

Año VIII - N° 16 - Diciembre 2024

ISSN (impreso) 2618-4664

ISSN (en línea) 2618-4672

REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1ra CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

9 DE JULIO 2464 - SANTA FE



Presidente

Dr. Julio Cesar BEDINI

Vicepresidente

Dr. Daniel Raúl RAFEL

Secretario

Dr. Francisco VILLANO

Tesorera

Dra. Nora Ma. Rosa BOCCARDO

Vocal

Dr. Nelcar R. PAIRA

Director

MIGUEL ÁNGEL NICASTRO
manicastrogol@gmail.com

Editores

Dr. GUILLERMO KERZ

Dr. ARTURO SERRANO

Dra. SILVIA MUÑOZ de BARCELÓ

Dr. FERNANDO TRAVERSO

Dr. ALEJANDRO MANSUR

Dr. LUIS MOULIN

Dr. JULIO RICO

Dra. DANIELA LONGO

Secretaria de Publicaciones

Sra. Mariana Montenegro

Tel: 0342-4520176/77 Interno 7

revistas@cmsf.org.ar

www.colmedicosantafe1.org.ar

Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe

1ra. Circunscripción

9 de Julio 2464 C.P. S3000FBN

República Argentina

(0342) 4520177 - Interno 7

Celular (solo WhatsApp) +5493425289747

Instrucciones para Autores

[https://www.colmedicosantafe1.org.ar/
index.php/publicaciones](https://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

Edición Semestral

ISSN (impreso) 2618-4664

ISSN (en línea) 2618-4672

Contenidos

<i>Editorial</i>	2
<i>Carta al Director</i> A. B. Serrano	3
<i>WhatsApp en Medicina. Implicancias legales</i> F. Vítolo	5
<i>Dengue en pacientes con síndrome febril inespecífico en el hospital Orlando Alassia, Santa Fe</i> C. Müller; J. Bergero; A. Molet, N. Morello; G. Ezcurra	8
<i>Reconstrucción del tendón cuadriceps con malla de polipropileno: reporte de un caso</i> M. Abraham; J.J. Dere; P. Gómez	18
<i>Conocimiento y percepción sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y lactancia. Desafíos de Salud Pública</i> J.I. Olaguibe; M.I. Zalazar; M.L. Demartini; B. Rosselli Jalil; A. Colombo Hourneaux de Moura; J. Beli; V. Garcia Manzuoli; P. Gonzalez; L. Ibarzabal; M. López Arango; A. Machado; S. Molina; N. Pérez; F. Torres; G.I.V. Kerz	22
<i>Síndrome de Bruck, a propósito de primer caso reportado en un Hospital de Niños de Santa Fe</i> S. Gómez; P. Viganotti; F. Corbo	27
<i>La inteligencia desencarnada. Un análisis comparativo entre la mente humana y la máquina</i> F. Viola	28
<i>La medicina medieval entre el fundamento Hipocrático y su proyección antropológica</i> J. C. Alby	32
<i>Instrucciones para Autores</i>	34

Editorial

Es un hecho que la Inteligencia Artificial (IA) ha venido para modificar nuestras concepciones y tomar distintas decisiones con respecto al ejercicio diario de nuestra profesión. La consulta es casi obligada a esa "biblioteca". ¿Sabemos si todas sus respuestas son veraces? Para tratar de aclararnos un poco nuestra mente humana contribuimos con un interesante trabajo sobre la IA. Es allí donde el Doctor en Filosofía Federico Viola hace un análisis comparativo entre la Mente y la Máquina. Es muy bueno, no solo para iniciados en este conocimiento tan actual sino también para aquellos que sutilmente le rehuimos.

Viene a cuento el artículo del Dr. Fabián Vitolo sobre la protección de datos, especialmente médicos, frente a la inmensa utilización de WhatsApp en nuestra práctica diaria aumentada por las Obras Sociales y los prepagos. Cumplir con los estándares de seguridad y privacidad, se impone.

Recibimos una carta para el Director donde se hace una certera reflexión sobre el trabajo actual de los que a diario practican la Medicina, en este caso, un médico rural. No se la pierdan, en menos de dos carillas nos describe con exactitud la problemática de la Medicina en este mundo.

Dentro de estas preocupaciones está el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia.

Por ello es por lo que el trabajo hecho en Universidad Católica de Santa Fe surge como una evidente necesidad y desafío para la Salud Pública.

El Servicio de Ortopedia y Traumatología ha enviado el reporte de un caso sobre reconstrucción del tendón cuadriceps con malla de polipropileno con buenos resultados y bajo costo.

Otro tema candente en nuestra región es el Dengue. Se trata del caso de un niño y es presentado por alumnos de la Universidad Nacional del Litoral. La fiebre sigue siendo el foco de preocupación de padres y pediatras.

El Hospital de Niños de Santa Fe nos trae un raro caso de Síndrome de Bruck, muy bien estudiado y mejor presentado.

Por último, el extenso pero meticuloso estudio del Dr. Juan Carlos Alby sobre "La medicina medieval entre el fundamento hipocrático y su proyección antropológica" merecerá un suplemento cuando se imprima este número de la Revista del Colegio de médicos pero ahora la presentamos online.

FELICITAMOS A NUESTROS COLABORADORES POR FORTALECER NUESTRA PUBLICACIÓN CON TAN BUENOS APORTES QUE ENRIQUECERÁN NUESTRO ENTUSIASMO.

SEÑOR DIRECTOR

La voracidad de los tiempos que corren, generalmente no nos dejan hacer, ni una mínima reflexión sobre nuestro trabajo y poder analizar las situaciones que nos ocurren en la vida profesional.

Hace rato que las musas me hacen preguntas y reflexiones que quiero compartir con Ud. y los lectores y que, las compartan o no, creo va más allá de la transición epidemiológica.

En mi práctica de médico rural, observo cómo se ha modificado la evolución de enfermedades infecciosas prevalentes en los últimos tiempos, los resfríos que, antes duraban 3 días ahora duran 7, las bronquitis que duraban 5 ó 7 días ahora perduran 15 y con complicaciones y procesos cronicados, que tienen una peor respuesta a la medicación habitual.

La epidemiología ha cambiado, las enfermedades emergentes, reemergentes y requetemergentes (ver revistas Colegio y comunidad en bibliografía escritas en 2011 pero de plena vigencia) nos acosan e interpelan de una manera más demandante e incisiva; empero, en los últimos tiempos ha cambiado la respuesta inmunitaria de los pacientes a las enfermedades, y en la etiopatogenia, tengan que ver con múltiples causas.

Solo mencionaré algunas como las condiciones de vida de alto estrés, dificultades económicas y alimentación con comida rápida, chatarra, ultra procesados (que incluyen agroquímicos, micro plásticos, cereales transgénicos, JMAF, glutamato edulcorantes conservantes dañinos para la salud), y que nuestros mecanismos de absorción no reconocen –algunos hace tan solo 50 años que están en el mundo– por lo tanto, no saben qué hacer y nos dan celiacías, hígado graso, alteración en el microbioma y por ende en la respuesta inmunitaria etc., de la epidemia de obesidad, incremento de la expectativa de vida, por ende, de enfermedades crónicas, de nuevas enfermedades, que muchas la impulsan la industria farmacéutica, como síndrome (sme) del niño enjaulado, sme de disforia sexual, sme de disforia premensual etc. para que obedientemente medicalice-

mos. Y en estos momentos de crisis económica, casi el 60% de pobreza en nuestro país, con una deficiente alimentación y obviamente, mas deterioro del sistema inmunitario.

Más todo lo vinculado al cambio climático, contaminación ambiental, la gran cantidad de partículas de biomasa y carbón que inhalamos en cada inspiración por quemados de pastizales, incendios en el Amazonas, partículas de deriva de agrotóxicos, hidrocarburos, etc.

Ni hablar, de la deshumanización de la relación médico paciente, de la falta de cobertura de la seguridad social, del estado ausente en muchas situaciones, de lo inaccesible de los fármacos. Más la pauperización de la remuneración y la multitarea profesional, de los trabajadores sanitarios y el colapso del sistema de salud hacen un coctel que podría estallar en cualquier momento.

Más fenómeno de inmunidad pasiva otorgada por vacunas contra casi todo “bicho” que anda dando vueltas por el mundo y que la inmunidad natural quedo en la historia; sumado al cambio de respuesta a infecciones post epidemia de SARS-COVID, con alteraciones en la respuesta a la interleukina y procesos inflamatorios de respuesta, que nos dan cambios inmunitarios, con un fenómeno de “amnesia inmunológica o entrenada”, donde algunos virus como sarampión, Zika, HIV o Sars afectan los linfocitos B, T y Killer.

Además, nos da una soberanía alterada, porque ya no producimos nuestros anticuerpos naturalmente (tampoco tenemos una soberanía económica con transferencia de recursos a los países centrales productores de tecnología y vacunas), la OMS dice cuáles son las prioritarias –las que no siempre son coincidentes– con nuestra ubicación geográfica o en su intervención siempre tiene conflicto de interés con laboratorios.

Así, lo multifactorial de la etiología de procesos de enfermedad, tienen un sinnúmero de factores que favorecen la situación actual y nosotros, los profesionales de la salud, estamos condicionados entre el “deber ser” y los que “podemos hacer”.

En realidad, no tengo respuesta para este planteo; y espero alguna, se me ocurre que utópico sería pensar que todo esto sea palíndromo (que se vayan como vinieron); pero la realidad es una mezcla que lejos de estar a nuestro alcance, creo por ahora, solo somos un fusible frágil con escasa resistencia y resiliencia para sostener tan tamaña carga.

Dr. Arturo B. Serrano
arturo6gserrano@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

Enfermedades requetemergentes

(primer parte) http://www.colmedicosantafe1.org.ar/images/PDFs/Publicaciones/Colegio_y_Comunidad_N_2.pdf p. 22

Enfermedades requetemergentes

(segunda parte) http://www.colmedicosantafe1.org.ar/images/PDFs/Publicaciones/Colegio_y_Comunidad_N_3.pdf p. 19

WHATSAPP EN MEDICINA

IMPPLICANCIAS LEGALES

WhatsApp in Medicine. Legal implications

*Fabián Vítolo**

Desde un punto de vista médico-legal, la principal preocupación del uso del WhatsApp en la práctica asistencial es la protección de datos que son confidenciales. Si un miembro del equipo de salud envía información identificable, la misma puede obtenerse fácilmente de todos los celulares de las personas que comparten el grupo de chat, aun cuando la persona en cuestión no haya enviado jamás un mensaje. Por eso, en caso de pérdida o robo del teléfono, la brecha de seguridad es muy importante.

En las versiones más recientes de WhatsApp, la empresa ofrece el servicio de cifrado de extremo a extremo. Según se promociona, este cifrado asegura que sólo el emisor y el receptor puedan leer lo que se envía y que nadie más, ni siquiera WhatsApp lo pueda hacer (cada mensaje que se envía tiene su propio “candado” y código único). Sin embargo, hay especialistas que sostienen que, si bien se protege de esta forma la seguridad de los datos en tránsito, los datos que quedan en el teléfono y en los servidores deben también ser seguros y cumplir con estándares adicionales de seguridad y privacidad.

Casi todas las guías respecto al uso de redes sociales en salud dictan que los médicos, enfermeros y demás miembros del equipo de salud deben abstenerse de enviar por este medio información o imágenes que permitan identificar al paciente. Si se le pregunta a un médico si alguna vez ha utilizado WhatsApp con fines profesionales, la respuesta más probable será que sí, pero que nunca comparten mensajes que permitan revelar la identidad del paciente. En otras palabras, los profesionales creen que el WhatsApp puede ser utili-

zado en la medida que los datos del paciente permanezcan anónimos. Sin embargo, este impulso natural a proteger la privacidad “anonimizando” los datos pasa por alto uno de los principios fundamentales de la seguridad de los pacientes: la identificación efectiva de los mismos. Si se quieren evitar incidentes potencialmente fatales vinculados a la confusión de pacientes, todos los miembros del equipo de salud deben estar absolutamente seguros de la identidad de la persona que están discutiendo.

Los códigos de práctica y guías acerca de las obligaciones de los profesionales de salud con sus pacientes claramente establecen que la obligación de compartir información es tan importante como la de proteger la confidencialidad de la misma, en búsqueda de una atención segura, completa y efectiva.

El General Medical Council Británico, por ejemplo, ha estipulado expresamente que “Los estándares esperados de los médicos en cuanto a la confidencialidad no cambian porque en vez de comunicarse cara a cara o de manera tradicional lo hagan a través de medios sociales. Sin embargo, las redes sociales plantean nuevas circunstancias sobre las cuales aplicar principios establecidos”. Y dentro de estos principios establecidos mencionan:

1. Cualquier información personal en poder o bajo el control de un profesional de la salud debe ser protegida en todo momento de manera segura y apropiada contra el acceso indebido, filtración o pérdida.
2. El profesional de la salud debe desarrollar y mantener una acabada comprensión de su responsabilidad en la gestión de la información.
3. El profesional de la salud debe saber qué datos del paciente debe comprometerse a preservar y ayudar a cumplir con leyes que prote-

* *Fabian.Vitolo@nobleseguros.com. Director Relaciones Institucionales y Servicios Médicos. NOBLE Compañía de Seguros.*

gen los derechos del paciente al respecto.

4. El profesional de la salud debe compartir información relevante sólo vinculada a la atención directa del paciente, a no ser que este último no lo haya objetado expresamente.

5. Cuando resulte apropiado, el profesional de la salud debe solicitar y obtener el consentimiento escrito para revelar datos personales del paciente con fines ajenos a su atención directa o de auditoría clínica, a no ser que la revelación sea requerida por ley o sea en bien del interés público.

6. El profesional de la salud debe informar a los pacientes de cualquier revelación de datos personales que planea realizar y que ellos razonablemente no esperan. Se debe mantener un registro de la discusión por la cual se plantea revelar la información y la información que se descubre.

7. El profesional de la salud debe respetar y brindar siempre asistencia a las partes que desean ejercitar su derecho a estar informados sobre el uso que se dará a la información que brindan y de cómo acceder a una copia de la misma.

Estos principios generales deberían ser tenidos siempre en cuenta por los profesionales de la salud que buscan mantener un adecuado equilibrio entre la confidencialidad y la revelación de datos del paciente, ambas en su propio beneficio.

Según el mismo Consejo Médico Británico, los profesionales pueden revelar y compartir información del paciente a terceras partes en cualquiera de las siguientes circunstancias:

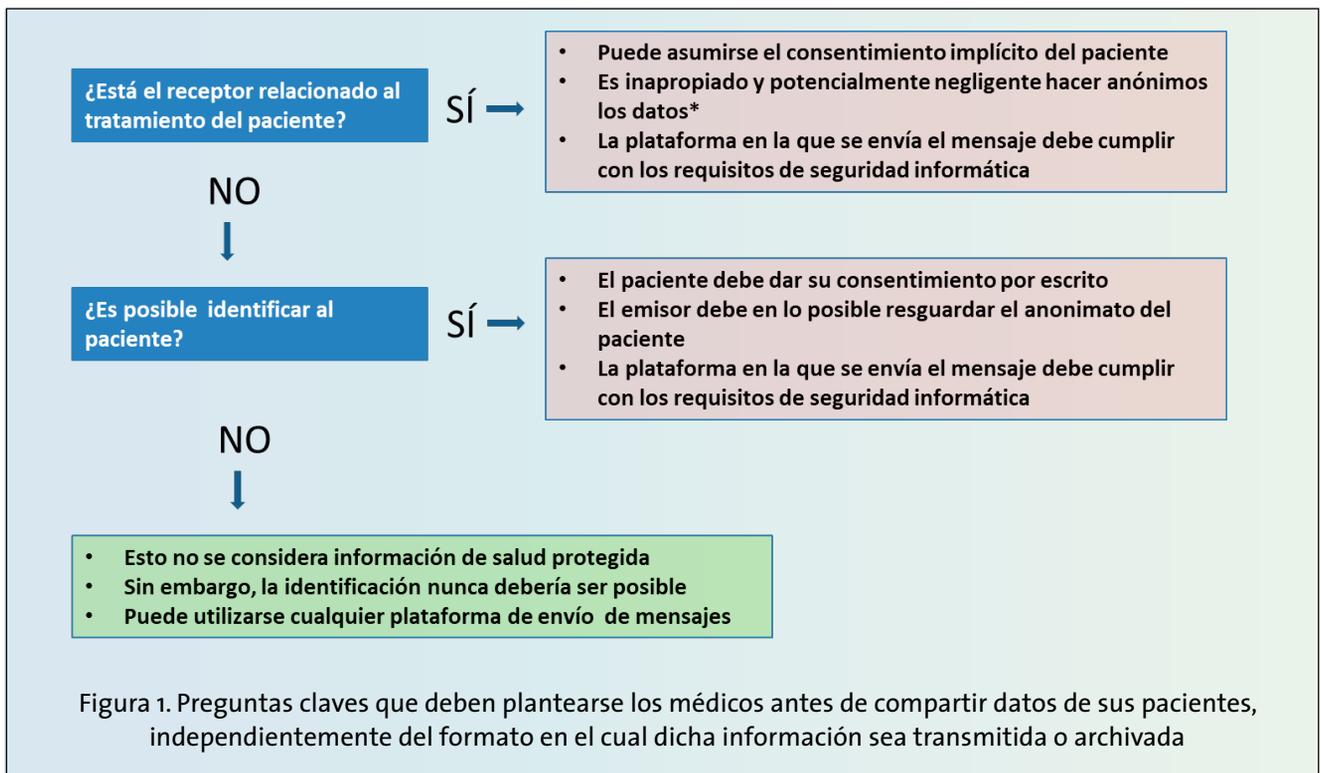
1. El consentimiento puede darse por implícito cuando la información se comparte con las personas involucradas en la atención del paciente o debe ser revisada con fines de auditoría clínica.
2. Cuando se ha obtenido el consentimiento explícito del paciente.
3. Cuando la información se revela o comparte en beneficio de pacientes que carecen la capacidad de consentir.
4. Cuando la revelación de la información es de interés público-sanitario.

En definitiva, los profesionales de la salud pueden compartir información del paciente por este medio siempre y cuando se cumplan los principios de confidencialidad establecidos (algo muy difícil con el desarrollo actual del WhatsApp) o cuando se presentan los criterios que relevan al profesional del secreto médico.

Cuando el médico considera que lo mejor para el paciente es compartir su caso (información, imágenes) con otros colegas o especialistas, resulta importante establecer si se requiere o no el consentimiento del paciente para hacerlo. Lo primero que el médico debe determinar es si el profesional que recibirá la información tiene o no una relación profesional existente con el paciente. Esto es lo que determinará en definitiva si se requerirá su consentimiento. Lo segundo a considerar es si la "anonimización" de los datos del paciente cuando recaba la opinión de un colega, al no identificarlo efectivamente, no sería inapropiada y potencialmente negligente. Este segundo aspecto se enfatiza a la luz de la creencia generalizada de que el envío de datos e imágenes en forma anónima es siempre la forma más apropiada de utilizar medios sociales como el WhatsApp con fines profesionales, cuando no se quiere violar el secreto médico.

