescencia estuvo ligada a la formación salesiana, comunidad religiosa de la Iglesia católica. Gracias a ella y a los valores y hábitos impartidos en su familia, incursionó, desde temprana edad, en la dirigencia del Club Social y Deportivo "El Arbolito", fundado en 1958.

Luego fue presidente del Club Atlético Progreso (1979-1989), un centenario club de fútbol. Su abuelo había conducido ese club en la segunda década del siglo XX y lo incorporó a la Liga Nacional de Fútbol.

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

A mediados del siglo, el Club llegó por fin a la Primera División. Siendo Tabaré presidente del Club, salió campeón de Primera División en 1989.

El Club, situado en La Teja, era un lugar de encuentro del sindicato de picapedreros, de corriente anarquista. El nombre de "Progreso" se debe a la aspiración que tenían estos individuos de buscar mejores oportunidades de vida y ascender en la escala social de su época. Ellos venían de la inmigración europea en América, fundamentalmente de España. El Club era una sede social y deportiva, centro cultural y cantina. Fueron conocidos como los "gauchos del pantanoso", lo que daba cuenta de lo precario de sus instalaciones. La Administración Nacional de Puertos (ANP) colaboró para el mejoramiento permanente de su sede.

Podemos afirmar que la vida en La Teja marcó no solo la infancia y la adolescencia de Tabaré Vázquez, sino que consolidó su personalidad en el período de la adultez. El "mundo" de La Teja fueron el alma y el corazón de nuestro recordado colega, experiencia que lo marcó para toda su vida. Por propia decisión, sus restos mortales (y los de su esposa María Auxiliadora), descansan en el mismo barrio donde nació, en el Cementerio de La Teja.

La consolidación de su liderazgo

Otra experiencia de conducción, ya de índole gubernamental, fue al ser elegido intendente de Montevideo (1990-1994), su ciudad natal, donde vivió toda su vida. Resultó ser el primer intendente de centro izquierda en la historia del país. Su buena gestión le permitió acceder tiempo después al cargo máximo gubernamental de Jefe de Estado. Así se convirtió en el primer intendente de Montevideo que llegó a la presidencia de la República.

Tabaré, de extracción humilde e imbuido en el ambiente obrero, representó al partido político "Frente Amplio" (de centro izquierda), que ya lleva 50 años de existencia. Este partido se instaló en la escena política, compartiéndola con los más tradicionales: el Colorado y el Nacional (ambos de centro derecha), con más de 180 años de vida, a través de los que lograron 35 triunfos presidenciales en la historia de Uruguay. Estos tres partidos son los que en los últimos decenios tuvieron la mayor representación en el país.

Tabaré fue el primer presidente de centro-izquierda en Uruguay, lo que demostró sus condiciones de fuerte liderazgo. Fue uno de los dos presidentes uruguayos que ejercieron el poder por dos períodos y por voto directo de la ciudadanía. Fue el presidente esperado y el presidente adecuado en las circunstancias del tiempo y lugar dados.

Tabaré Vázquez fue una persona amable y cordial, moderada y tranquila, con gran entereza y perseverancia, de una personalidad de gran firmeza, con nobles aspiraciones, poderosas convicciones y sólidos principios. Era consciente de su competencia

y de sus límites; estaba en constante aprendizaje e incorporaba nuevas experiencias para su continuo desarrollo personal.

Su familia

Su familia estuvo integrada por sus padres, Héctor Vázquez y Elena Rosas, y sus cuatro hermanos.

En cuanto a su nombre, Tabaré, recordemos que deriva del término indígena tupi-guaraní "taba-re". El sufijo "taba" significa "pueblo" o "caserío", y "re" indica "después". Es de señalar que también el escritor uruguayo Juan Zorrilla de San Martín llamó Tabaré al protagonista de su obra homónima (1886), que es considerada por los uruguayos una de sus joyas literarias. De esta manera popularizó este nombre en el país.

Su padre llevaba en la sangre el espíritu luchador de aquellos emigrantes españoles que poblaban el barrio de Las Tejas, lo que le costó el despido de su trabajo e incluso la prisión.

Tabaré, mientras cursaba los estudios secundarios, debió trabajar para ayudar al sustento de la familia, y por ello los estudios se prolongaron algunos años. Los sacrificios por una vida digna, con trabajo y honestidad, se sucedieron en las generaciones de esta familia.

A los 24 años se casó con María Auxiliadora Delgado. Tuvieron cuatro hijos, todos varones, uno de ellos adoptivo. Su mujer, fallecida en el año 2019, era sencilla, trabajadora y además activista católica. Es de destacar que el nombre de María Auxiliadora tiene una gran connotación religiosa ligada al catolicismo y popularizada por los Salesianos de Don Bosco.

Su profesión médica y su actividad política

A los 23 años ingresó en la Universidad de la República, donde se graduó de médico en 1969. Se especializó en oncología y radioterapia (1972). Fue profesor titular de Oncología en dicha universidad. A los 46 años, debutó como empresario médico al adquirir en sociedad con otros colegas, una clínica en Montevideo, dedicada a la oncología y a la radioterapia.

A los 43 años inició su carrera política en el Frente Amplio, de la mano de otro médico compatriota, José Pedro Cardoso, de gran prestigio político.

A partir de la década de 1980 continuó en paralelo estas dos actividades, la médica y la política, que desarrollaría hasta el final de su vida.

Algunas distinciones

Entre sus distinciones se destacan la de la OMS/OPS, en 2018, con su mayor galardón: Director General de la OMS, por reducir el consumo de tabaco y accionar a favor de la salud y en contra del tabaquismo; y Héroe de la Salud Pública de las Américas por la OPS, por su lucha contra el tabaco y su liderazgo en la protección y la promoción de la salud. Tuvo gran repercusión mundial el juicio que le ganó

a una poderosa tabacalera multinacional, iniciado en el 2010 y concluido en el 2016.

En el 2009, el Instituto Internacional de Derechos Humanos (IIDH) - Capítulo para las Américas lo distinguió con la Presidencia Honoraria y Vitalicia del Capítulo Uruguayo, integrando así el Consejo Superior de la entidad, por su sensibilidad en relación con los derechos humanos, el éxito en sus gestiones públicas vinculadas con la dignidad de las personas y el impulso de políticas humanitarias.

En la Asociación Médica Argentina, se destacó su presencia el 12 de marzo de 2010, cuando participó del 5º Congreso Internacional de Periodismo Médico y Temas de Salud. Además, dictó la conferencia central en el Acto Inaugural, titulada "Políticas de salud, medicina y periodismo". El 4 de abril de 2018, fue designado Presidente Ilustre de la Sociedad Argentina de Periodismo Médico (SAPEM).

En el 2013, presentó en la AMA su libro *Crónica de un mal amigo*, donde remarcó que la educación es una herramienta importante para el conocimiento del cáncer como enfermedad y una ayuda para enfrentarla y perderle así el miedo.

Figura 1. Dres. Elías Hurtado Hoyo y Tabaré Vázquez en la Asociación Médica Argentina.

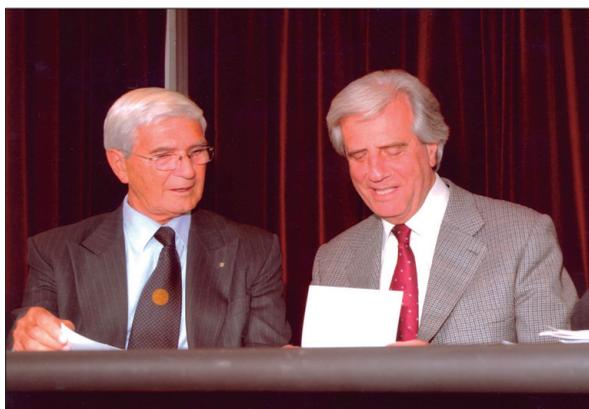


Figura 2. Dres. Mario Bruno, Tabaré Vázquez, Elías Hurtado Hoyo y Miguel Galmés, en el hall de entrada de la Asociación Médica Argentina.



Figura 3. En el salón Mariano Castex de la Asociación Médica Argentina, 2013. Dr. Mario Bruno disertando. En el estrado: Miguel Falasco, Marta Díaz, Elías Hurtado Hoyo, Tabaré Vázquez y Miguel Galmés.



Figura 4. La Dra. Carissa Etienne (Directora de OPS) y el Dr. Tabaré Vázquez en el momento en que es distinguido como Héroe de la Salud Pública de las Américas (2018).



Corolario

Tabaré Vázquez, un caballero en sus códigos de conducta, se ganó el reconocimiento, el respeto y el cariño de su pueblo y de todos aquellos que lo conocimos, trascendiendo las fronteras de su país. Su simpleza y honradez, fruto de su formación y estilo de vida, demuestran que la medicina y la política pueden potenciarse a la hora de buscar seriedad, compromiso y responsabilidad en las cuestiones sociales. El médico y político Tabaré Vázquez quedará vinculado por siempre a los hombres de pensamiento de su país y de Hispanoamérica.

Referencias

1. Bruno MF. Sociedad Argentina de Periodismo Médico: veinte años de historia. Buenos Aires, Editorial Dunken, 2013.

2. Hurtado Hoyo E. Asociación Médica Argentina. Balance de gestión 1998-2015. Rev Asoc Méd Argent 2015; 128 (4): 3-40.
3. Nota Societaria. El equipo de la salud y los periodistas son protagonistas en la prevención de enfermedades. 5º Congreso Internacional de Periodismo Médico y Temas de Salud. Rev Asoc Méd Argent 2010; 123 (2): 7-12.
4. OPS lamenta el fallecimiento del expresidente Tabaré Vázquez. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/6-12-2020-ops-lamenta-fallecimiento-expresidente-tabare-vazquez>
5. Página Web del Club Atlético Progreso: <https://www.clubatleticoprogreso.com/>
6. Página Web del Instituto Internacional de Derechos Humanos, Capítulo para las Américas. <http://iidhamerica.org/nosotros.php>
7. Reuters Staff. Obituario Tabaré Vázquez. Disponible en: <https://es.reuters.com/article/obituario-uruguay-vazquez-idESKBN28H0G3>
8. Vázquez, Tabaré: Crónica de un mal amigo. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 2013.

Semblanza del Prof. Dr. Luis Allegro (1923-2020)

Prof. Dra Adriana M. A. Alfano,¹ Dra Liliana Rodríguez Elénico²

¹ *Presidente de la Sociedad de Ética en Medicina (SEM).*

² *Abogada, mediadora, miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad de Ética en Medicina (SEM).*

“La ética se enseña con el ejemplo y se aprende con el modelo”

Luis Antonio Francisco Allegro, hijo de humildes inmigrantes italianos que se afincaron en la ciudad de Santa Fe, estudió Medicina en la Universidad del Litoral en la ciudad de Rosario, mientras trabajaba como Maestro Normal, y se graduó en 1952. Realizó el doctorado en Medicina en la misma universidad en el año 1978. Se dedicó a la Psiquiatría y a la salud mental desde el inicio de su carrera en el Hospital Centenario de Rosario. Participó en los inicios del psicoanálisis en la Argentina junto con otros colegas como Pichón Riviere, Ángel Garma, José Bleger y David Liberman, entre otros. Por tal motivo, se trasladó a la ciudad de Buenos Aires, donde se desempeñó como psicoanalista y obtuvo reconocimiento internacional, repartiendo su tiempo entre la medicina y las artes, como la pintura, la fotografía y la música.

Dentro de su especialidad fue profesor titular de Psicopatología y Psiquiatría de la Universidad de Rosario, profesor asociado de la Cátedra Psicología Evolutiva de la Universidad de Belgrano, *full member* de la International Psychoanalytic Association, psicoanalista didacta de la Asociación Psicoanalítica Argentina, miembro fundador y presidente de la Sociedad

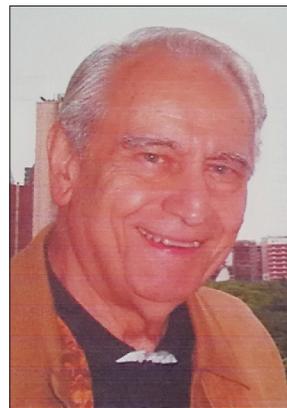
de Ética en Medicina de la Asociación Médica Argentina, y miembro del Consejo Académico de Ética en Medicina de la Academia Nacional en Medicina.

Escribió varios libros sobre su especialidad y sobre ética en medicina, numerosos artículos en revistas nacionales e internacionales y gran cantidad de contribuciones sobre las cuestiones referidas a la ética en medicina.

Como uno de los referentes innegables de la ética, el Dr. Luis Allegro aportó, a lo largo de su extensa vida, conceptos relacionados con la ética y el comportamiento humano desde su formación como médico psiquiatra y psicólogo y como profundo conocedor y estudioso de la filosofía.

Fue un incansable luchador en su tarea acerca de cómo afrontar los dilemas éticos que la medicina contemporánea plantea, de la responsabilidad del médico consigo mismo y con su paciente, de la ética de la investigación médica y de la enseñanza de la ética en su más vasto sentido.

En el año 1991, con el fin de plasmar estos conceptos en el ámbito médico y difundirlos a otros campos profesionales, cofundó la Sociedad de Ética en Medicina, de la que fue presidente hasta el año 2008. Desde ese lugar fomentó diversas actividades académicas conjuntamente con muchas sociedades científicas para concientizar el valor que la ética adquiere en todos y cada uno de los ámbitos de la salud. Para universalizar estos conceptos de inestimable valor, fue un pionero al crear la página web y la revista electrónica de la S.E.M., que se nutrían



Dr. Luis Allegro

Correspondencia. Prof Dra Adriana Alfano
Correo electrónico: adrialfano@gmail.com

de artículos propios y de otros muchos profesionales, nacionales e internacionales, para que la ética llegara a todos aquellos que aún desconocían su significado y alcance.

Su libro *Contribuciones a la Ética*, centrado en el comportamiento ético del profesional médico y del equipo de salud, es lectura obligada para todos aquellos que, al igual que el Prof. Allegro, consideran de ineludible interés la difusión y aplicación de los conceptos éticos. Al momento de su deceso se encontraba escribiendo un segundo libro.

Resultan asombrosamente actuales muchos de sus conceptos sobre la materia:

“Hay una relación dialéctica entre educación y ética. Hay una ética de la educación y una educación de la ética.

La ética se enseña ‘dando el ejemplo’ y se aprende ‘con la identificación con el modelo’. Ejemplo y modelo son dos versiones de una misma realidad: se diferencian según el punto de vista del que hace la lectura: si es del que enseña o si es del que aprende.

En el que enseña, la ética debe ser un producto ya logrado e incorporado en la forma de pensar y en el comportamiento, mientras que en el que aprende debe ser un producto a lograr. Esto, supuestamente debiera ser así, pero no lo es del todo, pues la ética no se termina de aprender nunca. Jamás se llega al producto definitivamente terminado; siempre se está en permanente adquisición. Se está dando un cambio muy importante en la ética de la medicina y en su enseñanza. La enseñanza de la medicina mantuvo durante mucho tiempo una estructura que conservó las costumbres adquiridas en sus orígenes en la Edad Media. Cada médico, dentro de su consultorio, ha mantenido una relación autoritaria con su paciente.

En la enseñanza de la medicina ocurría lo mismo. Cada cátedra ha sido un feudo; el profesor, el señor feudal y los discípulos, sus vasallos. De este modo se transmitía el conocimiento médico y el modelo ético, junto con él.

La medicina tiene una tradición ética muy antigua y noble: es el juramento hipocrático, incluido en la colección del corpus hipocrático. En él se declara que la justificación moral de la medicina es el bien del enfermo. El médico está al servicio de los mejores intereses de sus pacientes. Este es el gran principio moral del juramento hipocrático que todavía hoy se sigue practicando.

(...) Hoy la nueva moral médica se apoya en tres principios fundamentales: de autonomía, de beneficio y de justicia. Estos tres principios se constituyen hoy en las virtudes del médico. El médico virtuoso como tal (en tanto médico) debe tener un comportamiento autónomo y justo aplicado en beneficio del paciente.

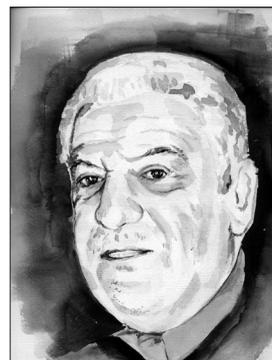
(...) Se está dando un cambio en el viejo modelo ético. La vieja ética era ‘paternalista, dogmática y autoritaria’, en la cual el paciente perdía totalmente su autonomía y el médico –como si fuera un padre– tomaba las decisiones y actuaba sin dar muchas explicaciones. Hoy, en cambio, las decisiones son compartidas entre médico y paciente. Es más, siempre que se pueda, el médico actúa como un asesor científico-profesional que ofrece al paciente todas las informaciones necesarias para que este tome sus propias decisiones. Es una ética democrática, no vertical como la anterior, que coloca en un plano de

igualdad horizontal tanto al médico como al paciente para tomar las decisiones y llevar adelante el proceso del tratamiento.”

Desde su punto de vista, el psicoanálisis y el arte nunca estuvieron disociados. En artes plásticas se formó con el maestro Juan Grela y su obra plástica se basó principalmente en retratos, que fueron concebidos como el reflejo de su observación del alma humana, y naturalezas muertas, donde capta principalmente la esencia de la captación la energía pulsante de la vida. Expuso en varios lugares de la Argentina, y también en el exterior. Debe destacarse una muestra de retratos en la Asociación Médica Argentina en julio de 2006. En los reconocimientos de los críticos destacamos las palabras del crítico de arte Luis Fernández Arroyo, con el que había forjado una gran amistad, que en la muestra dijo: “Entonces verá que no se trata de técnica, sino de un don, aquel con el que Allegro nació. Porque él tuvo sus juveniles escaramuzas con el arte, mantuvo un trato muy fructífero con un maestro reconocido por su integridad y por su espíritu libertario, pero, más allá de eso, lleva dentro de sí aquello que no se aprende en ninguna academia y con ningún maestro: el don de materializar sintéticamente la imagen de una persona, de saber hacerlo aplicando la pincelada allí donde hace estricta falta, en el lugar donde debe estar colocada, con la densidad y sutileza necesarias, y todo es de la manera –aparentemente– más sencilla, aleatoria y casi desenfadada”.

