



# REVISTA COLEGIO DE MEDICOS

DE LA 1ra. CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE - REPÚBLICA ARGENTINA



Año: I | N°: 1 | Julio de 2017

# Prólogo

Una vez más este Colegio de Médicos apuesta a una nueva propuesta educativa, intentando mejorar cada vez más la cantidad y calidad de oferta educativa, recorriendo todas las variantes científicas, actualizando consensos y compartiendo experiencias.

Esperando que esta entrega sea de gran utilidad para todos, invitamos, a una participación activa de los colegas para enriquecer esta idea permitiendo trascender.

Nuestra intención es trabajar juntos, sinergizando ideas y energías positivas, apostando lo mejor de cada uno, con toda la fe y esperanza en nuestro futuro.

**DR. CARLOS D. ALICO**  
PRESIDENTE COLEGIO DE MÉDICOS

# Editorial

Por considerar que existe una circularidad permanente en los actos humanos, hoy ponemos en manos de los colegas esta presentación en papel que pretende demostrar que relatar la experiencia regional es posible. La Revista del Colegio de Médicos de Santa Fe de la primera circunscripción compendia en un mismo formato lo cualitativo y cuantitativo de reflexiones y trabajos clínicos científicos destinados a compartirlos con los colegas que quieran saber que se hace y que se piensa todos los días de nuestra actividad profesional.

Nuestro sistema de Salud que dista de ser perfecto, debe ser constantemente evaluado por lo que queremos, pretenciosamente, contribuir con estos artículos que reflejan parte de nuestra actividad con su actualización y desarrollo.

Creemos que volver a escuchar y analizar lo que dicen nuestros pacientes es primordial por lo que iniciamos una serie de artículos relacionados con la Medicina Narrativa, un enfoque humano para morigerar la intromisión de la tecnología en la relación médico-paciente.

El Hospital Iturraspe de Santa Fe contribuye con su experiencia en cirugía de la vía biliar con una interesante reseña. También el servicio de Cirugía del Hospital Cullen de la capital provincial aporta con casos de tumor pseudopailar de páncreas.

El capítulo de medicina rural contribuye describiendo lesiones dérmicas atribuidas a una oruga pensando en el desequilibrio ecológico que ocurre en nuestras zonas rurales.

La Medicina social y el derecho a la salud en un medio ambiente conflictivo ocupan su lugar en la revista, así como la adherencia terapéutica en diabéticos en la ciudad de Santo Tomé nos da un panorama de evidencias locales que mejorarán la descripción de un cuadro de situación real de nuestro ejercicio.

Existe un trastorno destacado en la Neuropediatria que es el autismo, por ello es que apoyamos fervientemente el trabajo de cientibecarios de las Facultades de Bioquímica y Medicina de la UNL.

Por último, nos complacemos en apoyar las inclinaciones literarias con la publicación de un poema.

En fin, queremos hacer de esta revista un lugar para todos los que trabajamos en Salud con curiosidad intelectual y deseos de actuar cada vez mejor para enriquecer esta noble profesión.

**DR. MIGUEL ANGEL NICASTRO**  
miguelnicastro@cmsf.org.ar

Año: I | N°: 1 | Julio de 2017

## MESA DIRECTIVA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE 1<sup>ER</sup> CIRCUNSCRIPCIÓN

PERIODO 2015 - 2017

### Presidente

Dr. Carlos Daniel Alico

### Vicepresidente

Dr. Daniel Raúl Rafel

### Secretario

Dr. Julio Cesar Bedini

### Tesorero

Dr. Miguel Ángel Apodaca

### Vocal

Dr. José María Albrecht

### Editores

Dr. Arturo Serrano

Dr. Guillermo Kerz

Dr. Fernando Traverso

Dr. Alejandro Mansur

### Director

Dr. Miguel Ángel Nicastro  
manicastrogol@gmail.com

### Secretaria comisión de educación médica de post-grado.

Mariana Montenegro

0342 - 4520176/77 int. 219

marianam@cmsf.org.ar

www.colmedicosantafe1.org.ar

# Indice

Prólogo	1
Editorial	1
Medicina narrativa	3
Las historias que nos contamos	4
Dilatación quística de la vía biliar	5
Medicina social	7
Instrumento	9
Incremento de lesiones dérmicas	10
Tumor pseudopapilar de páncreas	12
Ambiente, derecho y salud	15
Adherencia terapéutica en diabetes	20
Trastornos del desarrollo y del espectro autista	25
Anexo bibliografías completas	29



Trepthing in Ancient PERU - 1959 - Robert Thom

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

FACUNDO TRAVERSO

CONTACTO: TRAVERSOFA@GMAIL.COM

# Medicina Narrativa

Por

**DR. SEBASTIÁN DEL PAZO:** Médico egresado de la UNR. Especialista en Clínica Médica. Docente en la FCM-UNL  
Contacto: sidelpazo@gmail.com

Nuestra práctica profesional contempla un desarrollo tecnológico cada vez más sorprendente y modelos de atención que privilegian la eficacia aún a costa de la calidad en la relación a entablar con aquellos que nos consultan y buscan nuestro asesoramiento.

Sin embargo, los resultados están lejos de ser los ideales, y la ecuación no cierra, si no es acotando los tiempos, privilegiando el resultado de los estudios complementarios en lugar del criterio del Médico, dañando, a veces irremediablemente, la relación con nuestros colegas y pacientes.

La Medicina Narrativa es un movimiento liderado por médicos, inquietos por esta realidad, que pretenden corregir estos paradigmas, tal vez “humanizarlos”.

No es literatura, ni psicología, ni sociología... Aunque necesite de elementos de éstas para un mejor proceso de diagnóstico, acompañamiento y tratamiento.

Daniel Flichtentrei es médico, y es cardiógrafo. Es Director Médico de INTRAMED, la página web de Salud más importante en idioma español. Ejerce su profesión con pasión, y esa pasión lo llevó a interesarse en la Medicina Narrativa y a enseñarnos cómo cuidar y cuidarnos.

# LAS HISTORIAS QUE NOS CONTAMOS

Por

**DANIEL FLICHTENTREI:** Médico egresado de la UBA. Cardiógrafo Universitario. Director de contenidos médicos de INTRAMED.

## Medicina narrativa: una estrategia que podría rescatarnos del silencio.

El mundo de la medicina está atravesado por un continuo tráfico de historias. Narraciones cotidianas que le siembran el suelo como árboles en un bosque de palabras. Si usted agudiza el oído escuchará voces que gritan o murmuran para contar padecimientos que siempre son únicos, secretos, personales. Sin ellas, la medicina no sería nada. Apenas una técnica discreta y satisfecha. Un páramo de cifras y algoritmos que intentaran alumbrar, como pálidas luces agónicas, el cadáver de su propia grandeza y las sombras de un futuro miserable. Usted o yo, recibimos una historia cada quince minutos. Usted o yo, cada quince minutos, devolvemos otra historia. De lo que suceda entre esos dos momentos dependerá el valor de lo que hagamos. Podemos silenciarla o mutilarla traduciéndola a una lengua mentirosa que se supone universal y transparente al precio de abandonar a las personas por fuera de lo que nombra. O, por el contrario, podemos sumergirnos en ella como en un agua cálida y misteriosa que esconde significados. Usted o yo, cada quince minutos, decidimos qué hacer.

Desde hace algunos años, aunque aún confinada en un círculo minoritario, se ha desarrollado una corriente de "Medicina narrativa" que intenta profundizar en el tema aportando herramientas conceptuales y habilidades cognitivas al servicio de los agentes de salud.

¿Por qué estudiar la narrativa de los pacientes?

Las personas nos contamos historias desde el comienzo de la vida. Esas narraciones permiten que la caótica complejidad del mundo adquiera sentido y nos define el lugar que ocupamos en él. Es mediante historias que comprendemos, ya no lo que las cosas son, sino lo que significan. Es la forma en que se establecen el valor y las jerarquías de todo cuanto nos rodea.

En silencio, muchas noches nos repetimos esa historia privada y secreta que nos dice quiénes somos.

El pensamiento analítico que separa, descompone y aísla elementos nos habilita para comprender. Pero son las narraciones que reúnen, vinculan y relacionan las que nos permiten apropiarnos de las cosas que he-

mos analizado. Sólo entonces un conocimiento, una idea o un acontecimiento se hará "nuestro".

Enfermar es una experiencia vital. Ese acontecimiento desata una crisis íntima y personal más allá de toda biología. Pero influye en ella, la determina, la modula, gobierna su evolución y se adueña de su futuro. La enfermedad puede incluirse en la narrativa de una vida obligada a redefinirse. Pero también puede dejar en suspenso todas nuestras creencias y paralizarnos en una encrucijada para la que no encontramos salida. Allí poco interesa lo que la enfermedad "es" -para lo cual la biología se basta a sí misma- sino que lo único que importa es lo que la persona enferma dice que "es" para convencer a otros y, especialmente, para convencerse a sí misma. Es esa versión desmaterializada de la enfermedad la que impacta como un proyectil mudo e invisible sobre nuestra escasa zona de visibilidad. Resulta prudente recordar que nuestras áreas de penumbra son mucho más extensas que el estrecho territorio iluminado. No es que la ciencia no sirva, es que no es un dios omnipotente sino un método tan extraordinario como incompleto. No es que los números resulten inútiles, es que no dicen nada acerca de las personas, que es precisamente de lo que los médicos nos ocupamos todos los días.

# DILATACION QUISTICA DE LA VIA BILIAR

Por

**DR. PIERINI ANGEL:** Jefe del Servicio de cirugía del Hospital Iturraspe; Docente encargado de centro de formación de carrera de postgrado FCM - UNR; MAAC, **DR. BROSUTTI OSCAR:** Medico de planta del Servicio de cirugía del Hospital Iturraspe; Profesor adjunto de Cirugía FCM - UNR; Docente carrera de postgrado en Cirugía FCM - UNR; MAAC, **DR. BONSEMBIANTE NICOLAS:** Jefe de residentes del Servicio de cirugía del Hospital Iturraspe; MAAC, **DR. WENGER MATÍAS:** Residente de 4º año del Servicio de cirugía del Hospital Iturraspe, **DR. FERNANDEZ PABLO:** Concurrente de 4º año del Servicio de cirugía del Hospital Iturraspe.

## Resumen

La dilatación quística de la vía biliar es una patología poco frecuente en nuestro país.

Se presenta la experiencia de 10 casos asistidos en nuestro centro desde 1995 al 2014. Se tratan las controversias sobre las etiologías, patogenia, diagnóstico y tratamiento de esta afección. De los 10 casos presentados 5 se diagnosticaron intraoperatoriamente, 8 correspondieron al tipo I y 2 al tipo II de la clasificación de Todani. Se realizó colecistectomía en todos los casos, a 6 se le realizó exéresis completa de la vía biliar extra hepática con hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux. En los 2 restantes la resección del quiste fue parcial completando la cirugía mediante quisto-duodeno anastomosis, y en los 2 casos que presentaban quiste tipo II se hizo resección del quiste y colédoco - duodeno anastomosis.

Todos los pacientes recibieron seguimiento postoperatorio, sin registrarse complicaciones relevantes durante el seguimiento.

## Introducción

Los quistes del colédoco se caracterizan por la dilatación quística del sistema biliar intra y extra hepático, presentando una mayor incidencia en pacientes asiáticos y en mujeres.<sup>1</sup>

Esta anomalía fue descrita por primera vez por Vater y Ezler en 1723, y la resección del quiste por McWhorter en 1924. En 1959 Alonso-Lej et al. clasifican los quistes - la cual fue modificado por Todani et al. en 1977 - basado en su ubicación en cinco tipos.<sup>2</sup>

El tipo I es la dilatación del colédoco, el subtipo A es el quiste típico del colédoco, siendo la forma más frecuente (85%), toma toda la vía biliar principal. Por arriba llega hasta los hepáticos que contrastan con su calibre normal en la parte inferior hasta el abocamiento con el wirsung. B- dilatación segmentaria del colédoco. C- dilatación difusa o cilíndrica. El tipo II Divertículo de la vía biliar extra hepática. Tipo III o coledococoele es la dilatación quística de la porción

intraduodenal. Tipo IV, subtipo A dilatación intra y extra-hepática. Subtipo B implica múltiples extra-hepáticos. Finalmente, Tipo V, también conocida como enfermedad de Caroli, es la dilatación quística del sistema biliar intra-hepática.<sup>3</sup>

Si bien la etiología sigue siendo controvertida, en la actualidad la teoría del canal común propuesto por Balbbit es la más aceptada.<sup>4</sup>

## Métodos

Se presenta la experiencia en el estudio y tratamiento de la dilatación quística de la vía biliar en el Servicio de Cirugía General del Hospital J.B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe desde el año 1995 al 2014.

Se revisaron las historias clínicas de estos pacientes teniendo en cuenta la edad de los mismos, la forma de presentación clínica, los métodos complementarios de diagnóstico y el tratamiento realizado.

El tipo de quiste de colédoco se estableció de acuerdo a la clasificación de Alonso- Lej modificada por Todani.<sup>2</sup>

## Resultados

Se trataron 10 pacientes, 9 de los cuales eran mujeres. Las edades entre los 18 y los 56 años (media 32). Mediante la clasificación de Todani 8 pacientes presentaron quistes tipo I y 2 pacientes quistes tipo II.

La clínica de los pacientes se caracterizó por dolor en hipocondrio derecho e intolerancia a los colecistoscintéticos, además en 6 casos se constató ictericia y coluria, 3 de ellos en forma intermitente y 3 pacientes presentaron síndrome coledociano típico.

Los métodos complementarios diagnósticos fueron la ecografía, la cual fue utilizada en todos los pacientes, la RMN y la colangiografía retrograda endoscópica (CPRE). En el 50 % de los casos el hallazgo fue intraoperatorio, en el 30 % donde los pacientes se presentaron como síndrome coledociano típico se realizó CPRE y en el 20 % restante se completó el estudio del paciente con Colangio RMN.

El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos. En el total de los pacientes se realizó colecistectomía. En el 50% se comenzó laparoscópicamente con necesidad de conversión luego del hallazgo intraoperatorio. En el 50% restante el abordaje fue convencional por diagnóstico pre-operatorio.

De los 8 pacientes con quistes tipo I a 6 se le realizó exéresis completa de la vía biliar extra hepática con hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux. En los 2 restantes la resección del quiste fue parcial completando la cirugía mediante quisto-duodeno anastomosis, por la imposibilidad debido al proceso inflamatorio que comprometía el resto del pedículo hepático, con una vía biliar extremadamente fina no apta para anastomosis. En los 2 casos que presentaban quiste tipo II se hizo resección del quiste y colédoco - duodeno anastomosis.

Tres pacientes presentaron complicaciones post-operatorias, (Grado II de la clasificación de Clavien-Dindo). Se observó infección de la herida quirúrgica y en dos casos fistula biliar de bajo débito, que resolvieron con tratamiento médico. No se registró mortalidad post-operatoria. El análisis histopatológico confirmó en los 10 casos quistes de colédoco.

Hemos practicado controles clínicos y analíticos bimestrales durante los primeros 6 meses y añadiendo una ecografía abdominal anualmente durante un periodo que oscila entre 3 a 6 años.