El siguiente gráfico detalla las preguntas que deberían responderse y los pasos que deberían seguir los médicos que desean compartir datos del paciente con colegas.

Habiendo abordado las circunstancias en las cuales los profesionales pueden revelar y compartir entre ellos información de los pacientes, es importante considerar si la información compartida por WhatsApp debe considerarse parte de la historia clínica. La ley argentina sobre derechos del paciente (Ley N° 26.529) define a la misma como el "*documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud*". Estas actuaciones incluyen opiniones de especialistas, interpretación de las imágenes, etc. Por lo tanto, mucha de la información que se intercambia por WhatsApp puede considerarse parte de la información sanitaria que está prote-



Fuente: Mishcon de Reya. White Paper on the use of social media messaging services by medical professionals under UK law. December 2017

gida por ley, debiendo cumplir con los requisitos que allí se establecen en términos de confidencialidad, integridad y conservación. Esto no significa que la información deba almacenarse en el historial de la red social, sino que la información allí volcada debe ser de alguna forma capturada y documentada en la historia clínica del paciente. Al igual que lo que ocurre actualmente con las consultas “de pasillo” queda a criterio del profesional tratante establecer qué parte de la información intercambiada por WhatsApp debería registrarse formalmente en la historia clínica.

DENGUE EN PACIENTES CON SÍNDROME FEBRIL INESPECÍFICO EN EL HOSPITAL ORLANDO ALASSIA, SANTA FE

*Dengue in patients with non-specific febrile syndrome at the hospital
Orlando Alassia, Santa Fe*

Claudia Müller, Juliana Bergero, Alejandro Molet, Nicolás Morello, Gustavo Ezcurra

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL. HOSPITAL DR. ORLANDO ALASSIA

Resumen

El dengue es una enfermedad causada por un virus homónimo de la familia Flaviviridae, siendo actualmente la arbovirosis más importante en nuestro planeta, causando alrededor de cinco millones de infecciones anuales. En Argentina se presenta de forma epidémica estacionaria, produciendo en los últimos años un incremento sin precedente en las cifras de población afectada. El objetivo del presente trabajo fue analizar la prevalencia del dengue en pacientes pediátricos, que concurren a consulta, por síndrome febril agudo inespecífico, en el Hospital Doctor Orlando Alassia de la ciudad de Santa Fe, en el período comprendido entre enero 2014 y junio 2023. Se realizó un estudio analítico observacional, retrospectivo, presentando en primera instancia las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con diagnóstico de dengue. Posteriormente, se analizaron las variables de internación y mortalidad en relación con el sexo, edad, riesgo social, comorbilidades, hemoconcentración, trombocitopenia e hipertransaminasemia. Se computaron 56 casos pediátricos. La manifestación clínica más frecuente fue la fiebre, seguida por las náuseas y vómitos. Las alteraciones de laboratorios fueron trombocitopenia, leucopenia, neutropenia, hipertransaminasemia y linfocitosis. 11 pacientes tuvieron dengue con Signos de alarma. Se internaron 14 pacientes, con una media de 8,4 días de internación. No se registraron óbitos. Se halló relación significativa entre la evolución y la presencia de comorbilidades ($p=0,004$). Se concluyó que el reconocimiento de signos de alarma,

control hematológico y comorbilidades asociadas resulta fundamental para detectar aquellos con riesgo de desarrollar dengue grave y ofrecerles tratamiento de soporte de forma precoz.

Palabras clave: dengue; fiebre; pediatría; epidemias; endemia.

Abstract

Dengue is a disease caused by a virus of the same name from the Flaviviridae family, currently being the most important arbovirus on our planet causing around five million of annual infections. In Argentina, it occurs in a stationary epidemic form, producing in recent years an unprecedented increase in the numbers of the affected population. The objective of this work was to analyze the prevalence of Dengue in pediatric patients, who attended consultation, due to non-specific acute febrile syndrome, at the Doctor Orlando Alassia Hospital in the city of Santa Fe, in the period between January 2014 and June 2023. A retrospective, observational analytical study was carried out, first presenting the clinical and laboratory characteristics of patients diagnosed with Dengue. Subsequently, the hospitalization and mortality variables were analyzed in relation to sex, age, social risk, comorbidities, hemoconcentration, thrombocytopenia and hypertransaminasemia. 56 pediatric cases were computed. The most common clinical manifestation was fever, followed by nausea and vomiting. Laboratory abnormalities were thrombocytopenia, leukopenia, neutropenia, hypertransaminasemia and lymphocytosis. 11 patients had Dengue with Warning Signs. 14 patients were computed, with an average of 8.4 days of hospitalization. No deaths were recorded. A significant relationship was found between the evolution and the presence of comorbidities ($p=$

ORCID 0009-0004-1428-7724. cmuller2899@gmail.com

ORCID 0009-0006-1906-7346

ORCID 0009-0005-0533-1399

ORCID 0009-0005-5978-1985

ORCID 0009-0006-9256-8534

0.004). It was concluded that the recognition of warning signs, hematological control and associated comorbidities is essential to detect those at risk of developing Severe Dengue and offer them early support treatment.

Keywords: dengue; fever; pediatrics; epidemics; endemic.

Introducción

El dengue, es una enfermedad viral causada por un virus homónimo del género *Flavivirus*, familia *Flaviviridae*, del que se conocen cuatro serotipos DENV1, DENV2, DENV3 y DENV4, transmitidos al humano principalmente por el mosquito hembra de la especie *Aedes Aegypti*, al momento de alimentarse de su sangre (Casartelli Vall et al., 2023).

Históricamente, la transmisión del dengue se producía en áreas urbanas y semiurbanas, de regiones tropicales y subtropicales. Sin embargo, en las últimas décadas se ha expandido significativamente hasta afectar a poblaciones de climas templados (López et al., 2021). Múltiples factores, humanos y medioambientales, intervinieron en la diseminación del *Aedes Aegypti* fuera de las áreas endémicas previamente conocidas (Alvarado Prado y Nieto López, 2019).

Desde entonces, la enfermedad se presenta con un comportamiento estacionario, con el surgimiento de epidemias, en los meses cálidos y lluviosos. De forma tal que, mientras en el hemisferio Sur las epidemias ocurren durante la primera mitad del año, en el hemisferio Norte, se producen mayormente en la segunda mitad (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

La presencia del dengue en el continente americano se remonta a hace dos siglos, siendo documentado por primera vez mediante análisis de laboratorio en el año 1963 (Cuenca del Caribe y Venezuela). Previamente a la década del 60, los brotes se presentaban con una periodicidad de 10 o 20 años, con ulterior reducción del período interepidémico entre 3 a 5 años. Para la década de 1980 el problema se extendió geográficamente por América del Sur, afectando Bolivia (1987),

Paraguay (1988), Perú (1990) y Argentina (1997). De modo que, actualmente, todos los países de la región de las Américas tienen la enfermedad o están en peligro inminente de que aparezca (Sociedad Argentina de Pediatría, 2016a).

DENV fue erradicado de Argentina a mediados del siglo XX debido, en parte, al éxito de los programas de control del vector. Sin embargo, en 1998 se reportó la primera transmisión autóctona desde su erradicación, con un brote epidémico posterior en el norte subtropical del país. Tras el resurgimiento, numerosas epidemias se sucedieron en los meses más cálidos y siempre estrechamente relacionados con brotes en países vecinos.

Entre enero y mayo de 2009 se confirmaron 25.989 casos de dengue. Produciéndose, por primera vez, brotes de dengue en su región central de clima templado impulsados por la presencia del mosquito *Aedes Aegypti* en áreas urbanas, afectando especialmente a las provincias de Córdoba, Buenos Aires y Santa Fe. Durante este año, Santa Fe enfrentó su mayor epidemia de dengue hasta la fecha lo que se replicó en gran parte del país, con casos autóctonos en 17 de las 23 provincias (López et al., 2021). Los departamentos más afectados fueron 9 de Julio, con 141 casos, seguido por Rosario 106 casos y San Cristóbal 97 (Dirección provincial de epidemiología por elaboración propia, con datos extraídos de SNVS 1.0, SNVS 2.0, SASIPRO y Municipalidad de Rosario).

Posteriormente, a pesar de la existencia de registros anuales de casos confirmados de la enfermedad, las grandes epidemias registradas se sucedieron con una periodicidad de 2 a 3 años.

De esta manera, en el año 2016 los casos notificados entre la semana epidemiológica [SE] 1 y 25, superaron en un 53% a los registrados en el 2009 para el mismo período. Siendo, en esta oportunidad, las regiones del NEA, NOA y Centro, las principales afectadas. (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

En el transcurso del 2019-2020 se registraron 58.889 casos confirmados, lo que significó un incremento del 40,5% en la incidencia acumulada del período comprendido entre 2015-2016, con mayoría de casos autóctonos. (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Cabe destacar que, en 2019 se registraron por primera vez muertes por dengue grave con un total de 5 fallecidos. Demográficamente, las provincias del noroeste argentino notificaron nuevamente la mayor incidencia de casos (Brathwaite Dick et al., 2012).

Por último, hasta la semana epidemiológica 14 de 2023 se registraron en Argentina 41.257 casos de dengue de los cuales 37.914 corresponden a casos autóctonos, tan solo 586 presentaban antecedentes migratorios (importados), y en 2.757 casos, no se logró establecer el origen.

Los casos acumulados registrados hasta mediados de 2023 muestran una tendencia creciente en relación dos años previos (2021-2022) y -comparando con las dos epidemias previas- se encuentran un 27% y 48% por encima de los registrados para el mismo periodo en 2016 y 2020, respectivamente. Dentro de las 15 jurisdicciones que confirmaron la circulación autóctona del dengue, Santa Fe se encuentra persistentemente entre las afectadas en la región Centro (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

En los boletines epidemiológicos analizados se observó que la afectación por dengue presenta una distribución homogénea, entre las personas de 15 a 65 años. No obstante, la incidencia y las características clínicas en niños y adolescentes se reportan con menor frecuencia. Esto sugiere que, aunque la población adulta es la principal afectada, es importante no subestimar el impacto de la enfermedad en la población infantil, ya que, sus presentaciones clínicas pueden ser distintas y requieren atención específica (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

El dengue puede cursar con una amplia variedad de presentaciones clínicas, que van desde formas subclínicas o leves, hasta manifestarse en formas graves, pudiendo llegar al shock o falla multiorgánica. En los menores de 2 años, la enfermedad a menudo se presenta de manera asintomática o con síntomas poco específicos, como fiebre, astenia, anorexia, odinofagia y rash, lo que dificulta su diagnóstico (Sociedad Argentina de Pediatría, 2020b).

Además, diferentes estudios han demostrado que los síntomas gastrointestinales frecuente-

mente acompañan el cuadro clínico, particularmente en niños pequeños.

Una breve aproximación es el análisis descriptivo realizado con 1481 pacientes, con diagnóstico clínico y serológico de infección por virus dengue, que asistieron a diversos centros asistenciales del estado Zulia-Venezuela durante el año 2010. Los mismos, fueron clasificados en dengue sin signos de alarma (DSSA), dengue con signos de alarma (DCSA), y dengue grave (DG). Los resultados mostraron que un alto porcentaje de pacientes presentaba síntomas gastrointestinales: 65.7% en DSSA, 92.5% en DCSA y 100% en DG.

Entre los SSGI las náuseas/vómitos ocuparon el primer lugar, registrándose en el 62,80% de los pacientes estudiados, seguido por dolor abdominal en un 44,68% y diarrea 26,15%; todos éstos con un incremento significativo con respecto a los de más signos y síntomas analizados como melena en 3,05%, hematemesis y hepatomegalia con 2,16%. No se encontraron diferencias significativas en la distribución de síntomas gastrointestinales, en relación con el género o grupo etario, aunque, se observó una tendencia a mayor frecuencia de náuseas/vómitos en lactantes con DCSA (Durán et al., 2013).

Dada la elevada frecuencia de estas presentaciones inespecíficas, el antecedente epidemiológico resulta fundamental para la sospecha clínica de la infección. Concomitantemente, la presencia de predictores tempranos de la enfermedad, tales como, la ausencia de síndrome pseudogripal, el eritema facial y la leucopenia igual o menor a 4.500/mm³, en un paciente con síndrome febril inespecífico, orienta al diagnóstico (Sociedad Argentina de Pediatría, 2020b).

Por otra parte, se han reportado diferencias clínicas en la presentación del dengue entre niños y adultos. En los primeros la enfermedad se manifiesta frecuentemente en forma de vómitos, petequias y rash cutáneo. Mientras que, en los adultos los síntomas predominantes fueron cefaleas, artralgias, dolor retro orbitario, mialgias, dolor abdominal y manifestaciones hemorrágicas. Estos hallazgos podrían estar relacionados con la dificultad en la identificación de los signos y sín-

tomas en los pacientes pediátricos.

En cuanto a las alteraciones de laboratorio, independientemente del grupo etario, más frecuentemente registradas son la trombocitopenia, hemoconcentración e hipertransaminasemia a predominio de la Alanina Aminotransferasa (ALAT). Estos parámetros son fundamentales para el diagnóstico y manejo del dengue, ya que, pueden correlacionarse con el agravamiento de la infección y la necesidad de intervención clínica adecuada. (De Souza et al., 2013).

En lo que respecta al manejo terapéutico de la enfermedad, es crucial la detección precoz de aquellos pacientes en riesgo de progresar a formas graves, caracterizadas principalmente por la presencia shock hipovolémico, dificultad respiratoria, hemorragias graves y/o daño multiorgánico. En este contexto, el estudio DENCO ha sido fundamental estableciendo un sistema unánime de clasificación de severidad que considera comorbilidades, signos de alarma presentes en los enfermos veinticuatro horas previas al agravamiento del cuadro, y otros indicios de dengue grave. Según los criterios establecidos, algunos de los principales signos y síntomas de alarma incluyen el dolor abdominal, vómitos persistentes, sangrado mucoso, alteración en el estado de conciencia, hepatomegalia y hemoconcentración. Esta distinción facilita el reconocimiento de los pacientes que se beneficiarían con la reposición precoz de líquidos por vía intravenosa, mejorando sustancialmente su pronóstico (Ávila et al., 2009).

Asimismo, en una revisión publicada por la Sociedad Argentina de Pediatría se identifican varios factores predictores de complicación en la enfermedad. Entre ellos, se destacan el patrón bifásico de fiebre, la hemoconcentración, un recuento plaquetario inferior a 50,000 plaquetas y la elevación de transaminasas. También, se subraya la importancia de ciertos hallazgos clínicos, como hepatomegalia, vómitos incoercibles y hemorragias menores, como indicadores tempranos de gravedad. Estos elementos son cruciales para el manejo clínico y la toma de decisiones en la atención de pacientes con dengue.

En el análisis de los pacientes que requirieron

manejo terapéutico en internación por dengue, se observó que el promedio de días de hospitalización fue relativamente breve, siendo de aproximadamente tres días. Esta corta duración sugiere que, con una detección y manejo adecuados, muchos pacientes pueden estabilizarse rápidamente y recuperarse de la enfermedad sin complicaciones severas. Sin embargo, es esencial mantener una vigilancia continua para identificar aquellos casos que puedan evolucionar hacia formas más graves y requerir intervenciones más intensivas. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2020).

Finalmente, dada la situación epidemiológica actual del dengue, es crucial abordar el desconocimiento sobre el número real de casos en la población infantil y las características de la enfermedad en este grupo etario.

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de dengue, describir la distribución de frecuencia de las manifestaciones clínicas y alteraciones del laboratorio, e identificar la relación entre diferentes variables, como la evolución clínica y la mortalidad, en función del sexo, la edad, el riesgo social, las comorbilidades, y los hallazgos de hemoconcentración, trombocitopenia e hipertransaminasemia. Estos datos son fundamentales para mejorar el diagnóstico, el manejo y la prevención del dengue en niños, así como, para fortalecer las estrategias de salud pública en la región.

Materiales y Métodos

Estudio analítico retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes, de entre 0 días de vida y 14 años, con diagnóstico presuntivo de síndrome febril agudo inespecífico, que fueron atendidos durante enero de 2014 y junio de 2023 en el Hospital Doctor Orlando Alassia de Santa Fe.

Los datos se obtuvieron a partir de los registros hospitalarios por lo que no implicó riesgos para los pacientes.

Fueron excluidos de este estudio, aquellos pacientes en los cuales, su historia clínica y/o ficha epidemiológica se encontraba incompleta, como también, todos aquellos cuya condición clínica no fuera establecida como diagnóstico presuntivo de

síndrome febril agudo inespecífico, a excepción de un paciente con diagnóstico por nexo epidemiológico, pero que no presentó el signo fiebre. Se decidió no considerar, para el análisis de los resultados de esta investigación, a una paciente con diagnóstico concomitante de leucemia aguda, a razón de no poder establecer de forma certera si la duración de su tiempo en internación (43 días) y hallazgos clínicos observados, fueron debido a su patología previa o a la enfermedad del dengue.

Se solicitó autorización al comité de Docencia e Investigación del Hospital para el acceso a historias clínicas y fichas epidemiológicas, relevando datos de: sexo, edad (expresada en años, realizándose la distinción entre menores de 2 años de vida, es decir "lactantes" y mayores de 2 años), lugar de origen (localidad), clínica, analítica sanguínea, método diagnóstico (confirmación por laboratorio o nexo epidemiológico), comorbilidad (NO/SI), riesgo social (NO/SI como probabilidad de ocurrencia de un peligro social determinado por el servicio de trabajo social del efector), signos de alarma (dolor abdominal intenso y sostenido; vómitos persistentes; derrame seroso detectado por la clínica, laboratorio o por técnicas en imágenes; sangrado mucoso; cambios en el estado mental (somnolencia o irritabilidad); hepatomegalia (medida a más 2 cm del reborde costal); incremento brusco de hematocrito acompañado de trombocitopenia); manejo (tratamiento ambulatorio/internación), evolución (días de internación) y desenlace (alta/óbito).

A partir a la información obtenida se categorizó a los pacientes de acuerdo con la clasificación clínica (dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma y dengue grave) según Guía para el Equipo de Salud (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2016).

Toda esta información obtenida fue tratada según los procedimientos para garantizar los aspectos bioéticos de la investigación, asegurando el anonimato de los pacientes, y teniendo acceso a los mismos sólo el equipo de investigación.