Su interés, fundamentalmente dedicado a la indagación de los misterios del ser humano y a las múltiples formas de abordaje del padecimiento, hizo que mantuviese en forma constante una actividad clínica ininterrumpida en la atención de sus pacientes hasta los últimos días de vida.

Nos dejó un legado. En nosotros está transmitirlo a las futuras generaciones.



Perez Celiz. Autor: Luis Allegro



René Favaloro. Autor: Luis Allegro



Rafael Scurri. Autor: Luis Allegro

Muestreo de la enfermedad de Chagas en el Jujuy profundo. Patología y hábitat

Dres Gonzalo Nicolás,^{1,2} Daniel Sivila, Marcela Cardozo, Sofía Mallagray, Gustavo Bustamante Labarta, José Milei²

¹ Tesista. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional.

² Profesor Emérito. Universidad de Buenos Aires. Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

En la provincia de Jujuy, entre los años 2018 y 2020 y en sus 4 zonas geográficas, se estudiaron 707 pacientes con enfermedad de Chagas crónica conocida; se evaluó su hábitat y se realizaron estudios cardiológicos para pesquisar y determinar la patología asociada. Se determinó que en el interior profundo de la provincia, persiste la vivienda rancho y se encuentran muchas necesidades básicas insatisfechas. Se utilizaron el ECG, el monitoreo electrocardiográfico de 24 h (Holter) y el ecocardiograma como métodos complementarios. A partir de la fracción de eyección ventricular izquierda se determinó que el 39,4% de esta población posee distintos grados de enfermedad, en muchos

casos estudiada por primera vez. La cifra encontrada en esta población seleccionada muestra que a casi cien años de la creación de la "Misión de Estudios de Patología Regional Argentina" en la ciudad de San Salvador de Jujuy, por el Dr. Salvador Mazza, la enfermedad de Chagas no dejó de ser un problema de salud pública, provocando innumerables gastos económicos que continúan sin una coordinación organizada entre los sectores público y privado.

Palabras claves. Chagas crónico, Jujuy chagásico, hábitat profundo jujeño, fracción de eyección.

Sampling in Chagas disease in deep Jujuy. Pathology and habitat

Summary

In the province of Jujuy, between 2018 and 2020 and in its 4 geographical areas, 707 patients with known chronic Chagas disease were studied. Their habitat was evaluated and cardiological studies were carried out to investigate and determine the associated pathology. It was determined that in the deep interior of the province, ranch housing persists and there are many unsatisfied basic needs. ECG, 24-hour electrocardiographic monitoring (Holter), and echocardiography were used as complementary methods. From the left ventricular ejection fraction, it was determined that 39.4% of this population has different degrees of disease, in many cases studied for the first time. The figure found in this selected population shows that almost one hundred years after the creation of the Mission of Studies

Correspondencia. Dr José Milei
Marcelo Torcuato de Alvear 2270 (C.P. 1122), Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: josemillei@gmail.com

of Regional Pathology Argentina, in the city of San Salvador de Jujuy by Dr. Salvador Mazza, Chagas disease did not cease to be a public health problem, causing innumerable economic expenses that continue without organized coordination between the public and private sectors.

Key words. *Chronic Chagas, Chagas Jujuy, deep Jujuy habitat, ejection fraction.*

Introducción

La vida y obra del Dr. Salvador Mazza, fructífera en investigaciones de alcance mundial, no tuvieron aplicación en pautas de salud pública preventiva, ya que las distintas enfermedades estudiadas y eventualmente posibles de erradicar continúan siendo un problema sanitario, que ya sobrepasó a América y se ha convertido en patologías de repercusión en cada lugar del mundo, subdesarrollado o no.

En la Provincia de Jujuy, después de casi 100 años de la creación de la "Misión de Estudios de Patología Regional Argentina" (MEPRA) por el Dr. Salvador Mazza,¹⁻⁴ se detectaron mediante visitas sistemáticas en pueblos del "Jujuy profundo" 707 pacientes portadores crónicos de enfermedad de Chagas Crónicos de las cuatro zonas geográficas de la provincia, mediante estudios cardiológicos y evaluación de su hábitat. Se puso especial énfasis en visitar las mismas zonas que Mazza recorriera durante las épocas de la MEPRA.¹⁻⁴

Objetivos

Los objetivos de la presente muestra fueron:

1. Evaluar la situación sanitaria y habitacional en terreno de pacientes chagásicos crónicos, previamente diagnosticados como tales.
2. Evaluar el estado cardiovascular actual de la patología chagásica crónica en estos pacientes, con exámenes clínicos y métodos complementarios necesarios; enfocándonos en la presencia de arritmias de distinta índole, según la fracción de eyección evaluada por ecocardiografía.

Material y métodos

Se incluyeron prospectivamente 707 pacientes portadores crónicos de enfermedad de Chagas, diagnosticados en la provincia de Jujuy entre diciembre de 2018 y junio de 2020, reco-

riendo sus cuatro zonas geográficas. Estas poblaciones tienen hábitats y costumbres muy diferentes, y se evaluó *in situ* esta zoonosis.

Para ello, se recorrieron vía terrestre las zonas citadas, diagramando un esquema de trabajo junto con el médico y/o agente sanitario y personal administrativo de cada pueblo visitado, y se programaron derivaciones de cada paciente chagásico al Centro de Especialidades Sur - Hospital Ing. Guillermo Snopek o al Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario, ubicados en la capital de la provincia, para realizar los estudios pertinentes. Las visitas a las distintas localidades se basó en la atención médica cardiológica-clínica, la realización de laboratorio y estudios tales como electrocardiograma (ECG), monitoreo ambulatorio ECG (Holter) de tres canales de 6 horas y ecocardiograma Doppler (en terreno, ecógrafo portátil marca Mindray y en centro de referencia ecocardiógrafo General Electric Vivid T8.).

Los pacientes de mayor complejidad fueron derivados para estudios más complejos, con turnos programados, al Servicio de Cardiología del Hospital y al sanatorio ya mencionados, repitiendo ECG, Holter de tres canales de 24 h, ecocardiograma Doppler y prueba ergométrica graduada.

En todos los casos estudiados se informó a cada paciente de la necesidad de realizar la evaluación detallada, y se obtuvo consentimiento de cada caso. El protocolo fue evaluado y aceptado por los comités de Docencia e Investigación del Hospital Ing. Guillermo Snopek y del Sanatorio Ntra. Sra. Del Rosario.

Técnicas de recolección de datos:

Los parámetros de los estudios realizados en el Centro de Referencia fueron evaluados por médicos cardiólogos y licenciados en diagnóstico por Imágenes, supervisados por la Jefatura de Servicio de Cardiología del Hospital Snopek. La variable para realizar los estudios cardiológicos con mayor profundidad la otorgaba un ECG patológico, independientemente de la edad, el sexo o el lugar de procedencia del paciente.

Resultados

El hábitat

El primer objetivo del presente estudio fue evaluar *in situ* el hábitat de cada uno de los pueblos y ciudades visitados, la calidad de vivienda y los servicios disponibles, obteniendo los resultados presentados en la Figura 1.

Figura 1.

	Servicios									
										
La Quiaca	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Cieneguillas	•	•				•	•			
Puesto grande	•	•				•				
Santa Catalina	•	•	•			•	•	•		
Timón Cruz	•	•				•				
San Juan de Oro	•	•					•			
Paicone	•	•				•		•		
Cusi-Cusi	•	•	•	•		•	•	•		
Liviara	•	•	•			•				
Orosmayo	•	•				•				
Mina Pirquitas	•	•	•			•		•		
Coyahuaima	•	•		•		•				
Coranzulí	•	•	•	•			•	•		
Lever	•	•								
Susques	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Humahuaca	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Tilcara	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Maimará	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Dpto. Capital	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Palpalá	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Perico	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
San Pedro	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
L. Gral. S. Martín	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Se puede observar en la tabla que los pueblos visitados cuentan en su mayoría con servicios esenciales. Sin embargo, los servicios observados son dis-

continuos y/o dependientes de empresas particulares. En los domicilios existe conectividad, según las posibilidades económicas.

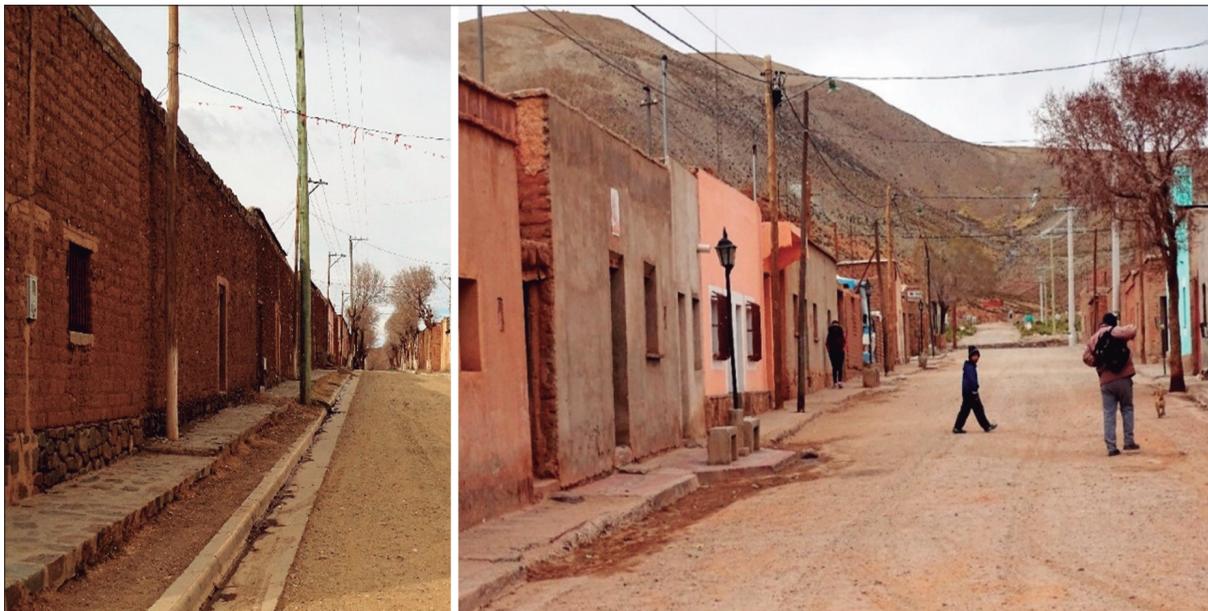
Figura 2. Pueblo de Santa Catalina.



Figura 3. Hospital de la Ciudad de Perico. Recepción de los pacientes y distribución por servicios para estudios cardiológicos.



Figura 4. Pueblo de Santa Catalina y de Coranzulí.



Como puede observarse, la construcción es principalmente de adobe (torta de barro y paja) y techos de chapa y/o adobe. Cabe destacar que este tipo de construcción es milenaria, ya que cuenta con los beneficios de tener los materiales en el lugar; son casas frescas en verano y cálidas en invierno. Otros pueblos cuentan con construcciones de materiales más modernos, aunque en muchas viviendas existen pisos de tierra o cemento alisado y sin agua potable de red.

Existen poblaciones con sistema integral de cloacas, con sistema de impulsión y planta de tratamiento de líquidos cloacales; sin embargo, mu-

chas zonas aún no cuentan con este servicio básico de salubridad pública.

Existen ciudades con gran inmigración de ciudadanos bolivianos, que vienen arrastrando su patología chagásica crónica desde su país de origen, y que, por transmisión vertical, continúan incrementando la población chagásica, ya que al no contar con un sistema de salud pública adecuada en su país deciden recibir acogida en el sistema público sanitario de nuestra provincia, donde cuentan con atención integral y gratuita para cualquier patología.

En fotos y cuadros anteriores, pueden evidenciar-

Tabla 1.

Localidades	La Quiaca	Cusi-Cusi	Susques
Servicios			
	Se accede por Ruta Nacional N° 9, asfaltada en su totalidad y transitable para todo tipo de vehículo. Y por RN 40 sentido sur-norte por camino de ripio, en buen estado.	Se accede por RN 40, desde La Quiaca en sentido norte-sur o desde Susques en sentido sur-norte; en ambos casos el acceso es de ripio y está en buen estado. El camino es sinuoso.	Se puede acceder por camino pavimentado, ya que se encuentra en la traza de la RN 52, que une Purmamarca con Antofagasta (Chile) por el Paso de Jama. Y también por RN 40 con camino de tierra desde La Quiaca.
	El agua es potable. Abastece a la totalidad del pueblo.	Agua potable de cisterna. Fallas en época de lluvias o escasez.	El agua es potable. Abastece a la totalidad del pueblo.
	Cuentan con energía eléctrica las 24 h, los 365 días del año.	Luz por tendido eléctrico provincial. Baja tensión y cortes de energía por lluvias o vientos.	La energía eléctrica funciona de 24 h, sin bajas de tensión, y abastece a todo el pueblo.
	El servicio es restringido.	Comunicación por cabina semipública.	Cuentan con teléfonos fijos. Los teléfonos móviles solo funcionan con línea de la empresa Personal.
	Posee hospital con atención de 24 h todos los días del año.	Puesto de salud, dos agentes sanitarios permanentes. Rondas medicas una vez por mes. En verano no hay médicos.	Posee hospital con atención 24 h todos los días del año.
	Pose dos estaciones de servicios de la empresa YPF, una ubicada en la entrada del pueblo y la otra en el centro.	No cuentan con estaciones de servicio.	Cuenta con dos estaciones de servicio, una de la empresa YPF, ubicada en el centro del pueblo, y otra emplazada a 3 km del lugar, perteneciente a la empresa Piave. Además tienen servicio mecánico.
	Hay diferentes empresas de colectivos que llegan desde la capital de la provincia y desde diferentes ciudades del país, como Buenos Aires, Rosario, Mendoza y Córdoba. También existe el servicio de remises.	Empresa Burgos Bus, días lunes, miércoles y viernes. Andes Norte, días lunes, martes y jueves.	Se presta servicio todos los días menos los sábados. Se puede tomar colectivo de línea o servicios alternativos privados.
	Existen dieciocho alojamientos entre hoteles, hosterías, residenciales y cabañas en funcionamiento.	En la actualidad existe un alojamiento en funcionamiento con dos habitaciones y cuatro plazas, y se prevé la habilitación de seis alojamientos a futuro, alcanzado una capacidad de once habitaciones, veintisiete plazas.	Existen cinco hosterías y un residencial en funcionamiento.

se las carencias y/o comodidades de las poblaciones visitadas, lo que muestra que en los grandes conur-

banos existen mayores posibilidades sanitarias que en los poblados con escasos habitantes.

Es de destacar el asentamiento en la zona colindante a la antigua MEPRA (Villa Angola), actual sede del Rectorado de la Universidad Nacional de

Jujuy, como otro ejemplo paradigmático de la falta de interés del sistema sanitario-político respecto de esta patología.

Figura 5. A) Pueblo de Tilquiza. Habitante típica. **B)** El medio doméstico es notablemente cercano al selvático.



Figura 6. Fotos de la M.E.P.R.A., actual Rectorado de U.N. de Jujuy, y el asentamiento de Villa Angola.



Recolección de datos clínicos

En la segunda etapa se analizó la recolección de datos, para determinar los pasos a seguir, tomando como base el Hospital Guillermo Snopek.

Del total de 707 pacientes chagásicos estudiados, se hallaron 276 (39,04%) con Chagas crónico con patología demostrada; 431 eran de sexo femenino y 276 masculino, presentando cardiopatía atribuible a enfermedad de Chagas 170 mujeres y 106 varones.

a) Hallazgos electrocardiográficos y Holter de 3 canales de 6 y 24 h:

Los pacientes con alteraciones atribuidas a la enfermedad de Chagas, 276 pacientes (39,04%), se distribuyeron según su patología en:

1. Bradicardia sinusal no asociada a trastornos intraventriculares: 126 pacientes (45,65%);
2. Bradicardia sinusal con asociación a trastornos intraventriculares: 43 pacientes (15,60%);

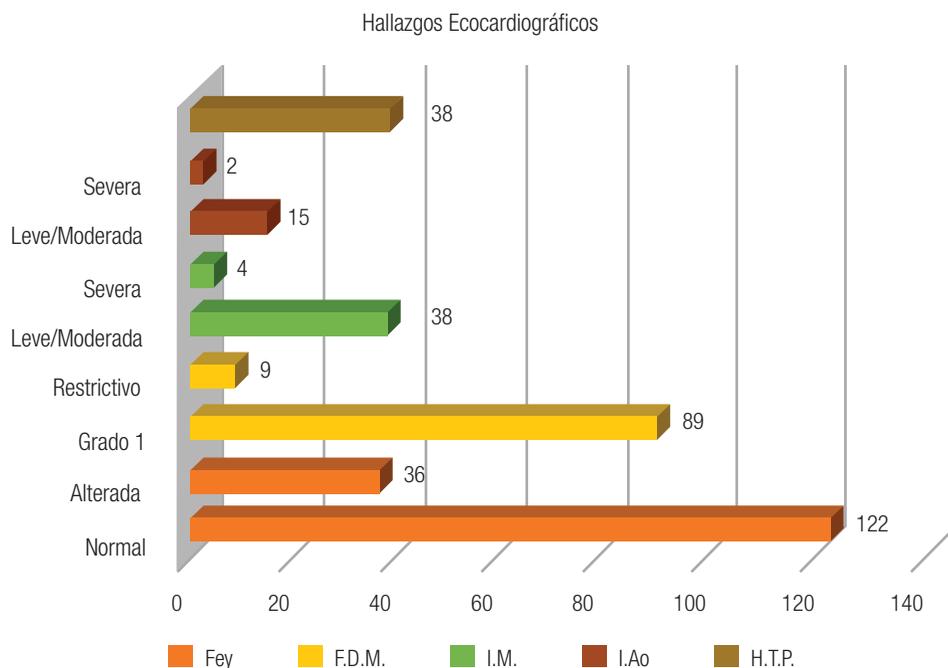
3. Bradicardia sinusal asociada a bloqueo de rama derecha: 33 pacientes (11,96%);
4. Bradicardia sinusal asociada a bloqueo de rama izquierda: 10 pacientes (3,62%);
5. Bloqueo de rama derecha (completo e incompleto): 57 pacientes (20,65%);
6. Hemibloqueo anterior izquierdo (sumado con HBAIHH incompleto) 53 pacientes (19,20%);
7. Bloqueo de rama izquierda (completo e incompleto): 17 pacientes (6,16%);
8. Extrasístoles ventriculares monomorfas y polimorfas: 28 pacientes (10,14%);
9. Extrasístoles auriculares: 32 pacientes (11,59%);
10. Fibrilación auricular permanente: 24 pacientes (8,70%);
11. Bloqueo AV Completo: 7 pacientes (2,54%) y
12. Pausas mayores a 2,0 mseg: 18 pacientes (6,52%).

b) Hallazgos de ecocardiograma doppler color:

Se realizaron un total de 158 estudios, con los siguientes hallazgos:

1. Función sistólica alterada en 36 pacientes (22,78%);
2. Ecocardiograma con disfunción diastólica grado 1: 89 pacientes (56,33%);
3. Ecocardiograma con patrón restrictivo de flujo diastólico mitral: 9 (5,70%);
4. Insuficiencia mitral leve a moderada: 38 pacientes (24%);
5. Insuficiencia mitral severa: 4 pacientes (2,53%);
6. Insuficiencia aórtica leve a moderada: 15 pacientes (9,49%);
7. Insuficiencia aórtica severa: 2 pacientes (1,27%) y
8. Disfunción V.D. con P.S.A.P aumentada: 38 pacientes (24%).