## Discusión

Desde que Vater en 1723 describiera el primer informe Anatómico Patológico y Douglas en 1852 la primera comunicación clínica ha pasado mucho tiempo y la etiología de esta anomalía sigue siendo controvertida.<sup>5</sup>

Se han postulado varias teorías, en la actualidad la teoría del canal común propuesto por Babbitt es la más aceptada, se basa en una anomalía de la unión pancreático biliar y en la formación de un conducto común anormalmente largo que queda fuera del control del esfínter de Oddi.<sup>6</sup>

Se considera una enfermedad de baja incidencia que afecta entre 1:2.000 y 1:13.000 personas en todo el mundo, siendo más común en Japón, donde se produjeron dos tercios de los casos descritos en la literatura. Puede afectar a personas de cualquier edad, pero es más frecuente en los niños menores de diez años de edad y sólo el 20% de los casos se producen en personas mayores de 20 años. La distribución por sexos es de 4: 1 (mujeres: hombres).<sup>7</sup>

Es importante tener en cuenta la presencia de malignidad concomitante. La incidencia de esta es mayor cuando el diagnóstico de la enfermedad quística del conducto biliar se produce a una edad más avanzada: 2% a los 20 años y el 43% a los 60 años. Tipo I y Tipo IV son quistes presentan el mayor riesgo de degeneración maligna. Tipo V representa el menor riesgo (7%).<sup>8</sup>

El tratamiento quirúrgico ha cambiado con los años. Anteriormente, el procedimiento quirúrgico involucraba una cistoenterostomía. Sin embargo, en vista de las complicaciones postoperatorias, tales como colangitis, pancreatitis y hepatolitis (tasa de reoperación del 70%) y el riesgo de degeneración maligna del quiste ya no se utiliza este procedimiento. En la actualidad, el tratamiento estándar consiste en la extirpación del quiste y la derivación biliodigestiva.<sup>7</sup>

La morbilidad postoperatoria es aproximadamente de 15 a 30% relacionada principalmente a infección de la herida quirúrgica, colangitis y fuga de anastomosis, las cuales son tratadas de forma conservadora en la mayoría de los casos. A largo plazo, hay un 2 a 10 % de colangitis y de hasta un 17% de re-intervenciones, fundamentalmente por estenosis de la anastomosis biliodigestiva y por formación de litiasis.<sup>9</sup>

Para concluir los resultados expuestos en el siguiente trabajo confirman la necesidad de diagnóstico, tratamiento precoz y adecuado de esta infrecuente patología para evitar las complicaciones mencionadas. El tratamiento debe incluir la resección del quiste con anastomosis biliodigestiva. El drenaje interno hacia un asa de intestino sin la resección no es recomendable por la posibilidad de complicaciones infección y probabilidad de daños crónicos al hígado o el desarrollo de malignidad en el remanente del quiste.

En nuestra experiencia es posible el tratamiento quirúrgico con resección, con una morbilidad considerable.

Es necesario el seguimiento estricto de estos pacientes para detectar precozmente complicaciones.

## Referencias

1. Gertler Jp1, Cahow Ce. **Choledochal Cysts In The Adult.** *J Clin Gastroenterol.* 1988 Jun;10(3):315-9.
2. Hde Atkinson, Cp Fischer, Chc De Jong, Kk Madhavan, Rw Parks, And Oj Gardcn. **Choledochal Cysts In Adults And Their Complications.** *Hpb (Oxford).* 2003; 5(2): 105-110.
3. Fernando Galindo. **Dilataciones Quísticas De Las Vías Biliares.** *Enciclopedia Cirugía Digestiva.*

TODAS LAS PUBLICACIONES, REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍAS COMPLETAS EN:  
<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

# MEDICINA SOCIAL

## Situación actual de nuestro sistema de salud.

Por

**DR. MARTÍ NAHUEL FEDERICO**

### **Atención Primaria en Salud ¿Gestion-Descentralizada?**

Como profesional íntimamente involucrado en el ejercicio de la medicina pública, he notado el incremento paulatino y constante de la demanda efectuada a este sector a la hora de la asistencia. Todo esto aumenta el gasto público evidente a la hora de evaluar la escases de insumos y servicios complementarios, y creo, formulando una opinión propia, que esto se debe a que no se ha logrado una correcta dirección a la hora de catalogar a las entidades públicas como de GESTION-DESCENTRALIZADA, y de hecho esta forma de independencia sanatorial es la que ha tomado nuestra provincia en todo su territorio, la cual no desliga en su totalidad al estado, como proveedor de cargos, partidas económicas, sustentador de guardias médicas, proveedor de insumos, pero le quita responsabilidad en la pronta respuesta, la cual es aún mas notaria cuando incrementa la demanda. Esta modalidad de auto-gestión, según el decreto 939/2000 que determina la creación del régimen de hospitales públicos de gestión descentralizada, tiene como finalidad Promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud, mejorando los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura y aumentar el compromiso del personal con el establecimiento a partir de la distribución de un porcentual de los ingresos obtenidos como resultado de la

actividad de cobranza de la facturación presentada, estas son seguramente los principales pilares que se gestan en la década de los 90 en donde nace el concepto de HOSPITALES DE AUTOGESTION (1993, decreto 578) que planteo en su momento una modernización administrativa, que considero no se ha llevado a cabo de forma eficiente, incluso en la actualidad, ya que no se cuenta, por lo menos en los hospitales en los que ejerzo, con un proceso técnico administrativo de gestión continuo, y formulando una opinión propia, considero que a pesar de darle la administración directa al hospital de los ingresos que reciba por el cobro de prestaciones sin dejar de percibir los

aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para su funcionamiento, no se efectúan las acciones pertinentes para que la demanda, caratulándola de gastos, no supere los ingresos, a modo de ejemplo, es insignificante el porcentaje de pacientes que, habiendo recibido atención por guardia médica central, en momentos en los que no se dispone de personal administrativo, regresan a brindar los datos pertinentes de la misma, habiéndola declarado en la consulta, y justamente es considerablemente mayor el tiempo en que los hospitales pasan semanalmente sin esta facultad. Esto determina, a mi entender, marcadas diferencias interregionales, de acuerdo a la capacidad de gestión administrativa de cada nosocomio en particular. E incluso marcadas diferencias inter-provinciales, ya que políticas publicas de salud como las de la provincia de Santa Fe, en donde por decreto las entidades sanatoriales deben tener personal idóneo y capacitado en gestión y administración hospitalaria ocupando los puestos administrativos, marca una diferencia fundamental en el funcionamiento de esta visión del sistema de salud.

La equidad involucra una distribución igualitaria de las actividades en salud para los diversos grupos de la población que demanda asistencia, según sus necesidades.

Esto supone una planificación a nivel regional que reconozca la necesidad de centralizar algunos procesos, y en forma descentralizada debe estar la función de compensar las desigualdades sociales y regionales. Visto de esta manera no debería existir complicaciones de derivación desde hospitales de menor complejidad a uno de cabecera, lo cual no sucede, y pienso que esto se debe a que la derivación simboliza un incremento en la demanda para el hospital que recibe, el cual se encuentra en igualdad de condiciones desde el punto de vista de los recursos, salvando las diferencias de esa complejidad. Entonces me pregunto si la autogestión cuando no existe la capacidad de llevarla a cabo correctamente no se transforma en una barrera para la equidad y la

igualdad, no porque la atención del hospital este centrada en aquellos que puedan generar recursos, sino porque la capacidad administrativa de generarlos no



es consecuente al servicio que intenta brindarse a la población, es necesaria entonces una instancia superior a la unidad hospitalaria, que garantice la equidad en el acceso. Me pregunto entonces si se debe cuestionar al estado en este aspecto o debe ser el empoderamiento social, de la población asistida, en lo que respecta al acceso y cuidado de su propia salud lo que debe primar.

Posterior al año 2000 se estipuló en los artículos correspondientes bajo la caratula de hospitales de gestión descentralizada, que se debe contar con personal capacitado en administración sanatorial, sin embargo esta no es una realidad actual, se debe elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional, para su aprobación, un programa anual operativo y un calculo de gastos y recursos, y entonces es en este aspecto que cuestiono, si no se logra hacer efectivo el primer punto que remarco ¿como es posible que esto último pueda llevarse a cabo con idoneidad y en beneficio del progreso y sustentabilidad hospitalaria?.

A mi entender, según como se realicen las acciones desde esta mirada de gestión es como se encontrara integralmente el sistema de salud en su totalidad, desde los centros de salud a su hospital de derivación correspondiente, y desde estos a los de mayor complejidad, en una provincia como la nuestra en donde el total de las entidades publicas de salud rigen según un mecanismo de gestión descentralizada, es imperativo que una unidad se correlacione al buen funcionamiento de la siguiente, y pueda dar respuesta a sus obligaciones, ya que, incluso imposible es negar que los grandes programas nacionales de los cuales depende gran parte del sustento en salud, como lo son el programa REMEDIAR, o el programa SUMAR, son dependencia fundamentalmente administrativa.

Creo que el conocimiento social de estos aspectos, brindado desde la atención primaria, la medicina comunitaria y la interacción inter-institucional, favorecería al acceso y generaría recursos, si un sujeto decide recibir atención médica en una entidad privada sabe que depende de su agente de seguro en salud para hacerlo, si este mismo pensamiento se transmite a la hora de la atención publica en pos de mayores recursos para quienes disponen de posibilidades y de forma indirecta para quienes no, y el hospital público responde con el recurso humano para recibir dichas prestaciones de forma constante creo que seria la verdadera forma de acción en la que fue pensado este modelo de sistema de salud.

Concluyo justificando que seguramente el mayor fortalecimiento que ha devenido en el concepto de atención primaria de la salud no sea solo el de ampliar

su enfoque, desde una mirada de captación comunitaria y accesibilidad a través de los diferentes programas que la conforman, y desde los cuales se obtienen las herramientas necesarias para llevarla a cabo, sino también el de considerar este nivel de atención como estratégico y descentralizador, y por lo tanto medida necesaria para evitar la inequidad en salud, paralelamente a la representatividad económica menor que tiene el modelo, el cual busca evitar intervenciones de mayor costo al aferrarse a la prevención de los eventos que ocasionan los desequilibrios entre la salud y la enfermedad de cada individuo en particular y en las sociedades en general, según sus particularidades propias, contextuales, culturales, económicas, y ambientales.

Es en este punto en donde nos encontramos con una perspectiva que refleja el actual concepto de salud y lo identifica como un equilibrio en este proceso de salud enfermedad.

Ahora bien, debemos desde esta concepción, dejar de pensar en la atención primaria en salud como una forma asistencial periférica, y me refiero específicamente a que, si de descentralizar se trata, este acceso debe ser general, fomentado como acceso al sistema de salud en todos los estratos sociales, y no sectorizado a la población mas vulnerable en un intento de empañar a la Atención Primaria de la Salud como una forma de brindarle salud a los mas pobres, entiendo que es mucho mas que eso, y de no ser esta una realidad que se supere a si misma se continuara realizando Atención Primaria en Salud en entidades sanatoriales de mayor complejidad, ocasionando irregularidades en el sistema, conflictos en las atenciones, agotamiento de los recursos humanos, mal entendidos a la hora de diferenciar una consulta de una urgencia/emergencia en salud.

Si como profesional médico me encuentro ejerciendo en un centro de salud de atención primaria, y posteriormente en una guardia central de un hospital público de derivación, ¿es acaso lógico que deba realizar el mismo tipo de atención en uno y en otro lugar?, creo que este es un detalle que desde hace tiempo se hace presente y que aun no se consigue mitigar.

Quizás la descentralización que se busca en el sistema de salud, en base a la correcta utilización de los recursos y sobre todo a la propuesta de APS, aun le falte

educación social, y no deja de ser esta disfunción de la información responsabilidad plena de quienes representamos a la misma, entendiendo entonces que “la salud es un fenómeno con implicancias políticas, económicas y sociales, pero sobre todo un derecho

humano fundamental”.

Debe lograrse, indudablemente, modificar el comportamiento social al respecto, para conseguir de esta manera que la población misma busque la atención adecuada en el lugar adecuado, dentro de los eslabones que constituyen el sistema de salud, articulando tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud.

Es decir, aunque en el planteo y postulaciones de la estrategia de APS se reconoce, indudablemente, y de una forma certera, la necesidad de direccionalizar recursos hacia los sectores más vulnerables, en ningún momento se considera a la estrategia como política o programa destinado a los pobres o complemento de visiones netamente comerciales del sector salud.

“La idea es buscar resultados en salud de las acciones implementadas y no solo seguir la inercia de lo que se hace sin reconocer si alcanza o no a producir los cambios buscados”.

#### Referencias

1. Programa Medicos Comunitarios, Politicas en Salud.
2. [http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04\\_2\\_Crotehovic\\_y\\_Ariovich.pdf](http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04_2_Crotehovic_y_Ariovich.pdf)
3. [http://www.msal.gob.ar/pngcam/resoluciones/939\\_2000.pdf](http://www.msal.gob.ar/pngcam/resoluciones/939_2000.pdf)
4. [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

TODAS LAS PUBLICACIONES, REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍAS COMPLETAS EN:  
<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

## Instrumento

Por

**DRA. NADIA NELLY VARDE:** Especialista en Obstetricia.

Contacto: [nadiavarde@gmail.com](mailto:nadiavarde@gmail.com)

*A veces tengo que pedirlo. Sucede cuando no tengo otra opción.*

*Lo miro entonces, bruñido, en su caja, junto a varios otros, de tamaño y características similares. Siempre uso el mismo.*

*Lo miro aun; con aprension.*

*Lo tomo; brilla en mis manos. Un brillo aseptico y frio, indiferente a mi inquietud.*

*Lo presento, tal como deberia quedar una vez puesto.*

*Vuelvo a confrontar mis posibilidades, indecisa, hasta ese preciso instante, definitivo. Entonces pasa algo extraño. El mundo, sus ruidos, voces, gritos y corridas, ordenes y respuestas, los jefes y los subalternos, todo se acalla. Se suspende, se detiene. Desaparece.*

*Frente a mi solo queda una tarea, una destreza. La delicadeza con que tejo al crochet, la fuerza contenida con la que trabajo la tierra.*

*Los blandos tejidos se abren, se estiran, a veces hasta romperse apenas. Ya esta puesto. Trato de hacerlo con cuidado, como cuando trasplanto una rosa, protegiendo sus raices.*

*Me afirmo. Creo que rezo, aun siendo ateo.*

*Debe bastar la fuerza de dos dedos. Eso decian mis maestros. La frase repica y repica en mi cabeza.*

*Tiro. Sufro. Aparece. Un bulto oscuro en la carne rosada. Retiro rapidamente el instrumento y el mundo vuelve a funcionar. Pido a la madre que puje.*

*El forceps vuelve a su caja. Generalmente el niño llora.*

*Mis rodillas tiemblan, por un largo rato.*

# Incremento de lesiones dérmicas atribuibles a orugas del genero *Megalopyge* en el área geográfica de Santo Domingo Pcia de Santa Fe

Por

**DR. ARTURO SERRANO:** Medico especialista en medicina generalista y de familia.

Contacto: arturo69serrano@gmail.com; **PROF. GASTON MARTINEZ:** Profesor en Biología. Contacto: gastonmart0@hotmail.com

## Introducción

Motiva esta comunicación el aumento del número de casos de lesiones dérmicas agudas y pruriginosas, en las que, al profundizar la búsqueda sobre posibles etiologías, da como resultado una vinculación a orugas del tipo *megalopyge* y que han incrementado su frecuencia en estos últimos tiempos.

## Fundamento

Se esbozan algunas hipótesis de incremento de incidencia dado que se trata de una frecuencia inusual.