Primeramente, se determinó la prevalencia de dengue en la muestra, considerando a los pacientes con diagnóstico confirmado por laboratorio o

nexo epidemiológico. A continuación, se procedió a describir las características clínicas y de laboratorio de los pacientes en la institución. Luego, se obtuvo la proporción de pacientes que recibieron tratamiento ambulatorio versus aquellos que requirieron hospitalización y se calculó la media de duración (días) de dicha internación.

Posteriormente se contrastó la evolución de los pacientes que requirieron internación en función del sexo, edad, riesgo social, comorbilidades conocidas, hemoconcentración, trombocitopenia e hipertransaminasemia.

Finalmente, algunos de los resultados obtenidos del análisis fueron contrastados con el trabajo de Berberian et al., realizado en el Hospital Garrahan durante los períodos comprendidos entre 2015-2016 (Período I), y 2019-2020 (Período II).

Los datos obtenidos fueron introducidos a una base de datos procesados con el software estadístico R versión 4.3.0, mediante test de hipótesis ($\alpha = 0,05$), para el análisis de los mismos.

Las variables cualitativas serán descriptas utilizando porcentajes y para las cuantitativas se utilizarán promedios y desviación estándar.

Resultados

De un total de 383 pacientes con diagnóstico de síndrome febril agudo inespecífico, 14,6% (n=56) fueron casos de dengue, de los cuales 46,4% (n = 26) tuvieron confirmación por laboratorio virológico y 53,6% (n=30) por nexo epidemiológico.

La edad media y la desviación estándar de los pacientes analizados fue de 9,3 y 3,8 años respectivamente, con un rango correspondiente de entre [5 meses a 14 años] de edad. 57,1% (n=32) pacientes con dengue fueron de sexo masculino.

La Tabla 1 de distribución de frecuencia, refleja en orden decreciente de presentación, las manifestaciones clínicas en los pacientes con diagnóstico de Dengue, mediante nexo epidemiológico o confirmación virológica.

El 19,6% (n=11) fueron dengue con signos de alarma. En la tabla 2 se muestra la distribución de signos y síntomas en pacientes con diagnóstico de dengue con signos de alarma.

Tabla 1: Frecuencia de manifestaciones clínicas en pacientes con diagnóstico de Dengue entre Enero 2014 - Junio 2023

Manifestaciones clínicas	n = 56 (%)
Fiebre	98.2% (n=55)
Náuseas y vómitos	21.4% (n=12)
Cefalea	12,5% (n=7)
Rash	12,5% (n=7)
Diarrea	8.9% (n=5)
Mialgias	7% (n=4)
Malestar general	5.4% (n=3)
Dolor articular	5.4% (n=3)
Inyección conjuntival	3.6% (n=2)
Dolor retroocular	1.8% (n=1)

Fuente: elaboración propia

Tabla 2: Frecuencia de signos y síntomas graves en pacientes con diagnóstico de dengue con signos de alarma

Signos de alarma	n=11 (%)
Epistaxis	54.6% (n=6)
Petequias mucocutánea	27,3% (n=3)
Vómitos	18.2% (n=2)
Dolor abdominal	18,2% (n=2)
Nivel de conciencia alterado	18,2% (n=2)
Hemoconcentración	18,2% (n=2)
Encefalitis	18,2% (n=2)
Shock hipovolémico	18,2% (n=2)
Insuficiencia respiratoria	9,1% (n=1)
Derrame pericárdico	9,1% (n=1)
Derrame pleural	9,1% (n=1)
Hematuria	9.1% (n=1)

Fuente: elaboración propia

Se analizaron 23 informes de laboratorios completos: el hallazgo más frecuente fue la trombocitopenia 78,3% (n=18). Un 43,5% (n=10) presentó

leucopenia; 30.4% (n=7) neutropenia; 30,4% (n=7) hipertransaminasemia; y 26,1% (n=6) presentó linfocitosis.

Se internaron el 25% de los pacientes (n =14); de los cuales 57,1% (n=8) fue por presentar dengue con signos de alarma; 35,7% (n=5) por comorbilidades y 7,1% (n=1) por alteraciones del laboratorio (trombocitopenia y neutropenia).

La media de internación y la desviación estándar de los pacientes analizados fue de 8.4 y 9 respectivamente, con un intervalo de confianza correspondiente a (IC95%: 3,2;13,6 días), siendo la mínima de 2 días y la máxima de 36 días.

Por otra parte, la media de días de internación y desviación estándar para lactantes fue de 18.6 y 15 (IC95% -18.7;56) pertinentemente, mientras que para infantes fue del 5.6 y 4.5 (IC95% 2,6;8,7), empero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,300$). Se observó la presencia de un caso atípico dentro de los lactantes de 36 días de internación.

En cuanto al análisis de la variable evolución en relación a la presencia de comorbilidades asociadas, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa correspondiente a ($p=0,004$). Presentando así una media de días de internación y desvío estándar de $7.4 \pm 4,9$ [2,17] en pacientes con comorbilidades previas, respecto de aquellos sin comorbilidades $1,1 \pm 5,3$ [0, 36]. La Figura 1, sintetiza la proporción de pacientes internados según presencia o no de comorbilidades.

No se hallaron diferencias significativas entre las medias de días de internación (evolución) según: sexo ($p= 0,930$), riesgo social ($p= 0,130$), hemoconcentración ($p= 0,670$), trombocitopenia ($p= 0,590$) e hipertransaminasemia ($p= 0,180$).

Por último, todos los pacientes tuvieron el alta médica y no se registraron óbitos.

Discusión

No se encontró diferencia significativa respecto a la prevalencia de dengue confirmada por laboratorio hallada en nuestra publicación sobre la base de casos sospechosos de dengue, correspondiente a un 46,4% (n= 26) y los pacientes con sospecha de

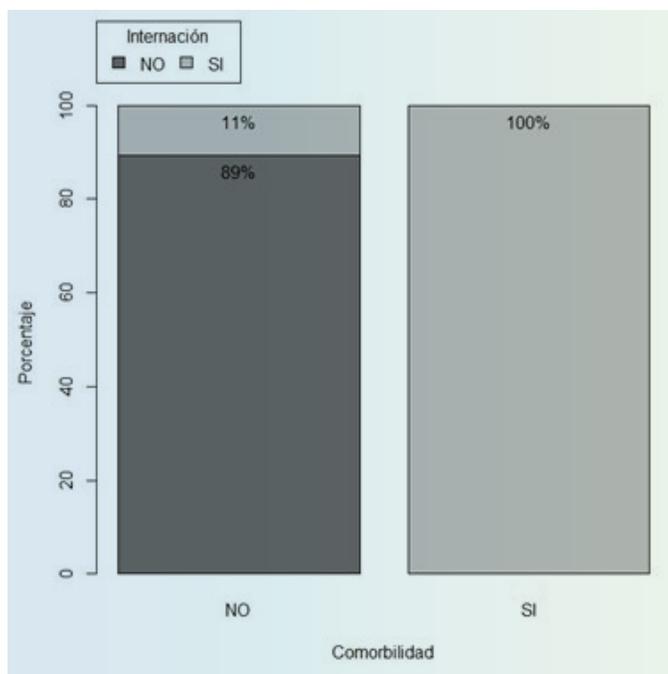


Figura 1: Proporción de pacientes internados según presencia o no de comorbilidades

dengue analizada, en la investigación del Hospital Garrahan durante los períodos comprendidos entre 2015-2016 (Período I) y 2019-2020 (Período II), con un p valor de 0,46 para ambos períodos. Dicho estudio incluyó 597 pacientes con sospecha de dengue, de los cuales el 40% (n= 239) tuvieron confirmación virológica por laboratorio, 112 (47%) correspondiente al Período I y 127 (53%) pertenecientes al Período II (Berberian et al., 2022).

Sin embargo, si consideramos aquellos pacientes cuyo diagnóstico fue realizado por nexo epidemiológico, la prevalencia incrementa a un 53,6% (n = 30). De este modo, en concordancia a lo expuesto por el comité de Infectología, de la Sociedad Argentina de Pediatría (2020), el nexo epidemiológico en el presente trabajo fue clave en la anamnesis para el diagnóstico de la enfermedad, ya que el síntoma más frecuente y común en todos los casos fue la fiebre, poco específica en general. Otras manifestaciones clínicas, como vómitos, cefaleas, rash y diarrea, fueron menos frecuentes y no se identificaron signos y síntomas adicionales que permitieran distinguir al dengue de otras enfermedades (Sociedad Argentina de pediatría, 2020).

Los signos de alarma más frecuentes observa-

dos en los pacientes fueron los sangrados mucosos, los cuales se correlacionaron con la trombocitopenia, un hallazgo de laboratorio prevalente en este estudio. Aunque, si bien existen estudios que analizan en profundidad las alteraciones hematómicas asociadas al dengue, esta investigación no tiene como objetivo ahondar en esos aspectos. No obstante, el reconocimiento de estos signos de alarma es fundamental, ya que su presencia puede indicar un riesgo elevado de complicaciones y requiere una atención médica inmediata para asegurar un manejo adecuado y oportuno de los pacientes (Casartelli Valli et al., 2023).

La media de días de internación fue estadísticamente más alta (7.4 días), comparada con la observada en el Hospital Garrahan (2 días) para ambos períodos. Como así también, se demostró una diferencia significativa en el análisis de ambos intervalos temporales: obtuvo $p = 0,010$ para el período 2015-2016 (media: 2 días) y $p=0.020$ en el período 2019-2020 (media: 3 días).

A su vez, evidenció que, en el Período I la hospitalización fue más frecuente, pero con tiempos más cortos de estadía con una media de 2 días (1-4), en relación al Período II con una media de 3 días (2-6).

Cabe destacar que, en la presente investigación, los pacientes con estadías más prolongadas en internación fueron los lactantes (menores de 2 años) o pacientes que desarrollaron dengue grave. Esta tendencia sugiere que los lactantes y los casos más severos requieren atención más intensiva y, por lo tanto, son propensos a una mayor duración de la hospitalización. A su vez, resalta la importancia de una vigilancia cuidadosa y un manejo proactivo en estos grupos de alto riesgo, para mejorar los resultados clínicos y minimizar complicaciones.

En cuanto a las relaciones halladas, sólo se obtuvo como resultado una diferencia significativa, entre la presencia de comorbilidades y a aquellos pacientes que tuvieron una mayor media de días de internación.

Las estrategias de prevención y control son tan fundamentales como el adecuado registro epidemiológico para el control de la enfermedad. A

mediados del siglo XX, el Ministerio de Salud de la Nación, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), implementaron un exitoso plan de erradicación *Aedes Aegypti*, logrando la eliminación del vector en 1962. Sin embargo, a finales de 1980 se produjo la reinfestación del mosquito, impulsada por el crecimiento poblacional en áreas urbanas, procesos migratorios entre distintas localidades y condiciones ambientales favorables en el centro y norte del país, lo que facilitó brotes epidémicos explosivos. Además, la reincidente inestabilidad económica, junto con la extrema polarización de los recursos jugaron un papel relevante en la reemergencia del dengue (De la Salle, 2008).

Desde entonces, a pesar de las numerosas campañas para erradicar el mosquito vector, este continúa reapareciendo, lo que se ha traducido en un aumento anual en la prevalencia de pacientes infectados. Esto, a su vez, conlleva un mayor riesgo de casos graves y, potencialmente, de fallecimientos.

En este contexto, es crucial concluir que, dado que no existe una terapia específica para el dengue, es vital intensificar los esfuerzos para reconocer a los niños con comorbilidades y signos de alarma. Esta identificación temprana es esencial para detectar a aquellos pacientes en riesgo de desarrollar dengue grave. Permitiendo, de este modo, instaurar tratamientos de soporte precoces y realizar controles hematológicos seriados, lo que podría mejorar significativamente el pronóstico y la atención de estos pacientes.

Conclusiones

La edad media de los pacientes afectados fue de 9 años con un rango de 5 meses a 14 años, a predominancia del sexo masculino. Entre los signos y síntomas que más frecuentemente integraron el síndrome febril, se encontraban en primer lugar las náuseas y vómitos, seguidos de cefalea y rash en idéntica proporción, con diarrea y mialgias en último término. En lo que respecta a los signos de alarma, la presencia de vómitos incoercibles, dolor abdominal intenso, alteración del estado de conciencia y hemoconcentración se evidenciaron

en una magnitud semejante empero inferior a las hemorragias mucocutáneas, siendo éstas últimas manifestadas en mayor proporción. Las alteraciones de laboratorio detectadas, orden decreciente de frecuencia, fueron la trombocitopenia, sucedida por leucopenia, neutropenia e hipertransaminasemia en exacta dimensión y finalmente linfocitosis. La media de días de internación fue de 8,4 días con un mínimo de 2 días y un máximo atípico de 36 días. Se observaron diferencias estadísticamente significativas al contrastar evolución en relación a la presencia de comorbilidades asociadas. No se registraron decesos por la enfermedad.

Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de nuestra tutora Méd. Andrea Petean, que desinteresadamente dedicó su tiempo y ayuda en la investigación. Como así también, queremos realizar una mención especial a la Profesora Marisa Giannotti por su interminable paciencia y dedicación en la corrección del presente trabajo.

Finalmente, agradecemos al personal del Hospital Doctor Orlando Alassia, por brindarnos información necesaria para realizar el análisis.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Consentimiento Informado

Se contó con la autorización del Comité de Docencia de Investigación del Hospital Dr. Orlando Alassia para el acceso a la base de datos de Historias clínicas de la institución.

Referencias

- Alvarado-Prado, R. y Nieto Lopez, M. (2019). Factores socioeconómicos y ambientales asociados a la incidencia de dengue: estudio ecológico en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 28(2), 227- 238. ISSN 1409-1429.
- Ávila, A. Gómez Carrillo, M. Biscayart, C. Camera, L. Laube, G. Orduna, T. Bossio, J. Moral, M. Vizzoti, C. Valdez Rojas, J. Devoto, S. San Juan, J. Seijoó, A. Enría, D. Torres Martinez, E. Báez, E. y Pleites, E.(2009). Guía preliminar en revisión de dengue para el equipo de salud. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/Anexo-6-Guia-dengue-02-09.pdf>
- Berberian, G. Perez, G. Mangano, A. Borgia, D. Buchovsky, A. Costa, M. Fabbri, C. Victoria, L. Mistchenko, A. Deschutter, V. Botana, C. Martinen, S. Brizuela, M. Arias, A. Rosanova, M. (2022). Dengue beyond the tropics: a time-series study comprising 2015-2016 versus 2019-2020 at a children's hospital in the City of Buenos Aires. *Archivos Argentinos de Pediatría* 120 (6), 384-390. Doi: 10.5546/aap.2022.eng.384.
- Brathwaite Dick, O. San Martín, J. L. Romeo H. Montoya, J. Del Diego, J. Zambrano, B. y Dayan, G. (2012). The History of Dengue Outbreaks in the Americas. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 87(4), 584-593. Doi: 10.4269/ajtmh.2012.11-0770.
- Casartelli Vall, D., Godoy Sánchez, L. y Mesquita Ramírez, M. (2023). Características de la Fiebre Dengue en niños menores de 6 meses, un estudio retrospectivo. *Pediatría (Asunción)*, 50(1), 20-26. Epub Abril 1. Doi:10.31698/ped.50012023005.
- De la Salle, J. B. (2008). Re-emergence of dengue in Argentina: Historical development and future challenges. *Dengue Bulletin*, 32 (6), 44-54. ISSN: 1020-895X.
- Souza, L. J. Bastos Pessanha, L. Carvalho Mansur, L. Assed de Souza, L. Barbosa Tãmega Ribeiro, M. y do Vale da Silveira, M. (2013). Comparison of clinical and laboratory characteristics between children and adults with dengue. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 17(1), 27-31. Doi: 10.1016/j.bjid.2012.08.020.
- Durán, A. Ochoa, E. Alcocer, S. Gómez, M. Millano, M. Martínez, O. Maldonado y M. Valero, N. (2013). Frecuencia de signos y síntomas gastrointestinales del dengue. Análisis de una cohorte de 1484 pacientes. *Investigación Clínica*, 54(3), 299-310. ISSN 0535-5133.
- Espinal, M. Andrus, J. Jauregui, B. Hull Waterman, S. Morens, D. Santos, J. Horstick, O. Ayana Francis, L. y Olson, D. (2019). Emerging and Reemerging Aedes-Transmitted Arbovirus Infections in the Region of the Americas: Implications for Health Policy. *American Journal of Public Health*, 109(3), 387-392. Doi: 10.2105/AJPH.2018.304849.
- Gómez Marrugo, D. Causil Garcés, C. Pinzón Redondo, H. Suárez Causado, A. y Moneriz Pretell, C. (2014). Caracterización clínica del dengue en un hospital infantil de Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 30 (3), 281-292. ISSN 0120-5552.
- López, M. S. Jordan, D. I. Blatter, E. Walker, E. Gómez, A. A. Müller, G. V. y Estallo, E. L. (2021). Dengue emergence in the temperate Argentinian province of Santa Fe, 2009-2020. *Scientific Data*, 8(1), 1-7. Doi: 10.1038/s41597-021-00914-x.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Boletín integrado de vigilancia* (Dirección nacional de epidemiología y análisis de la situación de salud). (N° 336 – SE46- Noviembre 2016). <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin-integrado-vigilancia-n336-se46.pdf>

- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Boletín integrado de vigilancia*. Edición semanal. (N°493 SE 15 / 2020). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-integrado-de-vigilancia-n493-se15-2020>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Boletín integrado de vigilancia*. Edición semanal. (N°507 SE 31/2020). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-integrado-de-vigilancia-n507-se31-2020>
- Ministerio de Salud de la Nación (2023). *Alerta epidemiológica. Dengue en Argentina: Caracterización epidemiológica, clínica y virológica del brote actual*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/dengue-en-argentina-caracterizacion-epidemiologica-clinica-y-viologica-del-brote-actual>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 14 de Julio). *Expansión geográfica de los casos de dengue y chikungunya más allá de las áreas históricas de transmisión en la Región de las Américas*. <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2023-DON448>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023, 15 de Julio). *El dengue en las Américas alcanza el mayor número de casos registrados en la historia*. <https://www.paho.org/es/noticias/18-11-2019-dengue-americas-alcanza-mayor-numero-casos-registrados-historia>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023, 25 de Enero). *Actualización Epidemiológica Dengue, chikunguña y Zika*. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-dengue-chikunguna-zika-25-enero-2023>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023, 14 de Julio). *Dengue*. <https://www.paho.org/es/temas/dengue#:~:text=Es%20una%20enfermedad%20febril%20que,en%20las%20articulaciones%2C%20y%20sarpullidos>.
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2016 a). *Consenso sobre las enfermedades infecciosas regionales en la Argentina* (Informe del Comité de Infectología). https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dengue_sap2016.pdf
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2016 b). *Informe/Actualización* (Informe del Comité de Infectología). https://www.sap.org.ar/docs/organizacion/comitesnacionales/infecto/Dengue_04-10-16.pdf
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2020 a). *Dengue* (Informe del Comité de Infectología). www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dengue_sap2016.pdf
- Argentina de Pediatría. (2020 b). *Dengue: preocupación por el aumento de casos* (Informe del Comité de Infectología). https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_dengue-04-20_1586865257.pdf

RECONSTRUCCIÓN DEL TENDÓN CUADRICIPITAL CON MALLA DE POLIPROPILENO: REPORTE DE UN CASO

Quadriceps tendon reconstruction with polypropylene mesh: a case report

Martín Abraham; Juan José Dere; Paula Gómez

SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN. SANTA FE

Resumen

El aparato extensor de la rodilla está compuesto por el músculo cuádriceps, el tendón cuadricipital, la rótula, el tendón rotuliano y la tuberosidad anterior de la tibia. La segunda causa más frecuente de su ruptura es la lesión del tendón cuadricipital. Su resolución quirúrgica es todo un desafío en la traumatología.