Figura 7. Hallazgos ecocardiográficos.



c) Hallazgos de prueba ergométrica graduada:

Se realizó prueba ergométrica graduada con bicicleta en 158 pacientes, obteniéndose los siguientes resultados:

1. Prueba submáxima suficiente: 116 pacientes (73,42%).
2. Prueba insuficiente: 42 pacientes (26,58%).
3. Prueba suficiente con trastornos del segmento ST-T y/o arritmias: 43 pacientes (37,1%).
4. Prueba suficiente normal: 73 pacientes (62,9%).

d) Correlación de los diferentes estudios:

1. Los pacientes sin patología cardíaca crónica demostrable en E.C.G no poseen alteraciones significativas en estudios cardíológicos más complejos, tales como ecocardiograma doppler, Holter de 24 h y prueba ergométrica, que son normales o con cambios no significativos.

2. Los pacientes con E.C.G. patológico y fracción de eyección normal (evaluada por Simpson como mayor a 55%) tienen patología leve en Holter de 24 h, interpretadas como extrasistolia mo-

nomorfa ventricular o supraventricular y realizan ergometrías submáximas normales.

3. Los pacientes con E.C.G. patológico y fracción de eyección disminuida por igual método tienen patología moderada a severa asociada en ecocardiografía doppler, arritmias complejas en Holter de 24 h y pruebas ergométricas insuficientes o patológicas.

e) Pacientes que requirieron atención/derivación inmediatas:

- Aneurisma apical de ventrículo izquierdo: 4 pacientes (1,45%).
- Insuficiencia cardíaca crónica descompensada: 3 pacientes (1,09%).
- Miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica del VI asintomática: 4 pacientes (1,45%).
- Pacientes derivados e internados a Hospital Pablo Soria (mayor centro hospitalario de Jujuy): 7 pacientes (2,54%).
- Fibrilaciones auriculares permanentes y auto-limitadas: 36 pacientes (8,35%).
- Pausas mayores a 2,0 mseg: 18 pacientes (4,18%).
- Pacientes que requirieron colocación de marcapasos definitivo: 23 pacientes (5,34%).

Conclusiones

1. A pesar de tratarse de una muestra de pacientes voluntarios chagásicos crónicos, realizada en zona rural y con las posibilidades tecnológicas limitadas, se establece en esta muestra de 707 pacientes que el 39% tiene patología sin una vigilancia cardiológica adecuada y, por lo tanto, sin tratamiento.

2. La gran mayoría de los pacientes accedieron a este tipo de estudios por primera vez en su vida, por no contar con recursos económicos o no tener especialistas en sus lugares de morada.

3. Se debe concientizar a estudiantes de medicina, profesionales médicos y personal de salud acerca de la alta prevalencia de enfermedad de Chagas y del alto porcentaje de pacientes con patología cardiovascular, que representan un enorme gasto para la salud pública, para cuestiones de índole laboral además de innumerables dificultades para la población enferma.

4. El deterioro de la calidad de vida es en muchos casos evitable, si se llevaran a cabo los tratamientos y las medidas de prevención y promoción adecuados.

5. Se deberían aunar y centralizar, en un único programa nacional público-privado, todas las partidas económicas y esfuerzos aislados, con el único objetivo primordial de ayudar a la enorme cantidad de enfermos que se encuentran sin atención médica adecuada, por continuar siendo, esta, una enfermedad de la vergüenza.

Recursos financieros. Los autores recibieron ayuda económica del Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy y recursos propios para la obtención de la muestra.

Conflictos de Intereses. Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Cornejo A. Vida y obra de Salvador Mazza. *Semana Médica*. 1956;108:843-56.
2. Ivern A. Vida y obra de Salvador Mazza, Historia de una epopeya científica. Argentina. Imprenta Universidad Nacional de Rosario. Páginas 1-115.
3. Jörg M, Storino M, Barisani JL. 2002. La Enfermedad de Chagas en el siglo XXI: Consenso para una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Cardiología*. 2002;70(suplemento 1):10-85.
4. Sánchez NI, Pérgola F, Di Vietro MT. Salvador Mazza y el Archivo "perdido" de la Mepra, Argentina, 1926-1946. Edit. El Guión 2010: 1-195.

Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud

Dres Elías Hurtado Hoyo,¹ Ricardo Jorge Losardo,² Raquel Inés Bianchi³

¹ Presidente de Honor de la Asociación Médica Argentina. Presidente del Centenario del Rotary Club de Buenos Aires y del Rotarismo Argentino. Miembro Asociado Extranjero de la Academia Francesa de Medicina.

² Miembro Honorario Nacional de la Asociación Médica Argentina. Magister en Salud Pública. Profesor Titular, Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL).

³ Médica especialista en Psiquiatría. Presidente de la Sociedad Argentina de Salud y Espiritualidad (AMA).

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

“Los seres humanos poseemos la vida para vivir bien”.

Sócrates

Resumen

Se analizan algunos de los cambios socio-político-culturales y filosóficos acontecidos desde la definición de **salud** por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, y que generan la necesidad de ampliarla. La clara y concreta definición propuesta por la OMS ha mantenido su relevancia hasta la fecha, y facilitó plantear los objetivos para abordar con responsabilidad la atención de la salud de las diversas comunidades. Estando, en esa época, las acciones dirigidas preferentemente hacia las enfermedades, se incorporó la necesidad de ocuparse también del hombre sano para que no se enferme. En ese largo período se ha visualizado y jerarquizado la importancia de todo lo atinente al hábitat en que transcurre la existencia de los seres vivos. Otro de los temas de trascendencia, que resurgió de la historia, es la influencia de la espiritualidad sobre la salud, englobando en ella todo lo referido a lo intelectual y a lo religioso. Aceptando la definición de la OMS como base, por haber superado la prueba del tiempo, consideramos que debe ampliarse para incluir lo ambiental y lo espiritual. La definición de **salud plena e integral** que se propone es la siguiente: “La salud es un estado de completo bienestar físico,

mental, social, **ambiental y espiritual**; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Palabras claves. Salud, medioambiente, espiritualidad.

Full and comprehensive health: a broader concept of health

Summary

Some of the socio-political-cultural and philosophical changes that have occurred since the definition of **health** by the World Organization Health WHO in 1948 are analyzed, and which generate the need to expand it. It's clear and concrete conception has maintained its relevance to date, and facilitated the establishment of objectives to responsibly approach the health care of the various communities. Being, at that time, the actions directed preferentially towards diseases, it is incorporated the need to also take care of the healthy man so that we do not get sick. In that long period, the importance of everything related to the habitat in which the existence of living beings occurs has been visualized and ranked. Another of the important issues, which reappeared from history, is the influence of spirituality on health, encompassing everything related to intellectual and religion. Accepting the definition of the WHO as a basis, for having passed the test of time, we consider that it should be expanded to include the environmental and the spiritual. The definition of **full and comprehensive health** that is proposed is the following: “Health is a state of complete physical, mental, social, **environmental and spiritual** well-being; and not only the absence of diseases or illnesses”.

Key words. Health, environment, spirituality.

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

Introducción

El concepto de salud, si bien siempre se relacionó con el modelo de la atención médica, fue variando con el tiempo. Desde los mismos orígenes de la medicina, desde la Antigüedad hasta mediados del siglo XX, mantuvo características parecidas. La salud, inicialmente enfocada de manera puntual en la enfermedad del ser humano, fue ampliando sus horizontes y cambiando su actitud, desde aquel tradicional binomio médico-paciente, que se destacó, entre otras conductas, por su apreciado paternalismo.

A partir de la mitad del siglo pasado se produjeron en el mundo una serie de cambios socio-político-culturales y filosóficos, que motivan en la actualidad la necesidad de ampliar el concepto de salud.

Desarrollo. Exposición de enunciados y de la problemática

En el lenguaje coloquial, “salud” y “enfermedad” son dos términos contrapuestos cuyo significado no parece plantear problemas. En cuanto a la idea de salud no puede reducirse al antiguo enunciado por la negativa:²⁴ “Salud es ausencia de enfermedad”. Esta primera definición ha quedado obsoleta. Con un fin superador, la OMS involucró aspectos físicos, psíquicos y sociales. Luego, se incorporó también lo relacionado con el medioambiente, o lo ambiental, es decir, el hábitat del individuo, con un concepto ecológico. Finalmente, se introdujo en la definición de salud lo espiritual como “fuerza vital”, incluyendo en este término lo referente a lo cultural y a lo religioso. En cuanto a lo cultural es lo que originalmente se entiende por este término: la cultivación del alma o de la mente. La pretensión es lograr una mayor calidad de vida y un mayor bienestar que se traduzcan en una vida digna con “salud plena”.

Destacamos el concepto de salud como “un estado armónico de las funciones biológicas del ser humano”, como también la necesaria e íntima “interrelación extensiva”⁸ del individuo con el mundo que habita y lo rodea. Esta idea genera necesariamente una “integración” entre ambos, como un compromiso de toda la sociedad.

La destrucción del ser humano y de su hábitat, situaciones que están presentes en la milenaria historia de las civilizaciones, hoy continúan en una escala progresiva que pone en riesgo la salud del planeta. Estamos viviendo una lucha entre la autodestrucción y la autoconservación de la especie humana. La ética social jugará un papel preponderante en el resultado de esta contienda. Detrás de ella, la seguirán la ética ambiental, la ética médica, la ética religiosa, etc. La ilusión de vivir en la Tierra en forma pacífica y dirimir las diferencias a través del diálogo y del consenso, potenciando una “paz duradera”, sigue siendo un desafío para evitar la autodestrucción del ser humano y su hábitat.^{5, 11, 14, 15}

El panorama actual es tan complejo que es necesaria la confluencia de todas las ramas del pensa-

miento humano, dado que hoy comprendemos más que nunca que la enfermedad es multifactorial. No hay duda de la responsabilidad que tiene el conjunto de la sociedad a la hora de lograr este, cada vez más, delicado equilibrio.

Creemos que, para comprender este concepto más amplio de salud, debemos ir más allá de las consideraciones estrictamente científicas, para internarnos en considerandos filosóficos que nos acercan a los enigmas más profundos de la esencia del ser humano en su condición de tal.⁵ Las reflexiones mediante las cuales el ser humano trata de dar explicación a su propio origen y existencia, para aspirar no solo a una vida sana corporalmente, sino también a mejores.

A continuación, repasaremos aquellos hechos o episodios históricos que, a nuestro criterio, quedaron como “hitos” principales generadores de un concepto implícito de salud más amplio, al que proponemos denominar “salud plena e integral”.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición de salud

Algunos meses después de la finalización de la Segunda Guerra Mundial, se creó, el 24 de octubre de 1945, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (Figura 1). Fue el resultado del análisis de distintos grupos de intelectuales de diferentes países que reflexionaron sobre el modo de vida de entonces y cómo debía seguirse. Una de sus primeras decisiones fue fundar la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 7 de abril de 1948. Esta medida fue previamente refrendada y adoptada por los representantes de los 61 Estados en la Conferencia Sanitaria Internacional, realizada el 22 de julio de 1946 en Nueva York. Desde el punto de vista histórico, tengamos presente que nuestro continente fue pionero en este tipo de iniciativas ya que la Organización Panamericana de la Salud se creó en Washington D.C., EE. UU., el 2 de diciembre de 1902.

Figura 1. El Presidente de EE. UU., Harry Truman, en la conferencia fundacional de la Naciones Unidas, en San Francisco (California), 1945.



En el preámbulo de su constitución la OMS estableció que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁸ Dicho concepto tuvo la primera ampliación en 1992 al agregar “y en armonía con el medioambiente”.⁴ Esto fortaleció la defensa de lo ecológico, asumida por muchos movimientos sociales para la evolución armónica de los pueblos.¹⁵

Independientemente de la esfera afectada (física y/o mental) de la persona y de la causa agresora, la alteración repercute en su “dimensión existencial”, reconociendo así la interdependencia ‘extensiva’⁸ que caracteriza a los seres humanos entre sí y con su hábitat. La vida transcurre en una permanente “integración hombre-hábitat”.

Debemos reconocer que el estado de salud completo es generalmente excepcional. La mayoría de las personas consideradas “sanas” padecen alguna disfunción, aunque sea mínima, que, si bien no perturba su accionar cotidiano, está presente. Por ello, es preferible hablar de “salud relativa” como el estado normal de las personas no enfermas.¹³

Declaración Universal de los Derechos Humanos. La salud como derecho

Otro de los desafíos asumidos por la ONU, de gran repercusión histórica, fue tratar de definir los límites aceptables para una convivencia pacífica entre los hombres y los pueblos. La conducción de esa misión fue delegada en Anna Eleanor Roosevelt (Figura 2). Esta convocatoria, de alta relevancia internacional, concluyó el 10 de diciembre de 1948 con la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” (DH),^{15, 19} que resaltó los conceptos de igualdad y justicia, de globalización y de horizontalidad, de las relaciones humanas.

Figura 2. Eleanor Roosevelt (1884-1962). Escritora, activista de derechos humanos, diplomática y política.



En su artículo 1º jerarquiza, para que no queden dudas, el “Principio de Igualdad”, al definir que los DD. HH. son inherentes a todos los seres humanos sin discriminación alguna de nacionalidad, sexo,

origen étnico, color, religión, lengua, lugar de residencia, o cualquier otra condición (Figura 3). Los DD. HH. están relacionados entre sí y son interdependientes e indivisibles. Han sido clasificados de diversas maneras, según su aparición cronológica o por el reconocimiento del orden jurídico normativo de cada país.

Figura 3. El lema de la Revolución francesa (1789): “libertad, igualdad y fraternidad” inspiró la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano.



Se contemplan: a) los civiles y políticos (denominados de 1ª generación): referidos a las libertades clásicas, como el derecho a la vida, la igualdad ante la ley y la libertad de expresión; b) los económicos, sociales y culturales (de 2ª generación), como el derecho al trabajo, la alimentación, la seguridad social, la **salud** y la educación; y c) los derechos colectivos (de 3ª generación), relacionados con la libre determinación. Estos últimos son reconocidos como los derechos de los pueblos. Posteriormente, se incorporaron los derechos a la protección y asistencia de

los menores y de la familia, a la vivienda, y otros. La Argentina los incorporó en la reforma de la Constitución de 1949.

El reconocimiento que da la ONU a los DD. HH. no obvia la valoración tácita que implica aceptar también las “obligaciones o deberes o reglas” que se adquieren por el simple hecho de convivir en sociedad.

El “Principio de universalidad” es la piedra angular del derecho internacional, ratificado por numerosos convenios y resoluciones. Los DD. HH. deben estar contemplados en la ley y garantizados por ella. Establecen las obligaciones que tienen los gobiernos de respetarlos, promoverlos y/o protegerlos. Se destacan: **a)** no interferir en el disfrute de los derechos, **b)** impedir los abusos contra los individuos y grupos, **c)** adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los DD. HH. básicos. En lo individual, debemos hacer respetar nuestros DD. HH., como también los de los demás. La privación de un derecho afecta negativamente a los otros derechos. Los DD. HH. se consideran “inalienables”. Solo puede restringirse el “derecho a la libertad” si un tribunal de justicia, luego de cumplir las debidas garantías procesales, dictamina que una persona es culpable de haber cometido un delito, y nunca antes.

Concilio Vaticano II. Libertad religiosa y de conciencia

Uno de los sucesos de mayor trascendencia en el mundo occidental sobre las relaciones entre las distintas comunidades ha sido la convocatoria de la Iglesia Católica a través del Concilio Vaticano II. Anunciado en 1959 por el Papa Juan XXIII, se inició en 1962 y concluyó en 1965, con el Papa Pablo VI, y se desarrolló en cuatro sesiones (Figura 4). Dentro de los temas tratados por el Concilio estuvo el abordaje del ecumenismo interreligioso, el cual concluyó con la “Declaración sobre libertad religiosa”, que reconoce al otro como un hermano y no como un enemigo.

Figura 4. Concilio Vaticano II (1962-1965). Segunda sesión en 1963.

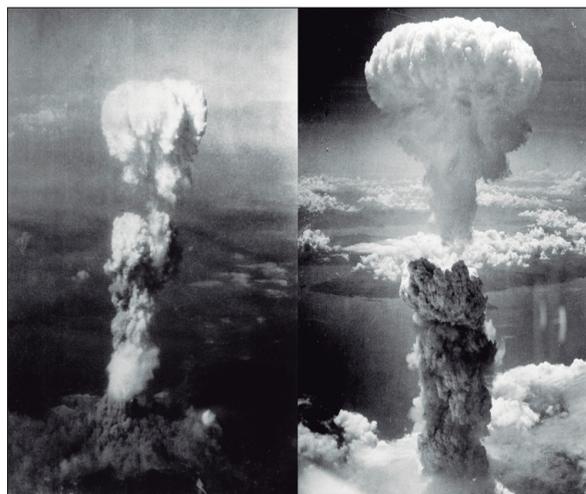


También jerarquizó el “Principio de libertad de conciencia”, que permite a cada persona actuar según sus principios religiosos y sus valores ético-morales frente a las diversas y crecientes situaciones de disenso que se producen por el solo hecho de convivir en la sociedad.⁹ Este principio toma relevancia social en los casos en los que se obliga al médico a actuar contra su conciencia y su formación.