Probablemente por múltiples razones, entre ellas la selección de especies es que algunas prevalecen sobre otras, dando lugar a patologías y procesos que repercuten en la salud de la población; sumados a cuestiones medioambientales y explotación intensiva de la tierra, sumado al uso de agrotoxicos que seleccionan especies.

Entre otros factores podrían considerarse:

Colonización; de unas especies por otras, caso de abejas melíferas, por enjambres de africanizadas, que se mixturán dando ejemplares más agresivos y de mayor virulencia y lesiones para los seres humanos Reducción: especies que disminuyen su población como batracios, libélulas etc que son predadores naturales de mosquitos y otros insectos menores.

Incremento de la población de mosquitos e incluso penetración de otras especies no autóctonas como anopheles, *Aedes* etc que años atrás eran impensadas en nuestro hábitat y que son transmisores de patologías como malaria, dengue, fiebre amarilla chinkunguya, cuya transmisión vectorial y consecuencias son graves para el genero humano.

Extinción de especies como "juanitas" que si bien eran muy molestas casi desaparecieron de medio rural.

Sumado al cambio climático y la tropicalización que da aumento de enfermedades alérgicas, respiratorias,

etc.

Y también, debido al uso irresponsable de los venenos biocidas (mal llamados agroquímicos), volcados en el suelo aire y agua que terminan con esa selección nociva, antinatural porque extermina el control biológico natural.

Obviamente debería estudiarse en profundidad este fenómeno, con un estudio causa-efecto y tratar de identificar entomológicamente al agente causante de las lesiones y proceder en consecuencia.

## Material y métodos

Es de notar que en la epidemiología local de nuestra localidad, en los 30 últimos años no se registraban lesiones de este tipo salvo ocasionalmente cada 5 ó 6 años y no vinculadas a estos lepidópteros. Y recientes publicaciones 1, 3 dan una magnitud del avance de las mismas.

Se describen los casos de pacientes compatibles en número de 10 (se destacan los casos fehacientemente comprobados con el insecto).

1 en 2012 (Melina d), 1 en 2013, 2 en 2014, 3 en 2015 (Celia P, Adela C) 1 en 2015 (Marta A), 1 2016, 1 2017.

Se tienen registro fotográficos de la evolución de los mismos.

Todas ellas tienen una localización donde la lesión principal está ubicada en la región del cuello (87.5%); lo cual, no tiene una explicación racional (al menos hasta ahora) se piensa que debido a que caen de árboles, sobre el cabello resbalan y impactan sus espinas en el cuello). Pudiendo dar lesiones secundarias satelitales de la principal ubicadas en sitios de contacto con la lesión principal por contacto con esta, radicándose en hueco supraclavicular; también se han observado en brazos, antebrazos, hombro, torax etc.

Esas lesiones son muy urticantes en su principio evolutivo y luego dolorosas, con una lesión maculo papulo vesicular, comportándose como una quemadura que tienen una evolución muy tórpida de aproximadamente unos 20 días donde esa lesión vesicular se

ulcera y va sanando muy lentamente con ardor dolor rubor y congestión (tétrada de Celso). Es muy común no encontrar la oruga (solo en cinco de los 10 casos se pudo identificar y constatar el insecto causante; en los otros casos son lesiones compatibles con este cuadro, pero no se lo pudo vincular.

El tratamiento es sintomático, lavar la herida con cuidado (evitar la contaminación debido a que contagia las zonas de quien la toca y tratar de quitar las espinas –que son microscópicas- y evitar el contacto con otras áreas del cuerpo porque en los primeros días tiene lesiones “en sello” (si contacta el antebrazo con región de la piel abdominal esta reproduce la misma lesión. Se utilizan antihistamínicos H1, y cremas tópicas antiinflamatorias. En publicaciones mencionan casos frecuentes y algunos mortales por estos insectos en Misiones 3.

Esta publicación es tendiente a tratar de alertar sobre esta “nueva patología” para ser tenida en cuenta en sitios rurales y también urbanos pues estas orugas son pandémicas.

En el reino animal hay muchos artrópodos que dan lesiones parecidas, a tener en cuenta como diagnóstico diferencial, Taturana (familia Saturniidae), Latigazo (*Paederus brasiliensis*), Bicho moro (*Epicauta atomaria*) y *Epicauta adspers* coleóptero de la familia Meloidae) y muchos mas. Que pueden atribuirse lesiones dérmicas similares, pero todo depende de la constatación del insecto y de la vinculación con el episodio , pero el diagnostico se correlaciona si el paciente trae el insecto.

Esta publicación es tendiente a tratar dar aviso sanitario, porque la transición epidemiológica nos exige observación, descripción y vinculación de procesos con causa efecto y estudios prospectivos que lo corroboren, por ello se describe esta “patología emergente” para ser tenida en cuenta en sitios rurales y también urbanos pues estas orugas son pandémicas.



Foto: Oruga del genero *Megalopyge*

## Referencias

1. <http://www.Sertox.Com.Ar/modules.php?Name=news&file=article&sid=7145>.
2. Dao, Luis (1964) “**dermatitis causadas por coleopteros paederus columbinus en venezuela**”; *international journal of dermatology* 3 (3): 169-172.
3. <http://www.Infobae.Com/2014/05/09/1562957-megalopyge-lanata-la-oruga-venenosa-que-amenaza-misiones/>
4. [https://www.Youtube.Com/watch?V=\\_tbsyrtmmma\\_taturana\\_\(megalopyge\\_lanata\)](https://www.Youtube.Com/watch?V=_tbsyrtmmma_taturana_(megalopyge_lanata)).
5. [https://www.Youtube.Com/watch?V=lbttxaarfi0\\_megalopyge\\_opercularis\\_caterpillar](https://www.Youtube.Com/watch?V=lbttxaarfi0_megalopyge_opercularis_caterpillar).
6. Oruga gato lanudo [https://www.Youtube.Com/watch?V=mzejdelejec\\_oruga\\_gato\\_lanudo](https://www.Youtube.Com/watch?V=mzejdelejec_oruga_gato_lanudo), “oruga peluche” u “oruga pollito” muy peligrosa (*megalopyge opercularis*).
7. Taturana verde [http://labrujula24.Com/noticias/2016/22088\\_una-rara-oruga-venenosa-los-pico-cuando-navegaban-cerca-del-dique](http://labrujula24.Com/noticias/2016/22088_una-rara-oruga-venenosa-los-pico-cuando-navegaban-cerca-del-dique)
8. *Paederus* [www.Scielo.Org.Ar/scielo.php?Script=soci\\_arttext&pid=s0325](http://www.Scielo.Org.Ar/scielo.php?Script=soci_arttext&pid=s0325).
9. Informe 16/7/2015 de Lic. Vanesa Faccioli Zoología de Invertebrados Museo Pcial. De Cs. Naturales “Florentino Ameghino”

TODAS LAS PUBLICACIONES, REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍAS COMPLETAS EN:  
<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

# TUMOR PSEUDOPAPILAR DE PANCREAS. TUMOR DE FRANTZ. REPORTE DE 2 CASOS.

Por

**DRA. LOVATO NADIA, DRA. GIGNONE ANTONELLA CAROLINA, DR. YAPUR MAXIMILIANO,  
DRA. FALCHI FLAVIA, DR. THEILER GUSTAVO, DR. MOULIN LUIS, DR. JUAREZ DIEGO,  
DR. FRANCIA HECTOR.**

Servicio Cirugía General y Mixta  
Hospital Jose Maria Cullen  
Santa Fe - Argentina

## Resumen

El tumor de Frantz - Gruber es una masa sólida pseudopapilar del páncreas, poco común y con bajo potencial de malignidad, descrita por primera vez por V.K. Franz en 1959, constituye el 1% de las neoplasias pancreáticas. Predomina en mujeres entre la 3era y 4ta década de vida. La sintomatología es inespecífica, y está dada principalmente por efecto de masa. El diagnóstico se realiza por tomografía axial computarizada (TC) y resonancia magnética, y los estudios histológicos lo confirman. El abordaje es quirúrgico e incluye una resección completa del tumor y cadenas ganglionares correspondientes. La presencia de metástasis hepática no es infrecuente. La sobrevida a 5 años es mayor al 90%.

Se reportan dos casos; primer caso: paciente de 25 años de edad que consulta por epigastralgia asociada a síndrome febril; ecografía: formación pancreática en cuerpo y cola de 70 mm. TC que informa formación quística a nivel de páncreas, de contenido homogéneo, con paredes finas y con calcificaciones aisladas; se realiza esplenopancreatectomía corporocauda abierta. Segundo caso: paciente de 29 años, consulta por dolor abdominal en flanco y fosa iliaca izquierda; ecografía: en proyección de cuerpo y cola formación semisólida homogénea de 36 mm. TC en proyección céfalo-corporal formación de bordes netos de 35 mm, con componente sólido intramural, con realce dispar del contraste, y áreas quísticas. Ecoendoscopia: lesión nodular de aspecto sólido, con áreas hipoeoicas en su interior de bordes definidos, de 31 x 28 mm. Se realiza esplenopancreatectomía corporocaudal radical por vía abierta.

## Introducción:

El tumor sólido quístico pancreático, denominado también tumor de Frantz-Gruber o tumor sólido pseudopapilar, es una entidad poco frecuente, que se

presenta en su mayoría en mujeres en edad fértil, hacia la 3ª o 4ª década de la vida. Suele ubicarse mayormente en el cuerpo pancreático. La presentación clínica es inespecífica predominando la sintomatología dependiente de efecto de masa: dolor abdominal, plenitud postprandial, intolerancia a los alimentos, entre otra, aunque puede asociarse a ictericia y pérdida de peso. El diagnóstico se hace con métodos de imagen, ecografía, tomografía computada o resonancia magnética; siendo este muchas veces incidental en fase de estudio por otros motivos o ante sintomatología inespecífica, como resulta en el mayor porcentaje de los casos.

Presentan bajo nivel de agresividad y el tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica, siempre que no existan contraindicaciones a la misma.

Se presentan dos casos reportados en los últimos cinco años en nuestro servicio.

## Caso Clínico 1:

Paciente femenina de 25 años sin antecedentes médico quirúrgico que consulta por epigastralgia de 24 horas de evolución de tipo urente y cólico luego de ingesta copiosa de colecistoquinéticos. Refiere equivalentes febriles. Al examen físico signos vitales conservados, afebril, abdomen blando depresible doloroso en hemiabdomen superior con masa palpable epigástrica. Laboratorio sin leucocitosis, sin colestasis, amilasemia dentro de parámetros normales, función renal conservada. Se realiza Ecografía que informa vesícula alitiásica, formación pancreática en cuerpo y cola de 70 mm. A las 48 horas se presenta taquicárdica, febril, se le solicita TC que informa formación quística a nivel de páncreas, de contenido homogéneo, con paredes finas y con calcificaciones aisladas (Foto 1 y 2).

Se decide conducta quirúrgica; realizándose esplenopancreatectomía corporocaudal (Foto 3 y 4), se envía a anatomía patológica que informa: neoplasia sólida pseudo-papilar de páncreas con extensión a superfi-

cie anterior y posterior de páncreas, con compromiso de tejido peripancreático con márgenes libres y parénquima esplénico sin compromiso.



Figura 1: TC corte coronal.



Figura 2: TC corte axia.



Figura 3: Pieza quirúrgica.

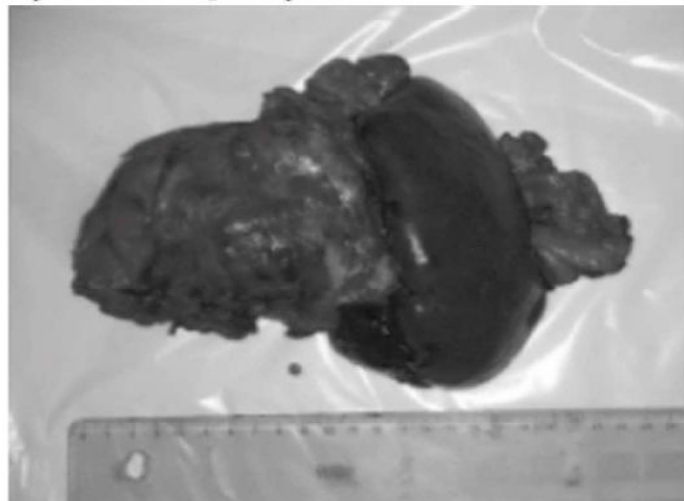


Figura4: Pieza quirúrgica.

Inmunohistoquímica informa tumor sólido y pseudo papilar de páncreas (Citoqueratina: positiva, Eno-lasa: negativa, Cromogranina: negativa, Vimentina: positivo, Receptores de progesterona: positivo, Ki-67: 2%).

Paciente complica con fístula pancreática tipo A, se externa al cuarto día postoperatorio. Extracción del drenaje al 27° día POP. Control por consultorio externo satisfactorio al 3er mes, paciente retorna a sus actividades habituales.

### Caso Clínico 2:

Paciente femenina de 29 años, sin antecedentes médicos conocidos, como antecedente quirúrgico una cesárea. Consulta por dolor abdominal localizado en flanco y fosa iliaca izquierda continuo, no asociado a la ingesta. Al examen físico afebril, abdomen blando depresible doloroso en flanco izquierdo. En el laboratorio de ingreso sin leucocitosis, sin colestasis. Ecografía que informa páncreas homogéneo, en proyección de cuerpo y cola formación semisólida homogénea de 36 mm, conducto de Wirsung no dilatado, resto sin particularidad. Se decide solicitar TC (Figura 5 y 6) que informa en proyección céfalo-corporal formación de bordes netos de 35 mm, con componente sólido intramural, con realce dispar del contraste, y áreas quísticas en su interior. Imágenes hipodensas en segmento IV hepático de 7 mm quísticas.



Figura 5: TC Corte coronal



Figura 6: TC Corte axial

Ecoendoscopia: a nivel de transición corporo-cefálica del páncreas lesión nodular de aspecto sólido, con dos áreas hipoeoicas en su interior de bordes defini-

dos, de 31 x 28 mm (Figura 7).

Con el diagnóstico de tumor quístico de páncreas se

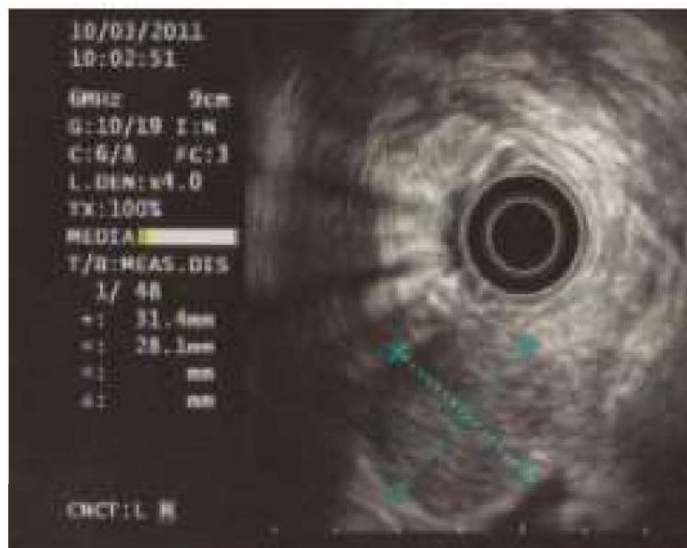


Figura 7: Ecoendoscopia

decide conducta quirúrgica: esplenopancreatectomía corporocaudal radical (Figura 8). Anatomía patológica: neoplasia sólida pseudopapilar de Páncreas con márgenes libres. Paciente cursa dos días en unidad de cuidados intensivos, luego pasa a sala general, y se externa al cuarto día por buena evolución clínica. En postoperatorio alejado se observa lesión compatible con pseudoquiste en proyección lecho quirúrgico, asintomática, que responde al tratamiento conservador. Control alejado satisfactorio al 60° mes POP.