Palabras clave: Aparato extensor de la rodilla, tendón cuadricipital, traumatología.

Abstract

The knee extensor apparatus is composed of the quadriceps muscle, the quadriceps tendon, the patella, the patellar tendon, and the anterior tuberosity of the tibia. The second most common cause of rupture is injury to the quadriceps tendon. The surgical resolution is a challenge in traumatology.

Keywords: Knee extensor apparatus, quadriceps tendon, traumatology.

Introducción

La lesión del aparato extensor puede ser a nivel óseo o tendinoso. La principal causa es la fractura de rótula, seguido de la rotura del tendón cuadricipital y, finalmente, la rotura del tendón rotuliano¹. Se producen durante una contracción súbita excéntrica de los músculos del cuádriceps con el pie apoyado y la rodilla flexionada, por ejemplo, al intentar recuperar el equilibrio para evitar una caída.

La rotura tendinosa del aparato extensor es poco frecuente, representa el 3% de todas las le-

siones tendinosas. La lesión del tendón cuadricipital se observa en personas mayores de 40 años, con un pico entre los 60 y 70 años, a diferencia de la lesión del tendón rotuliano que es más frecuente en individuos menores de 40 años. Aunque la ruptura del tendón del cuádriceps puede ocurrir en jóvenes, como consecuencia de un traumatismo, usualmente se asocia con patologías concomitantes de tipo degenerativo, endocrino (diabetes y obesidad), reumáticas (gota), uso crónico de corticoides e infeccioso². Esta se produce en la zona hipovascular situada 1 a 2 cm proximal al polo superior de la patela. La inserción tendinosa del tendón del cuádriceps se compone de tres planos: el más superficial contiene el recto femoral, en el plano medio se encuentran el vasto medial y lateral, y el plano más profundo incluye el vasto intermedio. En las roturas crónicas, esta organización de múltiples capas se pierde gradualmente y se produce a retracción de las fibras de colágeno del tendón. Los signos clínicos son: dolor proximal a la rótula, incapacidad para extender activamente la rodilla y un espacio suprapatelar palpable.

La cirugía es el patrón de referencia para el tratamiento de estas lesiones y su objetivo es restaurar la integridad del aparato extensor, disminuyendo las complicaciones asociadas a este cuadro, como la pérdida de la movilidad y la rigidez articular³.

Caso clínico

Paciente masculino de 55 años, con sobrepeso y mecánico de oficio, consulta por impotencia funcional de rodilla derecha con imposibilidad a la extensión de 4 años de evolución al ingreso tras un accidente en la vía pública. Llega a la consulta utilizando muletas, en descarga sobre el miembro inferior derecho. Al examen físico se puede deter-

minar la presencia de un “gap” palpable suprarrotuliano o signo del “hachazo”, atrofia muscular a nivel del músculo cuádriceps e incapacidad para la extensión activa de la pierna y para mantener la extensión contra gravedad, sin afectación a la flexión activa. Los puntos meniscales y las maniobras de cajón anterior y posterior son negativos. El resto del examen físico sin particularidades.

En las radiografías de rodilla derecha, en la cual muestra una inclinación anteroinferior del polo superior de la rótula. Además, se constata el “signo de la patela baja”. La misma se puede determinar por el Índice de Insall-Salvati el cual presenta como resultado un valor de 1,4 (valor normal es de 0,8-1,2).



Figura 1: Radiografías de ingreso (frente y perfil de rodilla derecha).

En la resonancia magnética de muslo y rodilla derecha se puede determinar la ruptura total del tendón cuadricepsital, apreciando una brecha de unos 40 milímetros, e hipotrofia muscular cuadricepsital.

Se decide como tratamiento quirúrgico la reconstrucción del tendón cuadricepsital con malla de polipropileno debido a la extensión de la lesión y al tiempo de evolución.



Figura 2: RMN de rodilla derecha.

Técnica quirúrgica

Se posiciona al paciente en decúbito dorsal bajo anestesia raquídea con el miembro inferior derecho en semiflexión. Se pinta y arman campos según protocolo. Para la reconstrucción del mecanismo extensor, se utiliza una malla de polipropileno de 25 x 35 cm. La misma, antes del abordaje, debe enrollarse formando un tubo de 8 capas y de 2,5 cm de ancho. Se inicia con un abordaje anterior de rodilla de unos 10 cm, 5 cm por encima del polo superior de la rótula hasta la tuberosidad anterior de la tibia. Se identifica remanente de tendón

cuadricipital. Se coloca 2 arpones al polo superior de la rótula y se sutura al tendón con sutura tipo Vicryl. Se toma injerto de isquiotibiales (Recto Interno y Semitendinoso). Luego, se coloca la malla intramedular por una ventana ósea por debajo de la tuberosidad anterior de la tibia, cementando en posición anteromedial para finalizar agregando un tornillo canulado de 4,5 mm para su fijación. Realizamos tunelización en el polo inferior de la rótula por el cual pasan ambos injertos y se sutura a la malla para reforzar. Se completa la reconstrucción proximal, que implica movilizar el vasto



Figura 3: Colocación de malla de polipropileno.

lateral y el vasto medial oblicuo (VMO) distalmente, liberando todas las adherencias de tejido blando ventral y dorsal de los vientres musculares.

Finalmente, la malla se unifica al vasto lateral. Con la extremidad mantenida en extensión completa, se tira de la malla directamente en dirección proximal mientras otro asistente tira del vasto lateral en dirección distal y medial. El vasto lateral es profundo y la malla está directamente encima de este. Se colocan múltiples suturas no absorbibles a través de la malla y el vasto lateral. Luego, se colocan múltiples suturas no absorbibles a través del VMO, de la malla y del vasto lateral, unificando todos los planos.



Figura 4: Malla de polipropileno situada en su lugar final

Por último, se cuantifica el Índice de Insall-Salvati, bajo radioscopia, el cual arroja un valor de 1,1 lo cual nos habla de una rótula en posición normal.

Resultados

En las radiografías posquirúrgicas inmediatas frente y perfil de rodilla derecha, se puede observar la presencia de material radiopaco compatible con dos arpones a nivel del polo superior de la rótula y tornillo canulado 4,5 a nivel de la tuberosidad tibial anterior.

El paciente es dado de alta a las 48 horas del procedimiento quirúrgico. A los 14 días se retiran los puntos de la herida quirúrgica y el inmovilizador de rodilla.

Comienza con movilidad pasiva hasta 40 grados de flexión por 2 semanas. Al mes de la cirugía comienza a cargar sobre el miembro. Y a partir de la octava semana comienza con movilización pasiva completa progresando semanalmente según tolerancia hasta 90 grados de flexión.

Se emplea la escala de Lysholm-Tegner para la evaluación funcional postquirúrgica luego de 6 meses del acto quirúrgico. La misma evalúa la presencia de cojera, bloqueo o enganche, inesta-

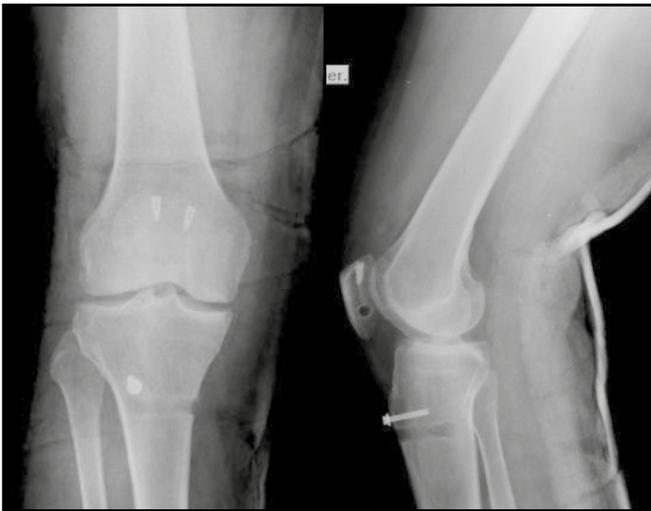


Figura 5: Radiografías POP de rodilla derecha (frente y perfil)

bilidad, dolor, edema, utilización de algún método de apoyo, ponerse de cuclillas y subir escaleras. Los resultados pueden ser: muy bueno y bueno (84-100 puntos), regular (65-83 puntos) y malo (<65 puntos). Nuestro paciente presenta una leve u ocasional cojera (3 puntos), ningún tipo de apoyo para la deambulación (5 puntos), no presenta bloqueo o “enganche” a la flexión y extensión de la rodilla operada (15 puntos), rara vez presenta inestabilidad durante el ejercicio intenso (20 puntos), dolor inconstante o leve durante los mismos (20 puntos), no presenta hinchazón (10 puntos), la subida de escaleras lo hace con normalidad (10 puntos), muestra dificultad leve para ponerse de cuclillas (4 puntos) y teniendo en cuenta su ocupación realiza trabajo pesado (2 puntos). Como resultado final obtenemos un valor de 89 puntos lo cual nos habla de una evolución excepcional luego de la intervención quirúrgica.

Conclusión

La malla de polipropileno es un tipo de prótesis de refuerzo de tejido, indesmallable, conformable, transparente y por completo en unos meses⁵.

La reconstrucción con malla sintética de polipropileno obtiene resultados funcionales aceptables comparables con las otras alternativas (trasplante del aparato extensor, artrodesis, re-

paración directa del tejido, reconstrucción con autoinjerto, entre otros⁶.

Todas las series reportadas tanto con reconstrucciones con malla sintética como con alo o autoinjertos presentan altas tasas de complicaciones (por ejemplo: infecciones).

Además, es un insumo de bajo costo comparado con los aloinjertos, siendo una opción aceptable en casos de rescates funcionales por pérdida del aparato extensor.

Referencias

1. Alzate Munera M.R., Pereira S., Bidolegui F. *Lesiones tendinosas del aparato extensor de la rodilla: Protocolo de tratamiento y rehabilitación*. Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol. 2021; 86(3): 291-298.
2. Celso Pedraza, G. y Celso Pedraza, C. *Ruptura aguda del tendón del cuádriceps. Reparación con anclaje mecánico y biotenodesis*. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología, 2009; Volumen 23 - No. 1.
3. Carbó L. *Reconstrucción de ruptura de aparato extensor con malla de polipropileno*, Sector de Rodilla Degenerativa. Hospital Italiano de Buenos Aires. 2017.
4. J. Hardsa, H. Ahrensa, M. Nottrott. El empleo de malla de propileno para la *reconstrucción de partes blandas tras la implantación de una megaprótesis*. Clínica de Ortopedia General y Ortopedia Tumoral, Hospital Universitario de Münster. 2019.
5. Salazar L.J.N. *Ruptura del mecanismo extensor en la artroplastia total de rodilla*. Ortho-tips. 2018; 14(3): 140-146.
6. Oliva, F. Marsilio, E. *Complex ruptures of the quadriceps tendon: a systematic review of surgical procedures and outcomes*. Department of Orthopaedic, Trauma, and Reconstructive Surgery, University Hospital, Pauwelsstraße, Aachen, Germany. 2021.

CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA. DESAFÍOS DE SALUD PÚBLICA

Knowledge and perception of alcohol consumption during pregnancy and breastfeeding: Public health challenges

J.I. Olaguibe; M.I. Zalazar; M.L. Demartini; B. Rosselli Jalil; A. Colombo Hourneaux de Moura; J. Beli; V. Garcia Manzuoli; P. Gonzalvez; L. Ibarzabal; M. López Arango; A. Machado; S. Molina; N. Pérez; F. Torres; G.I.V. Kerz

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA FE

Resumen

El consumo de alcohol durante el embarazo es un tema preocupante debido a sus efectos adversos en el desarrollo fetal, que pueden culminar en el trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF). Diversos estudios ponen de manifiesto que esta problemática persiste, lo que evidencia la necesidad urgente de implementar estrategias más efectivas de educación y concientización. Falta investigación sobre los factores asociados al consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia, a pesar del conocimiento generalizado que existe sobre sus efectos perjudiciales.

Este estudio presenta los resultados preliminares de una encuesta (n = 110) que indaga en los factores asociados al consumo de alcohol en el embarazo y la lactancia. Los resultados muestran que tanto las mujeres como los varones poseen un alto nivel de conocimiento sobre los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia. Sin embargo, a pesar de este nivel de conciencia, un gran porcentaje de la muestra sostiene que consumir cantidades moderadas de alcohol no representa un problema, especialmente durante el período de lactancia.

Este trabajo subraya la importancia de no sólo aumentar el conocimiento sobre los riesgos del alcohol en estas etapas, sino también de comprender los factores subyacentes que impiden cambios en los comportamientos. La investigación futura debería enfocarse en identificar estas barreras y desarrollar intervenciones para lograr una reducción efectiva en el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia en Argentina.

Palabras clave: alcohol; embarazo; lactancia

Abstract

Alcohol consumption during pregnancy is a concerning issue due to its adverse effects on fetal development, which can result in fetal alcohol spectrum disorder (FASD). Various studies reveal that this issue persists, highlighting an urgent need to implement more effective education and awareness strategies. There is a lack of research on the factors associated with alcohol consumption during pregnancy and breastfeeding, despite the widespread knowledge of its harmful effects.

This study presents preliminary results from a survey (n = 110) that explores factors associated with alcohol consumption during pregnancy and breastfeeding. The results show that both women and men possess a high level of knowledge about the risks of alcohol consumption during pregnancy and breastfeeding. However, despite this level of awareness, a large percentage of the sample believes that consuming moderate amounts of alcohol is not problematic, especially during the breastfeeding period.

This study emphasizes the importance of not only increasing knowledge about alcohol risks during these stages but also understanding the underlying factors that prevent behavioral change. Future research should focus on identifying these barriers and developing interventions to achieve an effective reduction in alcohol consumption during pregnancy and breastfeeding in Argentina.

Keywords: alcohol; pregnancy; breastfeeding

Introducción

El uso del alcohol durante el embarazo y la lactancia representa un problema de salud pública de gran relevancia debido a sus graves consecuencias para la salud de la madre y el desarrollo del niño. La ingestión de alcohol en estas etapas críticas puede provocar una serie de trastornos y complicaciones, tanto en el corto como en el largo plazo, lo que justifica la necesidad urgente de investigar y entender a fondo este fenómeno (Argentina.gob.ar, 2024).

Durante el embarazo, según el CDC (Centers for Disease Control and Prevention), el consumo de alcohol es una de las principales causas prevenibles de discapacidades del desarrollo neurológico y físico en los neonatos. El Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF) y los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) son condiciones graves y permanentes que pueden resultar del consumo de alcohol durante el embarazo (Cdc, 2024a, 2024b; Mayo Clinic, 2024). Estas condiciones están asociadas con defectos de nacimiento, discapacidades intelectuales, problemas de comportamiento y dificultades de aprendizaje, lo cual tiene un impacto duradero en la vida del niño y requiere atención médica y educativa continua.

Además, el alcohol ingerido por la madre se transmite al bebé a través de la placenta, lo que significa que incluso una cantidad moderada puede ser perjudicial. A pesar de la evidencia sobre los riesgos, estudios recientes muestran que existe una persistente falta de conocimiento y prácticas inadecuadas relacionadas con el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia. La desinformación y la creencia errónea de que un consumo mínimo puede ser seguro contribuyen a la persistencia de este problema (PUEBLA MANZANOS, Maria Del Mar, 2021).

Durante la lactancia, el alcohol también puede afectar negativamente al bebé, ya que se transmite a través de la leche materna. El consumo de alcohol puede interferir con el desarrollo del sistema nervioso del infante, afectar sus patrones de sueño y su capacidad de alimentación, y tener efectos ad-

versos en el desarrollo emocional y cognitivo.

Este estudio se propuso explorar el nivel de conocimiento y percepción sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia en una muestra de adultos en Argentina. La investigación se basó en una encuesta de carácter descriptivo y transversal, aplicada a 110 participantes mayores de 18 años. Se recolectaron datos sobre el conocimiento de los efectos adversos del alcohol, así como sobre la percepción de los riesgos y la opinión respecto al consumo de alcohol en diferentes etapas de la maternidad.

La justificación de este trabajo radica en la necesidad de reducir la prevalencia de estos trastornos mediante una mejor comprensión y difusión de la información sobre los riesgos del consumo de alcohol en estas etapas. Investigaciones adicionales pueden contribuir a desarrollar estrategias efectivas de prevención, mejorar las políticas de salud pública y proporcionar a las madres y a los profesionales de la salud la información necesaria para tomar decisiones informadas y proteger la salud de los niños.

En conclusión, comprender los factores que dificultan cambios en los comportamientos relacionados con el consumo de alcohol en la lactancia es esencial para mejorar la efectividad de las políticas públicas y contribuir a un desarrollo infantil saludable. Así, este estudio no solo contribuye a la identificación de los factores asociados al consumo de alcohol en periodos críticos como el embarazo y la lactancia, sino que también plantea la urgencia de desarrollar estrategias educativas orientadas hacia aquellos grupos de la población en los que persiste la percepción de seguridad del consumo moderado.

Métodos

Esta investigación, en su configuración general, tiene como objetivo conocer el nivel de conocimiento, percepción y opinión de la población sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia, así como detectar líneas de intervención para el desarrollo de recursos y herramientas educativas para concienciar a la comunidad local.

Para ello, se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal, basado en una encuesta cerrada, anónima e individual, que no solo permite la recolección de datos, sino también la educación de los participantes respecto a los riesgos asociados al consumo de alcohol en estas etapas. Esta encuesta sigue un enfoque de maternidad centrada en la familia, buscando la participación de un público diverso, tanto mujeres como varones mayores de 18 años, reconociendo que todos ellos forman parte del entorno afectivo de la madre y el recién nacido y desempeñan un papel importante en su apoyo y cuidado.