Bioética. Principios de autonomía y de justicia

La ciencia fue considerada éticamente neutra respecto de diversos temas, desde los bombardeos atómicos de Hiroshima y Nagasaki (Figura 5) hasta el Holocausto de la Segunda Guerra Mundial (los campos de concentración, los experimentos médicos con los prisioneros, hechos contra la integridad y la dignidad de las personas).

Figura 5. Ataques nucleares de Hiroshima y Nagasaki, 6 y 9 de agosto de 1945. Fin de la Segunda Guerra Mundial. Saldo 250.000 muertes, aproximadamente.



Estos episodios hicieron comprender que las implicancias derivadas de las innovaciones y los aportes científicos podían ser funestos para la humanidad, por sus efectos deletéreos directos sobre el ser humano o por el daño causado a la naturaleza. Asimismo, los múltiples avances biotecnológicos plantearon grandes polémicas ético-morales por sus desviaciones al ser aplicados.¹¹

Luego de diversos planteos, Van Rensselaer Potter (1911-2001) (Figura 6) introdujo, en 1970, el término *bioética*.^{21, 22} Resumió el pensamiento de la época entre lo que la **ciencia** puede hacer y lo que la **especie humana** debe hacer, con un sentido de autoconservación. Significó un puente entre la ciencia y el humano, en la necesidad de buscar un punto de equilibrio. La bioética, al no dejarse reducir a la ética ni a la moral, ni al derecho ni a la política, generó un nuevo enfoque, que se impuso en la sociedad y consiguió una identidad propia.

Figura 6. Van Rensselaer Potter. Bioquímico y profesor de oncología.



La bioética inicial, la de los principios o puente, estuvo dirigida a humanizar la medicina en todas sus prácticas. Se impusieron los conceptos de calidad de vida, de muerte digna, de desencarnamiento terapéutico, entre otros.^{4, 13}

En el terreno asistencial tomó relevancia el "Principio de autonomía", muy bien reflejado en la "Declaración de los Derechos de los Enfermos",¹⁷ presentada el 6 de febrero de 1973 por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales. Allí se pone un claro límite a las actitudes verticalistas y autoritarias de épocas pasadas por parte de algunos miembros y/o escuelas del equipo de salud.

El mismo Potter, en 1988, introdujo el concepto de *bioética global*.²³ Incorporó, a través de los años, la ética médica ambiental, la ética social y la religiosa. Quitó al ejercicio profesional la dimensión clásica de ser un compromiso entre dos (médico-paciente), para ampliar el escenario y los actores. De "bipersonal" se convirtió en "pluripersonal", pues interviene ahora la comunidad. Así, la "ética individual" se transformó en "ética social".

Alastair Campbell (n. 1957), en 1998, propuso la *bioética crítica o profunda*, con un enfoque global y colectivo, socialmente comprometida.³ Esta acepta la interdependencia con la biodiversidad, que implica respetar las comunidades de otras criaturas vivas. Se jerarquiza e impone el "Principio de justicia".

Un párrafo aparte merece Fritz Jahr (1895-1953), quien, en 1927, en la editorial de una revista alemana de ciencias naturales, mencionó por primera vez el término *bio-ethik*,¹⁶ siendo un concepto innovador para su época a pesar de que no tuvo entonces repercusión científica.

La bioética, disciplina de raíz filosófica y expresión laica del pensamiento, está dando pautas que

ya las grandes religiones tienen como postulados.¹⁰ La bioética le habla a la ciencia tratando de poner orden en su evolución, mientras las religiones tratan de poner orden en la vida espiritual de las personas y en la evolución de los pueblos. Todas las organizaciones humanas, independientemente de sus actividades específicas, deberían además actuar como bastiones morales en la comunidad.

Atención Primaria de la Salud. Medicina preventiva

En 1978, la OMS y la UNICEF, en Alma-Ata, capital de Kazajistán, ex URSS, dieron a conocer una Declaración con una meta: "Salud para todos en el año 2000", con un enfoque socio-económico, que el tiempo demostró que fue demasiado ambiciosa, ya que no pudo cumplirse (Figura 7). Con ese objetivo se propuso la estrategia de la "Atención Primaria de la Salud (APS)",²⁰ la que se definió como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación".¹ Constituye, actualmente, el núcleo principal del sistema de salud.

Figura 7. Reunión internacional de Alma-Ata (Kazajistán, ex URSS), realizada entre el 6 y el 12 de setiembre de 1978.



Las actitudes se orientan a optimizar la utilización eficaz de los recursos de salud, como ser: la prevención y la promoción, la planificación estratégica, la cobertura y la accesibilidad para la totalidad de la población, la tecnología apropiada, la utilización de todos los recursos humanos, la integración en una red de servicios, la participación comunitaria en las decisiones estratégicas, y la descentralización administrativa como criterio operativo del sistema. Los atributos básicos que marcan su calidad y eficiencia son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad.

Dentro de esta estructura sanitaria se privilegia la *medicina preventiva*, y se le otorga jerarquía propia. La prevención (del latín *praeventio*) es la acción anticipada para que un perjuicio eventual no se concrete. La noción se asocia al cuidado o a la precaución.¹ Contempla tres posibilidades con relación al estado de salud o enfermedad de la persona o de los pueblos: primaria, secundaria y terciaria.

A la prevención primaria (prevención y promoción de la salud) le corresponde programar acciones dirigidas para que el “hombre sano” no se enferme, tales como la vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, campañas antitabaco y contra el alcohol, lucha contra las drogas, cinturón de seguridad en los vehículos, cama solar, educación sanitaria, actividad física, higiene alimentaria, etc. En otro orden de valores, uno de los factores de mayor relevancia para la prevención de la salud es el respeto de los DD. HH. Por ello, todos los DD. HH. deben incluirse en la Atención Primaria de la Salud (APS). Es más, todos los niveles educativos deberían incorporar en sus currícula los DD. HH., para su estudio, análisis y valoración, a través de las distintas etapas formativas de la vida, para que nadie se considere excluido de ellos, y para que nadie se los apropie.

Las otras dos prevenciones están dirigidas al “hombre enfermo” y engloban todas las medidas que se toman para que recupere su estado de salud y se rehabilite lo más rápido y completamente posible. La prevención secundaria está planificada para detectar la enfermedad en estadios precoces, permitiendo establecer medidas oportunas que puedan curarlas o impedir su progreso (diagnóstico y tratamiento). La prevención terciaria comprende las medidas orientadas a la rehabilitación global del paciente, buscando obtener la mejor calidad de vida.

Recientemente, se ha definido como *prevención cuaternaria* a las actitudes que se toman para atenuar o evitar las recaídas y/o las consecuencias de las maniobras innecesarias o excesivas del sistema sanitario (seguridad del paciente y error médico). También en línea con este razonamiento surgen la concepción de las ciudades saludables y sustentables, los hospitales verdes y otras iniciativas relacionadas.

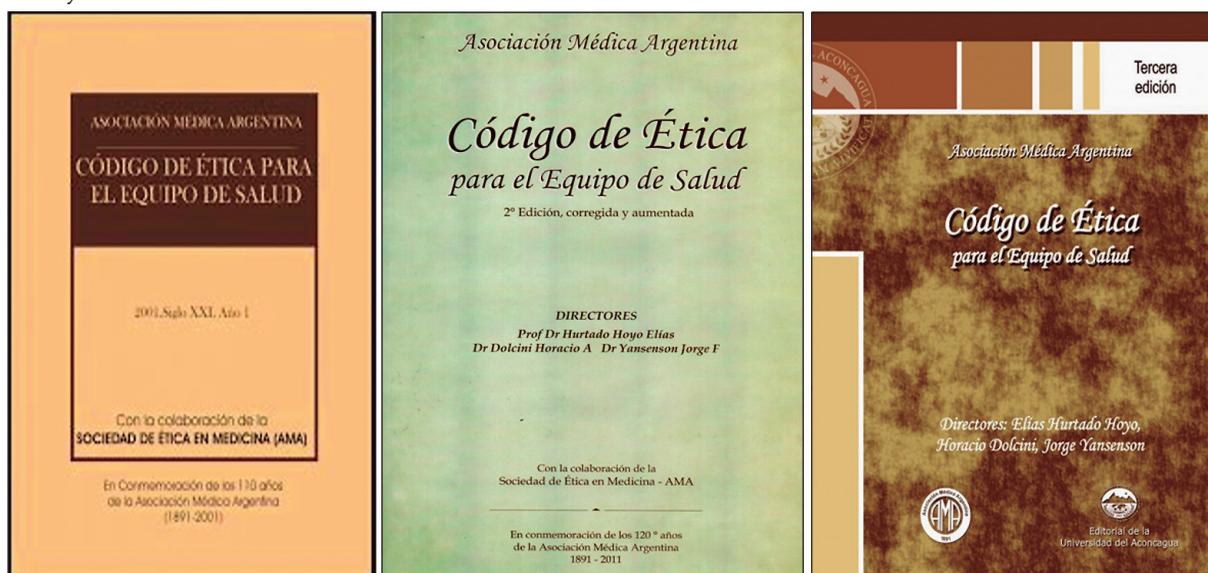
Debemos resaltar que el mayor aporte para la defensa de la salud de las personas, de los pueblos y del planeta en general es el derecho a la libertad. A partir de él podremos construir los otros valores que hacen a la estabilidad físico-psico-social, ambiental y espiritual que implica la salud.

Ética en salud. Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina

En la era de las sociedades del conocimiento, tienen lugar y se profundizan en forma vertiginosa los cambios que las ciencias y la vida cotidiana plantean. La nueva biociencia, con el genoma y las células madres, la nano-ciencia, la informática y las redes, entre otras, provocan situaciones que es necesario encauzar éticamente desde un principio.

La Asociación Médica Argentina (AMA) aportó en este contexto el “Código de Ética para el Equipo de Salud” (Figura 8). Gracias al amplio contenido de los temas abordados, logró una alta repercusión en pocos años, no solo en el área de las ciencias médicas sino también en el mundo del derecho.^{13, 15} El Código de ética fue traducido al alemán, árabe, checo, chino, francés, griego, hebreo, holandés, inglés, italiano, japonés, portugués y ruso, lo que demuestra su interés a nivel internacional. Desde un pensamiento laico, contiene todos los puntos de debate actual que ofrece la ciencia médica. Este código tuvo su

Figura 8. Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina. Las tres ediciones, de 2001, 2011 y 2016. Traducido a varios idiomas.



primera edición en 2001 y dos actualizaciones, en el 2011 y 2016, que constituyeron la segunda y tercera ediciones; esta última editada por la Universidad del Aconagua, Mendoza. En el prólogo y en la introducción se señala que el contenido involucra y compromete no solo a todos los integrantes del equipo de salud, sino también a toda la comunidad, estableciendo que “la salud es responsabilidad de todos”, pero que deben considerarse diferentes niveles en una “cascada de responsabilidades en salud”.^{7, 13} A mayor jerarquía del rol que desempeña cada ciudadano, sea en actividades públicas o privadas, mayor será su responsabilidad frente a la comunidad.

El aspecto espiritual del ser humano, no considerado en la clásica definición de la salud de la OMS, fue contemplado por este Código desde un principio, abarcando fundamentalmente lo intelectual y lo religioso, rasgo que aquí pretendemos resaltar. En la desesperación y en la soledad, el individuo lo tiene como último baluarte, es su fe, para su recuperación físico-psíquica, y eventualmente su salvación, según sus creencias.¹² De esta manera, el concepto espiritual como “fuerza vital” tiene un valor ético-moral propio y juega un rol único y por cierto especial.

En el prólogo del primer Código de AMA del 2001, comenzó a incorporarse el aspecto espiritual. “El objetivo de la salud se da en el completo equilibrio del bienestar psico-físico-social y **espiritual** de la persona y de la comunidad. Su esencia espiritual está constituida por el respeto a la vida, de los fueros de la persona humana y de su contexto (medioambiente)”.

En el prólogo del 2011 se señala que “cada ciudadano debe ser participe activo en la ‘humanización de la vida’, según su formación intelectual y **espiritual**”.

En el prólogo del 2016 se lee: “La segunda ampliación según nuestro entender fue introducida por este Código en el año 2001, al incorporar el ‘**aspecto espiritual**’ como componente imprescindible de la Salud, englobando en este término no solo lo cultural sino también aquello que para la mayoría de las personas significa lo religioso”.

Lo espiritual tiene que ver con el alma del individuo, y con su inteligencia y su voluntad. Cabalga entre dos mundos: el terrenal y el divino, como expresaba san Agustín, acercando la filosofía griega (agnóstica) a la religión del cristianismo.⁶ De esta manera, se busca la “plenitud”, en el sentido de la perfección, de máxima intensidad y de grandeza del individuo.

Merece mencionarse también que ya en la primera edición de este Código en el 2001 se planteaba una “medida de prevención” de la salud moral y mental de los médicos con la defensa de la “libertad (objeción) de conciencia” para algunas prácticas que en ciertas circunstancias se les impone por leyes o decretos en contra de sus ideales y de su formación (capítulo 28, artículo 480).

Corolario

Distintos episodios ocurridos en el mundo desde mediados del siglo XX marcaron hitos que fueron los responsables de plantear cambios en la tradicional definición de salud de las personas. Por un lado, los grandes avances biotecnológicos generaron grandes cuestionamientos en lo moral, por la factible deshumanización de la medicina y de sus áreas vinculadas. Por el otro, surge la necesidad imperiosa de lograr el equilibrio entre lo que se puede y lo que se debe hacer.

Así, se fueron creando instituciones y se implantaron ideas. Se creó la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la que a su vez genera la Organización Mundial de la Salud (OMS), y produjo además la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Concilio Vaticano II, que promovió la Declaración sobre la Libertad Religiosa y sobre la Objeción de Conciencia; la aparición de la bioética y la Declaración de los Derechos de los Enfermos por la Asamblea Americana de Hospitales; la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, de la OMS y UNICEF, con el concepto de *medicina preventiva*; y los Códigos de Ética de distintas instituciones, en especial el de la Asociación Médica Argentina del 2001, entre otros. Todos son verdaderos puntos referenciales que ofrecieron una nueva perspectiva de lo que debería significar, y cómo definir, la salud.

Por nuestra parte, proponemos la denominación “**salud plena e integral**”, que abarca todos los aspectos del ser humano, incluyendo lo ambiental y lo espiritual (intelectual y religioso), así como su interdependencia con el resto de los seres vivos que habitan el planeta.

La unión de nuestro cuerpo, nuestra alma (psique) y nuestro espíritu hace que estemos “en vida” y que vivamos al modo “humano”, es decir, que estemos en el mundo y que aspiramos ser libres.²

De esta manera, nos encontramos transitando un nuevo camino, basado en conceptos relativamente recientes, pero ya consolidados en el tiempo, que pueden englobarse bajo la idea de que “la salud es un compromiso de toda la sociedad en su conjunto”. Desplaza al clásico y tradicional binomio “médico-paciente”, como resultado de un enfoque más social que involucra a muchos actores en un escenario también más abierto, dinámico y global.

En este sentido, proponemos una ampliación de la definición de salud de la OMS: “La salud es un estado completo de bienestar físico, mental, social, **ambiental y espiritual** y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Referencias

1. Arce HE. Evolución histórica del Sistema de Salud Argentino a lo largo del siglo XX. Tesis de doctorado. Inst Univ Fund H Barceló 2013.
2. Bianchi RI. Salud mental y espiritualidad. Ed. Antigua Buenos Aires 2018.

3. Campbell AV. The president's column. *Internat Assoc of Bioethics News* 1998; 7: 1-2.
4. Caplan AL. *When medicine went mad: bioethics and the Holocaust*. Springer Science & Business Media, Nueva York 2012.
5. Dolcini HA. *Introducción a la Filosofía (modernidad y posmodernismo)*. Ed. Raúl Groizard, Buenos Aires 2018. Prólogo por E. Hurtado Hoyo.
6. Ferrater-Mora J. *Diccionario de Filosofía*. 2 tomos. Editorial Sudamericana, Buenos Aires 1971; quinta edición.
7. Garay OE. *Tratado de la responsabilidad civil en las especialidades médicas*. 3 tomos. Ed. Errepar, Buenos Aires 2009.
8. Hurtado Hoyo E. *El hombre eterno. Teoría del ser*. Conferencia: Ateneo Literario y Científico de Madrid 1975. Editada en "La eternidad del ser". Ed. Polemos. EDIAMA, Buenos Aires 2009.
9. Hurtado Hoyo E. *Ética y Realidad en Salud*. *Rev Asoc Méd Argent* 2004; 117 (3): 23-32.
10. Hurtado Hoyo E. *La Humanización de la vida*. *Rev Asoc Méd Argent* 2012; 125 (1): 5-8.
11. Hurtado Hoyo E. *Derechos Humanos, Bioética, Medicina Preventiva*. *Rev Asoc Méd Argent* 2014; 127 (4): 3-7.
12. Hurtado Hoyo E. *Consideraciones sobre la vida y la muerte. Muerte digna*. *Rev Asoc Méd Argent* 2014; 127 (2): 5-9.
13. Hurtado Hoyo E, Dolcini H, Yansenson J y col. *Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina*. EDIAMA. Buenos Aires, ediciones 2001, 2011 y 2016. Disponible en: www.ama-med.org.ar
14. Hurtado Hoyo E, Falasco M. *Envejecimiento y salud*. *Rev Asoc Méd Argent* 2012; 125 (3): 25-29.
15. Hurtado Hoyo E, Speroni CE. *El Rotary Internacional y las circunstancias de nuestro mundo en el Centenario del Rotary Club de Buenos Aires*. *Rev Vida Rotaria* 2019; 484: 10-14.
16. Jahr F. *Bioética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas*. *Rev Kosmos* 1927; 24: 2-4.
17. Meeroff M. *Ética Médica*. Librería Akadia, Buenos Aires 1993; segunda edición. Prólogo por E. Hurtado Hoyo.
18. *Official Records of the World Health Organization (WHO)*. 1946; N° 2.
19. ONU: *Declaración de los Derechos Humanos*. EE. UU. 1948. Disponible en: www.un.org/es/documents/udhr/
20. *Organización Mundial de la Salud (OMS). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud*. Ed. OMS, Ginebra 1978.
21. Potter VR. *Bioethics, the science of survival. Perspectives in Biology and Medicine* 1970; 14: 127-153.
22. Potter VR. *Bioethics: Bridge to the Future*. Prentice Hall. Nueva Jersey 1971.
23. Potter VR. *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*. Michigan State University Press. East Lansing 1988.
24. Salvat M. *Salud y enfermedad*. Salvat editores. Barcelona 1973.