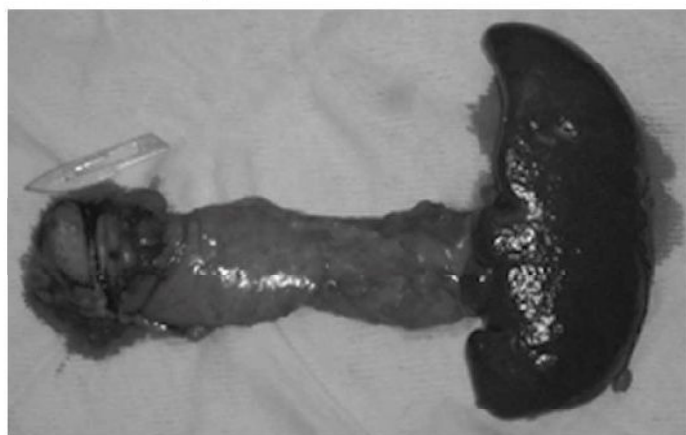


Figura 8: Pieza quirúrgica.

## Discusión:

Esta entidad poco frecuente fue descrita por primera vez por Frantz en 1959, fue la OMS quien lo nombra en 1996 como tumor pseudopapilar del páncreas. Predomina en el sexo femenino con una relación 1:10, debiéndose probablemente a la existencia de receptores de progesterona en este tipo de tumores, algunos reportes establecen la procedencia del epitelio celómico y ovárico de las células pancreáticas debido a la relación entre los arcos genitales femeninos y el páncreas durante la embriogénesis.

En cuanto a la ubicación se presentan en el 40 % en la cabeza, 32% en cola y 28% en cuerpo.

El porcentaje de malignización ronda el 15% según diversos autores, y se presentan mayormente en pacientes masculinos, de mayor edad. La malignidad está determinada por la invasión vascular, linfática y metástasis a distancia, principalmente hepática.

Respecto del diagnóstico en algunos casos es incidental por imagenología, y de los pacientes sintomáticos el dolor y la masa palpable se encuentran dentro de los más frecuentes. No obstante pueden presentarse con ictericia, pérdida de peso.

El tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica, y la táctica resectiva esta determinada por la localización del tumor, haciéndose necesaria en ocasiones la duodenopancreatectomía total con explenectomía a fin de tratar la estación ganglionar tributaria de los vasos esplénicos. Se debe ser agresivo en la resección ya que la sobrevida a los 5 años es del 90 %, y está claro que aún en pacientes con diseminación a distancia la resección local mejora la sobrevida.

## Referencias

1. Frantz VK. **Tumors of the pancreas**. In: Rosai J, Sorbin L, eds. **Atlas of Tumor Pathology, Section VII, fasc. 27 and 28**. Washington, DC: *Armed Forces Institute of Pathology*, 1959: 32-33
2. Klöppel G, et al. **Histological Typing of Tumours of the Exocrine Pancreas (WHO. World Health Organization. International Histological Classification of Tumours)**. Springer; 2nd edition (February 12, 2002)
3. Olival C, Martínez Y, Vidal A, Carreiro M, Girolamo C, Gómez C. **Tumor pseudopapilar de páncreas: tumor sólido poco frecuente**. *Gen*, 2012; 66(1):49-52
4. Papavramidis T, et al. **Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: review of the 718 patients reported in english literature**. *J Am Coll Surg*, 2005;200(6):965- 72.
5. Notohara K, Homazaki S, et al. **Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas immunohistochemical locazation of neuroendocrine markers and CD10**. *Am J Surg Pathol*. 2000;24:1361-71.
6. Adamthwaite J, et al. **Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: Diverse presentation outcome and histology**. *JOP J Pancreas*. 2006;7(6):635-42.

TODAS LAS PUBLICACIONES, REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍAS COMPLETAS EN:  
<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

# AMBIENTE, DERECHO Y SALUD: ¿QUÉ ENCUADRE GENERAL PARA LA CONTAMINACIÓN Y DEPREDACIÓN AMBIENTAL?

Por

**BORINI MARIO:** Doctor en Medicina. Docente UBA. Epidemiólogo.

## Ambiente y Salud

El ambiente compensaba los efectos de los seres vivos hasta el siglo XIX. Comenzado el siglo XX, el hombre alcanzó la capacidad de impactarlo negativamente sin darle tiempo a su recuperación antes del próximo impacto<sup>[1]</sup>.

A partir de ahí se vislumbraron, como nunca antes, efectos deletéreos de la presencia del hombre en el planeta que recibieron el nombre de antropogénicos, lo que justifica que se denomine a las enfermedades que de ellos derivan como enfermedades de la civilización, hasta el punto de que, por ejemplo, a más del 80% de los tumores malignos se les reconoce causales ambientales

Recientemente y a nivel internacional, este alerta impuso nuevamente la consideración de los derechos de la naturaleza que Occidente había olvidado, aunque siempre estuvieron presentes en las culturas aborígenes: en efecto, sin esos derechos no sería posible sostener los derechos humanos ni siquiera a título de existencia<sup>[2]</sup>.

Se suele distinguir entre contaminación y depredación ambiental, en tanto aquella agrega algún elemento al ambiente y ésta le quita o destruye. Pero frecuentemente se suceden, como la tala del bosque (depredación) y la producción de humo (contaminación), de manera que no le encontramos un valor suficientemente práctico para esta presentación

Sería reiterativo citar innumerables evidencias del cambio ambiental<sup>[3]</sup>. Incluso innecesario, dada la nueva conciencia ecológica en el hombre, prácticamente extendida a todo el mundo, aunque subsisten quienes resisten estas evidencias, particularmente los sometidos a un mayúsculo conflicto de intereses en razón de la explotación ambiental descontrolada que generan (por citar ejemplos del exterior y del país: Dupont, con el agrandamiento del agujero de ozono y el consecuente efecto invernadero que producen sus aerosoles y refrigerantes conteniendo Cloro-Flúor-Carbono; Barrick Gold con el sobreuso de agua y la contaminación con cianuro en sus explotaciones mineras a cielo abierto<sup>[4]</sup> para la lixiviación del oro y de la plata en Argentina)

Cuando se habla de ambiente se incluyen “todos los aspectos relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales el individuo tiene muy poco o ningún control”<sup>[5]</sup>. Esta definición desconoce que este control es posible cuando los individuos se asocian y actúan a través de organizaciones que en su máximo nivel se constituyen en el Estado de un país y en las organizaciones internacionales que los Estados conforman. Dicha definición también desconoce una visión más comprensiva que incluye como componentes del ambiente a los factores sociales. En esta línea y de una manera extrema, una definición restringida del ambiente no tendrá en cuenta la seguridad de que el hombre está en condiciones de modificar el ambiente, potenciando o debilitando al planeta en beneficio o perjuicio de necesidades humanas, compensando o agravando las diferenciales geográficas con injustas repercusiones político-económicas. Hasta el punto de, por ejemplo, dificultar la separación de ciencia y ficción en cuanto a la capacidad humana de evitar o aminorar cataclismos ambientales, o provocarlos con fines bélicos.

Una clasificación menos elemental reconoce entonces, en el ambiente, dos componentes, con sus respectivos ejemplos de riesgos para la salud<sup>6</sup>:

	Componentes	Factores de riesgo	
<b>Naturales</b>	Aire Agua Suelo Alimentos Clima Ruido Radiación	Físicos	Calor,Frio. Radiacion. Ruido.
		Químicos	Metales Sustancias Químicas
		Biologicos	Microorganismos. Flora y Fauna.



	Componentes	Factores de riesgo	
<b>Sociales</b>	Trabajo Transporte Entreteni- miento Vivienda Familia y comunidad	Sociopsi- cologicos	Cultura/ha- bitos de uso y consumo. Relaciones interperso- nales. Estructura social y politica. Vivienda.

Por cierto que tampoco así se cierra un acuerdo universal, desde que los factores naturales son cada vez más influenciados por la sociedad, hasta el punto de que la división entre ambos componentes se vuelve inextricable.

Vayamos específicamente a la contaminación. Hoy está globalizada: no obstante depender fundamentalmente del modelo de desarrollo generado en el Norte (América del Norte, Europa Occidental, Japón), sus efectos son mundiales. En el suelo, el agua, el aire de cualquier lugar del mundo, resuena toda contaminación generada en cualquier otro lugar del mundo. El hombre tomó poca cuenta de sus actos, pero la computación impuso su poder de cálculo para mostrar la falta de cálculo del hombre cuando se planteó condiciones iniciales insuficiente, despreciando variables que a la postre resultaron fundamentales. Así devino el efecto caos<sup>[7]</sup>, tanto para el capitalismo como para el llamado marxismo, coincidentes desde el Iluminismo en sus promesas de progreso a partir de la explotación de la naturaleza<sup>[8]</sup>

La relación del ambiente con la salud es imposible de negar, pero en muchos casos es difícil de probar. El cáncer es el efecto más usualmente investigado de un riesgo ambiental en la salud humana. Además, ocupan lugares destacados las malformaciones, los abortos y la esterilidad. Si bien han sido reconocidas varias decenas de cancerígenos ambientales para el hombre, los casos aislados de cáncer no pueden ser atribuidos indiscriminadamente, sin estudio previo, a un factor específico ambiental por el hecho de que esté presente, aunque tampoco puede excluirse su participación por el hecho de que no pueda probarse o existan otros factores simultáneamente. Y por eso son innumerables las investigaciones en curso para establecer la influencia de factores “externos” en la salud humana. En realidad, la complejidad del tema hace que la epidemiología moderna exija por lo menos estos pasos para atribuir un problema de salud a un factor ambiental:

- Diferencias estadísticamente significativas entre lugares con y sin el contaminante
- Diferencias estadísticamente significativas entre distancias al riesgo
- Diferencias estadísticamente significativas entre antigüedades de exposición al riesgo
- Estudio epidemiológico para reconocer posibles causas implicadas en esas diferencias

La responsabilidad del Norte coloca al mundo en el difícil trance de elegir entre 3 opciones:

1. Mantener las diferenciales actuales de riqueza,
2. Igualar hacia arriba el consumo,
3. Marchar hacia la austeridad<sup>[9]</sup>.

Evidentemente, la conflictiva inherente a la injusticia de la primera opción y el cálculo de que en la segunda harían falta 2,7 planetas para vivir todo el mundo con el consumo de la Unión Europea (<http://www.inti.gob.ar/ambiente/> y [http://glossary.eea.europa.eu/terminology/concept\\_html?term=GFN](http://glossary.eea.europa.eu/terminology/concept_html?term=GFN)), muestra la dimensión de las medidas que habría que tomar para alejarnos de una autodestrucción global. A nivel mundial, en 2007 la humanidad demandaba a la biosfera el equivalente de 1,5 planetas/año, pero en 1961 había sido de apenas 0,5. Esta capacidad de consumo humano de sobrepasar la capacidad regenerativa de la biosfera, se mide en porcentaje y se conoce como “traslimitación de la huella ecológica”, que en 2007 era del 50%

Una muestra del cambio de óptica puede verse en John Lovelock. En los 70 generó la idea de un planeta que, como Gaia<sup>[10]</sup>, absorbería orgánicamente cualquier evolución de sus hijos. Hoy, en cambio, predice la autodestrucción humana, con 500.000 sobrevivientes en el Ártico hacia el año 2050, siempre que se preparen para utilizar energía atómica doméstica a falta de otra energía útil y disponible en ese momento

Pero la noción de que el ambientalismo es opuesto a los cambios tecnológicos no es acertada: el ambientalista Mark Lynas, autor del libro Seis grados. Nuestro futuro en un planeta más cálido, premiado en 2008 por la sociedad científica Royal Society al mejor libro de divulgación científica, pasó de una oposición a los transgénicos a su promoción diferencial según la especie de que se trate, al considerarlos una solución para poblaciones hambrientas en un planeta donde la producción tradicional de alimentos demanda más agua, cada vez más escasa. Y hay coincidencias entre ellos, oponentes y promotores: Lovelock y Lynas se unen en la adopción de energía nuclear para superar la contaminación por uso de combustibles fósiles. También

los une el hecho de no considerar factible la ampliación del uso de la energía solar, la proveedora de todas las demás energías y la más potente y renovable

## Derecho Ambiental

Mientras tanto, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos recogen todos los avances en derecho ambiental, pero las naciones más poderosas de la Tierra no se incluyen entre sus signatarias cuando esos tratados afectan el armamentismo o la economía. Las Constituciones y la realidad de los países reflejan estas mismas contradicciones entre derechos declarados y ejercidos

No obstante, la legislación es cada vez más terminante a favor del respeto por los derechos ambientales del hombre. En las Constituciones de Ecuador (2008) y Bolivia (2009) el derecho es a vivir bien (sumak kawsay, en quechua), lejos del consumismo que supone el derecho a cada vez mayores bienes y servicios

En nuestra Argentina, el régimen jurídico ambiental está contemplado en la Constitución Nacional (art. 41) y en la Ley 25.675

El art. 41 de la Constitución de la Nación Argentina establece:

- Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras. Y tienen el deber de preservarlo. El daño ambiental generará prioritariamente la obligación de recomponer, según lo establezca la ley.
- Las autoridades proveerán a la protección de este derecho, a la utilización racional de los recursos naturales, a la preservación del patrimonio natural y cultural y de la diversidad biológica, y a la información y educación ambientales.
- Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementirlas, sin que aquéllas alteren las jurisdicciones locales.
- Se prohíbe el ingreso al territorio nacional de residuos actual o potencialmente peligrosos, y de los residuos radiactivos.

Por su parte, la Ley 25.675 en su art. 4º establece los siguientes principios en la política ambiental:

- Principio de congruencia.
- Principio de prevención.

- Principio precautorio (el más resaltado hoy día).
- Principio de equidad intergeneracional.
- Principio de progresividad.
- Principio de responsabilidad.
- Principio de subsidiariedad.
- Principio de sustentabilidad.
- Principio de solidaridad.
- Principio de cooperación.

Recientemente hubo 2 fallos en Argentina que hacen historia en la materia:

- El fallo de san jorge, obligando a una empresa contaminante con glifosato y a la pcia. De santa fe a discontinuar fumigaciones con ese biocida hasta que se demuestre la inocuidad del producto (aplicación del principio precautorio). El fallo invirtió la carga de la prueba: no se necesita probar el daño sino la falta de riesgo del producto para la salud personal y ambiental.
- El fallo en la causa “mendoza, beatriz silvia y otros contra el estado nacional y otros”, determinó la responsabilidad penal por omisión del estado nacional, la pcia. De buenos aires y la ciudad de buenos aires en materia de daños y perjuicios derivados de la contaminación de la cuenca matanza-riachuelo, así como su reparación con cargo pecuniario al secretario de medio ambiente y desarrollo sustentable de la nación<sup>[11]</sup>.

Dadas estas contradicciones entre ideales cada vez más sociales, y realidades cada vez más individuales, un vector muy importante para el cambio resultaría ser la presencia de la población y de otros actores sociales no habituales, a fin de impulsar y hacer cumplir políticas generales, especialmente cuando hay intereses en juego que no son favorables a la salud, como frecuentemente ocurre con temas ambientales<sup>[12]</sup>.