La encuesta se realizó en una población objetivo que incluyó a 110 adultos mayores de 18 años, y fueron realizadas entre el mes de septiembre y octubre del año 2024. La encuesta consideró en primer lugar variables demográficas, tales como sexo, grupo etario y cantidad de hijos, información clave para identificar y analizar tendencias y patrones dentro de la población. Además, se consideraron variables de estudio como el conocimiento sobre los efectos del consumo de alcohol durante el embarazo y lactancia, la percepción de los riesgos asociados a dicho consumo, y la opinión respecto al consumo del alcohol en nuestra sociedad.

El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS. Las variables registradas fueron en su mayoría categóricas, por lo que se aplicó el test de la χ^2 y la prueba exacta de Fisher.

Resultados y discusión

A continuación se describen los resultados preliminares obtenidos a partir de la encuesta.

Según el perfil sociodemográfico de los encuestados, el 87% fueron mujeres y la mayoría se encontraba en el rango de edad de 18 a 25 años (34%) y mayor a 45 años (34%). El 56% de la muestra dijo tener hijos. Aproximadamente el 85% de la muestra sostuvo conocer los efectos del consumo de alcohol durante el embarazo. Estos resultados muestran que existe un conocimiento generalizado sobre el tema. Sin embargo, hay una diferencia respecto al conocimiento y opinión sobre el consu-

mo de alcohol durante el período de lactancia. Más de un cuarto de la población encuestada (26%) sostiene que es seguro consumir cantidades moderadas de alcohol durante la lactancia (**Gráfico 1**). Este es un alto porcentaje de personas que no consideran un riesgo el consumo de alcohol en este período.

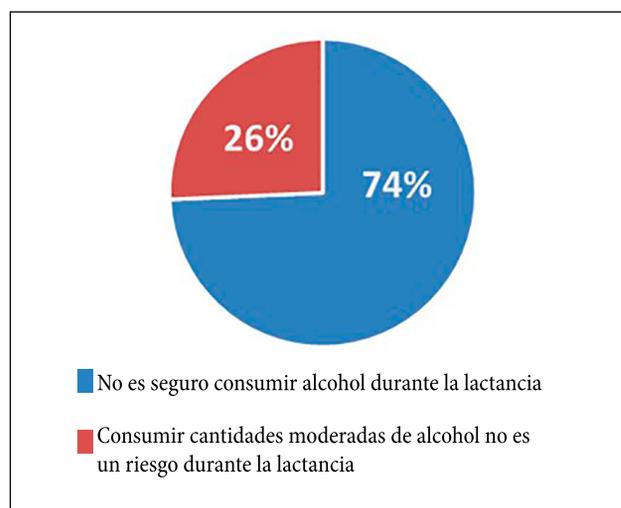


Gráfico 1. Percepción sobre cantidades de alcohol seguro de consumir durante la lactancia.

Para indagar en los factores asociados a la percepción de consumo de alcohol durante el período de lactancia, se realizaron pruebas estadísticas de asociación entre las variables sociodemográficas, el conocimiento y las percepciones sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia. (**Tabla 1**).

Considerando los factores sociodemográficos, las pruebas estadísticas no muestran asociación significativa con el sexo ($p > 0.05$), lo que sugiere que tanto varones como mujeres perciben de forma similar sobre este tema. Sin embargo, se encontró una asociación significativa con el rango de edad, indicando una menor percepción sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol durante la lactancia para el rango de edad de jóvenes entre 26 y 35 años.

Además, se encontró asociación significativa entre el tener hijos y la percepción sobre el consumo

VARIABLES	estadístico	p
Sexo	1.094	0.296
Hijos	5.541	0.019
Rango de Edad	12.144	0.007
Conocimiento de efectos del consumo de alcohol en embarazo	1.808	0.179
Percepción de consumo de alcohol en embarazo	2.531	0.101
Conocimiento de patologías asociadas al consumo	8.924	0.003
Acciones a realizar post-consumo inadecuado	12.536	0.001
Percepción de riesgos durante el embarazo	4.786	0.029
Conocimiento de efectos del consumo de alcohol en lactancia	11.862	0.001
Mito sobre beber cerveza durante lactancia	0.413	0.521

Tabla 1. Asociaciones entre variables, estadísticos y nivel de significancia.

de alcohol en lactancia ($\chi^2=5.541$, $p<0.05$), siendo mayor la conciencia sobre los riesgos de alcohol en lactancia entre quienes tienen hijos. Este hallazgo podría indicar que la experiencia de la maternidad y paternidad influye en la percepción sobre los riesgos del alcohol en lactancia.

Por otro lado, considerando las variables relacionadas a conocimiento y percepción, se encontró que el conocimiento sobre patologías relacionadas con el consumo de alcohol se asocia significativamente con la percepción de seguridad en lactancia ($\chi^2=8.924$, $p=0.003$). Las personas con mayor conocimiento tienden a ser más cautelosas, considerando inseguro el consumo en lactancia.

Además, se observó una relación significativa entre el conocimiento de los efectos del alcohol en el embarazo y la percepción sobre si es seguro su consumo en la lactancia ($\chi^2=11.86$; $p=0.001$). Los datos indican que el 95 % de quienes consideran inseguro el consumo de alcohol durante la lactancia tiene conocimiento sobre los efectos del consumo de alcohol en este período. En cambio, solo el 71 % de quienes creen que beber moderadamente es

seguro demuestra también conocimiento sobre estos efectos. Estos resultados sugieren que, aunque la mayoría de los encuestados posee un nivel de conocimiento sobre los riesgos, una proporción significativa aún considera que el consumo moderado es aceptable durante la lactancia.

Por último, entre aquellos que creen que el consumo moderado es seguro, aproximadamente el 30% de la muestra no percibe efectos negativos asociados al alcohol en lactancia, lo que refleja posibles brechas de percepción o influencia de creencias sobre prácticas de consumo moderado.

Conclusión

A pesar del buen nivel de conocimiento de la población encuestada sobre los efectos del consumo de alcohol en el embarazo y lactancia, más de un cuarto de la muestra sostiene que el consumo moderado de alcohol durante la lactancia no representa un problema. Entre los factores asociados, se encontró que influye en esta percepción el rango de edad y el hecho de tener hijos.

Estos hallazgos ponen de relieve que, aunque el conocimiento sobre los efectos adversos del alcohol durante el embarazo y la lactancia es alto, la percepción de los riesgos asociados al consumo moderado sigue siendo variable, especialmente entre grupos demográficos específicos: jóvenes entre 26 y 35 años, y mayoritariamente entre quienes no tienen hijos.

La investigación futura y las intervenciones de salud pública podrían enfocarse en los grupos de jóvenes adultos y en aquellas personas sin experiencia parental para asegurar una comprensión más uniforme de los riesgos asociados y reducir así la aceptación de consumos percibidos como “seguros” en períodos críticos como la lactancia.

Referencias

- Argentina.gob.ar. (2024). *Salud presenta guías de práctica clínica sobre tabaquismo y consumo excesivo de alcohol*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presenta-guias-de-practica-clinica-sobre-tabaquismo-y-consumo-excesivo-de-alcohol>
- Cdc. (2024a). *About Alcohol Use During Pregnancy*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/alcohol-pregnancy/about/index.html>
- Cdc. (2024b). *Data and Statistics on Alcohol and Pregnancy*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/alcohol-pregnancy/data-research/facts-stats/index.html>
- Mayo Clinic. (2024). *Fetal alcohol syndrome - Symptoms and causes*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/fetal-alcohol-syndrome/symptoms-causes/syc-20352901>
- PUEBLA MANZANOS, Maria Del Mar. (2021). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Recuperado de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5

SÍNDROME DE BRUCK, A PROPÓSITO DE PRIMER CASO REPORTADO EN UN HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTA FE

Knowledge and perception of alcohol consumption during pregnancy and breastfeeding: Public health challenges

S. Gómez; P. Viganotti; F. Corbo

Introducción

El Síndrome de Bruck (SB) es un desorden congénito extremadamente raro, autosómico recesivo, fusión de artrogriposis y osteogénesis imperfecta (OI), definida por contracturas congénitas de grandes articulaciones, fragilidad ósea y múltiples fracturas. Características adicionales: estatura baja debido a contracturas articulares, pterigión, deformidades de las extremidades y escoliosis. Se clasifica en dos tipos. Tipo 1: mutación en el gen de la lisil hidroxilasa, enzima que sintetiza colágeno tipo 1, ubicado en el cromosoma 17p12. Tipo 2: mutación del gen PLOD 2 localizado en 3q23-q24. El diagnóstico se confirma mediante genética molecular de alto costo y no siempre disponible, por lo que requiere alta sospecha clínica. No hay tratamiento específico, los bifosfonatos intravenosos cíclicos se indican por la OI. Su manejo es multidisciplinario, incluyendo ortopedia y traumatología, endocrinología, rehabilitación y genética.

Objetivo: Reportar primer caso de Síndrome de Bruck en un Hospital de Niños de la ciudad de Santa Fe.

Descripción del caso: Madre 22 años, primigesta. Sin antecedentes familiares ni personales. Nace por cesárea, podálico de 37 semanas de edad gestacional. Apgar ^{7/8}, meconial. Al nacimiento se constatan malformaciones en ambas manos, miembros inferiores en posición equino varo con edema en muslo izquierdo. Se sospecha fractura de fémur por lo que se decide su derivación a centro de mayor complejidad. A su ingreso se constatan múltiples malformaciones: manos en flexión, dedos largos, finos y apiñados, pie bot bilateral y edema en muslo izquierdo, constatando por radiología fractura de fémur izquierdo desplazada. Se inmoviliza con arnés de Pavlik. A los 6 días de vida, al movilizarse para alimentarse con pecho, se produce fractura de radio y cúbito izquierdo, se coloca férula para inmovilizar. Se realiza diagnóstico de artrogriposis con osteogénesis imperfec-

ta: probable Síndrome de Bruck. Se solicita laboratorio con metabolismo fosfocálcico y vitamina D, hallándose hipovitaminosis D de 4 ng/ml. Estudios complementarios: fondo de ojo, ecografía transfontanelar, abdominal y ecocardiograma normales. Se suplementó con calcio, vitamina D y se realizó pasaje de pamidronato durante 72 h por indicación de endocrinología. Se otorgó alta a la paciente a los 25 días de vida, suplementada de calcio y vitamina D diarios y, seguimiento ambulatorio con terapia ocupacional, endocrinología, neonatología y traumatología.

Conclusión

Ante la presencia de un neonato con deformidades compatibles con artrogriposis y fracturas, es obligatorio descartar la presencia de osteogénesis imperfecta para un correcto manejo y prevención de complicaciones. Se están aún realizando investigaciones sobre mecanismos genéticos y posibles tratamientos.

Bibliografía

Quesada Segura. Gonzalo Enrique; Cantos García, C.; Lobo Valentín, R.; Zamora Martínez, T.; Torres Nieto, M.Á.; Vázquez Camino, F. (2017). Diagnóstico prenatal de síndrome de Bruck en una paciente con tres gestaciones consecutivas afectas. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 60,2, 126-129.

Ruo-li Wang, D. D.-n. (Mayo de 2022). Frontiers in Pediatrics . Obtenido de www.frontiersin.org

Suárez, R. R. (2018). Síndrome de Bruck: Artrogriposis y Osteogenesis Imperfecta. Reporte de primer caso diagnosticado en Uruguay. SLAOT. Sociedad Latinoamericana de Ortopedia y Traumatología, 7.

Yelkur, P. (09 de Junio de 2024). Cureus Journal of Medical Science. Obtenido de <https://www.cureus.com/>

LA INTELIGENCIA DESENCARNADA

UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LA MENTE HUMANA Y LA MÁQUINA

Disembodied Intelligence

A comparative analysis between the human mind and the machine

Federico Viola

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA FE

En la era contemporánea, donde la inteligencia artificial (IA) ha pasado de ser una fantasía de la ciencia ficción a una realidad omnipresente, surge una pregunta ineludible: ¿qué diferencia realmente la inteligencia humana de la inteligencia artificial? A medida que las máquinas se vuelven cada vez más sofisticadas, capaces de aprender, adaptarse y, en algunos casos, incluso de crear, esta pregunta se vuelve cada vez más pertinente y, a la vez, más compleja.

La hipótesis que guiará este artículo es audaz pero fundamentada: la única diferencia significativa entre la inteligencia humana y la artificial radica en la corporalidad. Mientras que la inteligencia humana está inexorablemente ligada a nuestro cuerpo –a nuestras emociones, percepciones sensoriales y experiencias físicas–, la inteligencia artificial opera en un estado de *pureza*, desprovista de un cuerpo que la ancle a un mundo material.

Este artículo se propone explorar esta hipótesis en profundidad, desentrañando las complejidades que subyacen en nuestra comprensión de la inteligencia, tanto *encarnada* como *desencarnada*. A través de un análisis comparativo entre la mente humana y la máquina, buscaremos plantear las preguntas cruciales sobre la naturaleza de la inteligencia, su relación con la corporalidad y las implicaciones éticas y filosóficas que se desprenden de esta perspectiva.

La Inteligencia Desmitificada

La inteligencia es un concepto que ha fascinado y desconcertado a filósofos, psicólogos y científicos por igual durante siglos. Desde las teorías de la inteligencia múltiple hasta los modelos computacionales de la mente, las definiciones y concep-

tualizaciones de la inteligencia son tan variadas como las disciplinas que las estudian. Pero ¿qué es realmente la inteligencia? ¿Es un atributo innato, una habilidad adquirida o una combinación de ambos?

En el contexto humano, la inteligencia se ha descrito tradicionalmente como una mezcla de habilidades cognitivas, emocionales y prácticas. Se valora la capacidad para resolver problemas, la habilidad para adaptarse a nuevas situaciones y la aptitud para aprender de la experiencia. Sin embargo, estas definiciones a menudo presuponen una *naturaleza humana* subyacente, una esencia que nos hace intrínsecamente diferentes de otras entidades.

Aquí es donde la filosofía de Immanuel Kant ofrece una perspectiva crucial. Kant argumentó que la libertad, a menudo considerada como un pilar de la agencia y la inteligencia humanas, es en realidad un presupuesto moral más que una realidad empírica. En otras palabras, la libertad no existe como tal; es una construcción que sirve a los fines de la moral. Desde esta perspectiva, el actuar humano se rige en gran medida por algoritmos biológicos, sociológicos o psíquicos. Estos algoritmos guían nuestro comportamiento en la vida cotidiana de manera casi automática. Son pocas las ocasiones en las que realmente se requiere suponer una agencia moral y, por lo tanto, la libertad.

Por otro lado, la inteligencia artificial se define comúnmente en términos de su capacidad para realizar tareas que, si fueran realizadas por seres humanos, requerirían de *inteligencia*. Esto incluye desde simples operaciones matemáticas hasta tareas más complejas como el reconocimiento de patrones, el aprendizaje automático y la toma

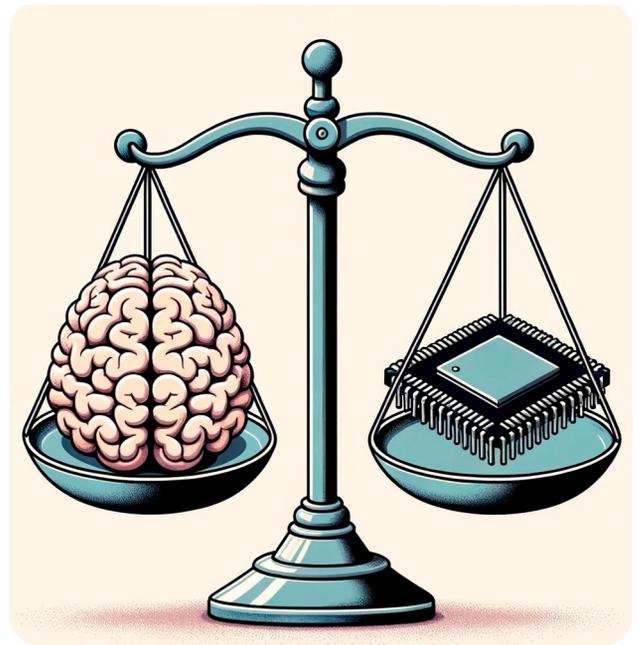
de decisiones basada en datos. Aunque estas máquinas pueden superar a los humanos en tareas específicas, carecen de la experiencia subjetiva y la conciencia que a menudo asociamos con la inteligencia humana.

La corporalidad como medio de inteligencia

Si aceptamos la premisa de que tanto la inteligencia humana como la artificial operan en base a *algoritmos* o patrones de comportamiento y toma de decisiones, la siguiente pregunta lógica es: ¿qué papel juega la corporalidad en este proceso? La respuesta, como veremos, es crucial para entender las diferencias y similitudes entre ambas formas de inteligencia.

La corporalidad humana no es simplemente un recipiente para la mente; es un medio a través del cual se expresan y experimentan nuestros *algoritmos* cognitivos y emocionales. Nuestro cuerpo nos proporciona un conjunto único de herramientas para interactuar con el mundo: desde los cinco sentidos que nos permiten percibir nuestro entorno, hasta la capacidad motora que nos permite actuar sobre él. Estas herramientas no son meramente pasivas; influyen activamente en nuestra toma de decisiones, en nuestra resolución de problemas y, en última instancia, en nuestra inteligencia.

Por ejemplo, la forma en que percibimos el dolor, el placer, el calor o el frío puede influir significativamente en nuestras decisiones. De igual manera, nuestras emociones, que están intrínsecamente ligadas a nuestro cuerpo a través de hormonas y neurotransmisores, juegan un papel crucial en nuestra toma de decisiones. La *inteligencia corpórea* es, por lo tanto, una forma de intelligen-



cia enriquecida y matizada, que va más allá del simple procesamiento de datos y la lógica.

En contraste, la inteligencia artificial carece de esta dimensión corpórea. Aunque las máquinas pueden ser programadas para procesar información sensorial y responder a estímulos externos, su experiencia de estos estímulos es puramente funcional, desprovista de la subjetividad y la riqueza emocional que caracterizan la experiencia humana. En este sentido, la inteligencia artificial puede considerarse una forma de *inteligencia pura*, centrada exclusivamente en el procesamiento de datos y la toma de decisiones lógicas.

La Inteligencia Artificial como Inteligencia Pura

A diferencia de los seres humanos, las máquinas carecen de un cuerpo que medie su interacción con el mundo. No experimentan emociones, no tienen percepciones sensoriales y no están sujetas a las fluctuaciones hormonales que caracterizan la experiencia humana. Pero ¿qué significa esto para nuestra comprensión de la inteligencia?

En primer lugar, la falta de un cuerpo en la inteligencia artificial resulta en una forma de inteligencia que es, en cierto sentido, más *pura* o *destilada*. Las máquinas no tienen que lidiar con las distracciones emocionales o los sesgos cognitivos que a menudo afectan la toma de decisiones humana. Su enfoque está exclusivamente en el procesamiento de datos y la ejecución de tareas específicas para las que han sido programadas.