Hernia de Spiegel: a propósito de un caso

Dres Andrés Julián Vanrell,¹ Juan Peralta,² Andrés Saez,³ Enrico Casco⁴

¹ Jefe de división Diagnóstico por Imágenes. Docente Adscripto de la Cátedra de Diagnóstico por Imágenes, Universidad de Buenos Aires (UBA). Director Asociado, Subsede Hospital Tornú. Carrera de Especialistas en Diagnóstico por Imágenes, Sede Hospital de Clínicas, UBA. Encargado docente, Universidad del Salvador (USAL).

² Médico de planta. Sector Tomografía Computada Multislice.

³ Médico de planta. Encargado de Intervencionismo Guiado por Imágenes, Sector Tomografía Computada Multislice y Ecografía.

⁴ Médico de planta. Sector Tomografía Computada Multislice.

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La hernia de Spiegel es un tipo de hernia infrecuente, que aparece en la línea semilunar, lateral a los músculos rectos. Se desarrolla por lo general a través de un orificio en las aponeurosis de los músculos transverso y oblicuo interno, normalmente sin atravesar la aponeurosis del oblicuo externo. Esta patología es de muy difícil diagnóstico clínico, debido a su infrecuente presentación. Una de las formas de diagnosticar esta patología es por medio de la tomografía computada. Presentamos el caso de una paciente que ingresó con un cuadro de dolor abdominal, al examen físico presentó a la palpación profunda tumoración en fosa ilíaca izquierda, por lo que se decidió la realización de estudios diagnósticos complementarios, realizando tomografía computada de abdomen con contraste oral y EV; el diagnóstico se corroboró, y se definió tratamiento quirúrgico para su resolución.

Palabras claves. Aponeurosis, TC (tomografía computarizada), tumoración, patología.

Hernia de Spiegel: about a case

Summary

Spiegel hernia is an uncommon type of hernia, it infrequently appears in the semilunar line, lateral to the rectus muscles. It usually develops through a hole in the transverse and internal oblique muscle fascia, usually without going through the external oblique fascia. This pathology is very difficult to diagnose clinically due to its infrequent presentation. One of the ways to diagnose this pathology is through computer tomography. We present the case of a patient admitted with a picture of abdominal pain, to the physical examination presented a deep tumour on the left iliac fossa on palpation, so it was decided to carry out complementary diagnostic studies by performing a computer tomography scan of the abdomen with double contrast where the diagnosis was corroborated, and it was defined surgical treatment for pathology resolution.

Key words. Aponeurosis, CT (computed tomography), tumour, double contrast, pathology.

Material y métodos

Se realizó tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen con contraste endovenoso, con tomógrafo Toshiba Activion 16, de 16 filas de detectores. 1,5 L de agua con medio iodado disuelto (Gastroview NR). 2 horas antes vía oral; y 100 ml de Ioversol 350; (Optiray) vía EV, a 2,5 cm/seg; a través de bomba inyectora de un cabezal, marca Optistat.

Introducción

El anatomista Adrián van Der Spiegel describió por primera vez los límites del espacio lateral al

Correspondencia. Dr Andrés J Vanrell
Correo electrónico: jvanre@hotmail.com

músculo recto abdominal; también describió la línea semilunar y su relación con el borde lateral del músculo recto abdominal, más conocida como fascia de Spiegel. En 1764 Klinkosch reconoció la entidad clínica asociada a esta área y la llamó hernia de la línea de Spiegel.

La hernia de Spiegel se conoce como la protrusión de grasa preperitoneal o un saco peritoneal que contenga o no un órgano intraabdominal, a través de un defecto congénito o adquirido en la línea de Spiegel.^{2,3}

Esta es una entidad infrecuente, que aparece en torno al 1% de las hernias de la pared abdominal,¹ por lo general sin contenido en su interior, pero en determinados casos podemos encontrar intestino delgado y/o grueso que pueden presentarse como oclusión intestinal o abdomen agudo. Pueden ocurrir en cualquier sitio entre el borde lateral del músculo recto abdominal y el borde medial del músculo transverso del abdomen, pero el 90% ocurren aproximadamente a 6 cm distal a la cicatriz umbilical, en la línea semicircular, ya que a este nivel la aponeurosis de Spiegel es más amplia y está formada por una sola capa.¹⁻³

Para hacer un diagnóstico certero se requiere una buena anamnesis del paciente, la realización de un examen físico exhaustivo y pruebas complementarias como la ecografía de abdomen y TC, definiéndose el manejo quirúrgico como tratamiento definitivo para una patología con alta mortalidad.^{4,6,7}

Caso clínico

Paciente femenina de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes tipo II, que ingresa al hospital presentando un cuadro de dos semanas de evolución de dolor abdominal de tipo cólico, intensidad 5/10, que no mejora en ninguna posición, no refiere ingesta de analgésicos, y se presenta asociado con náuseas, vómitos y astenia.

Al examen físico se constata tumoración y dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda, con defensa muscular positiva. Los exámenes complementarios evidenciaron leucocitosis.

Hallazgos imagenológicos

Se visualiza dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos en probable relación con obstrucción intestinal alta debido a hernia de Spiegel izquierda con contenido de intestino delgado, donde se observa asa aferente dilatada y asa eferente de calibre conservado con presencia de líquido dentro de la misma y aumento de la densidad de la grasa circundante, con líquido interasas.

Hernia umbilical sin signos de complicación (Figuras 1 a 5).

Figura 1. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso. Se visualiza dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos en su interior.



Figura 2. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso. Se visualiza dilatación de asas de intestino delgado.



Figura 3. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso. Se visualiza hernia de Spiegel izquierda con contenido de intestino delgado donde se observa asa aferente dilatada y asa eferente de calibre conservado con presencia de líquido circundante. Se observa también una hernia umbilical asociada.

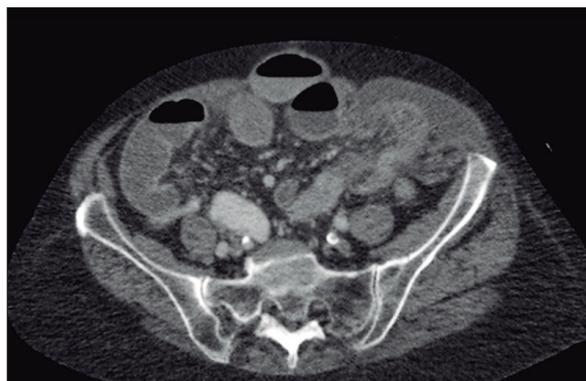


Figura 4. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso. Se visualiza hernia de Spiegel izquierda (área verde) con contenido de intestino delgado donde se observa asa aferente dilatada y asa eferente de calibre conservado con presencia de líquido circundante.

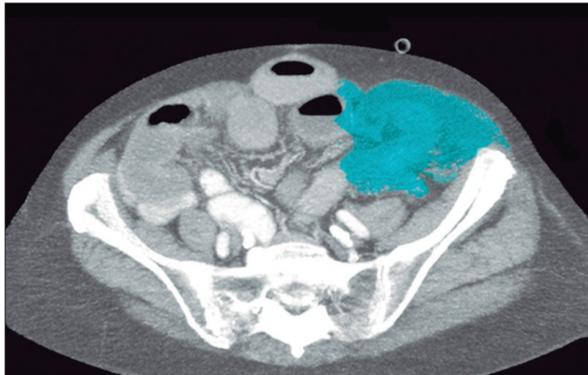


Figura 5. Tomografía computada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso. Se visualiza hernia de Spiegel izquierda con contenido de intestino delgado con presencia de líquido circundante. Se identifica el defecto en la línea semilunar izquierda de 42 mm aproximadamente.



Discusión

La hernia de Spiegel es aquella situada en la línea que lleva su nombre y corresponde a la línea de división de las aponeurosis de los músculos anchos del abdomen para formar la vaina de los músculos rectos. La línea semilunar o de Spiegel fue descrita en 1605 por el belga Adrián van der Spiegel, anatomista y profesor de cirugía en la universidad de Padua, donde casi 250 años después Eduardo Bassini realizó la primera herniorrafia inguinal anatómica por vía anterior. En 1764, J. T. Klinkosch describió por primera vez una hernia abdominal en situación lateral al músculo recto, localizada específicamente en la línea semilunar de Spiegel.⁵⁻⁷

El 90% de estas hernias se encuentran en el llamado “cinturón de la hernia de Spiegel”, que es una

franja transversal de entre 0 y 6 cm entre ambas espinas ilíacas. El orificio herniario suele ser pequeño, de un tamaño inferior a los 2 cm en el 75% de los casos, de bordes rígidos, lo que favorece la estrangulación herniaria.¹⁻⁶

Se sitúa generalmente por debajo del músculo oblicuo mayor, atravesando las diferentes capas de la pared abdominal.⁶

La clínica de los pacientes con este tipo de hernia es muy variable e inespecífica. Aparece generalmente una tumoración infraumbilical en el borde lateral del músculo recto, en muchas ocasiones bilateral o acompañada de hernia inguinal. Si no presenta complicaciones, suele ser reductible y aumenta con los esfuerzos. La presentación, como el cuadro agudo del caso que describimos, es infrecuente y se presenta como tumoración dolorosa en los casos de encarcelación, estrangulación u obstrucción intestinal.^{4, 5, 7}

El diagnóstico debe realizarse mediante una buena anamnesis y una exploración física exhaustiva para descartar otro tipo de masas en la pared abdominal. El diagnóstico de presunción es complicado por la difícil exploración de la zona y la baja prevalencia de la patología, por lo que las pruebas de imagen son útiles para el diagnóstico correcto: en primer lugar, la ecografía, sobre todo en situaciones no complicadas, y la tomografía computarizada, que determina la localización y el tamaño del orificio herniario, así como su contenido y estado, mostrando un defecto peritoneal y muscular en el borde lateral de la vaina del recto.^{5, 7}

El tratamiento de la hernia de Spiegel es siempre quirúrgico, debido al gran riesgo de complicaciones. En cuanto a la cirugía electiva, consiste en la reparación del orificio herniario y la realización de una hernioplastia, mediante laparoscopia o técnicas abiertas por vía anterior.⁷

Conclusión

La hernia de Spiegel es infrecuente y constituye el 1% de todas las hernias de la pared abdominal, su forma de presentación habitual es con dolor y/o masa palpable. Un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno son esenciales, ya que presenta un gran riesgo de complicaciones. La TC con contraste oral y endovenoso al igual que, de forma complementaria, la ecografía permiten el diagnóstico y el planeamiento quirúrgico.

Bibliografía

1. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Rep* 2011; 19; 2 (1): 5.
2. Webber V, Low C, Skipworth RJE, Kumar S, de Beaux AC, Tulloh B. Contemporary thoughts on the management of Spigelian hernia. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg* 2017; 21 (3): 355-361.

3. Sarriugarte Lasarte A, Martín Ortega H, Arana de la Torre MN, Gutiérrez Grijalba O, García Etxebarria A, Aguirre Etxabe L, *et al.* Apendicitis aguda por hernia de Spiegel encarcelada. *Rev Hispanoam Hernia* 2014; 2 (3): 115-118.
4. Allewaert S, de Man R, Bladt O, Roelens J. Spigelian hernia with unusual content. *Abdom Imaging* 2005; 30 (6): 677-678.
5. Bassi A, Tulandi T. Small bowel herniation through a spigelian defect within 48 hours after laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2013; 20 (3): 392-393.
6. Bastidas JG, Khan AR, LeBlanc KA. Spigelian hernia as a cause of small bowel obstruction. *South Med J* 2010; 103 (6): 567-569.
7. Moreno-Egea A. Controversias históricas de las hernias semilunares: Spiegel frente a Casseri, Klinkosch frente a Mollière. *Rev Hispanoam Hernia* 2014; 2 (3): 119-125.

La genética de los cuadros pulmonares prolongados del recién nacido y niño mayor. Un caso clínico inusitado e infrecuente. Estudios de última generación para su diagnóstico

Dres Eduardo R Lentini,¹ Oliva Julio,³ Lic Adriana López Millán²

¹ Ex jefe de Servicio de Neumonología y Centro de Fibrosis Quística. Hospital H. J. Notti.

² Ex coordinadora y organizadora de Neumonología y Centro de Fibrosis Quística. Hospital H. J. Notti. A cargo de trabajos de investigación.

³ Doctor en Medicina, Jefe de Servicio de Patología Hospital H. J. Notti. Prof. titular efectivo de A Patológica FCM Universidad Nacional de Cuyo.

Mendoza, Argentina.

Autores estadounidenses: Alan Brody,⁴ Megan K Dischop,⁵ Lawrence M Nogee⁶

⁴ Head Radiology Department. Cincinnati Children's Hospital and Medical Center, USA.

⁵ Chief Pathologist. The children's Hospital and University, Colorado, USA.

⁶ Department of Pediatrics. Johns Hopkins Hospital, USA.

Resumen

La ausencia del gen CSF2-RA produce una patología pulmonar llamada PAP (anexo). El rarísimo caso que se presenta es una aneuploidía XX-YY de la zona pseudoautosómica de los cromosomas sexuales. Su exceso ha producido una PAP gravísima, fatal, sin parangón en la literatura mundial. Se presentan los detalles de estudios genéticos, histopatológicos y radiológicos en consulta a través del envío de muestras biológicas y radiografías con los centros más importantes del mundo. Una descripción completa de la patología intersticial de origen genético se encuentra en la referencia nro. 1.

Palabras claves. Intersticio, genética.

The genetics of prolonged pulmonary conditions in the new-born and older child. An unusual and rare clinical case. Latest generation studies for its diagnosis

Summary

The absence of the CSF2-RA gene produces a pulmonary pathology called PAP (annex). The very rare case that occurs is an XX-YY aneuploidy of the pseudoautosomal area of the sex chromosomes. Its excess has produced a very serious, fatal PAP, unparalleled in world literature. The details of genetic, histopathological and radiological studies are presented in consultation through the shipment of biological samples and radiographs with the most important centres in the world. A complete description of interstitial pathology of genetic origin can be found in reference no. 1.

Key words. Interstitial lung disease, genetics.

El que no sabe no conoce, no diagnostica.

Introducción

La PAP^{7,10} tiene orígenes distintos según la edad de los pacientes. En el recién nacido y niño menor los

Correspondencia. Dr Eduardo R Lentini
Correo electrónico: doclentini@gmail.com

defectos genéticos son su causa. En el niño mayor y adulto un proceso de autoinmunidad contra el GM-CSF afecta la función macrofágica de "limpieza" del surfactante y produce su acumulación. En el recién nacido y niño menor se produce una afectación de la estructura pulmonar con hiperplasia de neumocitos y alteración de los septos con engrosamiento celular, que puede terminar en fibrosis. En el adulto solo se acumula el material eosinofílico sin alteración de la estructura pulmonar circundante.²

El paciente presentado pudo ser diagnosticado gracias al esfuerzo mancomunado de los autores locales en su estudio clínico y de laboratorio usando la estructura compleja del Hospital de Niños de Mendoza H. J. Notti, en la que fue la creación "desde la nada"⁴ de un Centro Neumológico de avanzada.

Por el lado de la inestimable ayuda internacional, el apoyo al estudio de materiales enviados y radiografías a los centros más importantes de los Estados Unidos consiguió finalmente el diagnóstico definitivo.

Presentación del caso clínico

Fecha de nacimiento: 7-6-15, prematuro, peso 1240 g. Varón de 34 semanas de gestación. Ingres a hospital privado (HP), en el que permanece cincuenta días en unidad de terapia intensiva (UTI). Se da de alta asintomático (no hay certeza) y con saturación normal. Después de un mes en domicilio reingresa a UTI del HP por episodio de casi muerte súbita. Ingres a con imagen radiológica *white-out* (anexo) y se recupera con CPAP.

Un mes después de ingresado a HP es consultado el autor (9 octubre de 2015), al cuarto mes de vida, cuando se lo encuentra taquipneico y desnutrido. Necesita altas concentraciones de oxígeno. Al revisar su TAC (ya que no estaba claro su falta de progresión de peso salvo por aumento del trabajo respiratorio) se observa la imagen radiológica llamada *crazy pavement* (anexo).

Después de un mes en su domicilio, vuelve al HP, donde fallece.

Estudios

Radiología: el día 9-10-2015 se pide TAC y se observa *crazy pavement* (anexo).

Se consulta al Dr. Alan Brody,³ jefe de Radiología del Cincinnatti's Children's Hospital el día 19-11-2015, quien informa:³

"Pienso que el diagnóstico de PAP (proteínosis alveolar pulmonar (anexo) debido a deficiencia del surfactante es el diagnóstico más probable. Las características más notables son: imagen de vidrio esmerilado difusa y engrosamiento septal (*crazy pavement*). No veo otras anomalías a destacar. Otras posibilidades son: a) malformación linfática y defecto cardíaco congénito. El último queda descartado ante eco cardíaco normal b) la malformación linfática pulmonar es poco probable ante la ausencia de derrame pleural. No tengo las ventanas de baja densidad del mediastino donde debería verse un borramiento del borde cardíaco en el caso de linfangiectasia.

Estoy de acuerdo en que el estudio de defectos genéticos que originen defectos del surfactante es el próximo paso inevitable".

Cardiología: hecha al quinto mes de vida; se encuentra HPT (hipertensión pulmonar leve) por ecocardiografía. No hay malformaciones cardíacas

Pulmón: se realiza lavaje broncoalveolar que muestra aumento de índice de Sudán (indica aspiración), luego peachimetría normal.⁵ Estos resultados son contradictorios. Resultados del BAL (lavaje broncoalveolar) *Mycoplasma pneumoniae* (se trata).

Sangre: se detectan anticuerpos contra citomegalovirus (se trata con gangciclovir).

Eco hepático: razón del procedimiento, hepatomegalia y alteraciones enzimáticas. Gran aumento de FAL (otras enzimas hepáticas normales) y leve aumento de bilirrubina. Resultado normal.

Figura 1. Se presentan imágenes correspondientes a ecografía hepática y vías biliares.