El extractivismo de recursos naturales desarrollado por el Primer y Segundo Mundo no podrá repetirse: el planeta no tiene posibilidades físicas para un segundo despegue industrial<sup>[13]</sup>. Frente a esta limitación, los países del Tercer Mundo adoptaron distintas posiciones<sup>[14]</sup> que han sido denominadas, por un lado, postextractivista, cuando intentan un abastecimiento local para desarrollo endógeno que saque al país del modelo exportador dependiente y, por otro, neoextractivista, cuando permanecen exportando su riqueza mediante extracciones cada vez más agresivas contra el medio ambiente

Tal vez convenga acentuar la multidimensionalidad de la realidad en esta cuestión como en tantas otras, en tanto se le pueden reconocer aspectos técnicos, estratégicos y políticos. ¿Con qué praxis se articulan, estos aspectos, mediante un compromiso basado de tal manera en el bien común que el futuro no quede a merced de intereses particularistas, que frecuentemente suman el poder del Estado a su poder político y económico contra el bien general?

### El Caso Argentino

Si bien el problema ambiental en el país está relacionado con numerosas industrias, últimamente la problemática se ha centrado en la minería a cielo abierto a partir del agotamiento de las rocas (llamadas de baja ley) y la agricultura. En el primer caso la privilegiada relación que se propone entre Universidad - Empresa - Estado[15] se ha visto rechazada por universidades oficiales que no han admitido su participación ante los conflictos de intereses que les planteaba el beneficio de recibir jugosos subsidios o pagos por vinculación a cambio de informes condicionados.

En la agricultura, un problema son los nuevos cultivos con su requerimiento de un aumento exponencial de agrotóxicos para contrarrestar la aparición de supermalezas resistentes que generan, la dependencia de proveedores monopólicos de semillas y el empobrecimiento del suelo. Los estudios de agroquímicos sobre la salud han llegado más lejos, con una investigación científica del efecto malformativo en embriones de anfibios. Su investigador principal alertó: "En el país, hay un modelo agrícola que supone concentración de la tierra, despoblamiento y extranjerización del territorio, usos exagerados del suelo y del agua, contaminación, alteración de la biodiversidad y la sensación de que el país se convirtió en un proveedor de alimentos para producir negocios"<sup>[16]</sup>.

Esta explotación del campo depende de los combustibles fósiles para el laboreo del campo y el transporte de sus productos que, merced a la expropiación de YPF permiten la gestión estatal de multinacionales privadas, pasando de una trasnacional europea (Repsol) a una trasnacional estadounidense (Chevron). La autosustentabilidad energética puede verse como un aporte a la cada vez más estructural pérdida de soberanía alimentaria de la Argentina.

### Escenarios A Largo Plazo

1. Fe en la ciencia. No puede obviarse que la ciencia, cual nueva religión, ofrece a sus seguidores una promesa que escapa a la ciencia misma y

apela al pensamiento mágico-religioso, la de su inagotable capacidad para resolver los problemas que ella misma plantea. Para esta creencia, los problemas de la ciencia se resuelven con más ciencia<sup>[17]</sup>.

#### 2. Visión apocalíptica<sup>[18]</sup>.

- El cambio climático ha sido analizado en sus aspectos físicos, pero mucho menos y a veces nada en sus aspectos sociales
- La perspectiva de un caos geográfico impide el aprovechamiento de las grandes ventajas que traería el derretimiento del Ártico abriendo una ruta naviera corta de Europa a China como alternativa a los Canales de Panamá y de Suez
- Ese caos no es una novedad para la agroindustria transnacional en alianza con paramilitares y gobiernos, poseedores de una cartografía postcalentamiento global que revela las áreas no inundables y sin sequía que son promesas para explotación hídrica, minera, energética e inmobiliaria de los próximos 100 años<sup>[19]</sup>.
- La apropiación de esas tierras, fuertemente valorizadas, es un problema estratégico que requiere políticas públicas de gobiernos que avalen el ciclo monocultivo-privatización-migración, criminalizando toda resistencia popular.
- Con la migración, más debida hoy a la agresión paramilitar y a la invasión agraria que a desastres naturales, las mujeres no acceden a la tierra en numerosos países con restricciones para que las mujeres (sedentarias al cuidado de residuos familiares) hereden tierra de sus parejas masculinas (nómades en busca de trabajo).
- Grandes poderes internacionales, como Banco Mundial, CIA, FBI, grupo Bilderberg, Fondos de pensiones privados, Council on Foreign Relations, Trilateral Commission, Foro Económico Mundial de Davos, Fundación Rockefeller, Instituto Tavistock de Relaciones Humanas, RAND Corporation, Fundación Carnegie, M.I.T. de Massachusetts, Centro de Investigación Stanford, Instituto Hudson, Fundación Heritage y Centro de Estudios Internacionales y Estratégicos de Georgetown que capacita a agentes del Departamento de Estado USA, además de diversas logias no ajenas al enfoque de la Revolución de Asuntos Militares -RAM- que combina viejas formas del belicismo con las comunicaciones y la informática. Estos poderes manejan información mundial anticipatoria de cambios que pueden perjudicar a amplias mayorías. De producirse esos cambios

perjudiciales, alterarían la geopolítica y geoeconomía mundial, con miles de millones de víctimas de hambrunas y previsibles epidemias como consecuencia del cambio climático y migraciones forzadas o inducidas, aprovechando en parte el discurso ecologista más alarmista.

- No hay datos que descarten la relación entre la posesión de esa información y el otorgamiento de créditos a gobiernos que, a cambio, sean capaces de dictar políticas públicas mitigadoras pero adaptativas al cambio climático<sup>[20]</sup>, invitando a participar a la banca internacional en la formulación de políticas ambientales
  - Los gobiernos tienen recursos legales para reservar miles de expedientes que portan pruebas del riesgo de afectación del clima, en el marco de pactos secretos con sus financiadores internacionales. Así, la información clasificada sobre temas como agotamiento de la biodiversidad, movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y otros temas tormentosos, podría permanecer oculta.
  - Pese a la potencialidad de estos hechos, la dificultad para preverlos y superarlos es mayor cuando los dominados adoptan la ideología dominante, como tantos educadores demostraron en el Tercer Mundo.
3. Visión dilemática<sup>[21]</sup>. Frente a las visiones de optimistas, de pesimistas, y de sus intermedios, conformistas resignados, se alza la realidad humana, esencialmente imprevisible, a diferencia del resto de la naturaleza. Es el hombre, en medio de sus crisis y fuera de todo determinismo, el que definirá un destino que estará más marcado por sus decisiones frente al desarrollo que por la supuesta naturaleza de las cosas<sup>[22]</sup>. Estos dilemas se resuelven en varios planos: técnico (la cosa en sí)<sup>[23]</sup> estratégico (la cosa para otro, con el poder colaborativo o confrontativo), político (la cosa para mí, con el poder que en cualquier condición a cada uno le queda). Mientras algunos prefieren creencias religiosas y otras creencias no científicas, algunos exigen que la opinión siga la creencia científica que exige hipótesis precisas y forma de probarla. Pero veremos que en las dos afirmaciones que siguen, con formato científico, nos veremos en la necesidad de reconocer si se trata de hipótesis científicas o de conjeturas:
- “creo que la crisis ecológica traerá el fin del capitalismo” (Rudolf Bharo, político y filósofo ecosocialista alemán)

- “el ecologismo es el nuevo comunismo, así que hay que salir de la religión del ecologismo y volver a la ciencia de la ecología” (José María Aznar, Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales)

Así comprobamos que, partiendo del campo de la ciencia, estos cultores no siempre siguen su método, sino que pasan por ciencia lo que en el primero es ideología de izquierda y en el segundo de derecha. Marcuse proponía una permanente autodepuración para reconocer las intersecciones de la ciencia con la ideología. Y, agregó de mi parte, no es porque una supere a la otra, sino por la inconmensurabilidad entre ciencia e ideología (no son evaluables con parámetros comunes a ambas). Es que hay una salud ambiental y una salud de la mente humana, y entre ambas son la ecología, palabra que acuñó a fines de la década de 1860 el filósofo y biólogo alemán Ernst Haeckel, cuando las advirtió inseparables, como su etimología indica (del griego oikos = hogar, y logos=estudio)

Más allá de las confrontaciones tan poco útiles entre creencias<sup>[24]</sup>, disciplinas e indisciplina, y el uso indebidamente peyorativo del término pseudociencias, será interesante saber si es posible la confluencia de todas ellas en una historia que, siendo el Bien Común un objetivo tan alto, no se alcance a cambio de ninguna pérdida repudiable, porque “la muerte injusta de un insecto desequilibraría mi balanza”<sup>[25]</sup>.

Pero ahora, llegamos aún más lejos: desde la visión creativa de la materialidad presuntamente inerte, que desequilibrándose generó la vida, el diálogo se debería extender a las cosas<sup>[26]</sup>.

## Referencias

1. San Martín, Hernán, **Salud y Enfermedad**, *Prensa Médica Mexicana*, 1981, 4ª edición.
2. El Art. 71 de la Constitución de Ecuador, aprobada en 2008, establece que la naturaleza es sujeto de derecho: “La naturaleza o Pacha Mama, donde se reproduce y realiza la vida, tiene derecho a que se respete integralmente su existencia (...)”. Posición luego expuesta en el “Acuerdo de los Pueblos” (Conferencia Mundial de los Pueblos por el Cambio Climático y los Derechos de la Madre Tierra, Cochabamba, Bolivia, del 22-24/04/10). En la misma línea se expresó el Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, Evo Morales Ayma, en su Discurso al Grupo del G 77 + China, Naciones Unidas`2010.

TODAS LAS PUBLICACIONES, REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍAS COMPLETAS EN:  
<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

# ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES.

Por

**BIANCHI CARLOS, CARDINALI BRUNO D.**

Caps H.irigoyen, Alfonsín Y Eva D. De Perón.  
Santo Tomé. Santa Fe.

## Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es la alteración metabólica más común entre los seres humanos, constituyendo una causa importante de incapacidad y muerte. En la actualidad afecta alrededor de 347 millones personas en el mundo y se prevé un incremento de aproximadamente el 45% en los próximos años. En la República Argentina el 30% de los pacientes diabéticos no se trata, el 60% está insuficientemente tratado y el 70% ya tiene complicaciones crónicas.<sup>1</sup>

El éxito del buen control metabólico descansa sobre tres pilares fundamentales, la dieta, la medicación y la actividad física, pudiendo ser la psicoterapia una herramienta fundamental para lograr el cumplimiento de estas premisas.

En el presente trabajo se pretende evaluar si existe dificultad para lograr una correcta adherencia terapéutica en pacientes con diabetes y de existir, identificar cuales son.

El reconocimiento de dichas características nos permitirá como equipo de salud brindar respuestas adecuadas y planificar estrategias que coincidan con las necesidades de la población.

## Justificación

Como médicos transitando la residencia de medicina general y de familia en la ciudad de Santo Tomé, realizamos nuestra labor en los CAPS "Raúl Ricardo Alfonsín", Hipólito Irigoyen" y "Eva duarte de Perón" de dicha ciudad en el período Junio 2011-Mayo 2014; en ellos hemos notado que una parte de nuestra población presenta patologías que se incluyen en el grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes, Hipertensión arterial, Obesidad entre otras) observando dificultades para lograr un adecuado seguimiento terapéutico principalmente en la población diabética.

A partir de esta realidad percibida por nosotros, surge la necesidad de investigar las características en la adherencia de los pacientes diabéticos y conocer los

factores que la determinan.

## Problema

¿Los pacientes diabéticos cumplen el tratamiento planteado desde nuestros servicios de salud?, ¿Cómo podemos valorar y/ o medir la adherencia en estos paciente?, ¿Existen barreras percibidas por los pacientes que dificulten la adherencia terapéutica?, ¿Se sienten acompañados en su enfermedad por el sistema de salud?, ¿Podemos desarrollar propuestas para ajustar nuestra respuesta como servicio de salud a las necesidades de los pacientes diabéticos?

## Objetivo General

Valorar la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos.

## Objetivos Específicos

- 1- Completar la información detallada en los registros de la población diabética adscripta al centro de salud.
- 2- Conocer barreras que existen para la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.
- 3- Reconocer representaciones individuales respecto al impacto del diagnóstico de la enfermedad.

## Marco Teórico

Existen diferentes definiciones que explican el concepto de adherencia terapéutica, la OMS la define como "El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria".<sup>1</sup>

Además la OMS señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades como la diabetes, entre otras, se ha convertido en un problema sanitario y económico; destacando que únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados y revela que esta situación se agrava en los países pobres, donde el

acceso a los medicamentos está limitado por la falta de recursos.<sup>1</sup>

La adherencia al tratamiento “comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, según la forma en que la percibe quien la padece y el significado que le confiere. La enfermedad puede percibirse como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o, incluso, como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás. En función de ello, el paciente adopta su rol de enfermo”.<sup>2</sup>

Diversos estudios han demostrado que medir la adherencia al tratamiento es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades.<sup>3</sup>

Existen diversos test que permiten medir la adherencia terapéutica en la atención primaria que son sencillos y fáciles de utilizar, en una revisión de test realizada en 2008 se sugiere como conclusión la utilización de test que han sido validados para patologías como la hipertensión arterial. Sin embargo es importante destacar que estos test solo valoran como indicador de la adherencia terapéutica el cumplimiento de la farmacoterapéutica<sup>4</sup>.

El escrito realizado por la OMS en el año 2004 destaca que los datos de los países en desarrollo en cuanto a la prevalencia y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes son escasos; y recuerda la necesidad de emprender más investigaciones con este fin.

Además la OMS asegura que para el año 2025, el mayor aumento absoluto de las tasas de prevalencia de la diabetes en todo el mundo ocurrirá en esos países.<sup>1</sup>

## Material Y Métodos

TIPO DE ESTUDIO: Cuantitativo.

LUGAR DE REALIZACION: El presente trabajo se realiza en los centros de salud “R. Alfonsín”, H. Irigoyen” y “Eva Perón” de la ciudad de Santo tomé.

UNIVERSO: Todos los pacientes diabéticos registrados en los centros de salud “R. Alfonsín”, H. Irigoyen” y “Eva Perón” de la ciudad de Santo tomé en el periodo comprendido entre los meses de mayo 2013 a mayo 2014.

MUESTRA: 60 pacientes registrados en los centros de salud “R. Alfonsín”, H. Irigoyen” y “Eva Perón” de la ciudad de Santo tomé en el periodo comprendido entre los meses de mayo 2013 a mayo 2014. La muestra fue obtenida por un Método aleatorio simple.

FUENTES DE INFORMACION Y METODOLOGIA En primera instancia se utilizarán distintas fuentes de información secundaria (ficheros de pacientes

crónicos, ficheros de entrega de medicación, historias clínicas) que permitirán construir una planilla de registro de los pacientes diabéticos. Dicha planilla de registros fue diseñada para el presente trabajo y en ella se detallan: nombre y apellido, fecha de nacimiento, tipo de diabetes, años de evolución desde la fecha del diagnóstico, medicación que utiliza para diabetes, otras patologías crónicas y la medicación correspondiente, vacunación y fecha del último control de salud realizado.

Se diseñaron Encuestas semiestructuradas que fueron administradas y completadas por los propios autores durante visitas domiciliarias y en sala de espera.

Las encuestas serán analizadas a través de la construcción de tablas y gráficas.