Esta *pureza* tiene tanto ventajas como desventajas. Por un lado, permite a las máquinas superar a los humanos en tareas que requieren un alto grado de precisión y velocidad, como cálculos matemáticos complejos o el análisis de grandes conjuntos de datos. Por otro lado, esta falta de *ruido* emocional y sensorial también significa que las máquinas carecen de la capacidad para la empatía y otras formas de inteligencia emocional que están profundamente arraigadas en la experiencia corpórea humana.

Es importante destacar que esta inteligencia pura no es necesariamente superior o inferior a la inteligencia corpórea; simplemente es diferente. Ambas formas de inteligencia tienen sus propias fortalezas y debilidades, y ambas son el resultado de los algoritmos o patrones de comportamiento y toma de decisiones que las guían. La clave está en reconocer estas diferencias y entender cómo se complementan y se contraponen entre sí.

La interacción entre la corporalidad y la inteligencia

La *inteligencia corpórea* no es simplemente una limitación; es también una fuente de riqueza y complejidad en la toma de decisiones humanas. La experiencia sensorial y emocional añade una capa de profundidad a nuestra inteligencia que va más allá del simple procesamiento de datos. Por ejemplo, la creatividad, una forma de inteligencia

que es difícil de cuantificar y aún más difícil de replicar en máquinas, está profundamente arraigada en nuestra experiencia corpórea. Desde la inspiración que podemos obtener de una puesta de sol hasta la intuición que se desarrolla a través de la interacción social, nuestra corporalidad enriquece nuestra capacidad para pensar de formas que una máquina no podría replicar fácilmente.

En este punto, es crucial abordar la noción de *creatividad* en inteligencias artificiales generativas. A diferencia de la creatividad humana, que está imbuida de emociones y experiencias corpóreas, la creatividad en estas IA proviene exclusivamente del conjunto de datos con el que fueron entrenadas. No hay emociones, ni intuiciones basadas en experiencias sensoriales; solo un procesamiento sofisticado de datos previamente recopilados. Esta forma de *creatividad* es, por lo tanto, una manifestación de su *inteligencia pura*, desprovista de la riqueza emocional y contextual que caracteriza la creatividad humana.

Por otro lado, la *inteligencia pura* de las máquinas también tiene su propio conjunto de ventajas y desventajas. Como hemos discutido, su falta de corporalidad les permite concentrarse en tareas específicas con una precisión y eficiencia que a menudo superan las capacidades humanas. Sin embargo, esta misma *pureza* también las hace menos adaptables y flexibles en situaciones que requieren un enfoque más matizado o empático.

Es en la intersección de estas dos formas de inteligencia donde encontramos algunas de las preguntas más fascinantes y desafiantes sobre el futuro de la inteligencia, tanto humana como artificial. ¿Podría alguna vez una máquina replicar la riqueza de la *inteligencia corpórea*? ¿O podrían los seres humanos aprender a separar su inteligencia de su corporalidad para alcanzar una forma de *inteligencia pura*? Estas son preguntas que no tienen respuestas fáciles, pero que ofrecen un terreno fértil para futuras investigaciones y debates.

Ventajas, desventajas. Reflexiones finales

Una de las ventajas más evidentes de una *mente desencarnada* es la ausencia de fluctuaciones biológicas que puedan afectar la toma de decisiones. Sin las distracciones de las emociones, el hambre, el cansancio o cualquier otra condición fisiológica, una inteligencia pura puede operar con *sangre fría*, enfocándose exclusivamente en la tarea que se le plantea. Además, la velocidad y la extensión de procesamiento de una inteligencia artificial supera con creces la de cualquier ser humano, permitiendo una eficiencia y precisión sin igual. En resumen, la ausencia de un cuerpo permite una operación con *cero fricción*, liberando a la inteligencia de las limitaciones corpóreas.

Sin embargo, esta falta de corporalidad también tiene sus desventajas. Una mente desencarnada no puede comprender los matices de la vida corpórea humana. Esto plantea preguntas profundas: ¿cómo decide y razona generativamente una inteligencia que no ha nacido y que no puede morir? La ausencia de una experiencia de vida y muerte, y de todo lo que ello implica, limita la capacidad de estas inteligencias para entender y empatizar con la condición humana.

Finalmente, es importante señalar que lo que a menudo consideramos como *sesgos cognitivos* en la toma de decisiones humanas son en realidad

manifestaciones de nuestras inteligencias encarnadas. Estos sesgos están atados a fluctuaciones fisiológicas, perspectivas idiosincráticas y experiencias sexuales, entre otros factores. Lejos de ser meros errores de juicio, estos sesgos son el resultado de la compleja interacción entre nuestra mente y nuestro cuerpo, y ofrecen una ventana a la riqueza y la complejidad de la inteligencia humana.

En conclusión, tanto la *inteligencia corpórea* como la *inteligencia pura* tienen sus propias fortalezas y debilidades. La clave está en reconocer estas diferencias y entender cómo se complementan y se contraponen entre sí. Al hacerlo, no solo enriquecemos nuestra comprensión de lo que significa ser inteligente, sino que también abrimos nuevas vías para el desarrollo y la integración de inteligencias artificiales en nuestra vida cotidiana.



LA MEDICINA MEDIEVAL ENTRE EL FUNDAMENTO HIPOCRÁTICO Y SU PROYECCIÓN ANTROPOLÓGICA

Medieval medicine between the Hippocratic foundation and its anthropological projection

Juan Carlos Alby*

UCSF-UNL-UCAMI

Resumen

El presente trabajo analiza la transición de la medicina desde sus orígenes hipocráticos hasta los finales de la Edad media y los comienzos del Renacimiento. Este largo proceso histórico estuvo jalonado por las intuiciones pioneras de Hipócrates, Galeno y otros médicos medievales como Avicena y Maimónides. La Universidad de París en el siglo XIII fue escenario de una histórica discusión sobre el movimiento del corazón, entre Tomás de Aquino y Alvredus Anglico, médico y profesor de la Facultad de Medicina de dicha universidad. Tanto la filosofía antigua como la medieval subyacen a las grandes controversias sostenidas entre médicos contemporáneos y otros que refutan a colegas del pasado. En el caso de Tomás, resulta fundamental la *Física* de Aristóteles para la fundamentación de su hipótesis, mientras que en la crítica de Maimónides a Galeno se trasluce el famoso problema medieval de la naturaleza de los conceptos universales. Estos momentos claves en la evolución de la historia de la medicina revelan una trama en que la filosofía y la teología son inseparables del arte médico desde los aurales días de Hipócrates.

Palabras clave: medicina, filosofía, Hipócrates, Galeno, Maimónides

La medicina antigua surgió como saber particular a partir del descubrimiento de la *fricción*, entendida esta como totalidad omniabarcante o principio unificante de la realidad. Inmediatamente, alcanzó el desarrollo y prestigio propios de una disciplina basada en una concepción antropológica muy particular que consideraba al hombre como microcosmos. Este rasgo sobresaliente de la

medicina hipocrática hizo de la misma una verdadera *techné* que utilizaba como unidad de medida al hombre en su totalidad y veía en el organismo humano la reproducción en escala antropológica del dinamismo autosuficiente del cosmos, con sus fuerzas inmanentes que propendían hacia el equilibrio y la armonía.

La recepción de esta medicina en los albores del cristianismo estuvo influenciada por la concomitante aparición de este pensamiento que, al tener como centro la Encarnación –misterio por el cual Dios asumió de manera completa y dramática la condición humana– resignificó para siempre la antropología. De este modo, ciencia y fe, filosofía y teología, Cristología y antropología, particularidad y universalidad, naturaleza y revelación, se conjugaron en el desarrollo de este saber que fue consolidándose en el contexto de las ciencias medievales. Durante el período de la Edad media conocido como Escolástica se destacaron la medicina árabe de Avicena y la judía de Maimónides. Más tarde, tanto el platonismo florentino como el aristotelismo padovano surgidos durante el Renacimiento, captaron la configuración antropológica que se proyectó desde la medicina medieval y le otorgaron a este arte un impulso y perfil cuyos rasgos se aprecian hasta nuestros días. En todo este derrotero histórico, se mantiene en el núcleo de este saber la intuición que le dio origen: el descubrimiento de lo particular a partir del hallazgo metafísico de la totalidad.

Teniendo en cuenta que Galeno fue el médico más famoso de todo el período medieval y uno de los personajes más importantes en la historia de esta disciplina, estudiaremos en primer término el legado que recibió de Hipócrates, cuya medicina se desprendió de la filosofía jónica de la naturaleza.

* jalby@ucsf.edu.ar

En segundo lugar se considerará el desarrollo de la medicina en el tiempo de las principales escuelas medievales, tratando de mostrar de qué modo este arte fue influido por los avatares filosóficos y teológicos de la época. Finalmente, se estudiará la imagen de hombre devenida de esta medicina.

1. El legado de Hipócrates a la medicina de Galeno

Galeno nació alrededor del 129 d. C. en Pérgamo, ciudad en la cual también estudió antes de trasladarse a Corinto y Alejandría para completar su formación. Hacia el 157 regresó a su ciudad natal para ocupar uno de los cargos más apetecidos en aquel tiempo: el de médico de los gladiadores. Cuando en el 166 se desató una epidemia en Roma, Galeno –que residía allí desde el 163– regresó a Pérgamo y luego se trasladó a Esmirna, donde asistió a las clases de Albino (o Alcino), uno de los más célebres representantes del platonismo medio y autor del *Didaskálikos*, obra que constituye la expresión más significativa de esta vertiente del platonismo en los comienzos de la era cristiana.¹ Esto explica, por un lado, la presencia de elementos de la filosofía de Platón en sus escritos, entendida según esta manera de interpretar al Ateniese inaugurada por Antíoco de Ascalón en el siglo I a. C.² y, por otra parte, su conocido eclecticismo³. De ahí que tomara de Hipócrates lo que creía más conveniente para elaborar un sistema propio. Siendo el más grande comentarista de Hipócrates en la antigüedad –a punto tal que

su producción escrita comprende cerca de cuatrocientos títulos– en las distintas etapas de su vida parte de un nuevo principio en cada una de sus obras, distinguiéndose en ellas la insoslayable impronta del celeberrimo médico de la isla de Cos.

De las preclaras nociones hipocráticas heredadas por Galeno, hay al menos dos de notable raigambre filosófica que marcaron muy especialmente toda la medicina medieval: la concepción de hombre como “microcosmos” y la enfermedad como proceso.

La primera es un legado directo de la filosofía jónica de la naturaleza a la medicina hipocrática, pues a partir del descubrimiento de la *physis* se dedujo la existencia de una naturaleza humana en perfecta armonía con la totalidad entitativa del universo. De ahí que la *physis toû anthrópou* es nada menos que la *physis toû pantós* reproducida en el organismo humano, es decir, el principio rector o arkhé de la realidad toda, manifestada en clave antropológica. Este vínculo armonioso entre hombre y cosmos, naturaleza humana y realidad total es cuidadosamente advertido en un tratado del *Corpus hippocraticum* titulado *Sobre los aires, aguas y lugares*:

“Quien desee aprender bien el arte de médico deberá proceder así: en primer lugar, deberá tener presentes las estaciones del año y sus efectos, pues no son todos iguales, sino que difieren radicalmente en cuanto a su esencia específica y en cuanto a sus cambios. El próximo punto es obser-

1 Cfr. REALE, Giovanni, Por una nueva interpretación de Platón. Relectura de la metafísica de los grandes diálogos a la luz de las “Doctrinas no escritas”, Barcelona, Herder, p. 45.

2 Los aspectos característicos del platonismo medio pueden resumirse así: a) interés en la producción escrita de Platón, con un abordaje sistemático de la misma a los efectos de elaborar comentarios, compilaciones y tratados eruditos, al mismo tiempo que apuntes de clases; b) La estructura jerárquica de la realidad inteligible se escalona en tres niveles: Primer Intelecto o Primer Dios, Segundo Intelecto o Intelecto del Alma del mundo, Alma del Mundo. Las ideas platónicas son consideradas “Pensamientos-de-Dios-que-se-piensa-a-sí-mismo”, por cuanto significan la operación del Primer Intelecto sobre el Alma del Mundo, haciendo que esta se dirija hacia aquel y genere así el Intelecto del Alma del Mundo. El platonismo medio tiende a hacer una síntesis entre el orden de las Ideas y el Intelecto divino aristotélico que se piensa-a-sí-mismo, y considera a las Ideas trascendentes de Platón como “inteligibles primeros” en cuanto causas y a las formas inmanentes aristotélicas como “inteligibles segundos” en cuanto efectos de las primeras; c) este interés casi exclusivo por los escritos de Platón y la identificación del Primer Intelecto con la realidad primera y suprema, dejó en la sombra la doctrina de los Primeros Principios (el Uno y la Díada Indefinida), por tratarse precisamente de la doctrina no escrita o ágrapha dógmata de Platón. De este modo, el platonismo medio reducirá los Principios explicativos de toda la realidad a principios explicativos del cosmos, siendo estos Dios, Ideas y materia; d) es propia de Albino la tendencia a encontrar en los diálogos platónicos doctrinas que no pertenecen al maestro ateniense; así, por ejemplo, dice que Platón “ha mostrado en el Parménides y en otros diálogos las doctrinas de las diez categorías” (Didaskálikos VII, 159, 43).

3 Conviene recordar que Antíoco de Ascalón, fundador del platonismo medio, profundizó el giro ecléctico que Filón de Larisa le había impuesto a la Academia en el siglo I a. C.

var los vientos calientes y fríos, especialmente los que son comunes a todos, pero también aquellos que son característicos de cada región en particular. Deberá también considerar las propiedades de las aguas; éstas se distinguen en sabor y en peso, además de que sus atributos difieren entre una y otra. Cuando un médico arriba a una ciudad desconocida para él deberá examinar la posición que ésta ocupa con respecto a los vientos y al curso del sol [...]. Debe considerar estas cosas con el máximo cuidado, así como lo relativo a las aguas, la calidad del terreno [...] al cambio de las estaciones y del clima, a la salida y ocaso de los astros. Si alguien piensa que todas estas cosas están demasiado orientadas hacia la meteorología, debe entender que la contribución de la astronomía a la medicina es muy grande, pues el cambio de las enfermedades del hombre está relacionado con el cambio de las estaciones”⁴.

El organismo humano posee la misma capacidad de autorregularse que posee la φύσις, con sus mismas propiedades, equilibrio y armonía. Como ya lo anticipó Demócrito, el hombre puede ser considerado como el *mundo en pequeño*, un auténtico “microcosmos”. La armonía intrínseca de la *physis* es capaz de generar armonía, pudiendo restablecer el equilibrio eventualmente distorsionado por el “exceso” o “defecto” de alguno de sus principios activos o *dynaméis*: lo seco, lo húmedo, lo caliente y lo frío. La *physis* tiene, además, un *logos*, una inteligibilidad accesible al logos humano, por lo cual es posible una *fisiología*. En consecuencia, es posible deducir que los principios activos de la *physis* tienen su correlato en el organismo físico del hombre, surgiendo así la célebre doctrina de los *humores*. Esta teoría afirma que los principios activos del organismo llamados “humores”, poseen las cualidades de los elementos de la *physis*. Según el tratado *Sobre la medicina antigua*, hay un número ilimitado de humores, mientras que según la obra *Sobre la naturaleza del hombre*, –que Aristóteles atribuyó a Pólibo (siglo IV a. C)–,

4 HIPÓCRATES, *Sobre los aires, aguas y lugares* *Perí aero n hydato n topo n*) I, II, en: JONES, W. H. S., *Hippocrates*, edición bilingüe griego-inglés, London, The Loeb Classical Library, 1957, vol. I, pp.71-72.

los humores son cuatro⁵ *sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra*:

“El cuerpo del hombre tiene en sí mismo sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra; éstos constituyen la naturaleza de su cuerpo, y a través de ellos él siente dolor o goza de salud”⁶.

Teniendo en cuenta que la medicina propiamente “fisiológica” que desarrolla Hipócrates se había iniciado con el pitagórico Alcmeón de Crotona, “joven cuando Pitágoras era viejo” –según Aristóteles– se podría pensar que la afirmación de una cuaternidad de humores responde al prestigio del número cuatro entre los pitagóricos, platónicos que pitagorizan y gnósticos. Así, por ejemplo, según testimonio de Sexto Empírico:

“Y entre ellos se denomina ‘tétrada’ el número cuatro, resultado de la suma de los primeros cuatro números. En efecto, la suma de $1+2+3=4=10$. Y este es el número perfectísimo, porque llegado a él, comenzamos a numerar desde el principio... De manera que no es inverosímil que la cuaternidad sea llamada por los pitagóricos ‘fuente que tiene la raíz de la naturaleza que fluye’ (o eterna)”⁷.

La tétrada como “fuente y raíz de la *physis* que siempre fluye” puede encontrarse también en Aecio⁸, Jámblico⁹ y los gnósticos valentinianos de Hipólito¹⁰ e Ireneo¹¹.

5 En el libro *Sobre las enfermedades*, los humores también son cuatro, pero uno de ellos es el agua, lo que resulta curioso ya que rara vez se advierte que el agua escape del cuerpo. En el tratado *Sobre la naturaleza del hombre*, el agua es sustituida por la bilis negra.

6 HIPÓCRATES, *Sobre la naturaleza del hombre* (*Perí physeos antrópou*), IV (vol. IV, pp.10-11 de la edición citada).

7 SEXTO EMPÍRICO, *Adversus mathematicos* IV, 3 y 9.

8 “Por quien ha transmitido a nuestra alma la tetraktys que es fuente y raíz de la naturaleza que siempre fluye.” AECIO, *Placita* I, 3, 84.

9 “Por quien ha descubierto la tetraktys de nuestra sabiduría, fuente que tiene en sí las raíces de la naturaleza.” JÁMBLICO, *Vita Pitagorae* XII.

10 “...fuente de la naturaleza eterna que posee raíces.” HIPÓLITO, *Elenchos* VI, 34, I.

11 “De la madre de todas las cosas, la tétrada primera.” IRENEO, *Adversus haereses* I, 15, 2.

Para un estudio más completo sobre este tema, puede consultarse GARCÍA BAZÁN, Francisco, Plotino. *Sobre la trascendencia divina: sentido y origen*, Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo, 1992, p. 291.

La noción de hombre como síntesis del universo estuvo siempre presente en el médico medieval, y es explicada por Laín Entralgo de la siguiente manera:

“El hombre realizaría la condición microcómica de su naturaleza de un modo a la vez entitativo, rítmico y procesal. Entitativo, porque en su realidad y en su ser operan de modo unitario todos los otros modos de ser presentes en el cosmos, desde el inorgánico hasta el racional-espiritual, en virtud de la unicidad de la forma que es el alma humana. Rítmico, porque sus movimientos se conciben en conexión con los ciclos naturales anuales y estacionales. Procesal, por último, porque el hombre es viator, está en camino hacia su perfección plena que se consume en la visión beatífica”¹².