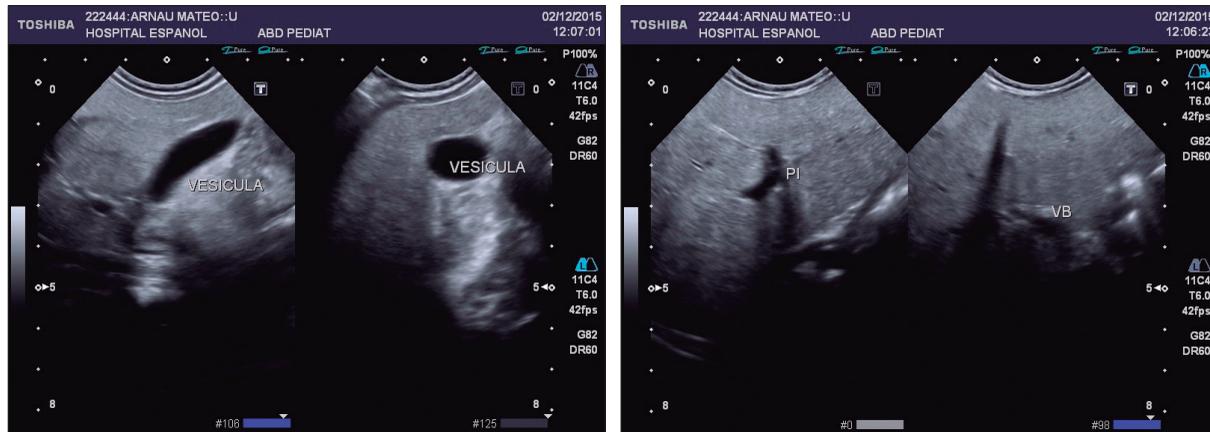
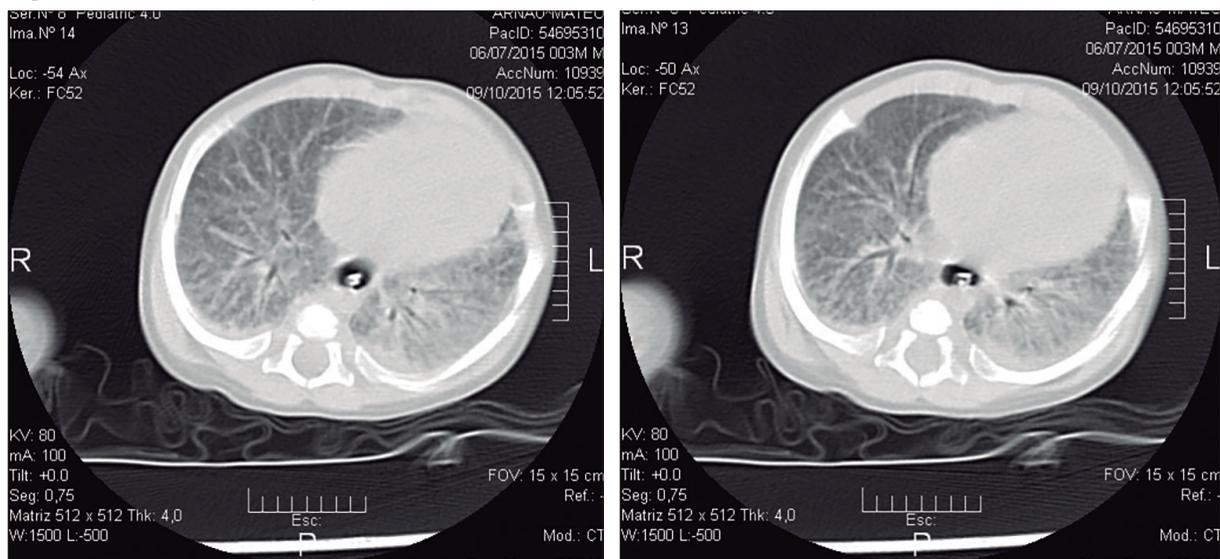


Figura 2. Resultado del lavado bronco alveolar.¹¹

Estudios para fibrosis quística por falta de progresión de peso a pesar de suministro de 200 Kcal/kg de peso. 36 mutaciones para fibrosis quística estudiadas son normales. Elastasa fecal normal.

Genética

Estudios genéticos. Realizados en Ambrygen y en Centro de Genética del Hospital Johns Hopkins. Con muestra DNA conservada, pensando completar estudios, el 12 diciembre 2016 se secuenciaron las regiones codificadoras de los siguientes genes: ABCA3, CSF2RA, CSF2RB, FOXF1, NKX2-1, SFTP-B, SFTP-C, SLC7A7. Se hizo análisis de deleciones-duplicaciones de todos ellos salvo SFTP-C.

Objetivo del test: identificación de mutaciones asociadas con PAP (anexo).

El doctor Lawrence Nogee² informa:

“Sumario de resultados: se detectó una duplicación del gen CSF2RA. Sin embargo, creemos que esto es el resultado de una malformación con aneuploidía (anexo). No encontramos evidencia de otra enfermedad asociada con la variante CSF2RA.

Gen estudiado: CSF2RA. Variante: duplicación del gen. Estudio cromosómico no disponible. Clasificación: significado clínico incierto. Fenotipo: disfunción del metabolismo del surfactante tipo 4 (pseudautosómica recesiva).

Interpretación: la duplicación encontrada es de significado clínico incierto. El análisis de dosaje reveló cuanto menos una copia adicional del gen para CSF2RA. Esta copia adicional debe interpretarse en el contexto clínico y de todos los otros estudios realizados.

Otros hallazgos: los estudios de análisis y dosaje en los cromosomas X-Y sugieren que este paciente

puede tener una aneuploidía de sus cromosomas sexuales resultando en 4 copias en la zona pseudo-autosómica que contiene al gen CSF2RA. Los estudios con SNP(anexo) sugieren un genotipo 48, XX-YY”.

Resultados de la biopsia pulmonar

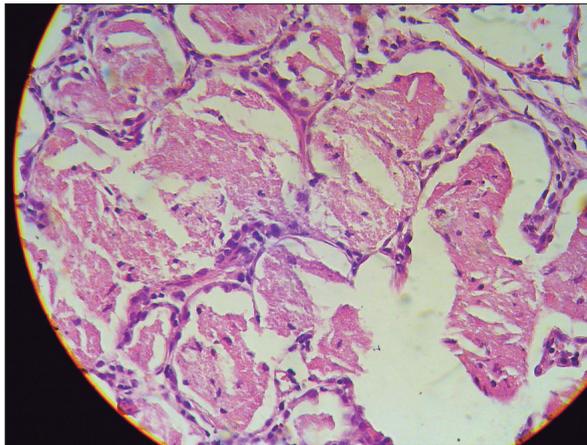
El procedimiento se realizó el 12 de enero de 2016. Se recibió el resultado el primero de abril de 2016. Edad 7 meses.

Diagnóstico: PAP (anexo).

La Dra. Megan K. Dischop⁶ informa: “La biopsia muestra una extensa ocupación alveolar por material de proteinosis alveolar^{7, 10} con *clefts* de colesterol. Hay una moderada hiperplasia de neumocitos, sin inflamación intersticial o fibrosis crónica. El diagnóstico diferencial incluye las alteraciones genéticas que producen una disfunción del metabolismo del surfactante pulmonar (ABCA3, SFTP-C, NKX2-1), así como trastornos inmunológicos que producen disfunción de los macrófagos: anticuerpos contra GM-CSF, deficiencias inmunes primarias, leucemia y trastornos mielodisplásticos, linfocitosis y enfermedades colágeno-vasculares autoinmunes.

Entiendo que han sido descartadas las anomalías del ABCA3 y SFTP-C, pero sería importante considerar los siguientes genes: NKX2-1, CSF2RA Y CSF2RB, que también producen PAP para consejo genético.

Dada la precoz presentación del cuadro, es muy probable que se trate de una anomalía genética. También habría que descartar la intolerancia a la proteína, causando lisinuria que se asocia también con PAP. Notar que no hay evidencia de infección con *Pneumocystis jirovecii*”.

Figura 3. Imágenes histológicas.

Medicaciones utilizadas: (2-12-15, indicaciones al enviarlo a UTI).

Antibióticos: de amplio espectro utilizados en varias oportunidades, sobre todo en razón de hiperleucocitosis (38.000). Ceftazidima, amikacina. Se utilizaron también pulsos de metilprednisolona a 30 mg/kg/día, e hidroxycloquina.

Discusión

En la convicción de que los cuadros intersticiales pulmonares^{8,9} son más frecuentes de lo que se creía, presentamos aquí a un paciente con una patología genética totalmente inusual, con aneuploidia de la parte pseudoautosómica de los cromosomas sexuales con un cariotipo probable XX-YY 48 del gen denominado CSF2RA.

Nuestro Servicio de Neumonología y Centro de Fibrosis Quística sistematizó el estudio de estos cuadros a través de un arduo trabajo de estructuras, capacidad para estudios avanzados, contactos con el exterior y la convicción nuevamente repetida que “lo que no se conoce no se diagnostica”. El paciente en cuestión representa una acabada muestra de esta sistematización y colaboración. La evaluación en centros internacionales de primer orden en cuanto a su genética, la histopatología revisada por el Dr. Julio Oliva Otero de nuestro Hospital (ref) y los detalles de sus tomografías computadas junto con los estudios locales permitieron llegar a un diagnóstico certero, si bien no a un resultado feliz.

A destacar en nuestros hallazgos:

En cuanto a la tomografía computada, el análisis minucioso del Dr. Alan Brody permitió ya, en primera instancia, sugerir el posible diagnóstico. También el cuidadoso estudio de sus biopsias por la Dra. Megan K. Dischop permitió lo mismo. Debemos aclarar que todas las biopsias pulmonares se hicieron según la técnica sugerida por la misma autora.² Finalmente, el Dr. Lawrence Nogee en el Hospital Johns Hopkins circunscribió el diagnóstico final. En nuestro

medio ya habían sido descartados diagnósticos más frecuentes de cuadros semejantes (fibrosis quística, displasia broncopulmonar, aspiración de alimento, linfangiectasia pulmonar, etc.). Solo un importante trabajo de colaboración internacional y una ardua tarea permiten este tipo de diagnósticos.

Hemos propuesto alguna vez en nuestro país funcionar en red para que los patólogos, radiólogos y neumonólogos concentren por área estos casos tan infrecuentes. De otra manera seguiremos sin acumular suficiente experiencia, presentando casos aislados. Los estudios genéticos en el nivel en que se realizaron en este pequeño no son posibles en nuestro país, y allí si es imprescindible la colaboración internacional.

Queremos destacar algunos puntos que sí es necesario definir en muchos lugares.

Radiología: deben establecerse protocolos para tomografías computadas en inspiración/espriación. La necesidad de realizar tomografías en inspiración/espriación enfatiza la necesidad de coordinar el accionar de radiólogos, neumonólogos y anestesiistas, sobre todo en niños pequeños en quienes –cuando menos– se necesitará cierto grado de sedación y uso de la hiperventilación con bolsa-máscara para lograr apneas en inspiración/espriación en pacientes que presentan una hipersensibilidad del reflejo de Hering-Breuer. No es menos cierta la necesidad de contar con tomógrafos avanzados multicorte para estudiar mejor los tiempos espiratorios y disminuir la dosis de radiación en los niños, así como para guiar mejor la toma biopsica.

La biopsia pulmonar (toracoscópica) en estos pequeños permite seleccionar áreas sanas, comprometidas y dudosas. La adecuada fijación y tinciones avanzadas permiten el diagnóstico más certero.²

Tratamiento: No es posible establecer normas de tratamiento generales, ya que la diversidad de cuadros, sus innumerables y posibles etiologías y, la evolución impredecible de cada uno de ellos, así como las casuísticas reducidas, obligan a un manejo individualizado con múltiples medicaciones y sus combinaciones, por ejemplo: corticoides, hidroxycloquina, azatioprina, azitromicina y antibióticos en algunas de sus “recaídas”. Es por esto que estas enfermedades requieren un tratamiento personalizado y de acuerdo con el momento evolutivo (recaída) del paciente.

Conclusión: Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de PAP. El diagnóstico se logró a través del esfuerzo mancomunado de los autores locales y la inestimable ayuda de destacados autores de los Estados Unidos. El diagnóstico final fue de aneuploidia en zona pseudo-autosómica de cromosomas sexuales con un cariotipo probable XX-YY 48.

Anexo

Se explicarán los siguientes términos:

White-out: suma de términos radiológicos. Vidrio esmerilado que es la imagen producida por procesos

que ocupan el intersticio con alguna ocupación del espacio alveolar, disminuyendo el volumen de aire alveolar. A través de estos procesos de ocupación parcial pueden verse los vasos pulmonares. La neumonía en cambio produce una opacificación total del alveolo y a través suyo no pueden verse los vasos pulmonares.

Crazy-pavement (pavimento alocado): engrosamiento irregular y desordenado de septos pulmonares sobre un fondo de "vidrio esmerilado".

Vidrio esmerilado: vidrio esmerilado es una zona del pulmón que se muestra opaca en la tomografía de tórax, pero que no obscurece por completo la posibilidad de ver el tejido pulmonar que se encuentra por debajo de ella. Este hallazgo puede encontrarse tanto en una tomografía computada como en una radiografía de tórax. La diferencia está en que la tomografía computada es capaz de ver este tipo de imagen debido a que posee una mayor resolución.

PAP (proteínosis alveolar pulmonar): una de las características histológicas de los procesos de disfunción del surfactante pulmonar es la acumulación de material eosinofílico granular en los espacios aéreos distales. Este hecho semeja a la PAP del adulto, cuyo comienzo es más insidioso y lentamente progresivo. La arquitectura pulmonar está conservada sin la hiperplasia de neumonocitos, engrosamiento mesenquimatoso y fibrosis terminal que puede observarse en la PAP de los defectos genéticos del surfactante.

La base molecular para la PAP del adulto y niño mayor se debe a la presencia de anticuerpos neutralizantes al GM-CSF, a diferencia del recién nacido y niños menores donde el origen es genético.

Aneuploidia: cambio en el número normal de cromosomas por cromosoma(s) extra.

SNP (*single nucleotide polymorphism*): es una variación en la secuencia del ADN que afecta a una sola base (adenina-guanina-timina o citosina de una secuencia del genoma).

Referencias

1. Noguee LM. Genetic Basis of Children's Interstitial Lung Disease. *Pediatric Allergy, Immunology and Pulmonology* 2010; 23 (1): 15-24.
2. Dishop MK. Diagnostic Pathology of Diffuse Lung Disease in Children. *Pediatric Allergy, Immunology and Pulmonology*. 2010; 23 (1): 69-85.
3. Brody AS. Imaging Considerations: Interstitial Lung Disease in Children. *Radiol Clin N Am*. 2005; 43: 391-403.
4. Lentini ER, López Millán A. La fibrosis quística "en el mundo en eterno desarrollo" (subdesarrollo). Creación y organización de un centro de fibrosis quística desde la nada. ISBN 978-987-42-9357-2. Ayelén Simón. 1ª edición: Mendoza, Argentina 2018.
5. Shahid Sheik MD, Goldsmith LJ, Howell L, *et al*. Lung Function in Infants With Wheezing and Gastroesophageal Reflux. *Pediatric Pulmonology* 1999; 27: 236-241.
6. Lentini ER, López Millán A. El intersticio pulmonar y sus enfermedades en la infancia. Confusión diagnóstica en el recién nacido. Enfermedades genéticas del surfactante pulmonar. A propósito de un caso clínico: clínica, radiología, estudios y diagnóstico diferencial. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2019; 132 (1): 7
7. Tabaj G, Enghelmayer JE, Ernst G, y cols. Proteínosis Alveolar Pulmonar. Una puesta al día. *RAMR* 2014; 3: 282-288.
8. Kurland G, Deterding R, *et al*. American Thoracic Society Documents. Evaluation and Management of Childhood interstitial Lung Disease in Infancy. *Am J Crit Care Med* 2013; 188 (3): 376-394.
9. Deterding RR. Infants and Young Children with Children's Interstitial Lung Disease. *Pediatric Allergy, Immunology and Pulmonology* 2020; 23 (1): 25-31.
10. DeMello DE, Lin Z. Pulmonary Alveolar Proteinosis: a review. *Pediatric Pathology and Molecular Medicine* 2001; 20: 413-432.
11. Dr. Julio Oliva Otero. Jefe de Anatomía Patológica, Hospital de niños H. J. Notti. Mendoza, Argentina.

Valoración del daño corporal en lesiones del pie. Problemas y propuestas para su evaluación con el baremo laboral en la Argentina

Dres Mariano José Tolino,^{1, 3} Ricardo Jorge Losardo,^{1, 4} Ana Sofía Tartaglione²

¹ Médico Legista.

² Médica especialista en diagnóstico por imágenes. Directora médica del Centro de Imágenes Médicas (CIM). Trelew, Chubut.

³ Perito médico de la Justicia en las circunscripciones de Trelew, Rawson, Puerto Madryn y Comodoro Rivadavia. Chubut.

⁴ Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Resumen

En este trabajo analizamos las lesiones del pie derivadas de accidentes laborales y su repercusión en la fisiología de la marcha. Se describen las dificultades halladas para la mensura de las incapacidades con el baremo de la Ley de Riesgo de Trabajo (LRT). Se consideran otros baremos utilizados en la Argentina y baremos laborales de otros países. Presentamos algunas propuestas para solucionar los déficits del baremo de la Ley de Riesgo de Trabajo en algunas secuelas en el pie.

Palabras claves. Medicina laboral, medicina legal, accidentes laborales, daño corporal, baremos, incapacidades, pie.

Rating of bodily injury in foot damage. Difficulties and proposal for its evaluation with the labor scale in Argentina

Summary

This work analyses the characteristics of foot pathology derived from working accidents and its effect on the physiology of walking. Difficulties found for the measurement

of the handicaps are described on the scale of law on labor risks. This paper also consider used scales in Argentina and scales used in other countries. We present some proposals to solve the deficits of LRT scale in some foot sequelae.

Key words. Occupational medicine, forensic medicine, working accidents, bodily injury, scales, handicaps, foot.

Introducción

La frecuencia de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales ha ido en aumento en los últimos años y provoca un enorme ausentismo laboral (veinte millones de días en un año).¹ Los tratamientos reconocidos por las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) y los dictámenes de las comisiones médicas de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) no conforman a muchos trabajadores y los juicios laborales son instancias que dirimen estas diferencias.