LAS VARIABLES a examinar con las encuestas son:

Sexo (femenino y masculino),

- Edad (se dividirá a la población en franjas etaria: menor o igual de 19 años, entre 20 y 64 años y mayor o igual a 65 años),
- Alfabetización (si sabe o no leer y escribir)
- Comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas : siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca.
- Reconocimiento de la medicación que recibe (se considera que reconoce la medicación a aquel paciente que describe nombre de la droga, dosis y posología)
- Identificación de la indicación médica que le cuesta cumplir (se brinda al encuestado la opción de elegir entre pautas alimentarias, actividades físicas, cumplir con la medicación, inicio de psicoterapia en el caso que lo requieran)
- Reconocimiento de la gravedad de la diabetes no tratada (se valora dicotómicamente por sí o por no)
- Actitud de compromiso con su tratamiento frente a la posibilidad de falta de medicación en el centro de salud (la actitud de compromiso se entiende a que el paciente retire dicha medicación en otro efector público de manera gratuita o la consiga por otros medios, siempre priorizando el cumplimiento de la farmacoterapéutica)
- Reconocimiento de emociones del paciente respecto de su enfermedad (se identificará con una emoción la situación vivida por el paciente al momento del diagnóstico: tristeza, enojo, culpa, miedo, ansiedad o indiferencia en el caso que el paciente no logre identificar una emoción).

## Resultados

Luego de la revisión realizada a partir de fuentes secundarias respecto a la población diabética se contabilizaron (sin distinción del tipo de diabetes) 19 pacientes en el Centro de salud "R. Alfonsín", 20 pacientes en el Centro de salud "Hipólito Irigoyen" y 21 en el Centro de salud "Eva Perón".

La planilla de registros debió ser completada en todas las ocasiones mientras se realizaba la encuesta al paciente, puesto que muchos de los datos no constaban en la Historia Clínica.

Fueron realizadas 19 encuestas en el Centro de salud Alfonsín, 20 en el Centro de salud Irigoyen y 20 en el Centro de salud Perón, que corresponden a 82% de la población diabética del primer centro, 90% de la población diabética del segundo y al 58% en el tercero.

A CONTINUACION SE PRESENTAN LOS DATOS DE CADA CENTRO DE SALUD POR SEPARADO. LUEGO, SE DISCUTIRAN LOS RESULTADOS TOMANDO LAS TRES POBLACIONES EN SU CONJUNTO.

### Centro de salud "R. Alfonsín"

Del total de pacientes encuestados (19), 73% son mujeres, el 69% presenta edades comprendidas entre los 20 - 64 años y el 31% es mayor de 65 años. 31% de los pacientes no saben leer ni escribir. De 19 pacientes encuestados 2 (10,5%) entienden siempre las indicaciones brindadas por el médico y 3 (15%) del total siempre cumplen con las indicaciones. El 63% escogieron las pautas alimentarias como la indicación más difícil de cumplir. El 79% percibe que puede tener consecuencias graves por no cumplir las indicaciones médicas, el 68% conoce la medicación que le ha sido prescrita. Del total solo 4 pacientes (21%) no encontró medicación ante la necesidad de la misma y de estos 4 encuestados 3 buscaron resolverlo. Respecto a la emoción vivenciada al momento del diagnóstico de los encuestados 6 identificaron el enojo (31%), 5 miedo (26%), 4 (22%) tristeza, 2 (10,5%) culpa y 2 (10,5%) no identificaron el momento con una emoción.

### Centro de Salud "H. Irigoyen"

Del total de pacientes encuestados (20), 17 (85%) son mujeres, el 17 (85%) presenta edades comprendidas entre los 20 - 64 años y 3 (15%) son mayores de 65 años. Solo 1 de los pacientes no sabe leer ni escribir. De los 20 pacientes encuestados 9 (45%) entienden siempre las indicaciones brindadas por el médico, 8 (40%) las entienden casi siempre y 3 (15%) a veces. Del total de los pacientes encuestados 8 (40%) cumple siempre con las indicaciones medicas, 8 (40%) las

cumple casi siempre y 4 (20%) solo las cumple a veces. Entre las indicaciones terapéuticas de mayor dificultad para cumplir fueron la alimentación y la actividad física con un 45% cada una respectivamente. El 100% percibe que puede tener consecuencias graves por no cumplir las indicaciones médicas, el 95% conoce la medicación que le ha sido prescrita. Del total 11 pacientes (55%) no encontró medicación ante la necesidad de la misma y de estos 11 encuestados 8 buscaron resolverlo. Respecto a la emoción vivenciada al momento del diagnóstico de los encuestados 4 identificaron el enojo (20%), 8 (40%) mostro indiferencia, 6 (30%) tristeza, 2 (10%) ansiedad.

### Centro de salud "Eva Perón"

Del total de pacientes encuestados (21), 85% son mujeres, el 76% presenta edades comprendidas entre los 20 - 64 años y el 23% es mayor de 65 años. El 4% de los pacientes no saben leer ni escribir. De los 21 pacientes encuestados 9 (42%) entienden siempre las indicaciones brindadas por el médico, 7 (33%) casi siempre las comprenden y 5 (23%) a veces entienden las indicaciones medicas. En cuanto a las indicaciones médicas que más dificultad generan en la adherencia son la alimentación y la actividad física con un 42% respectivamente. El 100% de los encuestados percibe que puede tener consecuencias graves por no cumplir el plan terapéutico, el 90 % conoce la medicación que le ha sido prescrita. Del total solo 7 pacientes (33%) no encontró medicación ante la necesidad de la misma y de estos 7 encuestados 4 buscaron resolverlo. Respecto a la emoción vivenciada al momento del diagnóstico de los encuestados 4 identificaron el enojo (19%), 3 miedo (14%), 3 (14%) tristeza, 6 indiferencia (28%).

## Discusión

Del análisis general de los resultados obtenidos en los tres centros de salud surge como primer dato de importancia la mayor captación de pacientes diabéticos del sexo femenino con 87% contra un 13% del sexo masculino lo cual podría deberse a que este grupo poblacional es el que más concurre a nuestros centros de salud por diferentes causas que trascienden los límites de este trabajo.

Otro factor que se tomó en cuenta fue el nivel de alfabetización de la población en estudio considerando que este podría ser un limitante en la comprensión del plan terapéutico, obteniendo como resultado un 12% de analfabetismo.

Cuando se evaluó la comprensión de las indicaciones médicas en el momento de la consulta un 33% respondió que siempre entiende a su médico, 37% casi

siempre y un 30% las comprende a veces y casi nunca. Este punto es muy relevante ya que aproximadamente un tercio de los pacientes quedaría limitado en su correcta adherencia por falta de comprensión en el momento de la consulta; lo cual podría deberse a una dificultad en la comunicación médico-paciente basado en diferentes factores como por ej: lenguaje técnico, nivel de alfabetización del paciente, corto tiempo empleado en la consulta, el no tener en cuenta la subjetividad del paciente al momento del diagnóstico, etc.

**Comprensión de las indicaciones médicas.**  
Sto. Tomé, S. Fe- 2013. N=60



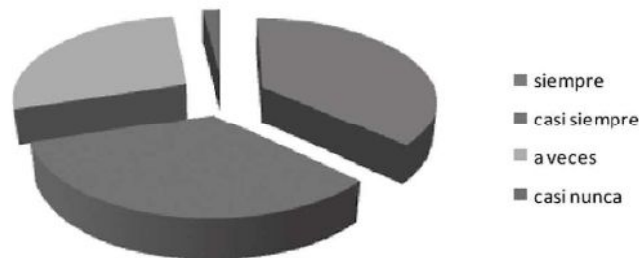
También se analizó el cumplimiento de las indicaciones médicas en general, llegando a un 37 % de pacientes que cumplen siempre, un 33% casi siempre y un 30 % que habitualmente no logra cumplir las indicaciones. De estas, en las que menos nivel de adherencia se logra es el plan alimentario en un 47% y la actividad física con un 37%. La indicación que mayor adherencia logra es la farmacoterapia, esto podría deberse a que es la medida terapéutica que menos cambio genera en el estilo de vida del paciente, sumado a una escasa oferta de centros y profesionales destinados a promover la actividad física en este grupo poblacional, insuficiente promoción de pautas para una alimentación saludable considerando las limitantes económicas y culturales. Quedando relegado a un 0% los pacientes que adhieren a la psicoterapia lo cual podría deberse a que los pacientes no lo sienten como una necesidad, los médicos no lo ofrecemos como un recurso terapéutico y a la oferta de profesionales de salud mental que estén trabajando de un modo interdisciplinario junto a otros profesionales en esta problemática.

El 92% de los pacientes era consciente de que no cumplir con las pautas médicas podría acarrear problemas graves para su salud, lo cual nos deja ver que esta población cuenta con información acerca de las complicaciones más visibles de esta enfermedad, como lo es la ceguera, las infecciones, la amputación de miembros, etc.

Un 83% de la población en estudio manifiesta conocer la medicación que le fue prescrita y el modo de administrarla.

Cuando se interrogó sobre si creía que alguna medicación de las indicadas le hacía mal, el 67% manifestó que no contra un 33% que si, haciendo que este grupo tome de un modo irregular la medicación, contribuyendo negativamente en la adherencia terapéutica.

**Cumple con las Indicaciones**  
Sto. Tomé, Sta Fé. 2013. N° 60



**Indicacion mas dificil de cumplir**  
Sto. Tomé, Sta Fé. 2013. N° 60



Un 66% encontró su medicación disponible en los Caps. al momento de requerirla y un 34% encontró dificultades en la disponibilidad de la misma (un gran porcentaje de estos recurrió a otros efectores o consiguió su medicación de modo privado).

Con respecto de las emociones vivenciadas con mayor frecuencia al momento del diagnóstico fueron la indiferencia, la tristeza y la ansiedad y en menor medida el enojo y el miedo. Lo cual nos hace presumir que la actitud indiferente frente a la enfermedad partiría de una negación de la nueva realidad y la capacidad del individuo para afrontarla. Lo cual nos hace suponer que la psicoterapia sería una herramienta fundamental para que los pacientes adopten una actitud proactiva frente a la enfermedad.

Ante la pregunta sobre que entendían por cambio en el estilo de vida, la gran mayoría manifestó un cambio de conductas en su forma de vivir, reconociendo como principal falta la inadecuada alimentación y el sedentarismo, sumado a la presencia de hábitos tóxicos (alcohol y tabaco).

La OMS señala que el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados y revela que esta situación se agrava en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limita-



do por la falta de recursos. Es importante recordar que la mayoría de los estudios valoran como indicador de la adherencia terapéutica el cumplimiento de la farmacoterapéutica. En el estudio que hemos realizado encontramos que un 37% logra adherencia, diferencia que probablemente se encuentre en las otras variables que nosotros consideramos como pilares terapéuticos (alimentación, actividad física, psicoterapia).

### Conclusión

Analizando el trabajo consideramos que el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos adscritos es menor que el considerado por la OMS para el enfermos crónicos en países desarrollados, encontrando que las pautas terapéuticas mas difíciles de cumplir son la alimentación y la actividad física hecho que no ocurre con la farmacoterapia.

Este trabajo en términos generales enriquece el conocimiento que teníamos de nuestra población que padece diabetes, permitiéndonos identificar donde radican las mayores barreras para lograr un mejor control de la enfermedad y sus efectos deletéreos, y de este modo elaborar estrategias de intervención orientadas a superarlas. Siendo consientes que a nivel particular la muestra no abarcó la totalidad de nuestra población de pacientes con diabetes, consideramos que este trabajo puede ser extrapolables al resto de la población.

### Propuestas

Del análisis de los resultados obtenidos nos surgen posibles estrategias orientadas a mejorar la adherencia terapéutica de los/as pacientes con diabetes promoviendo la participación activa del individuo como protagonista fundamental en el proceso salud-enfermedad.

- Talleres y charlas junto a otros profesionales tales como, nutricionistas, psicólogos, profesores de educación física y podología.
- Encuentros mensuales donde haya relatos de experiencias y formación de grupos organizados para actividad física y caminatas.
- Coordinar acciones conjuntas con la farmacia del hospital de referencia para garantizar la accesibilidad continua de los pacientes a sus medicamentos.

### Referencias

1. *Revista de Salud Pública, (XVII) 2:53-62, jul. 2013*
2. Sabate E. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (documento OMS traducido).** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
3. Martín Alfonso L., Grau Abalo J. A. **La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud.** Habana: *Psicología y Salud.* 2004: 89-99.
4. X. Nogués Solán, M. L. Sorli Redó, J. Villar García. **Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento.** Madrid: *Anales de medicina interna.* 2007, 24: 138-141.
5. Rodríguez Chamorro M. A., García-Jiménez E., Amariles P., Rodríguez Chamorro A., Faus M. J. **Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica.** Artículos especiales. *Atención Primaria.* 2008,40:413-417.

TODAS LAS PUBLICACIONES, REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍAS COMPLETAS EN:  
<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

# TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y DEL ESPECTRO AUTISTA.

Por

*CONSTANZA AIMI, FRANCO LÓPEZ LÓPEZ, MACARENA ONEGLIA, FRANCISCO ASTORINO.*

Facultad de Ciencias Médicas, UNL.

Santa Fe, Santa Fe.

## Resumen

La introducción a la investigación es un aspecto indispensable en la formación de grado del médico, tres estudiantes avanzados de la carrera de medicina desempeñándose como cientíberos en un protocolo de investigación acerca del desarrollo psicomotor en niños y particularmente de niños con trastornos del espectro autista aprovecharon para comunicar esta valiosa información.

Analizaron factores de riesgo para el desarrollo normal de niños de una muestra destinada a calcular la prevalencia de autismo en Santa Fe, se estableció el perfil predominante de fallas en los niños de riesgo para compromisos en su desarrollo y finalmente la disponibilidad de centros de evaluación, diagnóstico y rehabilitación de aquellos niños en los que alguna falla fue detectada.

Material y métodos: estudio analítico, observacional, de cohorte y prospectivo. La muestra fue seleccionada en forma aleatoria estratificada, estuvo compuesta por 512 niños entre 18 y 36 meses de edad de la ciudad Santa Fe.

Discusión: 60 niños de la muestra presentaron riesgo en su desarrollo, con factores de riesgo predominantes como prematuridad, escolaridad materna incompleta y diabetes gestacional. Los trastornos del lenguaje fueron los predominantes. La disponibilidad de dispositivos de diagnóstico y tratamiento fue escasa, y la concreción de citas con los evaluadores y terapeutas tuvo una demora de hasta 30 días desde el primer contacto con el grupo de investigadores.

## Abstract

Introduction to research is indispensable in the medicine career. Three Medicine students working as fellows participated in a research protocol about child development and particularly autism spectrum disorders and decided to communicate their experience.

They analyzed development risks from children

which belong to a prevalence autism study in Santa Fe, also determined predominant fails from children at risk and finally the availability of centers for evaluation, diagnosis and rehabilitation of those children.

Methods and material: observational analytical and prospective study. Sample was randomized and stratified selected, there were 512 children ages 18 month to 36 month old from Santa Fe city.

Discussion: 60 children showed risks at their development, prematurity, maternal poor school instruction and gestational diabetes were predominant. Language problems were the predominant profile. There was lack of diagnosis and treatment centers availability, time to first contact with the center was until 30 days long since first contact with the researchers.