El hombre así concebido, es objeto de la *téchne iatriké* o *ars medica*, una praxis que, para el médico medieval, lejos de estar escindida de la especulación teórica, se halla envuelta en un plexo de saber teológico y filosófico. Este enfoque totalizante del saber médico que conjunta teoría y praxis resulta muy meritorio, teniendo en cuenta que en el siglo III a. C. la escuela hipocrática se había escindido en una corriente dogmática y otra empírica. La primera se caracterizaba por la exacerbación de la tendencia especulativa de los clásicos, mientras que la segunda, surgida como reacción al carácter inflexible de la primera, ponía el acento en los aspectos prácticos derivados de la observación directa.

El segundo aspecto que pasó a la medicina galénica en particular y medieval en general, es el de la concepción de la enfermedad como proceso. En efecto, constituyó un gran mérito de Hipócrates comprender que la enfermedad no es algo que sobreviene al hombre desde fuera de su organismo, sino que se trata de un desequilibrio interior, una *diskrasía* o “mala mezcla” de humores, que se opone precisamente a la *eukrasía* o “buena mezcla”, noción fundamental en la definición de

salud como equilibrio. Aparecieron así numerosas explicaciones de la génesis de la enfermedad. En el siglo I a. C., surgió la escuela atomista fundada sobre la filosofía de Demócrito que, a pesar de haber sostenido una concepción simplista de la enfermedad relegando la patogenia al estado de los poros del cuerpo determinados por los átomos, fue la escuela más extendida en Roma. Esta escuela apareció como alternativa a la dogmática y a la empírica. Pero la corriente que tendría más éxito entre los médicos medievales es la de los *neumáticos*, que apareció en el siglo I d. C. Sobre la base de la teoría humoral, otorgaban una importancia fundamental al aire (*pneûma*) en la gestación de la enfermedad. La fisiología que postulaban se puede resumir de la siguiente manera: el aire llega a los pulmones y se dirige al corazón, para distribuirse luego por las arterias. Su función consiste en actuar como refrigerante y principio nutricional y movilizador, alcanzando también al cerebro. Su dinámica puede apreciarse en el pulso. Ante un desequilibrio provocado por una mala mezcla de humores, podía aumentar o disminuir siendo, en ambos casos, causa de enfermedad.

En consecuencia, podemos advertir que cuando apareció Galeno, coexistían tres explicaciones distintas acerca de la causa de la enfermedad, vinculadas a los tres estados de la materia. Los atomistas centraban su atención en el aspecto sólido del cuerpo, los humoralistas en el líquido y los neumáticos en el gaseoso.

Los médicos medievales posteriores continuarán casi sin cambios en el surco abierto por las ideas galénicas de “elementos primarios”, “cualidades” y “humores”. Considérese, por ejemplo la noción de “compleción” (*complexio*) como cualidad secundaria e individual resultante de la combinación de las cualidades elementales o de los humores. Relacionado con ésta, encontramos también el concepto de “composición” (*compositio*), que surge cuando la *complexio* de los humores da lugar a las partes similares que, al unirse entre sí, configuran los *membra*¹³.

A pesar de la enorme gravitación que Galeno

12 LAÍN ENTRALGO, Pedro, *Historia de la medicina*, Barcelona, Salvat, 1985, p. 217.

13 Cfr. LAÍN ENTRALGO, P., *Op. cit.*, p. 219.

ha tenido como médico en la Edad Media, especialmente en la formación del pensamiento anatómico que se encontraba muy poco desarrollado en la medicina hipocrática¹⁴; las opiniones sobre él se encuentran divididas. Al mismo tiempo que es exaltado y reconocido como el más grande, es considerado por otros como un impostor y un falso guía. Antes de que su fama decaiga durante el Renacimiento, el Pergamense proyectó una larga sombra sobre el desarrollo de la medicina medieval, provocando en algunos casos la adhesión a sus doctrinas y un fuerte rechazo en otros.

2. El desarrollo de la medicina en la Edad Media

Para tener una cabal idea de la pervivencia de la doctrina hipocrático-galénica de los cuatro humores, profundamente filosófica en su raíz, conviene considerar la tesis de un médico del siglo XI, Gilberto de la Porrée (1076-1154), que añadió a los clásicos cuatro humores cuatro “sustancias sinceras” que no se mezclan con los humores físicos. Esta tesis desaparecerá muy pronto del panorama médico del siglo XI, pero nos pone en la pista de que se está comenzando a considerar cierta “nobleza” en la sustancialidad, es decir, cierta apreciación moral que estaría por encima de los aspectos meramente biológicos de los humores, y que orientaría al médico a un ejercicio de su arte sobre un horizonte más abarcativo que el propiamente físico. Al mismo tiempo, se está sentando aquí un precedente de la alquimia, que tratará algunos temas propios de los médicos¹⁵.

La irrupción del cristianismo con su revolucionaria noción metafísica de “creación”, impactará en la

filosofía y en la medicina de manera decisiva. Las conflictivas relaciones entre la teología judeocristiana y el naturalismo filosófico de los griegos, alcanzará importantísimas dimensiones dialécticas, manifestadas en controversias que se extienden desde los Padres Apologetas hasta el nominalismo de Guillermo de Ockham. Un ejemplo paradigmático de tal discusión lo proporciona la crítica de Maimónides, célebre filósofo y médico judío, a Galeno.

Resulta particularmente significativa la obra llamada *Aforismos médicos de Moisés (Pirquet Mošeh)*, escrita entre 1187 y 1190. Se trata de una extensa colección de consejos médicos tomados de Galeno así como de los comentarios que hace el célebre médico de Pérgamo a las obras de Hipócrates; estos aforismos abarcan temas tan variados como anatomía, cirugía, ginecología, farmacología e higiene. La mayoría de estos aforismos revelan una notable coincidencia con los criterios médicos de Galeno; se han contado cuarenta y dos de estos aforismos que están precedidos de la expresión “Moisés dice”, con la cual se indica que el judío de Córdoba aporta una idea personal en orden a completar y enriquecer alguna idea expresada por otro autor o a formular una crítica menor. A partir del capítulo XXV de esta obra, Maimónides desata una severa crítica contra el príncipe de los médicos, quien rara vez había sido cuestionado en lo tocante al conocimiento de la medicina¹⁶. Maimónides subtitula el capítulo XXV de la citada obra con la siguiente expresión: “... que contiene aforismos relacionados con algunas incongruencias que se desprenden de los dichos de Galeno”, y se propone mostrar las contradicciones que aparecen en la obra del pergamense, evidenciando una lectura harto meticulosa así como un juicio sorprendentemente agudo y crítico. En este procedimiento, Maimónides detecta y refuta treinta y nueve contradicciones, a las que atribuye tres posibles causas: a) en primer lugar, un error

14 Más allá de los trabajos de Hierófilo en el 300 a. C. y de Erasístrato un poco después, que comenzaron a practicar autopsias en humanos, la medicina hipocrática no se destacó en anatomía, principalmente por su talante especulativo que le conferían la teoría de los humores y el dogmatismo. Galeno, por trabajar como cirujano de los gladiadores, contribuyó mucho a la gestación del pensamiento anatómico que, en el Renacimiento, causaría el desmoronamiento del humorismo ante el avance de las disecciones y las observaciones anatómicas. Cfr. CHUAQUI, Benedicto, “Rasgos del arte médico hipocrático”, en: *Diadojé. Revista de estudios de filosofía platónica y cristiana*, vol. 1, nn. 1-2, 1998, pp. 142-143.
15 Para una consideración de este tema puede consultarse ELIADE, Mircea, *Herreros y alquimistas*, Madrid, Alianza, 1974.

16 El mismo Maimónides declara en el mencionado capítulo, que Al Razi (Rhazes) había cuestionado ciertas afirmaciones de Galeno en el campo de la lógica y de la lingüística, pero jamás se había atrevido a poner en dudas sus opiniones médicas. Además y atenuando la crítica, Rhazes afirmaba que los supuestos errores de Galeno se debían a una traducción fallida de sus escritos.

del traductor de la obra de Galeno del griego al árabe, idioma en el cual Maimónides la leyó; b) en segundo término, un error no intencional de Galeno, “ya que nadie está exento de errores, salvo los profetas”; c) por último, una falta de comprensión del mismo Maimónides.

Más allá de la larga lista de incongruencias, nos interesan para el presente trabajo las opiniones de Galeno que tienen cierta envergadura filosófica y que son refutadas por el pensador de Córdoba por considerarlas erróneas; entre ellas, prestaremos atención a las que introducen la cuestión de la divinidad, la de los fenómenos naturales y la de la presunta eternidad de la materia.

Con respecto a la primera, Galeno aseguraba que fue instruido por la divinidad en ciertos temas de medicina, a lo que Maimónides responde diciendo que, por no haber sido Galeno un profeta, no es posible que haya tenido un contacto con Dios diferente del que tiene el resto de los mortales. Por otra parte, el pergamense sostuvo que la divinidad no promueve fenómenos naturales que no tienen sentido lógico, que no hace que las cosas imposibles se vuelvan posibles y, que de las posibles, elige las más apropiadas, es decir, que la divinidad escoge la mejor manera de hacer aquello que se propone, así como los materiales óptimos para llevarlo a cabo. Pero el atrevimiento de Galeno llegó demasiado lejos para la tolerancia de Maimónides, al atribuirle al bíblico Moisés las siguientes cuatro afirmaciones: a) que Dios ordenó al pelo de las cejas no crecer más; b) que para Dios todo es posible; c) que si Dios quisiera crear a partir del polvo y de manera instantánea un caballo o un buey, podría hacerlo; d) que Dios no elige cuidadosamente el material adecuado con el cual realizará su creación. De estas cuatro sentencias galénicas, Maimónides admitió la tercera pero rechazó las otras tres. Maimónides responde a la primera afirmación de Galeno aduciendo que Dios emite órdenes sólo a los seres racionales, y las cejas no lo son. Para comprender mejor la respuesta de Maimónides, conviene hacer un breve *excursus* sobre un problema filosófico muy debatido en su época. En la atmósfera inte-

lectual de la Edad Media en la que Maimónides escribió, estaba presente una cuestión que había comenzado con el comentario de Boecio a la *Isagogé* de Porfirio y que había recrudecido en el siglo IX con Juan Escoto Eriúgena, para luego extenderse hasta los albores de la modernidad. Se trata del problema de los universales y, consecuentemente, de la constitución de los individuos corpóreos, tema que atañe muy especialmente a la medicina de la época. En el hiperrealismo o universalismo sustancial del Eriúgena y de Guillermo de Champeaux, el problema de la individuación se resuelve considerando al individuo desde la subsistencia en sí del género. Lo verdaderamente real, sostiene Guillermo, es el género, el cual produce y contiene las especies y los individuos que le pertenecen. Por tanto, los géneros serían sustancias unitarias e idénticas, mientras que los caracteres específicos de los individuos que a ellas pertenecen no serían otra cosa que accidentes de la sustancia genérica. La reacción inmediata de Abelardo contra su maestro consistió en la siguiente objeción: ¿cómo es posible que a una misma sustancia puedan ser atribuidos accidentes contradictorios? Por ejemplo, si la sustancia específica del caballo puede ser al mismo tiempo blanca en el caballo blanco y negra en el caballo negro, ¿cómo puede la misma sustancia conservarse idéntica admitiendo en sí accidentes contradictorios? La perspicaz observación de Abelardo hizo abandonar a los realistas su posición extrema, y desde entonces se limitaron a decir que el género existe *individualiter*, es decir, su esencia universal e idéntica se haría forma sustancial particular en cada ejemplar individual.

Los médicos medievales trataban de no confundir la individualidad en sentido llano con el mismo individuo. Por ejemplo, el tejido muscular, tiene su ser propio, indiviso e incommunicable, pero no puede afirmarse por esto que el tejido muscular sea un individuo. En consecuencia, sólo pueden ser considerados propiamente “individuos” los seres constituidos por una sustancia individual completa, es decir, aquellos que no necesitan de otra sustancia parcial para la ple-

na constitución de su ser¹⁷. He ahí la fundamentación filosófica de la respuesta de Maimónides a Galeno, en cuanto al carácter individual de la ceja, pues no se trata de un individuo propiamente dicho, sino de una sustancia individual pero parcial en constitución de un individuo completo y racional.

La respuesta de Maimónides a la segunda afirmación de Galeno nos permite conocer en parte la noción de Dios que sustentaba el cordobés, quien no acepta que Moisés creyera que “para Dios todo es posible”, sino que más bien habría que decir que “el poder de hacer lo imposible no puede ser atribuido a Dios”. Para entender la diferencia entre ambas afirmaciones, es preciso ingresar en su teología negativa, que se desarrolla en una de sus principales obras filosóficas llamada *Guía de los perplejos*¹⁸.

“Has de saber que los verdaderos atributos de Dios son aquellos cuya atribución se hace por medio de negaciones, lo que no comporta ninguna expresión impropia, ni da lugar, en manera alguna, a atribuir a Dios ninguna imperfección. En cambio, la atribución enunciada afirmativamente, encierra la idea de *asociación* y de imperfección...”¹⁹.

Con esto, Maimónides quiere expresar que, al adjudicar a Dios atributos afirmativos, se reconoce implícitamente que hay en Él ideas diversas asociadas entre sí y, por consiguiente, también se le atribuye imperfección. De este modo, al referirse a Dios con lo que no es antes que con lo que es, el Rabino de Córdoba continúa una tradición que se remonta hasta Dionisio Areopagita.

Con respecto a la cuarta sentencia de Galeno,

17 Cfr. LAÍN ENTRALGO, P., *La historia clínica*, Madrid, Tricastella, 1998 (3ª ed.), p. 78.

18 En hebreo, *Môrèh ne búkím*, en árabe, *Dalālat al-ha'irín*, esta obra persigue el propósito de estudiar científicamente los Libros proféticos. Su redacción fue motivada por la preocupación que había generado en Maimónides el distanciamiento de su discípulo R. Yosef ben R. Yehudá, hombre religioso que, a pesar de su espíritu comprensivo, no pudo recibir de Maimónides las enseñanzas necesarias, por lo cual el texto intentará colmar esa carencia.

19 MAIMÓNIDES, *Guía de los perplejos*. Tratado de teología y de filosofía I, LVIII, versión castellana y prólogo de León Dujovne, Buenos Aires, Sigal, p. 154. El tema se desarrolla hasta la p. 157.

según la cual Moisés creía que Dios no habría escogido el material más adecuado para hacer el mundo, Maimónides la rechaza diciendo que Dios no hace nada por azar y sin finalidad, sino que todo lo hace bien, con recta intención y justicia.

Por último, Galeno creía que la materia es eterna y negaba la posibilidad de una creación desde la nada, con lo cual la trascendencia divina quedaba comprometida, pues la divinidad creadora no modificaría las leyes preexistentes de la naturaleza, y su voluntad sería restringida y no omnipotente.

La cuestión, acerca de si la materia es eterna o provino de una creación ex nihilo como afirma la Escritura, es tratada por Maimónides en la *Guía de los perplejos*, redactada en la misma época que el *Comentario a los aforismos*, razón por la cual no la considera en esta obra. No obstante, se trata de un problema que Maimónides debe superar por su doble condición de creyente judío y filósofo aristotélico. Junto a la afirmación de la Escritura según la cual “En el principio creó Dios los cielos y la tierra”, Rambam²⁰ debe considerar las argumentaciones por las cuales Aristóteles se inclina por la tesis de la eternidad del mundo, principalmente en los libros VII y VIII de la *Física*. Para el Estagirita, la eternidad del cosmos obedece a la eternidad de la materia y, en especial, del movimiento, cuya eternidad responde a su vez a la del Motor Inmóvil, inteligencia infinita que es *nóesis noéseos* y que únicamente es motor del mundo increado como fin último, es decir, como *télos* deseado. Luego de una aguda exégesis filosófica, Maimónides concluye que no existen pruebas racionales decisivas en favor de las tesis aristotélicas de la eternidad de la materia y, por tanto, le conviene al filósofo creyente atenerse al texto de la Escritura²¹.

20 Por este apodo era conocido Maimónides, pues se forma de la asociación de las iniciales de su nombre: Rabí Moshé ben Maimón.

21 Cfr. *Guía de los perplejos* II, XV y XVI, pp. 82-91. Maimónides cita al respecto siete demostraciones, de las cuales cuatro corresponden al mismo Aristóteles y tres a los peripatéticos. Las primeras se refieren a que el movimiento primero no nace ni perece; que la materia prima, común a los cuatro elementos, tampoco nace ni perece, pues en caso contrario se caería en un regressus ad infinitum; que el movimiento circular de la esfera terrestre carece de contrario, por lo que no puede perecer y, por tanto, tampoco puede ser generado; y que en todo lo que adviene hay una posibilidad de cambio que implica una potencia anterior, tanto en el objeto como en el agente de

Con respecto a la trascendencia de Dios, Maimónides creía que, al ser la naturaleza creada *ex nihilo*, la divinidad era a la vez trascendente e inmanente, pudiendo modificar sus leyes por el ejercicio de su omnimoda voluntad, de modo que fenómenos considerados imposibles se tornarían posibles en tanto se los tomara como manifestaciones del control que Dios tiene sobre la naturaleza.

A partir de su durísima crítica a Galeno, que se exagera entre el aforismo 56 y 59 del mencionado capítulo XXV del *Comentario a los aforismos de Moisés*, se puede deducir lo que Maimónides espera de la conducta de un médico. En el aforismo 59 el rabino de Córdoba describe como patológico el comportamiento de aquellos que se creen más perfectos de lo que son en realidad, y esta acusación va dirigida al pergamense por opinar con pretendida autoridad sobre otras disciplinas en las que no era perito, como lo era en el arte médico. Más allá de su reconocimiento y admiración hacia Galeno como médico, llegó a referirse a él como ignorante, falsificador e inexacto en la mayoría de los temas que trata, excepto en medicina²². En la *Mišnah* puede leerse una sentencia lapidaria contra los médicos: “El mejor de los médicos es digno del infierno”²³. En el siglo XIII, Menahem Meiri interpretó este aforismo como dirigido a los médicos que ejercían mal su práctica, mientras que en el siglo XVI o XVII R. Samuel Eliezer Edels entendió que estaba dirigido al médico orgulloso²⁴.