Entre las causas de estas diferencias, algunos manifiestan que el baremo utilizado para los casos laborales en nuestro país, los decretos 658/96 y 659/96, y la última modificación, el decreto 49/14,^{2, 3} tienen serias deficiencias al no incluir ciertas patologías y/o secuelas. Su objetivo pretende ser “funcional” pero no lo es y deja al margen numerosas secuelas y dolencias; algo similar sucede con el baremo previsional.⁴ Por esa razón, los médicos se apoyan en otros baremos de uso frecuente, como el de Altube-Rinaldi⁵ u otros extranjeros,⁶ que otorgan más posibilidades al médico evaluador del daño para mensurar incapacidades.

Correspondencia. Dr Mariano Tolino
Correo electrónico: medicoforensechubut@gmail.com

Este trabajo realiza una reseña anatómico-funcional del pie normal y de las características de algunas patologías ocurridas en accidentes laborales y sus secuelas. También plantea algunas dificultades halladas para las evaluaciones del daño con el baremo de la Ley de Riesgo del Trabajo (LRT) y de la incapacidad resultante, con secuelas de lesiones del pie. Se realizan algunas propuestas para mejorar la evaluación de estas secuelas en el pie, con énfasis en el concepto de la “función” y los estudios de las imágenes necesarias para apoyarlos.

Método

Fueron analizados cada uno de los puntos que otorgan incapacidad por secuelas de lesiones en los pies según el baremo laboral y se confrontaron con las dificultades halladas en la práctica diaria en juicios laborales. Se señala la resolución en algunos casos específicos y se marcan las diferencias existentes con otros baremos. Se hizo hincapié en el compromiso de la funcionalidad del pie en la bipedestación y en la marcha, así como en los estudios de las imágenes más convenientes para ayudar a detectar las secuelas.

Reseña anatómica del pie. Huesos y articulaciones

El pie comprende veintiséis **huesos**, dispuestos en tres grupos: tarso, metatarso y dedos. El tarso está formado por siete huesos, dispuestos en dos filas: una posterior, astrágalo (o talus) y calcáneo, y una anterior, cuboides, hueso navicular o escafoides y tres cuneiformes. El metatarso está constituido por cinco huesos (los metatarsianos) y los huesos de los dedos son también cinco y cada uno está formado por tres falanges (salvo el dedo hallux que solo tiene dos). Debemos señalar también la presencia de los huesos sesamoideos, de disposición y tamaño variable (constantes en contacto con la cabeza del primer metatarsiano), que a veces están alrededor de las articulaciones o excepcionalmente en el espesor de los tendones. Debe recordarse que los huesos tienen una vascularización propia y está dada por pedículos vasculares, que pueden dañarse en los traumatismos y ocasionar patologías que se mencionan en los baremos.

En cuanto a las **articulaciones** del pie, señalamos la articulación tibiotarsiana (o de la garganta del pie) y las articulaciones intrínsecas del pie. Estas últimas son las articulaciones de los huesos del tarso entre sí: astragalocalcánea (talocalcánea), mediotarsiana o antiguamente llamada de Chopart, naviculocuboidea, cuneonavicular, intercuneiforme; cuboideocuneiforme; articulaciones del tarso con el metatarso (tarsometatarsiana o antiguamente llamada de Lisfranc), articulaciones de los metatarsianos entre sí (intermetatarsiana), de los metatarsianos con las primeras falanges (me-

tarsofalángicas) y articulaciones de las falanges entre sí (interfalángicas).⁷

Recordemos que los cartílagos de las carillas articulares, como todo tejido cartilaginoso, son totalmente avasculares: los vasos están restringidos a la membrana pericondrial y la nutrición de los condrocitos ocurre mediante la difusión del líquido tisular a través de la matriz del cartílago.

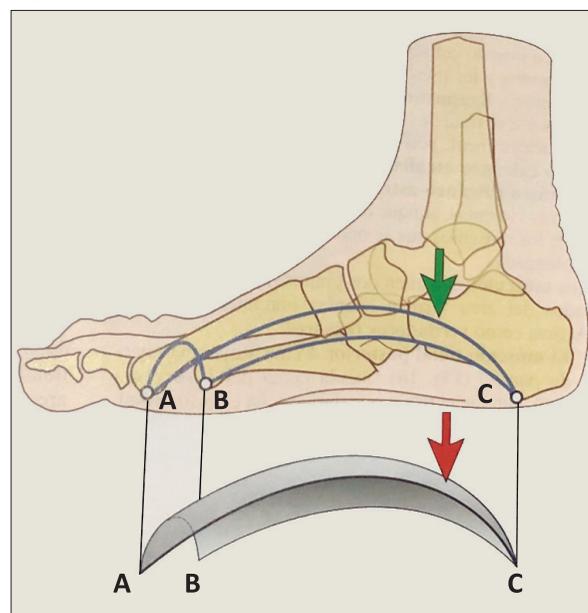
Por otra parte, las articulaciones del pie son de tipo sinovial y, por ende, presentan membranas sinoviales que permiten el deslizamiento de las superficies óseas articulares con su respectivo cartílago articular y facilitado por la producción de líquido sinovial. En algunos lugares, los tendones (extracapsulares) presentan contacto con bolsas sinoviales que continúan al interior de una articulación, y esto facilita la propagación de infecciones al interior de ella.⁸ Las patologías que se asientan en estas estructuras cartilaginosas no siempre son fáciles de corroborar. **En ocasiones pueden presentar cierta dificultad de valoración en los estudios por imágenes y causan impotencias funcionales** que, por ejemplo, pueden hacerse evidentes al evaluar semiológicamente la marcha del individuo.

Reseña de la fisiología del pie. Marcha

La bóveda plantar es un conjunto arquitectónico de elementos duros y blandos; es responsable de lograr la bipedestación del humano, transmitiendo eficientemente el peso del cuerpo hacia el suelo.

Presenta tres arcos: el anterior, el externo o lateral y el interno o medial, con vértice posterior (Figura 1) y la fuerza inicial se concentra en la gar-

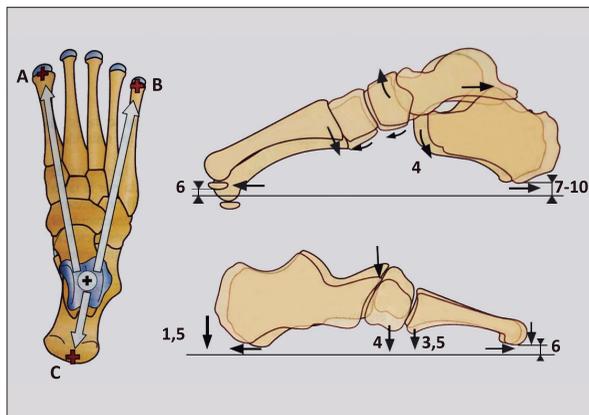
Figura 1. Arcos plantares.



Tomada de Kapandji.⁸

ganta del pie, donde comienza la distribución de cargas hacia los tres puntos de apoyo: el calcáneo atrás, las cabezas de los metatarsianos I (en el arco medial) y V (en el arco lateral) (Figura 2). Es de destacar que la superficie de apoyo del cuerpo en bipedestación es muy limitada con relación a la altura en conjunto, y por lo tanto, inestable.

Figura 2. Distribución de cargas en bipedestación.



Tomada de Kapandji.⁸

En cuanto a la **dinámica de la marcha**, Kapandji⁹ la describió minuciosamente. Describe cuatro fases fisiológicas: en la **primera**, la toma de contacto con el suelo es a partir del punto de apoyo posterior; en la **segunda**, existe el máximo contacto con el suelo unilateral y el tobillo pasa de extensión a flexión, lo que produce un primer efecto amortiguador. La **tercera** fase es de primer impulso motor: la contracción de los músculos extensores de los maléolos, sobre todo el tríceps sural, hace levantar el talón y la bóveda plantar rota hacia su punto de apoyo medial; los tensores de la planta del pie se activan para evitar el aplanamiento de la bóveda y generan un segundo efecto amortiguador. La **cuarta** y última fase de la marcha genera el segundo impulso motor: se suma el accionar de los flexores de los dedos y se va trasladando la carga principalmente al hallux; finalmente, el pie se levanta del suelo mientras el otro se balancea hacia adelante.

Estos conceptos biomecánicos deberían ser considerados a la hora de evaluar los casos traumatológicos y ortopédicos, pues tienen una clara repercusión en la funcionalidad del pie. En definitiva, **cuando uno valoriza el daño corporal en el pie, debe pensar no solo en la lesión anatómica-radiológica sino también en su repercusión y limitación funcional.**

Lesiones traumáticas. Nuestra casuística

En la región del pie, descartando desde luego las lesiones ortopédicas y centrándose en las trau-

máticas, predominan las **fracturas y esguinces**, con o sin luxaciones.

En ochocientos casos de juicios laborales, diecisiete correspondieron a lesiones en el pie. Fueron trece fracturas, tres luxaciones y una fascitis plantar.

En cuanto a su localización: trece fueron únicamente en esa región, y cuatro casos fueron combinados con otras regiones (dos con extremidad inferior, uno con extremidad superior, y uno con pelvis y rostro).

Baremos

Como antecedentes de los baremos laborales, podemos mencionar la de Remy (1906), que detallaba las funciones de cada órgano en la actividad laboral. Brouardel (1908) ya porcentuó lesiones, teniendo en cuenta la actividad laboral. Un método matemático, controvertido, pero que se sigue utilizando, fue descrito por Víctor Balthazar en la década de 1920, para valorar lesiones en distintas regiones del cuerpo con el fin de calcular incapacidades múltiples. En 1936, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sugirió lo más parecido a un baremo actual, pero no consiguió imponerse.⁶

En la Argentina se utilizaron varias tablas. El maestro Prof. Dr. Emilio Bonnet, un pionero en el país, realizó una muy utilizada en su época, con rangos de porcentajes por secuelas traumáticas. También en la Argentina, Lafrenz y Zylbersac realizaron una tabla específica para el pie. Sin embargo, no fue sino hasta 1996 que el actual baremo, decretos 658/96 y 659/96 de la Ley de Riesgo de Trabajo, se constituyó en el "oficial", sufriendo modificaciones y agregados: 1278/00, 1694/09, la Ley 26773 del año 2012 (que estableció la obligatoriedad del uso del Baremo de LRT), hasta la última, con el decreto 49/14, en el que se agregaron algunas enfermedades profesionales frecuentes.^{2, 3}

Baremo laboral

Un detalle: en el Baremo se observa que los términos anatómicos no se encuentran en terminología anatómica internacional (TAI): astrágalo debería ser *talus* (TAI) y escafoides, *navicular* (TAI).

Amputaciones

No constituyen un tema problemático en las evaluaciones médicas. Se presentan las amputaciones desde la casi total con conservación del calcáneo (20-40%), pasando por la del hallux con su metatarsiano (17%), hasta la de solamente la falange del 5º dedo (1%).

En los ítems que figuran a continuación se aclara que "a la incapacidad precedente no debe adicionarse la correspondiente a repercusión funcional y/o acortamiento del miembro".

Fracturas

• del astrágalo con necrosis	15-25%
• astragalectomía	15-25%
• de calcáneo con aplastamiento; artrosis subastragalina	20-25%
• de ambos calcáneos con aplastamiento; artrosis subastragalina y marcha claudicante	25-30%
• de escafoides con necrosis	5-10%
• múltiples del pie, con edema y pie plano traumático, atrofia de Sudeck	20-30%
• múltiples del pie, con edema y pie plano traumático, bilateral	30-40%

Limitaciones funcionales

• Del hallux:	IF: 0-4%; MTT-F: 0-5%
• Resto de los dedos:	1-2%

Pseudoartrosis

• Astrágalo	10-25%
• Metatarsianos:	I: hasta 6%; II-III-IV y V: 0-2%
• Hallux: falanges por separado:	0-2%

Problemáticas en la aplicación del baremo de LRT

Los accidentes laborales representan un problema para la economía nacional y para las empresas en particular, llegando en un año a representar más de veinte millones de días no laborables.¹ La problemática no es puramente médica, ya que en estas *litis* pujan fuerzas de patronales, aseguradoras y representantes de empleados.

Actualmente en los reclamos ante comisiones médicas, el único baremo para evaluar el daño corporal es el de Ley de Riesgo de Trabajo, 658/96, 659/96, y la última modificación, decreto 49/14. Sin embargo, en el pasado, en los juicios podían utilizarse otros baremos y con la combinación de ellos se lograba superar los déficits propios de cada uno de ellos.

Como sabemos, las incapacidades son temporarias mientras dura el tratamiento o la convalecencia y se tornan “definitivas”, según “criterio médico”, cuando se da el alta. Mientras que el criterio jurídico expresa que lo hace al año (o hasta dos años) del siniestro o de la toma de conocimiento del daño que padece.² Sin embargo, en la práctica, en los últimos años, las comisiones médicas de SRT han optado por otorgar las incapacidades definitivas incluso antes de cumplido el año, al alta médica. En esta disparidad de criterios entre el médico y el jurídico parece prevalecer el primero a la hora del dictamen médico-legal.

Si bien el baremo de LRT,³ al evaluar las secuelas, pretende tener un concepto “funcional” de las

incapacidades, por ejemplo de las limitaciones articulares al mensurar incapacidad, tiene inexplicables ausencias de patologías y secuelas que existen y generan un vacío médico-legal al no ponderar reales incapacidades de estos trabajadores afectados. Coincidimos con Waron¹⁰ en que se debe hacer foco en la “salud práctica” y cómo fue “modificada funcionalmente” luego de un siniestro, con la consiguiente afectación de la capacidad laboral.

Un ejemplo frecuente y evidente son los trastornos en la marcha que dejan varias lesiones del pie. La marcha es una función esencial en el humano y forma parte de una compleja fisiología osteo-artromuscular.⁹ Lo descripto en cuanto a la fisiología de la bipedestación y la marcha no es un dato menor, **ya que las evaluaciones de las secuelas son, en casi todos los baremos, más anatómicas que funcionales**, y las patologías terminan localizándose en una articulación o hueso del pie, perdiendo la idea del conjunto. En realidad, estas lesiones del pie pueden alterar esta estructura “en conjunto” y comprometer la función de la bipedestación y la marcha. Schächter¹¹ propuso una mensura de incapacidad con relación a la claudicación y trastornos de la marcha en su conjunto, teniendo en consideración desde una pequeña cojera o renguera (grado leve), luego la necesidad de apoyo con bastón (grado moderado) y, finalmente, hasta no poder caminar en absoluto (grado severo). También Kvitko¹² remarca la importancia del dolor al enumerar algunas tablas sobre ello; sin embargo, cuesta llevarlas a la práctica en la evaluación diaria.

Lo importante de estas tablas, según nosotros, es que el dolor –queda claro– debe considerarse como un elemento agregado en la valoración.

Existen algunas lesiones “menores” del pie que dejan algún grado de alteración en la marcha y que no están registradas, por ejemplo la rigidez en el tobillo o en la rodilla. Un ejemplo lo constituye una lesión ósea o articular que requiere una larga inmovilización y luego deja una importante hipotrofia muscular de la pierna, generando debilidad en esos músculos, evidenciadas en la marcha, al subir escaleras, etc., pero que no deja rigidez ni inestabilidad articular, y este baremo no lo considera.

En un caso nuestro, un trabajador tuvo un traumatismo al pisar un terreno irregular y presentó una fascitis plantar que fue rebelde al tratamiento y que le generó una marcha anormal, disbásica, e inconvenientes cotidianos para trasladarse. La demanda fue en favor del trabajador, haciendo lugar a la opinión del perito médico de que debía tenerse esto en cuenta y mensurarse mediante **un baremo que tuviera en consideración esta secuela funcional**.¹³

Problemáticas específicas o particulares

Algunas secuelas presentan dificultades para baremizarlas, ya sea porque algunos puntos son poco claros y otros deficitarios:

1. Fracturas de astrágalo o talus: las fracturas del cuello astragalino abarcan hasta el 50%; teniendo en consideración la clasificación de Hawkins, en la que las tipo 1 y 2 comprometen a un solo pedículo vascular y suelen evolucionar sin necrosis, y las tipo 3 y 4, muchas veces con subluxación incluida, tienen compromiso vascular y necrosis hasta en el 90% de los casos.¹⁴ Las complicaciones más frecuentes son la lesión necrosis avascular, la pseudoartrosis y la osteoartritis.

En el baremo de LRT la fractura del astrágalo sin necrosis o pseudoartrosis no se contempla. Más allá de estas secuelas anatómo-radiológicas, suele quedar un dolor crónico que puede llevar a la artrodesis y, además, un arco medial vencido, que dificulta la marcha. López-Durán¹⁵ propuso que esta dificultad de evaluación se subsane con una tabla de resultados “de excelente a malo”, sobre la base de hallazgos radiológicos, el dolor, el antecedente de infección y la movilidad articular, según porcentajes.

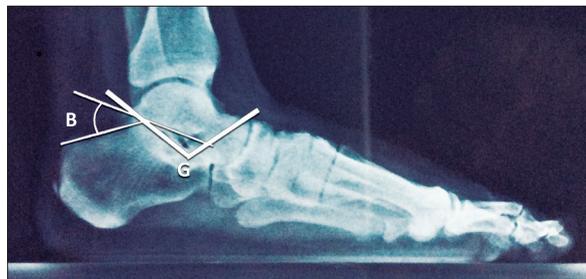
Siguiendo con el astrágalo, encontramos un detalle que consideramos erróneo, y que se repite en otras regiones corporales analizadas: la “astragalectomía” es un tratamiento necesario para la solución de una lesión y/o complicación derivada de la primera, pero no constituye una lesión por sí misma o una secuela patológica. **Creemos que es incorrecto incluir tratamientos como ítems para incapacitar y que, más bien, deberían centrarse en la lesión o secuela.** Algunos baremos incapacitan a la persona directamente por el antecedente traumático, sin mayores detalles,^{6, 14} o bien lo diferencia en si existe

o no necrosis, pero dando oportunidad de agregar incapacidad por el hecho de la sola fractura.⁵

2. Fracturas de calcáneo: es la localización más frecuente de las fracturas del tarso. Las que tienen un componente intraarticular (75%) le ocasionan al paciente el peor pronóstico.