## Introducción

Las sospechas de compromisos en el desarrollo psicomotor en niños pueden evidenciarse con la aparición de síntomas tempranos y deben ser motivo de alerta para el profesional médico que los asiste (Pediatra) (1) (2) (3). Es fundamental en su estudio considerar factores de riesgo y su posible injerencia. Las escalas de vigilancia del desarrollo permiten detectar problemas de manera anticipada, pero en contraste con ello la mayoría de los diagnósticos se confirman de manera informal y tardíamente lo cual retrasa el inicio de los tratamientos. Aunque los test de vigilancia (4) y screening pueden incrementar la tasa de detección temprana, no son frecuentemente utilizados en primer nivel de atención de la salud. Distintas publicaciones e instituciones dedicadas a los trastornos del espectro autista (TEA) destacan evidencias de beneficios en el niño gracias al diagnóstico y a intervenciones tempranas (5) (6) (7) (8), para que el niño alcance su mayor potencial.

Un aspecto importante en la formación de grado de alumnos de medicina es la introducción a la investigación. La participación como cientíberos en un

protocolo de investigación respecto a distintos tópicos de importancia referida a los TEA otorgó la oportunidad a estudiantes de la carrera para iniciarse en las actividades inherentes a investigación y desarrollo de proyectos.

**Actividades:** Los trescientos fueron seleccionados a través de los sistemas de postulación y selección de alumnos de la carrera de Medicina, cada uno presentó un proyecto individual partiendo de un tema general "Trastornos del desarrollo en niños y trastornos del Espectro Autista". Antes de llevar a cabo la actividad en terreno recibieron un entrenamiento previo en entrevistas a padres y niños, aplicación de escalas y toma de medidas antropométricas. Durante el período de investigación completaron un curso de introducción a la investigación.

Respecto del presente trabajo: -Una científica determinó cuántos niños de 18 a 36 meses de edad participantes de un estudio de prevalencia de TEA en la ciudad de Santa Fe presentaron alteraciones en el neurodesarrollo y a qué dominio corresponden (motor, lenguaje, socialización, y ejecución). -Una segunda científica indagó tiempo de demora en acceso a evaluaciones, modalidad y números de terapias recibidas, sistema de cobertura (estado o seguridad social). El tercer científico estuvo abocado al análisis de los factores de riesgo de la población estudiada (9).

## Métodos

El proyecto se basó en un estudio analítico, observacional, de cohorte y prospectivo. Para su realización la muestra fue seleccionada en forma aleatoria estratificada, estuvo compuesta por 512 niños entre 18 y 36 meses de edad de la ciudad Santa Fe, dichos participantes forman parte de un protocolo de estudio que buscó determinar la prevalencia de Trastornos del Espectro Autista en Santa Fe.

Durante cada cita se interrogó la presencia de factores de riesgo (se midió y se calculó percentilo del perímetro cefálico y luego el respectivo Puntaje Z según la edad y sexo (10), se observó la presencia de alteraciones fenotípicas, y se clasificó al desarrollo según el Manual de vigilancia para el desarrollo bajo la modalidad AIEPI -Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia- Organización Panamericana de la Salud - OPS- y la Escala Haizea - Llevant (11) (12). El proceso de entrevista tiene una duración de no más de 20 minutos por niño evaluado facilitando su aplicación en el terreno.

Aquellos niños que presentaron alguna alteración en su desarrollo pasaron a una segunda fase de evaluación. En ella sus padres respondieron la lista de

chequeo para deambuladores M-CHAT (método de screening para trastornos del espectro autista) (13) (14) (15) Los que resultaron positivos en el cuestionario M-CHAT pasaron a una tercera fase de evaluación específica para TEA (16) (17) (18). Posteriormente se efectuó una encuesta telefónica a todas las familias cuyos niños presentan alguna alteración en las evaluaciones.

## Resultados

### Factores de riesgo

De la muestra, 122 de los 512 niños presentaban factores riesgo (FR), estando estos FR presentes en 79 niños pertenecientes al grupo de los que no mostraron fallas - considerados como Neurotípicos y en 45 de los que mostraron fallas en las pruebas del desarrollo. Respecto al sexo los factores de riesgo predominaron en un 65% en los integrantes de la muestra de sexo masculino mientras que las niñas mostraron un predominio de FR de un 45%.

En el grupo de niños Neurotípicos los factores de riesgo en orden de frecuencia fueron: Prematurez 14%; Escolaridad incompleta de la madre (EIM) 11%; diabetes materna (DBT) 10%; hipertensión materna durante el embarazo y bajo peso al nacer (BPN) 9%; restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) 8%; macrosomía 7%; requerimiento de reanimación cardiopulmonar al nacer 6%; apgar bajo 5%; tabaquismo y etilismo en algún miembro de la familia 4% ; problemas placentarios 3%; ruptura prematura de membrana (RPM), consumo de otras drogas por la madre y enfermedades infecciosas perinatales (STORCH) 2%; madre separadas de sus parejas, madres solteras, hipotiroidismo materno y enfermedad psicológica de la madre (EPM) 1 %.

Para aquellos que presentaron alteraciones en las pruebas sus factores de riesgo en orden de frecuencia fueron: EIM 34%; prematurez 14%; hipertensión materna 10%; BPN 7%; problema placentarios, RPM y macrosómicos 5% cada uno; madre separada e hipotiroidismo materno 4%; diabetes materna, tabaquismo materno, EPM, etilismo materno y otras drogas 2% cada uno; macrosómico e hipertensión materna 8% cada uno; ninguno de ellos presentó como factor apgar bajo, RCIU, TORCH y madre soltera (Tabla 1).

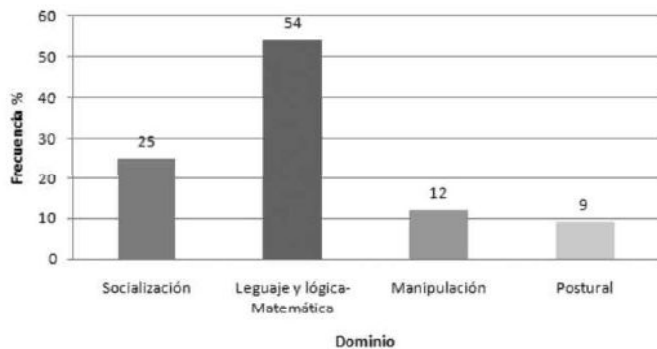
### Perfiles de compromiso del desarrollo.

De la muestra total de 512 niños, 60 niños presentaron fallas en su neurodesarrollo.

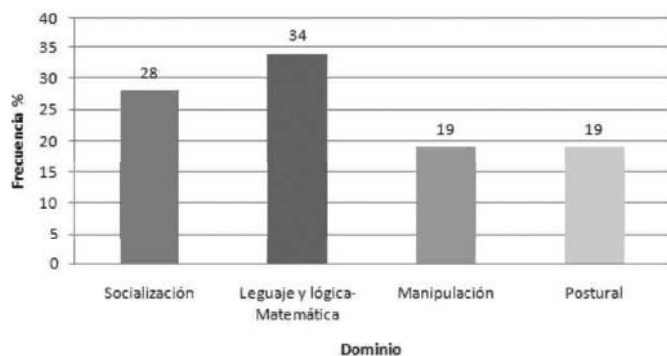
Los 60 niños con fallas en las valoraciones de su desarrollo fueron divididos para el análisis en función de los resultados obtenidos en la lista de chequeo

MCHAT clasificándolos en aquellos MCHAT POSITIVO ó MCHAT NEGATIVO reconociendo que aquellos MCHAT POSITIVO SON LOS DE MAYOR RIESGO A PADECER TEA, siendo la lista de chequeo MCHAT la metodología de screening para TEA utilizada en el trabajo original.

En el análisis de los compromisos del desarrollo del grupo de niños M-CHAT negativo tuvieron mayor compromiso del dominio Lenguaje y lógica matemática (54%), seguido del dominio Socialización (25%) (Gráfico 1).



En aquellos pertenecientes al grupo M-CHAT positivo el perfil predominante de compromiso se constató en los dominios Lenguaje y lógico matemático (33%), Socialización (28%), dando lugar a desestimar el compromiso en la motricidad gruesa o fina en aquellos con prueba de screening positiva para TEA (Gráfico 2).

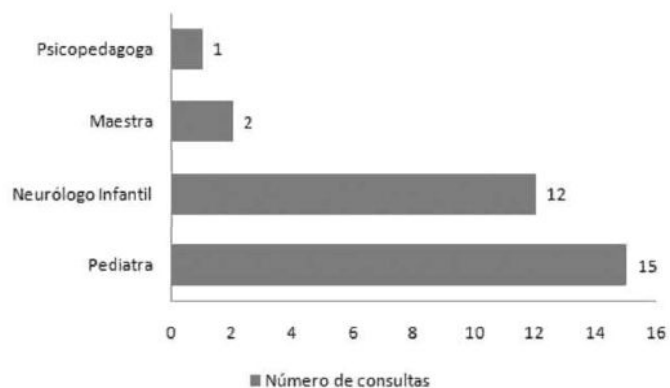


Se analizaron las áreas del lenguaje alteradas en los niños MCHAT positivo, a través del Cuestionario del bebé y el Niño pequeño (CS BSDP), observándose mayor compromiso en el componente comunicación en estos niños tanto como en aquellos que en las evaluaciones específicas para TEA fueron diagnosticados con Autismo. Se encontró también similar frecuencia en la alteración en comunicación y simbolización en ambos subgrupos.

Acceso a dispositivos de atención y rehabilitación.

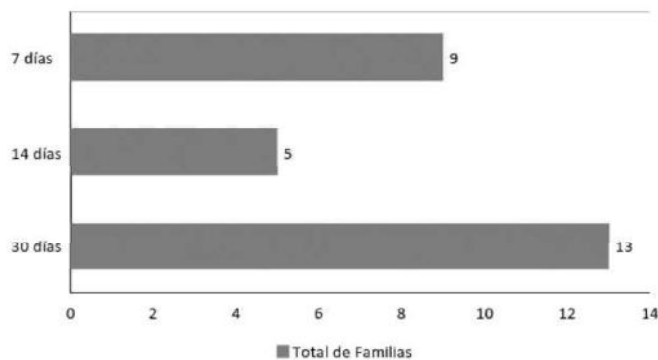
Se realizaron los correspondientes llamados telefónicos a las 60 familias de los niños que presentaron

alguna falla en su neurodesarrollo. De estos llamados telefónicos: 37 se realizaron con éxito, y 23 no fueron respondidos (18 faltaba el dato telefónico, 4 no atendieron las llamadas, y una familia no disponía número telefónico). Se consultó a las familias ¿cuántas después de la evaluación inicial lograron la primera consulta y con qué profesional? Resultó que: 10 familias no realizaron ninguna consulta posterior y 27 familias consultaron, de éstas 15 a un pediatra y 12 a un neurólogo infantil, 1 de ellas consultó con una psicopedagoga y 2 a una maestra jardinera (Gráfico 3).



Demora en la consulta:

El tiempo que tardaron las familias desde la entrevista de evaluación por parte del equipo de investigación a una consulta profesional posterior fue de un mínimo de 7 días a un máximo de 30 días (Gráfico 4). Respecto de los lugares en donde se realizaron las consultas fueron principalmente CAPS 44%, (Centro



de Atención Primaria de la Salud), hospital de segundo nivel, sistema privado de atención.

Acceso a tratamiento e intervenciones terapéuticas:

Son 10 los niños con alguna alteración en el neurodesarrollo que reciben abordaje terapéutico; 7 niños en el sistema público de salud (8 en un hospital de 2 nivel de atención, y 2 de ellos asisten a terapia en el sistema privado y 1 recibe terapias en los dos sistemas de atención -pública y privado-.

Estos niños reciben tratamientos en fonoaudiología (7 niños) y terapia ocupacional (4 niños).

Frecuencia de asistencia a tratamiento y duración de las terapias:

La frecuencia con la que reciben terapia es: 4 niños dos veces a la semana, 1 niño 5 veces a la semana, y los 5 niños restantes no se pudo estimar debido a que habían comenzado recientemente la terapia y la periodicidad era muy variable.

Duración de las terapias: 3 niños realizan terapia de 45 minutos por consulta, 1 niño de 90 minutos por consulta, 1 niño 120 minutos por consulta, y los 5 restantes no manifestaron tener todavía horarios fijos.

## Discusión

### Factores de Riesgo

1.- Los factores de riesgo de aquellos niños neurotípicos o sin fallas que predominaron fueron Prematuridad, Escolaridad Incompleta Materna, Diabetes Gestacional. Mientras que en el grupo de niños con riesgo fueron Escolaridad Incompleta Materna, Prematuridad e Hipertensión Materna durante la gestación.

2.- El perfil de factores de riesgo predominante en la población de niños neurotípicos fue de los de etiología biológica mientras que en el grupo de los niños con fallas son los de etiología social.

3.- Analizando los factores de riesgo se destaca la importancia de mejorar el control de los factores sociales.

### Perfiles de compromiso

1.- En la totalidad de los niños con fallas el compromiso predominante fue el de Lenguaje -Lógico -Matemático.

2.- Los compromisos motores tanto fino como grueso fueron los de menor presentación en ambos grupos.

3.- El predominio marcado en el compromiso en el área de la comunicación obliga a los profesionales a prestar atención primordial a este aspecto en el desarrollo de niños pequeños.

### Acceso a dispositivos

1.- El monitoreo telefónico de acceso a consultas fue positivo en el 61.66% de los llamados.

2.- La demora calculada hasta la concreción de la primera evaluación fue de un mínimo de 7 días a un máximo de 30 días. Canalizadas el 44% de ellas en un efector público de salud. Sólo 10 niños reciben tratamiento en rehabilitación con un mínimo de 1 sesión semanal y 1 único niño recibe 5 sesiones semanales. Las sesiones promedian los 60 minutos de duración.

3.- Los servicios tanto para vigilancia, diagnóstico y rehabilitación resultan insuficientes para la demanda observada en la población de niños de 18 meses a 36 meses de edad.