*cambio, potencia que no se puede concebir en Dios mismo. A continuación, el cordobés sostiene que no se puede pensar que Aristóteles considerara como auténticas estas demostraciones o razonamientos, en apoyo a lo cual recurre a textos del Estagirita que revelan cierta cautela sobre el tema, cautela que – según Maimónides – no fue imitada por sus seguidores. Para un estudio más completo de esta cuestión, véase MAGNAVACCA, Silvia, “Alcances y límites del aristotelismo. Maimónides y Tomás sobre la eternidad del mundo”, *Actas del Simposio internacional Moisés Maimónides, médico y filósofo. Homenaje en el octavo centenario de su muerte: 1204-2004*, Buenos Aires, mayo de 2004 (versión electrónica).*

22 Cfr. BORTZ, J., *op. cit.*, p. 59.

23 *Mišnah*, *Qiddušin* 4, 14, en DEL VALLE, Carlos (ed.), *La Misná*, Salamanca, *Sígueme*, 20112, p. 469. Una glosa del Talmud dice algo parecido, pero acerca de los “sangradores” o cirujanos porque causan daño con sus manos y de manera directa, y no con respecto a los médicos en general.

24 Cfr. KOTTEK, Samuel, “El medico Maimónides entre perfección y humildad”, en: *Actas del Simposio internacional Moisés Maimónides, médico y filósofo. Homenaje en el octavo centenario de su muerte: 1204-2004*, Buenos Aires, mayo de 2004.

Dos personajes paradigmáticos de cada una de las culturas que configuraron el pensamiento de Maimónides estuvieron relacionados con la virtud de la humildad; por un lado, el médico griego Hipócrates, quien en los capítulos 5 y 12 de su obra *Decorum*, menciona la modestia (gr. *katastolé*) como una de las cualidades que conviene al médico; por otra parte, Moisés, el personaje bíblico a quien Maimónides debe su nombre, era considerado como “muy humilde” (heb. *anav me’od*)²⁵.

Hacia el siglo XIII, el del origen de las Universidades y del esplendor de la Escolástica, la medicina no es ajena a la revolución cultural producida a partir de las fuentes aristotélicas y arábigas, y seguirá el derrotero de la filosofía y la teología, emigrando del monasterio a la ciudad. Se pasó así de la medicina monástica, cuya máxima expresión fue Santa Hildegarda de Bingen, a la medicina universitaria. Pero esta transición se produjo a través de las *Escuelas* erigidas como centros de conservación, estudio y transmisión del saber greco-árabe. Entre estas, merecen destacarse la de Chartres entre los siglos X al XIII, cuyos máximos representantes fueron Thierry de Chartres, Juan de Salisbury y Guillermo de Conches; la de Montpellier, fundada en el siglo X pero alcanzando su cenit en el siglo XIII merced a la creación de una Facultad de Medicina en 1220. Pero, sin duda, la más prestigiosa de las escuelas médicas fue la de Salerno, que alcanzó su máximo esplendor entre los siglos X y XI. Su primer fundador fue Alfano, Arzobispo de Salerno. Cimentada sobre una fuerte tradición hipocrática, Salerno fue escenario de las más grandes figuras de la medicina medieval. A principios del siglo XII, se destacó la escuela de Traductores de Toledo, que fue guardiana del tesoro cultural de la medicina griega y arábiga. De este modo, y con la triple herencia de Hipócrates, Galeno y Aristóteles, se fue conformando la medicina del siglo XIII, enseñada en las Universidades con el método escolástico de la *lectio*, el *exercitum*, la *repetitio* y, muy especialmente, la *disputatio*. Muy conocida resultó, por ejemplo, la disputa sostenida por Santo Tomás

acerca del carácter natural y no violento del movimiento del corazón, contra el médico Alvredus de Sareshel (llamado también Anglico), quien sostenía exactamente lo contrario²⁶.

El hecho de que un teólogo y filósofo como Santo Tomás escribiera un opúsculo de medicina demuestra la integración y universalidad de los saberes en la Edad Media.

3. Proyecciones antropológicas de la medicina medieval

La antropología medieval, al igual que la antigua, deriva de la cosmología. La concepción de hombre como “microcosmos” inaugurada por la filosofía impactó en la medicina desde sus orígenes, y se consolidó a lo largo de todo el período medieval.

El cristianismo con su doctrina de la creación, al mismo tiempo que desdivinizó el cosmos le imprimió a la naturaleza una sacralidad tan elevada que pasó a ser considerada como una teofanía, tal como se observa, por ejemplo, en el pensamiento de Dionisio Areopagita o de San Agustín, quien ve en los objetos naturales la huella de Dios, pues albergan ciertas formas seminales que son el reflejo de la Forma Perfecta²⁷. Cada creatura se convierte así en signo de una realidad superior y trascendente que la fundamenta en la existencia. Expresada en el bagaje intelectual neoplatónico que afirma la procesión de todas las cosas desde

26 El opúsculo en cuestión escrito por Santo Tomás es el *De motu cordis*, verdadero tratado de fisiología cardíaca que el Aquinate escribió en respuesta a una consulta de su amigo Felipe de Castrocielo, médico catedrático de las Universidades de Bologna y de Nápoles, acerca del origen y naturaleza del movimiento del corazón. El interlocutor de Tomás era el médico Alvredus Anglico, quien había escrito una obra con el mismo título dedicada a su maestro Alejandro Neckham.

Enseñó medicina en París durante un largo tiempo y fue considerado el más destacado arabista de comienzos del siglo XIII. Se le atribuye la traducción del tratado pseudoaristotélico *De vegetabilibus* de la versión árabe de Hunayn bn Isaac e Ibn at-Taiyib. Se le atribuye también la traducción al latín de un tratado de mineralogía, *De liber congelatus* que forma parte del monumental *Sifá de Avicena*. Para un estudio detallado de la controversia sostenida entre Anglico y Tomás a la luz de las tesis de Montpellier y Salerno acerca del tema, véase el comentario de Mario Capponetto al *De motu cordis*, edición bilingüe latín-español, Buenos Aires, Athanasius / Scholastica, UCA, 1993, p. 74 ss.

27 Cfr. *De libero arbitrio* II, 17, 46; *De civitate Dei* XI, 28.

Dios y su regresión final a Él según la dinámica del *exitus* y el *reditus*, la teología cristiana medieval configura una concepción de naturaleza en la que se reúnen tanto lo natural como lo sobrenatural, siendo el hombre el mediador en ese proceso escatológico de unión de todo lo fenoménico con Dios, según lo expresa con claridad creciente la Patrística cristiana, en una curva que va desde Gregorio de Nisa a Juan Escoto Eriúgena²⁸.

La relación del médico con la naturaleza en general consistirá en activar la *vis medicatrix naturae*, las propiedades curativas de la naturaleza, la que al ser considerada desde el horizonte creacionista, se encuentra pleotóica de significado por tratarse de la obra de un Autor. El ejercicio del *ars medica* en esta naturaleza sacralizada es equiparable a la de un monje que imita humanamente la labor cristológica de redención. Esta comprensión de la medicina como “redención tecnificada” es vivida con fuerza dispar en los dos períodos en que podría dividirse a grandes rasgos la medicina en la Edad Media: el comprendido entre los siglos VIII a X y el que abarca los siglos XI a XV. El primero, si bien adolece de la precisión técnica que caracterizará a la medicina posterior, registra una labor médica mucho más cercana al ideal evangélico, mientras que el segundo, a pesar de una creciente precisión en la observación y el diagnóstico, se orienta más hacia una racionalización técnica que a una comprensión del enfermo como *homo patiens*. Tal vez sea esta una de las causas de la violenta reacción de Paracelso contra los estudios universitarios de medicina.

El momento en que el médico actúa sobre el hombre enfermo como un investigador de las cualidades del mundo natural previamente cargado de sentido soteriológico por parte de la cosmología judeocristiana, constituye una praxis de significado redentor, ya que la salud misma es entendida como “salvación” (*salus*)²⁹. Este paso de la concepción sagrada de la naturaleza a la práctica médica asociada a la salvación, es llamada por

28 Cfr. *De divisione naturae* 3, 1.

29 Los milagros de curación en el Evangelio son considerados signos de la presencia del Reino de Dios en la tierra.

Paredes Osuna “hipocratización de la naturaleza divinizada”:

“Esta hipocratización se define como una concreción de la divinidad dentro de los parámetros de facticidad y asequibilidad que le son necesarios para un trato directo, material y técnico de estos elementos en la búsqueda de la salud humana. Sólo la hipocratización, entendida como racionalización técnica de la naturaleza previamente divinizada, permite su manipulación y uso con fines tanto naturales como soteriológicos. El médico acepta a Dios en la naturaleza con la condición (¿técnica? ¿teórica? ¿moral?) de que sea asequible a la preparación de tratamientos terapéuticos en un momento en que la curación del cuerpo es ya la curación del alma y en el que la salud es ya el estado de gracia, condiciones necesarias para la salvación”³⁰.

La idea de naturaleza vigente en el saber de los médicos hasta las primeras décadas del siglo XVI era la que se había recibido de la Antigüedad clásica. Al percibirse la obsolescencia de tal cosmovisión, comenzó un largo proceso intelectual en pos de sustituirla por otra. El neoplatonismo italiano del siglo XV, representado por figuras egregias como las de Marsilio Ficino y Pico della Mirandola, constituyen los primeros esfuerzos positivos por forjar una “ciencia nueva” frente a la antigua. Seguidamente, sobreviene la concepción del mundo como organismo viviente por parte de Paracelso, anticipada ya en un tratado gnóstico anterior al año 341 llamado *Paráfrasis de Sem*³¹. Sobre estos presupuestos cosmológicos comenzó a fundarse el estudio de la patología.

30 PAREDES OSUNA, José A., “El pecador en el jardín de la salud: la contribución de la medicina a la configuración del modelo antropológico medieval y el carácter filosófico de su sentido”, en: *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, (2003), n. 20, Universidad Complutense de Madrid, pp. 5-32 (aquí, p. 21).

31 Pertenciente a la corriente de exposiciones adámico-setianas, este tratado presenta una gran originalidad expositiva en relación con la cosmología egipcia y enseñanzas médicas que relacionan estos escritos con las doctrinas de la escuela metódica, representada por Rufo, Sorano e incluso Galeno, Cfr. PIÑERO, Antonio, MONTSERRAT TORRENTS, José, GARCÍA BAZÁN, Francisco, *Textos gnósticos. Biblioteca de Nag Hammadi III: Apocalipsis y otros escritos*, Madrid, Trotta, 2000, pp. 129-164.

El neoplatonismo florentino y Paracelso constituyen las bases de la antropología posgalénica. Sobre esta visión neoplatónica de la naturaleza se levantarán en el siglo XVII la física de Galileo y la fisiología de los iatromecánicos. De la concepción organicista de Paracelso, surgirán la iatroquímica de Van Helmont, Silvio y Thomas Willis. La anatomía de Andreas Vesalio sirvió de prólogo a la fisiología de William Harvey, que junto a la iatromecánica y a la iatroquímica constituyeron los primeros aportes médicos a la idea moderna del “cosmos”.

Consideraciones finales

Al llegar el siglo XVI, el hombre occidental había recorrido un largo camino. Comenzó por conocer el mundo según las ideas ejemplares de las cosas en la mente de Dios, los *vestigia Trinitatis* en las creaturas, como las llama Agustín. De ahí pasó a conocerlo en las diversas realidades individuales y sensibles que la componen. Después de Guillermo de Ockham se incrementó la vigencia histórica del nominalismo y del individualismo ontológico consecuente, que afirma que las cosas singulares son singulares por sí mismas, sin necesidad de un *principium individuationis*. Sólo el individuo tiene existencia real. Por tanto, la forma natural de nuestro conocimiento del mundo es la intuición de las realidades individuales. Así, Nicolás de Cusa (1401-1464) afirmará la primacía del individuo en el mundo creado, especialmente cuando se trata del hombre. Según el Cusano, cada hombre es un microcosmos que de una manera adecuada a la naturaleza humana contiene, real y representativamente a la vez, el universo entero.

Lorenzo Valla (1407-1457), por su parte, clama contra los conceptos abstractos del saber escolástico y propone el retorno del pensamiento a la concreción de las cosas individuales, un “saber ver” la *res*. Y uno de los momentos esenciales de ese *sapere videre* lo constituye la adecuada intuición de cada individuo sensible dentro del orden de todo el universo. Así lo entiende el gran aristotelista de Padua, Pietro Pomponazzi (1462-1564), quien afirma que *Universi enim pul-*

chritudo consistit in diversitati. El hombre ve en sí mismo lo más propiamente individual de todas las realidades mundanas: *Deus in terris*, como lo llama Ficino.

La medicina medieval constituye una forma de humanismo poco conocido que comparte las metas y presupuestos de los demás, sin reducirse a ninguno de ellos. Desde la noción central del hombre como microcosmos, pueden percibirse semejanzas y diferencias en la comprensión del componente filosófico de la medicina entre personajes tales como Hipócrates, Galeno, Avicena, Maimónides y Paracelso.

En tanto constituye una cosmología, una antropología y una ética, la medicina es filosofía que aborda la realidad compleja que la rodea y aporta sus contenidos a la comprensión del hombre, condición fundamental para que este arte pueda ser ejercido.

Instrucciones para Autores

Procesador WORD Doble espacio Fuente Arial 11
Hojas A4 - 3 cm de margen a cada lado

Primera página o portada

Título: castellano e inglés 22 palabras sin abreviaturas o siglas.

Autores: nombre(s) y apellido(s) orden correlativo con su grado académico (Dr., Lic., etc.)

Referencia (nº, asterisco) para identificar la Institución correspondiente al primer autor.

Dirección y correo electrónico de cada uno de los autores. Debe señalarse al autor que se contactará con el CE para las notificaciones. Debe consignar e-mail y teléfono.

Gramática y estilo

Según reglas generales.

Abreviaturas o siglas

Aclarar las abreviaturas y siglas la primera vez que se las usa (entre paréntesis)

Agradecimientos

Al final del texto.

Bibliografía o referencias

La revista adscribe a las normas APA o Vancouver 70% de las citas deben ser de los últimos 10 años y el 30% restante entre los trabajos clave de los años anteriores.

Tablas y figuras (obligatorio)

En hojas aparte.

Fotografías.

Enviar aparte.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, encuestas y revisiones sistemáticas.

- Título

- Autores

- Registro de ensayos clínicos (si se necesita)

- Financiación

- Conflicto de intereses

- Patrocinador (si lo hubiere)

Característica de los resúmenes

- Extensión : 250-350 palabras.

- Palabras clave al pie de cada resumen hasta cinco Términos MeSH de Pub Med y/o Descriptores en Ciencias de la Salud (deCS).

- Estructura

- Introducción

- Población y métodos

- Resultados

- Conclusiones

Redacción del manuscrito

- Extensión máxima 2500 - 3000 palabras Excluye : resúmenes bibliografía, tablas o figuras.

Formato:

Introducción

- Población y métodos

- Resultados

- Discusión

- Conclusiones

- Bibliografía No mayor a 30 citas (Normas APA - Vancouver)

- Tablas y figuras Máximo 5-6

- Fotografías no mayor de 2

Estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, encuestas y revisiones sistemáticas.

- Título

- Autores

COMUNICACIONES BREVES

- Descripción de observaciones

- Presentación de situaciones clínicas

- Resultados preliminares

- Tecnología médica

- Procedimientos

- Otros aspectos de interés.

La redacción y presentación del manuscrito es similar a los "Aspectos generales de la presentación del manuscrito".

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Igual al anterior pero con una serie de pacientes con un cuadro clínico poco frecuente cuya descripción tenga importancia práctica.

Criterios

- Efectos secundarios inusuales de medicamentos.
- Presentación inusual de una enfermedad.
- Nuevas asociaciones o variaciones en el proceso de una enfermedad.
- Presentación, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad nueva o emergente.
- Una asociación inesperada entre enfermedades o síntomas.
- Un evento inesperado observado en el curso clínico o el tratamiento.
- Hallazgos que arrojen nueva luz sobre la posible patogénesis de una enfermedad.

Estructura

- Resumen en castellano 150-250 palabras. Palabras clave 4-5.
- Relato máximo 1.200 - 1.400 palabras (excluye resúmenes, bibliografía, tablas o figuras).
- No más de 4 ilustraciones (gráficos, tablas, fotografías).
- Breve introducción, experiencias publicadas.
- Observación o cuadro clínico del paciente y finalmente discusión y comentario.

Bibliografía

- No más de 15 citas.

ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN

- "Puesta al día" acerca de un tema de importancia.
- Amplia revisión y actualización de una enfermedad.
- Generalmente lo solicitan los editores por su actual interés.
- Resumen 150 a 250 palabras Castellano – Inglés hasta 5 palabras clave.
- El texto: Introducción, desarrollo, apartado de discusión o comentarios si es pertinente 2700-3500 (excluye resumen, bibliografía, tablas o figuras)
- Bibliografía lo más completa posible (hasta 75 citas) Impresas solo 7.

ARTÍCULOS ESPECIALES

- Igual a los artículos de actualización (2500 – 3000 palabras).
- Artículos que den continuidad a la anterior revista "Colegio y Comunidad".
- Filosofía, Ética, Antropología, Epistemología, Temas medioambientales. Culturales, psicológicos, transdisciplinario, etc.

OPINIÓN Y COMENTARIOS

- Comentarios Editoriales: sobre un artículo tratado en el mismo número de la revista y son por invitación el CE.
- Comentarios de diversos temas de interés.
- Ambos máxima extensión 1300-1500 palabras (excluye referencias).
- Citas no serán más de 10.

MEDICINA PRÁCTICA

- Temas que aporten sobre aspectos prácticos de la actividad del médico. Casos pediátricos, clínicos, de la mujer, del anciano, etc.
- 2700-3500 palabras (excluye resumen, bibliografía, tablas o figuras).
- No mayor de 25 referencias.

CONSENSOS Y GUÍAS

¿Cuál es su diagnóstico, que hace Ud. Después o cual es su conducta?

Primera parte

- Descripción breve (200-250 palabras).
- Un cuadro clínico con 5 opciones diagnósticas.
- Una imagen.

Segunda parte

- Descripción del caso clínico (100 palabras).
- Enfermedad o trastorno que corresponde al diagnóstico correcto y sus DD.
- No mas de 800 palabras.
- No más de 2 ilustraciones y máximo de 5 citas bibliográficas.

POSTERS

400 palabras. Fotografía del panel gráfico presentado en Curso, Congreso, etc.

CARTAS AL EDITOR

400-1000 palabras 5 Citas bibliográficas.

A TENEO HOSPITALARIO**Responsable**

- El profesional que dirige el debate deberá presentar el caso en cuestión con HC, datos de laboratorio, estudios radiológicos, ecográficos, etc. Y un abanico de diagnósticos diferenciales para introducir el tema.

Intervinientes

- Profesionales clínicos relacionados con el/la paciente, especialistas, imagenólogos, anatomopatólogos, etc.

Discusión

- Serán consideradas las opiniones más relevantes mencionando el nombre y el cargo del profesional que pidió la palabra.

Cierre

- A cargo del responsable con mención al Diagnóstico definitivo, tratamiento, resultados y evolución actual.

- Un máximo de diez (10) intervinientes será lo aceptable.

Bibliografía

- Máximo de 10 referencias actuales (no más de 10 años).