El diagnóstico suele hacerse con radiografías convencionales, sobre todo se deben medir los ángulos de Böhler y de Gissane. El de Böhler está formado por la intersección entre dos líneas: la primera va desde la parte superior de la tuberosidad posterior del calcáneo hasta la faceta articular talo-calcánea posterior; la segunda, desde el extremo anterosuperior del calcáneo hasta la misma faceta. Habitualmente con un valor de entre 20° y 40°. El de Gissane, también está formado por la intersección entre dos líneas: son las tangentes a la pendiente ascendente y descendente de la superficie proximal (superior) del calcáneo; normalmente se encuentra entre 100° y 130° (Figura 3). La tomografía computada muestra muy bien la extensión de estas lesiones.¹⁶

Figura 3. Angulos de Böhler (B) y Gissane (G).

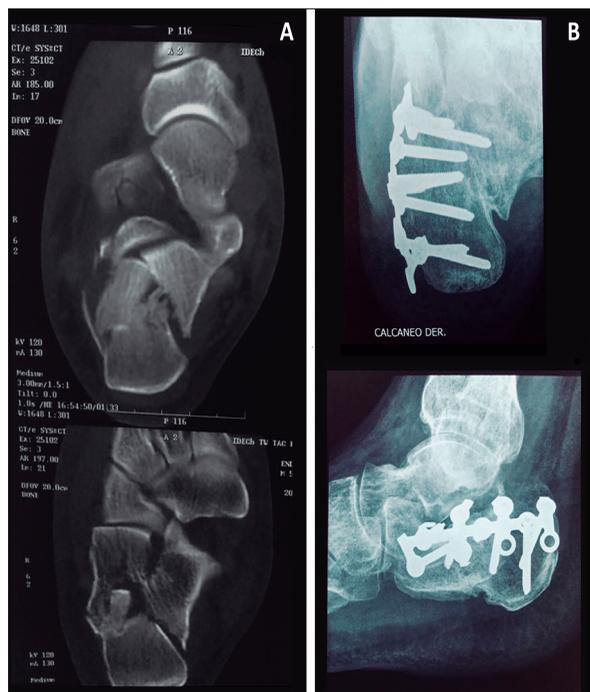


Para incapacitar al trabajador debe tenerse en cuenta el aplastamiento y artrosis subastragalina (subtalar). Estos son dos conceptos distintos: el primero es la consecuencia directa del traumatismo, y la segunda, una secuela. Estos ítems en las **tablas de baremos son confusos, ya que mezclan lesiones primarias y secuelas.** Este fenómeno también se observa en otros baremos, como por ejemplo el francés, que en el pie incluye a varias operaciones confundiendo con secuelas.¹⁷ En definitiva, creemos que, en general, **en los baremos no debería figurar ni la valoración de una patología ni de un tratamiento, sino preferentemente las alteraciones o secuelas anatómo-funcionales.**

Estas fracturas suelen producirse por caída de altura, como lo vimos en tres casos, y la mayoría tienen un componente intraarticular. El baremo de Altube tiene en consideración esta secuela, según exista ensanchamiento, desplazamiento, talalgia y disminución del ángulo de Böhler. En este sentido, la Asociación Argentina de Compañías de Seguros incluye la talalgia como secuela.¹⁸ Otros autores⁶ engloban las secuelas de huesos del tarso, con o sin desviaciones, pie plano traumático y atrofia muscular de la pierna, hechos muy importantes y dejados de lado por la mayoría de las tablas.

En nuestra experiencia, de cuatro casos de fractura de calcáneo (todas con caídas en altura y una con múltiples lesiones, en pelvis y rostro), en dos debimos recurrir a la utilización de otro baremo no laboral, el cual fue aceptado para incapacitar al actor (Figura 4).

Figura 4. Caso clínico. **A)** Tomografía: fractura conminuta de calcáneo. Aumento del espesor y de la densidad de los tejidos blandos por edema / inflamación. **B)** Radiografía: osteosíntesis de calcáneo con placa con tornillos. Se reconoce además aumento de la densidad de los tejidos blandos periarticulares y marcada osteopenia secundaria a inmovilización prolongada.



3. Fracturas de otros huesos del pie: además del hueso navicular (escafoides tarsiano), el baremo de LRT menciona “fracturas múltiples del pie” e incluye ambigüamente al pie plano traumático y la atrofia de Sudeck (síndrome doloroso regional complejo). En este punto existen varias preguntas: ¿a cuántos huesos incluye el término “múltiples”? El ítem está separado con comas, no con puntos y comas, por lo tanto ¿debe tener todos los componentes? ¿A qué se considera “pie plano traumático”? ¿Puede considerarse a la atrofia de Sudeck como secuela directa de un traumatismo?

Por otra parte, **en el baremo oficial, al no mencionar el resto de los huesos del pie, quedan tácitamente excluidos:** huesos cuneiformes, cuboides y metatarsianos, y podríamos excluir las falanges, teniendo en consideración la rigidez de los dedos. Con el fin de subsanar este **vacío médico-legal**, otros autores^{5, 6} incluyen a cada hueso fracturado.

4. Pie plano: el pie plano del adulto se presenta hasta en el 20% de la población adulta y puede ser flexible o rígido. Es un trastorno frecuente, caracterizado por la flexión plantar del astrágalo, el colapso del arco medial, valgo del retropie y abducción del antepie, causado por un desacoplamiento mecánico de los huesos del tarso debido a un fallo del complejo osteo-tendinoso-ligamentoso que mantiene el arco longitudinal medial del pie.

La bóveda plantar cuenta con estabilizadores dinámicos y estáticos. El estabilizador dinámico es el tendón del tibial posterior (TTP), y los estáticos son el ligamento calcaneonavicular plantar, el fascículo superficial del ligamento deltoideo, los ligamentos del seno del tarso, la aponeurosis plantar y las cápsulas articulares naviculo-astragalinas y naviculo-cuneiformes.^{8, 19}

La etiología de este pie plano puede ser por: 1) disfunción del TTP, en general por tendinopatía degenerativa, 2) fallo ligamentoso: lesión degenerativa de ligamentos calcaneo-naviculares y 3) pérdida de la estabilidad estructural intrínseca.

La radiografía simple (Rx) es el primer método por imagen que se utiliza para la evaluación del pie plano. Incluye Rx en bipedestación anteroposterior y lateral del pie y anteroposterior del tobillo con angulación del tubo a 10°. Para descartar preexistencias, de sospecharse semiológicamente, puede realizarse bilateral. Por este método pueden obtenerse diferentes medidas radiológicas en las proyecciones mencionadas, que son útiles a la hora de la discusión de la evaluación.

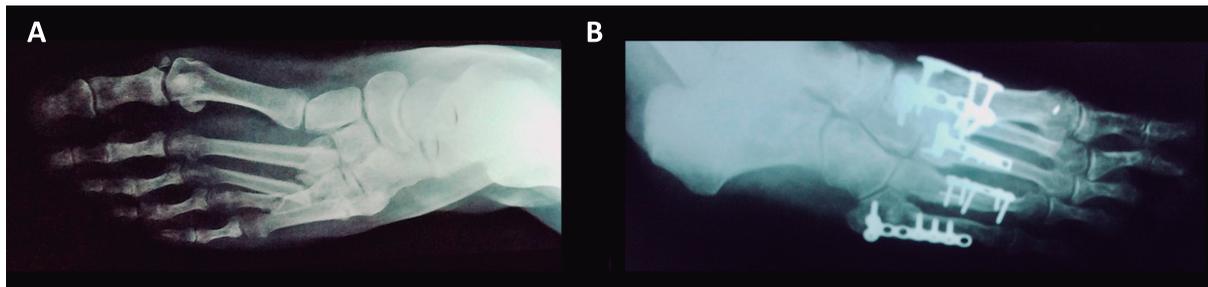
En cuanto a la resonancia magnética en el estudio del pie plano del adulto, es útil para la detección de lesiones del TTP, que abarcan desde la peritendinitis, tendinosis, y rupturas (parciales, completas o mixtas); también en lesiones de ligamentos calcaneo-naviculares, lesiones de la aponeurosis plantar, alteraciones óseas y articulares.¹⁶

5. Luxo-fractura tarso-metatarsiana: existen algunos traumatismos frecuentes que no están incluidos en el baremo de LRT, como la luxofractura tarso-metatarsiana (o de la articulación de Lisfranc), que no es poco frecuente en grandes traumatismos y que, de hecho, en la experiencia personal la vimos en dos ocasiones, y no siempre se fracturan “múltiples huesos” o bien no siempre queda como secuela pie plano luego del tratamiento (Figura 5).

Para solucionarlo, algunos baremos, como los de Altube, Romano y de otros países, incluyen específicamente esta patología o bien a los metatarsianos, y pueden tomarse en cuenta al momento de incapacitar la secuela de este traumatismo.

Creemos que la mejor mensura de esta lesión es tener en consideración los resultados de la reducción y presencia de artrosis.

Figura 5. Caso clínico. **A)** Luxación convergente en articulación tarso-metatarsiana, con fractura de 2^{do}, 3^{ro}, 4^{to} y 5^{to} metatarsianos. **B)** Osteosíntesis con placa con tornillo en los cinco metatarsianos.



6. Luxaciones metatarso-falángicas: deberían considerarse independientemente de la rigidez posterior de los dedos, debido a que en ocasiones queda deformidad y dificultades al pisar.

7. Trastornos tendinosos y de partes blandas: algunas patologías, como la fascitis plantar, la luxación recidivante de los peroneos largos, las cicatrices o lesiones de la planta del pie, la tenosinovitis crónica y otras, no incluidas en el baremo de LRT, se encuentran mensuradas en otros baremos.^{5, 6} Para su detección, el ultrasonido o la ecografía, utilizando sondas de alta frecuencia (12-15 Mhz), de alta resolución y con adecuadas cantidades de gel ultrasonográfico, son útiles en estas patologías de los tejidos blandos del pie y pueden aplicarse en: 1) patologías plantares; por ejemplo en casos de talalgia a causa de la inflamación de la aponeurosis plantar (*fasciitis plantar*); 2) metatarsalgias: puede ser útil en la detección de neuromas interdigitales (de Morton), cuando se han descartado, mediante radiografía convencional, patologías óseas como osteocondritis, fractura, necrosis avascular, osteomielitis, artritis, etc. Otras causas de metatarsalgia evaluables por ecografía incluyen cuerpos extraños, gangliones, sinovitis, cuerpos libres, patología tendinosa, entre otras.^{20, 21}

Resonancia magnética: por su mayor capacidad de resolución tisular y especificidad en los tejidos blandos (tejido subcutáneo profundo, peritendinoso) tiene mayor sensibilidad y especificidad que el resto de los métodos por imágenes para realizar un diagnóstico certero.^{22, 23}

Estas dolencias, que parecen inespecíficas, en ocasiones son secuelas de traumatismos y/o gestos repetitivos laborales y deberían estar englobadas en trastornos generales de la marcha o bien en ítems concretos como “fasciitis plantar” o “metatarsalgia”, como algunos baremos lo indican.^{5, 6}

8. Pseudoartrosis: si bien las más frecuentes están incluidas en el baremo de LRT, cualquier hueso, una vez fracturado, puede evolucionar desfavorablemente hacia ella. Los métodos para evaluar la pseudoartrosis en las lesiones óseas son la Rx simple y la tomografía computada. Los tomógrafos multicorte aportan además la reconstrucción de la imagen tridimensional.

9. Variaciones y extremos porcentuales: como en otras regiones corporales, los ítems de incapacidad presentan extremos, a veces de rango muy amplio. El baremo de LRT hace una aclaración sobre este tema al comienzo del apartado del miembro superior, pero no del del miembro inferior, y aclara que el criterio a utilizar debe basarse en la recuperación de la funcionalidad y la “prótesis colocada”. Lucero²⁴ hace mención a este problema y sugiere “dividir” este rango en leve, moderado y grave, y tomar esa referencia para indicar el número más adecuado. Creemos que, en el pie, lo más adecuado es observar con detenimiento los trastornos en la bipedestación y en la marcha que la secuela incapacitante ocasiona, para calificar con el número más aproximado dentro del rango aceptado.

10. Finalmente, remarcamos que habitualmente las lesiones anatómicas del pie que pueden ocasionar trastornos en la marcha no se evalúan como posibles secuelas funcionales *per se*. Sin embargo, debe quedar claro que el pie actúa como una unidad anatómica altamente especializada con el fin de lograr las funciones de bipedestación y marcha, y la lesión de uno de sus componentes puede generar trastornos globales anatomo-funcionales.

Propuestas

No hay duda de que el **baremo de LRT en lesiones de pie es incompleto** y deberían modificarse y/o agregarse algunos ítems incapacitantes.

En este sentido, proponemos:

1) Incluir como secuelas las fracturas de astrágalo sin necrosis y/o pseudoartrosis secuelar evidentes, debido a los trastornos álgicos y funcionales que se aprecian en la marcha y el tobillo.

2) Modificar las secuelas de fractura del calcáneo, otorgándole siempre incapacidad por su rol determinante como punto de apoyo y en la marcha según el ángulo de Bohler y/o si sufrió conminución. Estos hallazgos deberán ser corroborados mediante radiología simple específica.

3) Incorporar como entidad la luxofractura tarso-metatarsiana, debido a que la mecánica lesional no es infrecuente. En ocasiones, ante la fractura única de algún cuneiforme se observa una secuela

relevante en el apoyo del arco anterior; mensurarla según quede la reducción alineada y cómo impacte en el arco plantar anterior. Las imágenes obtenidas por tomografía darán cuenta de las lesiones óseas; las de la resonancia magnética son de elección para las lesiones ligamentarias y otras partes blandas asociadas.

4) Incluir las fracturas de todos los huesos del pie no descriptos: cuboides, cuneiformes, metatarsianos y falanges, como lo hacen otras tablas.^{5, 17}

5) Otorgar a la rigidez secuelar de los dedos del pie un único número (2% para todos, excepto al hallux, 6%), en orden a la dificultad que ofrece la correcta medición de cada articulación (MTT-F e IF).

6) Dar lugar a un rango de incapacidad según las alteraciones de la marcha derivadas de otras patologías del pie que se presentan en el ámbito laboral, como fascitis plantar, lesiones tendinosas, heridas penetrantes con secuelas inflamatorias inespecíficas, etcétera.

Conclusiones

La valoración del daño corporal en las secuelas de las lesiones de pie derivadas de accidentes laborales presentan problemas (ausencias y deficiencias) para su evaluación mediante el baremo laboral oficial de nuestro país.

Se realizan seis propuestas para incluir en el baremo, con el objeto de facilitar la mensuración y allanar las dificultades que se presentan en los dictámenes de las comisiones médicas de SRT y de los juicios laborales. Se trata de incluir algunas secuelas producidas por fracturas, luxofracturas y otras patologías del pie que pueden alterar la bipedestación y la marcha.

Finalmente, resaltamos que **en los baremos no deberían figurar ni la valoración de patologías ni la de tratamientos, sino preferentemente la de alteraciones funcionales que se suman a las anatoradiológicas**. Tampoco deberían incluirse en un mismo ítem episodios agudos y procesos crónicos. Por último, cuando figuran rangos elevados (por ej.: 5 a 20%) tendría que aclararse cómo se calculan los valores intermedios.

Agradecimientos. A los Dres. Octavio Binivignat y Pablo Sartori, por los aportes realizados.

Referencias

- Superintendencia de Riesgo del Trabajo. Anuario estadístico julio 2016-junio 2017.
- Ley 24557. Baremo nacional de las aseguradoras de riesgo de trabajo. 1996.
- Decreto 49/2014. Listado de enfermedades profesionales. Decretos 658/96 y 590/97. Modificaciones. Boletín Oficial 14/1/2014.
- Decreto 478/1998. Baremo nacional previsional.
- Altube JL, Rinaldi CA. Baremo general para el fuero civil. García Alonso 2013; segunda edición.
- Rubinstein SJ. Código de tablas de incapacidades laborales. Abeledo Perrot 2012.
- Testut L, Latarjet A. Compendio de Anatomía Descriptiva. Salvat, Barcelona 1973.
- Williams PL, Warwick R. Gray Anatomía. Churchill Livingstone, Edimburgo 1992, tomo 1.
- Kapandji AI. Fisiología articular. Ed. Médica Panamericana 2010; sexta edición, tomo 2.
- Waron LR. Medicina legal del trabajo. Dificultades en la pericia médico legal. Dosyuna 2013; segunda edición.
- Schächter S, Holm M, Pueyrredón J. Guía para evaluación de las incapacidades médicas del aparato locomotor. Guías de la AAO. Prensa Médica 2008.
- Kvitko LA. Valoración del daño corporal. Tribunales 2016.
- "V.R. c/ Prevención ART S.A.", Juzgado Laboral N° 2 Trelew, Argentina.
- Resnick D. Huesos y articulaciones en Imagen. Marbán 2001; segunda edición.
- Maciá GG. Daño corporal por fracturas. Dosyuna 2010.
- Martínez Fernández M. Pie plano: la aportación del radiólogo. Presentación electrónica educativa. SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica).
- Padovani P. Bareme Accidents du travail et maladies professionnelles. Lamarre Poinat 1992.
- Baremo de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros. 2012; Versión 1.2.
- Stoller DW. Magnetic Resonance imaging in orthopaedics and sport medicine. Lippincott. Williams & Wilkins 2007; tercera edición.
- Van Holsbeeck MT. Ecografía musculoesquelética. Marbán 2002; segunda edición.
- Sartori PM. Diagnóstico por imágenes. Amolca 2015; 2 tomos.
- Ashman CJ, Klecker RJ, Yu JS. Forefoot Pain Involving the Metatarsal Region: differential Diagnosis with MR Imaging. RadioGraphics 2001; 21: 1425-1440.
- Gregg JM, Schneider T, Marks P. MR Imaging and Ultrasound of metatarsalgia: the lesser metatarsals. Radiol Clin N Am 2008; 46: 1061-1078
- Lucero H, Idaskin RJ. Manual de medicina legal del trabajo y de la seguridad social. Dosyuna, Ciudadela 2010.
- Altube JL y col. Manual de técnica pericial para médicos. Dosyuna 2011.
- FICAT. Terminología Anatómica. Médica Panamericana, Madrid 2001.



Asociación Médica Argentina

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
+54 11 5276 -1040 - info@ama-med.com - www.ama-med.org.ar



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA

www.roemmers.com.ar