## Referencias

1. Glascoe FP, Dworkin PH. **The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems.** *The American Academy of Pediatrics* 1995; 9(6): 829-836.
2. Glascoe FP. **The value of parents' concerns to detect and address developmental and behavioural problems.** *Journal of Paediatric and Child Health* 1999; 35(1):1-8.
3. Glascoe FP. **Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns.** *Child: Care, Health and Development* 2000; 26(2):137-149.
4. Figueiras A C, Neves de Souza I C, Ríos V G, Benguigui Y. **Manual AIEPI atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia.** OPS 2001.
5. Eapen V, Crnčec R, Walter A. **Clinical outcomes of an early intervention program for preschool children with Autism Spectrum Disorder in a community group setting.** *BMC Pediatr.* 2007; 13: 3.
6. Dawson G, Rogers S, Munson J. **Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model.** *Pediatrics* 2010; 125: 17-23.
7. Cortez Bellotti de Oliveira M, Contreras MM. **Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses).** *Arch. Argent. Pediatr* 2007; 105: 418-426.
8. Asimonia A, Shahrzad A, Alysandratos KA, Karagkouni A, Kourembanas S, Theoharides TC. **Perinatal stress, brain inflammation and risk of autism-Review and proposal -.** *BMC Pediatrics* 2012 12:89.
9. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. **Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico. Sociedad Argentina de Pediatría. Libro verde, 3ra edición 2013: 49, 73.**
10. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. **Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico. Sociedad Argentina de Pediatría. Libro verde, 3ra edición 2013: 49, 73.**

TODAS LAS PUBLICACIONES, REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍAS COMPLETAS EN:  
<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

## ANEXO BIBLIOGRAFIAS COMPLETAS

### DILATACION QUISTICA DE LA VIA BILIAR (pag. 5)

1. Gertler Jp1, Cahow Ce. **Choledochal Cysts In The Adult.** J Clin Gastroenterol. 1988 Jun;10(3):315-9.
2. Hde Atkinson, Cp Fischer, Chc De Jong, Kk Madhavan, Rw Parks, And Oj Garden. **Choledochal Cysts In Adults And Their Complications.** Hpb (Oxford). 2003; 5(2): 105-110.
3. Fernando Galindo. **Dilataciones Quísticas De Las Vías Biliares.** Enciclopedia Cirugía Digestiva.
4. Babbitt Dp. **Congenital Choledochal Cysts: New Etiological Concept Based On Anomalous Relationships Of The Common Bile Duct And Pancreatic Bulb.** Ann Radiol (Paris). 1969;12(3):231-40.
5. Shimonishi T1, Sasaki M, Nakanuma Y. **Precancerous Lesions Of Intrahepatic Cholangiocarcinoma.** J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2000;7(6):542-50.
6. D P Babbitt. **Babbitt Dp. Congenital Choledochal Cysts: New Etiological Concept Based On Anomalous Relationships Of The Common Bile Duct And Pancreatic Bulb.** Annales De Radiologie 12(3):231-40 · January 1969
7. Olival Cirilo Lucena Da Fonseca-Neto, Moacir Cavalcante De Albuquerque-Neto, And Antonio Lopes De Miranda. **Surgical Management Of Cystic Dilatation Bile Ducts In Adults.** Arq Bras Cir Dig. 2015 Jan-Mar; 28(1): 17-19.
8. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. **Congenital Bile Duct Cysts: Classification, Operative Procedures, And Review Of Thirty-Seven Cases Including Cancer Arising From Choledochal Cyst.** Am J Surg. 1977 Aug;134(2):263-9.
9. Visser Bc1, Suh I, Way Lw, Kang Sm. **Congenital Choledochal Cysts In Adults.** Arch Surg. 2004 Aug;139(8):855-60; Discussion 860-2.

### MEDICINA SOCIAL (pag. 7)

1. Programa Medicos Comunitarios, Politicas en Salud.
2. [http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04\\_2\\_Crotehovic\\_y\\_Ariovich.pdf](http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04_2_Crotehovic_y_Ariovich.pdf)
3. [http://www.msagob.gov.ar/pngcam/resoluciones/939\\_2000.pdf](http://www.msagob.gov.ar/pngcam/resoluciones/939_2000.pdf)
4. [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

### INCREMENTO DE LESIONES DÉRMICAS ATRIBUIBLES A ORUGAS DEL GENERO MEGALOPYGE EN EL ÁREA GEOGRÁFICA DE SANTO DOMINGO PCIA DE SANTA FE (pag. 10)

1. <http://www.Sertox.Com.Ar/modules.Php?Name=news&file=article&sid=7145>.
2. Dao, luis (1964) "dermatitis causadas por coleopteros paederus columbinus en venezuela"; *international journal of dermatology* 3 (3): 169-172.
3. <http://www.Infobae.Com/2014/05/09/1562957-megalopyge-lanata-la-oruga-venenosa-que-amenaza-misiones/>
4. [https://www.Youtube.Com/watch?V=\\_tbysrtmma taturana \(megalopyge lanata\).](https://www.Youtube.Com/watch?V=_tbysrtmma taturana (megalopyge lanata).)
5. <https://www.Youtube.Com/watch?V=lbttxaarfi0 megalopyge opercularis caterpillar.>
6. Oruga gato lanudo [https://www.Youtube.Com/watch?V=mzejdelejec oruga "gato lanudo", "oruga peluche" u "oruga pollito" muy peligrosa \(megalopyge opercularis\).](https://www.Youtube.Com/watch?V=mzejdelejec oruga )
7. Taturana verde [http://labrujula24.Com/noticias/2016/22088\\_una-rara-oruga-venenosa-los-pico-cuando-navegan-cerca-del-dique](http://labrujula24.Com/noticias/2016/22088_una-rara-oruga-venenosa-los-pico-cuando-navegan-cerca-del-dique)
8. Paederus [www.Scielo.Org.Ar/scielo.Php?Script=sci\\_arttext&pid=s0325](http://www.Scielo.Org.Ar/scielo.Php?Script=sci_arttext&pid=s0325).
9. Informe 16/7/2015 de Lic. Vanesa Faccioli Zoología de Invertebrados Museo Pcial. De Cs. Naturales "Florentino Ameghino"

### TUMOR PSEUDOPAPILAR DE PANCREAS (pag. 12)

1. Frantz VK. **Tumors of the pancreas.** In: Rosai J, Sorbin L, eds. **Atlas of Tumor Pathology, Section VII, fasc. 27 and 28.** Washington, DC: *Armed Forces Institute of Pathology, 1959: 32-33*
2. Klöppel G, et al. **Histological Typing of Tumours of the Exocrine Pancreas (WHO. World Health Organization. International Histological Classification of Tumours).** Springer; 2nd edition (February 12, 2002)
3. Olival C, Martínez Y, Vidal A, Carreiro M, Girolamo C, Gómez C. **Tumor pseudopapilar de páncreas: tumor sólido poco frecuente.** *Gen, 2012; 66(1):49-52*
4. Papavramidis T, et al. **Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: review of the 718 patients reported in english literature.** *J Am Coll Surg, 2005;200(6):965- 72.*
5. Notohara K, Homazaki S, et al. **Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas immunohistochemical locazation of neuroendocrine markers and CD10.** *Am J Surg Pathol. 2000;24:1361-71.*
6. Adamthwaite J, et al. **Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: Diverse presentation outcome and histology.** *JOP J Pancreas. 2006;7(6):635-42.*
7. Cantisani V, Morteale Kj, Levy A, et al. **Mr imaging features of solid pseudopapillary tumor of the pancreas in adult and pediatric patients.** *Am J Roentgenol 2003;181:395-401.*
8. Coleman Km, Doherty Mc, Bigler Sa. **Solid pseudopapillary tumor of the pancreas.** *Radio Graphics 2003;23:1644-8.*
9. Podevin J, Tribu S, Miralli 'E E, Le Borgne J. **Tumeurs pseudopapillaires et solides du pancreas: `a propos de cinq cas**

**et revue de la litt'érature.** Ann Chir 2003;128:543-8

10. Naresh KN, Borges AM, Chinoy RF, Soman CS, Krishnamurthy SC. **Solid and papillary neoplasm of the pancreas: diagnosis by fine needle aspiration cytology in four cases.** Acta Cytol 1995; 39: 489-93.
11. Mao C, Guvendi M, et al. **Papillary Cistic and solid tumors of the páncreas: a pancreatic embryonic tumor? Studies of three cases and cumulative review of the worl literature.** Surgery. 1995; 118:821-28.
12. Francis W, et al. **Solid-pseudopapillary tumors of the pancreas: Case report and literature review.** Current Surgery. 2006;63(6):556-64.
13. Targarona J, Poggi L, Garatea R, Romero C, Rosamedina J, Lora A , Beltran J, Rotta C, Montoya E. **Tumores Sólidos Pseudopapilares de Páncreas: reporte de 7 casos y revisión de la Literatura.** Rev. gastroenterol. Perú, abr.-jun. 2007, vol.27, no.2, p.158-190. ISSN 1022-5129

#### **AMBIENTE, DERECHO Y SALUD (pag. 15)**

1. San Martín, Hernán, **Salud y Enfermedad**, Prensa Médica Mexicana, 1981, 4ª edición
2. El Art. 71 de la Constitución de Ecuador, aprobada en 2008, establece que la naturaleza es sujeto de derecho: "La naturaleza o Pacha Mama, donde se reproduce y realiza la vida, tiene derecho a que se respete integralmente su existencia (...)" Posición luego expuesta en el "Acuerdo de los Pueblos" (Conferencia Mundial de los Pueblos por el Cambio Climático y los Derechos de la Madre Tierra, Cochabamba, Bolivia, del 22-24/04/10). En la misma línea se expresó el Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, Evo Morales Ayma, en su Discurso al Grupo del G 77 + China, Naciones Unidas` 2010
3. Cf. Panel Intergubernamental para el Cambio Climático, Cumbre Mundial contra el Cambio Climático, 2007
4. Esta minería surge como geopolítica del agotamiento mineral, o sea, como consecuencia del empobrecimiento de las rocas que pasaron de alta a baja ley de mineralización
5. Lalonde, M., **A new perspective on the health of Canadians**, Ottawa, Salud y Bienestar Nacionales, 1974, pp. 32
6. Dever, Alan, **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud**, OPS-OMS, Maryland, 1991, pp 358
7. Lorenz generó la teoría del caos, cuando describió su clásico "efecto mariposa"
8. No puede ignorarse que el capitalismo le agrega la explotación del hombre. Ni las diferencias entre el viejo y el joven Marx, desde que éste no propugnaba la explotación irrestricta de la naturaleza.
9. Markovic, Mihailo, **Ética y Desarrollo Social**, Rev. Ética y Sociedad, vol 3, nº 3, 1987, Bs. As.)
10. Dios de la Tierra en la mitología griega, también llamada Gea o Gaya
11. Homero Bibiloni, quien presentó su renuncia a raíz de este fallo dictado el 31-8- 2010 por el Juez Armella, Titular del Juzgado Federal de Quilmes
12. Dever, Alan, texto citado, p. 385
13. Schumacher, E. F., Lo pequeño es hermoso, 1973
14. Ruiz Marrero, Carmelo, El proyecto revolucionario ante el reto de la ecología, ALAI, América Latina en Movimiento. <http://alainet.org/active/45424&lang=es>, 2011-03- 29
15. Propuesta que funcionó en otros países. Un activo promotor en nuestro país fue Jorge Sábado, físico y tecnólogo argentino, creador del Departamento de Metalurgia de la Comisión Nacional de Energía Atómica que hoy lleva su nombre
16. Andrés Carrasco, investigador del Conicet y jefe del Laboratorio de Embriología Molecular de la UBA, en su exposición en la Cámara de Diputados de la Nación en apoyo al proyecto de Ley del Diputado Héctor de la Fuente que proiube todas las fumigaciones aéreas con agroquímicos, 24-5- 2011
17. Pensamiento atribuido a Mario Bunge
18. Cf. Egremy, Nydia, Gobiernos y trasnacionales desplazan a pobres de territorios seguros, <http://www.voltairenet.org/article168040.html>. Egremy se hace eco de estudios de Andrés Barrera, investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
19. Este es el lapso estudiado por el Centro para Estudios Estratégicos e Internacionales y el Centro para una Nueva Seguridad Americana, EEUU
20. El BM le otorgó recientemente un crédito a México a cambio de su asimilación al Programa Especial de Cambio Climático
21. Visión del futuro que sustenta Darcy Ribeiro
22. Referencia ambigua, desde que la palabra naturaleza alude aparentemente a un ser inmanente y cosa alude aparentemente a un existente, fundamentalmente inanimado, mientras Lucrecio en su célebre poema Sobre la naturaleza de las cosas se refirió a ellas bajo una influencia fundamentalmente humana
23. Aplico y extendiendo esta terminología kantiana para aclarar la diferencia entre lo técnico, estratégico y político
24. Feyerabend, Paul, **La ciencia en una sociedad libre**, Siglo XI Editores, Madrid, 1982
25. Marechal, Leopoldo, **El poema del robot**, estrofa 26
26. Prigogine, Ilya, **El fin de las certidumbres**, Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile, 1996

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES (pag. 20)**

1. **Revista de Salud Pública**, (XVII) 2:53-62, jul. 2013
2. Sabate E. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (documento OMS traducido)**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
3. Martín Alfonso L., Grau Abalo J. A. **La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud**. Habana: *Psicología y Salud*. 2004; 89-99.
4. X. Nogués Solán, M. L. Sorli Redó, J. Villar García. **Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento**. Madrid: *Anales de medicina interna*. 2007, 24: 138-141.
5. Rodríguez Chamorro M. A., García-Jiménez E., Amariles P., Rodríguez Chamorro A., Faus M. J. **Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica**. Artículos especiales. *Atención Primaria*. 2008,40:413-417.

**TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y DEL ESPECTRO AUTISTA (pag. 25)**

1. Glascoe FP, Dworkin PH. **The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems**. *The American Academy of Pediatrics* 1995; 9(6): 829-836.
2. Glascoe FP. **The value of parents' concerns to detect and address developmental and behavioural problems**. *Journal of Paediatric and Child Health* 1999; 35(1):1-8.
3. Glascoe FP. **Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns**. *Child: Care, Health and Development* 2000; 26(2):137-149.
4. Figueiras A C, Neves de Souza I C, Ríos V G, Benguigui Y. **Manual AIEPI atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia**. OPS 2001.
5. Eapen V, Crnčec R, Walter A. **Clinical outcomes of an early intervention program for preschool children with Autism Spectrum Disorder in a community group setting**. *BMC Pediatr*. 2007; 13: 3.
6. Dawson G, Rogers S, Munson J. **Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model**. *Pediatrics* 2010; 125: 17-23.
7. Cortez Bellotti de Oliveira M, Contreras MM. **Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses)**. Arch. Argent. *Pediatr* 2007; 105: 418-426.
8. Asimonia A, Shahrzad A, Alysandratos KA, Karagkouni A, Kourembanas S, Theoharides TC. **Perinatal stress, brain inflammation and risk of autism-Review and proposal** -, *BMC Pediatrics* 2012 12:89.
9. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. **Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico**. Sociedad Argentina de Pediatría. *Libro verde, 3ra edición* 2013: 49, 73.
10. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. **Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico**. Sociedad Argentina de Pediatría. *Libro verde, 3ra edición* 2013: 49, 73.
11. Organización Panamericana de la Salud Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI Washington, D.C.: OPS, © 2011 Segunda edición: 2011 (Serie OPS/FCH/HL/11.4.E). [Disponible en: <http://docplayer.es/883199-Manual-para-la-vigilancia-del-desarrollo-infantil-0-6-anos-en-el-contexto-de-aiepi.html> ]. [Consulta: 1 de marzo de 2016].
12. Fernández Álvarez E. **El desarrollo psicomotor de 1.702 niños de 0 a 24 meses de edad**. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona 1988. Tabla de desarrollo psicomotor. En: Estudio Haizea Llevant. Servicio central de publicaciones. Gobierno Vasco eds. Victoria. 1991.
13. Robins D, Fein D, Barton M, Green, J. **The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders**. 2001; 31 (2): 131-144.
14. Wong V, Hui L, Lee W, Wong V, Lee WC, Leung JLS. et al. **A Modified Screening Tool for Autism (Checklist for Autism in Toddlers [CHAT-23] for Chinese children)**. *Pediatrics* 2004; 114: 166-176.
15. Canal R, García P; Touriño E, Santos J; et al. **Modified Checklist for Autism in Toddlers: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Spain**. Editorial Manager (tm) for Journal of Autism and Developmental Disorders Manuscript Draft 2010.
16. Lord C, Luyster R, Gotham K, Guthrie W. **Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd Edition (ADOS-2) Manual**. Torrence, CA: Western Psychological Services 2012.
17. Carpenter LA, Boan AD. **Screening and Direct Assessment Methodology to Determine the Prevalence of Autism Spectrum Disorders**. *Annals of Epidemiology* 2016; 26(6): 395 – 400
18. Johnson C P, Myers S M. **Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders**. The American Academy of Pediatrics 2007;120(5): 183 – 215.